



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales

Date du Jury : Février 2001

**LA COORDINATION GÉRONTOLOGIQUE :
ACTEURS ET ENJEUX.
L'EXEMPLE DE LA BOURGOGNE**

Sandrine MARX

SOMMAIRE

<i>Introduction</i>	p1
1ere partie	
L'évolution du cadre juridique et conceptuel de la coordination gérontologique	p4
<i>I Un discours incitatif donnant peu de résultats concrets</i>	p4
1.1 Apparition de la notion de coordination et naissance de la politique vieillesse.....	p4
1.2 Tentative et échec de rationalisation de l'action gérontologique dans une logique de maillage du territoire (années 1970)	p5
1.3 Vers une institutionnalisation de la coordination gérontologique dans une logique inter partenariale (années 1980)	p7
1.4 Décentralisation et renouvellement de la notion de coordination	p8
<i>II Vers une traduction concrète d'un concept arrivé à maturité</i>	p9
2.1 Développement d'une approche sanitaire de la coordination.....	p9
2.2 Une politique sociale remise en chantier avec la PSD.....	p12
2.3 Une volonté politique forte : le dispositif CLIC.....	p14
2ème partie	
La difficile appropriation de la coordination gérontologique par les acteurs	p19
<i>I A la recherche d'une coordination institutionnelle</i>	p19
1.1 Un constat : le foisonnement des initiatives en matière d'action et de coordination gérontologiques	p19
1.2 Une nécessité : l'impulsion d'une coordination pour une action globale cohérente	p29
<i>II Une coordination de proximité se met en place progressivement sur le terrain</i>	p37
2.1 Une difficulté : coordonner des professionnels aux statuts et aux cultures différents.....	p37
2.2 Une réalité locale : les expériences de coordination gérontologique en Bourgogne.....	p41
3ème partie	
L'IASS : un rôle d'interface à affirmer entre les partenaires institutionnels et les acteurs de terrain	p46
<i>I L'inspecteur, un partenaire institutionnel avec une vision globale du secteur gérontologique</i>	
1.1 L'identification des besoins et la recherche de solutions	p46
1.2 L'animation d'un partenariat inter-institutionnel.....	p50
<i>II L'inspecteur, un partenaire privilégié des acteurs de terrain</i>	p53
2.1 Un rôle incitatif fondamental.....	p53
2.2 Un rôle technique à affirmer	p57
<i>Conclusion</i>	p62

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier pour leur aide et leurs informations les inspecteurs et médecins inspecteurs des DDASS et de la DRASS de Bourgogne.

Plus particulièrement, mes remerciements vont à Michel Legrand et Michel Bénard, inspecteurs à la DRASS, ainsi que toutes les personnes qui m'ont consacré de leur temps et dont les noms sont mentionnés en fin de mémoire.

PREAMBULE

- OBJECTIFS DE CE MÉMOIRE

➤ essayer de cerner des notions telles que la coordination et les réseaux gérontologiques : avoir une vision globale de ce qui se fait concrètement sur le terrain, en comprendre les enjeux et les difficultés de mise en œuvre.

➤ analyser le positionnement des différents acteurs, institutionnels et professionnels de terrain, sur la coordination : quelle est leur stratégie ? quelles sont leurs outils ?

➤ essayer de situer parmi ces partenaires l'Etat, et plus particulièrement les inspecteurs des DDASS et DRASS, dans le système d'acteurs de la gérontologie.

- MÉTHODOLOGIE

➤ faire un état des lieux des coordinations gérontologiques existantes ou en projet en Bourgogne pour illustrer et accompagner la réflexion (fiches synthétiques).

➤ rencontrer les différents partenaires, institutionnels et de terrain, pour avoir leur point de vue sur la coordination gérontologique, sa définition, sa mise en œuvre, et sur leur stratégie en la matière.

➤ dégager des orientations, à partir des entretiens, sur les améliorations possibles et souhaitables de la politique en faveur des personnes âgées (de manière large et dans la mesure où cela conditionne les avancées de la coordination gérontologique sur le terrain), et définir le positionnement que l'inspecteur des affaires sanitaires et sociales peut avoir dans ce domaine.

- LIMITES A CE TRAVAIL

➤ le temps imparti à ce mémoire est relativement court pour parvenir à une vision globale de la question posée et des réponses apportées au niveau de la région Bourgogne. Il aurait été intéressant de rencontrer davantage de professionnels de terrain ¹ et de pouvoir ainsi participer à des actions de coordination concrètes sur le terrain.

➤ ce travail s'est révélé difficile à mener, dans la mesure où l'information reste très dispersée : si tous les acteurs sont concernés par le sujet, nombreux sont ceux qui travaillent de manière isolée, sans partager leurs informations, voire même sans connaître leurs interlocuteurs potentiels. Toutefois, des réflexions globales viennent d'être initiées au niveau du Programme Régional de Santé "Handicap et Dépendance" et de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (suivi du SROS personnes âgées), afin de réduire le flou juridique autour de la coordination ² et de dégager une vision globale de ce qui existe en Bourgogne.

¹ Voir liste des personnes rencontrées en annexe.

² lié à l'empilage des textes.

INTRODUCTION

Au début du XIX^{ème} siècle, *l'espérance de vie* était de 37 ans pour les femmes et 33 ans pour les hommes. Un siècle plus tard, elle était respectivement de 50 ans et 46 ans. Elle devrait encore s'accroître d'ici à 2050, passant de 83 à 90 ans pour les femmes, et de 75 à 83 ans pour les hommes. Ces évolutions démographiques se répercutent sur la pyramide des âges, avec un vieillissement croissant de la population, et plus largement sur le fonctionnement d'une société devenue multigénérationnelle.

En 2010, on estime que les plus de 75 ans représenteront 17% de la population, soit 10 millions de personnes. Aujourd'hui, les personnes de plus de 65 ans vivent encore à plus de 95% à domicile, et 40% des femmes de plus 80 ans vivent seules. Au-delà du risque d'isolement, le vieillissement de la population fait apparaître de nouvelles problématiques, liées à la dépendance ou à la poly-pathologie du sujet âgé. En effet, **40% des personnes de plus de 60 ans ont des problèmes de dépendance, et parmi ces dernières, 70% ont plus de 80 ans**³. La dépendance est liée à une perte d'autonomie de la personne dans les actes de la vie quotidienne, elle nécessite un soutien de nature variable, qui peut aujourd'hui être mesuré à partir de la grille AGGIR⁴.

Tous les pays développés connaissent aujourd'hui la même évolution démographique, et seront confrontés à la prise en charge d'une population croissante en perte d'autonomie. L'année internationale des personnes âgées en 1999 a été l'occasion de réfléchir ensemble sur ces questions et de confronter les solutions possibles. En France, ce questionnement est particulièrement *d'actualité*, avec la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), le projet de réforme de la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales, la transformation à venir de la prestation spécifique dépendance (PSD) en aide personnalisée à l'autonomie (APA), la création des centres locaux d'information et de coordination gériatrique (CLIC).

Il s'agit donc de répondre à un **enjeu majeur de société**, qui est de prendre en charge de manière décente (qualitativement et quantitativement) aujourd'hui et surtout dans les années à venir, les besoins d'une population de plus en plus âgée. Comment adapter, en temps réel et *de manière prospective*, les réponses possibles aux besoins exprimés par ces personnes? Comment ralentir la progression de la dépendance par des actions de

³ Cf. Revue hospitalière de France, n°2, mars-avril 2000, "Vocation de la coordination gériatrique".

⁴ autonomie-gériatrique-groupe iso-ressource.

prévention? Comment améliorer leur qualité de vie et éviter une institutionnalisation définitive, qui serait un retour en arrière par rapport aux hospices du début du siècle?

Les choix stratégiques qui ont été faits sont ciblés sur la promotion du *maintien à domicile*, la *médicalisation des maisons de retraite*, la rationalisation et l'adaptation de la prise en charge des personnes âgées à *l'hôpital*. Une politique spécifique en faveur des personnes âgées s'est progressivement mise en place, avec un grand nombre de dispositifs.

Parallèlement, l'évolution de la société et de son rapport à la santé et à l'insertion sociale font que certaines problématiques se sont développées, telles que le *libre choix* du mode de vie, *l'exigence d'information* sur le système de santé et sur les prises en charge, emportant **la nécessité de remettre le bénéficiaire au centre des dispositifs**. Une *logique de services* à la personne se substitue ainsi progressivement à une logique de structures. Les différents acteurs, que ce soient les établissements de santé ou les médecins libéraux par exemple, évoluent dans un environnement qui leur impose de plus en plus de travailler ensemble, d'échanger leurs informations, au service du patient. **La demande sociale s'oriente vers une prise en charge de plus en plus globale, capable d'intégrer toutes les dimensions de l'individu**, du soin à l'insertion sociale et culturelle. Cela nécessite une organisation et une capitalisation des savoirs-faire, détenus par différents professionnels, pour améliorer l'adéquation de la réponse apportée aux besoins de la personne.

Dans cette perspective d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées, la coordination gérontologique apparaît comme une réponse pertinente, à la fois pour faire travailler ensemble les professionnels autour de la personne, et pour conduire les institutions à réfléchir ensemble sur les orientations stratégiques et prévisionnelles à donner à leur action.

La coordination est une fonction générale propre à toute action individuelle et collective. Selon le dictionnaire Petit Robert, "c'est la mise en ordre, l'agencement et l'articulation d'éléments divers en vue d'un but à atteindre." Etymologiquement, le verbe coordonner se compose d'un préfixe "co", qui signifie "avec" (idée de lien, d'union), et du radical "ordonner", lequel signifie à la fois "mettre de l'ordre, ranger" et aussi "commander, prescrire". La coordination est donc à la fois une action d'agencement des éléments pour leur donner une cohérence, mais aussi une action de commandement exercée conjointement par plusieurs personnes ayant une autorité. Cette définition permet de s'interroger sur la manière dont on met de l'ordre : comment les acteurs se coordonnent-ils, et sur les personnes ayant autorité pour coordonner : qui peut impulser cette coordination?

La coordination est un processus long qui implique des acteurs volontaires. C'est une construction lente, qui ne se décrète pas, pour faire émerger une culture et des principes communs.

La coordination est donc directement *liée à l'essence même de l'action publique*, qui est de réguler, de donner une cohérence aux initiatives prises par les différents acteurs au regard d'une fin donnée. C'est le sens de la détermination d'une politique en faveur des personnes âgées que de concevoir un projet global de réponse de la société aux problèmes multiples du vieillissement de la population.

Il s'agit donc, à travers la notion de coordination gériologique, d'apprécier la politique en faveur des personnes âgées en général. A partir de ce point d'entrée que représente cette notion, il s'agit de repérer les évolutions de cette politique, les acteurs et leurs stratégies, contradictoires ou complémentaires, pour apprécier la cohérence de l'action publique au service des personnes âgées. Cette réflexion part d'un constat de cloisonnement des acteurs gériologiques, notamment entre ceux du champ sanitaire et ceux du champ social.

Pourquoi la coordination gériologique est-elle si difficile à mettre en place, alors que c'est une notion dont on parle depuis de nombreuses années? Quels en sont les enjeux et les obstacles? Quelles sont les logiques qui président à l'action de chacun? Qui peut assurer le pilotage d'une telle politique?

Il apparaît que la coordination gériologique est difficile à mettre en place aux différents niveaux où elle se situe :

- la coordination institutionnelle : les financeurs et les décideurs du secteur gériologique, très nombreux, ne parviennent pas à se coordonner dans leurs logiques et dans leurs moyens d'action,
- les services ont tendance plus à se concurrencer qu'à se compléter dans ce qui est devenu un marché de la gériologie,
- les intervenants auprès de la personne âgée se heurtent à de multiples problèmes de culture, de formation, de reconnaissance, qui rendent difficile le travail ensemble.

Ainsi, cette démonstration partira d'une analyse des évolutions juridiques et conceptuelles de la coordination gériologique, pour montrer que cette notion ancienne reste difficile à cerner et particulièrement complexe à traduire sur le terrain. Puis, l'analyse du système d'acteurs gériologique mettra en évidence la difficile appropriation de cette notion par les acteurs institutionnels et de terrain, liée au foisonnement d'initiatives et aux différences de cultures. Enfin, on s'interrogera sur la place que peut avoir l'inspecteur des affaires sanitaires et sociales, comme représentant de l'Etat, dans ces actions de coordination, c'est-à-dire sa légitimité à intervenir dans un tel champ avec les moyens qu'il peut investir.

1ERE PARTIE

L'ÉVOLUTION DU CADRE JURIDIQUE ET CONCEPTUEL DE LA COORDINATION GERONTOLOGIQUE

Depuis une cinquantaine d'années, la coordination gérontologique apparaît comme un *leitmotiv* de la construction d'une politique en faveur des personnes âgées. L'évolution des textes montre que cette notion s'est imposée progressivement et a trouvé difficilement une traduction concrète en un dispositif efficace. Jusqu'à la décentralisation, elle est restée une idée du législateur que les acteurs de terrain ne s'étaient pas appropriés.

De manière générale, la politique en faveur des personnes âgées s'est transformée au fil des années, passant d'une action essentiellement à visée *sociale* (relever le niveau de vie des personnes âgées) à une politique génératrice d'*emplois* (un gisement de nouveaux emplois dans un contexte de crise économique). Enfin, le vieillissement de la population et le problème de la dépendance ont fait prévaloir une approche plus *sanitaire* de la vieillesse et une volonté de prise en charge globalisée.

De manière transversale, on peut noter enfin que la réflexion sur la coordination recoupe une réflexion constante sur le *niveau territorial pertinent* pour mener une action en faveur des personnes âgées.

I UN DISCOURS INCITATIF DONNANT PEU DE RESULTATS CONCRETS

1.1 APPARITION DE LA NOTION DE COORDINATION ET NAISSANCE DE LA POLITIQUE VIEILLESSE

1.1.1 LA COORDINATION JUSQUE DANS LES ANNEES 1960

C'est à Henri SELLIER, maire de Suresnes de 1914 à 1941 que l'on doit la première conception officielle de la coordination de l'action sociale. Il diffuse cette notion lorsqu'il devient ministre en 1936. Il propose alors de transformer les dispensaires en centres de santé avec une équipe pluridisciplinaire assurant des missions sanitaires, sociales, voire culturelles. Par une circulaire du 26 août 1936 adressée aux Préfets, il préconise la création dans chaque département d'une commission de coordination.

Après la Seconde guerre mondiale, la loi du 4 août 1950 appelle à la création d'un comité départemental de liaison et de coordination des services sociaux publics et privés. Ce texte est abrogé et remplacé par le décret du 7 janvier 1959 qui insiste sur la nécessité d'élaborer un règlement départemental. La coordination se veut unificatrice des interventions sur une base géographique. Mais celle-ci a été diversement mise en œuvre et le comité départemental est devenu une instance délaissée.

1.1.2 LE RAPPORT LAROQUE DE 1962

Le décret du 8 avril 1960 met en place une "Commission d'étude des problèmes de la vieillesse" dans le cadre du Haut Comité consultatif de la population et de la famille. Ses travaux aboutissent au rapport LAROQUE de 1962, considéré comme l'acte fondateur de l'action sociale vieillesse. Il appelle à une mise à disposition des personnes âgées "d'un ensemble coordonné de moyens et de services adaptés à leurs besoins". Cela passe d'un côté par une **coordination administrative**, sous la responsabilité du Préfet de département, dont l'objectif est la planification (recensement des besoins, détermination des services à créer, des investissements à réaliser...), et de l'autre, par une **coordination sociale** préconisée au niveau local (quartier, commune ou canton), dont l'objectif est l'orientation de l'utilisateur vers le service adéquat. La coordination doit permettre un maillage du territoire, elle doit permettre une meilleure articulation des interventions pour éviter les doublons.

Les orientations du rapport Laroque sont suivies par une réforme importante de l'administration française en 1964, laquelle met en œuvre un processus de déconcentration. Les mots d'ordre de cette réforme sont unification, coordination et contrôle. C'est alors que sont créées les DDASS. Le principe est qu'un service social spécialisé doit intervenir en complément d'un service social polyvalent de secteur.

1.2 TENTATIVE ET ÉCHEC DE RATIONALISATION DE L'ACTION GÉRONTOLOGIQUE DANS UNE LOGIQUE DE MAILLAGE DU TERRITOIRE (ANNÉES 1970)

1.2.1 LES CIRCONSCRIPTIONS D'ACTION SOCIALE

Dans les années 1970 émerge une autre conception de l'action sociale, dans un contexte de crise économique et de maîtrise des coûts. Les circonscriptions d'action sociale sont créées par une circulaire de 1966, avec pour mission d'assurer les tâches du service social polyvalent de secteur et de coordonner celui-ci avec les services spécialisés. En pratique, on constate que les travailleurs sociaux ont délaissé le secteur personnes âgées

par manque de formation ou d'intérêt. Une circulaire de 1975 renouvelle le rôle de la circonscription avec une conception horizontale de l'action, insistant sur un rôle de concertation avec l'ensemble des travailleurs sociaux du territoire et un rôle d'animation au plus près des usagers. La circonscription devient un outil de gestion du social, mode de concertation à caractère planificateur, pour "organiser progressivement une plus grande cohérence des interventions sociales et, le cas échéant, sanitaires". Peu de circonscriptions s'inscrivant dans la philosophie de la circulaire de 1975 ont été mises en place sur le terrain. En 1985, un rapport de la Cour des Comptes souligne que "20 ans après la réforme de 1964 qui visait notamment à faire de la DDASS le centre de coordination de l'action sociale, force est de constater que cet objectif n'a pas été entièrement atteint. (...) La coordination à l'échelon local reste souvent formelle en raison du manque de moyens des agents qui en ont la charge".

1.2.2 LES PROGRAMMES D' ACTIONS PRIORITAIRES ET LA NOTION DE SECTEUR

Les circulaires de 1972 et 1977, inscrites dans les VIème et VIIème plans, donnent une place fondamentale à la notion de secteur. La **circulaire du 1 février 1972** préconise un "programme finalisé pour le maintien à domicile des personnes âgées" dont l'application se fait à l'échelle de secteurs calqués sur les secteurs psychiatriques. La coordination en est un des thèmes centraux et se concrétise sous forme de "contrats de secteur", conclus entre la DDASS, qui en assure le financement, et les organismes volontaires de prestations de services. Le VIIème plan définit des "programmes d'actions prioritaires" (PAP) dont le n°15, explicité par la **circulaire du 28 janvier 1977**, concerne les personnes âgées. Son objectif est d'établir, dans un secteur géographique et démographique librement défini, un réseau complet et coordonné d'équipements et de services pour assurer le maintien à domicile du maximum de personnes âgées. C'est dans cette perspective que sont légalisés les services de soins infirmiers à domicile (décret du 8 mai 1981), organisés par des infirmières coordinatrices. Tous ces textes mettent l'accent sur l'animation et la concertation, l'information, la liaison, sur un secteur géographique déterminé. *Pourtant peu de secteurs ont été créés suite au PAP 15. La conception fonctionnelle et rationnelle de la coordination, défendue par le législateur, n'est pas reprise par les acteurs de terrain.*

1.3 VERS UNE INSTITUTIONNALISATION DE LA COORDINATION DANS UNE LOGIQUE INTER PARTENARIALE (ANNÉES 1980)

1.3.1 LES 500 POSTES DE COORDONNATEUR

Au début des années 1980, un modèle plus politique et plus partenarial de l'action sociale se développe et insiste sur la participation des usagers. A partir de 1981, la coordination devient une notion clef de l'action sociale vieillesse. La **circulaire de septembre 1981** crée 500 emplois de coordonnateur dont la mission est d'assurer la liaison entre les services et les établissements pour retraités et personnes âgées, à l'échelon local, au niveau collectif. Ils doivent rapprocher les partenaires, susciter l'amélioration des circuits d'information, d'examen des besoins, de décision de prise en charge. Les textes restent imprécis sur les modalités de fonctionnement de cette coordination. Il apparaît que le coordonnateur doit être un "chef d'orchestre" de l'action sociale vieillesse alors que trop souvent il manque de la légitimité du "chef", avec une position ambiguë entre l'administration, les élus et les professionnels. Ainsi, lorsqu'en 1983 l'Etat supprime la subvention destinée au financement de ces postes, les collectivités locales refusent pour la plupart de prendre en charge cette dépense. *Seuls une vingtaine de départements ont maintenu cette fonction sur leurs crédits propres, lorsqu'il existait déjà antérieurement une démarche de concertation.* C'est la conséquence d'une précipitation des pouvoirs publics pour créer des emplois rapidement, mais sans concertation préalable, et surtout, la traduction d'une diffusion encore limitée de la notion de coordination dans les mœurs.

1.3.2 LES INSTANCES GÉRONTOLOGIQUES LOCALES

La **circulaire FRANCESCHI du 7 avril 1982 "Retraités et personnes âgées"**, prise par le nouveau *Secrétaire d'Etat aux Retraités et Personnes âgées*, traduit à nouveau la volonté d'inscrire la coordination au cœur de la politique vieillesse. Elle confirme les principes de 1981 et crée dans les secteurs des instances gérontologiques locales qui peuvent être rattachées à des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale. En même temps sont créés un **Comité national, des comités régionaux et départementaux des retraités et personnes âgées**, pour développer la participation des usagers aux décisions les concernant. Au niveau départemental, un inspecteur DDASS doit assurer l'évaluation des besoins, "faciliter la coordination entre les différents services, tant au sein de la DDASS qu'avec les autres administrations". Le **Plan gérontologique départemental** est institué ; il doit faire le point sur la coordination des actions et en renforcer la cohérence. Par rapport à

la période précédente, il y a une réelle volonté de passer d'une logique administrative à une logique partenariale.

A la veille de la décentralisation, on constate que, malgré le souhait de P. Laroque, aucun dispositif global n'a été mis en place au départ et le champ s'est développé de manière empirique et anarchique. Il s'agit donc plus de construire une coordination a posteriori qu'a priori.

1.4 DÉCENTRALISATION ET RENOUVELLEMENT DE LA NOTION DE COORDINATION

Les lois de décentralisation de 1982 à 1986 aboutissent au transfert de l'action sociale aux collectivités locales et au maintien de la politique de santé dans le giron de l'Etat et l'Assurance-Maladie. Cela confirme la séparation entre le sanitaire et le social instaurée par la loi hospitalière de 1970 et la loi sur les institutions sociales et médico-sociales de 1975.

D'une part, les lois de décentralisation réduisent la portée des précédentes mesures, parce qu'elles oublient les circonscriptions d'action sociale et ne redéfinissent pas les missions des instances gérontologiques locales par rapport à celles des centres communaux d'action sociale (CCAS). D'autre part, la décentralisation libère les énergies locales et voit se diffuser la notion de coordination gérontologique comme une "nécessité vécue" et non plus "pensée" ⁵. En effet, elle substitue des logiques horizontales, de territoire, aux logiques verticales, et pose l'impératif pour les acteurs, d'établir un ordre. Ces évolutions interviennent dans un contexte où il s'agit moins de développer l'offre que d'améliorer la qualité des prises en charge offertes. De manière consensuelle, la coordination devient un outil de pilotage indispensable à l'évolution du secteur gérontologique, dont on cherche les modalités de mise en œuvre les plus adaptées.

Ainsi, la décentralisation a de nombreuses conséquences sur le système d'acteurs et sur l'action gérontologique, que nous aborderons dans la seconde partie de ce mémoire.

⁵ B. VEYSSET-PUIJALON (dir), La coordination gérontologique, démarche d'hier, enjeu pour demain, Cahier n°5 Fondation de France, 1992

II VERS UNE TRADUCTION CONCRÈTE D'UN CONCEPT ARRIVÉ À MATURITE

2.1 DÉVELOPPEMENT D'UNE APPROCHE SANITAIRE DE LA COORDINATION

Dans le domaine sanitaire, le thème de la coordination s'impose en particulier entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire, dans une perspective de rationalisation du système de santé. Si la question se pose pour tous les types d'interventions sanitaires, les personnes âgées sont particulièrement concernées par ce problème, dans la mesure où la consommation de soins augmente avec l'âge et parce que les personnes âgées représentent 80% des usagers de l'hôpital local.

2.1.1 LES FILIÈRES DE SOINS

La coordination dans le domaine sanitaire se traduit par l'apparition de deux notions. La logique des filières de soins, d'une part, repose sur l'analyse de la *trajectoire des patients à travers les différents dispositifs sanitaires*, afin de définir les complémentarités sans risque de doublons et d'assurer les liaisons entre les *maillons* de la filière (système d'information avec dossier unique, procédures...). Chaque filière de santé correspond à un problème spécifique de santé publique. On peut ainsi définir une filière conduisant la personne âgée de son domicile, avec l'intervention éventuelle de divers professionnels, vers l'établissement de santé (court séjour, moyen séjour, long séjour) ou le "placement" en institution d'hébergement. Le parcours de la personne âgée est donc jalonné d'étapes que la coordination doit permettre de bien gérer afin de ralentir le processus de perte d'autonomie et de permettre le maintien à domicile le plus longtemps possible.

2.1.2 LES RÉSEAUX DE SANTÉ

2.1.2.1 Cadre général

Les filières de soins s'articulent avec les réseaux de santé constitués par tous les professionnels et institutions amenés à intervenir. Ainsi, le réseau de santé apparaît comme une *nouvelle forme d'organisation du système de santé*, qui s'est imposée petit à petit dans les textes ⁶, sous des formes juridiques différentes et parfois peu explicites. Le développement des réseaux a été marqué par les **ordonnances du 24 avril 1996**, qui ont

⁶ voir fiche en annexe.

été suivies en 1997 de la création d'une association, la Coordination nationale des réseaux (CNR), dont l'objectif est de rassembler le maximum de réseaux ville-hôpital, de réseaux de santé ou de proximité, afin de capitaliser leurs expériences, de les soutenir, de bâtir et diffuser des outils méthodologiques. Cette association est devenue l'interlocuteur privilégié de la Direction Générale de la Santé en la matière. Pourtant, elle regroupe à ce jour environ 120 réseaux, dont peu de réseaux gérontologiques, alors que les pouvoirs publics dénombrent aujourd'hui entre 1000 et 1500 réseaux, de toutes tailles et de toutes natures. Les réseaux s'articulent en général autour de la prise en charge d'une pathologie spécifique (VIH, toxicomanie...) ou d'une population particulière (personnes âgées, personnes en situation de précarité...). En matière de gérontologie, le projet-cadre MSA⁷ de réseaux expérimentaux Soubie ouvre des perspectives intéressantes. Les objectifs des réseaux gérontologiques sont de prévenir ou écourter les hospitalisations, permettre la continuité des soins entre l'hôpital et la ville, organiser et rendre possible le retour et le maintien à domicile des personnes âgées en proposant un accompagnement global, tout autant social que médical.

2.1.2.2 Recherche d'une définition du réseau de santé

Derrière sa complexité et malgré son ampleur apparente, le phénomène reste en réalité marginal. Il semble en effet bien difficile, notamment pour les acteurs de terrain, de comprendre ce qu'est un réseau de santé et quelles en sont les différentes formes possibles⁸. On peut se référer à la définition donnée par **l'Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé (ANAES)**⁹, autour de laquelle l'ensemble des acteurs semble aujourd'hui se retrouver :

"un réseau de santé constitue une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné (...) transversal aux institutions et aux dispositifs existants (...) composé d'acteurs : professionnels des champs sanitaire et social, de la ville et des établissements de santé, association d'usagers ou de quartier, institutions locales ou décentralisées. La coopération des acteurs dans un réseau de santé est volontaire et se fonde sur la définition commune d'objectifs. L'activité d'un réseau de santé comprend non

⁷ voir fiche en annexe.

⁸ circulaire DGS/SQ 2/DAS/DH/DSS/DIRMI n°99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs

⁹ ANAES, Principes d'évaluation des réseaux de santé, juillet 1999.

seulement la prise en charge des malades ou susceptibles de l'être mais aussi des activités de prévention collective et d'éducation pour la santé..."

Ainsi, la notion de réseau semble aussi difficile à cerner que celle de coordination. Si l'une semble plus utilisée dans le domaine sanitaire et l'autre davantage dans le domaine social, la différence sémantique est difficile à juger et certains estiment que les deux notions se recouvrent. On peut considérer d'une certaine manière que la coordination est une notion plus large que celle de réseau, la première se référant à une fonction et l'autre à un mode d'organisation de cette fonction.

2.1.2.3 Le coût de la coordination

La coordination gériatologique est présentée comme une *modalité de maîtrise des dépenses de santé*, dans la mesure où elle doit permettre une réduction des hospitalisations injustifiées et un fonctionnement plus cohérent de la filière de soins (renforcer l'amont et l'aval, mieux préparer la sortie de l'hôpital...).

En même temps, la coordination a elle-même un coût qui peut s'apprécier à plusieurs niveaux. La fonction de coordination est une prestation invisible, donc insaisissable, qui génère des coûts directs et indirects.

Le coût direct est constitué par la rémunération de l'équipe de coordination chargée de réguler le système gériatologique, c'est-à-dire le coordonnateur (médecin, infirmière ou assistante sociale, selon les cas) et son secrétariat. Cette équipe a aussi des frais de fonctionnement (local, matériel informatique et bureautique, supports de diffusion d'information...).

Le coût indirect est notamment représenté par le temps consacré par chaque professionnel à la réflexion préparatoire puis à la mise en œuvre de la coordination (réunions chronophages...). Le développement des liens ville-hôpital et domicile-hébergement passe aussi par le déplacement des professionnels en dehors de leur lieu habituel de travail. Par exemple, une équipe mobile de gériatrie, issue de l'hôpital, doit pouvoir intervenir dans les maisons de retraite sans dégrader les services hospitaliers, avec des répercussions sur la qualité de la prise en charge. Enfin, la meilleure coordination des intervenants peut aussi entraîner une augmentation des dépenses de santé induite, liée à l'amélioration de la qualité de la prise en charge et à la politique de prévention de la perte d'autonomie. Ainsi, l'accroissement des bilans gériatriques réalisés à l'hôpital pour prévenir et accompagner la perte d'autonomie, aura forcément un coût par rapport à ce qui est fait actuellement.

Ainsi, une réelle volonté d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes implique de consacrer des moyens importants, supérieurs à ceux consacrés actuellement à la politique de la vieillesse. Il s'agit de veiller à l'adéquation des moyens aux objectifs poursuivis.

2.1.2.4 Difficultés de mise en œuvre des réseaux

Cette question des moyens est centrale pour ce qui est du développement des réseaux gérontologiques. Jusqu'à présent, la constitution de ces réseaux s'est heurtée à des problèmes de procédures multiples (longueur et lourdeur de la procédure d'agrément Soubie, nombreux acteurs institutionnels à solliciter...) et à des problèmes de financement. Le système institutionnel manque de lisibilité et les promoteurs ont beaucoup de difficultés à s'y retrouver ¹⁰.

Deux propositions ont été avancées en 2000 pour pallier ces difficultés ¹¹. D'une part, la procédure d'agrément des réseaux expérimentaux devrait être simplifiée et déconcentrée au niveau régional, auprès des ARH et des URCAM. Les réseaux seraient agréés par la section "réseaux" d'un futur Conseil Régional de Santé, se substituant à l'actuel Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale (CROSS) et à la Conférence Régionale de Santé. D'autre part, l'idée de créer une cinquième enveloppe au sein de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a été avancée, pour assurer exclusivement le financement des réseaux et pallier ainsi à l'absence de fongibilité effective des enveloppes.

2.2 UNE POLITIQUE SOCIALE REMISE EN CHANTIER AVEC LA PSD

2.2.1 PRINCIPES DE LA PRESTATION SPÉCIFIQUE DÉPENDANCE

Dans les années 1990, la coordination gérontologique ne semble plus être le thème central de l'action sociale vieillesse, même si elle continue d'apparaître dans les textes. Cette période est surtout consacrée à la recherche de solutions pour *solvabiliser les personnes âgées en perte d'autonomie*, lesquelles font face à des dépenses sanitaires et sociales croissantes liées à la dépendance. Après plusieurs rapports alimentant la réflexion pendant cette décennie, la **loi n°97-60 du 24 janvier 1997** met en place, "dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation autonomie pour les personnes âgées dépendantes", une

¹⁰ Cf. 2ème partie du mémoire sur les stratégies et outils des financeurs.

¹¹ Cf. groupe de travail présidé par F. de Paillerets (mai 1999) et projet de loi de modernisation sanitaire présenté en Conseil des Ministres le 4 juillet 2000.

prestation spécifique dépendance (PSD), versée par les Conseils Généraux au titre de l'aide sociale.

La prestation spécifique dépendance se substitue à l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP), destinée à la population handicapée. Elle est *attribuée sous conditions de ressources* (plafond : 72 000 F/an pour une personne seule, 120 000 F pour un couple). Les individus doivent être âgés d'au moins 60 ans. Un *critère de dépendance* est appliqué en fonction d'une grille nationale d'évaluation dénommée AGGIR (Autonomie-Gérontologie-Groupe Iso-Ressources). *Une personne est dite dépendante si elle a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière.* La PSD ne concerne pas les personnes faiblement dépendantes (GIR 4 à 6). Les Conseils Généraux prennent en charge la gestion de la PSD ainsi que son financement estimé à 6 milliards de francs. Il s'agit d'une *prestation en nature*, affectée au paiement de dépenses préalablement déterminées. Un *plan d'aide* est proposé par une *équipe médico-sociale*. Cette prestation est versée à la personne employée, au service d'aide à domicile ou à l'institution d'hébergement, afin de prendre en compte les frais supplémentaires liés à l'état de dépendance. Le *montant maximum* de la PSD est d'environ 5500 F par mois. On estime que seulement 250 000 à 300 000 personnes sont susceptibles de remplir toutes les conditions pour l'obtention de la PSD, soit une population deux fois moindre qu'à l'issue du projet initial de loi.

2.2.2 BILAN DE L'APPLICATION DE LA PSD ET PROPOSITION DE RÉFORME

Le bilan de l'application de la PSD a mis en évidence de *très fortes disparités* dans ses conditions d'attribution et dans son montant d'un département à l'autre. Ainsi, la PSD est plus élevée dans un département riche qui a peu de personnes âgées dans sa population, que dans un département rural, plus pauvre et avec une plus grande proportion de personnes dépendantes. Cette inégalité fondamentale des personnes âgées sur le territoire justifie la remise en chantier de la PSD depuis deux ans, avec le projet de lui substituer une **aide personnalisée à l'autonomie (APA)**¹² qui romprait avec la logique d'aide sociale et qui serait régie par des règles entièrement définies sur le plan national. Le devenir de cette prestation est particulièrement important dans la mesure où elle constitue une source fondamentale de financement de la prise en charge des personnes âgées, notamment à domicile, sans laquelle la démarche de coordination serait beaucoup plus difficile à mettre en œuvre.

¹² Voir rapport Sueur de mai 2000 et projet de loi en cours.

2.2.3 PSD ET COORDINATION

En matière de coordination, le titre Ier de la loi du 24 janvier 1997 est consacré à la coordination de la prise en charge de la dépendance. Le contenu de la coordination reste flou mais deux types de convention sont prévus par ce texte. Une *convention obligatoire* doit être conclue entre les Conseils Généraux et les caisses de sécurité sociale, selon un cahier des charges national, pour définir les modalités de gestion de la coordination des prestations et de leur suivi. Une *convention facultative* peut lier chaque Conseil Général aux institutions et organismes sociaux et médico-sociaux (CCAS, CIAS, associations, mutualités) pour l'instruction et le suivi de la PSD. Enfin, un **Comité national de la coordination gérontologique** est créé pour suivre les conventions. Les départements n'ont pas tous retenu les mêmes options pour organiser cette coordination institutionnelle ¹³.

La réforme de la PSD est une partie d'un programme plus large de réformes. D'une part, les décrets d'avril 1999 modifient la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ¹⁴, afin notamment d'améliorer la qualité de la prise en charge par le biais de la contractualisation des moyens. La clôture de l'Année internationale des personnes âgées (1999) a été marquée par l'annonce d'un programme pluriannuel (2000-2005) concernant le doublement du rythme de création de places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et la création des centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC).

2.3 UNE VOLONTÉ POLITIQUE FORTE : LE DISPOSITIF CLIC

La création des **centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC)** ¹⁵ constitue un acte politique fort ¹⁶ pour relancer la notion de coordination dans la politique en faveur des personnes âgées.

¹³ voir 2ème partie du mémoire sur les Conseils généraux.

¹⁴ selon trois sections tarifaires : soins (Assurance-Maladie), hébergement et dépendance (aide sociale ou résident).

¹⁵ circulaire DAS-RV 2 n°2000-310 du 6 juin 2000.

¹⁶ dans une période qui s'annonce riche en échéances électorales (élections municipales de 2001, présidentielles et législatives de 2002), occasion de replacer les personnes âgées dans le débat local et national.

2.3.1 UNE PROPOSITION DU RAPPORT GUINCHARD-KUNSTLER DE SEPTEMBRE 1999

La proposition des CLIC a été avancée par le rapport ¹⁷ de P. Guinchard-Kunstler, députée du Doubs, en septembre 1999. Celui-ci appelait à une refondation de la politique en faveur des personnes âgées à travers une loi d'orientation générale, accompagnée d'une série de mesures telles que la création d'un Institut national du vieillissement (lieu de développement des savoirs et outils, espace de proposition pour les politiques publiques) et la mise en place d'équipes mobiles de gériatrie dans les services hospitaliers (parce que les personnes âgées sont présentes dans tous les services hospitaliers sans que la prise en charge leur soit toujours adaptée). Parmi ses propositions, P. Guinchard-Kunstler préconisait de généraliser des structures sur le modèle des bureaux d'information et d'aide à la décision de Metz (Moselle) et de Lunel (Hérault). L'idée centrale est que la prise en charge, éclatée entre de multiples professionnels et financeurs, doit être réorganisée au plus près de la personne âgée, de manière à supprimer les cloisonnements sanitaire-social et domicile-hébergement. Enfin, un échelon départemental de coordination, créé par voie conventionnelle et rassemblant les partenaires institutionnels et associatifs, serait chargé, en tant qu' "instance décisionnelle", d'impulser les politiques de la vieillesse.

2.3.2 LE DISPOSITIF DES CLIC

Le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité s'est emparé de cette proposition à travers la création des CLIC, qui marquent le retour de l'Etat dans un champ jusque là laissé aux collectivités locales et au secteur associatif. Les modalités de ce dispositif sont les suivantes:

2.3.2.1 Objectifs

Il s'agit d'assurer la **pérennisation de processus de coordination de proximité** qui sont mis en oeuvre sur le terrain et de susciter de telles démarches là où elles manquent et où existe un besoin. Ainsi, l'objectif des CLIC est de *formaliser des lieux de proximité* regroupant l'ensemble des réponses disponibles dans les domaines social, sanitaire et dans celui de l'habitat. *Sur le modèle du "guichet unique" ou de la tête de réseau*, il s'agit d'organiser un partenariat des intervenants auprès de la personne âgée, avec des outils

¹⁷ P. GUINCHARD-KUNSTLER, Vieillir en France. Enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie. rapport au Premier Ministre, septembre 1999.

communs (dossier unique...), sur un territoire déterminé, au sein d'un local identifiable et financé par des moyens pérennisés. La zone d'attraction du CLIC correspond à un "*bassin de vie*" (canton, ville, intercommunalité...), couvrant à titre de référence une population de plus de 60 ans de 7 000 à 10 000 hab en milieu rural et de 15 000 hab en milieu urbain.

2.3.2.2 Expérimentation

Une première *phase expérimentale* s'est déroulée en 2000 : **25 sites pilotes**, dont l'état d'avancement est variable (sites en fonctionnement, en projet...) ont été sélectionnés sur la base d'un cahier des charges. Leur évaluation en 2001 doit permettre d'adapter les règles et le cahier des charges face aux réalités de terrain. Des *réunions inter régionales* avec les différents partenaires institutionnels et de terrain permettent d'échanger dès 2000 sur les difficultés rencontrées. Le financement est assuré en 2000 par *l'assurance-maladie*, à titre dérogatoire, à hauteur de 12,5 MF.

2.3.2.3 Programmation pluriannuelle et labellisation

Il s'agit de mettre en place entre 2001 et 2005 un maillage territorial de 1000 CLIC (programmation pluriannuelle d'environ 200 CLIC par an), constituant un véritable réseau national ¹⁸. Un *financement pérenne de l'Etat* (titre IV) est assuré à hauteur de 100 MF par an, sur le principe d'un *co-financement* (CCAS, conseils généraux, caisses de retraite, FAQSV¹⁹...).

Pour l'instant, 3 niveaux de label CLIC existent et se complètent.

Le **label 1** correspond aux missions d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux familles.

Le **label 2** se caractérise en plus par les missions d'évaluation des besoins et d'élaboration du plan d'aide personnalisé en concertation avec la personne âgée et son entourage.

Le **label 3** enfin assure également la mise en œuvre, le suivi et l'adaptation du plan d'aide personnalisé. Il aide à la constitution des dossiers de prise en charge et actionne les différents services existants. Il collabore avec les établissements sanitaires et médico-sociaux par le biais de conventions.

C'est vers ce label 3 que doivent tendre pour l'instant les CLIC.

¹⁸ un répertoire national des CLIC sera établi par département.

¹⁹ fonds d'aide à la qualité des soins de ville, géré par l'URCAM.

Une nouvelle version du cahier des charges et une circulaire complémentaire sont attendues pour le début de l'année 2001.

2.3.2.4 Articulation des CLIC et des autres réseaux

Le dispositif CLIC reçoit un accueil favorable sur le terrain, bien que l'information parviennent pour l'instant difficilement et de manière partielle aux principaux intéressés, à savoir les acteurs de terrain.

Un problème de lisibilité persiste toutefois concernant l'articulation de ce dispositif Etat (approche médico-sociale) avec les réseaux de santé (approche sanitaire). Ces derniers devraient être agréés à terme par les ARH, du fait de la présence plus ou moins dominante des hôpitaux dans ces réseaux. Mais les CLIC ont aussi et nécessairement des liens privilégiés avec les hôpitaux et certains CLIC expérimentaux sont au départ des réseaux de santé ²⁰. La Direction Générale de l'Action Sociale, à l'origine du dispositif CLIC, estime qu'entre le CLIC et le réseau gérontologique, il ne s'agit que d'une différence sémantique et que le CLIC a vocation à formaliser les organisations, les complémentarités existants. Cela ne résout pas les problèmes bien réels de la procédure d'agrément et/ou de labellisation, et du type de financement. Il y a donc bien une articulation manquante entre ces deux dispositifs. D'ailleurs, on peut noter que les ARH n'ont pas été destinataires de la circulaire CLIC. Le Ministère, pour que le dispositif soit opérationnel, devra trancher cette question pour éviter la superposition de dispositifs parallèles ayant les mêmes objectifs.

Cette question risque de se compliquer encore avec le projet de réforme de la loi de 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales (mai 2000). Celui-ci insère dans le Code de la famille et de l'aide social un article 262-15 concernant les "réseaux sociaux et médico-sociaux coordonnés" : "Ces réseaux ont notamment pour objet d'assurer une meilleure orientation des personnes concernées, de favoriser la coordination et la continuité des prises en charge et prestations qui leur sont dispensées en établissement, service, à domicile, en accueil familial ou en milieu ordinaire, en organisant des filières adaptées ; ils peuvent dans des conditions précisées par voie réglementaire, associer des établissements de santé, des professionnels de santé libéraux ou des collectivités publiques ou leurs établissements, notamment d'enseignement. La convention constitutive du réseau social et médico-social est transmise aux autorités mentionnées à l'article 263-3" (président du Conseil Général, Préfet,

²⁰ Cf. réseau de santé du pays Morvan-Nivernais, un des deux sites expérimentaux CLIC de Bourgogne.

selon leurs compétences). Mais il s'agit d'une transmission et non d'un agrément, et aucun élément n'est mentionné sur le financement de tels réseaux...

Comment vont s'articuler tous ces réseaux de professionnels entre eux ? La question reste posée et conditionne grandement l'efficacité de leur mise en réseau, en particulier parce que chaque type de réseau a pour l'instant ses propres modalités de financement.

En tout cas, la création des CLIC est un premier pas pour relancer de manière forte la coordination gérontologique, avec pour objectif essentiel de consolider et formaliser les coordinations qui existent déjà, de manière plus ou moins formelle, et de diffuser la notion de coordination là où elle fait encore défaut. Il s'agit de concrétiser, enfin et de manière durable, les principes énoncés il y a quarante ans dans le rapport Laroque... et ce dans un contexte qui est sans doute plus favorable.

Toutefois, le Haut Comité de Santé publique émet le jugement suivant ²¹, qui est tout particulièrement valable pour le secteur particulier de l'action gérontologique :

" La multiplication des logiques institutionnelles, des structures et des procédures paralyse de plus en plus l'action des professionnels de santé et rend difficile la mise en oeuvre d'une logique globale et cohérente. Les cloisonnements entre institutions aboutissent à une segmentation administrative qui devient incompréhensible aussi bien pour la population, notamment en situation de précarité, que pour les professionnels. Pourtant chacun est de plus en plus conscient de la nécessité d'une approche transversale des problèmes associant sanitaire et social, ambulatoire et hospitalier, public et privé. Pour dépasser ces clivages, on ne cesse d'ajouter des dispositifs pour relier les structures, les procédures, les financements et les acteurs. Une part de plus en plus importante de l'énergie collective est ainsi consacrée à franchir des obstacles institutionnels au détriment des actions elles-mêmes et au prix d'une usure grandissante des professionnels concernés".

Ces propos montrent que les textes et l'organisation actuelle sanitaire et sociale manquent de lisibilité et impliquent un nombre considérables d'acteurs, aux stratégies différentes et plus ou moins conciliables. Au delà des concepts, le système d'acteurs gérontologique en lui-même mérite d'être analysé pour comprendre les enjeux multiples de la coordination gérontologique sur le terrain.

²¹ HCSP, L'état de santé en France, rapport d'octobre 1998.

2ÈME PARTIE

LA DIFFICILE APPROPRIATION DE LA COORDINATION GERONTOLOGIQUE PAR LES ACTEURS

Une fois cernée la notion de coordination gérontologique, à travers les évolutions législatives et les dispositifs existants, il est nécessaire de se pencher sur le système d'acteurs, au niveau local, chargé de mettre en oeuvre une telle coordination.

Pour analyser, les stratégies des différents acteurs, comprendre les enjeux et les obstacles à la coordination qui en découlent, on s'appuyera sur une réflexion menée à partir de la région Bourgogne. Avec 23.7%, la Bourgogne enregistre une proportion de personnes âgées de plus de 60 ans supérieure à la France (20.3%). En 2000, elle est au 13 me rang des 22 régions de France pour la concentration de personnes de plus de 60 ans. Il est donc intéressant de se pencher sur cette région pour illustrer la réflexion, c'est-à-dire analyser la manière dont y est abord e la question de la coordination gérontologique sur le plan institutionnel, d'une part, et sur le terrain, d'autre part.

I A LA RECHERCHE D'UNE COORDINATION INSTITUTIONNELLE...

1.1 UN CONSTAT : LE FOISONNEMENT DES INITIATIVES EN MATIÈRE D'ACTION ET DE COORDINATION GÉRONTOLOGIQUES

Les lois de 1970 et 1975 ²² qui ont institué la *coupure entre le sanitaire et le social* ont été confort es par le processus de décentralisation lancé en 1982. Les organismes de Sécurité Sociale, sous tutelle et partenaire de l'Etat, sont restés compétents en matière sanitaire et affirment un rôle prépondérant en ce qui concerne les personnes âgées. Elles partagent donc le *pilotage de la politique personnes âgées* avec les collectivités locales, compétentes depuis les lois de décentralisation de 1982-1983 sur le champ social et médico-social. Ce partage de fait se traduit pour l'instant par des **politiques juxtapos es, confortant cette séparation entre le sanitaire et le social**, alors que la demande des usagers tend vers une globalisation des prises en charge et un recentrage des dispositifs sur les usagers. De ce fait, l'ARH et les services de l'Etat tentent de rapprocher les différents partenaires pour mettre en cohérence les actions de chacun et promouvoir une véritable politique, globale, en faveur des personnes âgées.

²² Cf loi hospitalière de 1970 et loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

1.1.1 UN TERRAIN LARGEMENT INVESTI PAR LES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE

1.1.1.1 L'URCAM : L'INGÉNIERIE DE PROJETS DE RÉSEAUX

L'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) a été créée par **l'ordonnance n°96-344 du 24 avril 1996 relative à l'organisation de la Sécurité Sociale**²³. C'est un organisme de Sécurité Sociale privé, chargé d'une mission de service public, à vocation régionale et *inter-régimes*. Elle a un *rôle de coordination, régulation et incitation*, dans l'objectif de développer la qualité des soins, de veiller au respect des priorités de santé publique, et d'aider à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ambulatoires. Elle se présente comme le pendant de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), pour ce qui est du rôle de coordonnateur régional pour la médecine de ville. L'URCAM se présente comme la seule institution à vocation régionale ayant une vision globale de l'offre de soins.

C'est un acteur récent dans le système de santé, qui manque encore de lisibilité pour les acteurs de terrain et qui a besoin d'affirmer son identité propre pour se positionner dans le système.

La circulaire inter-régimes du 24 mars 1999 reconnaît à l'URCAM une compétence propre en matière de coordination des soins, en particulier entre la ville et l'hôpital :

"elle doit contribuer à définir, avec les organismes compétents, les modalités souhaitables de coordination des soins et donc les besoins en matière de **réseaux et filières ambulatoires purs et/ou mixtes impliquant les structures hospitalières et ambulatoires**. Après identification de ces besoins, elle incite à développer des projets dans des domaines non couverts, elle organise l'harmonisation des projets portant sur les mêmes thèmes, en facilite le regroupement, elle élabore également un ordre de priorité des projets envisagés après discussion avec les organismes concernés. Dans le cadre d'une recherche permanente d'une meilleure coordination des soins, l'URCAM constitue *l'interface entre l'organisation de la médecine de ville et les structures hospitalières*. (...) L'URCAM doit développer une *capacité d'expertise* lui permettant d'aider les organismes à établir les dossiers des projets soumis aux caisses nationales (...). Cette aide peut s'accompagner de *l'attribution de crédits "ingénierie"* (expertise financière, étude de faisabilité) pris sur les fonds de l'URCAM. A cette fin, la CNAMTS s'attachera à ce que les modalités de gestion du **Fonds d'Assurance Qualité des Soins de Ville (FAQSV)** confèrent aux URCAM un pouvoir de décision financier à l'appui des projets de filières et réseaux. (...) L'URCAM devra par ailleurs *mesurer l'impact*

²³ Cf. décrets n°97-630 et n°97-631 du 31 mai 1997 relatifs aux URCAM.

du réseau ou de la filière sur l'organisation du système de soins au niveau régional en s'appuyant sur les méthodes proposées par les caisses nationales." ²⁴

Le FAQSV a été institué par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 1999 et le décret du 12 novembre 1999. Il a deux objectifs : participer à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, et cofinancer des actions concourant notamment à l'amélioration des pratiques professionnelles et à leur évaluation. Cela peut se traduire par la mise en place de réseaux de soins, le financement de dépenses d'équipement ou de regroupement de professionnels de santé, et par des dépenses d'études et de recherche. Le FAQSV est doté de 500 millions de francs pour 2000, dont 80% sont destinés aux actions régionales. Ces crédits sont gérés au niveau régional par l'URCAM et attribué selon un cahier des charges national.

L'URCAM de Bourgogne se positionne donc clairement sur le champ des réseaux. Le **programme régional de l'Assurance Maladie pour 2000-2002** ²⁵ (PRAM) dresse la liste des réseaux soutenus par l'URCAM et présente ses projets en cours. De plus, une personne à plein temps est affectée au sein de l'URCAM pour l'étude des réseaux et pour la constitution d'une cellule d'aide au montage juridique des dossiers ²⁶. En ce qui concerne le Fonds d'Aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), la région Bourgogne a reçu 12.22 millions de francs pour l'année 2000. **Le comité régional de gestion du FAQSV** a été installé à l'URCAM le 27 octobre 2000 et a retenu des priorités complémentaires de celles existant au niveau régional (SROS,...), parmi lesquelles figure le développement de plateformes d'informations, notamment dans le domaine de la coordination gérontologique... Ainsi, une étude de faisabilité a été conduite en juillet 1999 sur la faisabilité de la mise en œuvre d'une **plate-forme téléphonique de services aux assurés, professionnels de santé et travailleurs sociaux**. L'URCAM de Bourgogne a sollicité un financement auprès des trois caisses nationales d'assurance maladie pour mener à bien cette expérimentation. Enfin, l'URCAM pose ainsi sa capacité d'expertise en matière de réseau pour justifier qu'elle conduise la réflexion sur la constitution d'un **comité régional des réseaux**, impulsé par l'ARH ²⁷, dans l'attente des orientations de la loi de modernisation sanitaire. L'URCAM

²⁴ les passages en italique figurent en caractère normal dans le texte d'origine.

²⁵ voté par le Conseil d'administration de l'URCAM de Bourgogne le 30 novembre 1999.

²⁶ l'URCAM a produit pour la Conférence régionale de santé du 12 décembre 2000 un document récapitulatif sur l'ensemble des réseaux existants en Bourgogne.

²⁷ Cf. paragraphe 1.2.1 de cette partie.

conçoit ce comité comme une instance technique, pour apporter un soutien technique pour le montage plus rapide des dossiers et pour simplifier les circuits administratifs.

Dans ce rôle de coordination et d'harmonisation des actions menées, on peut se demander si la stratégie de l'URCAM apparaît comme concurrente ou complémentaire de celle de la CRAM, notamment, laquelle a aussi une vocation régionale et transversale.

1.1.1.2 LA CRAM : ACTEUR INSTITUTIONNEL ET ACTEUR DE TERRAIN DU SECTEUR GÉRONTOLOGIQUE

La Caisse régionale d'assurance-maladie trouve une légitimité particulière à intervenir dans le champ des personnes âgées, dans la mesure où elle se caractérise par sa *double appartenance à la branche maladie et à la branche vieillesse*. En matière de coordination gérontologique, les orientations nationales sont plutôt données par la branche vieillesse car la branche maladie y voit plutôt une action au caractère social prédominant. Toutefois, la branche maladie diffuse dans ce domaine comme dans d'autres la nécessité de trouver une "juste place" dans le financement des soins, sans transfert de charges indues. L'assurance-maladie se préoccupe donc du "juste soin" au "meilleur coût".

La CRAM effectue donc une synthèse des logiques des deux branches. Elle est donc présente à la fois sur le versant sanitaire (participation à la planification et aux orientations sanitaires au sein de l'ARH) et sur le versant social et médico-social (Pôle gérontologique de la CRAM s'occupant des aides individuelles et institutionnelles, et du service social). La CRAM a donc une vision régionale (sur deux régions même : ici, Bourgogne et Franche-Comté) et transversale (sanitaire-social). Sa principale spécificité est l'existence du *service social* de la CRAM qui est un acteur de terrain directement partenaire des autres acteurs. C'est par ce biais que la CRAM se distingue de l'action de l'URCAM et se considère comme complémentaire.

La CRAM Bourgogne et Franche-Comté s'implique dans **la coordination institutionnelle** de deux manières. D'une part, conformément à la Loi du 24 janvier 1997, elle a passé des conventions avec les Conseils Généraux pour la gestion de la PSD. D'autre part, la CRAM a été à l'initiative d'une coordination des régimes de retraite au sein d'un comité d'action sociale inter régime (CASIR). C'est un lieu d'échange des partenaires sur leur politique d'action sociale, de détermination de positions communes, mais aussi de coopération technique. Ce comité a été constitué dans le cadre de la négociation des conventions PSD, puis il a été étendu à l'ensemble de l'action sociale.

La CRAM peut intervenir en matière de **coordination gérontologique** de plusieurs manières.

Tout d'abord, la CRAM finance largement des **aides individuelles** : aide ménagère à domicile, aide à l'amélioration de l'habitat, garde à domicile, aide aux vacances. La CRAM accorde des **prêts** pour financer des actions immobilières dans les établissements pour personnes âgées dépendantes. 16 établissements ont ainsi été aidés en 1998 (13 millions de francs). Enfin, la CRAM finance des **actions gérontologique d'initiative locale (AGIL)**, qui ont pour but d'apporter une réponse aux besoins en matière de prévention du vieillissement et d'aider au maintien à domicile ou à la prise en charge de la dépendance. En Bourgogne et Franche-Comté, les principaux projets concernent la mise en place d'ateliers "Equilibre" pour prévenir les chutes, les expérimentations d'adaptation personnalis e du logement.

Dans ce cadre, la CRAM peut participer directement au financement des **réseaux gérontologiques**, par le biais des AGIL ou par le biais de l'action sociale. Par exemple, la CRAM peut participer à la mise en place de nouveaux services, répondant à un besoin du réseau, tels qu'un service de portage de repas ou un accueil de jour. Ainsi, la CRAM s'est positionn e depuis longtemps sur le champ des réseaux gérontologiques et a participé au financement de deux réseaux expérimentaux, l'un sur Beaune et l'autre sur le canton de Fresnes Saint Masm s en Franche-Comté. En juin 2000, la CRAM a produit un document récapitulatif sur la coordination gérontologique en Bourgogne et Franche-Comté, à l'attention des administrateurs de la Caisse. Il essaye de faire le point sur les différents types de réseaux existants et de les recenser sur les deux régions, en dégageant le rôle de la CRAM.

Pour ce qui concerne les actions de *prévention*, la CRAM s'est repositionn e lors de la création de l'URCAM de Bourgogne : l'URCAM s'occupe de l'ensemble des domaines de prévention, à l'exception de celle destin e aux personnes âgées dans laquelle s'est sp cialis e le service de prévention de la CRAM. Ainsi, leurs actions sont complémentaires et non concurrentes.

1.1.1.3 LA MSA : PROJET DE RÉSEAU GÉRONTOLOGIQUE

La Caisse centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA) a élaboré un **projet-cadre** sur les réseaux gérontologiques, dans le cadre des réseaux expérimentaux Soubie. C'est le résultat d'un travail de *formalisation* d'un projet, qui nécessite une ingénierie telle qu'un petit promoteur local ne peut assumer seul. Le principe est donc la constitution d'un **cadre général, dicté par le financeur, que le promoteur sur le terrain choisit de s'approprier**. Les caractéristiques de ce projet sont présentées en annexe. Les critères retenus paraissent particulièrement exigeants et ne laissent pas toujours beaucoup de marge de manœuvre sur le terrain pour l'adapter aux conditions locales. Or, l'expérience montre que la coordination doit partir du terrain et être portée par des personnes volontaires. Le principal avantage de ce projet est de proposer des rémunérations des temps de coordination, de manière dérogatoire par rapport au code de la Sécurité Sociale.

Ce projet est généralement salué sur le plan de la conception. Il semble faire parfois l'objet de tentatives de récupération par les caisses régionales, selon certains. Il fait l'objet de critiques de certains acteurs de terrain (notamment les médecins gériatres, à l'écart d'une telle démarche centré sur le médecin généraliste). En Bourgogne, trois projets ont été montés sur ce modèle : la coordination gérontologique des Trois Rivières (Saône-et-Loire), le réseau gérontologique de Haute Côte d'Or et le réseau gérontologique du Pays Charitois (Nièvre).

Il apparaît donc que les initiatives des organismes de Sécurité Sociale en matière de coordination sont nombreuses, sans qu'elles soient articulées avec les actions sociales et médico-sociales que développent les collectivités locales, dans la perspective d'une prise en charge globale des personnes.

1.1.2 UNE POLITIQUE PERSONNES ÂGÉES VARIABLE D'UNE COLLECTIVITÉ LOCALE À L'AUTRE

Depuis les lois de décentralisation de 1982-1983, les collectivités territoriales sont compétentes sur la politique sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées, dans une logique de rapprochement des autorités de décision à proximité des besoins. Les Conseils Généraux apparaissent donc comme les nouveaux pilotes de la politique vieillesse, avec un rôle de régulation au niveau départemental. Quant à elles, les communes ont gardé une tradition d'intervention de proximité dans ce domaine, sans que les textes leur fixent des obligations en la matière.

1.1.2.1 LES CONSEILS GÉNÉRAUX : DES STRATÉGIES DIFFÉRENCIÉES

La décentralisation a considérablement modifié l'équilibre des pouvoirs sur la scène gérontologique. On est passé d'une régulation nationale à une régulation de proximité, dont l'Etat s'est retiré au profit du Conseil Général. Les conséquences de cette "mutation" ont été confirmées avec l'institution de la prestation spécifique dépendance en 1997. En effet, les Conseils Généraux ont développé des stratégies différenciées en fonction de l'histoire du département (tradition gérontologique ou non), de l'équilibre des forces politiques (les personnes âgées peuvent constituer une part importante du corps électoral), de la situation financière du département (réaction de gestionnaire, attentif à gérer de manière saine les fonds publics). Les Conseils Généraux disposent de deux outils principaux, **le schéma gérontologique départemental** (planification et définition de "règles du jeu gérontologique" en théorie du moins) et **la gestion de la PSD**.

Il semble aujourd'hui que les Conseils Généraux investissent davantage ce champ d'intervention, par rapport aux années 1980, car, dans un contexte européen où l'on privilégie de plus en plus la région et le "pays"²⁸ (ou le bassin de vie...), *les départements se sentent menacés à moyen terme dans leur existence*. Cela les conduit à s'affirmer de plus en plus dans leurs prérogatives pour défendre leur légitimité.

Les politiques gérontologiques départementales se sont révélées et sont encore très disparates, ce qu'analyse D. Argoud dans son ouvrage ²⁹, de manière très complète. En particulier, il les classe en *4 idéaux-type* ³⁰ en fonction du degré d'implication du Conseil Général dans la régulation de la scène gérontologique départementale :

- politique volontariste du Conseil Général dans un climat consensuel entre les acteurs : *formalisation d'une politique départementale*,
- politique volontariste dans un climat conflictuel : *stratégie libérale*,
- politique neutre dans un climat consensuel : *régulation implicite*,
- politique neutre dans un climat conflictuel : *absence de politique*.

²⁸ cf. Loi Pasqua de 1995 sur l'aménagement du territoire, la Loi Chevènement de 1999 sur l'intercommunalité, et la Loi Voynet de 1999 sur l'aménagement et le développement du territoire.

²⁹ Cf. D.Argoud, Politique de la vieillesse et décentralisation. Les enjeux d'une mutation, Erès, Pratiques du champ social, 1998.

³⁰ cf.annexe.

Il serait intéressant d'appliquer cette grille d'analyse aux 4 départements de Bourgogne. Toutefois, c'est un travail délicat qui nécessite beaucoup de temps pour interroger les acteurs des 4 Conseils Généraux mais aussi leurs partenaires. C'est ainsi que l'on peut apprécier plus justement la qualité de la régulation opérée par un Conseil Général, en faisant la part du discours (à connotation politique) et de la réalité.

Par ailleurs, une **étude de la CNAV** ³¹, réalisée en octobre 1999, permet d'apprécier la qualité de la **coordination institutionnelle** qui a été mise en place par les Conseils généraux dans le cadre de la **PSD** ³². Elle a été réalisée à partir de 91 conventions recensées. 79% des conventions signées ont aussi plusieurs partenaires (Conseil Général, CRAM, MSA, Organic, Ava, CPAM, URSSAF, Préfet, Arrco, Mines...). Il apparaît qu'une première catégorie de conventions (32%) sont marquées par une forte coopération des partenaires, avec des évaluations communes sur tout ou partie du territoire, et la mise en place d'une instance de régulation dans 55% de ces conventions. Une seconde catégorie de conventions se caractérise par des évaluations réalisées séparément mais sur des bases méthodologiques communes, avec un suivi par une instance de régulation dans 68% des cas. La dernière catégorie de conventions (27%) est marquée par une simple gestion du flux avec transmission des dossiers aux partenaires concernés, par l'intermédiaire d'une instance de régulation dans 44% des cas. Cette étude de la CNAV montre que globalement la PSD a fait progresser la coordination institutionnelle.

En Bourgogne, la CRAM ³³ a permis de faire le point sur la situation des conventions fin novembre 2000. Trois conventions sur 4 ont été signées, celle avec la Nièvre étant en cours de négociation, pour formaliser une coopération qui existait déjà sur le terrain. L'esprit de ces 4 conventions s'avère différent. Certaines organisent une coopération a minima, ciblée sur l'échange d'informations (Saône-et-Loire et Yonne), alors que d'autres organisent une coopération plus élaborée (Côte d'Or, Nièvre). Cela peut s'expliquer notamment par le fait que les deux premiers départements cités ont créé leurs propres équipes d'évaluation pour la PSD. Ainsi, ils n'ont pas besoin de l'appui des assistantes sociales des caisses. C'est pourquoi ces deux départements invitent simplement, à titre informatif, les caisses à leur instance technique d'harmonisation, alors que celles-ci sont parties prenantes dans les instances de Côte d'Or et de la Nièvre.

³¹ Cf. "Premier bilan de la coordination gérontologique départementale", le Journal de l'Action sociale, n°43, janvier 2000.

³² conformément au titre 1 de la loi du 24 janvier 1997 instituant la PSD.

³³ Cf. entretien avec P. Deschamps, directeur du Pôle gérontologique de la CRAM.

Prenons l'exemple du département de la **Côte d'Or**³⁴ pour illustrer la politique gérontologique départementale et la gestion de la PSD, tels que présentés ci-avant.

Ce département n'a pas vraiment de tradition marquée de politique gérontologique. Il a réalisé deux schémas sans concertation avec la DDASS, avec qui les relations semblent plutôt distantes, voire tendues. Une nouvelle actualisation du schéma départemental va être lancée en 2001, qui devrait davantage associer cette fois l'Etat. Le Conseil Général témoigne donc d'un intérêt assez récent pour la politique gérontologique. Il s'agit clairement d'un intérêt politique ("classe d'âge électoralement précieuse et disciplinée dans ses votes"), comme l'a clairement énoncé un conseiller général lors d'une journée associative sur la coordination gérontologique³⁵. Ainsi, on peut noter une forte "politisation" de la politique gérontologique départementale. C'est aussi un intérêt lié notamment à la montée en charge de la PSD. Celle-ci a été l'occasion de mettre en place une véritable coordination institutionnelle, en partenariat avec les caisses de Sécurité sociale (CRAM, MSA, Organic, Ava) et le service social spécialisé du CCAS de Dijon. Cette coordination est poussée : les partenaires se sont partagés le territoire de la Côte d'Or en 5 pôles gérontologiques, dans lesquels un partenaire est chargé de l'évaluation de la dépendance et du montage des dossiers. Le Conseil Général reconnaît le travail fait par ses partenaires pour attribuer la PSD, et élabore un plan d'aide y compris pour les personnes qui relèvent de l'aide ménagère et non de la PSD (GIR 4 à 6). Le Conseil Général se présente ainsi comme un partisan du travail en partenariat, de "l'observation partagée" entre les différents décideurs et financeurs, et de l'articulation des différents outils de régulation dont disposent les différents acteurs de la scène gérontologique.

L'implication du Conseil Général dans l'expérimentation des CLIC illustre bien sa volonté d'affirmer une légitimité politique, comme acteur central de la scène gérontologique. Ainsi, le dossier CLIC de la Côte d'Or reprend à la fois les éléments de coordination institutionnelle autour de la PSD et le travail réalisé par la Fédération départementale des personnes âgées (FAPA) avec les instances de coordination gérontologique qui parsèment le territoire et sont plus ou moins actives dans l'information des personnes âgées et l'animation sociale, essentiellement. Le Conseil Général mène une sorte de campagne dans le département pour expliquer les CLIC et mettre en avant son implication, forte et rapide, dans ce nouveau dispositif. Certains interlocuteurs ont signalé leur perplexité par rapport à

³⁴ Cf. entretien avec Mme Wrobel (direction personnes âgées et personnes handicapées) et le Dr. Derain, médecin coordonnateur PSD.

³⁵ Cf. journée d'information organisée par la FAPA (fédération départementale des retraités et personnes âgées) sur la coordination gérontologique, en partenariat avec le Conseil Général.

cette situation : le Conseil Général est CLIC, alors que le CLIC doit être un dispositif de proximité, d'information, d'évaluation, de suivi des plans d'aide. Du coup, certains acteurs³⁶ de terrain, dans ce département, pensent relever d'un label de "sous-CLIC" car ils fonctionnent déjà selon certains principes de ce dispositif. Ces acteurs ne savent plus s'ils doivent demander le label CLIC pour eux-mêmes ou s'ils doivent attendre les "directives" du Conseil Général. En effet, des acteurs tels que les CCAS sont particulièrement actifs en matière de coordination de proximité.

1.1.2.2 UNE ACTION DE PROXIMITÉ TRADITIONNELLE DES COMMUNES

La plupart des communes ont une tradition ancienne d'intervention dans le champ de l'action sociale en faveur des personnes âgées, par le biais des bureaux d'aide sociale, devenus depuis les **centres communaux d'action sociale (CCAS)**. La loi de décentralisation du 6 janvier 1986 confie aux CCAS la mission "d'animer une action générale de prévention et de développement social dans la commune"³⁷. Ce rôle d'animation du partenariat local, dévolu au CCAS, en fait le *pivot* potentiel de la coordination d'une action gérontologique *globale*, de *proximité*. Ainsi, *le territoire communal paraît pertinent* pour une mise en cohérence du secteur de la vieillesse, à travers la coordination des différents types d'intervenants autour de la personne âgée³⁸. Dans le cas de petites communes, cette coordination peut se faire par le biais de l'intercommunalité (syndicats intercommunaux à vocation multiple, communautés de communes)³⁹ ou du canton. L'action des communes en matière de coordination gérontologique est souvent *mal connue* des autres institutions, et les communes ne sont pas toujours au courant d'initiatives qui peuvent les concerner, telles que les CLIC.

On peut citer comme exemple le comité de coordination des retraités du canton de Semur-en-Auxois (28 communes), créé en 1982 lors de la décentralisation afin de partager les crédits disponibles entre tous, et pas seulement au profit de la plus grosse ville. Des

³⁶ Cf. entretiens avec des responsables de CCAS du département.

³⁷ Cf. articles 137 et 163 du Code de la famille et de l'aide sociale.

³⁸ Cf. étude de l'INRAC commanditée par la Fondation de France en 1992-1993, dont les résultats sont commentés dans l'article de J. Maslowski, Années documentaires CLEIRPPA n°250 de mai 1998.

³⁹ Cf. SIVOM en Côte d'or : cantons Bligny-sur-Ouche, Grancey-le-Château, Laignes, Nolay, Sombornon, Is-sur-Tille, Montigny-sur-Ouche et Précly-sous-Thil.

exemple de communauté de communes à un niveau cantonal : canton de Seurre.

enjeux de pouvoir entre communes (rééquilibrage...) peuvent présider à la constitution de telles instances.

Certaines communes plus importantes, comme Dijon et Châlon-sur-Saône, ont des CCAS qui fonctionnent déjà comme des CLIC. Par exemple, la ville de Dijon dispose d'un service social gérontologique (créé en 1988), à partir duquel elle a constitué depuis 1991 une commission technique ("Cépage"), qui rassemble un médecin gériatre du CHU⁴⁰, un médecin psychiatre⁴¹, un psychologue, les assistantes sociales du service et d'autres participants éventuels, afin de traiter les situations de crise. Le service social permet une coordination interne avec les autres services gérés par la ville, mais aussi avec les fédérations d'intervenants à domicile. Le CCAS fait aussi partie de la coordination PSD. Toutefois, si la politique de Dijon en matière de personnes âgées a été volontariste jusqu'à présent, rien ne garantit le pérennité d'une telle orientation. En effet, cela dépend de la *sensibilité de l'élu local* aux problèmes des personnes âgées, lesquels peuvent ne pas lui paraître comme prioritaires, au regard d'autres questions (emploi...). C'est un élément de fragilité pour la politique municipale, qui peut ne pas être continue.

Ainsi, il apparaît que de nombreux acteurs ont des initiatives en matière de coordination gérontologique, dans leur champ de compétence. Ce foisonnement nécessite donc une régulation des actions et un partage d'informations pour éviter les doublons.

1.2 UNE NÉCESSITÉ : L'IMPULSION D'UNE COORDINATION POUR UNE ACTION GLOBALE COHÉRENTE

Dans ce foisonnement d'initiatives, on peut se demander quels sont les acteurs qui peuvent contribuer à mettre de l'ordre et de la cohérence.

Il revient naturellement à l'Etat de donner des directives permettant de hiérarchiser, de prioriser les actions, ou de donner un rôle de coordination à un acteur de terrain. Or, au niveau de l'administration centrale du Ministère, *les personnes âgées relèvent à la fois de la Direction générale de l'Action Sociale (DGAS), pour ce qui touche la prévention et l'action sociale globale, et de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), pour ce qui est de la gestion de l'enveloppe personnes âgées*. Ainsi, la mission Marthe qui pilote la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) a été rattachée cette année à la DHOS. On s'interroge aujourd'hui

⁴⁰ Dr. Richard.

⁴¹ Dr. Vincent, CHS La Chartreuse.

sur la possibilité d'un transfert de l'enveloppe personnes âgées aux ARH, transfert auquel s'opposent les Préfets et qui a déjà été retiré de précédentes lois de financement de la Sécurité Sociale.

Si la coordination au niveau ministériel ne semble pas évidente, notamment pour les acteurs de terrain, qui peut au niveau régional remettre de la cohérence dans la politique personnes âgées ? Deux interlocuteurs possibles se proposent, l'ARH et les services déconcentrés de l'Etat.

1.2.1 L'AGENCE RÉGIONALE DE L'HOSPITALISATION EN POSITION DE MÉDIATEUR

L'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) est une institution créée par l'ordonnance n° 96- du 24 avril 1996, rassemblant au sein d'un groupement d'intérêt public l'Etat (DDASS et DRASS) et l'Assurance Maladie (URCAM, CRAM notamment). L'ARH est l'autorité de tarification pour les établissements de santé publics et privés, c'est-à-dire qu'elle répartit l'enveloppe régionale hospitalière définie annuellement dans le cadre de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale et de l'Objectif national des dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM). Elle définit la politique hospitalière (planification, disciplines prioritaires...) et encourage les coopérations entre établissements publics et/ou privés.

Les personnes âgées constituent, comme on l'a évoqué précédemment, une partie importante des patients du milieu hospitalier, d'autant plus importante qu'elle demande des soins adaptés à la spécificité de la gériatrie et une orientation appropriée aux besoins de la personne, laquelle ne relève pas toujours d'une hospitalisation.

C'est ainsi que l'ARH de Bourgogne a fait de la politique personnes âgées une de ses priorités, à travers plusieurs initiatives.

1.2.1.1 UNE VOLONTÉ POLITIQUE FORTE : LE SCHÉMA RÉGIONAL DE L'ORGANISATION SANITAIRE RELATIF AUX PERSONNES ÂGÉES

L'ARH dispose d'un outil stratégique fort : le **Schéma régional d'organisation sanitaire** (SROS) a pour objet de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire les besoins de la population. Il constitue pour tous les établissements de santé, publics et privés, la référence pour la délivrance des autorisations,

l'approbation des projets d'établissement, les processus de contractualisation et d'allocation de ressources.

Les personnes âgées constituent une priorité depuis le premier schéma, puisqu'un groupe de travail (avec de nombreux professionnels de terrain) avait déjà mené une réflexion sur la gériatrie en 1995. Dans le cadre de la préparation du SROS 1999-2004, un nouveau groupe de travail a été mis en place sur la prise en charge des personnes âgées. Ce groupe, composé de manière restreinte de représentants de la DRASS, de la CRAM, de l'ARH, de la MSA et d'un médecin gériatre ⁴², a produit en mars 1999 un schéma personnes âgées menant une large réflexion sur le soin gérontologique, la filière gérontologique, les structures, le réseau gérontologique et la formation des professionnels. Les propositions du groupe ont été reprises dans le document final du SROS. Ainsi, les objectifs du SROS sont au nombre de trois :

- prévenir les conséquences négatives du vieillissement (bilan d'évaluation gérontologique, consultations gérontologiques, développement de l'hospitalisation de jour),
- favoriser le développement de la mise en réseau de l'ensemble des professionnels médicaux et sociaux pour assurer le soutien à domicile des personnes âgées, dépendantes ou malades (principe de l'inscription de chaque établissement de santé dans un réseau gérontologique, développement des structures alternatives -SSIAD et HAD- ...);
- développer une meilleure prise en charge de la personne âgée à l'hôpital (unité de médecine polyvalente et gériatrique dans chaque établissement recevant des personnes âgées, équipe de liaison gériatrique, centre référent en gériatrie dans chaque pôle sanitaire de coopération,...).

Toutefois, on peut s'interroger sur la *portée réelle des recommandations du SROS*, et certaines personnes ayant participé à la réflexion ont le sentiment de brasser les mêmes idées, qui ne sont toujours pas traduites sur le terrain. Cela conduit à un certain découragement, avec le sentiment que l'ARH n'a pas non plus dégagé les *moyens* de ses ambitions.

Ceci dit, la Bourgogne fait partie des quelques régions qui ont consacré des travaux spécifiques aux personnes âgées. Cette réflexion a été reconnue puisque l'ARH de Bourgogne représentante les ARH dans un groupe de travail ministériel (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins), dont la mission est l'élaboration de recommandations nationales en matière de prise en charge des personnes âgées (volet

⁴² Dr Richard, médecin gériatre au CHU (Centre Champmaillot), rencontré en entretien.

sanitaire et volet social). Ces recommandations générales sont surtout destinées aux régions qui ont peu développé ces thématiques.

1.2.1.2 DES INITIATIVES DE CONCERTATION ET D'HARMONISATION

Une première démarche de concertation a été initiée par l'ARH dans le cadre du SROS. Il s'agit de **rencontres tripartites entre les Conseils Généraux, les Préfectures et l'ARH** destinées à susciter des réflexions communes pour harmoniser les prises en charge des personnes âgées. Ces réunions ont eu lieu dans l'Yonne, la Nièvre et la Saône-et-Loire en 1999, et restent à organiser en Côte-d'Or. L'ARH s'affirme clairement en position d'arbitre pouvant réunir les différents interlocuteurs institutionnels. L'idée est de définir les domaines d'action communs pour travailler ensemble. L'ARH a demandé à chacun des partenaires de définir des plans d'actions. Pour l'instant, cette démarche n'est pas allée plus loin qu'une incitation générale, mais l'ARH espère que cela se concrétisera.

Une seconde démarche de concertation est en train de se mettre en place à partir du **suivi de la mise en œuvre du SROS**. En effet, des indicateurs de suivi ont été définis en matière de personnes âgées, parmi lesquels figurent le nombre de cantons desservis par un réseau gérontologique, le nombre d'établissements de santé ayant organisé une consultation gérontologique, le nombre de pôles sanitaires de coopération ayant au moins un centre référent en gériatrie... Le suivi de ces indicateurs de juillet 1999 à juillet 2000 a montré la nécessité de constituer un groupe personnes âgées, dans le cadre des groupes de suivi du SROS mis en place à l'automne 2000, afin de bien définir les attentes par rapport aux promoteurs de centres référents, d'équipes mobiles en gériatrie et de réseaux gérontologiques. Ce groupe est constitué d'un chef de projet de la MSA, un co-responsable de l'ARH, un représentant de chaque DDASS et de la DRASS, un représentant de chaque Conseil Général, un représentant de la CRAM, de l'URCAM, de l'ERSM (échelon régional du service médical), et d'un représentant de la cellule PMSI. Il s'agit d'élaborer des orientations consensuelles communes au secteur sanitaire (ARH) et au secteur social (Conseils Généraux) en matière de prises en charge des personnes âgées. En particulier, le groupe s'est donné pour objectif de construire une grille d'analyse des projets de réseau gérontologique, d'élaborer des indicateurs de suivi des besoins des personnes âgées (qualitatifs et quantitatifs) et d'organiser dans chaque pôle sanitaire de coopération une rencontre de sensibilisation sur ces thématiques (présentation des critères d'analyse des projets, présentation d'expériences menées). Lors de la première réunion, les Conseils généraux ont insisté sur la nécessité de mettre en cohérence les différents outils de planification qui existent, et en particulier, les quatre schémas gérontologiques

départementaux et le SROS. Toutefois, le déroulement de cette réunion montre qu'il est difficile pour l'ARH de mener une réflexion globale sur les personnes âgées, sans que celle-là soit hospitalo-centrée. Ainsi, l'ARH considère qu'il ne peut y avoir de prise en charge coordonnée, de réseau, sans un établissement de santé comme pilier. Cet aspect justifie pour l'ARH qu'elle donne systématiquement un agrément des organisations formalisées en réseau. Cette conception conduit à s'interroger sur les liens avec les CLIC, qui sont des réseaux médicaux et sociaux, associant la plupart du temps des établissements de santé, et pour lesquels il n'est pas prévu pour l'instant d'agrément ARH. En même temps, l'ARH s'est plaint de voir un réseau demander à la fois l'agrément réseau de santé (ARH) et le label CLIC (Etat)...

Le même type de questions se pose par rapport à la constitution d'un **comité régional des réseaux**, initié par l'ARH et piloté par l'URCAM. Quelle doit être la compétence d'un tel comité ? Est-ce une instance technique ou politique, c'est-à-dire doit-elle impulser une politique incitative au développement des réseaux et dresser des priorités régionales ? Ou doit-elle seulement être une instance technique qui essaye d'harmoniser les critères retenus par chaque partenaire financier ? Quel doit être le champ de compétence d'une telle instance, puisque les réseaux constituent déjà un maquis juridique dans lequel il faudrait faire de l'ordre... Quelle place pour les démarches de type CLIC dans un tel comité ? Alors que la circulaire du janvier 2001 sur les CLIC devrait donner des indications sur la procédure de labellisation retenue, et peut-être aussi sur les articulations avec les autres types de réseaux, il semble que l'ARH se soit tournée pour l'instant vers un cellule d'appui régionale aux réseaux Ville-Hôpital seulement. Cette cellule s'occuperait de l'examen des projets, mais l'instruction des dossiers resterait de la compétence de chaque institution. Un référent serait désigné pour chaque projet. On peut alors se demander ce que va apporter cette instance, dont l'ambition est plus limitée et qui risque finalement de conforter les frontières existantes. De plus, quelle sera l'articulation avec le groupe personnes âgées et le groupe coopération-réseaux constitués pour le suivi du SROS ? Il n'est pas sûr que cette nouvelle organisation permette de clarifier le paysage institutionnel des réseaux, notamment à travers une harmonisation des politiques des financeurs. Ce comité risque de créer une procédure spécifique pour les réseaux ville-Hôpital sans clarifier les articulations avec les autres formes de réseau.

1.2.2 LES SERVICES DE L'ÉTAT : IMPULSION ET RÉLEXION PARTENARIALE SUR LE VOLET SANTÉ

Les services déconcentrés de l'Etat, sous la responsabilité du Préfet, disposent de différents outils qui ont été mis en place dans une logique partenariale, pour harmoniser les politiques menées par différents acteurs institutionnels et permettre des co-financements d'actions. Les principaux outils qui s'inscrivent dans une telle démarche sont le contrat de plan Etat-Région, le schéma national de services collectifs (élaboration à partir de contributions régionales) et les programmes régionaux de santé.

1.2.2.1 LE CONTRAT DE PLAN ETAT-RÉGION

Le contrat de plan Etat-région (CPER) est une démarche de contractualisation entre les services de l'Etat (Préfet) et les collectivités territoriales (Conseils Généraux et Conseil Régional). C'est le moyen pour l'Etat et les collectivités territoriales d'adopter des orientations communes et d'organiser les modalités du co-financement d'un certain nombre d'actions.

Ainsi, le **CPER 2000-2006** de Bourgogne comporte un volet Santé (point n°18) : "Améliorer les services de santé". La prise en charge des personnes âgées est mise en avant comme une des priorités. Il insiste sur "la mobilisation des ressources sanitaires et sociales sur des territoires et autour des besoins des personnes", qui conduit à proposer un appui financier aux démarches de mise en réseau des acteurs, professionnels ou institutions: "l'objectif porte essentiellement sur la coordination, la formation-animation, et, le cas échéant, l'évaluation des réseaux existants ou potentiels". Le CPER a ciblé les réseaux qui pouvaient être appuyés dans ce cadre, réseaux parmi lesquels figurent ceux pour la prise en charge des personnes âgées. Une priorisation des opérations pressenties a permis de déterminer l'engagement financier de chaque partenaire, qui se monte à 50.10 millions de francs chacun pour les opérations d'amélioration des établissements d'accueil, et à 4.15 millions de francs chacun pour les opérations de soutien au développement des réseaux.

Outil de coordination institutionnelle, le CPER est vu par P. Guinchard-Kunstler⁴³ comme un **moyen privilégié pour trouver une solution au problème de financement des coordinations gérontologiques, grâce aux co-financements programmés qu'il permet.**

⁴³ propos lors d'un entretien avec P. Guinchard-Kunstler, députée du Doubs et auteur d'un rapport en septembre 1999 intitulé Vieillir en France. Enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie.

1.2.2.2 LE SCHÉMA DE SERVICES COLLECTIFS SANITAIRES

La loi d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire prévoit l'élaboration de 8 schémas de services collectifs, dont un schéma de services collectifs sanitaires, qui a pour but "d'assurer un égal accès en tout point du territoire à des soins de qualité, notamment en veillant au maintien des établissements de proximité. (...) Il favorise la mise en réseau des établissements de santé assurant le service public hospitalier et le développement de la coopération entre les établissements publics et privés. Il vise également à améliorer la coordination des soins en développant la complémentarité entre la médecine préventive, la médecine hospitalière, la médecine de ville et la prise en charge médico-sociale" ⁴⁴.

Le schéma national est élaboré à partir des contributions régionales, qui doivent reprendre notamment les objectifs des SROS, dans une **démarche de prospective à 20 ans**. Le comité stratégique national a été composé de manière interministérielle. Le comité régional de Bourgogne a rassemblé la DRASS, l'URCAM, l'ARH et la CRAM. Le Conseil Régional a aussi été associé à la réflexion.

La contribution de la Bourgogne présente des projections de population du service statistiques de la DRASS montrant l'évolution de la dépendance dans la région. Le schéma dégage ensuite un certain nombre d'orientations et d'objectifs, parmi lesquels il insiste sur "une meilleure coordination des actions de santé entre les autorités sanitaires publiques, les collectivités territoriales, les organismes de protection sociale", et sur la coordination des prise en charge et le financement des filières et réseaux.

1.2.2.3 LES PROGRAMMES RÉGIONAUX DE SANTÉ

La Conférence régionale de santé de la Bourgogne, en décembre 1997, a décidé le lancement d'un programme régional de santé sur le thème "**Handicap et Dépendance des personnes âgées**". L'objectif est de créer une dynamique régionale, départementale, et locale en associant les acteurs de terrain concernés par la santé des personnes âgées, et en particulier les axes retenus par le Haut Comité de la Santé Publique : réduire la mortalité

⁴⁴ Cf. article 14 de la loi n°99-533 du 25 juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire.

évitable, réduire les incapacités évitables, améliorer la qualité de vie des personnes handicapées et malades, réduire les inégalités face à la santé.

La coordination de ce programme régional de santé a été confiée à la CRAM, ce qui est plutôt atypique, avec le médecin inspecteur régional adjoint comme référent méthodologique. Depuis 1998, ce programme peine à se mettre en place, beaucoup de discussions conceptuelles et finalement peu constructives semblent avoir découragé un grand nombre d'acteurs qui ont cessé de s'investir. Alors que c'était une opportunité à la fois pour réunir ensemble les décideurs, les financeurs et les acteurs de terrain, au sein d'un même comité de pilotage, pour décider ensemble des orientations à donner à une problématique commune. Si cette méthode du PRS a plutôt bien fonctionné dans la région sur d'autres thématiques (périnatalité et prévention du suicide, pilotés par la DRASS), ce PRS semble peu productif. En particulier, il n'a pas pour l'instant de réflexion prospective réelle et se trouve pris de court par les évolutions en matière de réseau gérontologique et d'articulation territoriale autour des "pays"⁴⁵. Le comité de pilotage commence à réfléchir sur le positionnement à avoir par rapport à ces questions. Mais pour l'instant, on peut noter une relative méconnaissance de bon nombre d'acteurs présents, y compris de terrain, de ce qui existe dans la région en terme de réseau gérontologique.

Par ailleurs, la Conférence régionale de santé du 12 décembre 2000 a abordé la question des réseaux et de la coordination des professionnels, en recensant les 43 projets existants, notamment en gérontologie (15), et l'appui qui leur sera donné par les institutions.

La coordination institutionnelle semble donc à la fois une nécessité absolue, étant donné qu'actuellement chaque acteur développe sa stratégie propre, mais aussi un processus de concertation difficile à mettre en place, en l'absence d'un seul acteur légitime pour piloter et mettre de la cohérence dans les actions en faveur des personnes âgées. Cette absence de coordination ne fait que renforcer les difficultés que rencontrent les acteurs de terrain pour travailler ensemble.

⁴⁵ cf. article 25 de la loi n°99-533 du 25 juin 1999 précitée.

II UNE COORDINATION DE PROXIMITÉ SE MET EN PLACE PROGRESSIVEMENT SUR LE TERRAIN

Malgré le flou conceptuel et juridique qui entoure la coordination gérontologique, les professionnels de terrain tentent depuis une dizaine d'années de se coordonner. Ils rencontrent certes des difficultés, liées notamment à leurs différences de cultures, mais ils parviennent, avec beaucoup de temps et d'échanges, à construire des projets qui, comme l'illustre la Bourgogne, deviennent de plus en plus nombreux.

2.1 UNE DIFFICULTÉ : COORDONNER DES PROFESSIONNELS AUX STATUTS ET AUX CULTURES DIFFÉRENTES

Il existe de nombreux acteurs qui interviennent auprès de la personne âgée, qui constituent un réseau de relations et de veille autour de la personne âgée. Le schéma de JJ. Amyot⁴⁶ ou celui de B. Veysset-Puyjalon, qui figurent en annexe, situent les multiples acteurs du secteur gérontologique, sur le versant sanitaire et sur le versant social.

2.1.1 LES ACTEURS DU CHAMP SANITAIRE

Parmi les intervenants du champ sanitaire, on peut citer les établissements de santé, les établissements d'hébergement pour personnes âgées, les services de soins infirmiers à domicile, les médecins libéraux et les professionnels paramédicaux du secteur libéral. On peut noter que certains ont un statut public, d'autres privé. Cela peut poser problème par rapport à la manière d'aborder la personne âgée (client ou usager du service public), mais aussi par rapport à la rémunération. En effet, le temps de coordination peut être inclu dans le temps de travail normal de certains (les salariés), alors qu'il peut représenter un manque à gagner pour d'autres (les libéraux). La coordination peut être mal vécue par des libéraux qui ont choisi leur indépendance et supporte mal les structurations pesantes et les lourdeurs administratives (transmission de dossiers...). Les contraintes juridiques et budgétaires ne sont pas les mêmes pour les différents acteurs.

Les **établissements de santé** concernés par la coordination gérontologique sont le plus souvent des hôpitaux publics, centres hospitaliers ou plus souvent hôpitaux locaux. Ces

derniers connaissent une activité composée presque exclusivement de prises en charge de personnes âgées, du fait de sa proximité notamment.

L'hôpital local se trouve en fait dans une position ambiguë. D'un côté, il fait peur à certains partenaires, notamment les médecins libéraux, parce qu'il paraît puissant par rapport aux autres intervenants, lesquels ont très peur de perdre leur autonomie. De l'autre, la gériatrie est une discipline peu ou mal valorisée sur le plan financier, que ce soit dans les hôpitaux locaux ou dans les centres hospitaliers (faible valorisation en points ISA de cette activité). Ainsi, ces hôpitaux se sentent délaissés ou mal "servis" dans les processus de campagne budgétaire. Pour certains membres des services déconcentrés ou de l'ARH, ces établissements devraient finir par passer dans le médico-social, notamment parce qu'ils n'ont quasiment plus de médecine.

Les **professions paramédicales** connaissent le même problème de valorisation insuffisante des actes liés à la prise en charge de la dépendance, ce qui n'incite pas les professionnels paramédicaux à travailler dans ce champ. Par exemple, la mobilisation pour la marche par un kinésithérapeute prend beaucoup de temps et correspond à une faible rémunération. C'est d'autant plus gênant que l'on manque d'intervenants. Les places de **SSIAD** sont insuffisantes et les infirmières libérales ne sont pas toujours disponibles. Ainsi, il est difficile de répondre aux besoins dans certaines zones, qui sont toujours les plus isolées... Les trajets à effectuer sont parfois un obstacle à la prise en charge des personnes âgées, par manque de professionnels sur place. Il y a donc un véritable problème d'accès au soins et d'aménagement du territoire qui se pose, et ce pour l'ensemble des professionnels du secteur sanitaire.

En ce qui concerne les **professions médicales**, la gériatrie n'est pas reconnue actuellement comme une spécialité à part entière, ce qui fait l'objet de fortes revendications et qui explique l'opposition de certains syndicats de médecins au projet de réseau gérontologique de la MSA ⁴⁷. Les médecins hospitaliers ont connu jusqu'à présent des contraintes juridiques qui les empêchaient, selon certains, de sortir de leur établissement. Quant aux médecins libéraux, leur adhésion à un projet de coordination est souvent essentielle, car ils peuvent dans une certaine mesure conditionner la réussite ou l'échec du projet. On a pu le constater pour la consultation de régulation gérontologique, mise en place par le centre hospitalier de Beaune, par exemple. Il semble que les médecins généralistes aient mal compris l'objet du réseau, il est vrai un peu trop hospitalo-centré, aux dires de

⁴⁷ Projet-cadre MSA : coordination par un médecin généraliste et non par un gériatre.

partenaires tels que la CRAM. Ils ont ressenti cette consultation comme une menace pour leur clientèle, composée en majorité de personnes âgées. Du coup, ils n'ont pas envoyé de patients dans cette consultation et ont ainsi rendu difficile son développement. Certains médecins libéraux comprennent mal la finalité d'une coordination gérontologique formalisée et estiment travailler déjà en réseau par le biais de leur connaissance propre du secteur gérontologique et de leur "carnet d'adresse", ce qui peut dans certains cas limiter leur motivation pour une action spécifique de coordination ⁴⁸. Cela dit, il faut relativiser les conflits potentiels entre l'hôpital et les médecins libéraux, dans la mesure où ce sont les médecins libéraux qui assurent la présence médicale dans les hôpitaux locaux, ce qui permet de rapprocher les cultures hospitalière et libérale.

Ainsi, les cultures médicales sont variées et peuvent entraîner des oppositions, voire des enjeux de pouvoir. Mais il est encore plus difficile aux acteurs du champ sanitaire de se coordonner avec ceux du champ social et médico-social.

2.1.2 LES ACTEURS DU CHAMP SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

Depuis une trentaine d'années, le secteur social et médico-social s'est énormément développé, et de façon anarchique. Avec l'évolution démographique et le contexte économique, le secteur gérontologique est apparu comme un *marché à prendre*, générant de nouveaux services et de nouveaux emplois. Il y a donc parfois **concurrence** entre différents acteurs, puisque des services de même nature peuvent être gérés par des structures publiques (CCAS, hôpital...) ou par des associations privées sur le même lieu géographique. Vers qui la coordination doit-elle alors orienter? Qui peut assurer la coordination de manière légitime, c'est-à-dire acceptée par tous?

Les acteurs sociaux et médico-sociaux sont principalement des aides à domicile, des assistantes sociales, des prestataires de service (portage de repas, téléalarme, garde à domicile, blanchisserie...). En marge, mais à une place prépondérante, se trouvent les aidants naturels, c'est-à-dire l'entourage familial ou amical.

Les **fédérations d'aides à domicile** sont des acteurs très importants dans la réponse qu'ils apportent aux besoins des personnes âgées. De ce fait, elles peuvent essayer de peser dans le jeu gérontologique. Par exemple, on peut noter qu'en Côte d'Or, il existe seulement deux fédérations, qui finalement se partagent le "marché" dans une situation de

⁴⁸ Cf. évaluation de l'évolution de l'adhésion des acteurs à Lunel (Hérault).

quasi "monopole", ce qui a été souligné comme un point faible du dispositif. D'autre part, le profil des personnes recrutées comme aide à domicile a changé. En situation de crise économique, ces emplois étaient attractifs et constituaient généralement des temps partiels venant en appoint. Aujourd'hui, avec la reprise économique, les fédérations ont plus de mal à recruter pour ces emplois qui sont difficiles à occuper (aspects jugés ingrats de ce métier...). Il faut également souligner la nécessité de professionnaliser ces métiers (formation initiale et continue) pour qu'ils aient aussi un rôle de veille et de prévention des crises. En Bourgogne, on constate qu'à peine 20% des aides à domicile ont le certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (CAFAD). Il semble aussi nécessaire de promouvoir une reconnaissance de ce travail auprès de la personne âgée, notamment à travers un statut plus protecteur que celui existant aujourd'hui.

Du coup, cela constitue une limite importante à la coordination, pour ce qui est de l'application des plans d'aide proposés.

En ce qui concerne les **assistantes sociales**, elles ont des statuts très variés mais partagent une culture commune et plus ouverte à une prise en charge globale. Elles peuvent dépendre d'une structure sanitaire (un hôpital), d'une commune (un CCAS ou un service social spécifique), du Conseil Général (assistantes sociales de secteur) ou d'un organisme de Sécurité Sociale (CRAM notamment). Le contexte dans lequel elles rencontrent les personnes âgées est donc ce qui les différencie : le territoire d'action, la situation de crise ou de suivi sont variables. Elles ont un rôle central car elles assument déjà une fonction de coordination en ce qu'elles connaissent la plupart des acteurs du secteur (travail en réseau informel par le biais du "carnet d'adresse") et cherchent des solutions globales aux problèmes rencontrés et des orientations possibles.

Les **prestataires de services** sont de plus en plus nombreux et répondent à des besoins tels que le portage de repas, la blanchisserie, la télé-surveillance... Ils peuvent avoir un rôle particulièrement intéressant à jouer dans une action de veille pour prévenir les dégradations et les situations de crise non repérées, dans la mesure où ils sont en contacts très réguliers, voir journaliers avec la personne âgée. Ils peuvent alerter d'autres intervenants lorsque par exemple une personne ne s'alimente plus de manière normale. Il peut donc être intéressant de professionnaliser davantage ces métiers pour qu'ils puissent repérer certains indicateurs d'évolution de la dépendance ou de la santé en général.

Pour finir, une partie très importante du soutien est assurée par la famille ou par des amis, par ceux que l'on appelle les **aidants naturels**. Ils peuvent assurer une présence occasionnelle, régulière, voire continue dans certains cas. C'est parfois la seule intervention

qu'une personne âgée accepte, lorsqu'elle refuse de voir quelqu'un d'étranger s'introduire chez elle. L'aide de la famille est souvent indispensable, notamment dans des zones rurales, isolées, où les intervenants ne sont pas assez nombreux. Toutefois, s'occuper d'une personne en perte d'autonomie peut être très lourd pour une personne bénévole. On s'aperçoit de plus en plus de la nécessité, d'une part, d'apporter une aide aux aidants (une sorte de formation à la prise en charge d'une personne âgée), un soutien psychologique (des groupes de parole), et d'autre part, d'offrir des possibilités de se reposer pendant quelques jours, grâce aux formules d'hébergement temporaire ou d'accueil de jour. Certains parents, généralement des enfants, peuvent à présent bénéficier d'une rémunération par chèque emploi-service, compensant le temps de travail dégagé pour s'occuper de la personne âgée.

Pour que ces acteurs, qui appartiennent à des mondes, à des cultures différents, puissent travailler ensemble et se coordonner, un long processus d'élaboration de valeurs communes, d'un langage commun à tous les acteurs est nécessaire. Cela passe aussi par l'élaboration d'une charte définissant la place de chaque acteur dans le réseau. Tout ce travail d'harmonisation des cultures d'intervention est l'une des principales difficultés de mise en place d'une coordination gérontologique. Un certain nombre d'expériences en Bourgogne tentent de créer ces conditions d'un travail en commun, de manière pragmatique.

2.2 UNE RÉALITÉ LOCALE : LES EXPÉRIENCES DE COORDINATION GÉRONTOLOGIQUE EN BOURGOGNE

Deux dispositifs ont une place particulière. **La Fédération des retraités et personnes âgées de Côte d'Or (FAPA)** rassemble 25 instances de coordination gérontologique, plus ou moins élaborées, à un niveau communal ou cantonal. Elle travaille avec le **Conseil Général** qui a lui-même présenté un dossier CLIC, fondé sur l'expérience de la FAPA et sur la pratique de coordination institutionnelle et de terrain (*convention PSD* avec les organismes de sécurité sociale). Certaines communes se sont organisées en matière de coordination gérontologique, telles que Dijon et Chalon-sur-Saône, mais on ne connaît pas la totalité des actions menées par les CCAS.

L'analyse suivante se concentre sur **quinze projets**⁴⁹ recensés par croisement de documents : 5 dans l'Yonne, 2 en Côte d'Or, 2 dans la Nièvre et 6 en Saône-et-Loire.

⁴⁹ cf. carte en annexe.

Les éléments suivants sont donc des *indications générales* sur ce que l'on peut retirer d'une première approche des coordinations gérontologiques, avec un certain nombre de limites. Cette analyse a été faite à partir de dossiers présentés par les promoteurs dans des cadres plus ou moins formalisés (dossier de présentation générale, dossier CLIC...), à partir d'études⁵⁰ réalisées par la CRAM, l'URCAM, l'ARH, et à partir des informations fournies par certaines DDASS. *Ce travail n'est pas exhaustif*, et ne constitue pas une évaluation ou une analyse scientifique, dans la mesure où les informations ne sont pas harmonisées et que les fiches de synthèse établies pour chaque expérience n'ont pas été *validées* par les promoteurs. Cela est dû à un manque de temps pour rencontrer les partenaires concernés, à l'échelle d'une région où de nombreux projets existent. Cela aurait été différent dans le cadre d'une étude départementale.

Sur ces 15 projets, 5 sont déjà actifs, 6 ont un fonctionnement prévu pour fin 2000, 1 pour début 2001. 3 ne fonctionnent pas encore et sont en cours de formalisation.

2.2.1 L'OBJET DE LA COORDINATION

Une remarque préalable concerne le rattachement de la coordination gérontologique à un "**statut**" existant dans les textes. Ainsi, 3 réseaux relèvent du projet MSA et ont été agréés⁵¹ par la Commission Soubie ; 7 coordinations se rattachent de manière plus ou moins claire aux notions de réseau de soins et réseau Ville-Hôpital ; 1 projet se présente à la fois comme un réseau de santé et un CLIC ; 4 réseaux ne se rattachaient à rien jusqu'à présent et aspirent à être labellisés CLIC.

Les **supports juridiques** retenus pour mettre en place ces actions de coordination sont variables : sur 15 projets, 11 ont une forme associative Loi 1901, 3 services sont intégrés (à l'hôpital, à une Mutualité), 1 se fonde sur un groupement d'intérêt public. 2 reposent également sur des conventions, 1 sur un "pôle gérontologique" rassemblant plusieurs acteurs de terrain, 2 sur un syndicat inter-hospitalier, 1 sur une communauté d'établissement.

⁵⁰ Cf. CRAM, Coordination gérontologique en Bourgogne et Franche-Comté (document à destination des administrateurs), juin 2000 ; URCAM, communication et dossier sur les réseaux pour la conférence régionale de santé du 12 décembre 2000 ; ARH, Atlas 2000 de la recomposition hospitalière, été 2000.

⁵¹ Cf. arrêté du 30 mars 2000 portant agrément de réseaux expérimentaux.

Le **promoteur** est dans la quasi totalité des cas un hôpital : 12 cas sur 15, seul ou en partenariat avec des acteurs médico-sociaux ou avec la Mutualité.

La **zone géographique couverte** par chaque coordination va de 3 à 13 cantons, avec parfois des recoupements. Les informations disponibles ne permettent pas de répondre sur le nombre de personnes âgées potentiellement couvertes par chaque coordination, et sur les caractéristiques de la population retenue comme cible par chaque projet (âge minimum...).

Un certain nombre d'**objectifs** reviennent dans les différents projets :

- *la qualité de la prise en charge de manière générale* : le maintien à domicile des personnes âgées dans de bonnes conditions ; la prévention de la dépendance et des situations de crise ; la démarche qualité dans la prise en charge, une approche globale et pluridisciplinaire de la personne âgée ; l'information et le conseil des personnes âgées, de leur famille et des professionnels.
-
- *l'efficacité de la réponse apportée* : l'optimisation des moyens et des réseaux de proximité existants (notamment dans une perspective d'économie budgétaire) ; le repérage et l'anticipation des besoins pour adapter les réponses ; la concertation et le travail en partenariat des professionnels ; la formation des intervenants.

2.2 L'ORGANISATION CONCRÈTE DE LA COORDINATION

Concrètement, la coordination gérontologique est, dans la plupart des cas, rattachée à un **local** identifié, souvent mis à disposition par l'hôpital (7), par une maison de retraite (1), par une commune (1). Deux projets ont des locaux totalement indépendants.

D'après les informations disponibles, peuvent être prévus :

- une **permanence téléphonique** (5), avec parfois un numéro vert (2) ;
- un **annuaire** des personnes ressources et des intervenants auprès des personnes âgées (9), sous des formes différentes (annuaire téléphonique, plaquette d'informations, base de données, site Web...) ;
- la publication d'un journal ou d'une lettre mensuelle d'information (2).
- l'accueil physique des personnes (8) ;

- des **fiches de liaison** entre intervenants (6), avec parfois pour ambition de créer un véritable système d'information partagé ;
- des **réunions** entre professionnels (7), ou bien une personne plus particulièrement chargée de faire le relais (3) ;
- les notions de bilan et/ou de plan d'aide (4) ;
- des **formations** destinées aux intervenants (3).

La **fonction de coordination** peut être assumée par des personnels différents. Tantôt, c'est une personne qui fait fonction de coordonnateur, dont le profil est parfois précisé : médecin généraliste (3), infirmière (1), assistante sociale (1). Parfois c'est une équipe pluriprofessionnelle (6 cas), avec présence souvent de médecins gériatres. On peut noter la présence des emplois-jeunes (3) et l'importance du secrétariat (11). Le personnel est rattaché explicitement à la coordination à plein temps ou à temps partiel, avec parfois mise à disposition.

2.2.3 PARTENARIATS ET FINANCEMENTS

Les principaux **partenaires** mentionnés dans les projets sont l'ARH, la CRAM, la MSA, le Conseil Général, les DDASS et DRASS, la Mutualité, les communes.

Les **financements** peuvent être composés :

- d'une participation financière des acteurs de la coordination (8),
- de subventions ou autres financements institutionnels (postes, aides à l'investissement...): ARH (2), CRAM (3), Conseil Général (2), Etat (4), Communes (1).
- d'une participation explicite de l'utilisateur (1).

Les 3 projets MSA ont un financement Assurance-Maladie.

Un certain nombre de projets (4) sont en recherche de financement.

Certains projets sont mentionnés dans *Bourgogne Centrale*⁵² (4), certains ont un financement du *CPER* (2). Un projet aspire à être inclus dans un contrat de ville, un projet se raccroche à un *contrat de pays*. 7 projets sont candidats à plus ou moins court terme à la labellisation *CLIC*.

Les financements sont de plus en plus souvent liés à la présence d'une réflexion sur **l'évaluation** débouchant sur des éléments d'appréciation concrète de l'efficacité des actions

⁵² Cf. 3^{ème} partie (1.1.2.).

prises en place. 5 projets en sont au début de cette réflexion, 2 ne l'abordent pas encore. Certains (2) ont déjà élaboré des indicateurs de suivi. Parfois, un comité de pilotage (3) est prévu, qui peut associer les financeurs. 4 projets font appel à un consultant extérieur, et l'un d'entre eux est en pleine restructuration suite à un audit (demandé par la DDASS).

L'analyse de ces projets bourguignons illustre la variété des organisations retenues pour formaliser sur le terrain la coordination gériatrique, non sans difficultés. Cela rend difficile l'émergence d'une vision globale du terrain pour les institutions, lesquelles ont dû mal à concilier leur action propre et l'harmonisation nécessaire de leurs politiques. Il y a donc à la fois une complexité pour les décideurs et financeurs à appréhender la coordination gériatrique dans sa diversité, et, du point de vue des acteurs de terrain, un manque de lisibilité du rôle de chacun et des orientations fixées.

A présent, il s'agit donc d'explicitier le rôle que peut, pourrait ou devrait avoir l'inspecteur des affaires sanitaires et sociales en matière de coordination gériatrique. On peut en effet s'interroger sur le positionnement qu'il peut ou devrait avoir dans ce système d'acteurs. Il semble qu'une affirmation de son rôle est possible et nécessaire, du fait de sa position d'interface entre les institutions et les acteurs de terrain, consubstantielle aux missions des services déconcentrés.

3EME PARTIE

L'IASS : UN ROLE D'INTERFACE A AFFIRMER ENTRE LES PARTENAIRES INSTITUTIONNELS ET LES ACTEURS DE TERRAIN

L'inspecteur des affaires sanitaires et sociales (IASS) est un agent des services déconcentrés de l'Etat chargé d'assurer la mise en œuvre sur le terrain des orientations fixées par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. De par ses missions d'administratif et de généraliste, il peut intervenir aussi bien dans le domaine sanitaire que dans le domaine social et médico-social, ce qui lui permet d'avoir une vision globale des problèmes abordés.

La DDASS et la DRASS ont une mission générale de coordination et d'harmonisation des différentes politiques menées par l'Etat dans leur champ d'intervention. Il s'agit de veiller aussi à la cohérence avec les politiques menées par les partenaires institutionnels, au service de l'intérêt général et de l'égalité de traitement sur le territoire.

L'analyse suivante s'attache à cerner la fonction de l'inspecteur, de manière générale, quelque soit le poste de travail occupé, dans un objectif de complémentarité des IASS et de partenariat avec les autres professionnels des services déconcentrés (médecins, statisticiens...).

En la matière, l'IASS peut avoir un rôle actif dans l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, par le biais de la coordination gériatrique. En effet, l'IASS a une position d'interface entre les institutions et les acteurs de terrain, qui le place comme potentiel animateur d'un réseau d'acteurs.

I L'INSPECTEUR, UN PARTENAIRE INSTITUTIONNEL AVEC UNE VISION GLOBALE DU SECTEUR GÉRONTOLOGIQUE

1.1 L'IDENTIFICATION DES BESOINS ET LA RECHERCHE DE SOLUTIONS

L'appréciation des besoins des personnes âgées doit être un préalable pour adapter l'offre à la demande. Cela se traduit d'un côté par des actions de planification, traditionnelles, et d'un autre côté, par de nouvelles approches mettant l'accent sur l'aménagement du territoire et la notion de niveau d'action pertinent.

1.1.1 L'ADAPTATION AU NIVEAU LOCAL DE L'OFFRE AUX BESOINS: LA PLANIFICATION

C'est un rôle traditionnel et fondamental de l'IASS, la planification étant le support d'une véritable politique de la vieillesse au niveau local. Cette démarche poursuit deux objectifs : assurer en permanence l'adaptation du dispositif et assurer au mieux l'équilibre territorial.

1.1.1.1 Adapter l'éventail des structures disponibles

Cette adaptation doit être *quantitative*, c'est-à-dire calquer le nombre de structures et leurs capacités sur les besoins existants, couverts et à couvrir.

En matière de coordination gérontologique, il s'agit tout particulièrement de développer la médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et de multiplier les places de services de soins infirmiers à domicile, pour que l'offre de maintien à domicile permette une réelle politique en ce sens.

D'autre part, il s'agit plus largement de développer les alternatives à l'hospitalisation et les formules transitoires soulageant les familles ayant des personnes âgées à charge. C'est aussi une adaptation *qualitative* de l'offre de services. Ainsi, des demandes remontent pour favoriser la création d'accueils de jour, d'hébergements temporaires, notamment dans les maisons de retraite. Il s'agit aussi de trouver des cadres juridiques adaptés à ces nouvelles réponses, qui précèdent souvent l'adaptation du droit.

La préoccupation de la qualité des services rendus se traduit, depuis la loi du 29 janvier 1996 en faveur du développement des emplois de service aux particuliers, par la délivrance d'un *agrément qualité* par les services de l'Etat pour les structures dont l'activité concerne notamment l'assistance aux personnes âgées ou handicapées.

1.1.1.2 Assurer un maillage du territoire par les services, en anticipant sur l'évolution des besoins

Il s'agit d'assurer sur le territoire la plus grande *égalité* possible d'accès aux services et aux soins. Il est donc nécessaire de définir l'équipement minimum en services de toutes natures (soins, aide-ménagère, portage de repas, téléalarme...) dont doit disposer un territoire donné. Il serait peut-être utile de produire un référentiel adapté à chaque situation locale, pour couvrir les zones urbaines comme les zones rurales, sur le modèle de la carte

sanitaire ou des référentiels définis dans le cadre du schéma régional psychiatrie de Bourgogne.

Ainsi, il est possible de trouver des **outils d'aide à la décision**, permettant d'*anticiper* sur l'évolution des besoins et de s'assurer de la couverture du territoire. Ces outils peuvent être élaborés dans le cadre d'une collaboration avec les services spécialisés qui existent en DDASS ou DRASS, tels que les services statistiques et informatiques.

Par exemple, l'étude de l'échelon statistique de la DRASS de Bourgogne ⁵³, sur l'évolution des besoins des personnes âgées de la région, est particulièrement intéressante. Elle part d'un zonage de la région, résultant de l'agrégation de cantons selon des critères démographiques, socio-économiques ou de pouvoir d'attraction supposé. Elle distingue ainsi 13 zones géographiques, dont certaines ont les mêmes caractéristiques, mais qui ont été séparées pour respecter les découpages départementaux (zones 13, 5 et 6, zones 3 et 10). Puis l'enquête a constitué à faire des projections de population à l'horizon 2055 (pyramides des âges...) pour appréhender dans chaque zone et chaque canton l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes, selon la classification du Professeur Colvez ⁵⁴. Dans un second temps, une réflexion a été menée sur la zone d'attraction des maisons de retraite recensées, afin de rechercher les rapports entre la présence dans ces établissements et la potentialité ⁵⁵ des cantons. Il s'agit d'estimer l'écart entre la capacité actuelle d'hébergement et le besoin estimé en places dans chacun des cantons de Bourgogne ⁵⁶. Cette étude permet *d'objectiver le besoin* de places d'hébergement, dans une perspective d'anticipation de l'évolution démographique. On pourrait l'étendre aux autres services tels que les SSIAD, pour permettre une couverture générale de la région, et aux données concernant les personnes à domicile.

⁵³ engagée depuis 1995 et réactualisée périodiquement.

⁵⁴ D1 : personnes confinées au lit ou au fauteuil ; D2 : personnes ayant une incapacité de toilette et d'habillage ; D3 : personnes ayant une incapacité de sortie ; D4 : personnes totalement autonomes.

⁵⁵ Population âgée de plus de 65 ans et appartenant aux classes de dépendances D1 et D2.

⁵⁶ Relation établie : $Q=1.32P$ avec Q : nombre de places nécessaires dans un canton, et P : population de plus de 65 ans classée en D1 et D2 dans le canton.

1.1.2 VERS UNE POLITIQUE TERRITORIALISÉE : AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE ET PROBLÉMATIQUES SANITAIRES ET SOCIALES

Cette étude sur les caractéristiques territoriales doit être replacée dans un contexte de valorisation de nouveaux territoires de proximité, avec la Loi Pasqua de 1995 sur l'aménagement du territoire, la Loi Chevènement sur l'intercommunalité de 1999 et la Loi Voynet sur l'aménagement et le développement durable du territoire de 1999. Parallèlement, les démarches de **contrats de ville**, la promotion des "**pays**" comme territoire d'action pertinent, marquent le développement d'une **territorialisation des politiques publiques**.

On peut illustrer cette évolution des approches par une expérience menée en Bourgogne, autour du *projet Bourgogne Centrale*. Partant de la difficulté à organiser les urgences dans une zone montagneuse et difficile d'accès, le Morvan, l'ARH a lancé une réflexion spécifique sur une zone centrale ⁵⁷, avec des caractéristiques et des problèmes particuliers. A partir d'un diagnostic élaboré par un cabinet privé, l'ARH a proposé à ses principaux partenaires, notamment le Préfet de région (Secrétariat général aux affaires régionales -SGAR) et la DRASS, de mettre en place un schéma spécifique à cette zone. Il s'agit de partir des besoins de la population et d'y répondre dans une logique d'aménagement du territoire et d'accès aux soins. Ce projet a donné lieu à l'élaboration d'un dossier présenté en Comité interministériel d'aménagement du territoire (CIADT), pour obtenir un financement du fonds national pour l'aménagement du territoire (FNADT). Si le Ministère de la Santé est encore peu sensible à ce type d'approche territorialisée, le CIADT a trouvé le projet intéressant, d'autant plus que pour l'instant, il existe peu de projets d'aménagement du territoire concernant la santé. Ainsi, un financement du FNADT a été obtenu à hauteur de 30% du projet. L'intérêt de cette démarche a conduit le Préfet à étayer le projet avec des volets emploi, insertion professionnelle, et d'autres perspectives de collaboration s'ouvrent, avec l'Education nationale ou l'Industrie (nouvelles technologies de l'information et de la communication...) par exemple.

Ce projet est une première tentative vers une autre approche des politiques menées et du partenariat. Ce dernier doit encore être amélioré, comme l'a montré la réaction de certains Conseils Généraux, se sentant oubliés dans cette démarche. En tout cas, cela

⁵⁷ Territoire qui regroupe 49 cantons sur les 4 départements de la région : 200 000 hab, moins de 20 hab/km², 1/3 de l'espace bourguignon, zone rurale et montagneuse (Morvan, Bazois, Tonnerrois, Auxois, Châtillonnais, Autunois).

ouvre de nouvelles perspectives de travail pour l'inspecteur, dans une démarche qui a été principalement pilotée par la DRASS. Cette approche territorialisée et le recours au FNADT ou à des contrats de ville ou de pays, pourraient constituer une nouvelle réponse aux besoins de financement des politiques sanitaires et sociales de proximité. L'IASS a alors un rôle important à jouer, dans sa capacité à mobiliser les différents partenaires du secteur et à soutenir le montage de ce type de projet dans un contexte institutionnel complexe pour les acteurs de terrain.

1.2 L'ANIMATION D'UN PARTENARIAT INTER-INSTITUTIONNEL

L'IASS a pour rôle de rappeler aux partenaires les orientations définies au niveau national et de s'assurer que leur déclinaison par chaque acteur local est en cohérence avec le dispositif global. C'est par une connaissance des politiques respectivement menées, par une compréhension des logiques qui président à l'action de chaque acteur, que l'IASS peut s'assurer qu'une cohérence minimum des politiques menées est bien respectée. Si le partenariat ne fonctionne pas toujours de manière satisfaisante, il faut au moins s'assurer qu'il n'y a pas de contradiction entre les options stratégiques de chacun.

1.2.1 ANIMER LA RÉFLEXION SUR L'HARMONISATION DES POLITIQUES MENÉES : INITIATIVES POSSIBLES

Face aux lacunes d'un pilotage éclaté entre plusieurs acteurs, la nécessité de **partager les informations détenues par chacun**, est apparue, avec pour objectif de produire des *diagnostics partagés* par tous.

Certaines régions se sont lancées dans une démarche de coordination inter-institutionnelle, qui peut être pilotée par les IASS. Ainsi, en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, un processus de coordination a été lancé en plusieurs temps, à l'initiative des inspecteurs de la DRASS. Un premier temps a constitué par *une mutualisation des études réalisées par différents partenaires institutionnels* (ARH, DRASS, DDASS, CRAM, URCAM) dans le champ des personnes âgées. Un second temps a été consacré à *la réunion d'un ensemble plus large d'acteurs institutionnels et de terrain*, associant notamment les Conseils Généraux, d'une part, et les membres du CROSS concernés par la problématique personnes âgées (section sanitaire et sociale). Ces derniers sont à la fois des acteurs de terrain et des acteurs du processus décisionnel. Un troisième temps est marqué *par la constitution de cinq groupes thématiques inter-institutionnels* (évaluation des besoins, interventions libérales en

établissement et à domicile, formation des intervenants, réseaux, pathologies spécifiques et prévention) dont les rapports d'orientation seront une base commune de travail pour élaborer des protocoles de coordination des actions menées par chaque acteur institutionnel. Cette démarche se veut globale, sur tous les domaines qui touchent les personnes âgées, c'est-à-dire aussi bien les problèmes médicaux que sociaux et médico-sociaux.

L'implication de la DRASS dans une telle démarche l'a conduite à se positionner comme fédérateur des réflexions et initiatives des partenaires. Ainsi, elle s'est chargée de *synthétiser* un certain nombre d'informations très diverses en sa possession, telles que les schémas gérontologiques, les documents produits par le Conseil économique et social régional sur les personnes âgées, les rapports d'activité des SSIAD, le PMSI et ses données sur les pathologies des personnes âgées, l'enquête EHPA gérée par le service statistiques de la DRASS, l'enquête menée dans le cadre du schéma régional sur les formations sociales. Ces documents illustrent la variété des informations dont disposent les inspecteurs, qui leur donnent une certaine légitimité à conduire une démarche régionale d'harmonisation des actions en faveur des personnes âgées. Il s'agit d'aboutir à un diagnostic partagé des problèmes à régler, à partir de données partagées et de réflexions communes. La DRASS assure un **pilotage**, *notamment méthodologique* (organisation des rencontres, proposition d'un cadre de travail, documents de base pour la réflexion, conduite des réunions, compte-rendus...), de cette démarche, qui demande beaucoup de disponibilité, de rigueur et de continuité. Ce travail pourrait être facilité par la création de nouveaux outils d'action et de coordination.

1.2.2 ASSURER UN PILOTAGE COHÉRENT DES POLITIQUES MENÉES AVEC DE NOUVEAUX OUTILS APPROPRIÉS

Dans le champ médico-social, **le projet de réforme de la loi du 30 juin 1975 sur les institutions médico-sociales** (mai 2000) donne de nouveaux outils potentiels pour assurer cette cohérence. Il essaye notamment de répondre à l'absence de partenariat organisé par la loi de 1975, alors qu'il est rendu nécessaire par le partage de compétences lié à la décentralisation. Si ce projet maintient la coupure entre le sanitaire et le social, instaurée par la loi hospitalière de 1970 et la loi de 1975 précitée, il rapproche toutefois les outils de pilotage et de régulation de ces deux secteurs, ce qui devrait permettre ensuite de rapprocher les politiques menées pour assurer leur cohérence. Les inspecteurs du champ médico-social ainsi peuvent tirer profit de l'expérience acquise par les inspecteurs du champ sanitaire dans ce domaine.

En la matière, le projet de loi poursuit deux objectifs :

D'une part, il s'agit d'**améliorer les procédures techniques de pilotage du dispositif social et médico-social**. Ainsi, le projet de loi prévoit la mise en place d'une véritable **planification médico-sociale**, fondée sur des schémas pluriannuels (5 ans) et révisables, sur le modèle des schémas sanitaires. Le schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale doit faire l'objet d'une transposition dans chaque département concerné, sous la forme d'un volet spécifique. Au niveau départemental, le schéma doit comporter 3 volets correspondant aux compétences des partenaires (Etat, Conseil Général, ou compétence conjointe). Tout ou partie de ce schéma peut aussi reposer sur d'autres ressorts géographiques que celui du département. Cela ouvre la possibilité d'une réflexion sur les "bassins de vie" ou les "pays". Ces schémas sont élaborés conjointement avec le concours d'une commission consultative représentant les institutions sociales et médico-sociales, les maires, les professions sanitaires et sociales et les usagers du service public.

D'autre part, il s'agit d'**instaurer une réelle coordination des décideurs et des acteurs**, dans le cadre de relations transparentes. Des procédures formalisées de concertation et de partenariat doivent être mises en place.

En particulier, les sections sociales des comités national et régionaux de l'organisation sanitaire et sociale (CROSS) verront leurs missions élargies au repérage des problèmes à résoudre et aux orientations à définir, sur le modèle de la Conférence régionale de santé. Cela va dans le même sens que le projet de loi de modernisation sanitaire fusionnant le CROSS et la conférence régionale de santé pour créer un Conseil Régional de Santé.

Le projet de réforme de la loi de 1975 préconise aussi l'instauration d'une convention entre le Préfet et le Président du Conseil Général pour organiser les modalités de leur partenariat. Ainsi, le projet de loi insère l'article 262-3 suivant, dans le Code de la famille et de l'aide sociale (titre VIII) : "Afin de mieux coordonner les actions sociales et médico-sociales menées dans chaque département et de garantir notamment la continuité des prises en charge (...), notamment lorsque ces actions relèvent d'une compétence conjointement exercée par l'autorité compétente pour l'Etat ou l'assurance-maladie et le président du conseil général, ou présentent un caractère de complémentarité avec d'autres prises en charge, une convention conclue entre les deux autorités précitées définissent les objectifs communs à atteindre, les moyens à mobiliser pour les satisfaire, les procédures de concertation pour y parvenir ainsi que les procédures d'harmonisation des schémas départementaux mentionnés au 3° de l'article 262-9".

Le partenariat ainsi défini doit être consolidé par la mise en place d'un système d'information partagé par l'Etat, les départements et les organismes d'assurance-maladie.

Enfin, certains outils sanitaires seront transposés dans le médico-social, tels que les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les établissements, les formules de coopération entre établissements et l'évaluation des bonnes pratiques. De tels outils s'inscrivent dans une démarche de partenariat avec les acteurs, pour agir ensemble dans un objectif commun. L'inspecteur y participe tout particulièrement, en tant qu'interlocuteur naturel des acteurs de terrain.

II L'INSPECTEUR, UN PARTENAIRE PRIVILÉGIÉ DES ACTEURS DE TERRAIN

Lorsque sont interrogés nos partenaires, notamment institutionnel, l'un des principaux atouts reconnus à l'inspecteur est sa connaissance des acteurs de terrain, sa proximité avec les actions concrètes. C'est le cas notamment par rapport à des partenaires tels que l'ARH. Pour eux, c'est le fondement du positionnement de l'IASS, interface entre les partenaires institutionnels et les professionnels de terrain, même si certains partenaires peuvent se positionner en "concurrents" sur un sujet donné. Par exemple, c'est le cas pour ce qui est de l'appui technique aux promoteurs, où l'URCAM revendique une compétence et une disponibilité particulière. Toutefois, l'IASS peut affirmer son rôle auprès des acteurs de terrain de plusieurs manières.

2.1 UN RÔLE INCITATIF FONDAMENTAL

L'IASS a un rôle de mise en œuvre de la politique nationale, qui le conduit à réunir un certain nombre de conditions indispensables à l'appropriation des mesures nouvelles par les acteurs de terrain. Son rôle incitatif passe donc par une information des acteurs, une capitalisation et une valorisation de leurs expériences.

2.1.1 INFORMER

2.1.1.1 sur les dispositifs existants et leurs évolutions

De par sa mission et ses moyens, l'IASS peut centraliser et diffuser les évolutions juridiques des dispositifs mis en place par l'Etat. L'IASS est un administratif dont le rôle est d'apporter aux professionnels sanitaires et sociaux, aux partenaires qui le demandent de manière générale, les informations juridiques utiles dont il a la maîtrise. Les acteurs de terrain ont rarement les moyens et l'intérêt pour organiser une **veille juridique**.

En matière de coordination gérontologique, les acteurs de terrain ont besoin d'explication sur les différents dispositifs possibles, relevant plutôt du sanitaire ou plutôt du médico-social. En particulier, on s'aperçoit que les acteurs de terrain, tels que les centres communaux d'action sociale, ne disposent pas d'informations sur le dispositif CLIC. De même, certains partenaires institutionnels n'ont pas été informés des tenants et aboutissants d'un tel dispositif et peuvent faire face à des demandes d'information. Pour que les professionnels de terrain s'approprient un nouveau dispositif, il paraît indispensable d'organiser une **transmission rapide et générale** de la circulaire du 6 juin 2000. Un choix doit être fait sur les modalités de diffusion de l'information, pour ne pas aboutir à un engouement lié aux promesses de financement que comporte toujours un tel dispositif ("effet d'aubaine" pour les acteurs de terrain). Certaines mesures particulièrement incitatives pourraient, par exemple, faire l'objet d'un document synthétique présentant les grands principes et diffusé largement à toutes les personnes qui pourraient être directement concernées et porteuses de projets. C'est un outil de communication qui peut être intéressant pour la diffusion d'une notion telle que la coordination gérontologique, qui n'est pas toujours bien comprise et qui, on l'a vu, a peiné à s'imposer dans les mentalités.

Pour sa part, la DDASS de Saône-et-Loire a rapidement pris l'initiative de diffuser à 4 réseaux gérontologiques du département (l'Autunois, le Louhanais, le Charolais et Arroux-Bourbince) et à un centre communal d'action social (Chalon-sur-Saône). Ce choix a été fait en fonction d'une première analyse privilégiant les promoteurs déjà engagés dans une démarche de coordination et pouvant donc directement prétendre à participer à un tel dispositif. Celui-ci a été expliqué par un médecin inspecteur dans le cadre de réunions avec les promoteurs actuellement concernés. La circulaire leur a été diffusée ⁵⁸ pendant l'été 2000, en leur demandant expressément de préparer un dossier CLIC pour 2001. Ces dossiers sont parvenus à la DRASS de Bourgogne le 30 octobre 2000, avant même que soit fixée la procédure de sélection des projets pour 2001. De même, la DDASS de l'Yonne a incité deux promoteurs à présenter un projet, projets reçus le 2 novembre 2000. Cette DDASS a d'ores et déjà prévu une planification des CLIC (nombre, lieu, date de présentation à la labellisation). Cette fonction d'information est significative de la *réactivité* des DDASS et DRASS aux mesures nouvelles.

⁵⁸ Cf. courrier du directeur de la DDASS daté du 7 juillet 2000.

2.1.1.2 sur les partenaires concernés

Les politiques menées, telles que celle en faveur des personnes âgées, mobilisent un grand nombre d'acteurs, tant au niveau décisionnel et financier qu'au niveau du terrain. Ainsi, il serait utile de produire un **annuaire**, le plus exhaustif possible et tenu à jour, de tous les interlocuteurs potentiels des promoteurs, que ce soit pour un appui méthodologique à la démarche projet, pour une autorisation, quel que soit sa forme (agrément, labellisation...) ou pour un appui financier. Cet annuaire peut aussi mentionner les personnes actives auprès des personnes âgées et celles déjà impliquées dans des coordinations de terrain. Un tel annuaire est destiné aux acteurs de terrain et non aux personnes âgées directement.

Pour ce qui est par exemple des financements, il peut être utile de faire la synthèse des procédures et des critères retenus par les différents financeurs, pour que les promoteurs sachent quelles sont les possibilités de financement qui existent et qui sont adaptées à leur projet.

2.1.1.3 sur les expériences menées ailleurs

En amont de tout projet, certains acteurs de terrain sont demandeurs d'informations concernant tout aussi bien les dispositifs juridiques ou les partenaires potentiels, mais aussi les expériences, plus ou moins innovantes, qui sont menées ailleurs, y compris dans d'autres départements.

Ainsi, plusieurs centres communaux d'action sociale ont exprimé leur volonté de prendre connaissance du contenu concret des projets retenus dans la phase expérimentale des CLIC, notamment pour les sites d'Athis-Mons ou de Lille, par exemple, dont les promoteurs sont aussi des CCAS.

Il pourrait être intéressant que soit constituée, au sein de la DRASS par exemple, et sur des sujets de ce type, une **base de données documentaires**, pertinente et opérationnelle, que l'on pourrait mettre à disposition des partenaires intéressés, futurs promoteurs ou autres.

2.1.2 VEILLER A LA QUALITE DE LA FORMATION

La qualité de la formation recouvre deux aspects.

D'une part, l'inspecteur est chargé de la **tutelle sur les organismes de formations sociales et paramédicales**. Il doit s'assurer de la qualité des enseignements qui y sont prodigués et contribuer à la réflexion sur l'adaptation des formations aux nécessités de terrain. On peut en particulier mentionner le CAFAD, certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile, qui a marqué une professionnalisation de ces métiers, en cours d'emploi, et qui doit encore être adaptée à la prise en charge de la dépendance. La formation initiale et la formation continue doivent être adaptées aux évolutions du contexte de prise en charge.

D'autre part, l'inspecteur doit veiller à ce que les professionnels sanitaires et sociaux recourent effectivement à la **formation continue** qui peut être proposée pour étayer les compétences de chacun, en particulier en matière de gériatrie. Ainsi, il doit s'assurer que les projets de coordination gérontologique aient un volet formation étayé. Ainsi, la circulaire du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux ⁵⁹ mentionne que "l'amélioration constante de la qualité des pratiques passe par l'organisation de formations complémentaires : diagnostiques ou thérapeutiques relatives aux pathologies concernées, mais aussi transprofessionnelles pour répondre aux nécessités du travail en réseau. Le souci de l'amélioration des prestations fournies, comme celui de leur adéquation aux besoins, doit être constant, et il vous (services déconcentrés) appartiendra de vous assurer de la qualité de ces formations comme de leur opportunité".

2.1.3 CAPITALISER LES EXPÉRIENCES

Un des apports de l'analyse des politiques publiques (comme discipline de réflexion), est de montrer comment une politique est en construction permanente, dans sa phase de conception mais aussi, et parfois plus encore, dans sa phase de mise en œuvre et d'évaluation intermédiaire.

A ce titre, l'IASS a un rôle et une responsabilité dans les politiques menées, pour les adapter aux réalités locales. Il doit être le **relais entre les partenaires qui agissent sur le terrain**, parce qu'il bénéficie d'une vision globale de ce qui se fait, au niveau du département

⁵⁹ circulaire DGS/SQ 2/DAS/DH/DSS/DIRMI n°99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux.

ou de la région. Il lui appartient d'organiser les conditions d'un *échange entre les professionnels, pour assurer la diffusion des expériences menées sur le territoire concerné*, susciter la réflexion d'autres promoteurs et permettre aux porteurs de projets, actuels et à venir, de se rencontrer et de s'appuyer sur le savoir-faire acquis. Il a un réel *dynamisme* à encourager dans l'échange des professionnels entre eux, sur leurs pratiques, sur leurs difficultés. Cette fonction est encouragée par la circulaire du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux ⁶⁰, laquelle recommande, si besoin est, de provoquer "des réunions de concertation entre réseaux géographiquement proches ou prenant en charge des populations ou pathologies voisines".

Cela permet de mobiliser les acteurs, de créer des dynamiques sur le terrain. Il s'agit aussi de capitaliser les expériences pour orienter les projets à venir en fonction des résultats passés, afin d'éviter que l'on reproduise des situations d'échec. Par exemple, il n'est peut-être pas très pertinent de créer un service de garde de nuit itinérant au domicile des personnes âgées (passages ponctuels pendant la nuit), si l'expérience a montré que cela coûtait très cher, sans que cela corresponde bien aux besoins de la personne. Il est alors intéressant que les promoteurs de projets semblables ou légèrement différents, puissent travailler ensemble pour mieux identifier les besoins et les modalités concrètes de réponses les plus appropriées.

2.2 UN RÔLE TECHNIQUE À AFFIRMER

En cinquante ans, l'action de l'Etat a beaucoup évolué, en passant du "faire" directement au "faire faire" par ses partenaires. L'histoire du champ social et médico-social reflète tout particulièrement et depuis longtemps les limites de l'intervention directe de l'Etat et la nécessité pour le secteur associatif, notamment, de prendre le relais dans la gestion directe des structures. Ainsi, le rôle de l'Etat relève aujourd'hui du cadrage de l'action (offrir un cadre légal unique aux actions menées sur l'ensemble du territoire) ⁶¹, de la régulation des initiatives (adapter l'offre aux besoins dans un système cohérent) ⁶², de l'accompagnement et du contrôle des actions menées (être le garant de la qualité des actions menées en intervenant en amont et en aval). C'est pourquoi l'IASS a un rôle technique à jouer auprès des acteurs de terrain pour s'assurer de la qualité des projets.

⁶⁰ Cf. circulaire précitée.

⁶¹ Cf. 1ère partie de ce travail.

⁶² Cf. 2ème partie et 3ème partie (I).

2.2.1 UN APPUI TECHNIQUE POUR LA FORMALISATION DES PROJETS

L'IASS, par sa connaissance des acteurs de terrain et des dispositifs existants, a une compétence d'**expertise** pour accompagner les projets dans leur maturation. Il s'agit de répondre à plusieurs exigences.

D'une part, il doit s'assurer que les projets en cours de formalisation s'inscrivent a priori dans un cadre légal et correspondent à un besoin. Il doit intervenir pour recadrer la réflexion des acteurs dans ce sens et pour expliciter les textes, qui sont parfois difficiles à comprendre⁶³.

D'autre part, l'inspecteur fournit un **appui méthodologique** qui relève de *l'ingénierie de projet*. En effet, les acteurs de terrain sont en général peu rompus aux techniques administratives et à la démarche projet. Il s'agit donc de les aider à formaliser leur projet, de les aiguiller dans leur démarche. Par exemple, dans le cadre de la préparation des projets de sites expérimentaux CLIC, l'inspecteur de la DRASS et les promoteurs du site du Morvan-Nivernais ont eu de nombreux échanges téléphoniques et écrits, tout au long de l'élaboration du projet. Les promoteurs ont apprécié et sont demandeurs d'un tel soutien.

Ainsi, l'inspecteur peut demander *de retravailler les objectifs du projet pour les clarifier et les rendre opérationnels*. En effet, la réussite d'un projet tient pour beaucoup à la manière dont les objectifs sont définis, en ce qu'ils permettent une action ciblée et un pilotage effectif. Leur rédaction conditionne également la construction des indicateurs qui permettront de suivre l'avancement du projet et d'évaluer son impact.

L'inspecteur peut apprécier la définition des modalités d'intervention (leur précision...) et la formalisation de tous les consensus implicites et explicites qui fondent le projet, afin de traduire la démarche en un projet écrit au contenu étayé.

Enfin, l'inspecteur, grâce à sa vision globale des dispositifs et des financeurs, peut apporter un éclairage sur le dossier et sur les garanties que les promoteurs doivent fournir pour pouvoir obtenir un financement.

Ainsi, la circulaire du 25 novembre 1999 sur les réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux précise que "les services déconcentrés doivent éviter qu'à cet objectif de qualité (des réseaux de soins), ne se substituent d'autres motifs tels que la crainte d'une concurrence, la recherche d'une exclusivité dans l'offre de soins ou la sollicitation abusive de

⁶³ Cf. législations sur les réseaux (1ère partie et annexe).

tous les organismes possibles (Etat, assurance maladie, collectivités territoriales, mécénat privé) pour financer les mêmes fonctions" ⁶⁴.

Toutefois, il peut arriver aussi que l'inspecteur soit obligé, en quelque sorte, de donner un avis favorable à un projet, avec réserves, débouchant sur un financement, bien que le projet paraisse perfectible. L'objectif est alors de ne pas démobiliser les personnes qui travaillent sur le projet. La *mobilisation* est un élément essentiel à préserver, tout en sachant que les projets peuvent s'améliorer en cours de mise en oeuvre. Parallèlement, certains projets mal présentés au départ peuvent se révéler très efficaces, alors que d'autres, intéressants de prime abord, bien rédigés, etc... peuvent devenir des coquilles vides, inefficaces, ce qui rend complexe et indispensable un processus d'évaluation des actions menées.

2.2.2 L'ÉVALUATION DES PROJETS

L'évaluation est une notion complexe qui recouvre divers aspects, explicités par l'analyse des politiques publiques. Ainsi, l'évaluation peut être interne ("auto-évaluation") ou externe (contrôle par la tutelle ou audit par un cabinet extérieur), intermédiaire (à mi-parcours d'un programme d'actions) ou finale.

L'évaluation d'une action publique est un processus en trois temps :

- **évaluation ex ante** : avant la mise en place d'une action, il faut apprécier la situation initiale d'où l'on part, pour définir quels sont les besoins, les actions à mener, et ce à partir d'une analyse de terrain. Cela correspond à la phase d'élaboration de l'action.
- **évaluation in itinere** (ou chemin faisant) : il s'agit d'assurer un suivi de l'action pendant sa mise en œuvre, afin de la réorienter si nécessaire, par rapport à ses objectifs ou par rapport aux modalités de mise en œuvre les plus appropriées. Cette étape nécessite l'élaboration d'indicateurs de suivi, permettant de quantifier, voir de qualifier l'action menée. C'est un moment essentiel de l'action, laquelle continue de se construire au fil de sa mise en œuvre.
- **évaluation ex post** : il s'agit de mesurer l'impact de l'action menée, en confrontant la situation finale (analyse de terrain à partir de la construction d'indicateurs d'impact) à la

⁶⁴ Cf. orientations données dans la circulaire DGS/SQ 2/DAS/DH/DSS/DIRMI n°99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux.

situation initiale. Cette évaluation comporte toutefois une limite dans le lien de causalité, difficile à établir, entre l'action menée et l'effet constaté. D'autres facteurs que l'action en elle-même peuvent également modifier la situation initiale. Cette analyse permet d'apprécier l'efficacité et l'efficience d'une action (rapport ressources utilisées - résultats obtenus), pour juger de l'opportunité de continuer ou de reproduire ailleurs une telle action., ou de la modifier.

La démarche d'évaluation est particulièrement utile pour vérifier le bon emploi des fonds publics consacrés à une action particulière. Elle est aussi nécessaire pour avoir une lisibilité des actions menées, indispensable pour faire des choix éclairés entre des actions aux résultats variables. C'est donc un **outil de pilotage essentiel**. L'inspecteur doit donc développer en la matière des compétences particulières.

L'inspecteur doit veiller à ce que la dimension de l'évaluation soit prise en compte dans les projets, c'est-à-dire dans l'analyse initiale des besoins et la justification de l'action, puis dans le suivi de la mise en œuvre. Les promoteurs doivent mettre en place des outils de suivi de leurs actions, notamment des systèmes d'information partagés. Cette réflexion doit faire partie de la formalisation initiale du projet, ce que rappellent de nombreux textes, nationaux et locaux⁶⁵. C'est aussi une exigence de la circulaire du 25 novembre 1999 sur les réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux⁶⁶ : "Cette démarche d'évaluation sera maintenant exigée de tout réseau candidat à un financement Etat".

Par exemple, en matière de coordination gérontologique, une étude de besoin doit être faite avant de lancer une permanence téléphonique, afin de définir le profil de la personne qui répond (selon les demandes potentielles) et les horaires (quand les personnes âgées appellent-elles?). Il s'agit de pouvoir mettre en parallèle le coût que représente une telle permanence par rapport à son utilisation réelle. L'évaluation in itinere ou ex post peut montrer quelles sont les modalités les plus appropriées pour une telle permanence. Par ailleurs, le fonctionnement de la coordination gérontologique doit être lisible à travers des indicateurs d'activité (nombre de personnes reçues, nombre de dossiers d'évaluation et de plans d'aide...). Ces informations doivent être disponibles grâce à une base de donnée partagée entre les différents intervenants.

⁶⁵ Cf. par exemple, ARH Pays-de-la-Loire, Recommandations pour le développement de la coordination gérontologique en Pays-de-la-Loire, juillet 2000.

⁶⁶ Cf. circulaire du 25 novembre 1999 précitée.

Ces éléments peuvent permettre une évaluation intermédiaire ou finale par l'inspecteur, qui doit apprécier les éléments quantitatifs et aussi les éléments qualitatifs de l'action menée. *Sur le plan méthodologique*, il peut s'inspirer en la matière du document de l'ANAES sur l'évaluation des réseaux de santé⁶⁷. La Direction Générale de la santé devrait aussi produire prochainement un guide de suivi et évaluation des réseaux de santé⁶⁸.

Toutefois, le travail de l'inspecteur semble devoir être complété par l'appel à des spécialistes de l'évaluation (cabinets privés) pour assurer *l'évaluation externe*. En effet, trop souvent l'inspecteur manque de temps ou de compétence technique appropriée pour effectuer de telles évaluations, alors que cela devrait être une mission propre à développer, justifiée par sa connaissance du terrain et par le sens de sa fonction au regard des fonds publics. A contrario, l'appel à des personnes extérieures devient un élément financier supplémentaire qui vient alourdir les projets, sans garantie concernant la qualité des évaluations réalisées. Toutefois, ce regard extérieur présente aussi l'avantage de poser des appréciations, venant d'une personne neutre, qui ne seraient pas toujours acceptées si elles venaient de l'Etat.

Pour conclure, le rôle de l'inspecteur des affaires sanitaires et sociales peut être particulièrement intéressant à développer, pour mener à bien une politique d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées. Toutefois, les réflexions ci-avant tiennent compte des différents aspects dans lesquels peuvent intervenir les IASS, en tant que représentants de l'Etat. Toutes les fonctions décrites ne peuvent être assumées par un seul inspecteur mais s'appuient bien sur une complémentarité des inspecteurs au sein des DDASS et DRASS. Cela correspond à une représentation "idéalisée" du rôle de l'inspecteur, partant du principe que la communication et le partenariat interne, au sein de nos structures sont satisfaisant. D'autres limites aux remarques faites peuvent être mise en avant, telles que la manque de temps des IASS, ou plus largement le manque de moyens humains des services déconcentrés pour mener à bien ces missions, de plus en plus large. D'autre part, il faut aussi rappeler que les orientations principales des DDASS et DRASS en matière de politique personnes âgées relèvent d'une impulsion du Directeur de la structure, sans l'appui duquel rien n'est possible à moyen et à long terme. Les réflexions de cette dernière partie correspondent donc à une cible à atteindre dans l'implication des IASS en matière de personnes âgées, même si sur le terrain il est constaté des avancées sur certains points.

⁶⁷ Cf. ANAES, Principes d'évaluation des réseaux de santé, juillet 1999.

⁶⁸ Cf. circulaire du 25 novembre 1999 précitée.

CONCLUSION

La coordination gérontologique est une démarche dont la plus-value est certaine, dans l'objectif d'améliorer la prise en charge des personnes âgées, surtout en situation de perte d'autonomie. Elle permet de rationaliser à la fois le système de santé et celui social et médico-social, autour de la personne appréhendée dans sa globalité. C'est le moyen de mener une action cohérente, répondant à des objectifs précis et assurant une meilleure adéquation des moyens apport es, que ce soit au niveau institutionnel ou à un niveau de proximité.

Si l'apport de la coordination gérontologique est facile à percevoir, sa mise en place est particulièrement difficile, que ce soit dans sa conception ou dans sa pratique. C'est un processus de travail inhabituel qui nécessite de décloisonner les actions de chacun, de rapprocher des cultures différentes, pour rendre cohérent et harmonieux des initiatives qui apparaissent disparates. La coordination est donc un apprentissage d'un véritable travail en partenariat, avec les exigences que cela comporte en terme de connaissance réciproque et de partage d'informations.

Ainsi, la coordination gérontologique est marquée par toute une série d'enjeux qui en font la complexité :

- enjeu humaniste : replacer la personne âgée au centre des dispositifs, pour améliorer sa qualité de vie et la qualité de sa prise en charge ;
- enjeu de santé publique : apporter une réponse adaptée à la perte d'autonomie, en anticipant l'évolution démographique ;
- enjeu organisationnel : structurer des filières de prise en charge adaptées assurant la continuité et la globalité de la prise en charge ;
- enjeu économique : maîtriser les coûts en limitant les orientations inappropriées et en optimisant des moyens limit es ;
- enjeu de pouvoir : trouver un pilote, un régulateur de l'action gérontologique ; assurer le bénéfice de tous les acteurs de terrain à participer à la coordination ;
- enjeu de communication :  laborer un référentiel de valeurs communes à tous les acteurs, pour guider des actions cohérentes ; avoir une connaissance réciproque des acteurs ; échanger les informations de manière sécurisée.

Ce dernier point peut être soulign e dans la mesure où l'on s'aperçoit que les nouvelles technologies de l'information et de la communication sont de précieux outils pour décloisonner, par exemple, l'hôpital et la médecine de ville. Ce sont des supports intéressants

pour lancer ou asseoir un travail en partenariat, qui permet de s'affranchir d'un certain nombre de contraintes (temps, espace) et de développer une collaboration en temps réel.

C'est un des domaines dans lequel doit se positionner l'inspecteur des affaires sanitaires et sociales qui, dans ce type de projets de communication, peut avoir un rôle d'impulsion et un rôle d'accompagnement. Il s'agit alors d'anticiper sur les possibilités offertes par les NTIC pour aider à la constitution de nouveaux partenariats.

En effet, on peut résumer le rôle de l'IASS en matière de coordination gérontologique par les exigences suivantes :

- coordonner les institutions concernées en contribuant à faire émerger une vision globale et synthétique des actions de chacun et des objectifs communs à se fixer ;
- assurer pleinement son rôle en matière de planification, en recherchant tous les outils pertinents d'aide à la décision, en bonne collaboration avec ses partenaires ;
- assurer pleinement son rôle auprès des acteurs de terrain, c'est-à-dire présence, écoute et information, incitation, accompagnement, contrôle, évaluation, mise en perspective des projets dans leur contexte...

L'IASS doit donc s'inscrire comme un partenaire actif des institutions comme du terrain. Cela nécessite qu'au sein des DDASS et DRASS, les IASS qui occupent des fonctions complémentaires autour des personnes âgées puissent eux-mêmes se coordonner, assurer une bonne circulation de l'information et faire émerger une vision commune, à un niveau territorial donné, de la politique à mener. Du bon fonctionnement de nos structures dépend l'efficacité des actions conduites.

La coordination gérontologique permet d'aborder des enjeux et des problèmes méthodologiques qui peuvent tout autant s'appliquer en interne, à travers le travail en partenariat et en transversalité. Au-delà des problèmes de gestion de l'urgence et du quotidien, les DDASS et DRASS doivent se recentrer sur leur mission première qui est le pilotage de politiques publiques sanitaires et sociales, à un niveau géographique donné. Il s'agit donc de s'affranchir des contraintes d'une vision locale et de tâches de gestion pour remplir pleinement notre rôle d'orientation et de contrôle, avec recul et discernement. Cela s'inscrit dans la nécessité, pour nous, de passer d'une administration de gestion à une administration de mission, recentrée sur les politiques publiques qui justifient notre existence. Là se situe, pour les services déconcentrés notamment, le réel enjeu des années à venir.

TABLE DES MATIERES

<i>Introduction</i>	p1
1ere partie	
L'évolution du cadre juridique et conceptuel de la coordination gérontologique	p4
<i>I Un discours incitatif donnant peu de résultats concrets</i>	p4
1.1 Apparition de la notion de coordination et naissance de la politique vieillesse.....	p4
1.1.1 La coordination jusqu'en 1960	p4
1.1.2 Le rapport Laroque.....	p5
1.2 Tentative et échec de rationalisation de l'action gérontologique dans une logique de maillage du territoire (années 1970)	p5
1.2.1 Les circonscriptions d'action sociale.....	p5
1.2.2 Les programmes d'actions prioritaires et la notion de secteur.....	p6
1.3 Vers une institutionnalisation de la coordination gérontologique dans une logique inter partenariale (années 1980)	p7
1.3.1 Les 500 postes de coordonnateurs.....	p7
1.3.2 Les instances gérontologiques locales	p7
1.4 Décentralisation et renouvellement de la notion de coordination	p8
<i>II Vers une traduction concrète d'un concept arrivé à maturité</i>	p9
2.1 Développement d'une approche sanitaire de la coordination.....	p9
2.1.1 Les filières de soins.....	p9
2.1.2 Les réseaux de santé	p9
2.1.2.1 Cadre général	p9
2.1.2.2 Recherche d'une définition du réseau de santé.....	p10
2.1.2.3 Le coût de la coordination	p11
2.1.2.4 Difficultés de mise en oeuvre des réseaux	p12
2.2 Une politique sociale remise en chantier avec la PSD.....	p12
2.2.1 Principes de la prestation spécifique dépendance.....	p12
2.2.2 Bilan de l'application de la PSD et proposition de réforme	p13
2.2.3 PSD et coordination.....	p14
2.3 Une volonté politique forte : le dispositif CLIC	p14
2.3.1 Une proposition du rapport Guinchard-Kunstler de septembre 1999	p15
2.3.2 Le dispositif des CLIC	p15
2.3.2.1 Objectifs	p15
2.3.2.2 Expérimentation.....	p16
2.3.2.3 Programmation pluriannuelle et labellisation.....	p16
2.3.2.4 Articulation des CLIC et des autres réseaux.....	p17

2ème partie

La difficile appropriation de la coordination gérontologique par les acteurs.....	p19
<i>I A la recherche d'une coordination institutionnelle.....</i>	<i>p19</i>
1.1 Un constat : le foisonnement des initiatives en matière d'action et de coordination gérontologiques	p19
1.1.1 Un terrain largement investi par les organismes de sécurité sociale.....	p20
1.1.1.1 L'URCAM : l'ingénierie de projets de réseaux	p20
1.1.1.2 La CRAM : acteur institutionnel et acteur de terrain du secteur gérontologique	p22
1.1.1.3 La MSA : projet de réseau gérontologique	p24
1.1.2 Une politique personnes âgées variable d'une collectivité locale à l'autre	p24
1.1.2.1 Les Conseil généraux : des stratégies différenciées	p25
1.1.2.2 Une action de proximité traditionnelle des communes.....	p28
1.2 Une nécessité : l'impulsion d'une coordination pour une action globale cohérente	p29
1.2.1 L'ARH en position de médiateur	p30
1.2.1.1 Une volonté politique forte : le SROS personnes âgées	p30
1.2.1.2 Des initiatives de concertation et d'harmonisation.....	p32
1.2.2 Les services de l'Etat : impulsion et réflexion partenariale sur le volet santé p33	
1.2.2.1 Le CPER.....	p34
1.2.2.2 Le schéma de services collectifs sanitaires.....	p34
1.2.2.3 Les PRS.....	p35
<i>II Une coordination de proximité se met en place progressivement sur le terrain.....</i>	<i>p37</i>
2.1 Une difficulté : coordonner des professionnels aux statuts et aux cultures différents.....	p37
2.1.1 Les acteurs du champ sanitaire.....	p37
2.1.2 Les acteurs du champ social et médico-social.....	p39
2.2 Une réalité locale : les expériences de coordination gérontologique en Bourgogne.....	p41
2.2.1 L'objet de la coordination.....	p42
2.2.2 L'organisation concrète de la coordination	p43
2.2.3 Partenariats et financements	p44

3ème partie

L'IASS : un rôle d'interface à affirmer entre les partenaires institutionnels et les

acteurs de terrain	p46
<i>I L'inspecteur, un partenaire institutionnel avec une vision globale du secteur gérontologique</i>	
1.1 L'identification des besoins et la recherche de solutions	p46
1.1.1 L'adaptation au niveau local de l'offre aux besoins : la planification.....	p47
1.1.1.1 Adapter l'éventail des structures disponibles.....	p47
1.1.1.2 Assurer un maillage du territoire par les services, en anticipant sur l'évolution des besoins	p47
1.1.2 Vers une politique territorialisée : aménagement du territoire et problématiques sanitaires et sociales.....	p49
1.2 L'animation d'un partenariat inter-institutionnel.....	p50
1.2.1 Animer la réflexion sur l'harmonisation des politiques menées : initiatives possibles	p50
1.2.2 Assurer un pilotage cohérent des politiques menées avec de nouveaux outils appropriés.....	p51
<i>II L'inspecteur, un partenaire privilégié des acteurs de terrain</i>	p53
2.1 Un rôle incitatif fondamental.....	p53
2.1.1 Informer	p53
2.1.1.1 sur les dispositifs existants et leurs évolutions	p53
2.1.1.2 sur les partenaires concernés	p55
2.1.1.3 sur les expériences menées ailleurs.....	p55
2.1.2 Veiller à la qualité de la formation.....	p56
2.1.3 Capitaliser les expériences	p56
2.2 Un rôle technique à affirmer	p57
2.2.1 Un appui technique pour la formalisation des projets	p58
2.2.2 L'évaluation des projets.....	p59
<i>Conclusion</i>	p62

Table des matières

Annexes

ANNEXES

- Sigles utilisés
- Personnes rencontrées
- Bibliographie
- Les réseaux de santé publique : historique.
- Les réseaux gérontologiques expérimentaux de la MSA.
- Typologie des politiques gérontologiques départementales (D. ARGOUD, Politique de la vieillesse et décentralisation. Les enjeux d'une mutation, Erès, Pratiques du champ social, 1998).
- Mise à plat du système gérontologique centré sur la personne (JJ. AMYOT, Travailler auprès des personnes âgées, Privat, Formation travail social, 1994).
- article de l'Yonne Républicaine : "Les personnes âgées objet de tous les soins" (projet de CLIC de l'Auxerrois), 11 et 12 novembre 2000.
- article du Journal du Centre : "Vivre la dépendance à domicile", 10 novembre 2000.
- article de l'Yonne Républicaine : "Le réseau gérontologique de la vallée en ordre de marche", 1 décembre 2000.
- carte : les coordinations gérontologiques en Bourgogne (document de travail).

SIGLES UTILISES

ACTP : allocation compensatrice tierce personne.

AGGIR : Autonomie-Gérontologie-groupe iso-ressources.

AGIL : action gérontologique d'initiative locale.

ANAES : agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

APA : aide personnalisée à l'autonomie.

ARH : agence régionale de l'hospitalisation.

CAFAD : certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile.

CASIR : comité d'action sociale inter-régime.

CCAS : centre communal d'action sociale.

CIADT : comité interministériel pour l'aménagement du territoire.

CLIC : centre local de coordination gérontologique.

CNAV : caisse nationale d'assurance vieillesse.

CNR : coordination nationale des réseaux.

CPER : contrat de plan Etat-région.

CRAM : caisse régionale d'assurance maladie.

CROSS : comité régional de l'organisation sanitaire et sociale.

DGAS : direction générale de l'action sociale.

DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins.

EHPAD : établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

FAPA : fédération départementale des retraités et personnes âgées de Côte d'Or.

FAQSV : fonds d'aide à la qualité des soins de ville.

FNADT : fonds national pour l'aménagement du territoire.

GIP : groupement d'intérêt public.

MSA : Mutualité sociale agricole.

ONDAM : objectif national des dépenses d'assurance maladie.

PAP : programme d'action prioritaire.

PMSI : programmation médicalisée du système d'information.

PRAM : programme régional de l'assurance maladie.

PRS : programme régional de santé.

PSD : prestation spécifique dépendance.

SGAR : secrétariat général aux affaires régionales.

SIH : syndicat inter-hospitalier.

SIVOM : syndicat intercommunal à vocation multiple.

SROS : schéma régional d'organisation sanitaire.

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.

URCAM : union régionale des caisses d'assurance maladie.

PERSONNES RENCONTREES

ENTRETIENS RÉALISÉS

- Ministère : C. Bussière, attachée d'administration centrale, et F. Dubuisson, médecin chargée de mission (DGAS, sous-direction personnes âgées).
- P. Guinchard-Kunstler, députée du Doubs, auteur du rapport *Veillir en France* de septembre 1999.
- ARH : D. Jaffre, chargé de mission, co-animateur du groupe de suivi du SROS personnes âgées.
- DRASS : JF. Bénévise, directeur.
 - M. Bénard, inspecteur (PRS, CLIC, Bourgogne Centrale).
 - M. Legrand, inspecteur (EHPA, CPER).
 - JF Dodet, médecin inspecteur régional adjoint.
- DDASS : C. Bonnard, MISP à la DDASS de Saône-et-Loire.
- URCAM : F. Pélissier, chargée de mission.
- CRAM : Mr Deschamps, directeur du pôle gérontologique.
- MSA : D. Menu, animateur du groupe de suivi du SROS personnes âgées.
- Conseil Général Côte d'Or : Mme Wrobel, administrateur territorial, Direction Personnes âgées et handicapées
 - Dr Derain, médecin coordonnateur PSD.
- CCAS de Dijon : Mme Richard, directrice du service personnes âgées.
- Commune de Montceau-les-Mines : Mme Tison, adjointe chargée des personnes âgées.
- Commune de Beaune : Mme Delgove, directrice du Service Prévention et insertion.
- CHU de Dijon : Dr Richard, médecin gériatre hospitalier.

AUTRES PERSONNES RENCONTRÉES

- DDASS : C. Dumond, inspectrice à la DDASS de Saône-et-Loire.
 - M. Vermeulen, inspectrice à la DDASS de Côte d'Or .
 - S. Cochet, inspecteur à la DDASS de l'Yonne.
 - M. Legris, inspecteur à la DDASS de la Nièvre.
- Conseil Général de la Nièvre : D. Refait, chef du service Prévention Santé.
- Conseil Général de l'Yonne : C. Naudot, direction personnes âgées.
- CHS La Chartreuse : Dr Vincent, praticien hospitalier, psychiatre.
- Maison de retraite de Nolay : Mme François, directrice
- SSIAD de Chatillon-en-Bazois : Mme Vieux, infirmière coordinatrice (réseau de santé du Pays Morvan-Nivernais).

BIBLIOGRAPHIE

➤ PRINCIPAUX TEXTES JURIDIQUES CITÉS

- loi hospitalière du 30 décembre 1970 (loi Boulin).
- loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.
- loi n°97-60 du 24 janvier 1997 instituant la PSD.
- loi d'orientation n°95-115 du 4 février 1995 pour l'aménagement et le développement du territoire (loi Pasqua).
- loi n°99-586 du 12 juillet 1999 relative au renforcement et à la simplification de la coopération intercommunale (loi Chevènement).
- loi n°99-533 du 25 juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire (loi Voynet).
- projet de loi de modernisation sanitaire (4 juillet 2000).
- projet de réforme de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 (mai 2000).

- ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé (notamment l'article L162-31-1 Code de la Sécurité Sociale sur les réseaux Soubie).
- ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (notamment l'article L712-3-2 Code de la Santé Publique sur les réseaux de soins).

- décret n°81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées.
- décrets n°97-630 et 97-631 relatifs aux URCAM.

- circulaire n°5 AS du 1 février 1972 relative à la mise en place du programme finalisé pour le maintien à domicile des personnes âgées.
- circulaire n° AS 5 du 28 janvier 1977 relative à la mise en place du programme d'actions prioritaires n°15 : favoriser le maintien à domicile des personnes âgées.
- circulaire n°34 du 18 septembre 1981 relative aux emplois de coordination et d'aide ménagère pour les personnes âgées.
- circulaire du 7 avril 1982 relative à la politique sociale et médico-sociale pour les retraités et personnes âgées (circulaire Franceschi).
- circulaire DGS/SQ 2/DAS/DH/DSS/DIRMI n°99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux
- circulaire DAS-RV 2 n°2000-310 du 6 juin 2000 sur les CLIC.

➤ OUVRAGES

- B. VEYSSET-PUYJALON (dir.), La coordination gérontologique, démarche d'hier, enjeu pour demain, Les Cahiers n 5 de la Fondation Nationale de Gérontologie, 1992.
- M. TANGUY-MAUFFRET, La coordination gérontologique, guide de réflexion et d'action, Chronique sociale, 1994.
- JJ. AMYOT, Travailler auprès des personnes âgées, Privat, Formation travail social, 1994.
- JL. SANCHEZ, T. GEVAUDON, B. MARTINET, Vieillesse et cohésion sociale : mieux observer pour mieux décider, Odas, 1995.
- S. AYME, JC. HENRARD, A. COLVEZ, ... Handicap et vieillissement, politiques publiques et politiques sociales, INSERM, Questions en santé publique, 1996.
notamment les articles suivants : "Schéma gérontologique départemental : vers une nouvelle régulation économique" (M. FROSSARD, p 283-299), "La coordination gérontologique : de la théorie à la pratique" (JF. COMTE, p 301-307), "Réflexion sur quelques expériences de coordination gérontologique" (D.ARGOU, p 309-321), "Co-ordonner ou ordonner ? Du rapport Laroque à aujourd'hui" (B.ENNUYER, p 322-330).
- JJ. AMYOT (dir), Guide de l'action gérontologique, OAREIL, Dunod, 1996.
- D. ARGOU, Politique de la vieillesse et décentralisation, les enjeux d'une mutation, Erès, Pratiques du champ social, 1998.
- D. JOLLY (dir), Quelle politique de santé pour le grand âge ? une réflexion européenne, IEPS, Médecine Sciences Flammarion, 1998.
- JF. PASTUREL, La dépendance des personnes âgées, Solal, 1999.

➤ RAPPORTS ET MÉMOIRES

- N. PIROUD, Le réseau gérontologique de proximité des cantons de Saint-Junien en Haute-Vienne :  valuation des processus, ENSP, mémoire professionnel MISP, 1998.
- D. BESSIERE, Le réseau gérontologique : vers une nouvelle démarche de prise en charge de la personne âgées dans la région Nord-Pas-de-Calais, ENSP, mémoire professionnel décembre 1999.
- rapports de séminaires interprofessionnels (formation ENSP) de septembre-octobre 1999 : L'évaluation de la prise en charge des personnes âgées, Le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes.
- ANAES, Principes d'évaluation des réseaux de santé, juillet 1999.

- P. GUINCHARD-KUNSTLER, Vieillir en France, Enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie, rapport au Premier Ministre, septembre 1999.
- M. THIERRY (président), JM. PALACH (rapporteur), Une société pour le grand âge, rapport du comité de pilotage de l'année internationale des personnes âgées, 1999.
- P. SUEUR, l'Aide personnalisée à l'autonomie, rapport au Premier Ministre, mai 2000.

- ARH et URCAM Ile-de-France (groupe de travail inter-institutionnel), Dossier du promoteur de réseau, juillet 1999.
- ARH de Bourgogne, SROS 1999-2004, SROS personnes âgées, juillet 1999.
- CRAM Bourgogne-Franche-Comté, La coordination gériatrique en Bourgogne et Franche-Comté, juin 2000.
- CRAM Pays-de-le-Loire, Pour une politique de coordination gériatrique. Le rôle de la CRAM dans la politique de coordination gériatrique, juillet 2000.
- ARH Pays-de-le-Loire (groupe de travail inter-institutionnel), Recommandations pour le développement de la coordination gériatrique en Pays-de-la-Loire, juillet 2000.
- Fédération des réseaux de santé PACA, Pré-projet d'un guide d'assistance méthodologique aux réseaux de santé par une fédération régionale de réseaux de santé, octobre 2000.
- URCAM Bourgogne, La coordination des soins et les réseaux de soins en Bourgogne. Contribution à la Conférence Régionale de Santé du 12 décembre 2000.

- D. JAFFRE et D. LAUCAN, Réseaux et hôpital de proximité, communication lors de la journée filières et réseaux de l'URCAM le 18 septembre 1998.
- S. BEJEAN , M. GADREAU, Concept de réseau et analyse des mutations récentes du système de santé, Laboratoire d'analyse et de techniques économiques, Faculté de science économique et de gestion de Dijon, 1997.

➤ ARTICLES DE REVUES

→ Actualités sociales Hebdomadaires

- J. VACHON, "Coordination gérontologique : un nouveau départ ?", n° 1868, 24 février 1994, p9-10.
- D. LALLEMAND, "La coordination gérontologique refait surface", n°2044, 7 novembre 1997.
- I. SARRAZIN, "Pour une nouvelle approche de la dépendance", n°2135, 1er octobre 1999.
- V. HALBRAND, "Une aide personnalisée à l'autonomie pour remplacer la PSD? Le rapport Sœur", n° 2167, 19 mai 2000.

→ Le journal de l'action sociale

- "Premier bilan de la coordination gérontologique départementale", étude CNAV, n°43, janvier 2000, p ? .

→ Actualité et dossier en santé publique

- dossier "Réseau de santé et filière de soins", n°24, septembre 1998, p 12-52 : "De la tuberculose aux ordonnances de 1996", "Les réseaux et la santé publique", " Les enjeux de la coordination", "Les statuts juridiques des réseaux", " Les enseignements des réseaux existants", "Les 19 ingrédients d'un réseau de soins coordonnés", "Les réseaux vus de l'hôpital", "Les réseaux et l'hôpital", " Réseau de santé et gestion du risque", "Organisation des soins : les exemples étrangers", "Problèmes éthiques et réseaux".
- dossier "Santé publique et aménagement du territoire", n° 29, décembre 1999.

→ Santé publique

- N. Blanchard, "Les représentations de la coordination comme outil d'évaluation d'un programme expérimental gérontologique", 2000, volume 12, n°2, p 191-210.
- P. Lombraïl, Y. Bourgueil, A. Develay, JC. Mino, N. Naiditch, "Repères pour l'évaluation des réseaux de soin", 2000, volume 12, n°2, p 161-176.

→ Revue Hospitalière de France

- dossier "Les réseaux et la coordination gérontologique : VIe Assises nationales du secteur social et médico-social en faveur des personnes âgées", N°2, mars-avril 2000, p 84-97 : "Vocation de la coordination gérontologique", "Quels acteurs pour une coordination gérontologique efficace ?", "Les réseaux gérontologiques de la MSA", "Réseaux et transversalité en gériatrie" : les exemples de Lunel et du Sud Yvelines.

- dossier "Réseaux de soins et coordination gérontologique", N°5, septembre-octobre 2000, p 63-76 : "Vocation de la coordination gérontologique", "Les réseaux gérontologiques de la MSA", "Le réseau et la coordination de Lunel", "Le réseau gérontologique Murat-Allanche : un centre d'évaluation, d'orientation et de coordination gérontologique", "Les CLIC : objectifs et cahier des charges".

→ Techniques Hospitalières

- G. POUTOUT, "Réseau : la fin des citadelles", N° , juillet 1999.

→ Hospitalisation nouvelle

- dossier "Les réseaux de soins", n°270, août-septembre 1999.

→ Gestions hospitalières

- dossier "Réseaux, Fusions et restructurations", n°391, décembre 1999.

→ Le concours médical

- G. KALTENBACH, "La prévention du vieillissement pathologique", 16 septembre 2000, p1909-1913.

→ Le quotidien du médecin

- F. PETTY, "Les réseaux et la coordination gérontologiques. (Hôpital expo 2000)", n°6663, 10 mars 2000, p8.

- C. GABILLAT, "Replacer la personne âgée au centre des débats", n°6663, 10 mars 2000, p8.

→ Filières et réseaux

- JP. DURAND, "L'évaluation des réseaux vue par l'ANAES : la règle des 5-6-3", n°29-30, août-septembre 1999, p5-6.

- JP. DURAND, "Réseaux "régionaux" : quand l'Ile de France innove", n°31, octobre 1999, p7.

- "Le plaidoyer pro-réseaux de l'Ordre", n°34-35, janvier-février 2000, p16.

- "Régionalisation et réseaux : ce que propose le groupe Evin", n°36-37, mars-avril 2000, p6.

- JP. DURAND, "Un statut pérenne attend les réseaux dans le projet de loi de modernisation", n°42-43, septembre-octobre 2000, p8-9.

→ La Revue de gériatrie

- "Réseaux et Gérontologie", Tome 20 N°7, septembre 1995, n° entier.
- JM. VETEL, "La place des personnes très âgées à l'hôpital", Tome 24 n°6, juin 1999, p 473-480.

→ Gérontologie

- O. DRUNAT, "Droit des personnes âgées et réseau gérontologique", n°106, février 1998, p42-46.
- B. ENNUYER, "La coordination : un mythe ?", n°113, 2000, p13-19

→ Gérontologie et société

- JC. HENRARD, "Du rapport Laroque à la Loi sur la PSD", n°81 sur 30 ans de politique de la vieillesse, juin 1997, p 43-55.
- JM. GOMAS, "Quelle collaboration domicile-hôpital en gérontologie?", n°90, septembre 1999, p181-183.

→ Années documents CLEIRPPA

- J. MASLOWSKI, "Du dire au faire : comment s'élabore une politique locale de la vieillesse?", N°250, mai 1998, p1-7.

→ Questions de Sécurité Sociale

- L. MATHIAS, "Politique vieillesse : la coordination gérontologique", N°6, juin 1997, p21-27.

LES RESEAUX DE SANTE PUBLIQUE : HISTORIQUE

- 1985 : ouvrage de R. LAUNOIS sur les **RÉSEAUX DE SOINS COORDONNÉS**, essai de transcription en France de l'organisation américaine des HMO (Health Maintenance Organization). La loi du 19 janvier 1983 instituant le budget global encourage la création expérimentale de tels réseaux, mais ils manquent des outils de gestion nécessaires (en particulier le PMSI n'est pas encore opérationnel).

- **RÉSEAUX VILLE-HÔPITAL** : Circulaire DGS/DH n°612 du 4 juin 1991 (circulaire Durieux) relative à la mise en place des réseaux Ville-Hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à **VIH** : réseaux qui ont été mis spontanément en place par les professionnels et qui trouvent ici une légitimité et des moyens.

Ce texte est suivi par une série de circulaires accompagnant des **réseaux ciblés sur des pathologies** (hépatite C...) **ou des populations** (situations de précarité...) :

Circulaires DGS/DH n°93-72 du 9 novembre 1993 et n°94-15 du 7 mars 1994 relatives à la mise en place des réseaux *toxicomanie*.

Circulaires DGS n°74 bis du 2 décembre 1993 et n°88 du 1 décembre 1994 relatives à la mise en place de *réseaux de santé de proximité*.

Circulaire DGS n°707 du 19 novembre 1996 relative à la promotion du travail en réseau pour l'organisation de la prise en charge des problèmes liés à *l'alcool*.

- **Circulaire CNAVTS 38/93 du 6 mars 1993** : elle encourage à la constitution de **réseaux gérontologiques**, accrédités selon 5 critères: une zone géographique d'activité (le bassin gérontologique), une instance de diagnostic et d'orientation (la consultation de régulation gériatrique), un établissement ou un service agissant en tant que pivot du système, un dispositif de coordination technique centré sur la personne âgée, une procédure d'évaluation.

- **Circulaire DH/EO n°21 du 3 juin 1993 relative à l'adaptation de l'offre de soins hospitaliers en cohérence avec une politique équilibrée d'aménagement du territoire** : elle invite à constituer "des réseaux gradués et coordonnés des divers hôpitaux, cliniques et professionnels de santé implantés dans une même zone sanitaire afin de se doter chacun de missions non plus concurrentes mais complémentaires".

- Deux types de **RÉSEAUX DE SOINS** sont mis en place par les ordonnances de 1996. Ils ont les mêmes objectifs mais suivent des modalités différentes dans leur organisation et leur agrément.

Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé (article L162-31-1 Code de la Sécurité Sociale) : elle permet la constitution de réseaux expérimentaux ("**réseaux Soubie**") en matière d'organisation des soins et de tarification (dérogation aux textes), pour une durée limitée (3 ans) et sur agrément d'une Commission nationale (COFRES). Ces réseaux sont centrés sur le champ ambulatoire, bien qu'ils puissent associer des établissements hospitaliers.

Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (article L712-3-2 Code de la Santé Publique) : "en vue de mieux répondre à la satisfaction des besoins de la population (...), les établissements de santé peuvent constituer des **réseaux de soins spécifiques** (...). Ils ont pour but "d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité". Ce sont donc des réseaux centrés sur les établissements hospitaliers, mais, contrairement aux formes de coopération hospitalière, leur définition reste volontairement peu précise pour laisser primer l'initiative locale sur la directive nationale, afin de mieux adapter l'organisation des soins au contexte local. Leur convention constitutive est agréée par le directeur de l'ARH.

- **Circulaire DH/EO n°97/277 du 9 avril 1997 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements** : elle conseille "d'inclure les projets de réseau dans les contrats d'objectifs et de moyens" et laisse toute latitude aux ARH pour "dégager des moyens pour soutenir la mise en place des réseaux de soins en raison de leur caractère structurant ou restructurant".

- **Circulaire DH/DAS/DGS/DSS 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs** : ce texte essaye de clarifier le paysage mal connu et composite des réseaux. "Les **réseaux de soins** ont pour objectif de mobiliser les ressources sanitaires, sociales et autres, sur un territoire donné, autour des besoins de la personne. (...) Ils peuvent associer des médecins libéraux, d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire ou sociale. Ils organisent un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination de cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention".

RÉSEAUX GÉRONTOLOGIQUES EXPÉRIMENTAUX DE LA MSA

Le projet MSA concerne 19 réseaux agréés par la Commission d'orientation des filières et réseaux de soins expérimentaux, dont 3 dans la région Bourgogne.

OBJET :

- retarder au maximum l'installation de la dépendance.
- permettre le maintien à domicile du plus grand nombre de personnes âgées dépendantes, le plus longtemps possible et dans des conditions optimales.

PRINCIPES :

- coordination de la prise en charge assurée par le médecin généraliste.
- recherche d'une utilisation optimale des structures existantes.
- respect du libre choix de la personne âgée.
- volontariat des acteurs de terrain.

ORGANISATION :

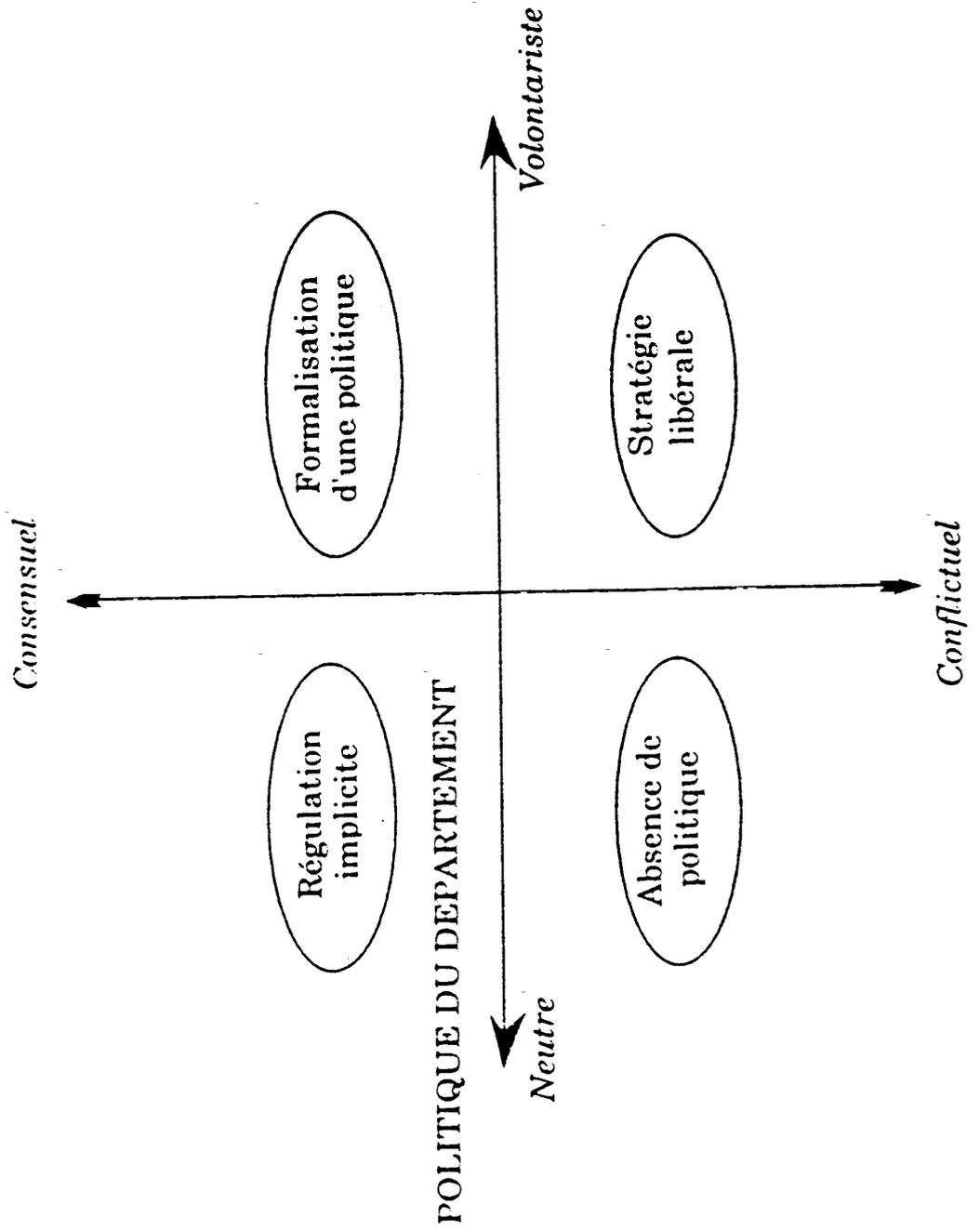
- association Loi 1901 gérant le dispositif, associant tous les promoteurs, et dont le financement est assuré par une dotation inter régimes versée par une caisse-pivot.
- convention de gestion passée avec les Caisses d'Assurance-Maladie.
- acteurs rémunérés par un forfait annuel (3C pour la coordination) en plus de la rémunération de droit commun des actes médicaux et paramédicaux.
- entrée dans le réseau subordonnée à un bilan gériatrique initial réalisé à l'hôpital local et à un bilan social chez la personne âgée.
- la personne âgée s'engage à passer seulement par le médecin généraliste et à ne faire appel à aucun autre professionnel en dehors du réseau. Elle bénéficie d'une prise en charge à 100 %, du respect du tarif conventionnel, de la dispense d'avance de frais.

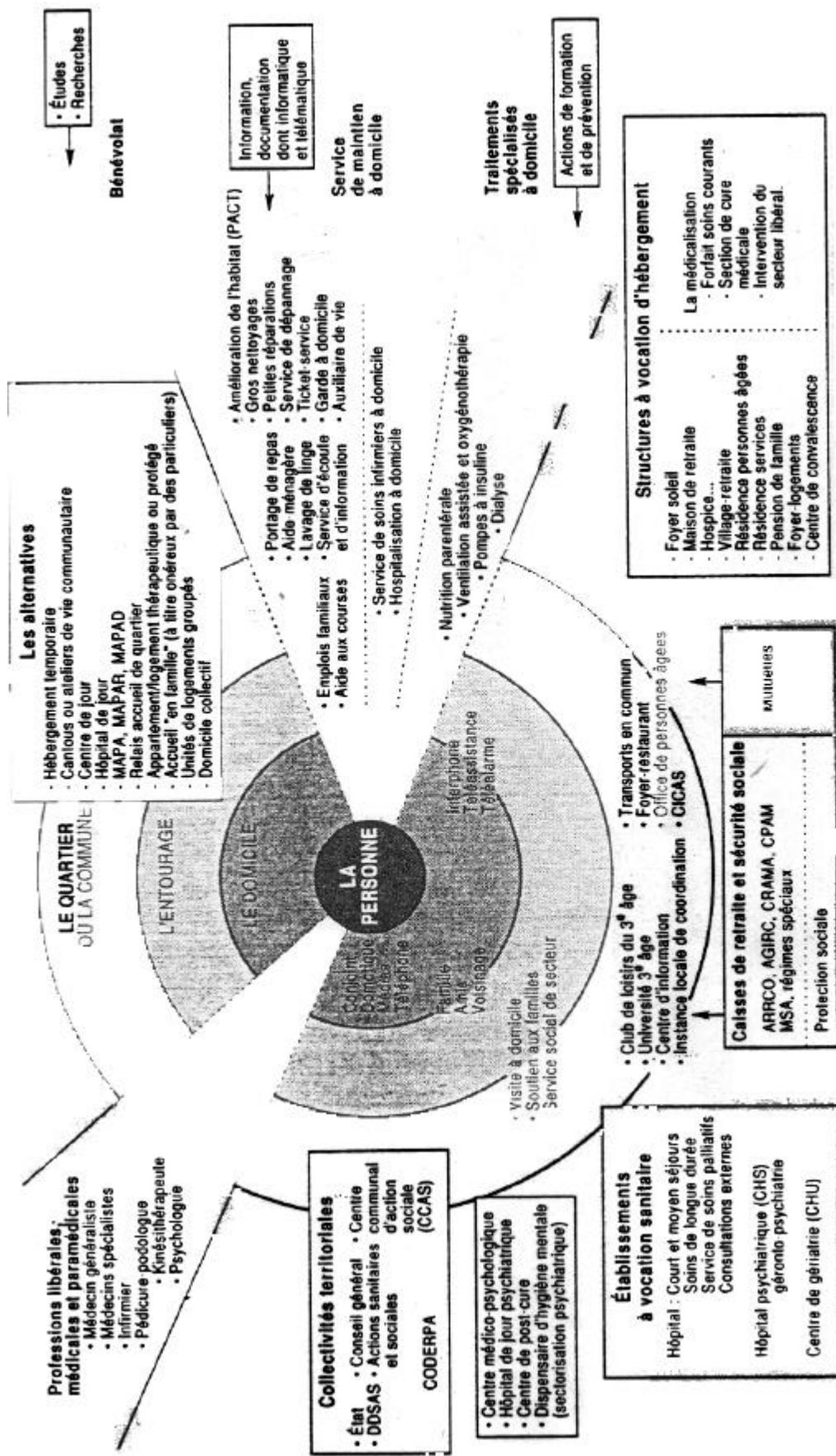
ÉVALUATION DU DISPOSITIF :

- suivi exhaustif de l'activité et de la satisfaction des personnes âgées (base de données sur les personnes âgées).
- rapport d'activité annuel, rapport d'étape après 10 mois de fonctionnement.
- évaluation finale au bout de trois ans de fonctionnement (étude d'impact).

Typologie des politiques gérontologiques départementales

JEU DES ACTEURS





Mise à plat du système gérontologique centré sur la personne

SANTÉ / Création d'un « CLIC » de l'Auxerrois

Les personnes âgées objets de tous les soins



Assurant des permanences, le futur CLIC pourra très rapidement déclencher l'intervention d'une infirmière, d'une aide soignante ou encore assurer le portage d'un repas à domicile (photo d'archives).

Un Centre local d'information et de coordination gérontologique est en projet. Objectif : favoriser le maintien à domicile.

La future création à l'horizon 2001 d'un Centre local d'information et de coordination gérontologique (CLIC) devrait sans doute faciliter la vie dans l'Auxerrois et la tâche des différents intervenants professionnels dans le secteur de la gérontologie. Associant l'ensemble des professionnels de la santé, les associations d'aide à domicile, des établissements d'accueil, des institutions, le CLIC de l'Auxerrois se propose donc de réunir en un lieu l'ensemble des informations destinées à accompagner les personnes âgées, à les orienter dans leurs diverses démarches. En résumé, il s'agit pour les deux initiateurs locaux d'un projet national lancé en juin dernier l'hôpital d'Auxerre et de la Mutualité de l'Yonne de créer un lieu d'accueil ouvert 12 heures par jour où les plus de 60 ans trouveraient toute « information utile sur les services, aides et structures favorisant le maintien à domicile ».

Objectif, donc, du CLIC : harmoniser le système actuel. Le rationaliser en examinant le dossier médical et social de chaque personne âgée, en évaluant ses besoins réels sous couvert d'un médecin gérontologue, en orientant la personne âgée vers les services les plus adaptés à ses besoins, en établissant des plans d'aide et en suivant chaque dossier.

Un budget de 700 000 francs

Le CLIC assurera donc gratuitement l'accueil des personnes âgées, de leurs familles, des professionnels, créera des fiches pratiques et actualisera les bases de données des divers services. Le tout en préservant le secret médical, comme l'ont affirmé Marie-Pierre Renon et Serge Bertuit, respectivement directrice clientèle à l'hôpital et directeur de la division gérontologie à la Mutualité de l'Yonne.

Autre mission dévolue au CLIC, la gestion des urgences du week-end. Assurant des permanences, le centre pourra très rapidement déclencher l'intervention d'une infirmière, d'une aide soignante, assurer un retour d'hospitalisation ou encore assurer le portage d'un repas à domicile.

La DDASS, le Conseil général et la Caisse d'assurance maladie sont invités à co-financer les 700 000 francs annuels nécessaires au budget du futur CLIC. Cette semaine, une réunion d'information a d'ailleurs rassemblé des professionnels qui seront ame-

nés à travailler avec le CLIC, infirmières, généralistes, maisons de retraites, aides à domicile... Car il faut désormais convaincre les professionnels, les rassurer pour emporter leur adhésion à un projet ne pouvant fonctionner sans eux.

13 000 personnes concernées

Faciliter le maintien des personnes âgées à domicile revêt un double intérêt, tant humain qu'économique. La limitation de la durée d'hospitalisation atténue la perte d'autonomie chez la personne âgée et soulage le centre hospitalier. 40 % des patients de l'hôpital sont âgés de plus de 60 ans et la durée moyenne de séjour est de cinq jours.

Aujourd'hui, la mission de l'hôpital dépasse donc le cadre des soins et inclut une obligation de suivi en préparant la sortie des patients, comme en témoigne le recrutement de deux nouvelles assistantes sociales chargées de préparer la période post hospitalière.

L'installation d'un CLIC constituerait pour l'hôpital un outil intéressant qui, en outre, régulerait un secteur représentant un marché économique prometteur et donc soumis à une concurrence de plus en plus rude. L'Auxerrois compte 13 000 personnes âgées de plus de 60 ans (20,3 % de la population), dont 3 936 âgées de plus de 75 ans vivant à domicile. Le public prioritairement concerné par le CLIC.

"d'Yonne républicaine" 11/12/2000

RÉSEAU DE GÉRONTOLOGIE

Vivre la dépendance à domicile

La dépendance des personnes âgées est un phénomène de plus en plus présent. La coordination des compétences au sein d'un réseau permet de la combattre. Le pays charitois tente l'expérience.



Autour du président, le docteur Jean Petit, des représentants des caisses, le docteur Anne-Sophie Malbrant, et Régis Guenin (MSA), de Robert Veneau et du docteur Bernard Gauthier (CPAM), du docteur Denis Refait, du conseil général, d'André Dupis, maire de la Charité-sur-Loire, l'ensemble des représentants des organismes et des professionnels de santé adhérents.

INTITIÉE et portée avec volonté sur les fonds baptismaux par le docteur Anne-Sophie Malbrant et présidée par le docteur Jean Petit, l'association "Réseau gérontologique du Pays charitois" vient de tenir sa troisième assemblée générale, au centre hospitalier Henri-Dunant, à La Charité-sur-Loire.

La signature de la convention avec deux caisses d'assurance maladie, la CPAM et la MSA en mars 1999, bénéficie de l'arrêt du 30 mars dernier autorisant, à titre expérimental, la mise en place de dix-neuf réseaux sur le plan national. Choisi parmi trois en Bourgogne, le Réseau du Pays charitois dégageait les grandes orientations en relation avec l'évaluation de l'expérimentation dont le financement n'est prévu dans un premier temps que pour trois années. La démonstration de l'efficacité du réseau est une condition nécessaire à sa pérennisation.

Par l'intermédiaire du CHHD, le recrutement de la cheville ouvrière, Véronique Miallon, secrétaire à mi-temps, a permis la

mise en œuvre de ce réseau. Les premiers bilans ont été réalisés. Les personnes âgées (ou leur famille) et les professionnels de santé et de service social adhérents trouvent auprès d'elle l'interlocuteur référent. Elle participe également au suivi de l'évaluation de l'expérimentation.

Plan de soins

Si la personne de 60 ans ou plus (ou sa famille) est à l'origine de sa demande d'adhésion, le médecin généraliste est son interlocuteur privilégié. Il coordonne l'accompagnement médical et le suivi social avec l'assistante sociale. Le bilan médical permet d'évaluer ses besoins et d'établir un plan de soins et de traitements que les professionnels de santé du domaine paramédical, infirmiers et kinésithérapeutes, pourront mettre en œuvre. Après une visite de l'assistante sociale, l'intervention de différents services assurés par des personnes qualifiées lui sera proposée pour lui faciliter la vie à domicile.

La communication vers le grand public est assurée par la diffusion d'une plaquette et d'une affiche. On estime qu'une trentaine de personnes âgées pourraient être intégrées dans l'année. La carence, sur le plan administratif, d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) est compensée, actuellement, par un cabinet d'infirmiers libéraux. La présence attendue d'un associé pour partager la prise en charge des nombreuses demandes leur permettrait d'être encore plus disponibles pour assumer les tâches volontaires du réseau.

Le budget ne comporte que les charges communes au fonctionnement général du dispositif. Les charges générées par le sanitaire sont régies directement par l'assurance maladie aux professionnels de santé concernés ainsi que, dans la limite de 600 F mensuels, les dépenses liées au maintien à domicile.

Une association doit son efficacité aux moyens obtenus pour l'atteinte de ses objectifs. Le volontariat affirmé des huit mé-

decins généralistes adhérents au réseau et des autres personnels de santé (infirmiers et kinésithérapeutes) et la mise en œuvre commune des moyens existants permettraient une prise en compte optimiste de la remédiation de la dépendance par un maintien à domicile, celui-ci devant bénéficier de prestations au moins égales à celles dispensées par l'hôpital. C'est l'objectif de l'association. La formation professionnelle adaptée aux particularités des soins dispensés à domicile et l'ouverture d'une consultation gérontologique complèteraient les objectifs pour 2001. Le travail en concertation permettra, en outre, de préciser, pour les orientations futures, l'émergence des besoins et de leur remédiation après la sanction de l'évaluation par un comité scientifique national.

Christian ROCCA

Le bureau du conseil d'administration : Président, docteur Jean Petit ; vice-président, Robert Veneau (président de la CPAM) ; trésorier, Sylvain Chapuis (représentant de la MSA) ; secrétaire, Michel Michon (infirmier libéral).

"Le Journal du Centre"
1999

SANTÉ / A Noyers-sur-Serein

Le Réseau gérontologique de la vallée en ordre de marche

Début 2001, il devrait fonctionner sur les trois cantons de L'Isle-sur-Serein, Guillon et Noyers.

JEAN-YVES COMELLI, médecin à L'Isle-sur-Serein a été élu président du Réseau gérontologique de la vallée du Serein. Ce réseau, qui s'est donné comme principal objectif de faciliter et promouvoir le maintien à domicile des personnes âgées, sera opérationnel sur les cantons de L'Isle-sur-Serein, Guillon et Noyers. Une réunion a rassemblé plus de la moitié des élus des trois cantons, de nombreux professionnels de la santé, et des représentants d'associations d'aide aux personnes âgées notamment.

Créée fin septembre 2000, cette association loi 1901 s'était donnée un conseil d'administration provisoire au

moment de l'adaptation des statuts. Aujourd'hui en ordre de marche, le conseil d'administration est composé pour moitié de membres des professions libérales et pour moitié de représentants des associations d'aides à domicile et des usagers.

« Avec plusieurs membres de professions libérales et d'associations d'aides à domicile, explique le président, nous sommes partis du constat suivant : nous sommes dans une zone rurale où il y a une forte proportion de personnes âgées, à savoir 35 % de plus de 60 ans et 14 % de plus de 75 ans. De nombreux services et de professions libérales existent déjà pour soutenir ces personnes âgées à domicile. Mais parfois nous manquons de coordination. Avant nous nous croisons. Aujourd'hui nous avons décidé de nous poser. Le but du réseau sera donc d'informer les personnes âgées et leurs familles, de mieux nous coordonner, d'aider les aidants et de susciter la création de nouveaux ser-

vices. » En tout état de cause, le réseau s'engage à ne pas se substituer aux services et professions libérales déjà existantes, à respecter le libre choix de la personne âgée et de respecter le secret professionnel.

L'objectif est maintenant que le réseau gérontologique de la vallée du Serein fonctionne le premier trimestre 2001.

Pour cela un poste de coordonnateur ou coordinatrice sera créé dans les semaines à venir afin que personnes âgées, familles mais aussi les municipalités et les professionnels de la santé des trois cantons puissent avoir un interlocuteur.

Composition du bureau : président, Jean-Yves Comelli, médecin à L'Isle-sur-Serein ; vice-président, Richard Champeaux, médecin à Guillon ; trésorier, Maryse Bardet, infirmière libérale à Noyers ; trésorier adjoint, Marie-José Picavet, cadre infirmière en maison de retraite ; secrétaire, Pierre Savignat, directeur de maison de retraite.



L'association, créée en septembre dernier, a, aujourd'hui, pour président, Jean-Yves Comelli.

d'Yvonne Scuppersame A 12/2000

LA COORDINATION GERONTOLOGIQUE EN BOURGOGNE

- Réseaux gérontologiques MSA :
 - Coordination gérontologique des Trois Rivières (71)
 - Réseau gérontologique de Haute Côte d'Or (21)
 - Réseau gérontologique du Pays Charitois (58)

- Consultation d'évaluation gériatrique et de régulation gérontologique de Beaune (21).

- Réseau de santé du Pays Nivernais -Morvan (58).

- Réseau de soins gérontologique du Mâconnais et Val de Saône (71-01).

- Réseau gériatrique de l'Autunois (71).

- Réseau gérontologique du Louhannais (71).

- Réseau gérontologique d'Arroux-Bourbince (71).

- Réseau gérontologique du Pays Charolais (71).

- Réseau gérontologique de Villeneuve-sur-Yonne (89).

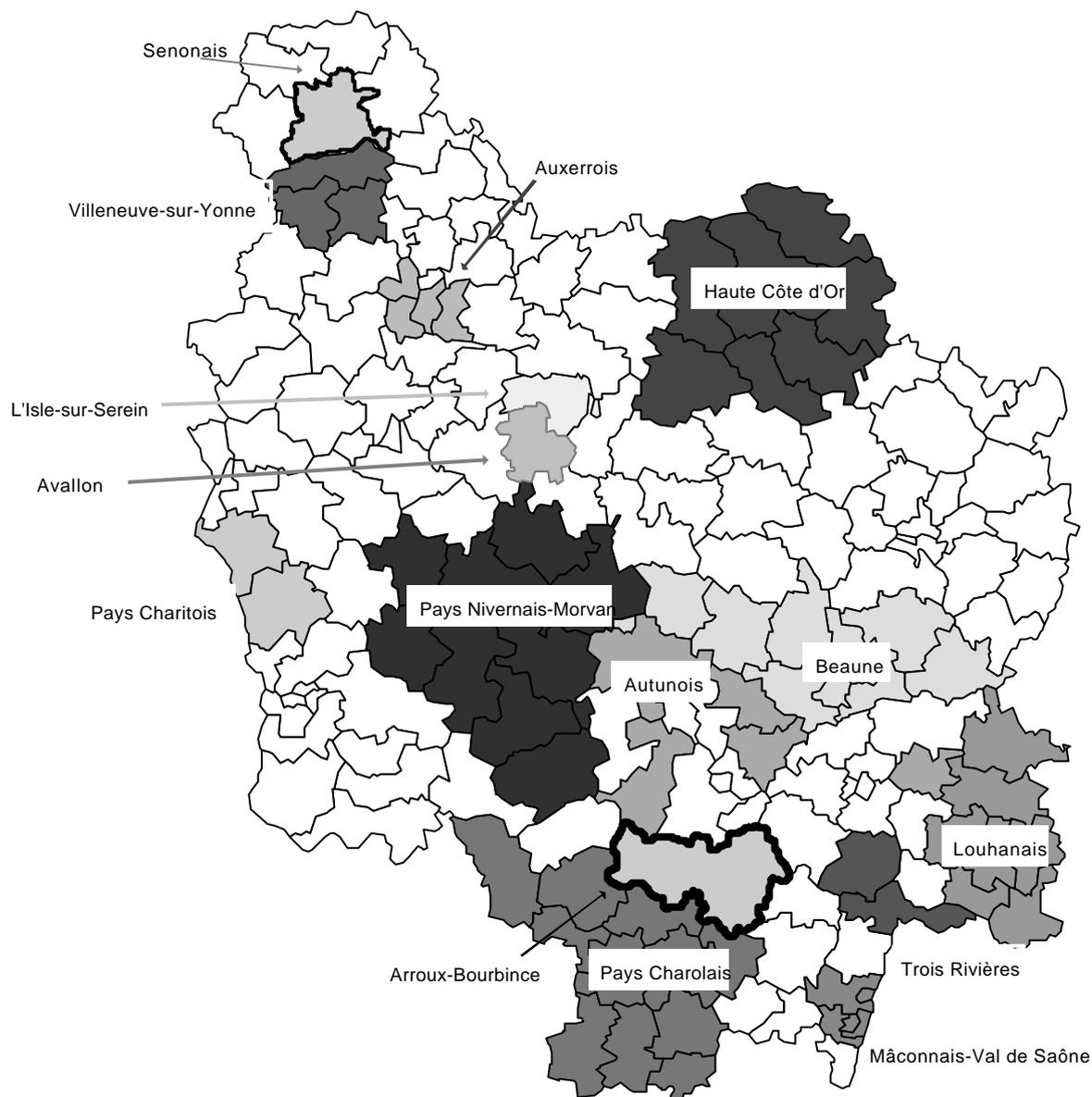
- Réseau gérontologique de la Vallée du Serein (89).

- Coordination gérontologique de l'Auxerrois (89).

- Réseau gérontologique du Senonais (89).

- Pôle gérontologique de l'Avallonnais (89), en projet.

LA COORDINATION GERONTOLOGIQUE EN BOURGOGNE



Sandrine MARX - Inspecteur stagiaire DRASS - document de travail -