



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Médecin-Inspecteur de Santé Publique**

*Date du Jury : avril 2001*

---

**PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION  
DE LA COORDINATION GERONTOLOGIQUE  
LIÉES À LA MISE EN PLACE DES CLIC  
Exemple de la région Rhône-Alpes**

---

**Françoise SIMONET**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>4</b>
<b>1 - PLACE DE LA COORDINATION EN GERONTOLOGIE DANS LES RESEAUX DE SANTE .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1 LES ASPECTS CONCEPTUELS .....</b>	<b>6</b>
1.1.1 Définition de la coordination en gérontologie.....	6
1.1.2 Définition d'un réseau de santé.....	7
1.1.3 Une conceptualisation clivée.....	8
<b>1.2 POLITIQUE DE L'ETAT EN MATIERE DE COORDINATION GERONTOLOGIQUE....</b>	<b>8</b>
1.2.1 Un historique marqué par le transfert des compétences en 1983 .....	8
1.2.2 L'évolution du contexte socio-démographique depuis 20 ans .....	10
1.2.3 Une nouvelle prise de conscience des pouvoirs publics aujourd'hui .....	12
1.2.4 Le retour de l'Etat sur le thème de la coordination en gérontologie.....	14
<b>1.3 LA POLITIQUE DE L'ETAT EN MATIERE DE RESEAUX SANITAIRES .....</b>	<b>15</b>
1.3.1 Une incitation forte à créer des réseaux de santé dès 1990.....	15
1.3.2 Un cadre législatif foisonnant et en évolution pour les réseaux de santé.....	17
<b>1.4 ESSAI DE RAPPROCHEMENT ENTRE « COORDINATION DE GERONTOLOGIE » ET « RESEAU DE SANTE » .....</b>	<b>20</b>
1.4.1 Typologie des réseaux de santé et limites .....	20
1.4.2 Enjeux des réseaux de santé et de la coordination en gérontologie .....	22
1.4.3 Essai de caractérisation d'une coordination gérontologique de proximité.....	23
1.4.4 Sémiologie de la coordination dans tout réseau de santé de proximité .....	25
<b>2 - LA MISE EN PLACE DES CLIC EN RHONE ALPES.....</b>	<b>26</b>
<b>2.1 QUESTION PRINCIPALE, HYPOTHESES, OBJECTIFS DE CE MEMOIRE .....</b>	<b>26</b>
2.1.1 Le lancement du programme CLIC en Rhône-Alpes .....	26
2.1.2 Question principale, hypothèses et objectifs .....	27
<b>2.2 METHODOLOGIE .....</b>	<b>28</b>

2.2.1	La recherche bibliographique et documentaire .....	28
2.2.2	L'enquête par entretiens .....	28
2.2.3	La participation aux réunions régionales .....	30
<b>2.3</b>	<b>RESULTATS .....</b>	<b>30</b>
2.3.1	Perspectives d'évolution d'une coordination gériatrique de proximité Exemple du site pilote CLIC de Villeurbanne .....	30
2.3.2	Perspectives d'impact sur la coordination institutionnelle des structures administratives et politiques - Exemple de la région Rhône-Alpes .....	37
<b>2.4</b>	<b>ANALYSE ET COMMENTAIRES .....</b>	<b>43</b>
2.4.1	Concernant les perspectives d'évolution d'une coordination gériatrique de proximité .....	43
2.4.2	Concernant les perspectives d'impact sur la coordination institutionnelle des structures administratives et politiques .....	47
<b>3</b>	<b>PROPOSITIONS.....</b>	<b>49</b>
<b>3.1</b>	<b>DEMARCHE D'EVALUATION D'UNE COORDINATION GERONTOLOGIQUE DE PROXIMITE SITE D'UN « CLIC » .....</b>	<b>49</b>
3.1.1	Aspects conceptuels et méthodologiques de l'évaluation.....	50
3.1.2	Expériences d'évaluation de coordinations gériatriques de proximité déjà réalisées .....	52
3.1.3	Recommandations pour l'évaluation d'une coordination gériatrique de proximité site d'un CLIC .....	56
<b>3.2</b>	<b>LE MEDECIN INSPECTEUR DE SANTE PUBLIQUE, UN ROLE A DEVELOPPER DANS LE CHAMP GERONTOLOGIQUE ET LA MISE EN PLACE DES CLIC.....</b>	<b>60</b>
3.2.1	Améliorer la prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées .....	61
3.2.2	Développer un rôle d'interface entre les décideurs institutionnels et les acteurs gériatriques sur le terrain.....	63
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>67</b>	
<b>SIGLES UTILISES.....</b>	<b>70</b>	

<b>PERSONNES INTERVIEWEES .....</b>	<b>72</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>73</b>
<b>ANNEXE 1 - GUIDE D'ENTRETIEN.....</b>	<b>76</b>
<b>ANNEXE 2 - INDICATEURS DE L'EVALUATION D'UN RESEAU DE SOINS .....</b>	<b>79</b>

# INTRODUCTION

A l'horizon 2020, le schéma national des services collectifs sanitaires prend comme scénario le plus plausible une augmentation de 40% des personnes de plus de 65 ans et de 20% du nombre de personnes dépendantes. Le recensement de 1999 et les dernières projections démographiques confirment le vieillissement de la population française, accompagné mécaniquement d'une augmentation des incapacités et de la dépendance même si aujourd'hui l'espérance de vie sans incapacité progresse plus que l'espérance de vie totale.

**Aussi l'ensemble de la société se trouve confronté à un défi majeur de santé publique : la prise en charge actuelle et à venir des besoins d'une population de plus en plus âgée.**

L'Année Internationale des Personnes Agées en 1999 a bien pris la mesure de cet enjeu et son comité de pilotage a préconisé d'arrêter rapidement les choix collectifs indispensables à un meilleur accompagnement du vieillissement. La tenue des Etats Généraux de la Santé et d'autres rapports ont également favorisé la prise de conscience des pouvoirs publics et ont incité l'Etat à la mise en œuvre d'une nouvelle politique vieillesse globale, annoncée par le Premier Ministre lui-même en mars 2000.

**Le soutien du maintien à domicile est affirmé comme l'axe prioritaire de l'ensemble de cette réforme des modalités de prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées en perte d'autonomie**, et sera mis en œuvre à travers le projet de réforme de la loi sur la PSD, le développement des SSIAD, le plan de médicalisation des EHPAD et la création de centres locaux d'information et de coordination en gérontologie, avec un objectif de maillage du territoire par un millier de CLIC en cinq ans.

La circulaire DAS/RV2 du 6 juin 2000 est venue préciser les modalités d'organisation pour l'expérimentation et la création de ces CLIC, dont l'ambition est de développer les expériences de coordination gérontologiques existantes et de les mettre en cohérence.

La mise en œuvre de cette circulaire est confiée aux DRASS et aux DDASS et dans ce cadre, la **question principale de ce mémoire** est : « **quelles sont les perspectives d'évolution de la coordination en gérontologie que peut susciter la mise en place du dispositif CLIC par l'Etat ?** ».

Pour tenter de répondre, trois activités principales ont été menées dans ce travail : une recherche bibliographique et documentaire, une série d'entretiens semi-directifs et une participation aux réunions régionales organisées par la DRASS sur les thèmes de la mise en place des sites pilotes CLIC et de la politique régionale de promotion des réseaux de santé.

La coordination en gérontologie est un terme récurrent de l'action sociale vieillesse depuis quarante ans et au vu des données de la littérature semble particulièrement difficile à mettre en place. Elle repose sur des groupes d'acteurs gérontologiques organisés en réseaux.

Aussi ce travail se propose dans une **première partie** d'explorer **la place de la coordination en gérontologie dans les réseaux de santé**, au travers des aspects conceptuels, de l'histoire et de l'évolution de leur cadre juridique, afin de tenter de rapprocher les deux concepts et de mieux caractériser ce qu'est la coordination gérontologique.

Ensuite il s'attachera dans une **deuxième partie** à **l'analyse de la mise en place des CLIC dans la région Rhône-Alpes** en détaillant la méthodologie utilisée et en tentant de cerner :

- les perspectives d'évolution de la coordination gérontologique de proximité de Villeurbanne, choisie comme site pilote CLIC,
- les perspectives d'impact du dispositif CLIC sur la coordination institutionnelle des structures administratives et politiques.

Enfin dans une **dernière partie**, ce mémoire recommandera des **pistes pour l'élaboration d'une démarche d'évaluation d'un CLIC** et proposera de **développer le rôle du Médecin Inspecteur de Santé Publique dans le champ de la gérontologie**.

Il faut cependant souligner d'ores et déjà les **limites de ce travail** :

- le temps imparti à la réalisation du mémoire est relativement réduit en regard de la complexité du sujet ; il aurait été intéressant de rencontrer davantage de partenaires institutionnels et d'acteurs de terrain dans les différents départements de la région, voire de comparer les perspectives d'évolution des trois sites pilotes CLIC de Rhône-Alpes ; néanmoins il existe une certaine difficulté à concilier, lors du stage déjà court en service déconcentré, les objectifs de formation professionnelle aux différentes facettes du métier de MISP avec la réalisation et l'exploitation chronophages d'entretiens terrain sur la seule thématique du sujet de mémoire,
- l'information sur la coordination en gérontologie est très dispersée et difficile à rassembler, reflet de l'éclatement actuel des politiques publiques dans le secteur des personnes âgées,
- compte tenu du retard au financement des sites pilotes en 2000, les entretiens ont recueilli des opinions et des projections dans le futur suscitées par la diffusion du texte gouvernemental et les réunions de travail pilotées par la DRASS ; ce travail ne pourra valider sur le terrain début 2001 si les premiers effets et impacts correspondent aux opinions et projections recueillies puis analysées au cours du dernier trimestre 2000 et du mois de janvier 2001.

# 1 - PLACE DE LA COORDINATION EN GERONTOLOGIE DANS LES RESEAUX DE SANTE

## 1.1 LES ASPECTS CONCEPTUELS

### 1.1.1 Définition de la coordination en gérontologie

#### *Terme récurrent de l'action sociale vieillesse depuis quarante ans*

C'est en effet dans les années 1960 que sont posées les bases de la politique sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées et le rapport LAROQUE en 1962 a défini la nécessité de mettre à disposition des personnes âgées « un ensemble coordonné de moyens et de services adaptés à leurs besoins ». La motivation d'origine est l'amélioration de la vie quotidienne des personnes âgées, quelque soit leur état de santé, en organisant et coordonnant l'offre de services sociale et médico-sociale particulièrement complexe et fragmentée.

#### *Il n'a jamais été donné de définition précise de la coordination gérontologique*

B. VEYSSET-PUIJALON<sup>1</sup> a souligné : « la variation des contextes politiques où elle a été prônée, la diversité des objectifs qui lui ont été assignés, font qu'elle est devenue un mot passe-partout, auquel on peut toujours se référer pour justifier sa démarche sans grand risque d'être contredit ».

#### *Trois niveaux de coordination gérontologique*

Cependant, au vu de la littérature analysant les expériences de coordination gérontologique des dix dernières années, il faut distinguer :

- **la coordination de proximité** : elle organise la cohérence et la continuité des interventions d'aides et de soins sur le terrain autour des personnes âgées et de leur famille,
- **la coordination fonctionnelle des professionnels et services** des secteurs social et sanitaire sur un territoire précis : il s'agit du réseau gérontologique local sur lequel doit reposer toute coordination gérontologique de proximité,
- **la coordination institutionnelle des structures administratives et politiques** : elle vise à développer la cohérence de la planification et du financement des dispositifs d'offre.

---

<sup>1</sup> In Les Cahiers n° 5 de la Fondation de France, mars 1992.

## **1.1.2 Définition d'un réseau de santé**

### ***Une définition récente et plutôt axée sur le sanitaire***

La Coordination Nationale des Réseaux (CNR) a défini en 1999 le concept de réseau sanitaire :

**« le réseau constitue à un moment donné, sur un territoire donné, la réponse d'un groupe de professionnels à un ou des problèmes de santé précis prenant en compte les besoins des individus et les possibilités de la communauté »<sup>2</sup>.**

Cette définition exclut de son champ les réseaux conçus comme simple lieu de recueil de données, comme les réseaux sentinelles spécialisés dans la surveillance épidémiologique.

Une définition officielle est donnée dans le projet de loi de modernisation du système de santé :

**« les réseaux de santé, notamment les réseaux de soins, ont pour objet de favoriser l'accessibilité, la coordination et la continuité des prises en charge sanitaires, notamment de celles spécifiques à certaines pathologies, populations ou activités sanitaires. Ils mènent des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre des professionnels libéraux, des établissements de santé, des institutions sociales et médico-sociales ou des organismes à vocation sanitaire ou sociale. »**

### ***Une démarche de santé publique qui se veut pourtant en rupture avec l'organisation verticale et sectorielle traditionnelle***

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) précise dans sa définition du réseau de soins : **« (...) c'est une forme organisée d'action collective apportée en réponse à un besoin de santé, transversale aux institutions et aux dispositifs existants (...). La coopération des acteurs est volontaire et se fonde sur la définition commune d'objectifs (...) de prise en charge des malades mais aussi de prévention collective et d'éducation pour la santé »<sup>3</sup>.**

Les réseaux de soins et plus largement les réseaux de santé ne naissent en effet pas spontanément ou par simple volonté institutionnelle. Ils sont caractérisés par la CNR comme nés d'une rencontre entre professionnels et usagers pour trouver des solutions opérationnelles à un problème non résolu par le système traditionnel sanitaire et social.

Ils doivent mettre en place une organisation transversale centrée sur l'approche et la prise en charge globale du patient ou de l'utilisateur et doivent développer dans cet objectif de nouvelles pratiques interprofessionnelles : transdisciplinarité, pluri-professionnalité et complémentarité des compétences, absence de rapports hiérarchiques et non-concurrence. Ces pratiques tentent de dépasser les clivages habituels instaurés : entre le secteur sanitaire et social, entre la ville et l'hôpital ou le médico-social, entre les médecins spécialistes et généralistes.

---

<sup>2</sup> Coordination Nationale des Réseaux, 2<sup>ème</sup> Congrès national des réseaux ville-hôpital, des réseaux de santé et de proximité, LYON, 16 et 17 janvier 1999.

<sup>3</sup> ANAES, Guide des principes d'évaluation des réseaux de santé, mai 1999.

Les réseaux sanitaires s'inscrivent donc dans une démarche de santé publique qui doit associer les problématiques médicale, sociale, psychologique et éthique.

### **1.1.3 Une conceptualisation clivée**

Les premières expériences spontanées de coordination gérontologique comme de mise en réseau de soins sont nées avant 1980 à l'initiative de personnalités locales et de professionnels de terrain médicaux, paramédicaux ou sociaux, en vue de prendre en charge soit une population particulière, soit une pathologie spécifique (SIDA, diabète, cancer,...).

**Tous deux émanations d'expériences du terrain, les réseaux de soins ont longtemps bénéficié d'une meilleure reconnaissance de la part des pouvoirs publics que les coordinations gérontologiques. Cela s'est traduit par une évolution très clivée de leur conceptualisation, de leur développement et de leur cadre législatif, reflet de la séparation entre le sanitaire et le social instaurée par la loi hospitalière de 1970 et la loi sur les institutions médico-sociales de 1975.**

## **1.2 LA POLITIQUE DE L'ETAT EN MATIERE DE COORDINATION GERONTOLOGIQUE**

### **1.2.1 Un historique marqué par le transfert des compétences en 1983**

#### ***L'échec de la politique incitative de l'Etat entre 1962 et 1982***

Après le « Rapport de la commission d'étude des problèmes de vieillesse » (LAROQUE, 1962) qui a fondé les bases de l'action sociale et de la coordination en faveur des personnes âgées, la politique vieillesse et les actions de maintien à domicile jusque dans les années 1970 en restent à des balbutiements, la coordination gérontologique se résumant à des initiatives disséminées.

En 1976, le VII<sup>e</sup> Plan définit des programmes d'action prioritaires et le PAP 15 a pour objectif d'établir, dans un secteur géo-démographique délimité, un réseau complet et coordonné d'équipements et de services pour assurer le maintien à domicile des personnes âgées. Les SSIAD sont institués par le décret de mai 1981 et instaurent l'infirmier coordonnateur. Mais peu d'actions sectorisées de coordination ont vu le jour : le modèle rationnel défendu par le législateur n'a pas été repris par les acteurs de terrain.

La circulaire FRANCESCHI d'avril 1982 critique le fonctionnement de la coordination des années précédentes, « souvent évoquée, jamais réalisée ». C'est à elle que l'on doit les premières concrétisations de la coordination gérontologique. Elle propose en effet la création d'instances locales de coordination, instituées dans le cadre de secteurs géographiques définis ; l'objectif de ces instances est d'inciter les différents partenaires à se concerter. Outre l'aide de l'Etat, ces instances pouvaient faire appel pour leur financement aux collectivités locales et à la sécurité sociale. Enfin elle

met en place 500 postes de coordonnateur et créé des dispositifs de concertation à tous les échelons : national, régional, départemental et local.

Par rapport à la période précédente, il y a la volonté de passer d'une logique bureaucratique à une logique interpartenariale et de ne pas négliger la multiplicité des acteurs en gérontologie. Pourtant cette relance n'aura encore pas les effets escomptés et ne permettra pas l'émergence d'une véritable coordination, sans doute parce que le besoin n'en était pas suffisamment ressenti sur le terrain et qu'elle n'était pas le fruit de la volonté des acteurs gérontologiques locaux.

Les collectivités locales refuseront d'ailleurs pour la plupart de prendre en charge la dépense lorsque l'Etat supprimera en 1983<sup>4</sup> la subvention destinée au financement des postes de coordonnateurs.

### ***L'émergence de la nécessité « vécue » de la coordination en gérontologie dans la période ouverte par la décentralisation***

Les lois de décentralisation de 1982 à 1986 ont abouti au transfert de la majorité de l'action sociale aux collectivités locales et ont réaffirmé la séparation entre le sanitaire et le social.

Cette période a vu le développement empirique et anarchique du dispositif d'offre et de services dans le domaine social et médico-social gérontologique, au travers de montages souvent fragiles.

Néanmoins, l'évolution en parallèle bien perceptible du contexte gérontologique (vieillesse de la population, diversification des services d'aide à domicile, nouveaux acteurs du secteur privé commercial, encombrement des services de soins aigus des hôpitaux) va alors favoriser l'émergence progressive d'un consensus autour de la « nécessité vécue » d'une coordination :

- pour les professionnels, elle correspond au moyen d'avoir une action plus efficace et plus cohérente auprès des usagers, personnes âgées et familles,
- pour les décideurs, élus et financeurs, elle peut être un moyen de faire des économies en rationalisant le système de prise en charge sociale et médico-sociale des personnes âgées en perte d'autonomie.

### ***La CNAVTS tente en 1993 de cadrer la coordination gérontologique***

Ainsi la CNAVTS a mené dès 1991 une réflexion sur les perspectives de l'évolution de l'action sociale de la branche retraite. Ses travaux ont fait l'objet d'une circulaire en date du 6 avril 1993 : celle-ci oriente la politique de l'action sociale des CRAM en matière de coordination gérontologique.

Ce texte précise l'objectif de la coordination, qui doit permettre une efficacité accrue des moyens existants au service de la prise en charge globale des besoins de la personne âgée.

Il souligne que la coordination de proximité menée sur le terrain repose sur une organisation sous-jacente : le réseau gérontologique ; la notion de réseau gérontologique est définie par la CNAVTS autour de trois concepts fondamentaux : le « bassin gérontologique », la « consultation gériatrique » permettant d'établir un diagnostic médico-social et un double projet de soins et de vie, enfin « le référent », établissement ou service considéré comme élément pivot du système.

---

<sup>4</sup> *Loi du 22 juillet 1983 organisant le transfert des compétences entre l'Etat et les départements, en particulier dans le domaine de l'aide sociale.*

Il est ajouté que la coordination doit se soucier dès le départ de ses moyens (financiers, humains et d'information), de sa formalisation (contrat local d'action) et de l'évaluation de son action.

Le cahier des charges de ce texte a permis aux CRAM d'apporter un financement aux coordinations gérontologiques ayant répondu à l'appel d'offre et satisfaisant aux critères énoncés.

### ***Les Conseils Généraux sont chargés en 1997 de la coordination en gérontologie pour les bénéficiaires de la PSD***

Les Conseils Généraux se sont vus confiés la coordination de la prise en charge de la dépendance dans le Titre 1 de la loi du 24 janvier 1997 instituant la prestation spécifique dépendance (PSD).

Les départements se sont ainsi dotés d'équipes médico-sociales pour attribuer et mettre en œuvre la PSD, avec la possibilité de conclure des conventions avec les organismes de sécurité sociale.

Mais le champ des expériences de coordination gérontologique pouvant bénéficier du soutien des départements a été limité dans beaucoup de cas à la population des personnes relevant de la PSD, soit un cinquième ou un sixième des personnes âgées dépendantes<sup>5</sup>, de par le seuil de ressources et de dépendance ouvrant droit à cette prestation.

## **1.2.2 L'évolution du contexte socio-démographique depuis 20 ans**

### ***Un fort vieillissement démographique***

Le vieillissement de la population résulte de la baisse de la fécondité, et il est accentué par la baisse de la mortalité aux âges élevés. L'indicateur synthétique que constitue l'espérance de vie a ainsi connu une période de croissance exceptionnelle ces vingt dernières années, avec une augmentation de l'espérance de vie à la naissance d'une année tous les quatre ans en moyenne, et un gain de plus de trois ans de l'espérance de vie à 60 ans<sup>6</sup>.

La proportion des personnes de 60 ans et plus dans la population métropolitaine atteignait 18.1% en 1962, 18.9% en 1975, 19.9% en 1990 et 21.3%, soit 12,5 millions de personnes lors du dernier recensement en 1999<sup>7</sup>.

Sauf rupture imprévisible dans l'évolution des taux de fécondité et de mortalité, l'augmentation de la part des personnes les plus âgées dans la population est inéluctable : à l'horizon 2020, les personnes de plus de 60 ans selon les dernières projections démographiques représenteraient 27% de la population (17 millions), celles de plus de 75 ans 9.5% (6 millions) et celles de plus de 85 ans un peu plus de 3% (2.1 millions).

---

<sup>5</sup> *Rapport de J.P. SUEUR sur le projet d'Aide Personnalisée à l'Autonomie en remplacement de l'actuelle PSD, mai 2000.*

<sup>6</sup> *DREES - Etudes et Résultats n° 40 - novembre 1999.*

<sup>7</sup> *INSEE PREMIERE - n° 746 – novembre 2000, « Recensement 1999, la France continue de vieillir ».*

## ***Un taux de dépendance croissant avec l'âge et fonction de l'environnement***

L'accroissement de la durée de vie fait craindre qu'elle soit assortie d'une augmentation des incapacités et de la dépendance.

Selon la classification internationale du handicap, l'**incapacité** correspond « à toute réduction partielle ou totale de la capacité à accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain » ; elle résulte de maladies ou d'une ou plusieurs déficiences organiques.

Deux estimations de l'espérance de vie sans incapacité<sup>8</sup> ont été effectuées à partir des données des enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux de 1980 et 1991. Elles ont fourni une réponse optimiste en montrant sur dix ans une augmentation non seulement relative mais également absolue de la durée de vie moyenne de vie vécue sans incapacité ; l'espérance de vie sans incapacité a ainsi durant la période 1980-1991 progressé de 3 ans pour les hommes et de 2,6 ans pour les femmes, contre 2,5 ans pour l'espérance de vie totale.

Ces résultats datent toutefois de 1991 et il n'est pas possible d'en déduire si la tendance s'est poursuivie ou infléchi. Les données de l'enquête HID<sup>9</sup> (Handicap-Incapacité-Dépendance) réalisée en 1998 et 1999 ne permettent pas de répondre à cette question.

La **dépendance** ou plutôt le désavantage social résultant de l'incapacité (notion préférée par le comité de pilotage de l'année internationale des personnes âgées) sont définis par rapport au besoin d'aide existant pour effectuer certains actes de la vie courante (grille de dépendance de l'INSERM basée sur les travaux du Dr COLVEZ : sa combinaison avec un indicateur de dépendance psychique est utilisée dans les enquêtes de la DREES pour les EHPA et dans l'enquête HID ; grille AGGIR Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressource utilisée dans l'attribution de la PSD).

Les taux de dépendance lourde (confinement au lit ou au fauteuil ou aide pour la toilette et l'habillage) croissent avec l'âge : 1.2% à 65 ans, 2.7% à 70 ans, 5% à 75 ans, 9% à 80 ans, 20% à 85 ans et 35% à 90 ans.<sup>10</sup>

**Il faut souligner que pour une même incapacité résultant de pathologies dont la fréquence augmente avec l'âge (démence, accident vasculaire cérébral, ostéoporose...), le désavantage social en résultant sera variable en fonction de l'environnement familial et social de la personne âgée.**

---

<sup>8</sup> Pour le calcul de l'espérance de vie sans incapacité, sont concernées par l'incapacité : en institution, les personnes qui s'y trouvent pour raison de santé et à domicile, les personnes ayant des difficultés permanentes dans la vie quotidienne qu'elles soient ou non confinées chez elles et celles qui sont en arrêt d'activité.

<sup>9</sup> INSEE PREMIERE n° 669 d'août 1999 et n° 742 d'octobre 2000.

<sup>10</sup> LEBEAUPIN A. et NORTIER F. 1996, « Les personnes âgées dépendantes : situation actuelle et perspectives d'avenir », INSEE - Données Sociales ; estimations à partir de l'enquête Santé 1991/1992 de l'INSEE, de l'enquête SESI sur les EHPA 1994 et du recensement de 1990.

Au total selon LEBEAUPIN et NORTIER, environ 700 000 personnes de 65 ans et plus, soit 8% de la tranche d'âge, étaient lourdement dépendantes en 1995, et les projections démographiques avancent pour 2040 le chiffre de 1 385 000.

En fait le nombre réel de personnes âgées dépendantes est difficile à cerner, d'autres statistiques dans le rapport SUEUR évaluant à 1 300 000 les personnes de niveau de dépendance 1 à 4 selon la grille AGGIR, dont 900000 vivant à domicile (parmi lesquelles 500 000 en GIR 4 donc modérément dépendantes) et 400000 vivant en établissement<sup>11</sup>.

Les résultats récents de l'enquête HID estiment à 1 186 000 le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus dépendantes, quelque soit leur lieu de vie, dont 796 000 avec un GIR de 1 à 4.

### ***Un soutien des personnes âgées réalisé en majorité au domicile***

La vie à domicile reste pour les personnes âgées très majoritaire : d'après les enquêtes EHPA, on estimait en 1998 que 87% des personnes de 75 ans et plus et 73% de celles de 85 ans et plus vivent chez elles ou chez un membre de leur famille, même si elles séjournent de temps à autre à l'hôpital. Le recensement de 1999 confirme ces chiffres, avec 87,8% des personnes de 75 ans et plus déclarant vivre à leur domicile.

Les personnes lourdement dépendantes vivent aussi majoritairement chez elles : au milieu des années 90 (travaux du Dr COLVEZ), seulement 25% des personnes âgées dont le niveau de dépendance est important et 36% des personnes de 75 ans et plus confinées au lit ou au fauteuil ou aidées pour la toilette et l'habillage vivaient dans des établissements (maisons de retraite, foyers-logements, services de soins de longue durée des hôpitaux).

L'aide de l'entourage est donc primordiale et souvent très importante pour le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie : selon l'enquête sur les services de proximité de 1996, 80% des personnes âgées lourdement dépendantes recevaient de l'aide de leurs proches, dont environ 50% de manière exclusive. Les aidants informels (famille, voisinage,...) sont soutenus de manière variable et plus ou moins coordonnée par des professionnels : aide ménagère, services d'aide à domicile, services de soins infirmiers à domicile, médecin de famille, avec un financement inégal sur le territoire national réalisé soit par l'usager et sa famille, soit par les caisses de retraite, soit par les départements via la PSD pour les plus dépendants aux revenus faibles.

### **1.2.3 Une nouvelle prise de conscience des pouvoirs publics aujourd'hui**

En 1999, la tenue des Etats Généraux de la Santé, les critiques nombreuses du dispositif PSD (cf le Livre Noir de la PSD en juin 98 et le Livre Blanc pour une Prestation Autonomie de juin 99), les conclusions des rapports de Mme P.GUINCHARD-KUNSTLER et du comité de pilotage de l'Année Internationale des Personnes Agées (AIPA) en faveur d'un meilleur accompagnement du vieillissement ont sans doute favorisé une nouvelle prise de conscience de l'Etat.

---

<sup>11</sup> *Rapport de J.P. SUEUR sur le projet d'Aide Personnalisée à l'Autonomie en remplacement de l'actuelle PSD, mai 2000.*

***Le rapport « Vieillir en France » de P. Guinchard-Kunstler en juin 1999 en faveur d'une prise en charge pluridisciplinaire des personnes âgées***

La députée du Doubs conclut dans son rapport au premier ministre : « la prise en charge des personnes âgées doit être pluridisciplinaire : sociale, médicale, psychologique et culturelle et l'action publique en sa faveur doit tenir compte de cet impératif ».

Le rapport fait 43 propositions dans ce but, selon 7 axes : changer le regard sur la vieillesse, organiser une nouvelle prise en charge, renforcer l'aide aux familles, adapter le logement aux enjeux du grand âge, organiser l'hébergement, améliorer les réponses hospitalières et professionnaliser la prise en charge. Il préconise en particulier sur l'axe de l'organisation d'une nouvelle prise en charge de :

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

***Le rapport de l'AIPA fin 1999 prône la coordination autour de la personne et le décloisonnement des politiques publiques***

Le rapport pointe les insuffisances actuelles dans plusieurs domaines dommageables pour la population âgée, en particulier : un secteur de la santé des personnes âgées sous-doté par rapport aux besoins et trop cloisonné entre ses composantes sanitaire, médico-sociale et sociale, un accès aux services à domicile limité et mal organisé et des politiques publiques éclatées et peu coordonnées.

Il propose d'arrêter rapidement des choix collectifs indispensables à la pleine intégration des personnes âgées et à l'exercice de leur autonomie, dont :

- la modification de l'approche de la santé : celle-ci « ne doit pas être restreinte aux seuls aspects médicaux », il faut aussi « donner la priorité aux pratiques environnementales, renforcer la prévention et la formation, en utilisant la voie des réseaux »,
- l'intensification du dispositif de soutien à domicile : il faudrait le fonder sur une approche globale de la personne âgée dans son environnement, « en articulant le volet soins et la réponse sociale et culturelle »,
- l'encouragement de la coordination entre les institutions et entre les intervenants, avec la prise en compte des coûts de la coordination.

## **1.2.4 Le retour de l'Etat sur le thème de la coordination en gérontologie**

### ***Une nouvelle volonté politique dans le cadre d'une politique vieillesse globale***

La clôture des travaux de l'Année Internationale des Personnes Agées (AIPA) a été l'occasion pour la ministre de l'emploi et de la solidarité d'affirmer le soutien à domicile comme l'axe prioritaire de la politique en faveur des personnes âgées. Elle a souligné à cette occasion la nécessité d'en repenser les moyens et de concourir à leur mise en cohérence par la création d'un réseau de coordinations gérontologiques organisant le maillage du territoire national à partir des échelons de proximité.

Le Premier ministre lui-même a annoncé le 21 mars 2000 une vaste réforme des modalités de prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées en perte d'autonomie, dont l'objectif principal est de favoriser leur maintien à domicile :

- ouverture d'un droit objectif et égalitaire à une prestation dont le montant sera fonction des revenus et du niveau de dépendance de la personne, financée par l'Etat au nom de la solidarité nationale aux côtés des autres acteurs (départements et caisses de retraite), avec un projet de loi en attente d'examen début 2001 sur la base du rapport SUEUR,
- développement des services de soins infirmiers à domicile, avec un doublement des places prévu sur 5 ans et le projet de réforme du décret de 1981 relatif aux SSIAD,
- plan de médicalisation des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) dès 2001, sur 5 ans, sur la base du rapport BRUNETIERE,
- création de centres locaux d'information et de coordination en gérontologie dès 2000, avec un objectif de maillage du territoire par un millier de ces CLIC en 5 ans.

### ***Un cadre réglementaire bien défini par la DGAS mais avec une faible concertation***

Presque 20 ans après la circulaire FRANCESCHI, la circulaire DAS/RV2 n° 2000-310 du 6 juin 2000 relative aux CLIC vient préciser les modalités d'organisation pour l'expérimentation et la création d'un réseau de coordinations gérontologiques. Sa mise en œuvre est confiée aux DRASS et aux DDASS. Chaque Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) a pour vocation d'être un lieu d'information et d'intervention coordonnée, dans une logique de proximité, sans considération de niveau de revenus ni de critères de santé ou de dépendance.

L'ambition consiste à développer les expériences de coordination existantes et à les mettre en cohérence, avec un cadre de référence minimum, une labellisation et des financements pérennes.

La démarche proposée est en trois temps :

- phase expérimentale de mise en place et d'observation sur le deuxième semestre 2000 de 25 sites pilotes ; cela devra aider à l'élaboration au niveau national d'un cahier des charges et d'une procédure de labellisation début 2001 ;
- phase d'appel à projets fin décembre 2000 pour 200 sites sur la campagne 2001 ;
- phase opérationnelle de labellisation de 200 CLIC par an, dans le cadre d'un plan pluriannuel 2001-2005, à articuler avec les dispositifs de coordination existant au niveau départemental.

Il faut souligner qu'il n'y a pas de procédure d'évaluation envisagée dans le texte.

Le financement est assuré sur l'année 2000 pour les 25 CLIC pilotes par une enveloppe de 12,5 MF au titre de l'assurance maladie. Puis le plan pluriannuel de création de 1000 CLIC sera financé sur le budget de l'Etat à compter de 2001, à raison de 100 MF/an au titre des mesures nouvelles. L'ensemble des autres financements disponibles devra être également sollicité par les promoteurs de projets CLIC : CCAS, conseils généraux, caisses de retraite, CRAM, FAQSV (fonds d'aide à la qualité des soins de ville). On peut noter que les ARH ne sont pas citées.

Le territoire géographique proposé pour chaque CLIC est défini à un niveau infra-départemental, et la zone d'attraction souhaitée pour chaque CLIC correspond au « bassin de vie » (canton, territoire d'action intercommunale, ville, quartiers,...). Selon la configuration locale, le CLIC concernerait une population de 7 000 à 10 000 personnes de plus de 60 ans en milieu rural ou d'habitat dispersé et 15000 en milieu urbain. Il est préconisé d'arrêter le découpage géographique en concertation avec les différents partenaires (dont Conseils Généraux et action sociale des CRAM) pour éviter d'accroître l'hétérogénéité des multiples sectorisations.

Ces partenaires se sont étonnés toutefois de ne pas avoir été consultés au préalable pour la rédaction de cette circulaire, alors qu'ils œuvrent sur le terrain en faveur de la coordination en gérontologie depuis la décentralisation et qu'ils continueront à la soutenir financièrement. Il faudra donc prendre soin de capitaliser sur leur expérience et de les associer de manière déconcentrée.

**On peut également regretter que la production de ce nouveau cadre réglementaire national pour la coordination en gérontologie n'ait pas fait l'objet *en amont* de concertation voire de coordination entre les différentes composantes sanitaire, médico-sociale et sociale du ministère. Le rapport du comité de pilotage de l'AIPA a pourtant préconisé une approche décroisée de la population âgée en terme de politiques publiques. Cela devra être tenté *en aval*, tant au niveau central que déconcentré, pour le plus grand bénéfice de l'utilisateur et pour faire bénéficier la coordination en gérontologie de l'expérience acquise dans le développement des réseaux sanitaires.**

## **1.3 LA POLITIQUE DE L'ETAT EN MATIERE DE RESEAUX SANITAIRES**

### **1.3.1 Une incitation forte à créer des réseaux de santé dès 1990**

L'apparition du SIDA et la volonté de partenariat des professionnels et des patients face à cette nouvelle pathologie a donné lieu en 1991 à l'élaboration du premier cadre réglementaire incitatif à la mise en réseau. De plus dans le contexte de maîtrise médicalisée des dépenses de santé des années 1990, les réseaux de soins ont bénéficié d'un intérêt et d'un soutien grandissant de la part des pouvoirs publics.

#### ***Les premiers réseaux de soins sont monothématiques***

*Françoise SIMONET - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - 2001*

Les premiers textes réglementaires sous forme de circulaires ont incité au décloisonnement des pratiques hospitalières et ambulatoires pour la prise en charge de trois pathologies : le sida en 1991<sup>12</sup>, la toxicomanie en 1994<sup>13</sup> et l'hépatite C en 1995<sup>14</sup>. Ces textes ne donnaient aucune définition d'un réseau mais seulement des objectifs et un champ d'application.

La volonté des pouvoirs publics en 1991 était alors de « favoriser l'échange et la communication entre les divers intervenants » et de « mieux mobiliser l'ensemble des ressources existantes autour du patient atteint du VIH », grâce à une organisation mieux adaptée.

Cette structure destinée à faciliter l'échange entre professionnels de santé de connaissances sur la maladie voulait permettre de mettre en relation tout à la fois les membres du réseau entre eux et le patient avec les acteurs du réseau, en vue de l'aider à s'orienter au mieux dans le système de soins. Ces réseaux ont bénéficié de plus d'une allocation budgétaire spécifique de l'Etat.

Ces réseaux monothématiques soutenus par un cadre réglementaire ont connu un développement inégal avec une diversité extrême ; au fil du temps, en fonction des contraintes locales et financières, chacun de ces réseaux a changé de configuration, avec une pérennité variable.

### ***La tentative d'initialisation de réseaux de santé de proximité***

Par ailleurs dès le début des années 1990, l'Etat a souhaité aussi développer une politique d'accès aux soins des publics en difficulté, en particulier pour les personnes en situation d'exclusion et la population âgée. C'est la série des circulaires VEIL<sup>15</sup> voulant promouvoir l'aménagement du territoire et la mise en place de réseaux de santé de proximité. Pour les personnes âgées, l'Etat reprend en partie la circulaire de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAVTS) du 6 avril 1993.

Ces textes ont pour objectif l'élaboration de pratiques sanitaires et sociales transversales intégrant l'hôpital. Il s'agit surtout d'utiliser l'aménagement du territoire comme un instrument de politique hospitalière tendant à diminuer le recours et le séjour hospitalier par une amélioration de l'articulation avec la ville.

Cette approche a suscité alors peu d'écho chez les professionnels de terrain, au moins pour deux raisons: la dimension sociale a été insuffisamment prise en compte et il n'a pas existé d'allocation budgétaire spécifique de la part de l'Etat.

---

<sup>12</sup> *Circulaire DGS/DH n° 612 du 4 juin 1991, relative aux réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes du VIH.*

<sup>13</sup> *Circulaire DGS/DH n° 94-15 du 7 mars 1994, relative à mise en place des réseaux toxicomanie.*

<sup>14</sup> *Circulaire DGS/DH n° 44 du 9 mai 1995 relative à l'organisation des soins pour l'hépatite C.*

<sup>15</sup> *Circulaires DGS/DAS/DSS/DIRMI du 9 mars 1993, DGS/SP2 n° 74bis du 2 décembre 1993 et DGS n° 88 du 1<sup>er</sup> décembre 1994 relatives à la mise en place de réseaux de santé de proximité.*

### **1.3.2 Un cadre législatif foisonnant et en évolution pour les réseaux de santé**

#### ***Les ordonnances JUPPE de 1996 : la consécration du concept***

Ces textes<sup>16</sup> consacrent et donnent un véritable ancrage législatif au concept de réseau. Les deux options législatives pour leur constitution répondent aux mêmes objectifs de meilleure prise en charge des patients et d'amélioration de la qualité des soins délivrés. Cependant elles envisagent les réseaux selon des champs et des logiques différents.

**Les réseaux de soins du Code de la santé publique (CSP)** sont essentiellement des réseaux hospitaliers ou hospitalocentrés : ils visent à apporter une réponse graduée à des pathologies lourdes ou nécessitant des équipements lourds. Ils s'inscrivent dans une logique de recombinaison de l'offre de soins et veulent promouvoir la complémentarité hospitalière privée et publique sur une zone territoriale ; leur convention constitutive doit être agréée par le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) et ils peuvent bénéficier ainsi d'une allocation de ressources. Ils sont soumis à la procédure d'accréditation et doivent être compatibles avec la carte sanitaire comme avec les objectifs du SROS.

Cependant il est prévu une ouverture sur l'ambulatoire : à condition qu'un hôpital au moins appartienne au réseau, ces réseaux de soins du CSP peuvent associer des médecins libéraux, d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire ou sociale.

Aujourd'hui, la Direction des Hôpitaux et de l'Offre de Soins (DHOS) a recensé 107 réseaux hospitaliers agréés ou en cours d'agrément par les ARH, dans des domaines aussi variés que la cancérologie, la périnatalité, les urgences, le diabète, les soins palliatifs,...

**Les réseaux ou filières du Code de la sécurité sociale (CSS)** sont des réseaux expérimentaux permettant à toute personne physique ou morale de déroger à certaines dispositions du CSS, notamment en matière de rémunération des professionnels de santé libéraux ; autrement dit, cela vise à promouvoir des modes de rémunération spécifiques (forfait dans le champ de la prévention ou de la coordination, par exemple) en dehors de la tarification à l'acte prévue dans la nomenclature.

Ces expériences ont été ouvertes pour une période de cinq ans dans le domaine médical ou médico-social et veulent organiser un accès plus rationnel à la santé, qu'il s'agisse de soins ou de prévention.

Ces dispositions ont suscité énormément d'espoir chez beaucoup de promoteurs de réseaux : il leur semblait possible de prendre en charge en ville des patients qui jusqu'alors ne pouvaient l'être, compte-tenu de la rigidité de la nomenclature des actes professionnels.

---

<sup>16</sup> Article 6 de l'Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins (Article L 162-31-1 du Code de la sécurité sociale) ;

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

Mais la procédure d'agrément de ce type de réseaux, très centralisée, très lourde et très longue<sup>17</sup> a fortement pénalisé les possibilités expérimentales.

Aujourd'hui, seulement 7 projets expérimentaux sont agréés, pour une durée de 3 ans renouvelable : un projet cadre de soins dentaires préventifs pour les enfants de 4 à 12 ans (arrêté du 3/09/98), une action expérimentale « Groupama partenaires santé » (arrêté du 30/09/99), un réseau de soins palliatifs à Tarbes (arrêté du 30/09/99), un réseau de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique en Bourgogne et Franche-Comté (arrêté du 26/11/99), un réseau de soins oncologiques à Brive (arrêté du 26/11/99), un projet cadre de prise en charge des personnes âgées dépendantes proposé par la MSA (agréé pour 19 sites par arrêté du 1/04/2000) et un réseau global d'exercice sur le bassin de vie de Lens et sa région proposé par l'association des professionnels de santé de Lens en partenariat avec la CPAM et des mutuelles (arrêté du 1/08/2000).

On peut mesurer ainsi l'écart entre ces chiffres et l'espoir suscité.

### ***La circulaire du 25 novembre 1999 : une tentative de mise en cohérence des nombreux dispositifs réglementaires pour les promoteurs de réseaux***

A côté des 107 réseaux de soins du CSP agréés par les ARH et des 7 réseaux expérimentaux du CSS agréés par le ministère, on évalue aujourd'hui le nombre de réseaux en activité ou en cours de création entre 500 et 1500 (selon les chiffres de référence fournis par la CNR, la CNAM ou le ministère), dont 150 projets de réseaux expérimentaux.

Par ailleurs des décrets et une quinzaine de circulaires postérieures à 1996<sup>18</sup> sont venus préciser les modalités de travail en réseau et ouvrir des crédits d'Etat pour certains secteurs ou pour certaines pathologies ou populations.

Au total, si ceci démontre la capacité d'engagement des acteurs de santé et l'intérêt des pouvoirs publics pour cette nouvelle logique de gestion transversale du système de santé centrée sur le patient, force est de constater l'abondante et complexe production réglementaire concernant les réseaux sanitaires. Un promoteur de projet est concrètement confronté à deux ordonnances, une convention médicale, deux décrets, une quinzaine de circulaires, avec au moins quatre cahiers des charges ou conventions constitutives, deux agréments, ce qui est peu cohérent en terme opérationnel.

---

<sup>17</sup> *Le projet élaboré par les professionnels accompagné de son plan d'évaluation est soumis à la commission tripartite nationale SOUBIE ; celle-ci en fonction de l'intérêt médico-économique du projet transmet un avis au ministère qui produit ou non un arrêté d'agrément. La demande est soumise aussi pour avis à la caisse de SS concernée, ainsi qu'à l'ARH et à la DRASS si le projet est régional.*

<sup>18</sup> *Circulaires en 1996 pour le travail en réseau face à l'alcoolisme, en 1997 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements, relative aux actions de santé en faveur des exclus, en 1998 relative aux PRAPS, relative à la périnatalité, relative à la cancérologie, en 1999 relative à l'organisation des soins pour le diabète, relative à l'hépatite C,...Décret de 1999 relatif au fond d'aide à la qualité des soins de ville,...*

**Cette absence de cohérence et de lisibilité est le reflet du paradoxe entre la fonction transversale des réseaux et la gestion toujours sectorielle du système de santé français.**

**En effet s'il existe un seul objectif d'évolution des dépenses de l'assurance maladie, il existe 4 grandes enveloppes sectorielles nationales et des centaines d'enveloppes financières déconcentrées<sup>19</sup>. Comment assurer alors un transfert d'activités et de fonds propre à la transversalité du réseau lorsque c'est nécessaire, en particulier lorsqu'on veut développer le maintien à domicile des patients ?**

La circulaire DGS/DAS/DH/DSS/DIRMI n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux souhaite donner une cohérence aux nombreux dispositifs existants. Elle énonce les points forts communs à tous les types de réseaux et définit les règles de fonctionnement a minima auxquelles ils doivent adhérer pour garantir leur développement dans la qualité : statut juridique, clarification des problèmes de santé pris en charge et des objectifs, énoncé du type d'usagers aidés, clarification des rôles de chacun des acteurs du réseau, procédures écrites, mise en place d'un coordinateur à rémunérer, animation et formation des professionnels, démarche d'évaluation.

Mais si elle ébauche un cahier des charges commun à tout réseau de santé voulant prétendre à un financement Etat, elle n'a pas force de loi et n'harmonise pas pour autant les diverses procédures auxquelles un promoteur de réseau peut avoir recours pour faire reconnaître et financer son projet.

### ***Les PLFSS 1999, 2000 et 2001 : encore de nouvelles dispositions***

La loi de financement de la sécurité sociale du 23/12/98 a créé pour 1999 un fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) doté de 500 MF annuels, reconduit par la loi de financement de la sécurité sociale 2000. Ce fonds a été créé pour financer « des actions concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville (...), au développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de soins liant les professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé ». Le décret d'application du 12/11/99 précise que ce fonds sera géré à 20% au niveau national et à 80% maximum au niveau régional par des comités de gestion au sein de chaque URCAM.

Ainsi apparaît encore une nouvelle possibilité de financement des réseaux de santé pour le volet ambulatoire, attribuée de manière régionalisée.

Le PLFSS 2001 dans son article 29<sup>20</sup> introduit le prolongement des expérimentations des réseaux du CSS jusqu'au 31/12/2006 et la possibilité d'agrément décentralisé des projets d'intérêt régional par la commission exécutive de l'ARH, sur avis conforme de l'URCAM. De plus la décision d'agrément peut autoriser l'assurance maladie à financer tout ou partie du réseau de santé, y compris les frais exposés

---

<sup>19</sup> *L'action sociale bénéficie encore d'autres cadres réglementaires et d'autres enveloppes budgétaires.*

<sup>20</sup> *Le contenu de cet article 29 a été adopté et publié dans la loi 2001 de financement de la sécurité sociale le 23/12/2000, où il se trouve positionné désormais dans l'article 36.*

pour organiser la coordination des soins, sous la forme d'un règlement forfaitaire versé directement à la structure gestionnaire du réseau ; ces dépenses générées seront prises en compte dans l'ONDAM.

### ***La réforme des réseaux dans le projet de loi de modernisation sanitaire***

L'examen et le vote du projet de loi de modernisation sanitaire au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2001 vont peut-être permettre de voir aboutir des propositions<sup>21</sup> fondamentales pour l'avenir des réseaux.

La première de ces propositions vise à simplifier la procédure d'agrément de tout réseau, expérimental du CSS ou non, en la déconcentrant au niveau régional auprès des ARH et des URCAM au sein de la section « Réseaux » d'un futur Conseil Régional de Santé (celui-ci remplacera le CROSS et la CRS).

La seconde veut affecter des moyens financiers propres aux réseaux en créant une cinquième enveloppe au sein de l'ONDAM.

On peut imaginer et espérer que les réseaux devant recourir à des mécanismes de financement croisés, comme par exemple les réseaux gérontologiques, verraient enfin peut être les procédures d'agrément et de financement simplifiées et harmonisées.

En effet dans de tels réseaux, jusqu'à trois volets peuvent être à prendre en compte, chacun pouvant ouvrir des possibilités financières : un volet hospitalier (enveloppe ARH), un volet soins de ville (enveloppe FAQSV ou ARH si réseau ville-hôpital) et parfois un volet social (enveloppes collectivités locales, action sociale de la CRAM, éventuellement DDASS).

**L'existence d'une section régionale « Réseaux », guichet unique d'agrément des projets de réseaux et gérant une seule enveloppe pour le volet hospitalier et libéral pourrait apporter simplicité et lisibilité aux promoteurs de projets comme aux financeurs du volet social ; il deviendrait possible de contractualiser avec ces derniers en fonction d'objectifs précis, dans la durée.**

## **1.4 ESSAI DE RAPPROCHEMENT ENTRE « COORDINATION DE GERONTOLOGIE » ET « RESEAU DE SANTE »**

### **1.4.1 Typologie des réseaux de santé et limites**

#### ***Une typologie pragmatique des réseaux selon leur degré d'ouverture sur la ville***

La circulaire du 25 novembre 1999 propose la classification suivante :

- **réseaux inter-établissements** : ce sont les réseaux répondant aux vœux de l'article L 712-3-2 du CSP, fixés par conventions et soumis à l'agrément de l'ARH ;

---

<sup>21</sup> *Rapport 1999 d'un groupe de travail Réseaux auprès de Mme AUBRY présidé par F. de PAILLERETS et rapport 2000 d'un groupe de travail de l'Assemblée Nationale présidé par C.EVIN.*

- **réseaux monothématiques purs** : ces réseaux ont vocation à transmettre un savoir ou un mode de traitement très spécifique d'une pathologie, d'abord en intra-hospitalier, puis en inter-hospitalier, puis vers la ville ; ils sont plutôt centrés sur les professionnels ;
- réseaux évoluant vers des **réseaux de santé de proximité** : c'est la grande majorité des réseaux aujourd'hui ; destinés au départ à la prise en compte d'une pathologie complexe ou d'une population particulière, ils s'ouvrent sur l'ambulatoire et le social et passent en quelques années de « réseaux de soins monopathologiques » à des « réseaux de santé de proximité », avec une volonté de prise en charge globale de l'usager ; c'est l'évolution suivie par les premiers réseaux SIDA et toxicomanie ;
- **réseaux d'expérimentation tarifaire dits « réseaux SOUBIE »** : ce sont les réseaux prévus par l'article L 162-31-1 du CSS.

Une autre classification avait été proposée en 1996 par le groupe IMAGE<sup>22</sup>, basée sur l'objectif principal du réseau.

### ***Des limites liées au contexte local et à l'évolutivité propres de chaque réseau***

Quelque soit le mode de classification proposé, il bute sur les réalités suivantes :

- un réseau a une implantation locale et s'adapte à son environnement, toutes les formes hybrides peuvent exister en fonction d'opportunités offertes par le terrain,
- un réseau dédié à une population peut adopter des configurations différentes selon le moment de la trajectoire de l'usager dans le système de santé ; par exemple un réseau inter-hospitalier périnatalité s'ancre en amont sur un réseau de suivi ambulatoire de grossesse,
- un réseau n'est pas une structure figée dans le temps et sa configuration évolue, par exemple en fonction des changements d'acteurs le composant, des modifications des représentations des professionnels qui le composent ou des modifications des caractéristiques de la population prise en charge.

Il faut souligner par ailleurs que sa formalisation ne prend pas toujours en compte toute l'activité d'un réseau ; en effet la formalisation est souvent liée à une demande de financement. Ainsi le réseau « visible » par l'administration le finançant ne correspond pas toujours au réseau fonctionnel du terrain, et un réseau informel mais pourtant opérationnel peut rester « invisible ».

Cela peut être le cas des coordinations gérontologiques, quand le volet social prédomine et les rend alors « invisibles » au regard du système de santé, tant en termes de soutien financier que d'apport méthodologique.

---

<sup>22</sup> « *Pratiques coopératives de santé : les réseaux en question* » Séminaire du groupe IMAGE, décembre 1996.

## **1.4.2 Enjeux des réseaux de santé et de la coordination en gériologie**

### ***Le triple enjeu des réseaux de santé : prise en charge globale du patient, transversalité et maîtrise des coûts***

Les réseaux sanitaires visent à placer le patient au centre du dispositif et à prendre en compte dans une démarche de santé publique l'ensemble de ses besoins de santé, tant médicaux que sociaux, psychologiques et éthiques. Le réseau vise à optimiser l'intervention des acteurs de santé et à garantir une prise en charge globale, continue et de qualité du patient. Il cherche également à donner à ce dernier un rôle actif dans sa prise en charge.

Pour cela, l'ensemble des professionnels comme des décideurs et financeurs doit agir en complémentarité et avoir la volonté et les moyens de dépasser les cloisonnements sectoriels traditionnels. Cette nécessité d'action, de planification et de financement transversaux se heurtent encore à la non fongibilité des enveloppes financières et aux domaines de pouvoir de chacun.

L'introduction de la complémentarité, en particulier entre les soins en ville et la compétence spécifique de l'hôpital, doit aussi permettre une prise en charge plus cohérente et plus efficiente du patient, en évitant les redondances des consultations ou des examens et en diminuant les hospitalisations ou leur durée. L'objectif est d'utiliser l'hôpital au minimum nécessaire. C'est une clef de l'optimisation des ressources disponibles, donc une clef de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

### ***Le triple enjeu des coordinations gériologiques : place centrale de la personne, mutualisation des compétences et meilleure efficience***

Les coordinations gériologiques veulent placer la personne âgée au cœur de l'offre de services sociale et médico-sociale, en respectant ses choix et préférences.

Pour cela l'ensemble des intervenants de terrain et des institutions et administrations locales doivent connaître et reconnaître les compétences de chacun, afin de les mutualiser pour agir de façon coordonnée auprès de la population âgée et favoriser son maintien à domicile tant que cela est possible.

A terme le système de prise en charge médico-social des personnes âgées devrait être plus rationnel et plus efficient. En effet le maintien à domicile réussi des personnes âgées le souhaitant pourrait permettre de retarder l'admission en institution et d'éviter les «placements » via le passage par les services d'urgence hospitaliers. De même les hospitalisations pourraient être limitées au strict nécessaire et leur nombre ou leur durée limitées par une bonne organisation du retour à domicile.

**Les enjeux des coordinations gériologiques comme des réseaux sanitaires sont donc similaires. Ils traduisent un mouvement profond qui peut remettre en cause les fondements actuels de l'organisation du système sanitaire et social, tant au niveau hospitalier que libéral, tant sur le plan médical que paramédical et social. Il reste à réconcilier dans le domaine de la santé publique des personnes âgées le concept de « coordination en gériologie » avec celui de « réseau de santé gériologique ».**

### **1.4.3 Essai de caractérisation d'une coordination gériatologique de proximité**

#### ***Un clivage sémantique à dépasser***

Il est remarquable de noter la différence sémantique qu'il existe entre le secteur sanitaire et le secteur de l'action sociale vieillesse pour désigner, sur un territoire donné, la réponse d'un groupe de professionnels aux problèmes de santé et d'environnement de la population âgée : dans le premier cas le terme consacré est celui de « **réseau gériatologique** », alors que l'action sociale vieillesse préfère celui plus ancien de « **coordination gériatologique** ».

Pourtant dans l'une ou l'autre terminologie, la prise en charge de la population âgée ciblée doit reposer sur un réseau pluridisciplinaire d'acteurs et leur objectif est l'organisation dans la durée d'un maintien à domicile de qualité. Il faut rappeler que ce maintien à domicile dépend de la confrontation entre l'état de santé de la personne et l'analyse de son environnement social et familial ; il peut être remis en cause de manière parfois brutale en fonction de l'évolution d'une de ces deux composantes.

**Cette différence sémantique, reflet de l'habituel clivage entre les secteurs sanitaire, médico-social et social, provient aussi de la dimension initiale des besoins de la personne âgée prise en compte par les réseaux d'acteurs : le secteur sanitaire s'attache en premier lieu à la prise en charge des problèmes médicaux à l'origine de l'incapacité, le secteur social à la prise en compte du besoin d'aide et d'accompagnement environnemental pour pallier le désavantage social résultant de l'incapacité.**

Dans la durée, une approche multidisciplinaire soignante et sociale s'avère pourtant indispensable : les réseaux gériatologiques à point de départ sanitaire ont compris la nécessité de s'ouvrir sur le secteur médico-social et social (comme les réseaux toxicomanie ou de prise en charge des patients atteints de VIH/d'hépatite C) et les coordinations gériatologiques d'inspiration sociale doivent mobiliser les compétences médicales et paramédicales ambulatoires ou hospitalières.

Peut-être faut-il rappeler que « la santé est un processus soumis à une dégradation progressive et repose sur un paradigme qui, sans nier ses aspects individuels et biologiques, en déploie la dimension collective et sociale et la sort de la seule sphère du système de soins »<sup>23</sup>.

***Une « coordination gériatologique » est de fait un « réseau de santé de proximité »***

Compte-tenu de la similarité de leurs enjeux en santé publique, on peut caractériser une « coordination gériatologique de proximité » comme « **un réseau de santé publique gériatologique de proximité** », à vocation médico-sociale, d'implantation infra-départementale et reposant sur la volonté d'un groupe d'acteurs et de décideurs gériatologiques coordonnés.

---

<sup>23</sup> Rapport « la santé en France » du Haut Comité de la Santé Publique, novembre 1994, p. 21.

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

**Les coordinations gérontologiques pourraient ainsi bénéficier de l'ensemble des réflexions et moyens proposés pour les réseaux de santé, tant en terme de définition de projet, de procédures d'agrément et d'évaluation qu'en terme de financements potentiels.**

### ***Caractérisation sur le terrain d'un « réseau de santé de proximité » gérontologique***

En s'appuyant sur la réflexion de l'ANAES pour les réseaux de santé et sur les travaux du Centre Pluridisciplinaire de Gérontologie, la caractérisation sur le terrain d'un tel réseau de santé publique gérontologique de proximité va nécessiter de préciser avec les acteurs qui le composent et les institutions qui le financent les éléments suivants :

- le promoteur du réseau,
- la zone territoriale d'intervention,
- la population d'usagers concernée,
- les finalités du réseau : prévention de la perte d'autonomie, prise en charge d'une pathologie précise du vieillissement, maintien à domicile, retour à domicile,....,
- les missions ou objectifs opérationnels du réseau : information et orientation, évaluation des besoins, élaboration d'un plan d'aides et de soins individualisé, mise en œuvre et suivi du plan d'aides, contribution à la formation et à l'analyse des pratiques, observatoire,....,
- l'identité et le rôle de chacun des acteurs membres ou partenaires du réseau : professionnels, services, institutions,....,
- le statut juridique et le degré de formalisation des partenariats au sein du réseau,
- les modalités de financements,
- le type de coordination : coordination processus ou coordination structure,
- le système d'information et de communication,
- le cadre d'analyse de la performance du réseau.

Ceci doit être complété par une appréciation du cycle de vie du réseau, avec deux phases extrêmes et toutes les formes intermédiaires possibles entre :

- réseau en émergence : il est caractérisé par l'importance des échanges entre les professionnels pour aboutir à un rapprochement des identités et à un langage commun ; il est souvent adossé à une institution,
- réseau mature : il alterne des phases de mise en œuvre structurantes et des phases relationnelles ; il peut devenir force de proposition au niveau local.

A noter que les recompositions successives d'un réseau au cours de son cycle de vie nécessitent une validation itérative et continue de ses finalités et missions par ses membres.

#### **1.4.4 Sémiologie de la coordination dans tout réseau de santé de proximité**

Tout réseau de santé de proximité nécessite la coordination des professionnels qui le compose. Celle-ci peut se faire selon deux modèles, la « coordination processus » ou la « coordination structure », avec passage de l'une à l'autre ou existence de formes mixtes en fonction de l'évolution de chaque réseau.

##### ***Coordination processus : modèle à « têtes de réseaux »***

La coordination repose ici sur des acteurs dont la mission de coordination n'est qu'une mission parmi tant d'autres. Face à un cas difficile, ils défèrent celui-ci à un autre professionnel du réseau ; chacun est légitime et reconnu par les autres professionnels du territoire de référence. Ils donnent eux mêmes l'information aux patients ou usagers du réseau et se réunissent pour élaborer les projets de soins et d'accompagnement social individualisés ; ils échangent entre eux selon des systèmes définis pour que chaque dossier usager soit à jour et l'information donnée de manière convergente et cohérente.

Dans ce modèle qualifié « à têtes de réseaux » par le CPDG, chaque prise en charge est un cas particulier et le bénéficiaire est au centre d'un maillage de liens multiples que les acteurs entretiennent entre eux. La coordination dans ce type de réseaux est le plus souvent un ajustement mutuel et informel des professionnels et institutions.

Ce modèle est fréquemment retrouvé dans les réseaux médico-sociaux de prise en charge de la toxicomanie ou de patients atteints du VIH ou plus encore de gérontologie.

Pour le CPDG, le risque de ce modèle est le manque de lisibilité pour l'utilisateur et la difficulté de compatibilité entre l'exercice des missions principales des personnes « têtes de réseaux » et la mission supplémentaire de coordination.

##### ***Coordination structure : modèle « guichet unique »***

Dans ce modèle, la coordination repose sur un lieu unique et sur une ou deux personnes coordinatrices dont la mission spécifique est d'identifier la prestation en adéquation avec le besoin de l'utilisateur, et l'acteur du réseau (professionnel, service ou institution) ayant compétence pour répondre à ce besoin.

C'est le modèle mis en oeuvre dans les filières de soins anglo-saxonnes où le médecin référent joue le rôle de « gate-keeper » vis à vis des autres structures de soins ; c'est aussi parfois le modèle trouvé dans les coordinations de gérontologie à vocation sociale, où la coordinatrice est souvent une assistante sociale des collectivités locales ou du service social de la CRAM. C'est également le modèle naturel utilisé dans les services de maintien à domicile, où les acteurs appartiennent à une même institution (CCAS ou association par exemple) : il s'agit alors plus d'un système intégré que d'une coordination.

Comme ce modèle de coordination organise en guichet unique l'accès aux autres compétences, il suppose que la personne qui en a la responsabilité soit formée, ait une grille d'analyse des besoins de l'utilisateur et possède une excellente connaissance des rôles de chaque professionnel du réseau. L'avantage de ce modèle est sa lisibilité et sa facilité d'accès (en milieu urbain plus que rural) pour les usagers. Le risque est qu'il soit moins créateur de liens entre les acteurs que la "coordination processus", donc moins porteur de modification des représentations que chaque professionnel se fait de son rôle et du rôle des autres ; les perspectives de transversalité et de décloisonnement en sont diminuées. De plus se posent les questions de la légitimité de la personne coordinatrice vis à vis des acteurs professionnels, ainsi que de la tentation de compétition/concurrence entre les professionnels du réseau.

## **2 - LA MISE EN PLACE DES CLIC EN RHONE ALPES**

### **2.1 QUESTION PRINCIPALE, HYPOTHESES, OBJECTIFS DE CE MEMOIRE**

#### **2.1.1 Le lancement du programme CLIC en Rhône-Alpes**

##### ***Trois sites pilotes sur la région***

Dans la région Rhône Alpes, trois sites expérimentaux ont été pré-sélectionnés en avril 2000 par le ministère de l'emploi et de la solidarité :

- la ville de Villeurbanne et l'Office Villeurbannais des Personnes Agées et Retraitées (OVPAR) dans le département du Rhône,
- l'Association Roannaise du Comité d'Aide à Domicile Inter-génération et Assistance (ARCADIA) en pays roannais dans le département de la Loire,
- le Centre Intercommunal Solidarité et Soutien A Domicile (CISSAD) en Ardèche.

Ces sites sont des coordinations gérontologiques déjà existantes, en émergence pour le CISSAD et plutôt matures pour l'OVPAR et ARCADIA. La DRASS a validé le choix de ces trois sites en août 2000, après examen de leurs projets de développement et visites sur place.

En 2000, le financement de ces sites pilotes a bénéficié de crédits de l'ONDAM fléchés sur l'enveloppe médico-sociale, versés avec retard fin novembre en l'absence d'instructions données antérieurement par la CNAMTS aux CRAM et CPAM.

Le démarrage des actions prévues dans le cadre de l'expérimentation CLIC 2000 ne démarrera donc que début 2001 et aucun bilan d'activité ne pourra être réalisé en amont de l'élaboration d'un cahier

des charges national, support d'aide à la sélection par les DDASS des coordinations gérontologiques répondant à l'appel d'offre de la campagne 2001.

### ***La DRASS joue un rôle de support technique, de concertation et d'observatoire***

Dans le cadre de groupes de travail régionaux, la DRASS Rhône-Alpes assure un rôle de support technique et d'animation des DDASS, Conseils Généraux, ERSM et action sociale de la CRAM sur les questions suivantes :

- typologie de la population âgée concernée par le CLIC,
- pertinence de la zone territoriale définie par la circulaire,
- stratégie de maillage territorial de chaque département,
- statut juridique du CLIC et formalisation des relations entre les partenaires,
- critères de sélection des sites CLIC en 2001.

La DRASS réfléchit aussi à l'articulation du dispositif CLIC avec la politique régionale de promotion des réseaux de santé menée avec l'ARH et l'URCAM.

Elle joue également un rôle d'observatoire auprès de la DGAS sur la stratégie de mise en place des CLIC et sera sollicitée pour valider le cahier des charges national en cours d'élaboration.

### **2.1.2 Question principale, hypothèses et objectifs**

Dans ce cadre, la **question principale** posée est :

**« quelles sont les perspectives d'évolution de la coordination en gérontologie que peut susciter la mise en place du dispositif CLIC par L'Etat » ?**

Les **hypothèses** que ce travail se propose d'explorer sont les suivantes :

- le lancement du dispositif CLIC peut faire évoluer le champ d'intervention d'une coordination de gérontologie de proximité et élargir le réseau d'acteurs mobilisés pour une meilleure prise en charge globale de l'ensemble des besoins de santé des personnes âgées,
- il peut aussi modifier le rôle de chacune des institutions administratives en charge de la coordination en gérontologie et inciter à un réel décloisonnement des politiques publiques, nationales et locales, comme à une harmonisation avec la stratégie tracée pour les réseaux de santé.

Deux **objectifs** sont assignés à ce travail pour tenter de répondre à la question principale :

- appréhender les évolutions d'objectifs et les projets suscités par le programme national CLIC auprès d'une coordination gérontologique de proximité choisie comme site pilote (Ville de Villeurbanne /OVPAR) dans la région Rhône-Alpes,

*Françoise SIMONET - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - 2001*

- cerner les perspectives positives d'impact sur la coordination institutionnelle liées à la mise en place des CLIC et les freins qu'il restera à lever, du point de vue des décideurs et financeurs impliqués dans la coordination en gérontologie.

## **2.2 METHODOLOGIE**

Pour répondre aux objectifs, trois activités principales ont été menées : une recherche documentaire, une série d'entretiens et une observation des réunions organisées par la DRASS sur les thèmes de la mise en place des sites pilotes CLIC et de la politique régionale de promotion des réseaux de santé.

### **2.2.1 La recherche bibliographique et documentaire**

Elle a porté sur les éléments principaux suivants :

- une bibliographie sur la coordination en gérontologie et les expériences menées en la matière depuis 20 ans, ainsi que sur le développement et l'évaluation des réseaux sanitaires en France,
- les textes de lois et administratifs ayant trait à la coordination gérontologique et aux réseaux de santé, mis à disposition par la DRASS et la DGAS,
- les rapports analysant la prestation spécifique dépendance, du comité de pilotage de l'AIPA, et de Mme P. GUINCHARD-KUNSTLER, ainsi que les travaux du Centre Pluridisciplinaire De Gérontologie, prêtés par Mme M.J. GUISET de la DRASS, par ailleurs en charge du secteur personnes âgées à la Fondation de France,
- les documents de la région Rhône-Alpes concernant la prise en charge des personnes âgées (groupe de travail gérontologie pour le SROS 2, les cahiers de la CRAM, forums personnes âgées, PRS personnes âgées d'autres régions,...) : actes et comptes-rendus mis à disposition par la DRASS de Rhône-Alpes.

### **2.2.2 L'enquête par entretiens**

Une série d'entretiens semi-directifs ont été menés auprès de structures de coordination gérontologiques de proximité de la région Rhône-Alpes, en particulier auprès du site pilote CLIC de l'OVPAR à Villeurbanne et de ses partenaires.

Des responsables d'institutions administratives intervenant en gérontologie ont également été interviewés : action sociale de la CRAM, Conseil Général du Rhône, DRASS et DGAS.

Un entretien a de plus été mené auprès de la mission d'appui régionale DRASS/URCAM/ARH au développement des réseaux de santé.

Le choix des personnes s'est fait en fonction des deux objectifs principaux ci-dessus.

#### ***Modalités de prise de contact, nombre, durée et lieu des entretiens***

La prise de contact s'est faite par téléphone ; toutes les personnes contactées ont répondu positivement et m'ont reçue sur leur lieu de travail pendant 1 heure 30 à 2 heures.

Au total, 16 personnes ont été rencontrées, 8 acteurs ou coordinateurs de coordinations gérontologiques de proximité et 8 partenaires institutionnels appartenant aux différentes administrations citées.

### ***Modalités de déroulement des entretiens***

Les entretiens ont été menés à l'aide d'un guide (voir en annexe 1), avec prise de notes.

Ils se sont déroulés sur un mode semi-directif : celui-ci vise non pas à obtenir des réponses à des questions mais à favoriser la production d'un discours sur un certain nombre de thèmes, en évitant les ruptures que provoque une succession de questions.

Le guide d'entretien prévoyait d'aborder les points suivants auprès des coordinations gérontologiques de proximité :

- l'état des lieux de la coordination gérontologique avant le lancement du CLIC (population et territoire concernés, objectifs et missions, réseau d'acteurs support, modèle de coordination, financement, difficultés et limites rencontrées),
- les effets attendus et les projets suscités par le passage de la coordination existante à une forme CLIC (modification du champ d'intervention, des objectifs et des missions, changement de périmètre du réseau d'acteurs, formalisation et statut envisagés,...),

ainsi que les thèmes ci-dessous auprès des différentes institutions administratives :

- impact sur la cohérence de la planification et des financements entre administrations concernées,
- freins à lever et facteurs clefs de succès du programme national CLIC de leur point de vue,
- articulation avec les réseaux de santé.

### ***Difficultés rencontrées***

Compte-tenu du retard au financement des sites pilotes expérimentaux, les entretiens ont recueilli seulement des opinions et des projections dans le futur suscitées par l'impulsion du texte gouvernemental et les réunions de travail initiées par la DRASS ou la DGAS.

Ce travail intervient donc très en amont et compte-tenu du délai imparti ne pourra valider sur le terrain début 2001 si les premiers effets sur la coordination gérontologique correspondent en tout ou partie aux opinions et projections émises au cours du dernier trimestre 2000 et du mois de janvier 2001.

### ***Méthodologie d'analyse des entretiens***

Une analyse thématique des entretiens a été réalisée à partir des notes retranscrites :

- une grille d'analyse a été établie en confrontant le guide d'entretien au contenu des différents discours (qui ont débordé parfois le cadre du guide),

- à partir des différents thèmes de cette grille, chaque entretien a été dépouillé et tous les fragments de discours ont été regroupés, permettant une analyse descriptive transversale par thème,
- les résultats ainsi obtenus ont été confrontés aux questions sous-tendant ce travail.

### **2.2.3 La participation aux réunions régionales**

La participation aux différentes réunions régionales listées ci-après, animées par la DRASS, a permis d'observer le début de la mise en place du programme des CLIC et les réflexions soulevées par ce programme :

- cercle de compétences interdépartemental « personnes âgées » bi-mensuel,
- réunion des promoteurs des trois sites pilotes CLIC de la région le 4 septembre,
- journée interrégionale le 15 septembre réunissant les 7 sites pilotes des régions Rhône-Alpes, Limousin, Auvergne et les institutions CRAM, Conseils Généraux, services déconcentrés de l'Etat concernés ; cette réunion plénière et en ateliers de travail a été animée par la DGAS et la DRASS Rhône-Alpes ; à noter que sur le territoire national, quatre autres journées interrégionales ont eu lieu entre le 15/09/00 et le 17/11/00, dont la DGAS m'a transmis les comptes-rendus,
- groupe de réflexion régional associant la DRASS Rhône-Alpes, l'action sociale de la CRAM, l'ERSM, les conseils généraux et les DDASS, travaillant sur la mise en place des CLIC et sur la qualité dans les EHPAD (convention tripartite de la réforme de la tarification) et se réunissant tous les deux mois,
- réunions de la mission d'appui régionale URCAM-DRASS-ARH aux réseaux de santé.

## **2.3 RESULTATS**

### **2.3.1 Perspectives d'évolution d'une coordination gérontologique de proximité Exemple du site pilote CLIC de Villeurbanne**

Les données de cette première partie de résultats proviennent de l'exploitation des entretiens menés auprès des promoteurs et coordonnateurs du site pilote CLIC de la ville de Villeurbanne, de la réunion des promoteurs des trois sites pilotes de la région le 4 septembre, ainsi que des débats et ateliers de travail de la journée interrégionale CLIC du 15 septembre animés par la DRASS Rhône-Alpes et la DGAS.

#### ***Une co-promotion nouvelle du réseau***

La coordination gérontologique préexistante était adossée à l'OVPAR (Office Villeurbannais des Personnes Agées et Retraitées) depuis 1978, association régie par la loi de 1901 devenue « instance locale de coordination gérontologique » suite à la circulaire FRANCESCHI d'avril 1982. Après le désengagement de l'Etat, la ville de Villeurbanne a pris le relais financier.

La mise en place du site pilote CLIC fait l'objet d'une convention en date du 30 août 2000 entre l'OVPAR et la direction de la solidarité de la ville de Villeurbanne.

Le promoteur de ce réseau de santé gérontologique de proximité est donc devenu bicéphale, ce qui marque la volonté d'engagement de la municipalité dans ce projet.

Il faudra néanmoins veiller à ce que le CLIC ne soit pas trop « stigmatisé » CCAS municipal auprès de la population âgée comme du réseau de partenaires.

### ***La zone territoriale d'intervention est inchangée***

Le territoire investi par le site pilote CLIC reste identique à la zone d'intervention précédente de l'OVPAR, soit les trois cantons de la ville de Villeurbanne.

Ce « bassin de vie » très urbain d'usagers regroupe 127 300 habitants au dernier recensement et constitue un territoire bien délimité comme le souhaite la circulaire du 6/06/00.

### ***L'augmentation de la population d'usagers concernée***

Le site pilote CLIC veut s'adresser à **l'ensemble de la population âgée de plus de 60 ans**, quel que soit leur état de santé ou d'autonomie et leurs revenus, dans un principe d'égalité de traitement des citoyens. Il est en effet précisé que sur l'axe du maintien à domicile, la coordination gérontologique préexistante avait comme bénéficiaires « jusqu'à aujourd'hui en majorité des personnes âgées éligibles à la PSD », l'OVPAR agissant alors comme prestataire de services pour la mise en œuvre du plan d'aides élaboré par l'équipe médico-sociale du Conseil Général. **La volonté est d'étendre les bénéficiaires aux personnes non éligibles à la PSD.**

Avec les données du **dernier recensement de 1999**, les 60 ans et plus représentent 19% de la population de Villeurbanne, taux inférieur de 2.3 points à la moyenne nationale, de 1 point à la moyenne régionale et identique au taux départemental. Ce taux est en augmentation de 0.6 point depuis le dernier recensement. Les 75 ans et plus représentent 7% de la population de la ville, soit un taux inférieur de 0.7 point à la moyenne nationale mais supérieur aux taux régional (6.5%) et départemental (6.1%) et en augmentation depuis 1990.

Au total **sur Villeurbanne, 24 187 personnes sont âgées de 60 ans et plus, dont 8 910 personnes de 75 ans et plus.** La circulaire préconise plutôt d'intervenir en milieu urbain sur un bassin moyen de 15 000 personnes de plus de 60 ans par CLIC, afin de garantir une proximité locale étroite avec les bénéficiaires.

A noter que si la population est actuellement plus jeune que la moyenne nationale, les projections démographiques sur le **département du Rhône**, à partir des tendances constatées entre 1990 et 1999, font apparaître une **progression entre 2000 et 2020** de l'effectif de la **population âgée de 75 ans et plus de 51%**, contre 6% pour la population totale.

A date il faut souligner qu'il n'existe aucun moyen d'observation et de recueil des besoins des personnes âgées, tant sur le plan de leur état de santé que de leur environnement social et familial, qui pourrait permettre de réaliser une typologie de la population, de cibler les projets d'action et d'évaluer leurs effets.

### ***Une volonté d'évolution des finalités du réseau vers une approche globale de la personne âgée, sociale et sanitaire***

La coordination gérontologique préexistante avait deux objectifs principaux :

- le développement de la place des retraités dans la vie sociale de la cité,
- le maintien à domicile des personnes âgées présentant une incapacité, avec la préparation à l'entrée réussie en EHPA, si celle-ci est nécessaire et souhaitée par la personne.

La mise en place du CLIC semble pouvoir être vecteur d'une évolution des finalités du réseau et les promoteurs souhaitent désormais :

- donner la priorité au développement du maintien à domicile,
- travailler sur le retour à domicile des personnes hospitalisées, en lien avec un établissement de santé bientôt nouveau partenaire du réseau,
- réfléchir à moyen terme sur la prévention des effets du vieillissement et sur la prévention du recours aux services d'urgence hospitaliers, en sensibilisant les médecins libéraux.

« En plus d'un financement supplémentaire important, le fait de devenir site pilote CLIC nous donne une nouvelle légitimité pour interpeller et mobiliser l'hôpital des Charpennes ou les médecins généralistes », rapporte un des deux promoteurs.

Ainsi la vocation initiale plutôt sociale de l'OVPAR évoluerait vers une dimension globale de prise en compte de l'ensemble des aspects sanitaires et sociaux de la vie de la population âgée, en mobilisant de nouvelles compétences dans le secteur de la santé.

### ***Le renforcement des missions opérationnelles***

Les missions actuelles de la coordination gérontologique préexistante consistent en :

- **l'accueil, l'écoute et l'information** des personnes âgées et de leurs familles, par le biais d'une permanence 5 jours sur 7 (sur place et par téléphone) assurée au siège de l'OVPAR ; la publication d'une « lettre aux adhérents » et le service « Accueil » de la mairie de Villeurbanne complètent les moyens d'information ;
- **l'orientation** des personnes âgées, de leur famille et des professionnels vers le dispositif d'offre de services ou de structures d'hébergement, réalisée par consultation de la banque de données départementale du CRIAS (Centre Rhône Information Action Sociale),

- **la mise en oeuvre de plans d'aides et de soins individualisés**, effectuée par les services et structures extérieurs ou gérés par l'OVPAR, après évaluation des besoins au domicile de la personne et élaboration d'un plan d'aides par une équipe médico-sociale du Conseil Général ; l'OVPAR coordonne cette mise en œuvre ;
- **le suivi et l'ajustement des plans individualisés**, en particulier par l'organisation de réunions de coordination clinique depuis 1993 ; il s'agit de cellules de concertation autour de situations particulières de personnes, animées par un psychologue vacataire ; elles permettent aux professionnels (aides et infirmières à domicile, assistantes sociales du Conseil Général ou de la CRAM, équipe de secteur gérontopsychiatrique, parfois médecin libéral) de se rencontrer et de confronter leurs difficultés dans leur travail d'accompagnement des personnes ;
- **la formation et l'échange sur les pratiques, avec constitution d'une culture gérontologique commune aux membres actuels du réseau**, par l'organisation de réunions régulières de groupes de travail ; les membres et partenaires du réseau partagent donc des valeurs et des pratiques communes, qui n'ont cependant encore jamais données lieu à l'établissement d'une charte cosignée.

Dans le cadre de la mise en place du CLIC, le renforcement de la cellule de coordination par le recrutement d'un travailleur social et les vacances d'un médecin gériatre doivent permettre d'étendre les missions opérationnelles à :

- **l'évaluation médico-sociale des besoins de personnes non éligibles à la PSD**, réalisée par le travailleur social et le médecin gériatre au siège du CLIC, plus rarement à domicile ; des liens sont à créer avec les médecins libéraux afin qu'ils réalisent cette évaluation à domicile ; pour les personnes éligibles à la PSD, elles seront orientées sur une équipe médico-sociale du Conseil Général ;
- **l'élaboration de plans d'aides et de soins individualisés**, qui seront proposés par le travailleur social aux personnes non éligibles à la PSD, après concertation avec les partenaires du réseau ; le médecin gériatre vacataire contribuera à l'élaboration de ces plans ;
- **la contribution à l'observation en santé publique**, par la remontée d'informations socio-sanitaires sur la population âgée prise en charge, quand le CLIC et les tableaux de bord de suivi d'activité seront opérationnels.

**Ainsi la coordination gérontologique deviendrait « prescripteur » et non plus simple « prestataire »** de plans d'aides et de soins, en se dotant de compétences propres, internes à la cellule de coordination, dans l'évaluation des besoins et l'élaboration des plans individualisés ; elle s'appuiera également pour cela sur une plus grande mobilisation du réseau, facilitée par les nouveaux acteurs de la cellule de coordination.

Le médecin gériatre recruté début janvier assurera ainsi dans le cadre de ses 10 heures de vacances hebdomadaires une mission de santé communautaire :

- elle participera à l'évaluation médico-sociale des personnes âgées, à l'élaboration des plans d'aides et de soins, et sera le référent médical de la cellule de coordination,
- elle développera et légitimera les liens du CLIC avec les médecins libéraux et hospitaliers,
- elle renforcera la culture gérontologique des aides et infirmières à domicile par son implication dans les réunions de coordination clinique et des formations adaptées,
- elle souhaite développer la prévention auprès des plus de 60 ans, avec des outils d'information disponibles à la permanence CLIC sur le « bien vieillir ».

***L'extension et la professionnalisation du réseau d'acteurs gérontologiques,  
qui demandera de redéfinir les rôles de chacun et du temps***

La coordination de proximité animée par l'OVPAR et la ville entend avec la mise en place du CLIC **déployer son réseau d'acteurs** : aux associations ou services d'aide à domicile, SSIAD, structures d'hébergement diverses du territoire de Villeurbanne et à l'unité de géronto-psychiatrie du secteur se joindront :

- l'hôpital gériatrique des Charpennes, dont la zone de recrutement est constituée à 62% par la ville de Villeurbanne et 2 arrondissements limitrophes de Lyon,
- les médecins libéraux et les paramédicaux volontaires,
- l'OPAC et PACTARIM dans le cadre de l'adaptation du logement.

C'est aussi l'opportunité **d'aider à professionnaliser les emplois d'aide à domicile**, par le financement partiel de la formation en cours d'emploi. La chargée de mission de l'OVPAR rappelle que « les taux horaires accordés par les caisses de retraite ou la PSD ne permettent pas actuellement aux associations d'aide à domicile de financer plus de 20% de personnes titulaires du CAFAD ». <sup>24</sup>

L'extension du réseau d'acteurs rendra **nécessaire une nouvelle clarification des rôles** et des compétences de chacun. A cette fin, les promoteurs ont prévu une série de réunions de présentation du CLIC et de concertation entre les différents intervenants, sur le premier trimestre 2001. Au delà, l'opinion émise est que « la recomposition du réseau demandera avant tout du **temps** : temps de construction relationnelle et de reconnaissance interpersonnelle, temps d'acquisition d'une culture gérontologique commune entre des professionnels aux identités, rôles et statuts différents et temps de conception d'un nouveau projet consensuel autour d'objectifs partagés ».

Le médecin gériatre recruté est perçu par les promoteurs comme une aide précieuse dans cette démarche.

***Un statut juridique inchangé mais une nouvelle exigence de formalisation  
des partenariats au sein du réseau***

---

<sup>24</sup>Le Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile devrait aussi bénéficier de nouveaux financements de l'Etat, abandonnés depuis 1996, pour doubler le nombre de diplômés délivrés chaque année (2681 diplômés en 1998).

Le statut juridique de la coordination gérontologique de proximité est inchangé : le site pilote CLIC reste une association régie par la loi de 1901 ; la question posée est : « pourquoi le CLIC aurait-il besoin d'avoir un support juridique spécifique ? ».

Par contre, si jusqu'à présent les partenariats reposaient sur la simple reconnaissance mutuelle des acteurs et sur le travail de la chargée de mission de l'OVPAR, il est apparu nécessaire aujourd'hui pour les promoteurs de les formaliser par une « **charte** » (convention écrite d'objectifs) et des « **conventions de collaboration** », afin de pérenniser le réseau.

C'est le point de vue exprimé ainsi : si « le partenariat ne se d cr te pas, on ne peut maintenant continuer de faire reposer le CLIC sur de l'informel et de la bonne volonté ».

Néanmoins la formalisation ne doit pas p cher par excès, car elle peut heurter l'attachement de certains membres ou partenaires de la coordination à une conception pluraliste et moins cadr e de l'organisation et du fonctionnement en réseau.

Un **comité de pilotage** va également être mis en place pour assurer la structuration, le suivi et l'évaluation des actions menées. Il sera composé d'un représentant de chaque service ou structure membres du réseau, d'un représentant de chaque administration partenaire et de la cellule de coordination du CLIC (chargée de mission de l'OVPAR, assistante sociale, médecin gériatre référent et psychologue). La question de la représentation des professionnels médicaux ou paramédicaux libéraux au sein de ce comité reste posée.

### ***Des financements en voie de diversification***

La coordination gérontologique était financée entièrement par la ville de Villeurbanne, sous forme de subventions et de mise à disposition d'un local et de matériel.

Son choix comme site pilote CLIC lui permet de disposer d'une 2<sup> me</sup> source financière avec la subvention de l'Etat.

Selon le projet et les conventions qui vont être bâtis avec l'hôpital des Charpennes, ce réseau gérontologique de proximité pourrait alors peut-être bénéficier aussi d'un financement de l'ARH ou de l'URCAM avec le FAQSV.

« Une pluralité des sources de financement est un gage d'indépendance et de pérennité pour le réseau », confirme l'un des deux promoteurs.

### ***L'évolution d'une « coordination processus » vers une « coordination structure »***

La coordination gérontologique a fonctionné jusqu'alors en majorité sur un mode « processus », avec un ajustement mutuel et informel des professionnels, structures et institutions. « La coordination gérontologique, c'est l'accompagnement des personnes par les professionnels ». Néanmoins le recrutement en 1990 d'une chargée de mission de coordination à mi-temps par l'OVPAR et l'existence d'un local d'accueil et d'information a structuré a minima le réseau.

Avec la mise en place du CLIC, la cellule de coordination s'étoffe d'un travailleur social et d'un médecin référent et le modèle de coordination peut évoluer vers une coordination «structure » de type guichet unique. Cependant il faudra veiller à préserver la dynamique d'échanges entre les acteurs. Il semble d'ailleurs essentiel au futur médecin gériatre référent rencontré « que chaque professionnel acquière la conviction qu'il gagne beaucoup à appartenir à ce réseau ».

### ***Le développement du système d'informations et de communication***

La coordination ne disposait pas de procédures de communication entre les membres du réseau. Les informations circulaient de manière plutôt informelle et aléatoire ou par le biais de la chargée de mission de l'OVPAR, des groupes de travail constitués et des réunions de la cellule de coordination clinique en cas de situation difficile.

La mise en place du CLIC va susciter une réflexion sur l'amélioration des pratiques de communication au sein du réseau et sur l'organisation de l'information concernant la «trajectoire » de la personne âgée. Des premiers outils de type « fiches de liaison » ou « fiches navettes » et « tableaux de bord » vont être élaborés pour la permanence du CLIC, et les dossiers des personnes seront informatisés. Les réunions du comité de pilotage seront aussi l'occasion d'échanger de l'information entre les représentants de chaque membre du réseau et de suivre l'activité du CLIC.

### ***La création d'un cadre d'évaluation de la performance du réseau***

Jusqu'à présent aucun indicateur de résultat n'a réellement été mis en place. Un questionnaire a cependant été diffusé aux membres de la cellule de coordination clinique et des difficultés ont été pointées par les professionnels et structures répondants :

- le manque de temps et d'outils pour écouter et informer eux-mêmes les personnes,
- le déficit en matière d'offre de soins à domicile par rapport aux demandes,
- la précarité de l'aide à domicile encadrée par des quotas,
- la complexité de la prise en charge des problèmes de santé des personnes.

A propos de ce dernier point, il est souligné que « sur les mois de décembre 2000 et janvier 2001 trois quarts des personnes reçues à la permanence avaient un problème de santé sous-jacent à leur demande d'aide ».

Les moyens de suivi de l'activité de la coordination gérontologique étaient limités à des rapports d'activité annuels (nombre de personnes bénéficiaires et type d'aides apportées).

Les promoteurs du CLIC ont aujourd'hui la volonté de mettre en place une évaluation annuelle de l'activité et des résultats du réseau, selon des modalités qui restent à définir.

Il faut souligner que cette évaluation va être rendue possible par la volonté de formalisation des objectifs et des partenariats au sein du réseau, et par la structuration du système d'information interne, sinon « sur quelle base évaluer quelque chose d'informel ? ».

### **2.3.2 Perspectives d'impact sur la coordination institutionnelle des structures administratives et politiques - Exemple de la région Rhône-Alpes**

Les données de cette deuxième partie de résultats proviennent de l'exploitation des entretiens menés auprès du service santé et prévention du Conseil Général du Rhône, de la direction de l'action sociale de la CRAM Rhône Alpes, de la DRASS et de la mission d'appui régionale des réseaux, ainsi que de la participation aux différentes réunions de travail animées par la DRASS.

En **introduction de ce chapitre**, on peut souligner que l'ensemble des partenaires institutionnels administratifs locaux se félicitent du retour de l'Etat sur le thème de la coordination en gérontologie, malgré qu'ils déplorent le manque de concertation en amont. Ils y voient à la fois une reconnaissance de ce qu'ils ont su impulser sur le terrain dans leur domaine de compétence respectif et une prise de conscience salutaire de l'enjeu majeur de santé publique que représente l'accompagnement du vieillissement. L'implication de l'Etat leur apparaît comme un gage d'égalité de traitement de la problématique sur l'ensemble du territoire et de nature à diminuer le poids des stratégies politiques locales.

Ils ont fait part dans ce travail de leur opinion quant à l'impact positif potentiel de la mise en place des CLIC sur leur coordination institutionnelle en gérontologie et ont évoqué les freins à lever pour assurer la pérennité et le développement de celle-ci.

#### ***Une nécessaire capitalisation et mutualisation des savoir-faire***

Le Conseil Général du Rhône comme la direction de l'action sociale de la CRAM ont tout d'abord tenu à insister sur l'expérience qu'ils ont acquise l'un et l'autre dans le soutien des coordinations gérontologiques de proximité.

Ainsi le Conseil Général du Rhône, dans le cadre du titre I de la loi du 24 janvier 1997 confiant aux départements la prise en charge de la dépendance des personnes âgées, a mis sur pied :

- des équipes médico-sociales composées de travailleurs sociaux et de gériatres, en charge de l'évaluation des personnes éligibles à la PSD et de l'animation de certaines coordinations gérontologiques de proximité ; chaque équipe couvre six cantons ;
- une convention avec l'union professionnelle des médecins libéraux afin que ceux-ci participent à l'évaluation médico-sociale, en contrepartie d'une rémunération de 250 francs par personne,
- le Comité Rhodanien Gérontologique (CORHOGE) ; il réunit sur le département en plus des services du Conseil Général, des représentants d'associations, d'institutions médico-sociales et le CRIAS ; des ateliers de travail ont défini des priorités en faveur de la promotion de la santé des personnes âgées et déjà mené des actions en faveur de l'aide aux aidants et du développement des coordinations gérontologiques de proximité ; en particulier un cahier des charges et un recensement des coordinations existantes ont été réalisés sur le département ;
- des points d'écoute et d'information des personnes âgées et de leur famille dans les Maisons de Département du Rhône ; ces MDR servent parfois de local aux coordinations gérontologiques de proximité financées par le département.

Pour sa part, l'action sociale de la CRAM a financé les coordinations gérontologiques de la région répondant au cahier des charges de la CNAVTS de 1993, en partenariat avec le Conseil Régional. Un contrat d'objectifs a été signé le 18 juillet 1994 et les deux partenaires se sont engagés à co-financer de façon paritaire sur la région pendant deux ans un projet par département avec un maximum de 200 000 francs chacun par an. Plusieurs dispositifs ont pu être financés dans ce cadre :

- la permanence d'accueil et d'orientation gérontologique de Crest dans la Drôme,
- l'instance locale de gérontologie à Saint-Chamond dans la Loire,
- l'espace GEPRO à Ruoms dans l'Ardèche,
- la coordination médico-sociale du CCAS d'Annonay dans le même département.

Le contrat prévoyait également une évaluation des actions, comme préconisée dans la circulaire CNAVTS de 1993. Celle-ci a été réalisée en 1996-97 par le CPDG et a porté essentiellement sur l'impact économique global du maintien à domicile, avec des conclusions diverses selon les sites.

Par ailleurs, la CRAM participe actuellement au soutien méthodologique et au financement de cinq autres coordinations gérontologiques sur la région.

Ces deux institutions administratives soulignent qu'elles sont de fait incontournables pour le développement des expériences de coordination gérontologiques existantes et leur mise en cohérence.

Dans la mise en place des CLIC, la circulaire de la DGAS préconise d'ailleurs aux services déconcentrés la concertation avec ces deux partenaires. Ces derniers souhaitent que les services de l'Etat valorisent leur expérience et capitalisent les savoir-faire développés en matière de coordination gérontologique. Ils pensent également que l'objectif partagé de réussite du programme CLIC devrait inciter au partage de toutes les expériences et à la mise en commun des compétences acquises.

### ***Le décloisonnement des administrations par un travail en commun et par l'apprentissage d'une culture gérontologique commune***

Pour mutualiser les expériences et les compétences, la DRASS comme les partenaires ci-dessus estiment qu'il faudrait « décloisonner les cultures institutionnelles sectorielles ».

La mise en place des CLIC peut susciter ce décloisonnement par les groupes de travail qui vont maintenant se réunir régulièrement, soit au niveau régional autour de la DRASS soit au niveau départemental. Ces temps de rencontre et de réflexion commune vont favoriser les échanges et l'émergence d'une même culture gérontologique comme de valeurs partagées autour de la coordination en gérontologie.

Ainsi le groupe de travail régional animé par la DRASS avance ensemble sur plusieurs thématiques :

- élaboration d'une définition commune de la « coordination de proximité en gérontologie » et de ses objectifs, par déclinaison des lignes directrices de la circulaire DGAS et par débat autour des expériences de coordination rapportées,
- réflexion sur les critères de maillage territorial par les CLIC et mise en perspective avec les schémas départementaux gérontologiques comme avec les objectifs du SROS 2,

- réflexion sur la mise en place d'un « comité de pilotage institutionnel local » au niveau de chaque département, qui pourrait associer en particulier la DDASS et le conseil général. Il serait en charge de l'instruction des dossiers et de la labellisation CLIC des coordinations retenues. Ainsi sur le département de l'Isère, où le nouveau schéma médico-social départemental vient d'être adopté, c'est le « comité de suivi du schéma » (associant Conseil Général, DDASS et une trentaine de partenaires locaux) qui suivra également la mise en place des CLIC. Dans le Rhône, le CORHOGE pourrait également remplir ce rôle en associant la DDASS.

Le recensement des coordinations gérontologiques existantes dans chaque département de la région, quels que soient leurs financeurs, serait un nécessaire travail de mise à plat facilitant également la mise en commun des expériences, du point de vue de la direction de l'action sociale de la CRAM. A date un tel travail n'a pas encore été décidé.

« Avec la mise en place des CLIC, chacun ne pourra plus ignorer ce que fait l'autre et nous allons devoir apprendre à plus et mieux travailler ensemble ».

Cela apparaît aux acteurs institutionnels un levier fort pour décloisonner les fonctionnements propres à chaque logique administrative et à chaque champ de compétence sectoriel.

Il faut souligner que, sans participer aux groupes de travail, l'ARH et l'URCAM ont été tenues informées par la DRASS de l'avancée des réflexions, pour atténuer le clivage entre «coordination gérontologique » et « réseaux de santé ».

### ***L'unification des procédures d'instruction et d'agrément des coordinations gérontologiques au niveau départemental***

La sélection<sup>25</sup> des 25 sites pilotes réalisée sur le territoire national par le ministère a été validée cet été par les DRASS concernées, sur la base de l'adéquation des projets de chaque coordination gérontologique avec un premier cahier des charges national intégré à la circulaire.

Un nouveau cahier des charges est en cours de rédaction par le ministère suite aux réunions inter-régionales et aux observations remontées par les DRASS ; il devrait servir courant 1<sup>er</sup> trimestre 2001 de **référentiel national** pour aider à la sélection dans chaque département des coordinations gérontologiques répondant à l'appel d'offre 2001. Idéalement, une évaluation des sites pilotes au cours de l'année devrait permettre de faire évoluer le cahier des charges national en vue de la campagne 2002.

La mise en place des CLIC pourrait donc permettre d'unifier **la procédure d'instruction** des dossiers, avec un seul cahier des charges national proposé comme guide aux différents financeurs et opposé aux promoteurs ; il pourrait ainsi servir de cadre de référence commun aux DDASS, conseils généraux et services de l'action sociale de la CRAM.

---

<sup>25</sup> *Aux dires de plusieurs, cette sélection a beaucoup pris en compte des critères d'ordre politique...*

La concertation et la négociation départementales entre ces décideurs permettraient à chacun de s'approprier ce guide et de l'adapter ensemble aux spécificités locales.

Un « **comité de pilotage institutionnel local** », où tous les partenaires co-financeurs seraient représentés, pourrait réaliser dans chaque département l'instruction des dossiers.

Ce même comité pourrait être en charge de la **procédure d'agrément** et de **labellisation** des CLIC.

Par ailleurs il a été décidé en CTRI (Comité Technique Régional Interdépartemental) de la région Rhône Alpes que l'agrément des CLIC ne sera pas confié au CROSS, la procédure de passage dans cette instance étant jugée trop lourde. « Les CLIC n'ont pas le statut d'institutions médico-sociales et ne doivent donc pas être soumis à la procédure d'autorisation en CROSS ».

Néanmoins le CTRI sera consulté au cours de la procédure d'agrément et un bilan de la mise en place des CLIC dans les huit départements sera présenté au CROSS chaque année.

Il reste beaucoup d'**interrogations** aujourd'hui sur cette procédure d'agrément et de labellisation :

- « sur quels critères va-t-on agréer et labelliser « CLIC » les coordinations gérontologiques ? »,
- « la conformité au cahier des charges suffira-t-elle pour obtenir le financement et le label CLIC après instruction des dossiers, ou faudra-t-il mettre en place une procédure d'évaluation qui conditionnera l'obtention du label, ou son retrait, après un certain temps de fonctionnement financé ? ».

### ***L'optimisation du maillage territorial et de la planification de l'offre en gérontologie***

Les réunions de travail entre les décideurs locaux doivent aider à définir les contours des « bassins de vie » en milieu urbain ou rural et à affiner les préconisations de la DGAS quant à la population vieillissante concernée par chaque CLIC (la circulaire du 6 juin 2000 parle de 7 000 à 10 000 personnes de plus de 60 ans en milieu rural et de 15 000 en milieu urbain).

Il paraît d'ores et déjà nécessaire à certains de réfléchir à l'inscription de ces « bassins de vie » dans les « bassins gérontologiques », ou dans les territoires type « pays », « zones d'intercommunalité », voire « secteurs sanitaires » :

- l'action sociale de la CRAM rappelle que la circulaire CNAVTS de 1993 a défini le « bassin gérontologique »<sup>26</sup> comme un ou plusieurs cantons présentant un minimum de services œuvrant en direction des personnes âgées, ainsi qu'une ou plusieurs structures d'accueil

---

<sup>26</sup> Les « bassins gérontologiques » sont constitués par les CRAM à la suite d'un premier découpage opéré par l'INSEE, permettant de déterminer des pôles d'attraction qui sont des agrégations de communes présentant une aire d'attraction en matière de santé, à partir de 7 variables relatives à la présence ou à l'absence dans la zone de structures et ou de personnels paramédicaux et médicaux ; dans un second temps un regroupement de certains pôles est effectué afin d'obtenir un effectif minimum de 1200 personnes âgées de 75 ans et plus.

médico-sociales et un hôpital local, desservant une population minimum de 1200 personnes de 75 ans et plus,

- le département de l'Ardèche souhaiterait s'appuyer sur les contrats locaux de développement et les bassins de vie définis par ceux-ci pour définir les territoires à investir par les CLIC.

De tels travaux de concertation peuvent aider à définir le maillage du territoire souhaité à 5 ans par les CLIC et pourraient de l'avis des acteurs institutionnels interrogés impacter de façon positive sur la mise en cohérence des coordinations existantes : l'objectif est de couvrir l'ensemble d'un département avec un minimum de zones de recoupement entre CLIC et sans zone de territoire laissée vacante.

La planification du dispositif global d'offre en gérontologie pourrait également évoluer positivement grâce à cette concertation et aider à la conception de nouveaux schémas départementaux d'équipements sociaux et médico-sociaux gérontologiques, avec un vécu d'atténuation de la ligne de partage législative des compétences Etat/Conseil Général<sup>27</sup>.

### ***Mais ...***

#### ***Quelle articulation avec les nouvelles procédures réseaux régionales ?***

Dans la région Rhône Alpes, suite aux travaux de la mission d'appui régionale URCAM-DRASS-ARH au développement des réseaux de santé, il vient d'être mis en place en décembre 2000 « un comité régional des réseaux » dénommé **CAP Réseaux** (Coordination pour l'Appui aux Réseaux), à l'instar de ceux constitués récemment en Ile de France et neuf autres régions.

Il se donne trois objectifs :

- améliorer la prise en charge coordonnée, continue, médicale et sociale des usagers,
- faciliter les démarches des promoteurs (guide de construction d'un réseau, équipe d'accompagnement et de suivi par projet, orientation vers les financements possibles),
- s'assurer de la qualité des projets de réseaux lors de l'instruction commune.

Ce guichet unique de conseil et d'instruction se compose de :

- une cellule régionale ARH-URCAM-DRASS-CRAM-ERSM en charge de l'accompagnement des projets,
- une commission technique régionale réunissant les structures institutionnelles régionales (ARH, URCAM, DRASS, CRAM, ERSM) et locales (DDASS, CPAM, MSA, CMR, ELSM) avec les professionnels (UPML, FEHAP,...) pour examiner et rendre un avis sur chaque projet.

Il faut noter que les collectivités territoriales et la direction de l'action sociale de la CRAM sont absentes de CAP Réseaux, alors qu'elles seront associées compte-tenu de leur expertise gérontologique aux « comités de pilotage institutionnels départementaux CLIC » en réflexion.

---

<sup>27</sup> L'atténuation de cette ligne de partage est déjà initiée pour les EHPAD, grâce à la négociation tripartite dans le cadre de la réforme de la tarification.

Ce n'est pas encore un guichet unique de financement, chaque structure restant maître de sa décision et de son enveloppe budgétaire pour participer ou non au financement d'un projet.

Ce dispositif préfigure donc en partie les évolutions contenues dans le projet de loi de modernisation du système de santé, sans la possibilité d'une enveloppe financière transversale dédiée.

**La DRASS s'interroge sur l'opportunité et la possibilité de faire bénéficier les futurs « comités de pilotage institutionnels départementaux CLIC » des procédures de CAP Réseaux et sur les liens à organiser entre ces deux nouvelles structures.**

**Une telle articulation pourrait permettre une mise en cohérence et un réel décloisonnement des politiques publiques et des financements en faveur de la santé de la population âgée.**

Cependant, compte-tenu de l'inspiration très sanitaire de CAP Réseaux, des craintes ont été exprimées au sein de la DRASS et de certaines DDASS de voir la problématique de la coordination gérontologique traitée par ce comité régional de manière moins prioritaire par rapport à d'autres projets de réseaux, ou abordée sous un angle trop médicalisé.

### ***Quels rôles respectifs du niveau départemental et du niveau régional dans le pilotage de la mise en place des CLIC ?***

Aujourd'hui pour la mise en place des CLIC, l'**échelon départemental** est retenu comme le niveau pertinent au sein de la région Rhône Alpes pour la mutualisation des savoir-faire, le décloisonnement administratif, l'optimisation du maillage territorial, la procédure d'agrément des dossiers et leur financement.

Cependant, **le niveau régional** assure :

- un rôle de support à la réflexion dans la phase expérimentale actuelle des CLIC,
- un rôle de suivi de la mise en place des CLIC par la consultation prévue du CTRI et par un bilan annuel à présenter en CROSS,
- la mise en œuvre du SROS 2<sup>28</sup>, dont un chapitre est consacré au développement des réseaux gérontologiques,
- un nouveau rôle d'appui au développement des réseaux avec CAP Réseaux.

De plus la DRASS pourrait organiser un forum régional sur les enjeux de santé publique de l'accompagnement du vieillissement et de la prise en charge de la dépendance, compte tenu des premières conclusions et recommandations du jury de la Conférence Régionale de Santé<sup>29</sup> 2000.

---

<sup>28</sup> L'ARH dans la mise en œuvre du SROS est maître de la planification de l'offre sanitaire et de l'orientation des projets d'établissements des hôpitaux locaux vers le service rendu à la population âgée.

<sup>29</sup> Conférence Régionale de Santé 2000 de la région Rhône Alpes les 18 et 19 janvier 2001, Bron.

Par ailleurs le schéma national des services collectifs sanitaires valorise la région comme territoire pertinent pour conduire les actions et comme l'échelon fort de pilotage et de gestion du système de santé publique.

Aussi la DRASS s'interroge sur les rôles respectifs de ces deux niveaux territoriaux dans le pilotage de la mise en œuvre de ce programme stratégique de l'Etat qu'est le programme CLIC, en particulier pour favoriser l'articulation de ces nouveaux réseaux de santé de proximité avec CAP Réseaux.

## **2.4 ANALYSE ET COMMENTAIRES**

### **2.4.1 Concernant les perspectives d'évolution d'une coordination gérontologique de proximité**

#### ***Bien s'entendre sur les objectifs et la population d'usagers âgés ciblés par les CLIC et mieux évaluer les besoins de santé***

Le taux de dépendance lourde croît avec l'âge : de 1.2% à 65 ans, il est de 5% à 75 ans et de 20% à 85 ans. Selon les finalités attribuées aux coordinations gérontologiques de proximité, prise en charge de la dépendance ou accompagnement du vieillissement et prévention de la perte d'autonomie, les acteurs ne ciblent pas la même population âgée :

- les schémas gérontologiques départementaux retiennent le seuil des personnes âgées de 75 ans et plus, âge où le risque de dépendance tend à s'accroître de manière significative, pour planifier l'offre de services,
- les hôpitaux locaux ou les SSIAD ont aussi comme « clientèle » privilégiée les plus de 75 ans,
- la DGAS comme les promoteurs des CLIC estiment préférables de prendre en compte l'ensemble de la population des plus de 60 ans, éligibles ou non à la PSD, et de ne pas trop connoter les coordinations sur l'axe « dépendance et fin de vie ». Dans une démarche de santé publique il est en effet important de s'attacher à la prévention et à la promotion de la santé de la population vieillissante dès la cessation d'activité, comme le recommande le rapport de l'AIPA et la Conférence Nationale de Santé en 1999.

Au cours de l'élaboration du projet CLIC, il est essentiel pour la cohérence, l'efficacité et l'évaluation du réseau que l'ensemble des acteurs soit d'accord sur les objectifs poursuivis et la population âgée ciblée.

Par ailleurs, il existe encore peu d'informations sur la typologie sanitaire et sociale de la population âgée de 60 ans et plus. Il serait pertinent de prévoir, peut-être en mutualisant les moyens au niveau local, la création « d'observatoires départementaux de la population âgée » pour définir des indicateurs socio-sanitaires pertinents, réaliser un état des lieux et un suivi utiles à la mise en place et à l'évaluation de chaque CLIC. Ceci pourrait être fait en lien avec les ORS et avec la création de « l'Institut national du vieillissement » préconisé par le rapport de l'AIPA.

## ***Les conditions de réalisation des deux dimensions des CLIC***

Les Centres Locaux d'Information et de Coordination en gérontologie ont deux grands types de missions à mener :

- l'écoute, l'information et l'orientation du public vers les acteurs gérontologiques adaptés,
- l'évaluation médicale et environnementale de la personne âgée, l'élaboration d'un plan d'aides et de soins, la réalisation et le suivi de ce plan d'aides, par la coordination d'un réseau de professionnels et de structures compétentes en gérontologie.

Le **premier type de missions** nécessite déjà en premier lieu de mettre en œuvre un plan de communication local, auprès du public et des professionnels pour faire connaître l'existence du CLIC et ses finalités.

Puis cela nécessite l'existence d'un lieu unique d'accueil, d'écoute et d'information clairement identifié « CLIC » par le public, avec une permanence tenue par une personne compétente ou formée en gérontologie. Il est préférable que celle-ci soit un travailleur social formé plutôt qu'un emploi jeune, car elle doit être à même de segmenter le niveau d'attentes du public reçu entre :

- besoin d'écoute et d'information,
- besoin d'orientation,
- besoin d'évaluation médico-sociale et de mise en place d'un plan d'aides.

Le **deuxième type de missions** nécessite de clarifier au sein du réseau gérontologique « qui évalue ? » et « qui élabore et réalise le plan d'aides et de soins ? ».

La mission d'évaluation peut en partie être réalisée par la cellule de coordination, comme le prévoit le CLIC de Villeurbanne avec l'embauche d'un travailleur social et d'un médecin référent vacataire. Cependant la cellule de coordination doit se garder de « vouloir faire à la place de » et doit surtout bien savoir mobiliser, selon la configuration du réseau :

- les équipes médico-sociales du Conseil Général,
- le service social de la CRAM,
- les SSIAD,
- les équipes mobiles de gériatrie de l'hôpital,
- les équipes de secteur psychiatrique,
- les médecins et paramédicaux libéraux.

L'élaboration du plan d'aides et de soins individualisé pourra être réalisée par les acteurs chargés de l'évaluation, en concertation avec la cellule de coordination. Cette dernière le proposera et le négociera avec la personne âgée et sa famille, pour obtenir leur adhésion.

La réalisation du plan individualisé sera mise en œuvre et suivie par la cellule de coordination, qui devra encore mobiliser les acteurs nécessaires du réseau.

Ce fonctionnement décrit ne peut être opérationnel qu'aux conditions suivantes :

- légitimité et crédibilité de la cellule de coordination,
- instauration d'une collaboration effective, sans enjeux de pouvoir, entre les professionnels,
- connaissance des complémentarités et clarification de la répartition des compétences,
- mise en place d'outils d'information et de protocoles de prise en charge communs.

Il faut remarquer que certaines coordinations sont en fait des « plates-formes intégrées de services » et ne fédèrent pas un réseau d'acteurs extérieurs. Labellisées CLIC, elles pourraient être des structures à la fois évaluatrices des besoins, prescriptrices et réalisatrices du plan d'aides. Or la coordination doit être réalisée autour des besoins de santé de l'utilisateur, pas autour des services. Il faudra donc veiller à ne pas favoriser ces situations de monopole dans le maillage du territoire. De plus ces structures d'inspiration plutôt sociale ont souvent des liens encore faibles avec le secteur sanitaire hospitalier ou ambulatoire.

### ***Les questions soulevées par la nécessaire implication des médecins libéraux***

Les médecins généralistes sont les « médecins de famille » des personnes âgées et constituent à cet égard des acteurs indispensables du réseau gérontologique, en particulier dans l'évaluation médico-sociale à domicile et la participation à l'élaboration d'un plan d'aides et de soins.

Les coordinations se heurtent néanmoins à plusieurs difficultés pour impliquer les médecins libéraux. Des problèmes similaires sont posés pour les paramédicaux libéraux.

La première a trait à l'absence de rémunération de l'activité investie dans un réseau gérontologique, tant pour le temps passé à définir des outils et protocoles en commun, à analyser en réunions les cas difficiles, qu'en temps consacré à l'évaluation médico-sociale des personnes âgées<sup>30</sup>. Le FAQSV pourrait être éventuellement sollicité pour résoudre cette difficulté.

En dehors de l'aspect financier, un problème essentiel est l'absence de plus value perçue à s'impliquer dans une coordination gérontologique, avec la crainte surtout en milieu urbain d'apparaître comme le coordonnateur de ses confrères ou comme voulant s'approprier la clientèle âgée. Il est donc nécessaire d'instaurer des rapports de confiance et de « créer du partenariat » entre la cellule de coordination et les médecins généralistes.

La présence d'un médecin gériatre avec une mission de santé communautaire au sein de la cellule de coordination, n'exerçant pas sur le territoire, peut crédibiliser cette démarche. En effet il peut informer les médecins de la venue de leurs patients à la permanence CLIC et échanger des informations. Il peut aussi inciter les médecins libéraux à s'impliquer plus en proposant des réunions d'information et de formation, des outils de dépistage,.. et leur communiquer la conviction qu'ils gagneraient à appartenir à un réseau pour améliorer la qualité de leurs pratiques et leur prise en charge globale des personnes âgées.

Deux autres difficultés peuvent être soulevées également, qu'on retrouve dans tout réseau de santé :

- le respect du secret médical et professionnel dans le partage des informations,

---

<sup>30</sup> A cet égard, la majoration automatique de la visite à domicile pour la prise en charge d'un patient âgé de 75 ans et plus présentant une affection de longue durée, accordée dans l'arrêté du 28/04/00 modifiant la NGAP, n'a pas incité à la participation des médecins aux réseaux gérontologiques.

- la détermination des responsabilités dans le travail en réseau.

Sur le premier point, le professionnel de santé est tenu de garantir la confidentialité des informations relatives à la santé des usagers (articles 45 et 73 du Code de déontologie médicale). La CNIL a précisé en 1997 que « hors les cas prévus par la loi, les données de santé à caractère personnel ne peuvent être utilisées que dans l'intérêt direct du patient et pour les besoins de la santé publique ». Les professionnels travaillant ensemble dans une coordination ont donc tout intérêt à se fixer des règles écrites de transmission et de partage des informations, en identifiant bien celles qui doivent rester confidentielles.

Sur le deuxième point, il n'y a pas à ce jour de jurisprudence spécifique relative à la recherche des responsabilités au sein d'un réseau de santé. Il faut cependant rappeler que la jurisprudence est de plus en plus favorable à l'utilisateur, notamment lorsque la causalité entre le dommage et la faute est difficile à établir.

### ***Le libre choix de la personne âgée dans une coordination gériatrique évoluant vers un « guichet unique »***

Dans tous les réseaux de santé se pose la question de l'information et du libre choix du patient, une circulaire<sup>31</sup> prévoyant même que la convention constitutive du réseau contienne l'engagement des membres de recueillir le consentement des patients avant toute orientation au sein du réseau.

A noter que le Conseil d'Etat a estimé en avril 1998 que la mise en place des réseaux et filières de soins ne méconnaissait pas le principe du libre choix du médecin par le patient, dans la mesure où n'auront recours à ce mode de prise en charge que les usagers qui auront donné leur accord, accord qui n'est pas irrévocable.

Mais quand est-il de l'accord et du consentement de la personne âgée prise en charge par le réseau de santé de proximité qu'est la coordination gériatrique, à fortiori quand le modèle de coordination évolue vers une « coordination structure »?

En effet deux types de facteurs peuvent limiter l'expression de sa volonté et de son libre choix :

- la présence de troubles cognitifs,
- la pression de la famille ou des professionnels, qui « traduisent » les besoins de la personne compte-tenu de leur propre anxiété ou de leur propre besoin de sécurité.

La vocation de la coordination gériatrique est cependant de placer la personne âgée au cœur de l'offre de services sociale et médico-sociale, en respectant ses choix et préférences.

Son adhésion doit donc être obtenue avant de mettre en œuvre tout plan d'aide et de soins. Aussi une attention particulière doit être portée à l'écoute de la parole de la personne et à la réalisation d'une

---

<sup>31</sup> *Circulaire DH/EO/97 n° 97-277 du 9 avril 1997 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements.*

évaluation multidisciplinaire, pour croiser les regards et approcher ses réels besoins de soins et d'aides dans son environnement.

A l'inverse d'une limitation du choix de la personne âgée par l'évolution du modèle de coordination vers plus de structuration, la cellule de coordination du CLIC peut faciliter ce choix. En effet elle peut aider à garantir au sein du réseau l'approche multidisciplinaire dans l'évaluation des besoins et l'élaboration du plan d'aides. Elle a aussi un rôle d'explicitation, de négociation avec la personne autour de sa demande et du plan d'aides proposé. Elle peut être également un espace de médiation utile entre la personne âgée et sa famille, dont les volontés sont parfois douloureusement contradictoires.

## **2.4.2 Concernant les perspectives d'impact sur la coordination institutionnelle des structures administratives et politiques**

### ***Maîtrise d'ouvrage et maîtrise d'œuvre***

L'Etat dans le cadre d'une nouvelle politique vieillesse globale semble vouloir reprendre la main sur le thème de la coordination en gérontologie. Après l'échec de la stratégie menée entre 1962 et 1982, il fixe un nouveau cadre réglementaire avec la circulaire du 6 juin 2000 et confie aux services déconcentrés la mission de développer sur le territoire les expériences de coordination existantes et de les mettre en cohérence. Il débloque à cette fin une enveloppe budgétaire spécifique de 100 MF par an sur 5 ans, réparties entre les DDASS.

Or depuis plus de 15 ans, les collectivités territoriales, l'action sociale de la CRAM et divers organismes ont soutenu et fait progresser les expériences de mise en réseau gérontologique. Ils y ont acquis une expérience irremplaçable, avec des équipes toujours mobilisées sur ce thème.

Aussi, si l'**Etat** est légitime pour assurer la **maîtrise d'ouvrage de la mise en place des CLIC** car **pilote** du secteur médico-social, des SROS et de la politique de développement des réseaux, on peut suggérer qu'il puisse en **déléguer la maîtrise d'œuvre**, par le biais de négociations locales et de contrats entre les services déconcentrés et l'action sociale des CRAM ou les équipes médico-sociales des Conseils Généraux et autres collectivités territoriales.

En tant que **maître d'ouvrage**, l'Etat doit néanmoins être le **garant de l'articulation transversale des politiques de santé publique menées en faveur de la population âgée**, politiques de prévention des effets du vieillissement, de maintien à domicile par les réseaux gérontologiques et de soins médicalisés en ambulatoire comme en établissements sanitaires ou médico-sociaux. Il a également la mission régaliennne **d'évaluer et de contrôler la pertinence et l'efficacité des programmes** élaborés et mis en œuvre au service de ces politiques.

### ***Perspectives de décloisonnement des politiques publiques en faveur de la santé des personnes âgées***

Il est frappant de constater que la gérontologie est restée longtemps le parent pauvre du secteur de la santé, sous-dotée par rapport aux besoins. Aujourd'hui, compte tenu des perspectives démographiques et épidémiologiques à 20 ans<sup>32</sup>, l'Etat dans le schéma national des services collectifs sanitaires se fixe six objectifs majeurs de santé publique, dont la prévention de la dépendance chez les personnes âgées. Il en a fixé aussi l'axe prioritaire : le maintien à domicile.

Or, les personnes âgées représentent un cas d'école pour le système de santé, car presque toutes les questions posées aux secteurs sanitaire et social se trouvent résumées par cette population :

- besoins de santé en augmentation pérenne, par impact quantitatif mécanique lié à l'accroissement de la population âgée,
- recours accru au système de soins lié à « l'effet de génération »<sup>33</sup>,
- demande croissante de services sociaux et médico-sociaux de qualité, pour rester à domicile,
- exigence d'écoute et de participation,
- faiblesse de la politique de prévention,
- continuité insuffisante entre les secteurs sanitaire, médico-social et social,
- absence de fongibilité des enveloppes ville, hôpital, médico-sociale et sociale.

Pour développer le maintien à domicile de la population âgée et diminuer son recours à l'hospitalisation et à l'institutionnalisation, cela nécessite de pallier les trois derniers points faibles énoncés et en particulier de mettre en réseau les politiques sectorielles :

- au niveau **central**, développer la transversalité entre la DGAS, la DGS, la DHOS et la DSS, qui chacune pilote une partie des stratégies et moyens en faveur de la santé des personnes âgées,
- au niveau **régional**, créer de la continuité entre les gestions des politiques sanitaire, médico-sociale et sociale en faveur de cette population, en s'appuyant sur les SROS 2, sur des PRS « personnes âgées » et sur la dynamique des Comités Régionaux des Réseaux,
- au niveau **départemental**, contractualiser avec les collectivités territoriales en charge de l'action sociale vieillesse, travailler de concert avec elles et les CPAM et renforcer les liens et l'échange d'informations entre DDASS et DRASS.

Au niveau **régional**, il semble particulièrement crucial de favoriser l'articulation du programme CLIC avec les nouvelles procédures régionales de développement des réseaux de santé, pour éviter la superposition de dispositifs parallèles ayant les mêmes objectifs d'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes âgées. Ce d'autant plus que le projet de réforme de la loi de 1975 sur

---

<sup>32</sup> A l'horizon 2020, le schéma national des services collectifs sanitaires prend comme scénario le plus plausible une augmentation de 40% des plus de 65 ans et de 20% du nombre de personnes dépendantes.

<sup>33</sup> Cet effet est lié au fait qu'au même âge, les générations successives se comportent différemment ; de ce point de vue, il est probable que les générations futures de personnes âgées auront une demande de santé encore supérieure à celle des aînés actuels, car elles auront eu tout au long de leur vie un accès au soins et au progrès de la médecine sans restriction financière.

les institutions sociales et médico-sociales risquent de compliquer les choses : en effet ce projet veut insérer dans le Code de la Famille et de l'Aide Sociale un article 262-15 concernant « les réseaux sociaux et médico-sociaux coordonnés ». Ces réseaux auraient pour objet d'« assurer une meilleure orientation des personnes concernées, de favoriser la coordination et la continuité des prises en charge et des prestations qui leur sont dispensés en établissement ou à domicile, en organisant des filières adaptées » ; ils pourraient dans des conditions précisées par voie réglementaire « associer des établissements de santé, des professionnels de santé libéraux ou des collectivités publiques ou leurs établissements ». La convention constitutive du réseau social et médico-social serait « transmise aux autorités mentionnées à l'article 263-3 » (président du Conseil Général et/ou Préfet). Aucun élément de financement de tels réseaux n'est par ailleurs mentionné dans ce projet de réforme de la loi de 1975.

## **3 - PROPOSITIONS**

### **3.1 DEMARCHE D'EVALUATION D'UNE COORDINATION GERONTOLOGIQUE DE PROXIMITE SITE D'UN « CLIC »**

**L'Etat a la mission régalienn e d'évaluer et de contrôler** la pertinence et l'efficience des programmes mis en œuvre au service de ses politiques de santé publique. Quelque soit la politique publique, le décret n° 98-1048 du 18 novembre 98 affirme d'ailleurs la nécessité d'en évaluer son efficacité en comparant ses résultats aux objectifs assignés et aux moyens mis en œuvre.

**Or, il n'y a pas dans la circulaire du 6 juin 2000 de procédure envisagée pour évaluer les sites CLIC.** Cependant la DGAS au cours des réunions interrégionales de l'automne 2000 a reconnu la nécessité d'une démarche d'évaluation déjà à deux titres :

- réalisée courant 2001 auprès des sites pilotes, elle pourrait faire évoluer le cahier des charges référent national pour la campagne 2002,
- elle pourrait ensuite donner un outil méthodologique dès fin 2001 aux comités de pilotage institutionnels locaux pour « labelliser CLIC » les coordinations gérontologiques conformes au cahier des charges national, évaluées après un certain délai de fonctionnement financé.

A noter que la circulaire DGS/DAS/DH/DSS du 25 novembre 1999 a bien défini la démarche d'évaluation comme une des conditions à laquelle tout réseau de santé sanitaire ou social doit adhérer pour se développer dans la qualité et prétendre à un financement Etat.

Une coordination gérontologique est de fait un réseau de santé de proximité et devrait pouvoir bénéficier des concepts d'évaluation définis pour les réseaux sanitaires.

De plus, quelques réseaux gérontologiques de proximité ont déjà fait par le passé l'objet d'une évaluation externe, en particulier les expériences financées par la CRAM Rhône-Alpes sur la base du cahier des charges de la circulaire CNAVTS d'avril 1993.

**Des recommandations peuvent alors être proposées pour mettre en place une démarche d'évaluation d'un site CLIC,** en se basant sur les aspects conceptuels et sur les résultats de la procédure déjà expérimentée.

### **3.1.1 Aspects conceptuels et méthodologiques de l'évaluation**

#### ***Définitions générales proposées par l'école canadienne***

Pour A.P. CONTANDRIOPOULOS de l'Université de Montréal, « **évaluer consiste à porter un jugement de valeur sur une intervention, en mettant en œuvre un dispositif permettant de fournir des informations scientifiquement valides et socialement légitimes, de façon à ce que les différents acteurs concernés soient en mesure de prendre position sur l'intervention et de construire un jugement qui puisse se traduire en actions** ».

Les informations produites par une évaluation peuvent résulter :

- de la comparaison entre des observations et des normes : **évaluation normative**,
- d'une démarche scientifique qui vise à mesurer ce qui a été produit par rapport aux objectifs posés et à comprendre comment et pourquoi : **recherche évaluative**.

Une **intervention** est définie par la même école comme « un système organisé d'actions visant, dans un environnement donné et une période de temps déterminée, à modifier le cours prévisible d'un phénomène pour corriger une situation problématique ».

Tout système organisé d'actions peut se décrire à partir de cinq composantes :

- une structure physique et organisationnelle,
- des acteurs, avec leurs représentations et leurs pratiques,
- des processus d'action,
- des finalités,
- un environnement.

#### ***Les finalités de l'évaluation***

Les finalités officielles de l'évaluation sont de quatre ordres :

- **stratégique** : aider à la décision et à la planification,
- **formative** : fournir de l'information pour améliorer l'intervention en cours,
- **sommative** : déterminer les effets d'une intervention pour décider s'il faut la maintenir, la transformer ou l'arrêter,
- **fondamentale** : contribuer à l'avancement des connaissances sur le type d'intervention et à la production de normes.

#### ***Les cinq questions préalables à l'évaluation d'un réseau***

L'ANAES recommande avant toute tentative d'évaluation d'un réseau de santé de se poser cinq questions. Les réponses apportées doivent permettre de décider de l'orientation et de la faisabilité de l'évaluation.

- **Quand évaluer ?**

Les réseaux sont des entités en construction permanente, ce qui constitue une des difficultés de leur évaluation.

*Françoise SIMONET - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique - 2001*

L'ANAES recommande d'évaluer un réseau à différentes périodes : avant son lancement, lors de sa montée en charge, en période de stabilité, en période de changement. Ainsi à la question suivante « quoi évaluer ? », la réponse variera suivant le moment de l'évaluation.

- **Quoi évaluer ?**<sup>34</sup>

L'évaluation de la **structure** doit s'entendre dans le cas d'un réseau comme l'évaluation de sa structuration : degré de mobilisation des acteurs, pertinence de la composition du réseau, de son implantation, de ses objectifs, au regard des besoins de santé de la population cible. L'évaluation structurelle est possible avant le lancement d'un réseau, puis tout le long de son existence.

Les **processus** évaluables dans un réseau concernent les modalités de prise en charge des personnes ciblées et l'organisation du réseau. Cette évaluation est dominante et souvent la seule possible en phase de montée en charge ou de changement.

Les **résultats** peuvent être évalués en terme d'efficacité, dont la satisfaction des usagers et des professionnels, et en terme d'efficience. Cette évaluation est possible dans les phases de relative stabilité du réseau, sous réserve de la disponibilité d'indicateurs pertinents.

- **Pourquoi et pour qui évaluer ? Qui évalue ?**

Le « pourquoi » renvoie aux finalités générales de l'évaluation, décrites ci-dessus.

Le « pour qui » renvoie aux commanditaires de l'évaluation et détermine la réponse à « qui ».

Classiquement il est distingué **l'évaluation interne** ou auto-évaluation, à but formatif ou parfois fondamental, qui se place du point de vue des acteurs, et **l'évaluation externe**, à but sommatif ou stratégique, qui est réalisée pour les financeurs ou les autorités de tutelle.

A noter que l'évaluation interne peut également être demandée annuellement par les financeurs. L'évaluation externe est réalisée dans le cas des réseaux expérimentaux SOUBIE après une période de recul de trois ans.

L'évaluation interne a besoin d'un soutien méthodologique (cadre d'analyse, type de recueil et de traitement des données,...) alors que l'évaluation externe est un travail d'experts. Il peut être mis en place un comité de pilotage de l'évaluation, interface entre l'évaluation interne et l'évaluation externe.

- **Avec quels moyens évaluer ?**

L'évaluation a un coût et nécessite des moyens humains, matériels et financiers. Il est essentiel pour l'ANAES que les promoteurs et les financeurs du réseau prévoient le financement de l'évaluation en même temps que celui du réseau.

- **De quel système d'information dispose le réseau pour permettre l'évaluation ?**

En particulier l'évaluation sera facilitée si les documents utilisés en routine dans le fonctionnement et la coordination du réseau (dossiers de l'utilisateur, résumés des réunions, tableaux de bord d'activité, ...) sont de bonne qualité.

### ***Les six dimensions de l'évaluation d'un réseau de santé***

---

<sup>34</sup> Voir en Annexe 2 les indicateurs de structure, de processus et de résultat proposés pour l'évaluation d'un réseau de soins.

L'évaluation d'un réseau devrait permettre de répondre pour l'ANAES à six questions d'égale importance :

- le réseau **atteint-il ses objectifs** ?
- quelle est la **qualité des processus** mis en œuvre et **des résultats** atteints ?
- les **personnes** prises en charge sont elles **satisfaites** ?
- quel est **l'apport spécifique de l'organisation en réseau** dans le degré d'atteinte des objectifs, la qualité des processus et des résultats ?
- quels sont les **coûts** engendrés par le réseau ?
- quels sont les **effets indirects**, positifs et négatifs, induits par le réseau ?

### ***Une mise en œuvre de l'évaluation en trois temps***

Pour pouvoir répondre aux questions ci-dessus, l'ANAES conseille de procéder en trois temps dans la construction d'un dispositif d'évaluation :

- **Première étape : la documentation.**

Il s'agit de rechercher les sources d'informations qualitatives et quantitatives disponibles au niveau du réseau. Le système d'informations utiles à la coordination du réseau est une source importante, même si ce n'est pas son objectif premier.

- **Deuxième étape : la mesure et l'analyse.**

Ce temps est celui de l'évaluation faite en interne de manière continue et si possible dès le démarrage de l'activité du réseau. Les six questions à explorer peuvent être recentrées sur trois dimensions : processus et résultats de la prise en charge, satisfaction des usagers et des professionnels, efficience économique.

Il est conseillé de ne pas envisager une pléthore d'indicateurs, mais de choisir dix descripteurs permettant de mesurer de façon simple, variée et pertinente la réalité complexe de l'intervention du réseau.

- **Troisième étape : la construction et le calcul du niveau des indicateurs.**

Ce temps est souvent celui de l'évaluation externe, réalisée à moyen terme pour avoir assez de recul. C'est souvent un organisme extérieur spécialisé qui est engagé pour la réaliser. Il serait idéal qu'il puisse être associé dès le début pour travailler à la méthodologie d'évaluation et concilier les attentes des financeurs ou commanditaires avec les souhaits des promoteurs. Cette association en amont permettrait de configurer au mieux le système d'informations nécessaire.

### **3.1.2 Expériences d'évaluation de coordinations gérontologiques de proximité déjà réalisées**

Le CPDG dès le début des années 1990 a travaillé à l'élaboration d'une méthodologie d'évaluation socio-économique de la coordination en gérontologie, « recherche évaluative appliquée » entreprise sur la demande initiale de la Fondation de France impliquée dans le soutien de projets de terrain.

Cette méthodologie a été mise en œuvre en 1996 et 1997 dans le cadre de l'évaluation de coordinations gérontologiques de proximité, financées pendant deux ans par la CRAM et le Conseil Régional de la région Rhône Alpes sur la base de la circulaire CNAVTS d'avril 1993.

L'évaluation des sites expérimentaux par le CPDG a comporté cinq objectifs principaux :

- analyse des objectifs et du processus de mise en œuvre de la coordination,
- mesure du coût de la coordination,
- mesure de l'efficacité de la coordination (modification des trajectoires de la personne âgée et conséquences en matière d'aides et de soins, satisfaction des usagers),
- mesure des impacts (emplois, coordination institutionnelle,...),
- analyse de la propension à payer la coordination.

**Il ressort déjà en première analyse que ce protocole n'a pu être que partiellement réalisé, en raison de la lenteur de mise en route de certains projets et de la difficulté soulignée de certains professionnels à accepter une évaluation, pratique peu courante dans le domaine médico-social.**

Cependant des enseignements essentiels peuvent être retirés de cette évaluation, ci-après résumés.

### ***La nécessité de bien clarifier et hiérarchiser les finalités du réseau grâce à l'étude préalable des besoins et à la formalisation des partenariats***

Pour des raisons diverses, certaines expériences ont fait passer d'autres objectifs (comme la création préalable de services) avant celui de la coordination de proximité tel que défini dans la circulaire CNAVTS (efficacité accrue des moyens existants au service de la prise en charge globale des besoins de la personne). De plus, faute de s'entendre au sein du réseau sur les besoins de la population ciblée, certains promoteurs ont affiché soit des objectifs ultra-généraux, soit une multitude d'objectifs.

Cela a donc rendu difficile l'évaluation des réseaux concernés.

L'étude des besoins de la population ciblée et leur reconnaissance par tous les partenaires locaux sont apparus des préalables indispensables à la définition d'objectifs partagés, clairs et hiérarchisés.

De même, l'établissement d'un lien formalisé entre les professionnels, en particulier l'adhésion écrite à une charte ou la passation de conventions de collaboration, semble contribuer à une meilleure clarification et appropriation des objectifs au sein du réseau.

### ***L'échelle d'apprentissage de la coordination gérontologique***

**L'analyse des processus** par le CPDG a porté en particulier sur les indicateurs<sup>35</sup> de cohérence et d'interactivité au sein des coordinations gérontologiques.

---

<sup>35</sup> Voir en Annexe 2 les indicateurs de structure, de processus et de résultat proposés pour l'évaluation d'un réseau de soins.

Il ressort que la coordination permet d'aller vers une « croyance commune » qui lie les acteurs au réseau de coordination gérontologique. Ces données d'évaluation sur les sites de la région Rhône Alpes ont été confirmées par l'évaluation d'autres coordinations sur le territoire national par le CPDG. Cet apprentissage collectif s'inscrit dans le temps et selon une progression par étapes. Cinq dimensions ont été identifiées et l'analyse théorique du CPDG a permis de déterminer **une séquence ordonnée des dimensions de cet apprentissage professionnel collectif** :

- 5-mise en place d'outils communs
- 4-accroissement de la culture gérontologique commune
- 3-amélioration de la circulation de l'information
- 2-instaurer d'une collaboration effective entre les professionnels
- 1-connaissance des complémentarités et clarification de la répartition des compétences

Il s'agit d'une échelle de Guttman, avec progression des niveaux inférieurs vers les supérieurs, sans proportionnalité des intervalles. Les fonctions de coordination de niveau supérieur dépendent de l'acquisition des fonctions de niveau inférieur.

Ceci reflète bien **l'importance du facteur temps** dans l'organisation des liens au sein de tout réseau.

A noter que pour les indicateurs de globalité et de cohérence, l'implication d'un hôpital dans le réseau a été un atout pour favoriser l'implication des médecins libéraux et des paramédicaux.

### ***Un coût de coordination et une productivité difficiles à mesurer***

Le CPDG a tenté dans cette évaluation de mesurer le coût de la coordination gérontologique.

Seuls les coûts directs ont été chiffrés. Ils se répartissent entre les investissements et le fonctionnement propre de la cellule de coordination.

Les investissements ont été chiffrés entre 70 000 et 90 000 francs par an (aménagement des locaux et achat de matériel).

Les coûts de fonctionnement ont été estimés entre 230 000 et 260 000 francs par an et correspondaient en grande partie aux salaires des personnels rémunérés par la coordination.

Les coûts indirects n'ont pas été valorisés et étaient représentés par le temps de concertation des acteurs du réseau gérontologique, non rémunéré.

Dans des études antérieures, le CPDG a valorisé le coût moyen de la coordination gérontologique à 25 francs par jour et par personne prise en charge (avec l'hypothèse de 210 jours de travail effectif par an). Ce coût représentait la dépense à couvrir pour faire disposer la personne âgée d'un ensemble concerté et formalisé d'aides et de soins.

Le CPDG a tenté d'estimer les gains de productivité générés pour les professionnels impliqués, en utilisant un questionnaire : 58% des acteurs répondants ont estimé que le temps de coordination leur permettait par ailleurs de gagner du temps dans leur propre activité.

***Une mesure de l'efficacité de la coordination gérontologique limitée  
et une interprétation difficile de la satisfaction des usagers***

**Du fait d'un manque de clarification des objectifs dans les coordinations gérontologiques évaluées, la mesure de l'efficacité des réseaux a été rendue difficile.** De plus le système d'informations disponible était limité aux dossiers individuels des personnes disponibles sur site et le CPDG sur cette base a dégagé les simples descripteurs suivants de l'activité du réseau :

- les délais d'élaboration et de mise en œuvre des plans d'aides,
- l'adéquation entre le plan d'aides préconisé et réalisé,
- l'homogénéité des plans d'aides.

Il ressort de l'analyse de ces descripteurs :

- des délais très variables d'élaboration et de mise en œuvre des plans d'aides, qui témoigne de l'absence de routine et de procédures mises en place alors dans les coordinations évaluées,
- une bonne adéquation entre le plan d'aides proposé et les aides réellement mises en place dans le mois suivant, ce qui peut être interprété comme une bonne connaissance et coordination du dispositif d'offre locale ou comme une meilleure acceptation par la personne âgée du plan grâce au temps d'échange et de négociation entre elle et les professionnels,
- une hétérogénéité des plans d'aides et des réponses aux besoins, reflet pour le CPDG de la difficulté dans le secteur médico-social d'adopter une logique de filière, l'objectif des professionnels de la coordination étant d'accompagner au mieux la personne dans la réalisation de sa propre trajectoire plutôt que de définir une trajectoire idéale.

**La faiblesse de la culture de l'évaluation dans le secteur médico-social et social** et le manque de développement du système d'informations sur les sites évalués ne permettaient pas d'envisager alors sur le territoire et la population âgée ciblés la mise en place et la mesure au cours du temps d'indicateurs tels que :

- le nombre et la durée d'hospitalisations non programmées,
- la durée moyenne des hospitalisations programmées,
- la consommation de soins.

**La mesure de la satisfaction de l'utilisateur** a également été tentée par la réalisation d'entretiens avec les personnes âgées prises en charge dans le cadre des coordinations et avec leurs familles.

Le CPDG en souligne les difficultés :

- la coordination est peu "visible" pour l'utilisateur, seul le dispositif d'aides est apprécié,
- la mesure de l'évolution de la satisfaction suite à l'intervention de la coordination sur une échelle analogique graduée de 1 à 10 en est rendue aléatoire.

Il se dégage néanmoins de l'enquête une appréciation positive car 75% des usagers interrogés ont donné une note de satisfaction plus élevée après la prise en charge par la coordination qu'avant.

***Des impacts faibles en matière d'emplois et de coordination institutionnelle***

Le soutien financier par la CRAM et le Conseil Régional Rhône-Alpes des coordinations gérontologiques de proximité a permis la création de postes de coordinateurs et de secrétaires. Ces postes ont rarement pu être maintenus après l'arrêt des subventions, ce qui souligne à nouveau la nécessité de financement pérenne.

La coordination institutionnelle locale est a priori restée faible.

### ***Une approche de la propension à payer***

Face à la question de savoir qui doit payer la coordination, le CPDG a réalisé une enquête postale auprès des financeurs habituels ou potentiels des sites évalués. Le taux de réponse de 15% a interdit toute généralisation mais a donné une première approche, biaisée par la période de l'enquête correspondant au moment de la mise en place de la PSD.

Il a été demandé aux enquêtés combien ils étaient prêts à payer dans l'hypothèse où la coordination avait un coût moyen de 25 francs par jour et par personne.

**Il ressort de cette approche que les Conseils Généraux, la CRAM, les Communes et l'Etat étaient prêts à assurer le financement de la coordination mais à titre partagé ;** par contre, les usagers, les prestataires de service et les caisses de retraite ne se percevaient pas comme des financeurs légitimes de la coordination gérontologique. On peut rapprocher ces premiers résultats datant de 1997 de la circulaire de juin 2000, où les financeurs sollicités aux côtés de l'Etat pour la mise en place des CLIC sont ceux exprimant dans cette enquête sur quelques sites la plus forte propension à payer.

### **3.1.3 Recommandations pour l'évaluation d'une coordination gérontologique de proximité site d'un CLIC**

La DGAS a décidé fin 2000 de faire réaliser courant 2001 une évaluation externe des 25 sites pilotes CLIC, dans une finalité sommative ; les modalités de cette évaluation et le prestataire en charge ne sont pas encore définis.

Il paraît fondamental en amont de confronter les spécificités des réseaux que sont les coordinations gérontologiques de proximité devenues ou allant devenir CLIC aux concepts de l'évaluation et aux résultats de l'évaluation expérimentée par le CPDG, pour aider à construire une démarche d'évaluation adaptée, tant en termes d'auto-évaluation propre à chaque CLIC qu'en termes de procédure externe.

***Plutôt recherche évaluative qu'évaluation normative, la démarche d'évaluation aujourd'hui d'un réseau de santé de proximité doit être basée sur le bon sens***

La **recherche évaluative** impose l'élaboration d'une démarche scientifique longue, ambitieuse et coûteuse. En France, le champ de la recherche sur le système de santé doit encore se développer et

l'ANAES affirme que « l'évaluation des réseaux de santé ne pourra pas s'appuyer d'emblée sur un ensemble préexistant de méthodes et d'indicateurs validés ; elle devra les construire progressivement dans une véritable démarche de recherche évaluative ». Le facteur temps est particulièrement à prendre en compte en gérontologie, compte tenu de la faiblesse de la culture d'évaluation dans le domaine médico-social et de la sous-dotation financière de ce secteur de la santé.

**L'évaluation normative** d'un « réseau de santé publique gérontologique de proximité » tel que le constitue une coordination gérontologique site d'un CLIC est donc impossible, en l'absence de normes ou de référentiels sur la structure, les processus et les résultats attendus d'un CLIC. A minima, il existe des cahiers des charges de référence, tels que contenus dans la circulaire CNAVTS d'avril 1993 ou la circulaire CLIC du 6 juin 2000 ; ces textes sont conçus comme un cadre souple et indicatif, et ne prétendent pas fixer des critères permettant la comparaison entre des observations et ceux-ci.

Plutôt recherche évaluative appliquée qu'évaluation normative, la démarche d'évaluation d'un réseau de santé gérontologique de proximité doit aujourd'hui avant tout être basée sur le bon sens. En s'appuyant sur des principes clairs, comme la « règle des 5-6-3 »<sup>36</sup> de l'ANAES, elle doit déterminer quoi et quand évaluer, définir des préalables indispensables et proposer des indicateurs opérationnels et pertinents.

### ***Evaluer d'abord les processus, se donner du temps pour construire l'évaluation des résultats***

L'ANAES conseille d'évaluer un réseau de santé en termes de :

- **structure**, à tout moment du cycle de vie d'un réseau, même avant son démarrage,
- **processus**, en particulier en phase de montée en charge ou de changement de configuration,
- **résultats**, en phase de stabilité du réseau.

Les perspectives d'évolution d'une coordination gérontologique de proximité lors de son passage à la forme CLIC incitent donc à **recommander de focaliser la démarche d'évaluation dans un premier temps sur des indicateurs de processus** tels que la cohérence, l'interactivité, la globalité, la continuité et l'adaptabilité du CLIC ; elle pourra aussi porter sur des indicateurs de structure, mais de manière secondaire car la plus-value d'un CLIC se situe plus dans l'organisation du fonctionnement en réseau.

L'évaluation des **résultats** du CLIC en termes d'acceptabilité, d'efficacité et d'efficience ne devrait être réalisée **qu'après un certain délai de fonctionnement** ; en effet la difficulté d'appréciation par le CPDG des résultats des sites financés par la CRAM Rhône-Alpes provenait en partie de la trop grande précocité de la démarche, « certains projets se situant encore dans une phase de montée en charge ». Ce délai dans le cas de l'évaluation externe des réseaux SOUBIE du CSS est fixé à trois ans et on peut recommander de ne pas vouloir le réduire à moins d'un an, tant pour l'auto-évaluation

---

<sup>36</sup> Règle des 5-6-3 de l'ANAES pour l'évaluation d'un réseau de santé : 5 questions préalables, 6 dimensions à explorer, 3 temps dans la construction du dispositif.

que pour l'évaluation externe d'un CLIC. Ce temps pourrait utilement être consacré à la définition d'indicateurs de résultats concrets, validés et acceptés par tous les acteurs du réseau gérontologique concerné.

### ***Les préalables pour construire la démarche d'auto-évaluation d'un CLIC***

Les enseignements de l'expérience d'évaluation menée par le CPDG conduisent à recommander aux promoteurs les points suivants comme préalables indispensables à la construction d'une démarche d'évaluation interne d'un CLIC :

- **respecter « l'échelle d'apprentissage de la coordination gérontologique »** déterminée par le CPDG dans la dynamique d'échanges et de construction du réseau de proximité,
- **bien s'entendre au sein du réseau sur la population d'usagers ciblée** et le territoire d'intervention : ensemble des 60 ans et plus ou sous-population des 75 ans et plus ?, cantons ou bassins de vie concernés ?,
- **clarifier les finalités et objectifs poursuivis par le CLIC** au regard des besoins reconnus de la population âgée ciblée : accompagnement du vieillissement et/ou prévention de la dépendance et/ou prise en charge de la dépendance ? Pérennisation du maintien à domicile et/ou facilitation du retour à domicile ? Approche globale de la personne âgée, sociale et sanitaire ?,
- **obtenir le consensus et l'adhésion de l'ensemble des acteurs sur la population ciblée et les objectifs du réseau**, puis les formaliser par l'élaboration et la signature d'une **charte** (convention écrite d'objectifs) ; tout nouveau membre du réseau devra s'engager dans la charte,
- **formaliser les partenariats** par l'élaboration et la signature de conventions de collaboration,
- **intégrer la conception de la démarche d'évaluation à l'élaboration du projet CLIC** : sensibiliser les acteurs du réseau à la nécessité d'un dispositif d'évaluation, organiser des groupes de travail pour déterminer des indicateurs de résultats concrets et réserver un budget,
- **concevoir et mettre en place des systèmes d'informations** facilitant les échanges entre les acteurs et le suivi de l'activité du réseau.

### ***Concevoir un double système d'informations en amont du démarrage du CLIC***

Dès la structuration du projet de CLIC, l'évaluation interne à but formatif devrait être prévue et budgétée par les promoteurs du projet et l'évaluation externe à moyen terme doit être anticipée. Ceci nécessite de réfléchir suffisamment en amont au sein du réseau sur la conception et la mise en place d'un double système d'informations :

- un système nécessaire au fonctionnement du réseau et à son interactivité,
- un système pour évaluer en continu l'activité et la plus-value apportés par le CLIC.

**Le système d'informations utile à la coordination des professionnels fédérés par le CLIC** devrait permettre à chaque acteur d'accéder, de préférence sur support informatique sécurisé, aux

informations essentielles pour intervenir auprès d'un usager, de connaître à tout moment le plan d'aides et de soins déjà mis en œuvre pour celui-ci et de mettre à jour en temps réel le dossier de la personne. Les exigences de la CNIL en termes de confidentialité des données médicales devront être intégrées lors de la conception de ce premier système d'informations. Des procédures seront à élaborer pour s'assurer du recueil régulier et exhaustif des informations, de leur fiabilité, de leur traçabilité (qui a renseigné ? quand ?) et de leur sécurisation.

**Le système d'informations pour le suivi de l'activité du réseau** ne doit pas être confondu avec le précédent : même si la qualité de ce dernier peut concourir à répondre aux questions de l'évaluation interne et externe, ce n'est pas son but principal. Le deuxième système d'informations doit s'attacher à répertorier et à suivre dans la durée les témoins de l'activité du réseau ainsi que les indicateurs de résultats choisis et acceptés par tous les membres du réseau.

Dans l'idéal et nonobstant du coût généré, le cabinet de consultants choisi par la tutelle pour l'évaluation externe à moyen terme devrait être associé à la configuration de ce système d'informations dédié à l'auto-évaluation, afin de favoriser la synergie et l'interfaçage entre ces deux évaluations.

### ***Propositions de quelques indicateurs de processus et de résultats concrets en vue de l'évaluation interne et externe d'un CLIC***

Ces propositions ne sont bien sûr qu'indicatives, modestes et non validées, en regard des travaux méthodologiques déjà menés par le CPDG et du programme d'évaluation du BICG de Lunel réalisé par l'équipe INSERM du Dr COLVEZ.

**L'évaluation des processus** pourrait s'attacher en première approche à l'analyse des items suivants :

- *cohérence* du CLIC : existence d'une charte écrite d'objectifs, nombre et qualité de ses signataires ; nombre de conventions de collaborations et type de partenaires engagés ; mise en place d'outils communs de prise en charge d'un usager au sein du réseau,
- *interactivité* : nombre de réunions de coordination et acteurs participants ; existence d'un système d'informations dédié à la coordination des acteurs autour de chaque usager,
- *globalité* : existence et nombre de professionnels multidisciplinaires dans le réseau fédéré par le CLIC, tant du secteur social que médico-social et sanitaire ; implication des acteurs tant dans la prévention des effets du vieillissement que dans la prise en charge de la dépendance,
- *continuité* : existence de fiches de liaison et fréquence de leur utilisation entre le CLIC, les acteurs ambulatoires et les acteurs hospitaliers ou EHPAD ; possibilité pour chaque acteur d'accéder sur support informatique sécurisé aux plans d'aides et de soins en cours pour chaque usager et de mettre à jour les informations en temps réel,
- *adaptabilité* : capacité et existence de protocoles de prise en charge des cas particuliers urgents.

**L'évaluation de l'activité et des résultats** ne pourra être mise en place qu'après l'obtention d'un consensus interne au réseau, par des réunions de concertation pluridisciplinaires successives, sur les témoins d'activité et les indicateurs de résultats à répertorier et à suivre. Le temps de concertation ne devrait néanmoins pas dépasser quelques mois, afin de permettre une première mesure interne au bout d'un an de fonctionnement par exemple.

Les *témoins de l'activité du réseau* pourraient être les suivants :

- compte rendus des réunions de coordination,
- chiffrage sur une période de temps déterminée (par ex. trimestre) du nombre de personnes âgées ayant contacté le CLIC,
- chiffrage sur la même période de temps du nombre de contacts où une action (et laquelle) a été engagée,
- pour chaque usager, chiffrage du volume d'aides et de soins apportés, en répartissant les usagers en fonction de leur niveau de dépendance estimé.

Les *indicateurs de résultats* concrets pourraient être en termes d'*acceptabilité* une enquête annuelle de satisfaction des usagers voire des professionnels du réseau ; en termes d'*efficacité*, les indicateurs suivants pourraient être mis en place, en travaillant avec le comité régional des réseaux et l'appui de l'URCAM pour les deux derniers :

- suivi annuel de la distribution d'aides et de soins ciblée sur les personnes lourdement dépendantes et évolution de celle-ci au cours du temps,
- évolution annuelle de la consommation de soins médicaux et paramédicaux de la population âgée ciblée sur la zone d'intervention du CLIC, à comparer aussi à la même consommation sur un bassin gérontologique non couvert par un CLIC servant de zone témoin,
- suivi annuel des taux d'hospitalisation voire de la durée moyenne de séjour hospitalier des personnes âgées prises en charge par la coordination, à comparer aux mêmes indicateurs pour la même population sur l'ensemble du territoire couvert par le CLIC voire avec une zone témoin.

### **3.2 LE MEDECIN INSPECTEUR DE SANTE PUBLIQUE, UN ROLE A DEVELOPPER DANS LE CHAMP GERONTOLOGIQUE ET LA MISE EN PLACE DES CLIC**

Le médecin inspecteur de santé publique (MISP) est un agent des services déconcentrés de l'Etat chargé d'animer sur le terrain la mise en œuvre de la politique de santé publique décidée par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité et de contribuer au contrôle et à l'évaluation de celle-ci.

Ses compétences techniques généralistes et sa compréhension tant du fonctionnement du monde de la santé que des enjeux des politiques sanitaires et sociales menées par l'Etat doivent lui permettre d'intervenir aussi bien dans le domaine sanitaire que dans le domaine social et médico-social.

**Aussi dans le cadre de la mise en œuvre de la nouvelle politique vieillesse globale, le MISP en complémentarité avec l'IASS peut contribuer à améliorer la prise en charge sanitaire et sociale**

**des personnes âgées, développer un rôle d'interface entre les décideurs institutionnels et les acteurs gérontologiques sur le terrain pour animer par exemple la mise en place des CLIC.**

### **3.2.1 Améliorer la prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées**

#### ***Contribuer à identifier les besoins quantitatifs pour mieux planifier l'offre***

Comme dans toute démarche de planification, l'adaptation en nombre de l'offre gérontologique de services sanitaires et sociaux doit passer par un préalable indispensable : la connaissance de la population âgée cible et l'appréciation de ses besoins.

Par région et par département, l'élaboration de PRS personnes âgées (comme en Ile de France, en Bourgogne et en Languedoc-Roussillon), des SROS gériatriques ou des schémas gérontologiques départementaux peut être l'occasion d'améliorer la définition des besoins quantitatifs en établissements et en services. L'évaluation des besoins en places d'hébergement ou de maintien à domicile telle qu'elle est pratiquée actuellement n'est en effet guère satisfaisante : elle se fonde sur des indices lits ou places rapportés à la population âgée de 60 ans et plus ou 75 ans et plus (cas des plans gérontologiques départementaux). Or il n'y a pas d'indice chiffré faisant consensus et la référence à un seuil d'âge est discuté, l'entrée en institution variant plutôt selon l'incapacité et la prise en charge à domicile de celle-ci.

Diverses approches alternatives ont été proposées : indices basés sur la population ayant atteint l'âge pour lequel il reste dix ans d'espérance de vie sans incapacité, études qualitatives analytiques reposant sur l'étude des facteurs d'entrée en institution. Il serait utile à l'évidence de bâtir des références communes dans ce domaine.

**Dans l'attente, le MISP peut contribuer à trouver des outils d'aide à la décision qui permettent localement d'anticiper sur l'évolution des besoins socio-sanitaires des personnes âgées** et de s'assurer de la couverture du territoire par une offre adaptée. Ces outils peuvent être élaborés en collaboration avec les services statistiques et informatiques des services déconcentrés ou de la CRAM, avec l'ORS, ou en lien avec la création "d'observatoires départementaux de la population âgée" déjà évoquée dans le chapitre 2.4.1 de ce mémoire.

Par exemple la région Languedoc-Roussillon a mis en place depuis 1994 une étude des besoins des personnes âgées au niveau régional permettant d'objectiver le besoin de places en EHPAD. Cette étude est basée sur un zonage INSEE résultant de l'agrégation de cantons selon des critères socio-économiques et de pouvoir d'attraction supposé ; sur l'Hérault elle distingue ainsi 22 zones géographiques, regroupées en 11 « bassins gérontologiques » en fonction de la densité de peuplement et de la proximité d'un hôpital local. Puis des projections démographiques sont réalisées pour appréhender dans chaque bassin l'évolution du nombre de personnes âgées (totales et dépendantes, en utilisant alors la grille de dépendance du Dr COLVEZ de l'INSERM de Montpellier). Cette étude est utilisée pour évaluer les écarts entre la capacité actuelle d'hébergement dans les maisons de retraite

recensées et le besoin en places, estimé dans chaque bassin comme le nombre de personnes âgées dépendantes lourdes actuelles<sup>37</sup>, et pour faire évoluer cette capacité.

Ce type d'étude pourrait être développée dans le futur pour adapter également l'offre de services de maintien à domicile, comme les places en SSIAD ou éventuellement les capacités de prise en charge des personnes âgées par les services d'aide à domicile, par les accueils de jour et l'hébergement temporaire.

**En matière de coordination gérontologique, l'adaptation quantitative de l'offre en structures et services sollicite les compétences du binôme MISP/IASS** et nécessite de développer les places de SSIAD, les équipes mobiles de gériatrie, la médicalisation des EHPAD et les capacités de soins des hôpitaux locaux, pour favoriser le maintien à domicile tant que celui-ci est possible et garantir une prise en charge adaptée en institution sanitaire ou médico-sociale ensuite. Il s'agit aussi de développer la mise en place des CLIC à partir des coordinations gérontologiques de proximité existantes.

La démarche de planification doit par ailleurs se soucier de réduire les inégalités d'accès aux soins et aux services par un maillage adapté de chaque zone, en prenant en compte les spécificités sociales, économiques et culturelles des territoires. En l'absence actuelle de « carte médico-sociale » par référence à la carte sanitaire, ce maillage doit être pensé dans le contexte du développement de la territorialisation des politiques publiques, avec la mise en place des contrats de ville et la promotion des "pays" comme territoire d'action de proximité pertinent. Cela implique de la part des agents des services déconcentrés de l'Etat la capacité de mobiliser les différents partenaires des collectivités territoriales concernées.

### ***Aider à renforcer la qualité des prises en charge***

La filière sanitaire de prise en charge des personnes âgées ne permet encore pas ou peu de prévenir l'entrée dans la dépendance, alors que des recommandations ont été faites par les CNS 1999 et 2000 pour favoriser le dépistage du vieillissement pathologique tant en ambulatoire que lors d'une hospitalisation ou d'un passage aux urgences. **Le MISP peut rappeler les spécificités des personnes âgées lors de la mise en oeuvre des SROS 2** pour renforcer la qualité des prises en charge en établissement de santé :

- nécessité d'une prise en charge globale médico-psycho-sociale,
- survenue fréquente de pathologies aiguës sur fond de pathologies chroniques, susceptibles d'entraîner une dégradation rapide de l'état de santé,
- risque de glissement fonctionnel et de désorientation lors de toute hospitalisation, en particulier après un passage par les urgences,
- difficultés du retour à domicile, en particulier si la personne est isolée ou dans un environnement socio-économique difficile.

Le MISP doit ainsi veiller à la mise en oeuvre des orientations de la circulaire DH/DGS du 16/11/99<sup>38</sup> :

---

<sup>37</sup> Selon la classification du Dr Colvez, les personnes âgées dépendantes lourdes sont les personnes confinées au lit ou au fauteuil (niveau de dépendance D1) et les personnes incapables de faire seules leur toilette et de s'habiller (niveau de dépendance D2).

<sup>38</sup> Circulaire DH-EO-AF2/DGS-SP1-SQ/DSS-1A/99/627 du 16 novembre 1999 relative à la campagne budgétaire pour 2000 des établissements sanitaires financés par dotation globale.

- examen des personnes âgées hospitalisées par un médecin compétent en gériatrie,
- mise en place de liens ville-hôpital et d'équipes mobiles de gériatrie dans chaque CHU,
- développement de centres d'évaluation gérontologique en réseau, avec des établissements de proximité de premier niveau et des centres experts de second niveau.

Pour pérenniser le maintien à domicile et retarder l'entrée en institution ou l'hospitalisation dans un contexte de crise, **le MISP dans le domaine médico-social peut contribuer à l'émergence des formules intermédiaires** telles que l'accueil de jour et l'hébergement temporaire permettant de soulager les "aidants naturels". Il peut également s'investir dans le **contrôle et l'évaluation de la qualité des services rendus, en particulier dans les EHPAD et les SSIAD**. Cette évaluation passe par différentes étapes :

- contrôle du respect de normes minimales de sécurité exprimées en termes de moyens et de taux d'encadrement (en cours d'élaboration au niveau national), lors des missions d'inspection sur site,
- diffusion et explicitation de l'outil d'auto évaluation proposé par la mission MARTHE,
- contractualisation dans le cadre de la réforme de la tarification des EHPAD et de la mise en œuvre du cahier des charges qualité de la convention tripartite.

Pour les CLIC, le MISP devra déjà s'atteler à la construction d'une démarche d'évaluation, en partenariat avec les promoteurs du projet.

En ce qui concerne les structures ou associations d'assistance au domicile des personnes âgées, il faut noter que les services de l'Etat délivrent un agrément qualité sur examen du dossier.

### **3.2.2 Développer un rôle d'interface entre les décideurs institutionnels et les acteurs gérontologiques sur le terrain**

#### ***Impulser l'animation d'un partenariat inter-institutionnel pour mieux piloter les politiques gérontologiques***

Face aux compétences encore éclatées entre plusieurs décideurs institutionnels dans le domaine de la planification et de l'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées, **le MISP et l'IASS des services déconcentrés peuvent initier une démarche de concertation et de coordination inter-institutionnelles**. Le premier objectif est de mettre en commun les informations détenues par chacun et d'aboutir à des diagnostics partagés, afin de pouvoir ensuite piloter les différentes politiques publiques en harmonie avec le cadre stratégique national.

La DRASS de la Région Rhône Alpes sur les thèmes de la mise en place des CLIC et de la qualité dans les EHPAD s'est ainsi lancée dans l'animation de groupes de travail impliquant DDASS, Conseils Généraux, ERSM et action sociale de la CRAM. Les réunions sont animées par un trinôme associant

un MISP, un IASS, et une conseillère technique aux questions des personnes âgées. La DRASS Rhône Alpes mène également sa réflexion en concertation avec la politique de promotion des réseaux de santé développée par l'ARH et l'URCAM.

D'autres régions comme l'Île de France dans le cadre de son PRS personnes âgées ou la région Provence-Alpes-Côte d'Azur ont également impulsé un processus de coordination des institutions. Ainsi depuis juin 2000 la DRASSIF pilote cinq groupes thématiques inter-institutionnels : un groupe « évaluation des besoins », un groupe « sécurité et qualité en EHPAD », un groupe « prévention de la dépendance », un groupe « maltraitance » et un groupe « coordination gériatrique » ; ce dernier a pour mission de dresser un état des lieux des plans gériatriques départementaux et de faire des recommandations pour la mise en place des CLIC, à travers un recensement des réseaux et des expériences de coordination existantes.

Ces démarches de concertation se veulent globales pour prendre en compte l'ensemble des problèmes sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la population âgée. Les DRASS concernées en assurent le soutien méthodologique (organisation des rencontres, proposition d'un cadre de travail, documents alimentant la réflexion, conduite des réunions, compte-rendus,...).

Dans ce cadre, le MISP, sans médicaliser à l'excès la dépendance, peut appuyer et crédibiliser la nécessité de prendre en compte son volet sanitaire dans les réunions qu'il anime ou auxquelles il participe. Le MISP peut aussi rechercher, synthétiser et expliciter les informations et documents utiles dans le champ de la gériatrie, tels qu'éléments du SROS portant sur les réseaux de soins gériatriques et la planification de l'offre sanitaire en matière d'hôpitaux locaux, schémas gériatriques départementaux, résultats de l'enquête HID et de l'enquête EHPA, PMSI et ses données sur les pathologies des personnes âgées, enquête annuelle sur la santé et les soins médicaux, procédures mises en place par les comités régionaux des réseaux déjà créés, etc.

**Pour assurer ensuite un pilotage cohérent des politiques publiques menées en faveur des personnes âgées, les agents des services déconcentrés pourront prochainement s'appuyer sur de nouveaux outils.**

*Dans le champ de la santé*, les propositions de réforme des réseaux dans le projet de loi de modernisation sanitaire et l'existence actuelle dans certaines régions de comités régionaux des réseaux (cf « CAP Réseaux » en Rhône-Alpes) peuvent aider à une mise en cohérence et à un réel décloisonnement des politiques publiques et des financements en faveur des coordinations gériatriques de proximité. Le MISP, par ailleurs en charge de la promotion et du développement d'autres réseaux de santé, est particulièrement bien placé pour inciter à l'articulation du programme CLIC avec les nouvelles procédures de développement des réseaux.

*Dans le champ médico-social*, le projet de réforme de la loi du 30 juin 1975 prévoit la mise en place d'une véritable planification médico-sociale, fondée sur des schémas pluri-annuels de 5 ans révisables, à l'instar des SROS. Ces schémas seront régionaux avec une transposition dans chaque département concerné, où il sera instauré une convention entre le Préfet et le président du Conseil Général pour « mieux coordonner les actions sociales et médico-sociales menées, notamment lorsqu'elles relèvent d'une compétence conjointement exercée ». Le MISP pourra utilement veiller à

l'articulation entre ces schémas médico-sociaux et les SROS 2 afin d'optimiser la globalité et la continuité de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées.

### ***Inciter les acteurs gérontologiques à travailler en réseau et leur apporter un appui technique***

Partenaire institutionnel, le MISP doit également être un interlocuteur privilégié des acteurs de terrain dans la mise en œuvre de la politique en faveur des personnes âgées, malgré la difficulté de concilier parfois ses missions d'« animateur » des politiques de santé publique avec celles d'« inspecteur » de leur mise en œuvre.

Ainsi en matière de développement des réseaux de santé de proximité gérontologiques que sont les CLIC, le MISP en complémentarité du IASS peut apporter en premier lieu informations et explications sur les différents dispositifs possibles pour obtenir reconnaissance et financements des projets. Ce **relais d'information** peut passer par la diffusion des textes juridiques de référence et par l'animation de réunions et d'ateliers-débats lors de chaque campagne annuelle CLIC dans les départements, sur le modèle des réunions interrégionales « sites pilotes CLIC » organisées fin 2000 par les DRASS et la DGAS.

Le MISP sur son territoire départemental ou régional doit aussi avoir un rôle actif dans l'organisation des échanges entre professionnels et dans la diffusion des expériences. **Cette valorisation et capitalisation des savoir-faire acquis** ailleurs peut être réalisée dans les réunions ou à travers les échanges informels que le MISP a sur le terrain avec les membres de réseaux gérontologiques existants, les responsables d'équipes mobiles de gériatrie, les hôpitaux locaux, les EHPAD,... Le MISP peut ainsi susciter la réflexion d'autres promoteurs et permettre aux porteurs de projets, actuels et à venir, de se contacter, de se rencontrer et d'échanger sur les facteurs clefs de la réussite de certains ou les écueils rencontrés par d'autres. Ce rôle de mobilisation des acteurs et de création de nouvelles dynamiques sur le terrain est d'ailleurs encouragé par la circulaire du 25 novembre 1999, qui enjoint aux services déconcentrés de provoquer si besoin « des réunions de concertation entre réseaux géographiquement proches ou prenant en charge des populations ou pathologies voisines ». Cette valorisation et capitalisation des expériences peut être également être amplifiée par la création d'une base de données sur support Internet au niveau régional, voire national, actualisée régulièrement pour rester opérationnelle.

Le MISP en coordination avec l'IASS peut aussi avoir un rôle de « facilitateur de projets », en apportant en amont son **expertise** et son **appui méthodologique** pour **aider les promoteurs à formaliser leur projet de CLIC, en particulier en termes d'objectifs.**

D'une part, le MISP doit s'assurer du bien-fondé du projet de réseau gérontologique en cours d'élaboration, en termes de réponse aux besoins de santé publique sur le territoire concerné, de partenaires prêts à s'impliquer et d'objectifs posés. Il peut intervenir pour recadrer la réflexion des acteurs, les aider à clarifier et à expliciter les objectifs pour les rendre plus opérationnels. Ce dernier point est particulièrement important car il conditionnera les résultats de l'évaluation : en effet, dans une démarche plutôt apparentée à la recherche évaluative appliquée, le jugement se fait par rapport aux objectifs globaux et spécifiques du projet.

D'autre part l'IASS peut apporter un éclairage aux promoteurs sur les différents cadres juridiques, sur les dispositifs de financement possibles et les partenaires institutionnels à solliciter, en l'aiguillant dans les démarches nécessaires.

Le binôme MISP/IASS peuvent l'orienter également sur le Comité régional des Réseaux, une fois le projet suffisamment fondé et formalisé.

Le MISP a de plus un rôle fondamental à jouer dans le processus **d'évaluation des projets**. L'évaluation est un outil de pilotage essentiel pour faire des choix éclairés entre des interventions et des programmes à l'efficacité et à l'efficience variables. Comme recommandé dans le chapitre 3.1.3, la conception de la démarche d'évaluation devrait être intégrée à la formalisation initiale des projets CLIC, et le MISP peut apporter son soutien méthodologique lors des réunions de concertation du réseau pour aider à définir des témoins pertinents de l'activité du CLIC, des indicateurs de processus et de résultats, en vue de l'auto-évaluation comme de l'évaluation externe ultérieure.

**Il faut souligner toutefois que les réflexions ci-dessus correspondent à une vision optimale du rôle des MISP et IASS et de la coordination au sein des services déconcentrés. De plus il faut rappeler que les priorités d'action des DRASS et DDASS relèvent du Directeur de la structure, orientant plus ou moins le travail au quotidien de ses agents, en particulier les MISP, en direction de l'animation et de l'évaluation de la politique gérontologique. On peut néanmoins compter sur une priorisation accrue de cet axe, compte tenu des enjeux de santé publique actuels et à venir en matière de prise en charge de la population âgée et de la nouvelle volonté de l'Etat de mettre en œuvre une politique vieillesse globale.**

## CONCLUSION

La circulaire du 6 juin 2000 relative à la mise en place des CLIC est le premier signal fort d'une nouvelle volonté politique face à cet enjeu majeur de santé publique représenté par la prise en charge des besoins d'une population de plus en plus âgée.

Elle marque également le **retour de l'Etat sur le thème de la coordination en gérontologie**, désinvesti et transféré à d'autres partenaires institutionnels depuis presque 20 ans. Dans l'intervalle, les expériences de coordination gérontologique se sont pourtant multipliées, en réponse à la « nécessité vécue » sur le terrain d'avoir une action plus efficace et plus cohérente auprès des personnes âgées et de rationaliser leur prise en charge médico-sociale.

En parallèle, dans le contexte de l'apparition du SIDA et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, **les réseaux de soins bénéficient depuis les années 1990 d'un intérêt et d'un soutien grandissant de la part des pouvoirs publics**, consacré par le cadre législatif de 1996.

Or, terme récurrent de l'action sociale vieillesse depuis 40 ans, **une « coordination gérontologique » sur le terrain est de fait un « réseau de santé de proximité »**, compte tenu de la similarité de leurs enjeux : place centrale de l'usager, transversalité des prises en charge et maîtrise des coûts.

**Ainsi, première perspective d'évolution, la mise en place des CLIC pourrait être l'opportunité d'atténuer le clivage sémantique entre les deux concepts et d'articuler, tant au niveau de la politique des pouvoirs publics qu'au niveau du terrain, l'approche « coordination gérontologique » avec les récentes évolutions des « réseaux sanitaires »**. Les coordinations gérontologiques pourraient alors bénéficier de l'ensemble des réflexions et moyens proposés pour les réseaux de santé, tant en termes de définition de projet, de procédures d'agrément et d'évaluation qu'en termes de financements potentiels.

La mise en place des sites pilotes CLIC sur la région Rhône-Alpes au travers des entretiens menés et des réunions observées permet également de dégager d'autres perspectives d'évolution de la coordination en gérontologie, tant sur le terrain qu'au niveau institutionnel.

Ainsi se dessinent les **perspectives suivantes pour la coordination gérontologique de proximité de Villeurbanne** retenue comme site pilote CLIC :

- une extension de la population âgée ciblée, avec le souhait de s'adresser à toute la population des 60 ans et plus, éligibles ou non à la PSD,
- une volonté d'évolution des finalités du réseau vers une approche globale de la personne âgée, sociale *et* sanitaire,
- le renforcement de ses missions opérationnelles,
- le déploiement de son réseau d'acteurs gérontologiques,
- une nouvelle exigence de formalisation des partenariats,
- l'évolution d'une "coordination processus" vers une "coordination structure",

- le développement du système d'informations et de communication,
- et la création d'un cadre d'évaluation de la performance du réseau.

Ces perspectives d'évolution sur le terrain auront d'autant plus de chances de se concrétiser que par ailleurs, la mise en place du dispositif CLIC peut **impacter favorablement la coordination institutionnelle des décideurs et financeurs. Ainsi sur la région Rhône-Alpes s'ébauchent les perspectives suivantes :**

- la capitalisation et la mutualisation des savoir-faire, en particulier issus des actions menées jusqu'alors par l'action sociale de la CRAM et les Conseils Généraux,
- le décloisonnement des administrations par un travail de concert favorisant l'apprentissage d'une culture gérontologique commune,
- l'unification des procédures d'instruction et d'agrément des coordinations gérontologiques au niveau départemental, avec la réflexion sur la mise en place d'un "comité de pilotage institutionnel local",
- l'optimisation du maillage territorial et de la planification de l'offre en gérontologie.

Néanmoins **il subsiste beaucoup d'interrogations** quant à la procédure d'agrément et de labellisation des CLIC, quant à l'articulation entre l'échelon départemental et le niveau régional des services déconcentrés dans le pilotage de la mise en place des CLIC et quant à l'opportunité de faire bénéficier les projets de coordination gérontologique de l'appui et des procédures de CAP Réseaux.

**Pourtant à terme il semblerait que la région puisse être le maître d'ouvrage le plus pertinent pour créer de la continuité entre les politiques sanitaire, médico-sociale et sociale en faveur des personnes âgées** En effet c'est l'échelon régional qui :

- pilote les SROS et les PRS,
- va piloter un guichet unique d'agrément des projets de réseaux bénéficiant d'une enveloppe dédiée, tel que prévu dans le projet de loi de modernisation sanitaire en instance de vote,
- serait également pilote de la planification médico-sociale, fondée sur des schémas pluriannuels à l'instar des SROS et annoncée dans le projet de réforme de la loi du 30 juin 1975.

Cela n'obère pas pour autant le **rôle essentiel de proximité du niveau départemental**, qui pourrait adapter et mettre en œuvre la politique régionale en contractualisant avec les collectivités territoriales en charge de l'action sociale vieillesse et en travaillant de concert avec elles et la CPAM.

En tant que maître d'ouvrage, **l'Etat doit être le garant** non seulement de la cohérence des politiques de santé publique menées en faveur de la population âgée mais **aussi de l'évaluation et du contrôle** de la pertinence et de l'efficacité des programmes mis en place au service de ces politiques. Ainsi des recommandations sont proposées à la fin de ce travail pour initier une démarche d'évaluation des sites pilotes CLIC, basées sur les concepts de l'évaluation des réseaux sanitaires et sur les enseignements des quelques expériences d'évaluation déjà menées auprès de coordinations gérontologiques de proximité.

Dans ce cadre d'action ainsi tracé, le **Médecin Inspecteur de Santé Publique peut développer un rôle moteur dans la coordination en gérontologie :**

- **comme partenaire institutionnel**, en contribuant à adapter le dispositif d'offre local aux besoins de santé publique de la population âgée,
- **comme interlocuteur de terrain**, en incitant les acteurs de proximité à travailler en réseau et en leur apportant un appui technique et méthodologique, tant dans la formalisation de leur projet que dans la construction d'une démarche d'évaluation.

La concrétisation de cette mission d'interface dans le champ gérontologique nécessite qu'au sein des DDASS et des DRASS, la complémentarité MISP/IASS soient optimales et que le secteur « personnes âgées » soit revalorisé. Gageons que dans un proche avenir, la mise en place et l'articulation du dispositif CLIC avec la politique régionale réseaux de l'ARH/URCAM ainsi que la montée en charge de la médicalisation des EHPAD vont inciter les directions des services déconcentrés à redonner la priorité à l'animation et à l'évaluation des politiques publiques dans ce secteur.

**Il faut souligner enfin que travailler sur le thème de la coordination en gérontologie suite à la parution de la circulaire « CLIC » permet d'appréhender des modes de fonctionnement et des enjeux qui peuvent se retrouver sur bien d'autres thématiques de santé publique.** En effet l'avenir dans le champ des politiques sanitaires et sociales sur un territoire donné est à la contractualisation, à la mutualisation des compétences et au décloisonnement des secteurs et des administrations. Ainsi les agents des services déconcentrés, au-delà de la gestion de l'urgence et du quotidien, devront développer leur potentiel d'intervention vers la conduite de projets, le pilotage et l'évaluation des politiques de santé publique. Cela s'inscrit bel et bien dans la nécessité de réforme de notre administration et des services de l'Etat pour les années à venir.

## SIGLES UTILISES

**AGGIR** : Autonomie Gérontologie Groupe IsoRessources

**ARH** : Agence Régionale de l'Hospitalisation

**AIPA** : Année Internationale des Personnes Agées

**ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

**APA** : Aide Personnalisée à l'Autonomie

**BICG** (de Lunel) : Bureau d'Information et de Coordination en Gérontologie

**CAFAD** : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide   Domicile

**CAP Réseaux** : Coordination pour l'APpui aux Réseaux (comité régional des réseaux en région Rhône-Alpes)

**CCAS** : Centre Communal d'Action Sociale

**CLIC** : Centre Local d'Information et de Coordination (gérontologique)

**CMR** : Caisse Maladie Régionale des artisans et travailleurs non salariés

**CNAM** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

**CNAVTS** : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés

**CNIL** : Commission Nationale Informatique et Liberté

**CNR** : Coordination Nationale des Réseaux

**CNS** : Conférence Nationale de Santé

**CORHOGE** : Comité Rh danien Gérontologique

**CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

**CPDG** : Centre Pluridisciplinaire De Gérontologie

**CRAM** : Caisse Régionale d'Assurance Maladie

**CROSS** : Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale

**CSP** : Code de la Santé Publique

**CRIAS** : Centre Rhône Information Action Sociale

**CRS** : Conférence Régionale de Santé

**CSS** : Code de la Sécurité Sociale

**CTRI** : Comité Technique Régional Interdépartemental

**DGAS** : Direction Générale de l'Action Sociale (encore dénommée DAS lors de la parution de la circulaire CLIC du 6 juin 2000)

**DHOS** : Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins

**DREES** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

**EHPA (D)** : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées (Dépendantes)

**ELSM** : Echelon Local du Service Médical

**ERSM** : Echelon Régional du Service Médical  
**FAQSV** : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville  
**FEHAP** : Fédération des Etablissements d'Hospitalisation et d'Assistance Privés  
**HID** : (Enquête) Handicap, Incapacité et Dépendance  
**IASS** : Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales  
**INSERM** : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale  
**MARTHE** : Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification des Etablissements d'Hébergement  
**MDR** : Maison de Département du Rhône  
**MSA** : Mutualité Sociale Agricole  
**ONDAM** : Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie  
**OPAC** : Office Public d'Aménagement et de Construction  
**ORS** : Observatoire Régional de la Santé  
**OVPAR** : Office Villeurbannais des personnes Agées et des Retraités  
**PAP** : Programme d'Action Prioritaire  
**PLFSS** : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale  
**PMSI** : Programmation Médicalisée du Système d'Information  
**PRS** : Programme Régional de Santé  
**PSD** : Prestation Spécifique Dépendance  
**SRoS** : Shéma Régional d'Organisation Sanitaire  
**SSIAD** : Services de Soins Infirmiers A Domicile  
**UPML** : Union Professionnelle des médecins Libéraux  
**URCAM** : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

## PERSONNES INTERVIEWEES

### ▪ PARTENAIRES INSTITUTIONNELS :

#### **DGAS, Sous-Direction des âges de la vie :**

- Mme A. BONY, chef du Bureau des personnes âgées

#### **DRASS Rhône-Alpes :**

- Mme Florence DARDOUILLET, IASS secteur personnes âgées de la sous-direction de l'Offre Hospitalière et Médico-Sociale
- Mme le Dr Chantal DUMONT, MIR adjoint de l'Inspection Régionale de la Santé
- Mme Marie-Jo GUISSET, Conseillère technique aux questions des personnes âgées

#### **Mission d'appui régionale Rhône-Alpes au développement des Réseaux de santé :**

- Mme Isabelle de TURENNE, Chargée de mission à l'URCAM

#### **Conseil Général du Rhône :**

- Mme le Dr M. VOCANSON, directeur service Santé et Prévention
- Mme de Dr V. CHOPLAIN, médecin territorial personnes âgées - canton de Villefranche

#### **Direction de l'action sociale de la CRAM Rhône-Alpes :**

- Mme Joëlle HUILIER, sous-directeur du monde associatif et du service social.

### ▪ COORDINATIONS GERONTOLOGIQUES DE PROXIMITE :

#### **CLIC pilote de l'OVPAR et de la ville de Villeurbanne :**

- Mme Françoise CLEMENT, directrice du service Solidarité-CCAS de Villeurbanne
- Mme Colette EYNARD, chargée de mission de coordination à l'OVPAR
- Mme le Dr Lise MARCHAND, gériatre attachée de la cellule de coordination
- Mlle Cécile LABADIE, assistante sociale de la cellule de coordination

#### **Hôpital des Charpennes de Villeurbanne :**

- Mr FERRAND, directeur adjoint de l'hôpital des Charpennes et directeur de la coordination gériatrie des HCL
- Mme CHAURY, directeur des soins infirmiers de l'hôpital des Charpennes

#### **ADAG-BB, Association Départementale d'Action Gérontologique du Bassin Burgien :**

- Mr le Dr BLOND, président de l'ADAG-BB

#### **CLIC pilote ARCADIA, Association Roannaise du Comité d'Aide à Domicile Inter-génération et Assistance :**

- Mme D. FRULEUX, présidente d'ARCADIA.

*Françoise SIMONET - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - 2001*

## BIBLIOGRAPHIE

- **ANAES**, Guide « Principes d'évaluation des réseaux de santé », mai 1999.
- **Argoud D.**, « Réflexion sur quelques expériences de coordination gériatrique », in Handicap et Vieillesse – Politiques publiques et pratiques sociales (Aymé S., Henrard J.C., Colvez A.), les Editions INSERM, 1996, pp 309-322.
- **ARH Rhône Alpes**, Rapport et recommandations du groupe thématique Personnes Agées dans le cadre de l'élaboration du SROS 2, juillet 1998.
- **Beubeau D., Labram C., Le Coutour X.**, « Analyse qualitative d'un réseau de soins, aspects méthodologiques », Gestions Hospitalières n° 337, juin-juillet 1994, pp 426-430.
- **Blanchard N.**, « Les représentations de la coordination comme un outil d'évaluation d'un programme expérimental gériatrique », Santé Publique 2000, volume 12, n° 2, pp 191-210.
- **Centre Pluridisciplinaire de Gériatrie et Fondation Nationale de Gériatrie**, « Evaluation d'un dispositif expérimental de prise en charge des personnes âgées », étude réalisée à la demande du ministère de l'emploi et de la solidarité (DAS, DGS, SESI), novembre 1998.
- **Centre Pluridisciplinaire de Gériatrie**, Rapport du groupe de travail «Quelles priorités pour le soutien à domicile ? », élaboration du schéma départemental prévention et dépendance en Savoie, décembre 1998.
- **Compte rendu des VI<sup>e</sup> Assises nationales du secteur social et médico-social en faveur des personnes âgées** ; « Thème n° 3 : les réseaux et la coordination gériatrique », Revue Hospitalière de France n° 2, mars-avril 2000, pp 84-91.
- **Comte J.F.**, « La coordination gériatrique : de la théorie à la pratique », in Handicap et Vieillesse – Politiques publiques et pratiques sociales (Aymé S., Henrard J.C., Colvez A.), les Editions INSERM, 1996, pp 302-307.
- **Contandriopoulos A.P., Champagne F., Denis J.L., Avargues M.C.**, « L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes », Revue d'épidémiologie et de santé publique, volume 48, n°6, décembre 2000.
- **Dossier « Réseaux de santé et filières de soins »**, Actualités et Dossier en Santé Publique n° 24, pp 13-52.
- **Dossier n° 35**, « Réseaux de soins et coordination gériatrique », Revue Hospitalière de France n° 5, septembre-octobre 2000, pp 63-76.
- **DRASS Ile de France**, document de référence méthodologique pour l'élaboration d'un « PRS personnes âgées », juin 2000.

- **DREES**, « Les personnes âgées dans les années 90, perspectives démographiques, santé et modes d'accueil », Etudes et Résultats n° 40, novembre 1999.
- **DREES**, « La prise en charge de la dépendance des personnes âgées : une mise en perspective internationale », Document de travail n° 1, juin 2000.
- **Drunat O.**, « Droit des personnes âgées et réseau gérontologique », Gérontologie n° 106, pp 42-46.
- **Ennuyer B.**, « Co-ordonner ou ordonner ? Du rapport Laroque à aujourd'hui », in Handicap et Vieillesse – Politiques publiques et pratiques sociales (Aymé S., Henrard J.C., Colvez A.), les Editions INSERM, 1996, pp 323-332.
- **Etourneau C.**, « La prise en charge des personnes âgées stimule la logique de réseau », Décision Santé n° 153, novembre 1999, pp 29-31.
- **Fondation de France**, « La coordination gérontologique, démarche d'hier, enjeu pour demain », Les Cahiers n° 5, mars 1992.
- **Fondation de France**, Livre des résumés des rencontres « Bien vieillir dans sa ville », septembre 1999.
- **Frossard M., Boitard A.**, « Evaluation des réseaux de coordination gérontologique : une approche socio-économique », Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 1997, 45, pp 429-437.
- **Frossard M.**, « Evaluation socio-économique des réseaux : enjeux politiques et méthodologiques », Actes de la 7<sup>ème</sup> Conférence Internationale sur la Science des Systèmes dans le domaine des services socio-sanitaires pour les Personnes Agées et les Handicapés, Grenoble, 29 juin-2 juillet 1999.
- **Frossard M.**, Rapport du groupe de travail n° 2 « la santé des personnes âgées », Année Internationale des Personnes Agées, septembre 1999.
- **Frossard M., Boitard A.**, « Validation d'une méthode d'évaluation socio-économique de la coordination en gérontologie », étude réalisée par le Centre Pluridisciplinaire de Gérontologie pour la Fondation de France, juin 2000.
- **Guinchard-Kunstler P.**, « Vieillir en France », Rapport au premier ministre, juin 1999.
- **Guisset M.J., Veysset-Puijalon B.**, « La coordination gérontologique », Retraite et Société n° 8, CNAVTS, 1995.
- **INSEE PREMIERE** n° 746, « Recensement de la population 1999 : la France continue de vieillir », novembre 2000.
- **Larmignat V.**, « Réseaux gérontologiques : le temps de la maturité ? », Actualités Sociales Hebdomadaires n° 2164, 28 avril 2000.
- **Le bulletin des réseaux Ville Hôpital n° 20**, février 2000.
- **Les Cahiers du DSU**, « Vieillir dans la ville et les quartiers », Centre de ressources et d'échanges pour le développement social et urbain en Rhône Alpes, juin 2000.
- **Les Cahiers de la CRAM Rhône Alpes n° 9** « Réseaux et filières : instruments de coordination sanitaire et gérontologique », septembre 2000

- **Livre noir de la PSD**, Comité national des retraités et personnes âgées – Organisations représentatives de l'aide à domicile et de l'accueil en établissements, juin 1998.
- **Livre blanc pour une prestation autonomie**, Comité national des retraités et personnes âgées – Organisations représentatives de l'aide à domicile et de l'accueil en établissements, juin 1999.
- **Martin C., Joël M.E.**, « Aider les personnes âgées dépendantes, arbitrages économiques et familiaux », Editions ENSP, juin 1998.
- **Palach J.M.**, Rapport du comité de pilotage de l'Année internationale des personnes âgées, novembre 1999.
- **Tanguy-Mauffret M.**, « La coordination gérontologique, guide de réflexion et d'action », Les Editions Chronique Sociale, mai 1994.
- **Rapport J.P. SUEUR** sur le projet d'Aide Personnalisée à l'Autonomie en remplacement de l'actuelle PSD, mai 2000.
- **Synthèse du programme d'évaluation au 8 février 1999 du BICG de Lunel**, document de travail résumant les enseignements de l'expérience de Lunel.
- **Toulemonde J.**, Centre européen d'expertise en évaluation, « Evaluation dans le domaine de la santé », intervention en séminaire de formation ENSP le 20 octobre 2000.

## ANNEXE 1 - GUIDE D'ENTRETIEN

### ➤ Introduction :

- présentation et cadre de l'entretien : mémoire Misp ENSP
- thème du mémoire : « évolution sur la région Rhône Alpes de la coordination en gérontologie, liée à la mise en place du programme national des CLIC »
- justification du choix de la personne rencontrée.

### ➤ Question générale pour lancer l'entretien : (interview ACTEURS et ADMINISTRATION) :

« qu'est ce que représente pour vous la coordination en gérontologie et quelles ont été jusqu'alors vos actions dans ce domaine ? »

### ➤ Thèmes à aborder lors de l'entretien avec les ACTEURS (= responsables de coordination et professionnels partenaires) ou l'ADMINISTRATION :

#### ⇒ Etat des lieux de la coordination gérontologique de proximité avant la mise en place CLIC :

- ◆ Les territoire et population concernés, les objectifs et missions de la coordination gérontologique de proximité rencontrée : (interview ACTEUR )
    - Territoire ? *quartier, ville, cantons, département, urbain ou rural,...*
    - Population concernée ? *+ 60 ans / + 75 ans, GIR, PA PSD / PA hors PSD, ...*
    - Objectifs : ? *soutien à domicile, retour à domicile, prévention de la dépendance,...*
    - Missions : ? *information / orientation / évaluation besoins / élaboration plans d'aide et de soins / mise en œuvre plan / suivi du plan / formation et échange sur les pratiques / contribution à l'observation,...*
    - Outils pour assurer ces missions ?
    - Typologie : ? *modèle « guichet unique » ou modèle « à têtes de réseaux »*
    - Logique de la coordination : ? *« filière » ou « accompagnement individuel »*
  - ◆ La structure, le type et la place des acteurs de la coordination gérontologique de proximité : (interview ACTEUR )
    - Statut de la coordination ? *Association loi 1901, CCAS, réseau de services et soins ,...*
    - Services coordonnés : ? *SAD, SSIAD, Télé-assistance, portage des repas, EHPAD,...*
    - Liens avec partenaires extérieurs ? *Quelle formalisation ? En particulier avec les Médecins généralistes, hôpitaux, géiatres hospitaliers, EHPAD, secteur géronto-psychiatrique, SAD, SSIAD,...*
- ⇒ Relancer sur la place du MG, qui est souvent en 1<sup>ère</sup> ligne devant la famille...
- Françoise SIMONET - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - 2001

- ◆ Place de l'utilisateur (PA, familles, entourage) dans la coordination et prise en compte de leurs attentes : (interview ACTEUR) :
  - Existe-t-il des enquêtes « de satisfaction » ?
  - Existe-t-il des groupes de paroles pour soutien des « aidants naturels » ?
  
- ◆ Financement et liens avec les administrations de la coordination gérontologique rencontrée : (interview ACTEUR)
  - Qui finance ? Mairies, département, DDASS, DRASS, Action sociale de la CRAM, autres,...
  - Quelle forme d'implication des décideurs et financeurs ?
  
- ◆ Difficultés et limites vécues aujourd'hui de la coordination : (interview ACTEUR )
 

Laisser parler.

Relancer sur les liens avec partenaires extérieurs, liens avec décideurs et financeurs.
  
- ◆ Mobilisation de l'institution administrative et les difficultés de la coordination gérontologique : (interview ADMINISTRATION)
  - Degré et forme de mobilisation dans la coordination en gérontologie ?
  - Informations et évaluation disponibles sur les actions menées par les structures de coordination de proximité existantes ?
  - Coupure secteur sanitaire et social, secteur hospitalier/EHPAD et ambulatoire ?
  - Concertation et coordination avec les autres administrations travaillant dans le secteur personnes âgées, entre les différents niveaux de décision, de financement et de planification?

**⇒ Les perspectives d'évolution de la coordination gérontologique liées à la mise en place du dispositif CLIC :**

- ◆ Les effets attendus du passage de la coordination de proximité à une forme CLIC : (interview ACTEUR)
  - Sur les territoire et la population concernés, les objectifs et les missions ?
  - Sur l'amélioration de la prise en charge de la PA sur le terrain ?
  - Sur les liens avec les décideurs et financeurs : ? *simplification, meilleure reconnaissance...*
  - Financement : pérennisation moyens et lesquels ? Si nouveaux moyens, utilisés comment ?
  - Formalisation structure et outils - protocoles ?
  - Mise en place de nouvelles actions : lesquelles ? sur quels critères ?
 

Relancer sur place usager et soutien aux familles ;
  - Création de nouveaux partenariats : lesquels, pour quelles actions, quelle forme ?
 

Relancer sur partenariat avec médecin de famille et hôpital, secteur sanitaire.

- ◆ L'impact potentiel de la mise en place du programme CLIC sur la coordination institutionnelle en gérontologie : (interview ADMINISTRATION)
  - Mise à plat de l'existant : ? *information, mutualisation, évaluation,...*
  - Décloisonnement : ? *des financements et de la planification en gérontologie,...*
  - Quelles démarches pour donner de la cohérence à l'ensemble , en particulier en terme de planification, et liens avec : *schéma gérontologique départemental, CROSS, PRS, SROS 2, réseaux de soins,....*
  - Construction d'un véritable projet gérontologique intégrateur ? *soit au niveau départemental (nouveau schéma gérontologique élargi), soit au niveau régional (PRS PA).*
  - Rôle des services déconcentrés dans la coordination gérontologique r impuls e par l'Etat ?
  
- ◆ Les facteurs clefs de succès/les freins à la réussite du programme CLIC à votre avis : laisser parler.  
(interview ACTEUR) et (interview ADMINISTRATION)

## ANNEXE 2

### INDICATEURS DE L'ÉVALUATION D'UN RESEAU DE SOINS

- D'après **Beubeau D., Labram C., Le Coutour X.**, « Analyse qualitative d'un réseau de soins, aspects méthodologiques », Gestions Hospitalières n° 337, juin-juillet 1994, pp 426-430.

#### **Indicateurs de structure :**

- L'accessibilité : évalue la facilité des relations entre offre et demande, selon des critères propres à la population visée (géographiques, temporels, économiques et socio-culturels) et selon la qualité de l'information de la population sur l'offre de soins.
- La pertinence : évalue la qualité des réponses du réseau, appropriées aux besoins de santé de la population, et délivrées par la bonne structure, avec des moyens adaptés et un personnel qualifié.
- La réactivité : évalue l'aptitude du réseau à repérer et à analyser un dysfonctionnement.
- La capacité d'évaluation : apprécie la mise en place par le réseau des moyens lui permettant de s'évaluer.

#### **Indicateurs de résultat :**

- L'acceptabilité : évalue la tolérance vis à vis du réseau (par la population, par les professionnels et par les financeurs).
- L'efficacité : évalue la capacité du réseau à atteindre ses objectifs en terme de qualité et en terme d'amélioration de la santé de la population.
- L'efficience : explore la productivité du réseau de soins, c'est à dire la relation optimale entre les ressources investies et les services produits.

## **Indicateurs de processus :**

- La cohérence : explore le consensus des partenaires du réseau autour de valeurs et de normes communes ;  
évalue l'adhésion des acteurs du réseau aux objectifs prioritaires définis pour le territoire d'intervention ;  
évalue l'harmonisation des modalités de prise en charge au sein du réseau, notamment grâce à la formation continue.
- L'interactivité : évalue la capacité des membres du réseau à travailler en commun avec synergie et à échanger les informations.
- La globalité : explore la capacité du réseau à prendre en charge :  
pour une personne donnée : l'ensemble des questions d'ordre somatique, social et psychique, grâce à la coordination des partenaires,  
pour la population : l'ensemble des aspects prévention, soins et réhabilitation.
- La continuité : évalue l'articulation efficace au sein du réseau entre les différents lieux et niveaux de prise en charge (ex. : ville et hôpital).
- L'adaptabilité : explore la capacité du réseau à s'adapter à des conditions nouvelles, à des modifications et de l'environnement.