



SYNTHESE

DES EVALUATIONS DES 25 CLIC

EXPERIMENTAUX

RAPPORT FINAL

Ce document a été réalisé pour
La Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS)
Ministère de la santé et de la protection sociale

par

Colette EYNARD (Cleirppa)
Olga PIOU (Cleirppa)
Jean-Louis BASCOUL (Aire - Conseil)
Alain VILLEZ (Repérages – Uriopss)

Edition Juin 2004

RÉSUMÉ

Préambule

La commande de la *Direction Générale de l'Action Sociale* pour cette deuxième phase de l'évaluation avait pour objet :

- d'identifier les freins et les facteurs de progrès qui, au niveau opérationnel, permettraient aux CLIC existants et aux futurs sites de coordination de se développer, tout en tenant compte du niveau politique et stratégique du pilotage départemental,
- de formaliser des préconisations sur les moyens à minima à mobiliser et à mettre à disposition des coordinations en fonction de leur niveau de labellisation et donc des missions qui leur sont confiées.

Cette analyse se situe dans le contexte actuel du projet de loi relatif aux libertés et aux responsabilités locales, de mise en place de plans départementaux de veille et d'alerte et de la circulaire CNAV du 19 janvier 2004 sur le dispositif d'évaluation des besoins de la personne âgée et d'élaboration du plan d'action personnalisé.

La coordination est un thème récurrent dans le secteur sanitaire et médico-social. Longtemps envisagée comme un moyen de maillage des territoires pour développer des liens de proximité avec les individus âgés ou leur entourage, la coordination a rencontré de nombreux obstacles (politiques, financiers, administratifs). Ces obstacles n'ont jamais permis, jusqu'à présent, de construire des lieux permettant à la fois l'observation des besoins et des attentes de la population et l'apport de réponses adéquates à ces mêmes besoins ou attentes. Le dispositif CLIC expérimental, lancé en 2000, s'intègre dans cette histoire. Il relance l'idée, admise par l'ensemble des acteurs du champ gérontologique, du besoin de diffuser l'information auprès de la population, d'aider les personnes retraitées et âgées à évaluer leur propre situation et ce, en partenariat avec les professionnels du champ, et de leur proposer de l'aide pour résoudre leurs difficultés.

La coordination doit s'envisager en partenariat avec les professionnels et les administrations afin d'apporter une réponse aux besoins et aux attentes des personnes. Dans le contexte des mesures de décentralisation prévues en 2005, il est important de tenir compte de la position des Conseils généraux et des autres administrations régulièrement associées comme les caisses de Sécurité Sociale mais aussi de celles des structures de coordination dans leur diversité d'organisation.

Deux logiques de réseaux s'opposent depuis longtemps : la logique de filière et la logique d'accompagnement de la personne¹.

La première envisage la coordination comme une trajectoire déjà plus ou moins tracée par les professionnels et/ou les administrations. Dans cette logique, l'individu est observé sous l'angle de son problème ou de sa demande et se voit imposer l'entrée dans un processus déjà préétabli qui est censé lui apporter une réponse. Cette logique, plus facile à mettre en œuvre par les professionnels et les services administratifs, répond davantage aux besoins des personnes, qu'à leurs attentes, car elle ne tient pas compte de l'individu et de son environnement social.

¹ *L'évaluation des coordinations gérontologiques*, M. Frossard, A. Boitard, G. Jasso Mosqueda, CPDG, Fondation de France, 1999, p.7.

La logique d'accompagnement du sujet, quant à elle, considère l'individu comme un partenaire, au même titre que les professionnels et les administrations, et implique que la coordination envisage chaque situation comme unique, dont la réponse dépend de la concertation entre tous les partenaires concernés. C'est dans cette logique que nous nous situons : en effet, elle nous paraît la seule capable de répondre aux besoins de la personne et, surtout, de tenir compte de son environnement et de toutes les inter-dépendances que la personne crée ou a créé autour d'elle.

Enfin, il nous apparaît important de rappeler que les coordinations n'ont pas vocation à résoudre tous les problèmes mais qu'elles ont un certain nombre de missions à remplir en fonction de leur niveau de labellisation. Ces missions doivent se réaliser en partenariat avec le secteur social, médico-social et sanitaire dans un esprit d'ouverture et dans une logique d'intervention de proximité. Cela nécessite des apprentissages collectifs et des rencontres pour permettre la création d'une culture gérontologique commune et la reconnaissance des capacités de chaque partenaire à contribuer aux solutions proposées aux personnes âgées et à se répartir les rôles d'intervention en fonction des compétences de chacun.

Historique

Venant après les 6^o et 7^o plans qui envisageaient la mise en œuvre de contrats d'actions gérontologiques sectorisés, la circulaire du 7 avril 1982 a renforcé le dispositif préexistant en donnant sens au « lancement » des 500 postes de « coordonnateurs » institués en juin 1981 dans le cadre d'une politique de lutte contre le chômage.

Dans ce cadre, la circulaire de 1982 proposait la mise en place d'un dispositif de concertation et de planification des actions gérontologiques et de concertation avec les représentants des usagers en permettant de faire remonter les besoins des populations âgées de l'échelon local à l'échelon national. Ses missions étaient l'étude des besoins, la définition des moyens et la mise en œuvre d'actions collectives financées par l'Etat à partir d'une aire géographique définie.

D'autres dispositifs de coordination ont été initiés par la suite et ont constitué les nouvelles générations de coordination gérontologique :

- les expérimentations financées depuis 1993 par la CNAVTS ²
- les réseaux de soins à caractère sanitaire
- la mise en réseau des acteurs par les Conseils généraux autour de la mise en place de la PED et de la PSD

Les politiques successives conduites tant par les services déconcentrés de l'Etat, les Conseils généraux et les caisses de Sécurité Sociale, ont contribué à façonner la plupart des initiatives reprises dans le cadre des CLIC expérimentaux.

Les modèles de coordination

La genèse des politiques et programmes successifs visant à développer les coordinations gérontologiques permet de visualiser les différents modèles qui ont façonné les initiatives et se retrouvent en filigrane des différents CLIC expérimentaux. Deux modèles se dégagent assez nettement :

- *les systèmes intégrés d'aide et de soins* : relativement peu développés dans le cadre des coordinations gérontologiques, les quelques cas recensés parmi les promoteurs de CLIC expérimentaux ne satisfont pas d'ailleurs pleinement à la définition. Un système intégré se définit avant tout comme une offre complète de prestations d'aide et de soins aux personnes âgées, développée par une même institution sur un territoire donné. Il a toujours été jugé préférable par les autorités chargées de mettre en œuvre les politiques de coordination de dissocier la gestion d'un dispositif de coordination de celle de prestations de services.

² CNAVTS : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés, Circulaire n° 36-93 du 6 avril 1993

- *les systèmes en réseau* : depuis les instances locales de coordination gérontologique (1982), le modèle en réseau s'est imposé comme la référence³. Il se retrouve à l'évidence dans le cadre des réseaux gérontologiques prônés par la CNAV à partir de 1993.

Dans ce modèle, c'est l'association des différents intervenants, dans un dispositif plus ou moins formalisé juridiquement, qui permet de développer une offre de service complète. Un référent ou un coordonnateur est désigné parmi les intervenants ou institué spécifiquement. Il est chargé d'évaluer les besoins et d'orienter vers la ressource locale la plus adaptée pour apporter une réponse appropriée en élaborant des plans d'aide.

Privilégiant la légitimité des intervenants, les CLIC de type réseau gérontologique ont éprouvé parfois des difficultés à impliquer les partenaires institutionnels, qui disposent le plus souvent de la double qualité, d'intervenants par leurs services sociaux comme les caisses de Sécurité Sociale (CRAM ; MSA) et de financeurs de la coordination.

Le financement des CLIC et leur place dans les politiques départementales

Comme le rappelle la genèse de la coordination gérontologique, c'est d'abord les services déconcentrés de l'état (DDASS et DRASS) qui ont été à l'origine des premières politiques incitatives de coordination gérontologique afin de favoriser la mise en place de programmes de développement des prestations de maintien à domicile. Fort de la règle du co-financement qui a toujours prévalu, sans être imposée, certains Conseils généraux et certaines municipalités se sont investis financièrement dès la mise en place des instances de coordination gérontologique. A l'issue du désengagement de l'Etat du financement des postes de coordonnateurs en 1984, le relais n'a généralement pas été pris par les mêmes collectivités.

Ce sont les caisses de Sécurité Sociale qui ont pris à nouveau l'initiative. Les CRAM, les caisses de Mutualité Sociale Agricole se sont mobilisées. Avec les réseaux de soins et/ou de santé, c'est le Fonds d'amélioration de la qualité des soins de ville (FAQSV), géré en région par les Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), qui est sollicité.

Puis, c'est avec la mise en place de la PED, d'abord, de la PSD ensuite, et de l'APA enfin, que les Conseils généraux sont devenus moteurs dans le soutien voire la promotion des coordinations gérontologiques.

Le véritable enjeu de la négociation des partenariats notamment financiers réside davantage dans la qualité de fonctionnement et d'animation du comité de pilotage départemental.

Là où il a été installé et où il fonctionne effectivement, les partenariats se sont négociés plus aisément et le maillage départemental en CLIC est en bonne voie. En revanche, dans les quelques départements où le comité de pilotage départemental ne fonctionne pas, le partenariat fait également défaut.

Le programme CLIC depuis sa mise en œuvre est traversé par la question de la pérennité de l'engagement de l'Etat. Dans la mesure où il ressort très clairement que la plus value apportée localement par un dispositif CLIC repose sur sa capacité à mettre en œuvre le cahier des charges du label CLIC de niveau 3, ce qui est le cas de la plupart des CLIC expérimentaux, l'enjeu va désormais se reporter sur les synergies à développer sur le terrain avec le dispositif APA.

Aujourd'hui, les schémas gérontologiques départementaux, définis par les Conseils généraux, doivent prendre en compte les coordinations. Du fait de l'accroissement de la décentralisation, les départements détiendront désormais (seuls ou conjointement avec l'Etat) le pouvoir d'habilitation,

³ *La grande majorité des expériences de coordination gérontologique se sont développées selon le modèle dit de brokerage* : « case manager ». Michel Frossard CPDG 1996; PROCARE French National Report « Providing integrated health and social care for older persons in France », 2002

d'autorisation et de tarification sur l'ensemble des institutions sociales et médico-sociales pour personnes âgées, auxquelles appartiennent les CLIC.

Cette perspective permettra la valorisation du rôle d'observatoire des besoins que les CLIC devraient pouvoir jouer de façon plus marquée qu'aujourd'hui. L'analyse des 25 CLIC expérimentaux révèle que l'essentiel de l'activité des CLIC se concentre autour d'une mission d'information et de « gestion des cas individuels » par la formalisation et le suivi de plans d'aide. Le rôle d'observatoire et d'évaluation partagée des besoins de la population âgée locale permettrait, s'il était mieux investi, de contribuer à la définition des priorités des politiques gérontologiques à l'échelon du département.

Dans la mesure où les Conseils généraux s'affirmeront comme pilotes des politiques gérontologiques, il n'est pas douteux qu'ils seront enclins à positionner plus précisément les coordinations gérontologiques comme observatoires locaux des besoins et pôles de diagnostic partagé sur la pertinence des réponses proposées par les intervenants et partenaires locaux.

C'est à cette condition que les politiques gérontologiques départementales pourront se construire sur un mode ascendant et que les schémas départementaux prendront en considération les besoins et les solutions portés par les territoires.

L'enjeu auquel est lié l'avenir du dispositif CLIC est donc bien celui de la mutation de sa légitimité. Comment passer d'une légitimité d'émergence liée à une pratique de terrain à une légitimité d'acteur et de partenaire reconnue par les décideurs des politiques gérontologiques départementales ? Il semble que ce soit la reconnaissance et l'animation de ce dispositif par les Conseils généraux qui permettent au CLIC d'être légitimé.

La détermination du territoire et le portage des CLIC

Il convient de rappeler que les départements n'en sont pas tous au même stade dans la définition des territoires de coordination : dans certains départements, le maillage est terminé ou en voie de l'être ; dans d'autres, il reste à opérer des ajustements pour que l'ensemble des zones soient couvertes ; enfin, le découpage reste à faire dans quelques départements.

Le rôle du Conseil Général et de son président apparaissent aujourd'hui centraux dans la détermination du territoire. En effet, il est désormais de la responsabilité de l'instance politique départementale, selon le projet de loi relatif aux responsabilités locales en cours d'examen par le Parlement, d'organiser le maillage de son territoire par des coordinations gérontologiques et d'en assurer l'animation, notamment par l'intermédiaire du COPIL départemental.

La notion de territoire peut paraître évidente à appréhender pour un promoteur de CLIC et pourtant le découpage en fonction d'autres territoires, comme par exemple ceux des unités territoriales départementales ou du service social des CRAM, demande un travail minutieux en amont de la création d'une coordination pour :

- connaître les territoires des partenaires potentiels,
- prendre en compte les conséquences « politiques » et pratiques des découpages de chacun, tant au niveau administratif que professionnel,
- connaître les cheminements des usagers en fonction de leurs besoins et la façon dont les prestataires vont y répondre.

Au moment où il engage sa démarche, le promoteur du CLIC doit considérer la détermination du territoire fixé par le Conseil général comme un postulat de départ.

Ce territoire doit être cohérent, proposer un lieu d'information accessible pour la population, garantir une intervention de proximité et permettre le travail en coordination avec les partenaires.

Il doit tenir compte :

- du nombre et de la densité de la population,
- des conditions de vie des personnes âgées du territoire,
- des différentes sectorisations territoriales antérieurement définies (bassins gérontologiques, découpages territoriaux, territoires d'intervention des partenaires), sans se limiter à un découpage propre à l'action gérontologique.

Le territoire envisagé doit être pensé :

- en fonction de la mission d'information des CLIC :
 - le recueil de l'information et la connaissance des partenaires doit être possible
 - l'information doit être facilement accessible, notamment grâce au choix de la localisation du siège du CLIC
- dans la perspective du développement d'une démarche de santé publique, en permettant notamment, selon les directives du rapport Laroque, « *l'accès homogène aux prestations sur l'ensemble du territoire* », et en facilitant les liens entre les partenaires par la proximité et l'inter-connaissance.

L'organisme gestionnaire du CLIC, quel que soit son statut et son antériorité dans le domaine de la coordination, doit se tourner résolument vers le développement de relations entre les partenaires, dans une logique de réseau plutôt que de service intégré. L'organisation des CLIC doit se distinguer de la structure porteuse ou gestionnaire, en créant un comité de pilotage ou conseil d'orientation ouvert à tous les partenaires du territoire, ainsi que des groupes de travail thématiques et cliniques.

Les relations de travail avec les institutions et collectivités publiques

Les CLIC doivent être un lien entre les institutions et les acteurs de proximité, et ce rôle doit être clairement inscrit dans leurs objectifs. Il est d'autant plus nécessaire que ce rôle soit reconnu que l'institution qui gère le dispositif de coordination peut apparaître comme concurrente aux yeux de ceux qui détiennent une autre forme de pouvoir et/ou de compétence, et qu'elle peut aussi être perçue comme intrusive par rapport aux pratiques des partenaires.

L'évaluation des 25 CLIC expérimentaux a montré que la répartition des rôles, notamment entre les services départementaux et les CLIC, n'était pas toujours faite d'une manière harmonieuse, et que les risques d'une certaine confusion entre les prérogatives des uns et les attentes des autres étaient certains.

Pour sortir d'une légitimité d'émergence et entrer dans une légitimité reconnue par les décideurs des politiques gérontologiques, les modalités du partenariat du CLIC avec les institutions et les acteurs locaux doivent donc faire l'objet d'une négociation avec le Conseil général et avec les membres du COPIL départemental.

En ce qui concerne les modalités de travail des CLIC dans le dispositif relatif à la gestion de l'APA et la mise en œuvre de l'évaluation préalable à l'attribution de cette allocation, un dialogue doit s'instaurer entre le COPIL départemental et les services du département pour instaurer des modes de partenariat cohérents et éviter les évaluations multiples.

Certes la prise en charge de la perte d'autonomie et le dispositif APA n'épuisent pas toutes les politiques Vieillesse. Il est donc nécessaire de clarifier les objectifs généraux du CLIC pour qu'il crée des modalités de partenariat correspondant aux attentes des personnes, quelle qu'en soit leur nature.

En cohérence avec ces objectifs, les missions des CLIC doivent être globales et négociées avec le Conseil général et les services sociaux qui reçoivent une délégation de ce dernier (CRAM, MSA,...). De plus, ces missions doivent être évaluées et faire l'objet d'ajustement réguliers avec le COPIL

départemental et le Conseil général. De cette manière, il sera plus facile d'adapter ses missions et les modalités d'action à la réalité locale et aux changements éventuels de politique.

Il s'agit à ce niveau d'assurer l'articulation des deux dispositifs d'évaluation individualisés existants (équipe EMS de l'APA et équipe pluridisciplinaire CLIC) en un système cohérent et homogène, ce qui peut se décrire en termes :

- *de compétences* qui viennent se compléter en enrichissant le dispositif : une meilleure connaissance des acteurs locaux, le recours possible à un groupe de coordination clinique, des éclairages apportés par un médecin gériatre, un ergothérapeute, un psychologue...,
- *et/ ou de liens* que le CLIC va être susceptible d'instaurer et de suivre entre les partenaires, afin que le dispositif devienne plus réactif aux changements de situation vécues par les personnes âgées concernées.

L'intérêt du CLIC pour le Conseil général est sa valeur ajoutée dans le dispositif APA et l'évaluation des situations individuelles car il regroupe des partenaires divers qui possèdent une bonne connaissance de la population âgée. Les CLIC sont ainsi susceptibles d'augmenter l'efficacité et surtout la qualité du dispositif d'évaluation, notamment au travers des groupes techniques qui recherchent des solutions individuelles aux problèmes rencontrés par les personnes âgées tout en optimisant les moyens mis à leur disposition et sans pour autant être confondus avec les équipes médico-sociales départementales. En tout état de cause, les CLIC peuvent apporter et faire partager une compétence en gérontologie qui peut aider à modifier le regard porté sur les personnes âgées et sur leur situations personnelles.

Le CLIC peut donc être à la fois fédérateur d'expertises et support d'une réflexion collective sur le vieillissement.

Le travail pluridisciplinaire

Une des missions des CLIC la plus largement reconnue est le traitement des situations complexes. Or, ces situations sont, du fait même de leur complexité, plus susceptibles que d'autres de mettre en échec les professionnels. C'est pourquoi il est nécessaire de clarifier la méthode de traitement de ces situations, qui s'appuie sur l'évaluation des situations et le plan d'aide, en s'appuyant sur les enseignements issus des évaluations.

La mise en place des CLIC a eu pour objectif de mettre à la disposition de la population des lieux et des compétences faciles à repérer et susceptibles d'aider les personnes âgées et leur entourage à trouver des réponses à leur demande d'aide.

Or il apparaît qu'une organisation rationnelle et simple n'est pas facile à mettre en place, dans un contexte où les institutions et les compétences sont multiples et variées, où des alliances ont déjà été nouées par le passé, où ce nouvel acteur, investi officiellement d'une mission qui lui donne d'emblée un rôle de leader, ne pouvait susciter dans un premier temps qu'une certaine méfiance.

Evaluer les besoins

Il semble essentiel de laisser à la personne âgée concernée le temps de s'exprimer, et le dispositif mis en place doit prévoir une « marge de manœuvre » permettant à la personne un ajustement personnel entre ses besoins, tels que les perçoivent les professionnels et son entourage, son degré d'acceptation de la situation, et les alternatives qui s'offrent à elle, avec leurs limites.

Il importe donc que chacun des intervenants appelés à entendre la demande de la personne âgée (équipe CLIC, équipes médico-sociales, libéraux de santé, services prestataires...) n'effectue pas un simple travail de codification par rapport à un outil, mais qu'il fasse preuve d'écoute et d'empathie pour prendre en compte les désirs propres de la personne âgée. Cela renvoie les acteurs de la coordination à la nécessité de reconnaître l'importance de l'écoute et à la renforcer, s'il y a lieu.

Cela les renvoie également à la nécessité de mettre en commun ces temps d'écoute sur les aspects qui concernent l'aide proposée, tout en se gardant de l'illusion de vouloir « cerner » la personne qui fait une demande d'aide. Il ne faut pas confondre l'évaluation des incapacités et celle des besoins de la personne.

L'évaluation multidimensionnelle doit permettre la confrontation des points de vue, au premier rang duquel figurera celui de la personne âgée. Il s'agira alors moins d'être en position d'expertise que de proposer des compétences par rapport à une situation particulière. Dans ce cadre, tous les professionnels que interviennent auprès d'une personne âgée ont quelque chose à dire.

S'il est nécessaire de compléter cette approche par des éléments plus techniques, il sera sans doute pertinent de faire appel à des intervenants extérieurs spécialisés ou à une cellule d'évaluation gériatrique, quitte à en favoriser la création s'il y a lieu.

Élaborer un plan d'aide et en assurer le suivi

La question qui se pose aux acteurs de la coordination est de savoir si l'élaboration du plan d'aide et sa mise en œuvre se résume *in fine* à établir la liste des aides requises et leur planning de réalisation, afin que chacun sache ce qu'il a à faire, ou s'il s'agit d'abord de faire appel à la personne âgée pour connaître son avis sur ce qu'on lui propose. En effet, il est important de comprendre que, pour la personne aidée, le plan d'aide n'est pertinent que s'il s'inscrit dans son projet personnel.

C'est à ce niveau que peut être instaurée une réflexion sur la manière de répondre à l'évolution personnelle de chaque bénéficiaire, et sur les limites des réponses apportées par le réseau. On passe ainsi d'un plan d'aide théorique à un plan d'aide réalisable.

Dans ce contexte, la notion de **professionnel référent** prend alors tout son sens et son utilité. Le groupe des partenaires devra donc se mettre d'accord sur le rôle du référent et son identification, qu'il s'agisse du professionnel qui a une antériorité dans le suivi de cette personne, ou que le référent soit « désigné » par la personne elle-même. En tout état de cause, quel que soit le choix du groupe de partenaires, il est essentiel que la personne âgée ait confiance dans le référent.

Travailler sur des situations complexes

L'évaluation des CLIC expérimentaux et l'observation d'autres expériences de coordination montrent que certaines situations vécues par les personnes âgées peuvent parfois mettre en échec le groupe de partenaires lorsque la situation de la personne concernée est complexe. Il est important, dans ce cas, que les partenaires répertorient les facteurs de blocage, liés à la personne aidée elle-même ou aux professionnels, et le cas échéant, mettent en place un système d'alerte qui pourra se déclencher quand plusieurs de ces signes apparaîtront.

A partir de situations qu'ils partagent, ils pourront se mettre d'accord sur le système d'alerte et de veille qu'il sera nécessaire d'instaurer entre les partenaires quand la situation d'une personne fait craindre des évolutions difficiles, s'organiser pour que les acteurs engagés dans la situation puissent se rencontrer, confronter leurs points de vue et s'entendre pour agir de manière concertée.

Il ne s'agit pas seulement d'une rencontre d'experts qui se contentent d'additionner les besoins de la personne concernée et les informations à son sujet ; dans le cas des situations complexes, la rencontre entre partenaires est le cadre qui permet aux partenaires :

- ✓ de confronter leurs opinions et de reconnaître que leurs statuts et leurs rôles leur donnent un point de vue différent sur la situation ;
- ✓ de reconnaître que la personne âgée concernée se présente à chacun d'eux sous un jour différent, ce qui influe sur le type de relations qu'ils peuvent avoir avec elle ;

- ✓ de comprendre que ces positionnements et liens différents peuvent avoir pour conséquence des rivalités qui s'instaurent entre les différents acteurs, rivalités qui peuvent être induites par l'attitude de la personne âgée et, le cas échéant, par celle de sa famille ;
- ✓ d'éviter de tout vouloir expliquer par le passé de la personne et d'entendre ce qu'elle dit de son présent, et de ce qu'elle comprend ou redoute de son évolution personnelle ;
- ✓ de construire ensemble un mode d'intervention qui tienne compte de cette réalité.

Ainsi, les modalités du travail collectif seront la conséquence d'un processus, dont il faut reconnaître la complexité et qui a besoin de temps pour aboutir à des pratiques partagées, et non pas une série de protocoles imposés par les institutions ou la tête de réseau.

Les actions collectives

Les CLIC trouvent toute leur place dans le paysage gérontologique en ne limitant pas leur action au soutien individuel des personnes, mais en tirant des conséquences au niveau des manques repérés, tant en matière de services que de dispositifs.

Leur connaissance des situations individuelles, et à travers elles, des histoires individuelles, leur donnent une légitimité certaine pour faire émerger des attentes non satisfaites et des besoins non couverts. Cette connaissance des situations concrètes est propre à étayer les projets collectifs dont les municipalités peuvent être les porteurs en raison de leur proximité.

Ces constats et ces projets seront évidemment d'autant plus légitimes que leur portage par le CLIC ou par un autre organisme du territoire sera le résultat d'un consensus des partenaires du territoire.

D'une manière générale, les CLIC mènent des actions collectives en terme de :

- réflexion sur le vieillissement
- prévention des risques liés au vieillissement
- formation des professionnels
- sensibilisation du grand public à des démarches de santé publique
- développement de nouvelles offres de services, et tout particulièrement celles visant à aider les aidants
- recensement des personnes âgées vivant à domicile
- habitat et vieillissement
- observation des besoins sur le territoire.

Les CLIC peuvent être porteurs et instigateurs d'une réflexion sur le vieillissement, qui sera d'autant plus pertinente qu'elle ne se situera pas exclusivement dans le champ médico-social.

Il paraît ainsi plus pertinent et moins réducteur de croiser la problématique du vieillissement avec d'autres problématiques comme le logement, la santé ou la culture, plutôt que de continuer à traiter de manière spécifique le logement, la santé ou la culture des « personnes âgées ».

Dans toutes les réflexions collectives, la dimension territoriale du CLIC doit apparaître dans le choix des acteurs associés. A cet égard, et d'une manière plus générale, les communes ou les intercommunalités devraient pouvoir s'appuyer sur le CLIC pour mettre en évidence les besoins et les attentes de leurs administrés, notamment lors de la mise en place du Plan « Vieillesse et solidarité » et des mesures envisagées en cas de canicule. Ce rôle peut être facilité par un dialogue avec les élus et quand les domaines de compétence respectifs du CLIC et du CCAS sont bien précisés.

En mettant à leur disposition ses compétences en ingénierie de projets, le CLIC a vocation à travailler avec l'ensemble des collectivités locales et les acteurs locaux, y compris ceux qui ne travaillent pas exclusivement dans le champ médico-social (bailleurs sociaux, commerces de proximité, agents de

développement, Contrat de Ville, conseils de quartier, collectifs d'habitants ...), en partenariat avec les responsables politiques locaux.

Ainsi, les problématiques gérontologiques pourront trouver, au moins en partie, des réponses non stigmatisantes et susceptibles au contraire de créer une dynamique locale ou d'y contribuer.

Disposer des moyens humains, méthodologiques, matériels et financiers

Constituer l'équipe du CLIC

Il apparaît important que l'équipe du CLIC soit effectivement pluridisciplinaire, car elle aura plus de légitimité dans le champ gérontologique local. Ainsi, une équipe composée d'un travailleur social, d'un professionnel de santé et d'une compétence administrative pour l'accueil et le suivi des dossiers permettra de couvrir en principe les différents besoins du public et des professionnels. Il sera par ailleurs souhaitable que ces professionnels s'inscrivent dans un processus de formation gérontologique continue.

La taille des équipes CLIC peut être variable en fonction du niveau de label et donc des missions assignées à cette équipe.

Pour être en adéquation avec ces missions, il sera recommandé pour les **niveaux 1 et 2** d'embaucher au moins un travailleur social ou un salarié ayant des compétences équivalentes ou un professionnel de santé (infirmière, psychologue, ergothérapeute ou médecin) afin de répondre aux missions d'évaluation des situations des personnes âgées. Pour répondre à la mission d'accueil du public et des professionnels, le recrutement de personnes de formation administrative ou de formation hors champ gérontologique sera possible, dès lors qu'elles auront une réelle compétence en matière d'écoute.

Pour les CLIC de niveau 3, il est conseillé de créer une équipe d'au moins 3 postes équivalent temps plein (ETP). Ces postes peuvent être répartis sur des emplois à temps partiel, ce qui permet de mettre à disposition du CLIC et du public des compétences diverses : sociale, sanitaire, développement de projet, administrative ...

Il est nécessaire par ailleurs de définir des fiches de poste afin d'être clair sur les missions à remplir par le ou les salariés. Il sera, en particulier, important de bien préciser les missions du coordonnateur, notamment dans la définition de projets locaux et la construction du partenariat autour du CLIC.

Pour le poste de coordonnateur, il apparaît nécessaire que la personne qui l'assume possède au minimum des capacités d'écoute, de médiation, de réflexion et de mise en œuvre d'un travail communautaire afin de construire des projets en partenariat avec les organismes du secteur médico-social et de santé. Elle devra également présenter une certaine légitimité par sa formation, par son expérience précédente, ou par sa connaissance du territoire.

Construire des modes de travail en partenariat

Pour favoriser le partenariat et le développement d'une culture gérontologique commune, le CLIC doit créer des lieux de travail et de réflexion :

- soit au sein de son Conseil d'orientation,
 - soit dans des commissions techniques ou thématiques.
- soit dans des réunions centrées sur la situation individuelle des personnes âgées.

Le conseil d'orientation CLIC et les groupes de travail thématiques

Pour construire un partenariat solide et être facteur de dynamisme local, le CLIC doit mettre en œuvre des projets de coopération. Cela nécessite de recenser les partenaires du territoire, de les réunir

régulièrement afin de créer des liens entre les organismes et avec le CLIC lui-même, et de proposer des outils de travail. Ce partenariat peut être réalisé, dans un premier temps, au niveau des institutions au sein du Conseil d'orientation du CLIC, en intégrant les représentants des différents organismes financeurs et professionnels

Par ailleurs, chaque partenaire du territoire peut être représenté au sein de groupes de travail thématiques, mis en place par le CLIC pour permettre l'élaboration de procédures ou de protocoles communs et négociés en faveur des personnes âgées ou de leur famille.

Le travail sur les situations individuelles

Par la suite, et pour favoriser la mise en œuvre de solutions individuelles et partagées, le CLIC doit tendre à mettre en place des réunions de professionnels de terrain en vue de résoudre les situations les plus complexes rencontrées par les personnes âgées. Ces réunions feront appel aux médecins traitants et à d'autres professionnels de santé libéraux, aux services à domicile qui interviennent quotidiennement chez la personne ainsi qu'à l'assistante sociale et d'autres intervenants (bénévoles,...). Il apparaît également important d'inviter la personne âgée et ses aidants familiaux à ces réunions et de négocier avec eux un projet de soutien partagé sur lequel chacun s'engage.

Le travail avec les médecins généralistes exige que des relations individuelles soient établies avec chacun d'eux en tenant compte de leurs obligations et de leur culture professionnelle. Il est important d'adapter les procédures de concertation aux modalités de travail des professions libérales.

Au-delà des temps de partage professionnel ou institutionnel, il est recommandé de signer des conventions entre le CLIC et ses partenaires pour formaliser le travail commun, les conditions de sa réalisation et les documents de travail qui pourront être réalisés entre les organismes signataires. Ces conventions doivent reprendre :

- les objectifs de la coopération entre les différents partenaires qui peuvent évoluer au cours du temps, ce qui demandera éventuellement une renégociation entre les signataires ;
- les principes et les valeurs sur lesquels la coordination se base, ce qui demande de trouver un consensus ;
- et, enfin, la détermination des règles de coopération ainsi que la rédaction d'un certain nombre de protocoles d'intervention entre les partenaires (création d'un dossier partagé, de fiches de liaison...). **Notamment, concernant les dossiers APA, ces règles détermineront comment les professionnels des équipes médico-sociales et des CLIC doivent se transmettre mutuellement les informations.**

Les conventions concernant l'APA, prévues à l'article L. 232.13, 2^{ème} alinéa du code de l'action sociale et des familles, peuvent décrire :

- les différents partenaires qui pourront donner l'information et la forme qu'elle devra prendre
- la possibilité pour le CLIC de remettre des dossiers APA aux éventuels bénéficiaires ;
- les procédures de transmission de l'information et le renvoi vers le service chargé d'instruire les dossiers ;
- les modes de travail avec les équipes médico-sociales de l'APA ;
- les missions que le Conseil général confie au CLIC en matière d'évaluation des situations et de préparation et/ou de suivi des plans d'aide.

Savoir intervenir auprès des personnes

Les modes d'intervention auprès du public et des professionnels se centrent sur l'accueil, l'évaluation et le suivi des situations des personnes, la collecte puis la délivrance d'information et la formation des professionnels et l'action collective en direction des usagers.

Les missions auprès du public demandent de la part des équipes CLIC :

- de développer des capacités d'écoute concernant les demandes et les attentes des usagers et des professionnels,
- d'assurer une évaluation de la situation pour proposer une aide ou orienter la personne vers des services extérieurs,
- de connaître l'offre existante en terme de services ou de structures sur le territoire du CLIC et de connaître les modalités de mise en place des divers services d'aide aux personnes âgées (coûts, personnes à contacter, documents administratifs à fournir, limites...),
- de proposer aux personnes âgées et à leurs aidants des rencontres avec différents professionnels du CLIC pour les aider à faire face aux difficultés qu'ils rencontrent,
- de développer éventuellement des lieux d'écoute par entretiens individualisés avec un psychologue ou des groupes de parole pour les aidants ou les professionnels,
- de développer, en faveur des professionnels, des formations gérontologiques qui permettront la diffusion d'une culture commune et favoriseront les rencontres entre les professionnels,
- et d'organiser, en faveur des usagers, des actions collectives sur la prévention des maladies ou des risques liés au vieillissement et ce, dans le cadre d'une démarche de santé communautaire.

Cette liste d'intervention n'est évidemment pas exhaustive et laisse la possibilité à tous les sites de coordination d'imaginer d'autres manières d'intervenir auprès des usagers et des professionnels en fonction des besoins de leur territoire.

Les locaux

Les locaux doivent permettre de différencier :

- un espace d'accueil du public,
- un espace permettant de recevoir le public ou les professionnels au cours d'entretiens individuels,
- et un espace de réunion pour les rencontres entre partenaires et les réunions internes.

Le CLIC doit posséder des locaux bien signalés et différenciés de la structure porteuse. Une signalétique claire et bien mise en évidence permettra au public d'y accéder sans difficulté.

Les locaux consacrés au CLIC doivent être pensés pour que toute personne en situation de handicap puisse accéder au dispositif de coordination. Ils doivent être situés de façon à être facilement accessibles par les moyens de transport individuels ou collectifs.

Les moyens informatiques

Le service de coordination doit disposer d'un matériel informatique indépendant de la structure porteuse [si elle fait autre chose que de gérer le CLIC] et d'un logiciel adapté à ses missions.

En ce qui concerne le traitement des informations recueillies, il est nécessaire :

- de consulter préalablement la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL)
- de prévoir en tout état de cause des codes d'accès réservés aux professionnels soumis au secret professionnel, afin de garantir la confidentialité de certaines informations.

Un **guide d'auto-évaluation des structures de coordination de niveau 3** est proposé par la *Direction Générale de l'Action Sociale* pour aider les promoteurs à identifier leur activité et à engager une observation dynamique de leur structure. Ce guide, élaboré par l'INSERM-Unité 500, devrait être un outil d'aide à la méthodologie d'évaluation des CLIC et un moyen de comparaison entre CLIC de

même niveau à un niveau départemental, régional ou national. Ainsi, il pourra être utile à la fois aux structures de coordination, aux Conseils généraux, aux COPIL départementaux et au ministère.

Les ressources financières

Il n'est pas facile d'évaluer un budget moyen pour une structure CLIC : il dépend d'un certain nombre de facteurs qui sont à prendre en compte, surtout pour une comparaison éventuelle au niveau du département.

La hauteur du budget va varier, entre autres, selon :

- l'ancienneté, le statut (public ou associatif) de la structure ainsi que l'adossement à une convention collective, ce qui aura une incidence sur le montant des rémunérations des salariés ;
- le nombre de salariés (temps plein ou temps partiel) dans la structure ou de personnes appelées à intervenir régulièrement et rémunérées sous forme de vacations ;
- l'adossement ou non à une structure porteuse qui, du point de vue financier, peut aider à soutenir le service de coordination ;
- la participation de partenaires extérieurs par une mise à disposition de personnel ou de locaux : il apparaît indispensable, dans une optique de comparaison, de réintégrer dans le budget de la structure tous les éléments de mise à disposition fournis au CLIC.

On peut estimer que le budget d'un CLIC de niveau 3 se situe aux alentours de 150 000 à 200 000 euros. Cette fourchette n'est cependant qu'une estimation, les critères de nombre, d'ancienneté et de statut des salariés pouvant largement en expliquer le dépassement. Elle intègre également la valorisation des personnels et locaux éventuellement mis à la disposition par le gestionnaire de la structure porteuse ou ses partenaires.

Ces financements peuvent provenir de plusieurs sources :

- Le département
- La commune ou l'intercommunalité desservie par le CLIC
- Les CRAM et la CRAV, dans le cadre d'actions de prévention et d'aide au maintien à domicile, ainsi que d'autres caisses de Sécurité Sociale (MSA, Mines...).
- Les hôpitaux sont également un financeur possible, soit par la mise à disposition de personnels spécialisés (médecin, psychologue, ergothérapeute...) , soit par des financements directs (notamment quand la coordination a pour origine la structure hospitalière ou quand le CLIC contribue à améliorer la situation de santé des habitants du territoire – amélioration des conditions de sortie des hôpitaux par exemple).
- Les caisses de retraite complémentaires peuvent également soutenir les coordinations dans le cadre de certaines actions et semblent de plus en plus intéressées à être des partenaires dans le domaine de la prévention.
- Le Fonds d'Amélioration de la Qualité des Soins de Ville lorsque les libéraux de santé sont associés à la coordination. Dans ce cas, la demande de financement doit être faite par les libéraux de santé.

Les comités de pilotage départementaux

Dans la perspective du transfert annoncé du pilotage des politiques gérontologiques vers la compétence des Conseils généraux, la mission et l'animation des comités de pilotage qui ont été institués dans un grand nombre de départements sont susceptibles d'être modifiées..

Cette mutation, comme le révèle les évaluations des 25 sites expérimentaux, paraît étroitement liée à la capacité propre des CLIC à s'intégrer dans les autres dispositifs pilotés et financés par les Conseils généraux.

Dans le domaine des procédures d'évaluation des besoins des personnes âgées, l'analyse des CLIC expérimentaux a révélé le risque de superposer sur un même territoire plusieurs dispositifs d'évaluation en fonction du niveau de perte d'autonomie des personnes âgées. La meilleure prévention de ce risque réside dans l'harmonisation des différentes procédures existantes (APA, CLIC, et dans le cadre du maintien à domicile la prestation d'aide ménagère) en un dispositif cohérent et homogène qui pourrait faire l'objet d'un protocole entre les différentes institutions.

La mission du COPIL départemental sera, dans ce cadre, d'aider les CLIC à rechercher des financements autres que le seul financement départemental afin d'affirmer la volonté de partenariat de chacun. .

Dans les partenariats à nouer, une attention toute particulière devrait être apportée à l'implication des financements URCAM (FAQSV) et hôpitaux. Les COPIL départementaux pourraient, à ce niveau, se rapprocher des guichets régionaux d'instruction des réseaux de santé pour faciliter, à travers l'instruction des dossiers CLIC et réseaux de santé, la complémentarité et la cohérence entre ces deux dispositifs.

Dans le même ordre d'idée, les COPIL peuvent favoriser les partenariats avec les Directions Départementales de l'Équipement (DDE) en incitant les CLIC à intégrer le volet habitat dans les missions qui leur sont dévolues.

D'une manière générale, les COPIL peuvent s'investir d'une mission exploratoire et préparatoire à l'implication progressive de tous les partenaires institutionnels concernés dans la politique de coordination gérontologique départementale.

Une convention-cadre pourrait engager les partenaires institutionnels à l'égard des gestionnaires des CLIC pour une durée de cinq ans. Une des clauses de cette convention-cadre pourrait engager le gestionnaire du CLIC à transmettre aux membres du COPIL départemental tous les ans son rapport d'activité et à se soumettre à une évaluation externe⁴ qui conditionnerait le renouvellement de la convention. Il existe en effet un risque, en l'absence de cadrage, que chaque partenaire financier des CLIC soit tenté d'imposer des exigences et des demandes redondantes ou contradictoires.

Une autre clause de cette convention devrait permettre de s'assurer que les CLIC d'un même département se dotent de systèmes d'information compatibles permettant la mise en commun et la consolidation des informations et données recueillies, selon les recommandations de l'INSERM.

Au-delà de leur spécificité statutaire, les gestionnaires de CLIC et, surtout, les professionnels qui les composent sont demandeurs d'échanges avec leurs homologues et de mise en commun de moyens. Les attentes sont diverses : entre ceux qui aspirent à de simples échanges sur leurs pratiques et d'autres qui souhaiteraient implanter un centre d'information ressources pour les CLIC d'un même département, la palette des initiatives susceptibles d'être développées est large.

⁴ Les dispositifs de coordination entrant dans le cadre de la Loi du 2 janvier 2002 devront se soumettre à des auto-évaluations tous les cinq ans et des évaluations externes tous les sept ans.

L'adoption d'outils et de dispositifs communs, notamment dans les domaines de l'information, du conseil et de l'évaluation individualisée des besoins, est un levier de la structuration en réseau départemental et une condition indispensable pour qu'un suivi et une évaluation puissent se réaliser au niveau national.

RAPPORT

Introduction	18
Chapitre 1 – L’impact des institutions départementales et/ou régionales	20
1.1. L’empreinte historique des programmes nationaux.....	20
1.2. Les nouvelles générations de coordination gérontologique.....	21
1.3. La prégnance des modèles de coordination dans les politiques gérontologiques.....	23
1.4. Les partenaires institutionnels des politiques gérontologiques locales.....	24
1.5. Le CLIC : un lieu d’élaboration des politiques gérontologiques locales.....	24
1.6. Territoire de coordination et schéma gérontologique.....	25
Chapitre 2 – Détermination du territoire et portage des CLIC	27
2.1. Les données de l’observation en terme de choix du territoire.....	27
2.2. Analyses et réflexions à partir des données territoriales de l’évaluation.....	29
2.3. Les données de l’observation en terme de choix du gestionnaire.....	36
2.4. Analyse et réflexion sur la mise en place du portage des CLIC.....	38
Chapitre 3 – Les CLIC et l’Allocation Personnalisée pour l’Autonomie	42
3.1. Le cadre législatif et réglementaire.....	42
3.2. Les positions ambiguës et contradictoires des départements pendant la période de l’expérimentation et du lancement des CLIC.....	44
3.3. Les articulations entre le dispositif APA et les CLIC expérimentaux.....	45
Chapitre 4 – Les notions d’évaluation, de plan d’aide, de suivi et de situations complexes	50
4.1. Prise en compte de la complexité des demandes des bénéficiaires et du paysage gérontologique.....	50
4.2. Une réalité relativement modeste.....	51
4.3. L’appui sur une coordination institutionnelle : un atout.....	51
4.4. La « valeur ajoutée » des CLIC.....	51
Chapitre 5 - Repérage des besoins et mise en œuvre d’actions collectives	57
5.1. Conditions d’un travail collectif.....	57
5.2. Thèmes abordés de manière collective.....	57
Chapitre 6 – Différentes compétences au sein des équipes CLIC	61
6.1. Les profils de professionnels au sein des CLIC.....	61
6.2. Les professions médicales ou para-médicales.....	62
6.3. Les professions de type social.....	63
6.4. Les professions de type administratif.....	63
6.5. Les professions de type ingénierie sociale.....	64
6.6. Les autres professions.....	65
Chapitre 7 – Modes de travail et outils nécessaires	66
7.1. Construire le partenariat.....	66
7.2. Le service auprès du public et des professionnels.....	69
7.3. L’évaluation des actions du CLIC.....	70
Chapitre 8 - Les moyens nécessaires pour remplir les missions des CLIC	72
8.1. Les ressources humaines : l’équipe CLIC.....	72
8.2. Le poste de coordonnateur.....	74
8.3. La question de la continuité au sein de l’équipe CLIC.....	75
8.4. Les ressources matérielles.....	75
9.1. Place et rôle des COPIL départementaux.....	79
9.2. Installation et composition des comités de pilotage départementaux.....	79
9.3. Les COPIL et le maillage départemental en instances de coordination.....	80

Introduction

1. Rappel des conditions de la commande

Les évaluations des structures CLIC expérimentales se sont déroulées pour les cinq premières en 2001-2002 et pour les vingt autres en 2002 et 2003. L'analyse qui suit a été réalisée à partir des comptes-rendus rédigés par l'Association du Réseau de Consultants en Gérontologie pour 17 sites CLIC et par l'INSERM – Unité 500 pour les 8 autres sites.

Nous rappelons pour mémoire que ces évaluations sont des photographies instantanées des situations rencontrées par les évaluateurs à ces différentes périodes (2001-2002 et 2002-2003). Depuis, les structures ont très certainement évolué, tant du point de vue de leur organisation que du type d'actions menées et donc peut-être également de leur niveau de label .

La commande de la *Direction Générale de l'Action Sociale* pour cette deuxième phase de l'évaluation avait pour objet :

- d'identifier les freins et les facteurs de progrès qui, au niveau opérationnel, permettraient aux CLIC existants et aux futurs sites de coordination de se développer, tout en tenant compte du niveau politique et stratégique du pilotage départemental,
- de formaliser des préconisations sur les moyens à minima à mobiliser et à mettre à disposition des coordinations en fonction de leur niveau de labellisation et donc des missions qui leur sont confiées.

Cette analyse se situe dans le contexte actuel de décentralisation accrue, de mise en place de plans départementaux de veille et d'alerte et de la circulaire CNAV du 19 janvier 2004 sur le dispositif d'évaluation des besoins de la personne âgée et d'élaboration du plan d'action personnalisé.

2. Rappel d'éléments de contexte

Nous souhaitons rappeler dans cette introduction un certain nombre de postulats sur lesquels nous nous sommes appuyés pour faire cette synthèse et ces préconisations :

1. Comme nous le verrons par la suite, la coordination est un thème récurrent dans le secteur sanitaire et médico-social. Longtemps envisagée comme un moyen de maillage des territoires pour développer des liens de proximité avec les individus âgés ou leur entourage, la coordination a rencontré de nombreux obstacles (politiques, financiers, administratifs). Ces obstacles n'ont jamais permis, jusqu'à présent, de construire des lieux permettant à la fois l'observation des besoins et des attentes de la population et l'apport de réponses adéquates à ces mêmes besoins ou attentes. Le dispositif CLIC expérimental, lancé en 2000, s'intègre dans cette histoire. Il relance l'idée, admise par l'ensemble des acteurs du champ gérontologique, du besoin de diffuser l'information auprès de la population, d'aider les personnes retraités et âgées à évaluer leur propre situation et ce, en partenariat avec les professionnels du champ, et de leur proposer de l'aide pour résoudre leurs difficultés.
2. La coordination doit s'envisager en partenariat avec les professionnels et les administrations afin d'apporter une réponse aux besoins et aux attentes des personnes. Dans le contexte de la seconde vague de décentralisation prévue en 2005, il était important de tenir compte de la position des Conseils généraux et des autres administrations régulièrement associées comme les caisses de Sécurité Sociale mais aussi de celles des structures de coordination dans leur diversité d'organisation. C'est pourquoi nous avons rédigé une synthèse qui puisse être **un outil de travail commun**. Nous avons rédigé des préconisations qui s'adressent soit aux Conseils généraux et à

leurs services techniques, soit aux structures porteuses de la coordination, soit à l'ensemble des partenaires.

3. Deux logiques de réseaux s'opposent depuis longtemps : la logique de filière et la logique d'accompagnement de la personne⁵.

La première envisage la coordination comme une trajectoire déjà plus ou moins tracée par les professionnels et/ou les administrations. Dans cette logique, l'individu est observé sous l'angle de son problème ou de sa demande et se voit imposer l'entrée dans un processus déjà préétabli qui est censé lui apporter une réponse. Cette logique, plus facile à mettre en œuvre par les professionnels et les services administratifs, répond davantage aux besoins des personnes, qu'à leurs attentes, car elle ne tient pas compte de l'individu et de son environnement social.

La logique d'accompagnement du sujet, quant à elle, considère l'individu comme un partenaire, au même titre que les professionnels et les administrations, et implique que la coordination envisage chaque situation comme unique, dont la réponse dépend de la concertation entre tous les partenaires concernés. C'est dans cette logique que nous nous situons tout au long de cette synthèse pour faire des préconisations. En effet, elle nous paraît la seule capable de répondre aux besoins de la personne et, surtout, de tenir compte de son environnement et de toutes les interdépendances que la personne crée ou a créé autour d'elle : de nombreuses personnes âgées refusent, par exemple, les solutions que les professionnels proposent, simplement parce que ces solutions ont un impact sur le réseau familial avec des conséquences que la personne âgée ne veut pas ou ne peut pas affronter.

4. Enfin, il nous apparaît important de rappeler que les coordinations n'ont pas vocation à résoudre tous les problèmes mais qu'elles ont un certain nombre de missions à remplir en fonction de leur niveau de labellisation. Ces missions doivent se réaliser en partenariat avec le secteur social, médico-social et sanitaire dans un esprit d'ouverture et dans une logique d'intervention de proximité. Cela nécessite des apprentissages collectifs et des rencontres pour permettre la création d'une culture gérontologique commune et la reconnaissance des capacités de chaque partenaire à contribuer aux solutions proposées aux personnes âgées et à se répartir les rôles d'intervention en fonction des compétences de chacun. Comme le souligne Michel Frossard, ces apprentissages collectifs sont aussi des éléments de stabilisation et de pérennisation de la coordination⁶.

Cette synthèse abordera différents thèmes :

- l'impact des politiques gérontologiques sur le développement des sites de coordination,
- le territoire et le découpage territorial,
- la position des coordinations dans le dispositif départemental APA,
- les notions d'évaluation, de construction et de suivi des plans d'aide,
- le repérage des besoins, les compétences ,
- les méthodes de travail et les outils,
- les ressources humaines et matérielles permettant de remplir les missions de coordination assignées aux CLIC
- et enfin le rôle des comités de pilotage départementaux.

⁵ *L'évaluation des coordinations gérontologiques*, M. Frossard, A. Boitard, G. Jasso Mosqueda, CPDG, Fondation de France, 1999, p.7.

⁶ Op cit, p.51

Chapitre 1 – L’impact des institutions départementales et/ou régionales

1.1. L’empreinte historique des programmes nationaux

L’histoire des politiques gérontologiques a été jalonnée jusqu’aux lois de décentralisation (1982 et 1983) par les plans économiques et sociaux quinquennaux dont on retiendra les points suivants :

- **Le VIème plan et les programmes finalisés de Maintien à Domicile en 1971** qui ont envisagé 332 contrats d’actions gérontologiques sectorisées programmés, dont à peine la moitié ont été installés. Ce décalage peut s’expliquer par le caractère novateur de ces programmes pour le maintien à domicile de personnes âgées à une époque où la tendance majoritaire était encore orientée vers l’hébergement dès qu’une personne âgée ne pouvait plus subvenir seule à ses besoins primaires.
- **Le VIIème plan et son programme d’action n° 15 de 1976**, qui reprend les objectifs du VIème Plan et les systématiser, contribuant ainsi à imposer la priorité donnée aux actions et politiques de maintien à domicile (développement des services d’aide et de soins à domicile, participation à la vie sociale et culturelle, amélioration de l’habitat). Quatre principes président à leur mise en œuvre:
 - la définition d’un territoire d’action dénommé Secteur Gérontologique,
 - la coordination des actions et le développement d’actions nouvelles,
 - les crédits d’incitations déconcentrés,
 - le contrat de secteur entre l’Etat et l’organisme coordonnateur local.

A cela s’ajoutent deux principes fondamentaux:

- la souplesse de la contractualisation,
- la participation des personnes âgées à la définition des besoins prioritaires des populations âgées du secteur par le financement d’études préliminaires s’inscrivant dans des précontrats de secteur.

Ainsi 440 secteurs gérontologiques ont été structurés dans ce cadre à la fin du Plan en 1981.

- **L’absence du VIIIème plan**

En l’absence de VIIIème plan, pour fait de changement de majorité parlementaire et de gouvernement au moment de l’élection de François Mitterrand à la Présidence de la République, le plan intérimaire 1981-1983 et la circulaire du 7 avril 1982 renforcent le dispositif préexistant et donne sens au « lancement » des 500 postes de « coordonnateurs » institués en juin 1981 dans le cadre d’une politique de lutte contre le chômage.

Dans ce cadre, la circulaire de 1982 propose la mise en place d’un dispositif de concertation et de planification des actions gérontologiques et de concertation avec les représentants des usagers .

L’instance locale de coordination gérontologique fonde tout le dispositif et permet de faire remonter les besoins des populations âgées de l’échelon local à l’échelon national. Ses missions sont l’étude des besoins, la définition des moyens et la mise en œuvre d’actions collectives financées par l’Etat à partir d’une aire géographique définie.

Le statut juridique des instances locales de coordination est variable : elles peuvent être rattachées à une commune, un hôpital, une association et être de statut associatif ou public.

Chaque instance dispose d'un coordonnateur local dont le poste est financé par l'Etat pendant 4 ans de 1982 à 1987. Il a pour mission d'assurer la liaison entre les intervenants, de stimuler l'élaboration d'une politique locale cohérente de services et d'équipements.

La mise en œuvre de ce dispositif a été freinée par la promulgation des lois de décentralisation en 1982 et 1983 qui ont transféré une part importante des compétences de l'Etat en matière d'actions sociales pour les personnes âgées vers les collectivités territoriales et tout particulièrement les Conseils généraux. Selon les termes de la loi, ceux-ci détiennent la pleine compétence des politiques d'hébergement et d'assistance à domicile des personnes à faibles ressources. Leur compétence en matière de coordination gérontologique n'est pas formellement affirmée, si bien que nombre de départements n'ont pas pris le relais des financements d'état mettant ainsi un terme à des initiatives de coordination gérontologique pourtant intéressantes.

Quelques instances ont en revanche survécu aux désengagement de l'Etat et se retrouvent parmi les promoteurs des 25 CLIC expérimentaux, notamment Châlus (Haute-Vienne), ARCADIA à Roanne (Loire), Villeurbanne (Rhône) et Lille (Nord).

Dans cette première génération d'instances de coordination gérontologique, l'accent était davantage mis sur la concertation entre les divers intervenants gérontologiques locaux et sur la promotion de réponses nouvelles que sur la « gestion de cas individuels ». Les élus locaux étaient assez présents dans ces démarches, en revanche les hôpitaux et les professionnels libéraux de santé assez peu impliqués. Châlus représente en cela une sorte d'exception.

1.2. Les nouvelles générations de coordination gérontologique

1.2.1. Des expérimentations financées depuis 1993 par la CNAVTS ⁷

Parmi les objectifs assignés à ces réseaux expérimentaux, il convient de citer : l'évaluation des besoins, l'orientation vers une réponse adaptée, une meilleure harmonisation des réponses et des offres de services. Les éléments structurants du réseau sont le bassin gérontologique, les services de proximité, les structures d'hébergement et la mise en place de « consultations » de régulation gériatrique de préférence appuyées sur les services hospitaliers. A cela s'ajoute le contrat local d'action entre les intervenants et le diagnostic médico-social qui déterminent le plan d'aide et de soin. Le CLIC Alp'âges, à Saint Rémy de Provence (Bouches-du-Rhône), répond à cette génération de coordination au même titre que Vic-Montaner (Hautes-Pyrénées et Pyrénées-Atlantiques) et Lunel (Hérault) qui a été le creuset d'élaboration de la doctrine de la CNAV en matière de réseau gérontologique.

1.2.2. Les réseaux de soins à caractère sanitaire

Avec la réforme des hôpitaux et les ordonnances de 1996 visant la maîtrise des dépenses de santé, l'Etat organise la promotion des réseaux de soins expérimentaux dans le secteur sanitaire sans exclure cependant la participation des intervenants du secteur social. Un objectif majeur est assigné à ce programme : la maîtrise des dépenses de santé.

S'agissant de dispositifs intégrés au système de santé, les réseaux de soins s'organisent autour de la prise en charge de certaines pathologies ou de populations spécifiques (SIDA, personnes démunies, toxicomanie, soins palliatifs et personnes âgées).

Parmi les principaux objectifs des réseaux sanitaires, on retrouve :

- l'amélioration de la qualité du service rendu,
- l'infléchissement des dépenses de soins,

⁷ CNAVTS : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés, Circulaire n° 36-93 du 6 avril 1993

- la mise en réseau de l'offre de soins ambulatoire et hospitalière par la désignation d'un médecin coordonnateur,
- la responsabilisation de l'usager par un engagement contractuel.

On trouve aujourd'hui, deux dimensions nouvelles dans ces réseaux de soins :

- l'engagement des usagers appelés à adhérer au plan de soins qui leur est proposé et par ailleurs l'engagement des intervenants par la signature d'une charte propre au réseau avec une dimension éthique et la promotion de la qualité des soins .
- l'évaluation des pratiques et de la satisfaction des usagers.

Il est à noter que ces réseaux offrent la possibilité de déroger aux règles habituelles de financement des soins : par exemple, la rémunération du temps passé par les praticiens libéraux à la coordination des soins est prévue.

Parmi les initiatives développées dans ce cadre, il faut citer les réseaux de soins expérimentaux développés par la MSA sur 19 sites. Ces coordinations impulsées par la CCMSA présentent la particularité de retenir le médecin généraliste comme pivot, en lui confiant les missions d'évaluation individualisée des besoins et d'orientation vers les réponses les plus appropriées à la situation de la personne.

En mars 2002, la nouvelle loi sur le droit des malades et la qualité du système de santé redéfinit les modes de régulation et de financement des expérimentations initiées par des hôpitaux et des professionnels libéraux de santé. Elle regroupe également l'ensemble des initiatives sous le vocable « Réseaux de santé » et leur donne pour objet de faciliter l'accès aux soins, de favoriser l'interdisciplinarité des prises en charge, d'intégrer l'éducation, la prévention, le diagnostic et les soins enfin de procéder à des évaluations.

1.2.3. La mise en réseau des acteurs par les Conseils généraux autour de la mise en place de la PED et de la PSD

Plus récemment en 1995, la mise en place de la Prestation Expérimentale Dépendance dans douze départementaux a été l'occasion de développer des partenariats étroits entre les caisses de Sécurité Sociale et les Conseils généraux ; ce fut le cas notamment en Ille et Vilaine où le Conseil général, la CRAM de Bretagne et la MSA se sont associés à la ville de Rennes pour développer une coordination gérontologique. Ce portage institutionnel et politique a permis d'entrée de jeu l'implication financière du Conseil général et des caisses de Sécurité Sociale, qui s'est concrétisée par une gestion financière directe par le Conseil général. C'est un comité de pilotage qui permet d'associer les acteurs à la définition des orientations et objectifs du CLIC.

A Metz (Moselle) au contraire, c'est au motif du partenariat existant entre le Conseil général et les caisses de Sécurité Sociale autour de la PED que ceux-ci n'ont pas souhaité s'engager dans le financement du CLIC AMAPA.

A l'évidence les politiques successives conduites tant par les services déconcentrés de l'Etat, les Conseils généraux et les caisses de Sécurité Sociale, ont contribué à façonner la plupart des initiatives reprises dans le cadre des CLIC expérimentaux. Il n'y a guère que les sites d'Angers (Maine-et-Loire), de Brive (Corrèze), Lamastre (Ardèche), Château-Chinon (Nièvre), Chénérailles (Creuse), qui se soient forgés strictement dans le cadre du programme CLIC.

1.3. La prégnance des modèles de coordination dans les politiques gérontologiques

La genèse des politiques et programmes successifs visant à développer les coordinations gérontologiques permet de visualiser les différents modèles qui ont façonné les initiatives et se retrouvent en filigrane des différents CLIC expérimentaux.

Deux modèles se dégagent assez nettement :

- les systèmes intégrés d'aide et de soins
- les systèmes en réseau.

1.3.1. Les systèmes intégrés

Ils se sont relativement peu développés dans le cadre des coordinations gérontologiques. Les quelques cas recensés parmi les promoteurs de CLIC expérimentaux ne satisfont pas d'ailleurs pleinement à la définition.

Un système intégré se définit avant tout comme une offre complète de prestations d'aide et de soins aux personnes âgées, développée par une même institution sur un territoire donné.

Le CLIC AMAPA de Metz (Moselle) et celui de Lamastre (Ardèche), pour les CLIC associatifs, Belfort (Territoire de Belfort), Lille (Nord) et Lorient (Morbihan), pour les collectivités locales, se rangeraient plutôt dans cette catégorie. Toutefois, même s'ils disposent d'une palette assez large de prestations de services, ils ne disposent pas des services hospitaliers et n'intègrent pas les libéraux de santé. Compte tenu d'une position dominante sur le territoire en terme d'offre de services le CLIC, dans ce cas, éprouve des difficultés à négocier des partenariats avec les autres prestataires. Certains partenaires institutionnels considèrent même qu'en matière de coordination, il n'est pas possible d'être « juge et partie ». Les soupçons de captation de clientèle peuvent aussi freiner le développement d'une coordination à partir d'un système intégré.

C'est sans doute pour ces raisons qu'il a toujours été jugé préférable par les autorités chargées de mettre en œuvre les politiques de coordination de dissocier la gestion d'un dispositif de coordination de celle de prestations de services.

1.3.2. Le modèle en réseau

Depuis les instances locales de coordination gérontologique (1982), le modèle en réseau s'est imposé comme la référence⁸. Il se retrouve à l'évidence dans le cadre des réseaux gérontologiques prônés par la CNAV à partir de 1993.

Dans ce modèle, c'est l'association des différents intervenants, dans un dispositif plus ou moins formalisé juridiquement, qui permet de développer une offre de service complète. Un référent ou un coordonnateur est désigné parmi les intervenants ou institué spécifiquement. Il est chargé d'évaluer les besoins et d'orienter vers la ressource locale la plus adaptée pour apporter une réponse appropriée en élaborant des plans d'aide.

Privilégiant la légitimité des intervenants, les CLIC de type réseau gérontologique ont éprouvé parfois des difficultés à impliquer les partenaires institutionnels, qui disposent le plus souvent de la double qualité, d'intervenants par leurs services sociaux comme les caisses de Sécurité Sociale (CRAM ; MSA) et de financeurs de la coordination.

⁸ La grande majorité des expériences de coordination gérontologique se sont développées selon le modèle dit de *brokerage* : « case manager ». Michel Frossard CPDG 1996; PROCARE French National Report « Providing integrated health and social care for older persons in France », 2002

1.4. Les partenaires institutionnels des politiques gérontologiques locales

Comme le rappelle la genèse de la coordination gérontologique, c'est d'abord les services déconcentrés de l'état (DDASS et DRASS) qui ont été à l'origine des premières politiques incitatives de coordination gérontologique afin de favoriser la mise en place de programmes de développement des prestations de maintien à domicile. Fort de la règle du co-financement qui a toujours prévalu, sans être imposée, certains Conseils généraux et certaines municipalités se sont investis financièrement dès la mise en place des instances de coordination gérontologique. A l'issue du désengagement de l'Etat du financement des postes de coordonnateurs en 84, le relais n'a généralement pas été pris par les mêmes collectivités.

A l'issue d'une longue traversée du désert, ce sont les caisses de Sécurité Sociale qui ont pris à nouveau l'initiative. Les CRAM, les caisses de Mutualité Sociale Agricole se sont mobilisées. Avec les réseaux de soins et/ou de santé, c'est le Fonds d'amélioration de la qualité des soins de ville (FAQSV), géré en région par les Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), qui est sollicité.

Puis, c'est avec la mise en place de la PED, d'abord, de la PSD ensuite, et de l'APA enfin, que les Conseils généraux sont devenus moteurs dans le soutien voire la promotion des coordinations gérontologiques : c'est le cas en Ille et Vilaine (Rennes), dans le Territoire de Belfort, en Côte d'Or et en Corrèze (Agen).

Dans ce contexte, l'initiative de l'Etat au travers du programme CLIC n'a pas toujours été bien vécue par les Conseils généraux et les caisses de Sécurité Sociale, notamment en raison de l'absence de concertation lors de la désignation des 25 CLIC expérimentaux ; ce fut notamment le cas pour le CLIC AMAPA de Metz. Pour les mêmes raisons, l'implication financière des municipalités, lorsque ces dernières ne sont pas directement promotrices du CLIC, ne s'est pas concrétisée aisément.

Le véritable enjeu de la négociation des partenariats notamment financiers réside davantage dans la qualité de fonctionnement et d'animation du comité de pilotage départemental.

Là où il a été installé et où il fonctionne effectivement, les partenariats se sont négociés plus aisément et le maillage départemental en CLIC est en bonne voie. En revanche, dans les quelques départements où le comité de pilotage ne fonctionne pas, le partenariat fait également défaut.

L'échelon régional est également à prendre en compte. En effet, le maillage du territoire régional en instances de coordination et en services représente un enjeu pour le développement économique et social d'une région. Par exemple, le Conseil régional Nord Pas de Calais s'est investi dans le cadre des contrats de plan Etat-Région dans le soutien d'une trentaine de coordinations de type CLIC.

1.5. Le CLIC : un lieu d'élaboration des politiques gérontologiques locales

Le programme CLIC depuis sa mise en œuvre est traversé par la question de la pérennité de l'engagement de l'Etat. En cela une page de l'histoire du co-pilotage des politiques gérontologiques Etat - Conseil général est bien en train de se tourner, avec la perspective désormais officielle d'un pilotage exclusif par le Conseil général à l'occasion de la nouvelle vague de décentralisation attendue pour janvier 2005 (Projet de loi sur les libertés et les responsabilités locales). Dans la mesure où il ressort très clairement que la plus value apportée localement par un dispositif CLIC repose sur sa capacité à mettre en œuvre le cahier des charges du label CLIC de niveau 3, ce qui est le cas de la plupart des CLIC expérimentaux, l'enjeu va désormais se reporter sur les synergies à développer sur le terrain avec le dispositif APA.

Aujourd'hui, les schémas gérontologiques départementaux, définis par les Conseils généraux, doivent prendre en compte les coordinations. Du fait de l'accroissement de la décentralisation, les départements détiendront désormais (seuls ou conjointement avec l'Etat) le pouvoir d'habilitation, d'autorisation et de tarification sur l'ensemble des institutions sociales et médico-sociales pour personnes âgées, auxquelles appartiennent les CLIC.

Les schémas gérontologiques départementaux lorsqu'ils existent sont conçus le plus souvent comme des schémas d'orientation et d'objectifs. La coordination gérontologique de proximité y trouve en général une place sans caractérisation particulière; demain ces mêmes schémas devront être dotés d'un volet programmatique et tendront à devenir plus normatifs sur les modalités de fonctionnement et de financement des coordinations par les Conseils généraux. Celles-ci seront donc contraintes de passer sous leur autorité beaucoup plus présente sur le terrain, ce que ne pouvaient faire les services déconcentrés de l'Etat.

Cette perspective permettra la valorisation du rôle d'observatoire des besoins que les CLIC devraient pouvoir jouer de façon plus marquée qu'aujourd'hui. L'analyse des 25 CLIC expérimentaux révèle que l'essentiel de l'activité des CLIC se concentre autour d'une mission d'information et de « gestion des cas individuels » par la formalisation et le suivi de plans d'aide. **Le rôle d'observatoire et d'évaluation partagée des besoins** de la population âgée locale permettrait, s'il était mieux investi, de contribuer à la définition des priorités des politiques gérontologiques à l'échelon du département.

Dans ce cadre, il pourrait être demandé au CLIC un avis consultatif sur des projets d'institutions sociales et médico-sociales envisagés sur le territoire du CLIC. Cet aspect de la mission des CLIC a été assez peu identifié dans les 25 sites expérimentaux. Le Conseil général du Nord dans le cadre de son programme de concertation gérontologique, qui a précédé le dispositif CLIC, avait formellement retenu cette dimension dans le cahier des charges assigné aux coordinations

Dans la mesure où les Conseils généraux s'affirmeront comme pilotes des politiques gérontologiques, il n'est pas douteux qu'ils seront enclins à positionner plus précisément les coordinations gérontologiques comme observatoires locaux des besoins et pôles de diagnostic partagé sur la pertinence des réponses proposées par les intervenants et partenaires locaux.

C'est à cette condition que les politiques gérontologiques départementales pourront se construire sur un mode ascendant et que les schémas départementaux prendront en considération les besoins et les solutions portés par les territoires.

Le dispositif mis en place sur l'ensemble du territoire de l'Ille et Vilaine à partir du CLIC de Rennes incarne parfaitement cette orientation qui était encore assez peu formalisé, au moment de l'évaluation, sur la plupart des sites. Certains départements toutefois, comme la DSD des Hautes Pyrénées, plaçaient cette orientation explicitement en perspective pour l'actualisation du schéma gérontologique.

Ce rôle de pilotage des politiques gérontologiques territoriales, que les Conseils généraux vont devoir assumer de plus en plus explicitement en relais de l'Etat, ne doit pas occulter la place parfois prépondérante d'autres institutions. En effet, certaines DDASS ont joué un rôle déterminant dans le développement des coordinations, ainsi que les caisses de Sécurité Sociale et singulièrement les CRAM. Ce fut le cas notamment de la CRAM Languedoc Roussillon pour le CLIC de Lunel, de celle d'Aquitaine pour le CLIC d'Agen, et d'une manière plus générale pour l'ensemble du dispositif CLIC, de celle de Bretagne, de Nord Picardie et de Rhône-Alpes.

1.6. Territoire de coordination et schéma gérontologique

Au vu des 25 expérimentations de CLIC, il paraît acquis que leur succès est subordonné à la qualité de leur implication dans les politiques gérontologiques départementales.

Au-delà de la parole nécessairement subjective des acteurs, recueillie au cours des évaluations, c'est à l'aune des schémas gérontologiques que peut se mesurer la reconnaissance et la qualité du partenariat conduit autour de ces initiatives.

Quand bien même la plupart des CLIC expérimentaux sont issus de réalisations antérieures en matière de coordination, il n'en est pas moins vrai que le choix des 25 sites n'a pas été le fruit d'un travail concerté au niveau des territoires.

Près des trois quart des 25 départements concernés par l'expérimentation disposaient néanmoins d'un schéma actif ou en cours de révision qui, pour la plupart d'entre eux, mentionnait la coordination gérontologique et définissait un échelon territorial qui était le plus souvent cohérent avec les unités territorialisées des services du département ou la sectorisation des équipes médico-sociales chargées d'instruire les demandes d'APA.

Malgré cette prise en compte de la coordination, l'absence de financement d'un CLIC par le Conseil général peut être analysée comme le signe d'une certaine exclusion de la politique gérontologique locale, posture qui ne préjuge en rien de la qualité du travail réalisé par le CLIC avec les intervenants de terrain, mais qui expose en revanche au risque de superposition sur un même territoire de plusieurs strates d'expertises et d'ingénierie gérontologique. Tel est notamment le cas à Metz (Moselle), à Brive (Corrèze) et à Orléans (Loiret).

L'enjeu auquel est lié l'avenir du dispositif CLIC est donc bien celui de la mutation de sa légitimité. Comment passer d'une légitimité d'émergence liée à une pratique de terrain à une légitimité d'acteur et de partenaire des politiques gérontologiques départementales ? Il semble que ce soit la reconnaissance et l'animation de ce dispositif par les Conseils généraux qui permettent au CLIC d'être légitimé.

Chapitre 2 – Détermination du territoire et portage des CLIC

Il convient de rappeler en préambule que les départements n'en sont pas tous au même stade dans la définition des territoires de coordination : dans certains d'entre eux, le maillage est terminé ou en voie de l'être ; dans d'autres départements, il reste à opérer des ajustements pour que l'ensemble des zones soient couvertes ; enfin, le découpage reste à faire dans quelques départements.

Le rôle du Conseil Général et de son président apparaissent aujourd'hui centraux dans la détermination du territoire. En effet, il sera désormais de la responsabilité de l'instance politique départementale, selon le projet de loi sur les responsabilités locales en cours d'examen au parlement, d'organiser le maillage de son territoire par des coordinations gérontologiques.

Néanmoins, dans de nombreux cas, c'est le dialogue entre les membres du COPIL départemental et le promoteur du CLIC lui-même qui a permis ou qui permettra de trouver un consensus sur les limites du territoire des CLIC.

2.1. Les données de l'observation en terme de choix du territoire

La notion de territoire peut paraître évidente à appréhender pour un promoteur de CLIC et pourtant le découpage en fonction d'autres territoires, comme par exemple ceux des unités territoriales départementales ou du service social des CRAM, demande un travail minutieux en amont de la création d'une coordination pour :

- connaître les territoires des partenaires potentiels,
- prendre en compte les conséquences « politiques » et pratiques des découpages de chacun, tant au niveau administratif que professionnel,
- connaître les cheminements des usagers en fonction de leurs besoins et la façon dont les prestataires vont y répondre.

L'évaluation des 25 CLIC expérimentaux a permis d'aborder la notion de territoire selon différents angles .

2.1.1. Le territoire du CLIC peut se confondre avec les territoires administratifs

L'expérimentation engagée en 2000 pour le lancement des CLIC s'est faite sur la base de territoires extrêmement divers : les départements, les agglomérations, les cantons, les communautés de communes, etc.

Les éléments tirés des évaluations des 25 CLIC expérimentaux montrent cette diversité :

Nature du territoire choisi	Nombre
Département	3
Agglomération	2
Bassin gérontologique	2
Ensemble de cantons	10
Une seule commune	7
Arrondissement d'une ville	1

Il est évident que les logiques d'organisation administrative du territoire vont avoir des conséquences diverses selon qu'il s'agit d'un département ou d'une commune, notamment en terme de proximité du CLIC par rapport aux administrés âgés et à leur familles. De même, le promoteur du CLIC va induire une certaine dimension à son territoire à partir de son expérience et de son action sur le terrain. Par exemple, un service à domicile va avoir tendance à agir sur son territoire, lui-même déterminé par les

actions qu'il mène auprès des personnes vivant à domicile, alors qu'un département va agir sur le territoire départemental. L'échelle territoriale dépend donc de l'origine du promoteur mais aussi des missions que lui confient les différents financeurs, entre autres le Conseil général, les CRAM ou les communes.

Par ailleurs, la taille et le statut du territoire du CLIC ne seront pas sans conséquences sur la nature des demandes de la population. En effet, la plus ou moins grande proximité du CLIC va influencer sur sa lisibilité pour la population et donc sur le nombre de demandes.

2.1.2. La nature géographique du territoire

Au-delà de sa nature administrative, la nature « géographique » du territoire est également diverse :

Nature du territoire	Nombre
Urbain	10
Rural	8
Mixte	7

A partir de l'évaluation des 25 CLIC, on a pu observer que les projets portés par les communes concernent un territoire essentiellement urbain et ne prennent pas toujours en compte les échanges de population qui se font entre la ville principale et sa périphérie, ce qui a pu parfois présenter certaines difficultés. Ainsi, certains CLIC limitent leurs aides à la population d'une commune ou d'un arrondissement et peuvent être amenés à ne pas prendre en compte les populations des banlieues ou des villes jouxtant leur territoire. Cette exclusion d'une partie de la population, qui peut pourtant être géographiquement très proche du lieu du CLIC, est souvent mal comprise par les personnes âgées elles-mêmes, qui se définissent en l'occurrence par rapport à leurs besoins d'aide. Il est donc important de réfléchir en amont de la création de la coordination aux possibilités d'aider des populations vivant à la périphérie du territoire déterminé.

Les territoires mixtes (urbain et ruraux) couvrent en général la totalité d'un département ou sont basés sur un bassin gérontologique : c'est le cas à Lunel (Hérault).

Les territoires ruraux couvrent quant à eux des superficies très importantes et un nombre élevé de cantons et de communes, ce qui peut poser la question de la démultiplication des moyens.

Les différents types de territoire induisent non seulement des modes de vie différents mais renvoient aussi à des densités d'habitation et de population différentes et à la question des moyens de communication et de transport sur le territoire lui-même.

2.1.3. La dimension démographique du territoire

En ce qui concerne la population âgée vivant sur le territoire des CLIC, et en se référant à la valeur absolue de la population de 60 ans et plus, ce qui est la seule approche permettant une bonne quantification, 40% des sites évalués ont un volume inférieur à 15 000 personnes.

Nbre. de personnes âgées de 60 ans et plus	Nombre
< 15000	10
> 15000	15

Les zones les plus petites sont celles de Vic-Montaner (Hautes-Pyrénées et Pyrénées-Atlantiques), Châlus (Haute-Vienne) et Lamastre (Ardèche) qui sont nettement au-dessous de 7 500 personnes âgées.

Le CLIC des Portes de l'Essonne (Essonne) en compte près de 9 000.

Brive (Corrèze), Moulins (Allier), Lunel (Hérault), Lorient (Morbihan), Chénerailles (Creuse) et Château-Chinon (Nièvre) s'approchent des 15 000.

Guingamp (Côtes-d'Armor), Orléans (Loiret), Roanne (Loire), Marseille (Bouches-du-Rhône), Lunéville (Meurthe-et-Moselle) et St Rémy de Provence (Bouches-du-Rhône) sont légèrement au-delà (17 à 18000 personnes âgées)

Les villes comme Lingolsheim (Bas-Rhin), Angers (Maine-et-Loire), Villeurbanne (Rhône), Metz (Moselle), Rennes (Ille-et-Vilaine), Lille (Nord) sont bien au-dessus de ce chiffre.

Enfin, les départements, excepté le Territoire de Belfort, sont des territoires regroupant une population âgée de 60ans et plus, bien au-delà des 15 000 personnes (c'est le cas du département de la Côte d'Or).

En ce qui concerne le rapport de la population de 60 ans et plus, au regard de la population totale, la moyenne est de 22,3% : cela va de 5% pour Lille à plus de 30% pour Vic-Montaner, Lamastre, Chénerailles et Nevers.

Ces écarts sont peu significatifs car le chiffre de 5% à Lille représente près de 25 000 personnes âgées alors que les 30% de la population globale à Lamastre correspondent à 2 000 personnes âgée de 60 ans et plus.

Ces données montrent bien l'importance de prendre en compte le nombre réel de personnes âgées sur le territoire du CLIC et non la part des personnes âgées au regard de la population totale, car elle peut être très variable en fonction de la densité démographique du territoire. Il est donc essentiel avant la création du CLIC de connaître le nombre de personnes potentiellement intéressées, car cela influencera sur les possibilités de développement du CLIC dans le futur et sur la nécessaire adéquation entre l'offre et la demande.

2.2. Analyses et réflexions à partir des données territoriales de l'évaluation

2.2.1. Le territoire doit permettre de développer une démarche de santé publique.

La définition du territoire est inhérente aux conditions de mise en place d'un CLIC. Il est en effet difficile d'organiser la coordination et l'information sans se préoccuper de la réalité géographique et historique sur laquelle ces activités vont se dérouler, et en particulier leurs limites, ce qui facilitera l'organisation de l'action.

La notion de territoire repose donc sur le principe énoncé depuis le VI^e plan et qui s'est constitué à partir des orientations du rapport Laroque : « *permettre l'accès homogène aux prestations sur l'ensemble du territoire national* ». Cependant cette notion d'homogénéité doit prendre en compte les différentes réalités territoriales.

Ainsi, l'importance de la notion de territoire s'appuie sur deux observations complémentaires:

- d'une part, **les ressources à mettre en œuvre ne peuvent être réellement actionnées qu'à partir de la réalité concrète d'un territoire défini**. L'ouverture (ou l'obtention) d'un droit pour une personne âgée ne préjuge en rien de sa réalisation au sein de son cadre géographique. Il faut que les services nécessaires à la mise en œuvre des réponses soient présents dans un environnement proche de la personne pour qu'elle puisse y avoir recours. C'est cette notion de proximité qui a été mise en avant dans cette période expérimentale.

- d'autre part, la capacité de la population âgée à utiliser les moyens de déplacement peuvent aller en s'amenuisant avec le handicap et modifier la possibilité d'accéder aux services. Comme le souligne A. Colvez, « *après l'âge de cessation d'activité, le lien privilégié de la personne avec son environnement social n'est plus l'appartenance professionnelle, mais le lieu d'habitat* ». Il complète cette remarque par une analyse des implications de l'apparition des handicaps physiques ou psychiques qu'il assimile aux effets des maladies invalidantes. Dans la réflexion préalable à la mise en oeuvre d'un CLIC et à la définition de son territoire, il est donc important de tenir compte de cette réalité. « *Alors que celles-ci (les maladies aiguës) sont faites d'épisodes soudains et dramatiques, dont l'issue se situe au terme de quelques jours ou au maximum quelques semaines, les maladies chroniques s'inscrivent dans le temps*⁹ ». Cette inscription dans le temps place le « malade chronique » dans un contexte particulier qui dépasse largement le seul aspect pathologique et le situe dans son environnement global dont le CLIC, tant au niveau de l'évaluation des besoins d'aide que de la coordination des partenaires, doit tenir compte : « *La personne est à son domicile, les conditions de son environnement prennent donc une importance capitale : les conditions de logement et surtout l'entourage. La situation doit être gérée à long terme et les situations transitoires qui se mettaient en place sur quelques jours pour une maladie aiguë, s'épuisent rapidement. Les critères d'évaluation du résultat ne sont plus les dosages biologiques ni la radiographie, mais les progrès dans les activités de la vie quotidienne, la sortie du logement, la rupture de l'isolement social* »¹⁰.

Le territoire représente donc d'une part, la référence essentielle pour la personne âgée dans sa recherche de réponses à ses besoins et d'autre part, le cadre nécessaire à une organisation optimale permettant l'accès et la mise en place des services.

Comme le souligne A. Colvez, cette perspective territoriale place le CLIC dans **une dimension de « santé publique »**. C'est à partir des observations de terrain que pourra se construire une réelle analyse des besoins de la population, analyse resituée dans son contexte environnemental en lien avec les acteurs de terrain. Certains, comme le CLIC de Rennes (Ille-et-Vilaine), valorisent cette activité mais cela n'apparaît pas de manière systématique dans l'ensemble des sites expérimentaux.

Il convient à cet égard de souligner le lien à développer entre la réflexion sur la territorialisation et la notion d'« utilité sociale » qui rejoint l'objectif poursuivi par la coordination. Bien au delà d'une restriction à un type de population ou d'une référence à une démarche caritative, l'utilité sociale se définit ainsi¹¹, :

- répondre à un besoin social non satisfait
- renforcer l'autonomie des personnes
- favoriser la participation des personnes à la société
- susciter des dynamiques collectives et de territoire : l'implication des usagers dans la réalisation de la coordination devrait amener à renforcer l'importance de la référence au territoire.

C'est sur ces orientations que se fondent les principes d'une approche de santé publique.

⁹ Gérontologie et société, n° 100, *La coordination gérontologique, pour qui, pour quoi, comment ?* 2002, p.25.

¹⁰ op cit

¹¹ Dossiers pour notre temps n° 98 et 99, 2001

2.2.2. Les CLIC doivent tenir compte des différentes approches de la dimension territoriale

La proposition de délimitation du territoire d'un CLIC ne peut pas reposer sur la seule référence au nombre de personnes âgées. D'autres aspects tirés de l'observation de la situation géographique ou de l'histoire doivent également intervenir. La variété des situations présentées le démontre largement.

Plusieurs considérations sont alors à prendre en compte pour définir la pertinence du découpage. En particulier, la question doit se poser du risque d'interférences avec des découpages pré-existants. En effet, il existe plusieurs approches de la dimension territoriale, qui ne visent pas les mêmes objectifs que ceux de la coordination gérontologique, auxquelles le CLIC va se heurter et avec lesquelles il va devoir co-exister :

- La plus classique est *le découpage selon les échelons territoriaux de proximité*: communes, cantons et arrondissements qui ont une existence ancienne. Fondé sur une approche de la vie locale, ce découpage n'est peut-être plus aussi pertinent aujourd'hui par rapport aux modes de vie actuels.

L'urbanisation a considérablement modifié les rapports entre ces échelons de la vie publique, à la fois en terme de densité démographique (désertification d'une part et densification de l'autre) et en terme de concentration des services (disparition ou concentration). Les considérations utilisées initialement pour les déterminer, que sont le lieu d'habitation et la population à laquelle les services publics doivent répondre, n'ont plus le même sens aujourd'hui et il convient désormais d'en vérifier l'intérêt en termes de coordination et de proximité.

Dans cette perspective, il importe de tenir compte dans la réflexion préalable à l'installation du CLIC, ou par la suite, des nouvelles orientations qui se dessinent en matière de « pays », ou d'« agglomération », lesquelles génèrent des regroupements de services publics que le CLIC ne peut ignorer.

La question à se poser est alors celle des ressources offertes par le territoire plus que celle de la nature du territoire.

- *Les découpages administratifs* sont également nombreux, aussi bien dans le domaine de l'action sociale que sanitaire. Ils dessinent des terrains d'intervention différents selon les acteurs. Leur définition repose sur les propositions des acteurs en fonction de leurs propres moyens et non pas sur l'analyse des besoins d'une population au sein d'un « bassin de vie ». Les acteurs, quel que soit leur statut, déterminent eux aussi des zones d'intervention. Celles-ci sont plus ou moins importantes en fonction de leur histoire et de leur capacité à développer leur influence et leur action sur le territoire. La formalisation de ces territoires constitue pour ces acteurs le socle de la légitimité de leur intervention et en justifie la pertinence.
- *Les découpages socio-économiques* se situent dans une autre logique. Ils reposent sur la prise en compte des habitudes de recours aux services (commerciaux, sanitaires et sociaux), tels qu'elles sont pratiquées par les habitants. Certaines études préalables, comme cela a été le cas à Lunel (Hérault) ont déterminé des bassins gérontologiques pour permettre à la coordination de trouver une assise considérée comme cohérente.

2.2.3. Le territoire du CLIC doit-il recouvrir un découpage propre à l'action gérontologique ?

Au vu des remarques précédentes, un découpage propre à l'action gérontologique méconnaîtrait la place même des personnes âgées dans l'ensemble social.

Comme le souligne D. Argoud, « le critère de l'âge a permis de construire la catégorie « personnes âgées ». Mais en quoi ce critère permet-il de fonder l'action ? Est-ce que l'âge suffit à identifier un ensemble d'individus ? » Or poursuit-il, « de nombreux indicateurs devraient amener à réfléchir sur la non-pertinence d'un tel mode d'appréhension :

- l'abaissement de l'âge de la retraite rend de plus en plus malaisée l'identification de barrières indispensables à la constitution de catégories,
- les débats sur l'allocation dépendance ont mis en lumière les enchevêtrements entre les catégories « personnes âgées » et « handicapés »,
- la focalisation des débats sur la dépendance tend à occulter l'importance de la prévention alors que cette dernière permet d'agir en amont,
- les aidants des personnes âgées sont souvent eux-mêmes âgés, ... »¹²

Une démarche réduite au seul univers des personnes âgées limiterait les moyens de comparaison et donc de réflexion. Pour accéder aux informations et faire des comparaisons, il importe donc de définir des dimensions de territoire qui permettent de ne pas isoler la politique sociale en faveur des personnes âgées des autres interventions en direction de l'ensemble de la population .

Il apparaît donc clairement que le territoire n'est pas à considérer du seul point de vue de la prise en charge des personnes âgées. Les besoins de cette partie de la population recoupent largement les aspirations d'autres groupes : répartition des commerces, des services, de la densité des réseaux de transport ... L'intérêt de ces approches multiples est de les renforcer mutuellement en donnant aux « besoins » de chaque catégorie une assise plus large.

Au cours de cette période expérimentale, c'est surtout la démarche volontaire des promoteurs qui a prévalu le plus souvent pour déterminer le périmètre de leur intervention :

- Pour les 25 CLIC analysés, c'est l'échelon territorial, la commune, l'agglomération, un ensemble de cantons ou l'ensemble du département, qui a été considéré comme pertinent en fonction de l'action du promoteur.
- Certains CLIC ont mené, en revanche, une réflexion se fondant sur une analyse de pays, de bassins de vie ou de bassins gérontologiques (Lunel - Hérault, Vic-Montaner – Hautes-Pyrénées et Pyrénées-Atlantiques, Château-Chinon - Nièvre, Chénérailles -Creuse, Guingamp – Côtes-d'Armor ou Roanne-Loire). Cette démarche a été réalisée, soit avant la mise en place du CLIC, soit en cours de réalisation afin de mieux s'ajuster à la situation. La prise en compte du bassin de vie peut entraîner un découpage à cheval sur deux départements, sinon sur deux régions (comme c'est le cas à Vic Montaner).
- 9 expérimentations présentent clairement dans leur projet l'intégration de la définition du territoire du CLIC au sein du schéma gérontologique.
- Enfin, lors de l'évaluation, il n'y avait pas toujours de coïncidence systématique entre les zones d'intervention du CLIC et celles des équipes médico-sociales de l'APA.

¹² Documents-CLEIRPPA, *Territoires et vieillissement*, 1998 p. 6.)

Correspondance entre le territoire du CLIC et le territoire d'intervention d'une équipe médico-sociale			
Territoire départemental en entier	Territoire du Clic regroupant plusieurs secteurs EMS	Equivalence entre secteur EMS et CLIC	Pas de correspondance
Agen Belfort Dijon	Marseille Lille Lorient Orléans Portes de l'Essonne Rennes	Chénerailles Lunel Lingolsheim Lunéville Château-Chinon Roanne Vic Villeurbanne	St Rémy de Provence Angers Brive Châlus Moulins Guingamp Lamastre Metz

Comme le souligne le rapport de l'INSERM à partir des 5 premiers CLIC évalués, « *Quand le territoire du CLIC recouvre celui des dispositifs APA, voire celui des services CRAM-CPAM, il est vraisemblable que le CLIC avancera plus vite*¹³ ». On constate le bien fondé de cette perspective à travers les difficultés de définition de frontières entre les actions du CLIC et celles des équipes médico-sociales.

2.2.4. Les CLIC s'insèrent dans les territoires de référence des différents acteurs de la coordination

Les territoires des différents acteurs (CLIC, hôpitaux, conseils généraux, CRAM,...) ne se recouvrent pas car ils n'ont pas, du fait même de leur offre de services, le même espace de référence.

Selon l'action menée, chaque acteur a un territoire spécifique dont le CLIC doit tenir compte dans ses actions de partenariat et de service auprès des usagers:

- soit en raison de l'objet même de l'acteur : un CHU aura par exemple un rayonnement géographique plus important qu'un service de maintien à domicile ou même qu'un hôpital local. Ce CHU pourra également s'insérer dans une logique de réseau de santé sur un territoire important ou par rapport à un domaine de prévention spécifique (réseau diabète,...).
- soit en raison de la zone d'influence propre à un service et qui aura été déterminée bien antérieurement (secteur psychiatrique, secteur d'action sociale de différentes caisses de retraite ou de sécurité sociale,)
- soit en raison de la légitimité de l'intervention définie par le statut même de l'acteur, comme c'est le cas pour un CCAS.
- soit en raison de l'implantation d'une association bâtie au fur et à mesure de son histoire et de son développement,....

Si au point de départ, les délimitations territoriales se sont faites en fonction des promoteurs du CLIC, on peut constater que cela n'a pas toujours coïncidé avec d'autres interventions, en particulier avec les territoires d'intervention des équipes médico-sociales ou des unités déconcentrées des services départementaux¹⁴.

A partir de 2005 avec la nouvelle vague de décentralisation, les départements devront mailler leur territoire de coordinations gérontologiques. Dans cette perspective, il est important de rappeler que l'objectif de l'action de coordination doit contribuer à la constitution d'une « culture commune »

¹³ Rapport INSERM, 2001, p. 46

¹⁴ Cf. également les équipes multidisciplinaires qui seront constituées dans le cadre du droit à compensation du handicap

partagée par l'ensemble des acteurs du territoire. Le repérage des acteurs, à titre singulier, permet de créer des liens et par là même de s'enrichir des réflexions de chacun. **Le territoire doit donc permettre de faciliter ces liens par la proximité et l'inter-connaissance.** Il y aurait en effet un risque de dispersion et des difficultés de participation pour un même acteur qui interviendrait sur le territoire de plusieurs CLIC.

A l'observation, on a pu remarquer que quelques uns des CLIC évalués se sont mis en place sans tenir compte d'une démarche antérieure de coordination sur une partie du même territoire. Cette situation peut être à l'origine de conflits et compromettre l'avenir de la coordination.

2.2.5. La détermination du territoire doit prendre en compte le nombre de personnes âgées

En matière de volume de population à accompagner, on a pu constater des variations importantes dans la situation des CLIC expérimentaux.

Le nombre de personnes âgées influence la détermination de la superficie ou de la nature du territoire selon deux modes d'approche.

Tout d'abord, en raison de sa fonction de distribution d'information, le CLIC a deux dimensions :

- une logique de recueil, de suivi et de mise à jour de l'information : dans cette perspective, un pôle centralisé CLIC peut couvrir un territoire important. Il entrera dans une logique économique de faire supporter un poste de documentaliste par un plus grand nombre de destinataires éventuels. C'est le cas de Châlus (Haute-Vienne) qui s'appuie sur le CIPA de Limoges pour constituer sa base d'information et la redistribuer ;
- une logique de diffusion de l'information et donc d'accessibilité à cette information : le nombre de personnes âgées est assez souvent lié à la densité de population. Cependant, une grande dispersion des personnes âgées signifie une difficulté à repérer le positionnement du CLIC et peut créer un véritable obstacle à y accéder. La proximité paraît être tout aussi nécessaire pour être efficace que la rentabilité d'un poste que personne n'utiliserait. Ainsi, à Agen (Lot-et-Garonne), le CLIC reçoit une population issue à 65 % de la zone d'Agen tout en prétendant réaliser une action départementale. Il en est de même à Guingamp (Côtes d'Armor) et à Lunel (Hérault). Dans cette perspective, le territoire du CLIC de Belfort étant départemental, il est découpé en unités auxquelles un coordonnateur spécifique est affecté afin d'être proche de la population. Des rapprochements avec les CCAS de petites communes pourraient être ainsi envisagés.

Le niveau 1 est confronté à cette question de la diffusion de l'information : la pertinence du territoire proposé repose sur la facilité à accéder à l'information. Cette notion soulève plusieurs aspects. Certains sont propres à la notion de territoire, d'autres dépendent d'autres données, comme :

- *le repérage de l'activité* par les usagers et les prescripteurs ou les personnes relais : le territoire et ses différents acteurs (professionnels, administratifs et usagers) doivent être régulièrement informés de l'activité du CLIC. Une politique de communication doit être mise sur pied et le recours au CLIC doit être envisagé comme une démarche que doivent s'approprier les ressortissants du territoire considéré ;
- *le positionnement géographique* : l'accès au siège du CLIC doit être réfléchi. Une analyse des moyens de communication, des habitudes de déplacement doit être faite. Selon l'ampleur du territoire, il sera parfois pertinent de créer des lieux relais. Les plages horaires d'ouverture des bureaux doivent être définis de manière à permettre un accès facile en fonction des habitudes de vie des habitants et de leurs moyens de communication ;

- l'implantation et l'accessibilité physique du siège du CLIC doivent être parfaitement repérables ;
- l'expertise du CLIC de niveau 1 sera reconnue par la richesse de l'information qu'il dispensera. Celle-ci est constituée d'informations propres au territoire mais également d'informations concernant des procédures, des textes légaux, des présentations générales qui dépassent largement la dimension locale du CLIC. Cela renvoie au niveau départemental, qui doit être capable de diffuser ce type de documentation à l'ensemble des CLIC au lieu de demander à chacun de la rassembler.

Le développement des niveaux 2 et 3 repose sur l'objectif de mise en place et de suivi de plans d'aide. L'évaluation de la situation, la négociation avec la personne, le transfert de la demande au(x) prestataire(s) de services demandent une implication plus grande et donc du temps pour le personnel du CLIC.

Il ne s'agit pas pour le CLIC d'assumer toute la prise en charge et de disqualifier les services sociaux qui réalisent déjà ce travail, mais de savoir orienter la personne vers les prestataires adéquats lorsque celle-ci n'est pas en mesure de le faire par elle-même parce que la situation est *complexe ou urgente*. Cela peut demander, dans les cas complexes, beaucoup de temps pour comprendre la demande, provoquer une confrontation entre plusieurs acteurs pour déterminer la bonne proposition et réaliser une évaluation de la cohérence de l'intervention.

2.2.6. Les territoires sont différemment équipés.

L'existence ou non de services donne une tonalité particulière au projet. Dans la réalité, les CLIC expérimentaux sont hétérogènes quant à la présence de services :

Présence de	Hôpital	Hospit. à domicile	SSIAD	SAD	Maison de retraite	Foyer Log.	Famille d'accueil	Héb. temporaire	Repas à domicile	Télé alarme	Transport adapté	Accueil spécialisé
Dans nombre de CLIC	24	6	25	25	25	20	15	18	23	21	11	8

Le dispositif d'intervention auprès des personnes âgées n'est pas égal partout. La mission du CLIC est de mettre en évidence les besoins et par là-même de favoriser la création des services manquants. En effet, le CLIC se situe au confluent d'une double démarche : permettre l'interaction des services existants d'une part, et d'autre part, être à l'origine de la création de services complémentaires ou de l'évolution des services existants.

Le bilan annuel des interventions du CLIC doit permettre de prendre du recul par rapport à l'action gérontologique menée sur son secteur. Le CLIC doit être en mesure de développer des analyses globales sur les conditions de vie et sur les services proposés aux personnes âgées à partir des questions qui lui ont été adressées et dont il convient de s'interroger sur l'efficacité des réponses données. Ces analyses doivent constituer une partie du bilan du CLIC. La fonction d'analyse doit être développée dans le projet. Cela renvoie à la nécessité d'informatisation du service afin de réaliser rapidement des regroupements et des statistiques illustratives de la situation locale et d'être ainsi amené à réfléchir sur les besoins à combler.

Dans cette perspective, un rapprochement des territoires de coordination avec des zones de développement socio-économique sont à préconiser pour bénéficier de dynamiques convergentes.

Le positionnement territorial des CLIC de niveaux 2 et 3 repose sur leur capacité à mettre en place les plans d'aide et à mobiliser les intervenants de terrain.

La territorialisation leur permet :

- **une connaissance de tous les acteurs.** Cela implique que le CLIC dresse la liste des partenaires dès le début, la tienne à jour et entretienne des liens pour connaître précisément les champs d'action ainsi que les disponibilités des uns et des autres ;
- **la coopération entre les institutions,** les établissements avec le maintien à domicile, l'hôpital avec les médecins de ville ;
- **une inter-connaissance qui facilite la mise en place du plan d'aide** par le recours rapide et adapté aux intervenants pressentis. La proximité est également un argument de facilitation pour la concertation et pour la construction de la culture commune évoquée par ailleurs. On pourrait imaginer que les frontières d'un territoire ne soient pas définies en fonction de distances brutes mais en fonction du « temps et de la complexité des déplacements ».
- **l'articulation du sanitaire et du social** afin de garantir une prise en charge globale de la personne fondée sur une connaissance précise de ses attentes, de son mode de vie.

Cependant, on peut affirmer que ce n'est pas exclusivement la richesse d'un territoire en matière de services qui doit déterminer les limites du CLIC, mais la volonté de constituer une dynamique de rassemblement, à partir de laquelle les analyses qui seront faites permettront d'engager une réflexion visant à compléter le dispositif existant.

On constate donc que, lors de la constitution d'un CLIC, la définition du territoire ne se fait pas d'une manière abstraite, mais que ce travail a pour effet de rendre visibles les différents acteurs qui s'engagent dans un processus de coordination. Ce travail sur le territoire participe donc à l'émergence ou à la désignation du gestionnaire du CLIC.

2.3. Les données de l'observation en terme de choix du gestionnaire

2.3.1. L'antériorité des démarches de coordination

L'histoire des différents CLIC est très illustrative de la multiplicité des acteurs de terrain, ce qui est le propre de la gérontologie. Dans ce secteur d'activité, les initiatives qui ont fondé les structures de coordination peuvent être d'origines diverses et avoir démarré à des périodes différentes. Depuis la circulaire du 7 avril 1982, la notion de coordination s'est peu à peu précisée.

Antériorité de la démarche de coordination selon les sites :

Années 82-85	Années 90-95	Années 98-99	Années 00-02
Châlus	Agen	St Rémy	Angers
Lille	Moulins	(Alpages)	Brive
Roanne	(Collegram)	Belfort	Chénerailles
Villeurbanne	Lorient (Passerelle)	Dijon	Lamastre
	Lunel	Guingamp	Château-
	Metz	Lingolsheim	Chinon
	Orléans	Lunéville	Rennes
	Portes de l'Essonne	Marseille	
	Vic		

On peut estimer que les dates successives de la création des centres de coordination renvoient aux grands moments de la politique sociale en faveur des personnes âgées : la circulaire du 7 avril 1982, le lancement des réseaux de soins en 1990, relancés en 1996 par les ordonnances Juppé.

L'antériorité de la démarche de coordination est très diverse et son intérêt réside dans l'accumulation d'une certaine expérience, la capitalisation d'un travail relationnel, d'une culture gérontologique et

politique communes. Il s'agit donc de valoriser cette antériorité de la pratique afin de renforcer les initiatives préexistantes. A défaut de valorisation, ces pratiques anciennes peuvent devenir des freins à la démarche du CLIC comme ce fût le cas à Chénerailles (Creuse) ou Lunéville (Meurthe-et-Moselle).

2. 3. 2. – Les promoteurs de l'action

Le profil des initiateurs des sites expérimentaux comprend 6 grandes catégories :

Praticiens	Réseau de santé	Conseil général	Réseau d'intervenants sociaux	Association prestataire de service	CCAS Elus locaux
Châlus Chénerailles Collegram Moullins Marseille (Mdm)	Agen Château-Chinon Vic	Belfort Dijon Lunéville Rennes	St Rémy de Provence Lorient Villeurbanne	Guingamp Lamastre Metz Roanne	Angers Brive Lille Lingolsheim Orléans Portes de l'Essonne

Le site de Lunel (Hérault) est à mettre à part en raison de sa constitution spécifique à partir d'un découpage du département en bassins gérontologiques et l'implication dès le départ de plusieurs acteurs.

Le promoteur doit se poser la question de sa capacité à dépasser son propre champ d'intervention ou de réflexion pour d'une part, s'intéresser à l'ensemble de la population âgée et d'autre part, susciter le dialogue avec d'autres intervenants.

Ainsi, l'impulsion donnée par **un politique** peut-être l'occasion pour plusieurs acteurs de se fédérer autour de son idée. On peut d'ailleurs penser que la coordination s'approche du champ politique en ce sens qu'elle organise un territoire en vue d'acter une organisation.

La gestion d'un CLIC par **un département** peut être l'occasion pour celui-ci d'initier le futur maillage du territoire, comme cela a été le cas à Rennes (Ille-et-Vilaine). Dans le département des Côtes d'Armor, après avoir soutenu des CLIC gérés par des associations, le Conseil général s'oriente vers une gestion directe de certains CLIC, ce qui n'exclut pas qu'ils pourront être gérés de manière autonome par la suite.

Les CCAS sont proches de la dimension politique tout en présentant une façade technique. Ce n'est certainement pas un hasard si certains CCAS ont soutenu la coordination dès 1982 et si d'autres s'y lancent aujourd'hui en lien avec des politiques communales qui (re)découvrent l'importance de la population âgée et son besoin de continuer à habiter sur le territoire communal.

La façade associative quant à elle présente deux aspects :

- Le premier est celui de la continuité d'une situation antérieure. Une association peut avoir réalisé un travail important auprès des personnes âgées et la coordination devenir un prolongement tout naturel de son action : cela semble être le cas à Metz (Moselle), à Lamastre (Ardèche). Dans cette situation, la question cruciale pour l'association mère sera de ne pas considérer le projet CLIC comme une reconnaissance de son action mais comme un projet à développer à partir de son travail antérieur. Celui-ci lui aura permis de percevoir l'importance et la nécessité de la coordination avec d'autres partenaires.
- Le deuxième aspect est celui de la création spécifique d'une association de gestion de la structure de coordination afin de donner consistance et légitimité au projet du CLIC. Le profil du

gestionnaire se situe alors en dehors des initiateurs et la formalisation du projet associatif fondera les principes de la mise en œuvre de la coordination.

Comme le note l'évaluateur d'Alp'ages (Saint Rémy de Provence - Bouches-du Rhône), il importe de changer de point de vue lorsqu'on anime un CLIC : « *on n'est plus dans la logique du faire, on est dans « le mettre en lien »* ». Cela rejaille sur les professions qui interviennent dans le CLIC. En particulier le coordonnateur doit intégrer des conceptions de « santé publique » et de « travail social communautaire ».

Les praticiens de santé sont au cœur même du principe de la coordination. Le diagnostic médico-social appelle la mise en œuvre d'un traitement médical, mais également la prise en compte des conditions de vie et des répercussions des maladies sur la vie de la personne, car ce sont autant d'éléments à considérer pour traiter les situations rencontrées par les personnes âgées. Les soignants peuvent ainsi facilement se sentir intégrés dans la chaîne de solidarité sans pour autant bien connaître le champ d'action des autres acteurs. L'hétérogénéité des situations rencontrées ne tient pas seulement à la singularité des personnes âgées, mais repose également sur la diversité des pratiques et sur une profonde méconnaissance mutuelle des acteurs de terrain.

Les acteurs de la santé peuvent également avoir besoin spontanément de la coordination et prendre ainsi l'initiative de la développer pour ensuite passer la main à une organisation plus large.

Il faut souligner que, si aucun hôpital n'était gestionnaire d'un CLIC dans cette phase expérimentale, ce n'est plus le cas aujourd'hui, puisque 10 % des CLIC installés sont actuellement gérés par un hôpital.

La réflexion qui doit s'engager au moment du lancement de l'idée du CLIC n'est donc pas tant l'antériorité ou la structure juridique du porteur, mais sa capacité à définir ce qu'il entend par coordination. Certaines structures ont avancé l'idée qu'elles avaient postulé car elles savaient faire de la coordination en interne et qu'en conséquence, elles sauraient le faire avec d'autres partenaires. Cela n'est pas évident car l'on passe d'un système intégré, basé sur un processus de filière à un système ouvert fondé sur une logique de réseau.

2.4. Analyse et réflexion sur la mise en place du portage des CLIC

La démarche du porteur du projet de coordination ne peut donc pas se confondre complètement avec le processus de mise en œuvre du CLIC. Une certaine prise de distance est nécessaire pour que tous les partenaires puissent s'y retrouver. Elle peut se mesurer à plusieurs niveaux :

- la constitution d'une structure spécifique,
- la gestion de la structure de référence du CLIC,
- la localisation matérielle du siège du CLIC,
- la constitution d'un COPIL local.

2.4.1. Constitution d'une structure spécifique

Au-delà du temps de création, la coordination a besoin de se structurer pour pouvoir développer son image. Cette image est plus ou moins spécifique et peut présenter ainsi des difficultés à être repérée.

Gestion associative en parallèle avec prestation de services	Gestion associative spécifique	Gestion publique CCAS ou CG
Guingamp Lamastre Metz Roanne Villeurbanne	Agen St Rémy de Provence Châlus Chénerailles Moulins Lunel Marseille Château Chinon Vic	Angers Belfort Brive Dijon Lille Lingolsheim Lorient Lunéville Orléans Portes de l'Essonne Rennes

Les associations qui gèrent en même temps des prestations de service, comme c'est le cas à Lamastre (Ardèche) ou Metz (Moselle), courent le risque de paraître impérialistes, sinon envahissantes, auprès des autres acteurs. Il peut en être de même pour les CCAS, comme à Lille (Nord), Brive (Corrèze), Belfort ou Lorient (Morbihan). A Lille, le choix du CCAS s'est imposé comme le plus simple juridiquement car l'Instance Locale de Coordination s'était développée comme un réseau informel et n'avait pas de statut juridique.

Mais il faut souligner qu'il n'en est pas toujours ainsi. L'Office Villeurbannais des Personnes Agées et des Retraités de Villeurbanne (Rhône), semble avoir acquis une reconnaissance de la part des acteurs locaux. Le CLIC d'Angers (Maine-et-Loire) estime quant à lui s'être démarqué du CCAS.

2.4.2. Gestion de la structure

Hormis la dimension de représentation et d'orientation, la création d'une structure de référence permet d'assurer la gestion. Cette gestion est plus ou moins identifiée dans les situations où le porteur a d'autres activités. Le manque de visibilité financière peut entraîner des difficultés relationnelles avec les différents partenaires, qui peuvent imaginer que la structure porteuse veut utiliser l'argent perçu au profit de ses autres activités.

A ce problème de gestion générale, s'ajoutent diverses questions :

- celle de la « mise à disposition de personnels ou de locaux que peuvent proposer divers autres partenaires », comme à Angers (Maine-et-Loire). Cela doit être clairement intégré dans la présentation des comptes ;
- celle de l'intégration de rémunérations complémentaires : présence aux travaux en commun, évaluations particulières,...., dont les modalités peuvent être différentes selon le statut du porteur de projet.

La diversité des sources de financement des CLIC devrait être le reflet de la diversité du partenariat. D'une manière générale, les CLIC évalués s'appuyaient sur un partenariat financier peu développé en ce qui concerne l'origine des ressources :

	Etat	Conseil Général	CRAM	Commune	Autres régimes de SS	Cotisation
Nombre de CLIC ayant un financement de	23	11	8	15	4	2

Le tableau ne porte pas sur 25 mais sur 23 CLIC, faute d'informations.

En moyenne, les 23 CLIC observés font reposer leur financement sur 3 sources. Les plus diversifiés sont Agen (Lot-et-Garonne), Châlus (Haute-Vienne), Lunel (Hérault), Rennes (Ille-et-Vilaine) et Vic-Montaner (Hautes-Pyrénées et Pyrénées-Atlantiques). La situation expérimentale ne doit pas cependant être considérée comme représentative du développement ultérieur. Le lancement des CLIC

n'a pas été toujours relayé par les instances locales et des oppositions se manifestent à travers ces participations inégales.

Ces financements trop dépendants de sources restreintes (et parfois unique dans 4 cas), tout en laissant peser une incertitude sur la pérennisation de l'expérience, peuvent limiter de fait la gestion démocratique du CLIC par l'ensemble des partenaires.

Par ailleurs, il est important de souligner la spécificité du rôle de gestionnaire d'un CLIC, quand il est par ailleurs responsable d'autres instances (département, commune, CCAS, association gestionnaire de services).

Comme tout gestionnaire, il est responsable de la qualité du travail de l'équipe de professionnels qui assurent la bonne marche du CLIC. A ce titre, il doit s'assurer de cette qualité en termes de compétences, d'accueil du public, de réactivité et d'initiatives, tout en lui laissant l'autonomie nécessaire au développement du travail en réseau.

Par ailleurs, il doit jouer vis à vis des partenaires institutionnels du CLIC un rôle de fédérateur des compétences et des énergies, sans pour autant s'ériger en donneur d'ordres. Il ne pourra exercer un rôle de leader éventuel que dans la mesure où ce rôle lui sera reconnu par l'ensemble de ces partenaires.

2.4.3. Localisation du siège du CLIC

Outre les aspects d'accessibilité et de visibilité, l'emplacement du siège du CLIC manifeste son indépendance ou son rattachement à telle ou telle structure. Le transfert du siège initial a dû se faire à Lamastre (Ardèche), Lingolsheim (Bas-Rhin) ou Belfort pour accroître l'effectivité de l'existence du CLIC. C'est donc une donnée non négligeable.

L'accessibilité n'est pas qu'une affaire de facilité de transport ou d'emplacement. Il importe également de travailler l'image du CLIC à travers ce qu'il donne à voir de lui par son apparence matérielle. La qualité de l'accueil et de l'écoute, la réalité de l'information et du suivi doivent également renforcer la crédibilité de son action.

2.4.4. Mise en place d'instances locales

Les différentes formes juridiques des CLIC expérimentaux se sont appuyés sur des modes de regroupement des différents partenaires. Dans l'organisation de ces instances, il y a souvent, en parallèle avec un Conseil d'Administration ou ce qui en tient lieu, la référence à deux instances : le comité de pilotage du CLIC, dit COPIL (qu'il ne faut pas confondre avec le COPIL départemental) et le comité technique.

La distinction entre ces deux instances est importante car elle renvoie aux deux niveaux d'intervention des CLIC.

Le CLIC de Brive (Corrèze) en a donné les définitions suivantes :

Le comité de pilotage « regroupe les partenaires institutionnels, les membres du comité technique, les associations de bénévoles, les représentants des familles de patients ». Il a pour fonction d'analyser les résultats et « d'émettre des avis et des conseils en matière d'orientations nouvelles ».

Le comité technique, quant à lui, est « composé des techniciens de terrain : médecins, coordination gériatrique de l'hôpital, associations de maintien à domicile, PACT/ARIM, instances de coordinations, ... ». Il donne des avis judicieux qui serviront d'éclairage sur le traitement de certains dossiers ; il sera consulté (sinon réuni) pour mieux décider des plans d'aide et des correctifs à leur apporter ».

On voit là l'intention d'avoir deux niveaux de réflexion :

- d'une part, faire du CLIC un organe de réflexion sur les orientations à prendre pour remplir sa mission en direction des personnes âgées,
- d'autre part, organiser une confrontation entre acteurs de terrain à propos des dossiers, en particulier dans « les situations urgentes ou complexes ».

Il conviendrait d'avoir cette double démarche dans l'ensemble des CLIC.

Au sein des COPIL locaux, il est intéressant de voir apparaître les élus locaux, les partenaires du secteur sanitaire et social, les professionnels du sanitaire, les Caisses de retraite, les PACT ARIM ; des représentants de programmes de développement urbain ou local y sont parfois associés.

Si pour les comités techniques, la participation repose surtout sur l'implication professionnelle, il serait intéressant de demander aux participants des COPIL locaux un engagement par rapport à la coordination dans son ensemble. Il s'agit en effet dans ces réunions de réfléchir sur le travail en commun et de dépasser l'intérêt de la simple présence pour « se tenir au courant du devenir des actions locales » et y participer activement.

Le rôle des COPIL locaux est important car ces instances contribuent à la définition des orientations du CLIC en faisant valoir le point de vue des différentes institutions et des différents acteurs qui les composent, bien qu'en tout état de cause, il soit de la responsabilité du gestionnaire de prendre les décisions qu'il juge nécessaires.

Chapitre 3 – Les CLIC et l'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie

La coordination est une réalité marquée paradoxalement par la notion de concurrence, tant au niveau institutionnel que professionnel.

A partir du moment où il s'agit d'une organisation identifiée, revendiquée, reconnue politiquement et financièrement, ses compétences peuvent apparaître comme concurrentes de celles, au sens juridique et institutionnel, des Conseils généraux en matière d'action sociale, et dans une moindre mesure, de celle des Caisses Régionales d'Assurance Maladie.

Cette concurrence ressentie est rarement reconnue et nommée. La compétence juridique et institutionnelle des Conseils généraux et des CRAM semble prendre le pas en la matière sur la compétence propre de l'instance chargée de susciter, animer et organiser la coordination. C'est sans doute pour cette raison que la ou les coordinations successives ont été marquées par des prises de pouvoir de leurs promoteurs ou de leurs financeurs. Dans ce contexte, le fait d'être tête de réseau semble compter plus que le fait d'être partie prenante du réseau.

On peut observer également que les dispositifs de coordination antérieurs au CLIC, qui avaient généralement pu faire la preuve de leur utilité et de leur compétence en s'appuyant sur des partenaires qui les reconnaissaient, ont dû de nouveau s'affirmer dans le paysage gérontologique à partir du moment où ils ont été choisis comme CLIC expérimentaux. Cet état de fait apporte bien la preuve que le portage d'un CLIC n'est pas qu'un élément technique, mais aussi politique, et que ce qui est reconnu par les usagers et les professionnels ne l'est pas automatiquement par les institutions.

Au niveau professionnel, le dispositif de coordination met en relation des acteurs de statut, de culture, de compétence et de responsabilités différentes, ce qui peut entraîner des difficultés : chacun souhaite dans un premier temps faire valoir son point de vue, ce qui explique le temps nécessaire à l'élaboration et à la montée en charge du dispositif.

L'institution qui « gère » l'instance de coordination (la notion de gestion demandant alors à être discutée et délimitée par l'ensemble des partenaires) peut apparaître comme une institution concurrente aux yeux de ceux qui détiennent une autre forme de pouvoir et/ou de compétence.

Elle peut aussi être perçue comme intrusive par rapport aux pratiques des partenaires.

C'est pourquoi il semble bien nécessaire de promouvoir une vision de la coordination plus sociologique et gérontologique que technocratique ou « angélique ».

3.1. Le cadre législatif et réglementaire

- La loi sur l'APA du 20 juillet 2001 fait de la coordination une des pièces maîtresses du dispositif de prise en charge des personnes âgées, puisque les départements qui en sont les maîtres d'ouvrage peuvent, par la signature de conventions avec les organismes de Sécurité Sociale, les mutuelles, les CCAS, les CLIC ou les services d'aide à domicile titulaires d'un agrément qualité, requérir leur collaboration pour en assurer la mise en œuvre, tant au niveau de l'évaluation qu'à celui de la proposition et du suivi d'un plan d'aide. La seule restriction concerne les services d'aide à domicile qui ne peuvent pas contribuer à l'élaboration d'un plan d'aide dont ils assureraient concrètement la réalisation.

- Par ailleurs, aux termes de la circulaire DGAS/AVIE n° 2001/224 du 18 mai 2001, le cahier des charges national 2001 du dossier de labellisation d'un CLIC stipule que « le CLIC s'adresse à tous les retraités et pas uniquement aux personnes susceptibles de bénéficier d'une prestation ou dont l'état de santé nécessite des soins ». D'une part, le fait que la mise en place de l'APA et celle des 25 CLIC expérimentaux soient intervenues sur une même période, et d'autre part, que pour certains CLIC qui ne s'étaient pas constitués sur une pratique antérieure de coordination, l'APA ait pu servir de porte d'entrée aux demandes de la population, a contribué à fausser les débats. Le même cahier des charges postulait que « le CLIC qui organise la coordination des dispositifs de prise en charge est en interaction évidente avec l'équipe médico-sociale », cette dernière procédant aux évaluations et proposant des plans d'aide à la réalisation et au suivi desquels le CLIC doit contribuer en suscitant le partenariat et la dynamique des acteurs.

L'évaluation des 25 CLIC expérimentaux a montré à l'évidence que cette répartition des rôles ne se faisait pas d'une manière aussi harmonieuse et qu'elle entraînait une certaine confusion. Comme le fait remarquer le rapport IGAS de Janvier 2004 intitulé *La prise en charge sociale et médico-sociale des personnes âgées face à la canicule de l'été 2003* : « L'articulation entre le CLIC et l'APA, si elle trouve une solution satisfaisante dans certains départements où le Conseil général accepte de déléguer une part de l'instruction (Yvelines), manque parfois d'efficacité, si elle se fait de manière totalement indépendante du CLIC (Paris) ou de clarté si une collaboration informelle se noue (Bouches du Rhône) ».

Il faut donc rappeler quelques principes :

- La politique vieillesse ne se réduit pas à la mise en œuvre de l'APA ;
- Les missions des CLIC ne se résument pas non plus à la mise en œuvre de cette allocation;
- On ne saurait confondre par ailleurs la collaboration de certaines institutions dans le cadre de l'APA et la coordination gérontologique qui concerne de fait tous les professionnels et toutes les institutions intervenant auprès des personnes âgées, qu'elles prétendent au bénéfice de l'APA ou non ;
- L'évaluation sous tous ses aspects étant un des fondements du travail des professionnels du secteur social et médico-social, les professionnels des CLIC ne peuvent donc pas être exclus de cette pratique.

Enfin, il ne faut pas sous-estimer l'impact des considérations financières qui peuvent faire craindre aux Conseils généraux, dans un contexte de décentralisation accrue, d'être amenés à financer les CLIC. Certains départements ont néanmoins inscrit le dispositif CLIC dans leur schéma gérontologique. A cet égard, l'élargissement des compétences des départements dans le domaine de l'Action Sociale contribue sans doute à ce que certains d'entre eux, réticents dans un premier temps, soient tentés de mettre en place depuis fin 2003 et en 2004 des CLIC susceptibles d'obtenir rapidement le label de niveau 3 et le financement correspondant.

Outre le financement, la réflexion sur le découpage du territoire départemental est alors pour les conseils généraux un outil particulièrement pertinent, surtout lorsque cette réflexion se fonde sur les pratiques locales et les conventions d'acteurs lorsqu'elles existent. Il s'agit alors de faire coïncider plusieurs découpages territoriaux : la superposition des territoires (celui des EMS, celui des services sociaux de la CRAM, celui des CLIC,) est un facteur très important de cohérence et facilite la coordination. Il permet aux mêmes personnes de se coordonner sur des territoires identiques, donc auprès des mêmes bénéficiaires. En la matière, l'appartenance à un même territoire est un ferment de coordination, ce qui n'est pas forcément le cas de l'appartenance à la même institution. Cette politique donne un cadre facilitateur à la coordination, car il permet que se constituent une habitude de travailler ensemble et partant, une culture gérontologique partagée.

La loi sur l'APA pose comme principe la coordination des acteurs, afin qu'ils soient associés, ainsi que la personne bénéficiaire, à l'ensemble du processus d'aide et d'accompagnement de la personne. Nous verrons dans ce chapitre dans quelle mesure les CLIC expérimentaux ont eu l'opportunité de contribuer ou non à cette exigence de la loi et quelles sont les avancées dans ce domaine hors dispositif expérimental.

L'observation et l'analyse des 25 CLIC expérimentaux montre en effet que la montée en charge de l'APA et des CLIC expérimentaux a été un période difficile et souvent incertaine, mais que de nombreux enseignements peuvent néanmoins en être tirés sur les différentes façons d'articuler ces deux dispositifs.

3.2. Les positions ambiguës et contradictoires des départements pendant la période de l'expérimentation et du lancement des CLIC

Pendant le temps de l'expérimentation, les conseils généraux ont eu des approches différentes, qui pouvaient être considérées comme une illustration significative de leur positionnement vis à vis des CLIC et de leurs spécificités d'approche :

- Certains ont refusé d'associer les prestataires à la mise en œuvre de l'APA: il s'agit là d'un paradoxe, puisque la loi sur l'APA inscrit la coordination comme un de ses objectifs ;
- Certains départements ont pu considérer que les équipes médico-sociales sont en capacité de fédérer les partenaires, sans vouloir tenir compte de l'antériorité de la coordination, ou en tenant compte partiellement et officieusement ;
- Certains Conseils généraux souhaitent s'appuyer sur une ressource nouvelle (CLIC) pour informer le public et constituer les dossiers ;
- Des départements se sont comportés comme des « passagers clandestins de la coordination », en en bénéficiant sans y participer officiellement. Dans ce cas, le CLIC se positionne, en matière d'APA, dans les interstices laissés par le manque de temps des équipes médico-sociales. Certains CLIC en effet pratiquent des évaluations et suivent les dossiers, en apportant plus ou moins officieusement leurs compétences aux équipes médico-sociales ;
- Enfin la mise en place des CLIC expérimentaux, qui a rarement fait l'objet d'une concertation au niveau des départements, et la mise en œuvre de l'APA dans le même temps, a pu contribuer à ce que ces deux dispositifs se confondent dans l'activité de certains CLIC, notamment pour ceux qui n'avaient pas d'antériorité en matière de coordination. Cela a eu pour autre conséquence que les services départementaux, très absorbés par la montée en charge de l'APA, ont souvent mis de côté le volet de la coordination.

On pouvait donc distinguer au moment de l'évaluation :

- Les CLIC qui avaient un mandat clair, sous la forme d'une délégation complète du Conseil général et dans un délai plus ou moins rapide après leur création ;
- Ceux qui ne faisaient pas ou très peu d'évaluations APA ;
- Ceux à qui le Conseil général demandait de faire remonter les besoins, y compris individuels ;
- Ceux qui faisaient des évaluations APA, sans mandat, mais avec des retombées en terme de coordination ;
- Ceux qui pratiquaient le type d'évaluation qu'ils mettaient déjà en œuvre en tant que prestataires de services ;
- Ceux vis à vis desquels la position du département reflétait surtout un certain attentisme.

A priori, le risque d'« embolisation » ou d'instrumentalisation des CLIC par l'APA semblait donc moins important que le risque de déni du rôle de coordination des CLIC. En effet, on peut se demander si les CLIC ont toujours les moyens de faire reconnaître leur action auprès d'un Conseil général réticent, voire hostile. On peut pointer là, le rôle essentiel que devraient jouer le COPIL départemental et les partenaires associés à l'élaboration du schéma départemental.

3.3. Les articulations entre le dispositif APA et les CLIC expérimentaux

L'antériorité des CLIC, la façon dont ils se sont constitués, la compétence de leurs équipes, le rôle que leur a reconnu leur département d'implantation, ont amené les CLIC expérimentaux à se positionner différemment par rapport à l'APA.

Par ailleurs, à partir du moment où une institution, en l'occurrence un CLIC, est officiellement chargée d'accueillir, d'informer et d'orienter le public, les professionnels qui réalisent cette activité ne peuvent le faire sans évaluer un tant soit peu la demande, les attentes, voire les besoins de la personne concernée. Sinon ils ne seraient que des distributeurs de plaquettes d'information.

Ceci posé, nous pouvons tenter de rendre compte des différentes formes qu'a pris ce travail et des relations qui peuvent être mises en évidence entre le degré d'élaboration de cette évaluation médico-sociale et le degré de collaboration de l'équipe du CLIC avec les équipes médico-sociales de l'APA afin de parvenir à un travail réellement pluridisciplinaire.

3.3.1. Le CLIC apporte des compétences techniques susceptibles d'améliorer l'évaluation

A Guingamp (Côtes d'Armor), les compétences techniques de l'équipe du CLIC (ergothérapeute, médecin gériatre et conseillère en économie sociale et familiale) sont facteurs de qualité de l'évaluation, mais le risque est que cette compétence reste l'apanage de l'équipe interne du CLIC.

En 2002, 65 % des personnes ayant fait l'objet d'une évaluation par le CLIC de Guingamp pouvaient prétendre à l'APA. Dans certaines situations difficiles, des évaluations conjointes ont donc été réalisées par le contrôleur de l'Aide Sociale, qui en est chargé sur le territoire, et par la coordinatrice du CLIC, qui est ergothérapeute. Par ailleurs, des réunions mensuelles ou bi-mensuelles de coordination permettent les échanges, la confrontation des points de vue, soutenue par une déontologie partagée, et le suivi des situations.

La mise en commun des situations dans les réunions de coordination semble porteuse de pluridisciplinarité, alors que la cellule d'évaluation mise en œuvre par le médecin gériatre et l'ergothérapeute du CLIC fonctionne davantage comme un lieu d'expertise. Par ailleurs, le partenariat avec les professionnels de santé permet de faire évoluer les pratiques de ces professionnels et améliorent le suivi. Il y a donc 2 facteurs d'amélioration de la qualité : la compétence de l'équipe CLIC et le travail en partenariat.

La difficulté pour le CLIC est alors de ne pas se figer dans un rôle d'expert, même si cette expertise peut être le début d'un processus pédagogique.

Il peut arriver aussi que le CLIC ait apporté des compétences qui n'existaient pas auparavant ; il est donc naturel que ses compétences s'exercent, tant qu'elles existent. Cela a été le cas à **Vic-Montaner** (Hautes-Pyrénées et Pyrénées-Atlantiques) avec des interventions de psychologue, de psychomotricien et d'ergothérapeute, dont le territoire ne bénéficiait pas avant la mise en place du CLIC, et qui ne se font d'ailleurs plus dans ce cadre.

3.3.2. Le CLIC initie un travail collectif sur l'évaluation pluridisciplinaire

A Rennes (Ille-et-Vilaine), les promoteurs du CLIC, qui sont le Conseil général, la CRAM, la MSA et la ville de Rennes, ont pris appui sur le partenariat initié dans le cadre de la PED pour positionner le CLIC comme instance dont la mission est de fédérer les partenaires en complément avec le travail des équipes médico-sociales (elles-mêmes formées en gérontologie) dans le cadre de l'APA. Le principe retenu est que le CLIC s'appuie sur les dispositifs existants, et notamment l'APA, dont il met en œuvre et développe le volet coordination, sans que les prérogatives des EMS soient remises en cause : le CLIC ajoute des liens, organise le partenariat avec les différents acteurs, renforce la compétence collective (avec l'aide d'un groupe d'experts qui peut être interpellé par tout professionnel, y compris les EMS). Le CLIC doit être « un outil pour aider à la concrétisation et au suivi commun des plans d'aide ». Il est aussi un lieu où, antérieurement à toute orientation vers l'APA ou une autre forme d'aide, on pratique une écoute sans *a priori* : « on considère le projet de la personne, on capte les non-dits, on tend des perches ».

A Angers (Maine-et-Loire), une action expérimentale d'évaluation a été construite en collaboration avec les partenaires du CLIC :

- Construction d'outils d'évaluation (équipes médico-sociales, médecins généralistes et hospitaliers, travailleurs sociaux, paramédicaux, services à domicile)
- Participation des professionnels intervenant déjà auprès des personnes âgées

Cela permet de réaliser une évaluation pluridisciplinaire (il est important de souligner ici que chaque intervenant réalise son évaluation avec ses propres outils). Entre septembre 2001 et février 2003, 22 évaluations ont été réalisées. Ce faible nombre s'explique par l'absence de la coordinatrice pendant quelques mois et indique que les partenaires ne s'étaient pas encore appropriés complètement le système.

Des grilles d'évaluation remplies par chaque professionnel et un dossier commun permettent de proposer à la personne âgée, à son domicile et en présence de tous les intervenants, un plan d'aide et une coordination des interventions ; le suivi est effectué par un travailleur social référent ou par la coordinatrice du CLIC.

Un certain consensus autour de ces évaluations pluridisciplinaires permet au CLIC d'Angers de collaborer officieusement au dispositif APA.

A Villeurbanne (Rhône), la notion de projet de vie, plus large, est préférée à celle de plan d'aide. Les équipes médico-sociales peuvent orienter certaines personnes âgées vers le CLIC quand elles ne relèvent pas de l'APA pour une analyse de leur situation et une recherche de réponses adaptées. L'inverse est également réalisé, avec des échanges d'informations si nécessaire.

Les assistantes sociales du département sollicitent également l'équipe du CLIC (médecin gériatre, travailleur social, psychologue clinicien) dans le cas des situations complexes (« supplément » d'évaluation, mise en place d'un plan d'aide, recours à la coordination clinique). Dans ce cas de figure, le CLIC est utilisé pour ses compétences en gérontologie et sa connaissance du réseau.

3.3.3. Le CLIC est un relais des équipes médico-sociales tout en gardant ses spécificités

Au-delà de l'évaluation, la véritable coordination est celle de la mise en œuvre des prestations. Les CLIC sont donc les mieux placés pour effectuer le passage du plan d'aide théorique au plan d'aide réel, accepté par la personne.

- **Le CLIC du Réseau Nivernais-Morvan à Château-Chinon** (Nièvre), n'effectuait pas d'évaluation dans le cadre de l'APA, mais la signature d'une convention avec le Conseil général était prévue et a été réalisée. La mission du CLIC y est ainsi définie :
 - information sur l'APA et mise à disposition des documents relatifs à ce dispositif ;
 - mise en œuvre et suivi des plans d'aide « relevant d'une complexité particulière : forte dépendance, diversité des prestations, besoins identifiés mais supérieurs aux possibilités financières du plan APA » ;
 - mise en œuvre et suivi des plans d'aide des bénéficiaires ayant opté pour le « gré à gré » ou les services mandataires ;
 - offre de services (élaboration et suivi du plan d'aide) auprès des personnes en GIR 5

Pour remplir ces missions, les coordonnées des personnes âgées concernées sont transmises, avec leur accord express, à la conseillère en économie sociale et familiale du CLIC, qui se met en rapport avec les personnes âgées et les services. Ces dispositions, très claires sur le papier, se révèlent à l'usage plus difficiles à mettre en œuvre, sans doute parce qu'elles introduisent de fait un autre acteur dans le dispositif, entre les personnes âgées, les équipes médico-sociales et les services prestataires.

C'est pourquoi le CLIC de Château-Chinon envisage, en accord avec ses partenaires de terrain, de faire un travail d'évaluation des situations de gré à gré, afin de tenter de repérer les dysfonctionnements éventuels et les difficultés de tous ordres, et notamment, les manques en matière de formation, ainsi que la situation très particulière des aidants familiaux rétribués au titre de l'APA.

Ainsi, « *cette délégation favorisera la mission d'observatoire du CLIC, en lui donnant la possibilité d'évaluer au plus près du terrain les besoins en services et professionnels. Dans la continuité, il pourra proposer et impulser des actions pour répondre aux carences du territoire* » (extrait de l'évaluation du CLIC de Château-Chinon)

- **A Lingolsheim** (Bas-Rhin), « un plan d'aide est proposé en accord avec les aides éventuelles déjà mises en place par les EMS, mais avec une action plus large s'apparentant à un véritable projet de vie, discuté avec la personne et les proches ». Le CLIC est sollicité pour des situations d'urgence ou complexes et intervient en amont de l'APA, sans doute parce que l'APA n'est pas un système qui permet de gérer les évolutions rapides ;
- **A Agen** (Lot-et-Garonne), il existe une certaine ambiguïté sur les niveaux d'évaluation faites par les EMS d'une part, et par le CLIC, d'autre part. Une convention stipule que l'évaluation des uns s'impose aux autres, mais la question qui se pose est celle de la désignation de l'évaluateur ou celle de la pertinence des critères de l'évaluation. Le CLIC d'Agen revendique pour sa part un niveau d'élaboration de ses évaluations qui, avec ses 3 volets, social, psychologique et gériatrique, lui semble plus à même de rendre compte des situations complexes ;
- **A Lille** (Nord), un processus de réflexion au niveau du département, qui proposait dès 1997 une aide méthodologique pour la mise en place de coordinations de proximité, a précédé la

mise en place du CLIC par le seul CCAS. Il en a résulté un sentiment de prise de pouvoir qui a été mal perçu par les partenaires. Le CLIC expérimental parce qu'il n'a pas été repris par les partenaires institutionnels locaux dans le cadre d'un dispositif départemental préexistant, est apparu ici en porte à faux. L'instance de coordination préexistante, n'ayant pas de mission concernant les situations individuelles, a été tenue à l'écart au début et associée par la suite. La participation du CLIC au dispositif APA (géré par le Conseil général avec l'aide technique de la CRAM) se fait au niveau de la transmission des dossiers ainsi qu'au niveau du suivi : quand un plan d'aide est déjà fait par le CLIC et qu'il y a en même temps une demande d'APA, le plan d'aide CLIC est transmis à la CRAM, qui assure la mise en œuvre de l'évaluation et des plans d'aide. Quand il y a un plan d'aide réalisé par le CLIC en dehors du dispositif APA, un suivi systématique est réalisé par les agents de développement du CLIC.

- **A Châlus** (Haute-Vienne), un accord semblait pouvoir être trouvé avec les services départementaux au moment de l'évaluation : le département envisageait un travail conjoint entre les équipes médico-sociales et le CLIC, qui pouvait proposer des plans d'aide aux EMS avant d'en assurer le suivi. Mais en travaillant depuis de longues années sur la prévention de la perte d'autonomie fonctionnelle liée à l'âge, l'ACAFPA, qui gère le CLIC de Châlus, ne centre pas toute son activité sur la situation des personnes qui peuvent prétendre à l'APA, ce qui lui donne de fait un rôle spécifique.
- **A Moulins** (Allier). En effet, l'APA n'a pas constitué un problème pour ce CLIC, dont le travail social est assuré par l'assistante sociale de la CRAM. La qualité des relations avec les EMS est facilitée par le fait que les territoires d'intervention de la CRAM et du CLIC se recoupent. N'étant pas en concurrence directe avec ce dispositif, il se positionne comme un facilitateur.

Ces exemples montrent que les CLIC peuvent jouer un rôle spécifique et complémentaire du dispositif APA sans pour autant devoir calquer leur fonctionnement sur celui des équipes médico-sociales.

3.3.4. Le CLIC travaille en direct avec les usagers

Cela peut être le cas lorsque aucune répartition des rôles et des missions n'a pu faire l'objet d'un accord entre le Conseil général et le CLIC, qui se positionne alors plus comme un service que comme un dispositif de coordination.

Les partenaires potentiels sont alors considérés en tant que prestataires de service, dans un souci d'efficacité à court terme, ce qui est souvent demandé par ailleurs par les familles, les institutions et les élus, qui souhaitent une efficacité visible et tangible. A contrario, la pluridisciplinarité est un processus long et difficile à mettre en œuvre. Cela explique la difficulté pour certains CLIC de trouver leur identité propre ; comme le fait remarquer la coordinatrice d'Alp'ages, à St Rémy de Provence (Bouches-du Rhône), il faut « *trouver un équilibre entre animer un réseau et aller au chevet des personnes âgées* ». C'est sans doute plus gratifiant de privilégier la seconde mission, surtout quand on a une formation de travailleur social. Paradoxalement, les Conseils généraux qui ne reconnaissent pas aux CLIC le rôle de mise en œuvre de la coordination poussent les travailleurs sociaux des CLIC à coordonner plus ou moins « en direct », sans qu'il y ait consensus entre les acteurs et au risque de se substituer à eux. Le risque pour le CLIC est alors de s'ériger en donneur d'ordre.

C'est aussi le cas pour le CLIC de Brive (Corrèze) où le type de coordination mise en œuvre nous semble relever davantage d'un système intégré, la recherche de la qualité se faisant en interne, ce qui n'exclut d'ailleurs pas le recours aux services ou aux professionnels extérieurs, considérés davantage comme des prestataires de services que comme des partenaires.

Dans le contexte très particulier du Territoire de Belfort, on ne distingue pas complètement le CLIC à l'intérieur du dispositif APA : le poste de conseillère CLIC s'ajoute en effet aux postes de conseillères chargées de la mise en œuvre de l'APA. La valeur ajoutée réside essentiellement dans une plus grande disponibilité pour une analyse partagée de certaines situations, un travail d'analyse des pratiques, ainsi

que la mise en place d'un outil d'évaluation des plans d'aide. C'est un travail en interne, visant à améliorer la qualité. En l'occurrence, la confusion relative des missions a permis au CLIC, à travers les mesures APA, « de conduire un travail de veille, de coordination, de suivi et d'adaptation ».

Chapitre 4 – Les notions d'évaluation, de plan d'aide, de suivi et de situations complexes

Au-delà des aspects institutionnels et organisationnels développés dans le précédent chapitre, il est apparu qu'une des missions des CLIC la plus largement reconnue était le traitement des situations complexes. Or, ces situations sont du fait même de leur complexité, plus susceptibles que d'autres, de mettre en échec les professionnels. Il nous a donc paru nécessaire de clarifier la méthode de traitement de ces situations, qui s'appuie sur l'évaluation des situations et le plan d'aide, en nous appuyant sur les enseignements issus des évaluations.

La mise en place des CLIC avait pour objectif de mettre à la disposition de la population des lieux et des compétences faciles à repérer et susceptibles d'aider les personnes âgées et leur entourage à trouver des réponses à leur demande d'aide. Ces instances de coordination se devaient d'être opérationnelles en ayant vocation à devenir rapidement un guichet unique, vu dans l'absolu comme un lieu de convergence de toutes les demandes.

Or il est apparu rapidement qu'une organisation rationnelle et simple n'est pas facile à mettre en place, dans un contexte où les institutions et les compétences sont multiples et variées, où des alliances ont déjà été nouées par le passé, où ce nouvel acteur, investi officiellement d'une mission qui lui donne d'emblée un rôle de leader, ne pouvait susciter dans un premier temps qu'une certaine méfiance.

4.1. Prise en compte de la complexité des demandes des bénéficiaires et du paysage gérontologique

L'évaluation est une opération complexe en elle-même, et qui l'est d'autant plus que de multiples acteurs ont le droit et l'obligation de la réaliser. Cette difficulté est paradoxalement liée au statut de « guichet unique » des CLIC.

On peut considérer en effet que leur vocation à devenir un « guichet unique » ne simplifie pas forcément les choses, puisque cette mission ne dispense pas les autres opérateurs de pratiquer les évaluations nécessaires à l'obtention des aides et à leur mise en place.

Le guichet unique, destiné à simplifier les démarches des personnes âgées et de leur entourage, est au centre de tous les malentendus concernant les CLIC. En effet, il peut être considéré soit comme l'opérateur unique, soit comme un organisme fédérant les opérateurs. La réalité montre qu'il est souvent soit distributeur de dossiers pas toujours uniques, soit aiguilleur vers d'autres opérateurs que sont les services et les financeurs ; le guichet unique peut représenter, pour ces derniers, le risque de ne pas maîtriser le recours aux services offerts.

Par ailleurs, et même s'il faut naturellement se garder d'organiser sciemment la complexité, l'existence d'un CLIC n'est pas la garantie que les personnes qui s'adressent à lui n'éprouveront pas le besoin d'aller vérifier par elles-mêmes auprès des autres opérateurs les dires de celui qui informe, évalue et propose. Ne pas en tenir compte équivaudrait à nier la difficulté que peuvent éprouver les demandeurs par rapport à l'aide dont ils ont besoin. Le guichet unique est sans doute plus apprécié quand il y a urgence.

Il faut se garder de croire que l'évaluation et les propositions auxquelles elle donne lieu sont un processus linéaire, dont la conduite rigoureuse serait une garantie d'efficacité. Les CLIC évalués sont tous apparus très conscients de la nécessité de laisser de la place pour des allers et retours révélateurs des difficultés à faire coïncider le besoin objectif, la demande et le point de vue de la personne.

En tenant compte de cette donnée, les CLIC devraient apporter une valeur ajoutée à l'évaluation.

4.2. Une réalité relativement modeste

Dans ce contexte, et sauf situations bien particulières, notamment lorsque le territoire est restreint et les opérateurs peu nombreux, les CLIC ne peuvent prétendre à traiter l'ensemble des demandes individuelles sur un territoire donné. On peut remarquer d'ailleurs que les données chiffrées disponibles sur l'année 2002 montrent qu'il y a souvent un fort décalage entre les demandes d'information et la mise en route d'un processus plus complexe (évaluation, plan d'aide et suivi).

On observe que les situations traitées de manière relativement complète sur une année ne sont pas en corrélation directe avec le nombre des personnes âgées de plus de 75 ans sur le territoire du CLIC, mais sont plutôt fonction de la superficie et de l'homogénéité du territoire (accessibilité du CLIC et nombre de partenaires), et des moyens humains que le CLIC peut mobiliser.

4.3. L'appui sur une coordination institutionnelle : un atout

Lorsque les CLIC se sont constitués à partir d'une coordination institutionnelle, ils ont bénéficié d'un atout, car cela leur a permis de fonder leur dispositif opérationnel sur des bases conceptuelles partagées. C'est un atout important dans la mesure où ce travail nécessite du temps.

Il semble en effet qu'il n'est pas judicieux de vouloir distinguer à tout prix la coordination institutionnelle et la coordination autour de la personne, car la première permet de préparer dans le temps la deuxième et de la soutenir dans la durée, en donnant notamment le temps aux différents acteurs de se connaître et de se reconnaître, et ceci en dehors de toute injonction trop forte à exister et à « produire » de la coordination.

Cela nous paraît être le cas des instances de coordination issues de la circulaire de 1982, et des dispositifs nés de la circulaire de la CNAV de 93. Celles qui ont perduré sont généralement celles qui avaient su engager un travail de construction d'outils et de pratiques communes avec leurs partenaires, autour de valeurs partagées.

C'est le cas aussi quand les institutions du territoire (Conseil général, CRAM, MSA, communes) ont su s'appuyer sur une collaboration déjà ancienne, notamment dans le cadre de la Prestation Expérimentale Dépendance, et se saisir de l'opportunité de la mise en place des CLIC pour poser les bases et les conditions d'une coordination opérationnelle. C'est ce qu'on observe en Ille-et-Vilaine et dans la Haute-Vienne, tous deux départements d'expérimentation de la Prestation Expérimentale Dépendance. En effet, l'évaluation de cette expérimentation a permis d'observer que « *les actions entreprises n'ont pas toujours été parfaites, mais il a été possible d'en débattre et ces confrontations de points de vue sont mises à l'actif de l'expérimentation : on se parle de l'essentiel et on s'écoute* »¹⁵

4.4. La « valeur ajoutée » des CLIC

Les CLIC apparaissent souvent comme des concurrents aux yeux des différents acteurs avec lesquels ils travaillent car ils utilisent auprès de la même population les mêmes modalités de travail (information, orientation, proposition, mise en œuvre et suivi) et les mêmes outils (grille AGGIR, par

¹⁵ Jourdain A. L'usage sélectif des évaluations des PED et PSD par le décideur. Gérontologie et Société – n° 99

exemple). Le risque est alors que ces acteurs voient le CLIC comme un dispositif qui pourrait les déposséder de leurs responsabilités et de leurs prérogatives.

4.4.1. La nature des évaluations réalisées par les CLIC

Par leur accessibilité et leur proximité, les CLIC doivent être en mesure de remplir leur première mission : l'information et l'orientation du public. Un premier niveau d'évaluation est donc mis en œuvre dès la première demande, quelle qu'en soit la nature.

La demande de renseignements est souvent le premier niveau d'une démarche qui risque d'aboutir à un certain changement dans le mode de vie de la personne concernée : mise en place d'une aide, changement de lieu de vie... Les équipes CLIC sont conscientes de cet enjeu : cette démarche n'est pas du même ordre qu'une demande d'APA, laquelle vise à faire reconnaître un droit.

A ce niveau, l'évaluation repose essentiellement sur l'écoute, l'empathie et la reformulation. La personne doit pouvoir exprimer une demande, un point de vue personnel sur sa propre situation, quel que soit par ailleurs son niveau de dépendance. Le CLIC peut alors avoir une action de prévention, le paradoxe étant que les solutions n'existent pas toujours : son efficacité est alors fonction de sa capacité à travailler avec ses partenaires à l'élaboration de réponses nouvelles.

Les CLIC retrouvent alors le sens de l'évaluation, en contribuant à décroiser une approche par trop technocratique : on peut avoir des attentes à formuler (isolement, habitat, utilité sociale, etc...) sans pour autant demander le bénéfice de l'APA.

Le deuxième niveau de l'évaluation est plutôt celui qui consiste à croiser cette demande avec des besoins objectifs, quelquefois abordés par le demandeur, mais de manière souvent subjective. A ce niveau, les CLIC envisagent les évaluations complémentaires de deux façons :

- ils renvoient la personne vers des opérateurs capables de mener à bien cette évaluation : équipe APA, service social CRAM, consultation gériatrique, libéraux de santé... Lorsque l'équipe CLIC est à dominante sociale, comme à Lille (Nord), le processus d'accompagnement se décline ainsi : écoute, identification d'objectifs en accord avec la personne, plan d'aide, relais auprès des partenaires, évaluation régulière de la situation; c'est le cas également à Rennes (Ille-et-Vilaine), le recours à l'équipe APA étant systématique; à Château-Chinon (Nièvre), les évaluations sont réalisées selon le besoin, à la demande des services éventuellement. La conseillère en économie sociale et familiale n'utilise pas la grille AGGIR et l'ergothérapeute peut y participer (notamment dans le cadre de l'APA).
- ils réalisent eux-mêmes ces évaluations, avec des compétences et des outils qui leur sont propres ou qu'ils se sont appropriés, et qui, en tout état de cause, doivent être pertinents par rapport à leurs objectifs :
 - comme à Châlus (Haute-Vienne), où l'objectif est d'introduire les notions de prévention et d'évolution dans la prise en considération de la personne : c'est alors l'évaluation globale de l'autonomie fonctionnelle qui est réalisée, par le biais du SMAF (Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle) « dont les deux items (capacités et potentialités) introduisent dans l'évaluation la notion d'évolution et la possibilité de la modifier ». Par ailleurs, le bilan d'évaluation gérontologique intègre plusieurs types de mesures : MMS (Mini Mental Status), MNA (Mini Nutritional Assessment), GDS (Geriatric Depression Screening Scale), risque de chute. Lorsque la personne se sent fragile et exprime une plainte, ce bilan est suivi d'un plan d'aide qui vise à la stimuler et à l'encourager ;
 - on retrouve un objectif analogue à Agen (Lot-et-Garonne), où, à partir d'une évaluation et d'un plan d'aide réalisés par la coordinatrice, le recours à une évaluation psychologique ou gériatrique peut faciliter la compréhension de la situation.

Dans les deux cas de figure, des problèmes peuvent se poser :

- la question qui se pose au CLIC est la construction d'un partenariat suffisamment solide avec les acteurs locaux pour que les propositions qui sont faites à la personne âgée puissent être mises en œuvre et suivies de manière concertée. Même si de nombreuses personnes, épaulées par leur réseau familial et amical, sont capables de gérer elles-mêmes la coordination de leur plan d'aide, d'autres personnes, isolées et affaiblies, ont besoin du CLIC pour les aider à faire face ;
- le CLIC peut se substituer à ses partenaires ou promouvoir une qualité qu'il n'a pas les moyens de mettre en œuvre seul sur la totalité de son territoire. Dans cette deuxième perspective, cela l'oblige alors à travailler avec ses partenaires pour qu'ils s'approprient en les transformant les procédures et les outils : la qualité qu'on construit ensemble est plus investie que la qualité prescrite par un tiers.

Quoi qu'il en soit, la fonction d'accueil des CLIC est très importante à condition qu'elle soit réalisée sans *a priori* : si la personne qui fait une demande au CLIC est d'emblée orientée en fonction de son niveau de dépendance, les CLIC ne feront que tenter de répondre à des demandes induites par le dispositif existant. C'est en ceci que le travail des dispositifs de coordination se distingue du dispositif APA.

4.4.2. Plans d'aide et suivi : un travail pluridisciplinaire

Le CLIC comme expert ou comme fédérateur d'expertises

Il est nécessaire de distinguer la pluridisciplinarité qui est réalisée en interne, et qui est forcément limitée, et celle qui intègre les partenaires de l'équipe du CLIC, ces partenaires étant d'ailleurs plutôt enclins à se positionner sous l'angle des relations d'aide ou de soin qu'ils entretiennent avec les personnes âgées du territoire : chacun de ces intervenants-partenaires est alors porteur d'un point de vue particulier sur la situation de telle ou telle personne, qui est lui-même fonction des relations qu'il entretient avec elle.

Chargés de mettre en œuvre la coordination, les CLIC ne peuvent pas la réaliser uniquement en interne en ne considérant leurs partenaires qu'en tant que financeurs ou prestataires. S'ils ne se confrontaient pas avec eux, ils courraient le risque de devenir une institution capable à elle seule de satisfaire l'ensemble des besoins d'une personne ou d'un groupe. On peut faire la même analyse pour une équipe APA qui ne se rapprocherait pas des intervenants qui connaissent et aident déjà la personne aidée.

La nécessité de passer des conventions avec les services sociaux des caisses s'impose. Il s'agit de délimiter, non seulement avec les équipes EMS mais avec l'ensemble des travailleurs sociaux, un partenariat constructif qui ne dépossède pas les autres acteurs mais qui leur permet au contraire d'enrichir leur propre intervention.

Si l'on considère par exemple la question des plans d'aide, il nous semble que pour comprendre et respecter les choix et attentes des personnes âgées, le CLIC ne doit pas apparaître comme un expert, mais plutôt fédérer les expertises des partenaires, sans oublier celle de la personne concernée.

A Lingolsheim (Bas-Rhin), par exemple, « le réseau forme une équipe pluridisciplinaire ». C'est le cas aussi à Villeurbanne (Rhône), où le dispositif de coordination clinique a été constitué dès 1993 en prenant appui sur la notion d'« équipe imaginaire », imaginaire par opposition aux équipes travaillant en institution, chaque personne aidée générant sa propre équipe. A Châlus (Haute-Vienne), l'objectif de la coordination médico-sociale est de dynamiser l'équipe, qui est spécifique pour chacune des personnes aidées et dont le noyau de base est la coordinatrice CLIC et le médecin traitant. Elle rassemble les intervenants à domicile autour d'un programme d'intervention, qui comprend un soutien relationnel, construit, proposé, négocié et mis en œuvre. La coordinatrice a alors un rôle de médiateur vis à vis de la personne aidée, dont elle représente le point de vue vis à vis des professionnels.

Le fait de bénéficier de compétences multiples à l'intérieur du CLIC est évidemment un atout, à condition que ces experts dépassent leur rôle propre et fédèrent leurs pairs autour d'un travail pluridisciplinaire. Si ce n'était pas le cas, cet atout pourrait devenir un piège.

On note souvent la difficulté à impliquer réellement les libéraux de santé, absents pour des raisons de disponibilité en temps et de culture professionnelle. Mais ils sont aussi quelquefois tentés par la coordination en direct, leur rôle étant alors un rôle-pivot dans un réseau informel d'intervenants, à moins qu'ils n'apprécient surtout dans le CLIC le numéro de téléphone unique auquel ils peuvent renvoyer leur client.

Il y a bien là un autre piège pour les CLIC, doublé d'un paradoxe : plus le CLIC est efficace en apparence, plus il risque de méconnaître le point de vue des intervenants en imposant le sien, et donc de s'éloigner de la réalité telle qu'elle est vécue par le bénéficiaire, et perçue par les professionnels qui l'accompagnent. Cette réalité est complexe, changeante et a besoin d'être « revisitée » régulièrement pour vérifier si le plan d'aide est toujours pertinent, tant du point de vue des besoins objectifs et subjectifs de la personne, qui renvoient à ses incapacités, qu'à celui de sa demande, qui renvoie à son évolution personnelle.

A Villeurbanne (Rhône), les objectifs du dispositif de coordination clinique, qui peut être mobilisé par tout intervenant au domicile d'une personne âgée, si le besoin s'en fait sentir, sont indiqués sur la lettre d'invitation envoyée alors aux différents intervenants concernés par la situation : « *la coordination des services autour de la personne a pour objet de lui permettre d'avoir sa place et de pouvoir évoluer dans un dispositif adapté à sa situation particulière, par la mise en lien des professionnels concernés par sa situation* ».

La situation est analogue à Belfort où un groupe de coordination mensuelle réunit CCAS, conseillères en gérontologie et services à domicile. Ce groupe examine la situation des personnes bénéficiant d'au moins deux services, et a une fonction de veille par rapport aux situations urgentes et à risques. Ce groupe peut être interpellé par tout professionnel à propos d'une situation, et notamment par le référent de la personne âgée, celui-ci étant défini comme le professionnel qui a eu le premier contact avec elle.

La coordination ne se fait pas à vide, dans l'abstrait, il faut l'expérimenter à partir de cas précis pour qu'elle puisse être perçue comme attractive par les partenaires. Ainsi, il ne suffit pas qu'un CLIC se dise « *porteur d'une vision globale* » pour qu'elle soit construite et partagée par les partenaires ; sinon, le CLIC risque d'être perçu comme hégémonique, et partant, réducteur pour la personne bénéficiaire.

Le CLIC comme support ou partie prenante d'une réflexion sur le vieillissement

Les équipes CLIC et leurs partenaires doivent accepter de ne pas être immédiatement opérationnels (c'est ce qui les différencie des équipes APA qui sont chargées de mettre en œuvre un droit après avoir vérifié que le demandeur y est éligible) et de consacrer du temps à la réflexion. S'il leur est alors possible de bénéficier de l'appui d'une institution et d'un cadre porteurs de réflexion, ils sont en capacité d'avancer plus vite et surtout plus sûrement. Ainsi, à Belfort, la Confédération de Gérontologie, créée en 1998, assure une mission d'information, de formation et d'organisation des échanges autour des questions liées au vieillissement, et permet ainsi aux professionnels d'élaborer une culture gérontologique commune, d'une autre nature que les outils ou procédures qui encadrent les pratiques de terrain.

Le plus souvent, c'est le CLIC lui-même qui, en organisant des groupes de réflexion, contribue en direct à cette émergence. Encore faut-il que les membres de l'équipe du CLIC, et singulièrement le professionnel qui est chargé de mettre en œuvre ses objectifs, sachent « transformer » cette réflexion en pratique de coordination, tant au point de vue de la cohésion des intervenants que de la cohérence de leur pensée. Faire réfléchir les partenaires du CLIC à ce qu'ils font ne va pas sans difficultés, et il est souvent judicieux d'alterner réflexion de fond, réflexion sur les pratiques et mise en pratique à l'occasion d'une situation précise.

C'est ce que Rennes (Ille-et-Vilaine) a pu mettre en place concernant la question des situations complexes où il est admis que le CLIC est un lieu des synergies entre acteurs. Plusieurs groupes de travail ont été mis en place :

- un groupe réunissant les services à domicile, dont le premier travail a porté sur le constat des difficultés de ces services,
- des réunions délocalisées par secteur d'action sociale, traitant de situations concrètes,
- un groupe d'experts, pluridisciplinaire, dont la mission était de réfléchir à partir de situations complexes, sans pourtant imposer ses vues, et dont le rôle était essentiellement pédagogique.

On pouvait constater, au moment de l'évaluation, qu'il existait un début de synergie entre les participants à ces groupes de travail. Le groupe « services à domicile » étant un lieu d'information mutuelle et de construction d'outils communs, dont les participants pourraient dans un proche avenir se retrouver autour de situations concrètes, au niveau des différents secteurs ou dans le groupe d'experts, ce qui pouvait les amener à considérer que ces formes de coopération les aideraient dans leur travail, et ne seraient pas seulement une charge de travail supplémentaire.

Il n'est pas inutile de souligner l'importance du rôle du coordonnateur, qui crée des liens entre les groupes et qui porte à la connaissance des autres groupes ce qui est élaboré dans les différents groupes de travail. Ultérieurement ce « savoir » pourra être utilisée par les uns et les autres, ce qui sera facilité par le fait que certains professionnels participent à plusieurs groupes, du fait de leurs fonctions, de leurs difficultés ou de leurs centres d'intérêt.

La notion de suivi des plans d'aide

Il est important de distinguer :

- le suivi social, où la personne est suivie et aidée sans qu'il y ait forcément partage avec les aidants sur sa situation, comme dans le cadre de l'APA où s'exercent plutôt un contrôle d'effectivité et un contrôle de l'état de dépendance,
- et le suivi dans le cadre du CLIC où la pluridisciplinarité permet de prendre en compte la complexité des situations individuelles, qui n'est pas toujours liée aux incapacités de la personne.

La notion de suivi est donc à considérer différemment selon le point de vue où l'on se place : celui du financeur, celui du service, celui du groupe pluridisciplinaire. Selon l'orientation choisie par le CLIC ou selon le stade d'élaboration de sa pratique auquel il est parvenu, on peut observer que certains CLIC vont fonctionner comme un service social spécialisé ou comme un organisme fédérateur, ce qui ne va pas sans difficultés. Ainsi, « dans la pratique, il est difficile d'orienter une personne âgée vers une autre structure pour une problématique spécifique, alors que cette personne est suivie par ailleurs pour d'autres difficultés par l'équipe du CLIC ».

Comme cela arrive souvent dans d'autres domaines, faire faire est plus difficile que faire en direct. Le suivi partagé, à distance, demande beaucoup de discipline de la part de ceux qui le pratiquent, ainsi qu'une confiance réciproque entre les membres de l'équipe du CLIC et leurs partenaires sur le terrain. Ces difficultés sont d'autant plus grandes que les partenaires en question ne disposent pas souvent des moyens nécessaires à une prise en compte rapide des demandes du CLIC. La tentation est donc grande d'agir en direct, ce qui permet d'apporter une solution à court terme, sans pour autant garantir la continuité dans la mise en œuvre.

4.4.3. Pertinence et ambiguïté des niveaux de label

A quelques rares exceptions près, les CLIC expérimentaux évalués revendiquaient l'attribution d'un label de niveau 3. On peut se demander si le mode de financement des CLIC induisait de fait une telle revendication. Quoiqu'il en soit, la réalité observée montrait que ces CLIC pouvaient prétendre dans leur grande majorité à ce niveau de label, par rapport à la définition qui en était donnée dans le cahier des charges des CLIC.

Cette définition fait essentiellement référence à ce qu'une personne peut prétendre lorsqu'elle fait appel à un CLIC de niveau 3 : évaluation, orientation, proposition d'un plan d'aide, suivi dans le temps.

Dans l'absolu, ces conditions sont remplies, mais on constate que le nombre de situations réellement suivies est restreint, ce qui s'explique aisément par le faible niveau de moyens humains généralement mobilisés par les CLIC ; les seules exceptions concernent d'une part, les CLIC adossés à un service déjà existant, de type CCAS, les moyens du CLIC ne faisant que renforcer les moyens de la structure porteuse, d'autre part, les CLIC portés par une structure ancienne qui a su mobiliser des moyens importants au fil des années.

Il serait donc nécessaire de distinguer, quel que soit le niveau de label accordé,

- les CLIC qui réalisent en direct l'accompagnement de leurs clients, ce qui n'exclut pas le recours aux prestataires extérieurs,
- et ceux qui envisagent le CLIC comme un démultiplicateur de compétences, ce qui est naturellement moins facile à comptabiliser et à évaluer que le nombre de personnes suivies sur une année, mais qui, à plus ou moins long terme, est sans doute le moyen le plus réaliste et le plus ouvert de répondre de manière cohérente sur un territoire donné aux attentes des personnes âgées et de leur entourage.

Par ailleurs, il est admis généralement, et même fortement souhaité par les diverses instances qui financent et mettent en œuvre l'Action Sociale Vieillesse, que « *la personne âgée soit au centre du dispositif* ». Il nous semble qu'une des façons de répondre à ce souhait serait de reconnaître que c'est à la personne d'indiquer la façon dont elle souhaite utiliser le dispositif mis à sa disposition : simple demande d'information, échanges sur ses difficultés et sur les possibilités qui s'offrent à elle, demande d'aide pour la mise en place d'un service ou l'obtention d'une aide financière, contacts plus ou moins réguliers pour faire le point.

La personne qui fait appel au CLIC doit pouvoir l'utiliser à sa manière, sans avoir le sentiment d'être prise dans une organisation et un engrenage qu'elle ne maîtriserait pas. Pour autant, le CLIC doit pouvoir répondre à ses demandes potentielles, et donc bénéficier du label de niveau 3.

Un dispositif de coordination, quel qu'il soit, et avec les meilleures intentions du monde, est toujours en danger d'être *totalitaire*, au sens où l'entend Erving Goffman, le risque étant que certaines personnes ne fassent pas appel au CLIC de peur d'être « enfermées » par les propositions qu'on pourrait leur faire. Il est donc important que les possibilités offertes par le CLIC n'apparaissent pas comme des contraintes.

Chapitre 5 - Repérage des besoins et mise en œuvre d'actions collectives

Comme on l'a vu dans les précédents chapitres, les CLIC doivent trouver toute leur place dans le paysage gérontologique en ne limitant pas leur action au soutien individuel des personnes, mais en en tirant des conséquences au niveau des manques repérés, tant en matière de services que de dispositifs.

Leur connaissance des situations individuelles, et à travers elles, des histoires individuelles, leur donnent une légitimité certaine pour faire émerger des attentes non satisfaites et des besoins non couverts. Cette connaissance des situations concrètes est propre à étayer les projets collectifs dont les municipalités peuvent être les porteurs en raison de leur proximité.

Ces constats et ces projets seront évidemment d'autant plus légitimes que leur portage par le CLIC ou par un autre organisme du territoire sera le résultat d'un consensus des partenaires du territoire.

5.1. Conditions d'un travail collectif

Le CLIC doit avoir un mandat pour faire autre chose qu'un travail sur les situations individuelles. S'en est-il donné un, en a-t-il les compétences et les moyens ?

On peut noter là l'importance de l'antériorité du CLIC, celle des objectifs généraux qu'il s'est donnés, la nécessité de disposer du personnel nécessaire, capable de sortir d'une logique de réponses à des situations individuelles, compétent et disponible pour le faire. Les thèmes de réflexion à aborder ensemble et les actions à mener collectivement sont donc à définir au sein du comité de pilotage local, où sont représentés tous les partenaires composant le CLIC.

Tous les partenaires peuvent être des observateurs ; il est donc nécessaire d'identifier et de reconnaître aux CLIC le rôle de fédérateur des observations même s'il n'est pas le seul à pouvoir remplir cette fonction..

5.2. Thèmes abordés de manière collective

En étant le support de la réflexion et de l'action en partenariat avec tel ou tel acteur, les CLIC contribuent à faire émerger de nouvelles attentes qui peuvent se concrétiser par la mise en œuvre de nouveaux projets.

Selon leur histoire, la composition des groupes de travail et la sensibilité des différents acteurs locaux, la réflexion et les projets seront plutôt de l'ordre du développement local, et témoigneront d'une dynamique territoriale, ou bien ils participeront d'une logique médico-sociale classique, ce qui semble être souvent le cas.

Le travail collectif porte sur un certain nombre de thèmes qui peuvent être analysés en référence à des missions que se sont donnés les CLIC évalués. Ces missions sont les suivantes :

➤ La réflexion

Elle se fait au travers de l'organisation et de l'animation de groupes de travail sur des thèmes divers : ainsi à Roanne (Loire), il existe 3 commissions « aide aux aidants », « professionnalisation », « vie quotidienne », qui pourraient devenir l'embryon d'une coordination fonctionnelle entre les acteurs

(partage de valeurs et de compétences, reconnaissance du travail de l'autre). Mais il semble que ce ne soit pas encore le cas. La plupart des CLIC développent et animent ce type de groupes de travail, qui, selon le cas, se concrétisent par de nouvelles pratiques et de nouveaux modes de collaboration entre les acteurs, associent de nouveaux acteurs au travail du CLIC, ou contribuent à l'émergence de nouvelles réponses.

➤ [La prévention](#)

Des consultations urodynamiques, des ateliers mémoire ou équilibre, une information sur l'euro sont proposés à Vic-Montaner (Hautes-Pyrénées et Pyrénées-Atlantiques) ; à Lille (Nord), le repérage des situations d'isolement se fait en lien avec les mairies de quartier et le CLIC participe aux rencontres organisées par la CRAM pour les nouveaux retraités, ce qui est le cas aussi à Orléans. De plus, des conférences sur l'alimentation en lien avec des caisses de retraite et la ville ont lieu à Lille. A Lunel (Hérault), un programme d'éducation à la santé (enquêtes et actions, notamment de dépistage) a été mis en place, ainsi qu'un atelier d'activation cérébrale.

➤ [La formation des professionnels et la sensibilisation du grand public à des démarches de santé publique](#)

L'organisation de formations, comme d'ailleurs la participation à des actions de sensibilisation du grand public sont souvent une des premières missions que le CLIC se reconnaît au niveau collectif. C'est le cas à Lamastre (Ardèche), Metz (Moselle), Angers (Maine-et-Loire), Agen (Lot-et-Garonne), Lunel (Hérault), St Rémy de Provence (Bouches-du-Rhône), Belfort. Dans le cas de Belfort, c'est une structure proche du CLIC, la Confédération de gérontologie, qui est chargée de cette mission. Le choix de ce type de missions s'explique par une exigence de qualité que les CLIC souhaitent promouvoir sur leur territoire. Les thèmes de formation sont généralement classiques (incontinence, apprentissage des bons gestes, prise en charge médico-sociale des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, alcoolisme, nutrition, protection sociale, maltraitance) ; ces formations s'adressent tout aussi classiquement aux acteurs médico-sociaux. A Orléans (Loiret), une formation-information des gardiens d'immeubles a été organisée avec le CODERPA. Des conférences grand public sont organisées sur la prévention du vieillissement, sur des thèmes comme la personne âgée et son entourage au fil du temps à Vic-Montaner (Hautes-Pyrénées et Pyrénées-Atlantiques) ou la prévention des cancers féminins à Guingamp (Côtes-d'Armor). Ces conférences permettent aussi au CLIC de se faire connaître, de même d'ailleurs que la participation à des Forums ou des Salons. C'est le cas à Guingamp avec la participation du CLIC au Forum des associations et au Salon de l'Habitat.

➤ [La promotion ou la mise en œuvre d'une nouvelle offre de services](#)

A Châlus (Haute-Vienne), un service destiné à des personnes atteintes dans leurs fonctions supérieures et à leur famille a été développé, dans le prolongement du service de soutien relationnel. Il a été construit à partir d'un programme visant le recueil des bruits et des sons familiaux dans les villages et hameaux du canton dans la 1^{ère} moitié du 20^{ème} siècle. Ce programme est le support d'activités proposées à des personnes. Cette expérience très innovante est à mettre en relation avec des pratiques déjà anciennes sur l'ensemble du département et auxquelles l'ACAFPA avait pris part de longue date, destinées à mettre en valeur les savoir-faire, la culture et la créativité des aînés au moyen de publications et d'expositions. En prenant appui sur ce qui est culturel pour apporter une réponse nouvelle à des personnes atteintes dans leurs capacités intellectuelles, le CLIC de Châlus croise les deux approches, territoriale et médico-sociale, et ce faisant, introduit une dimension nouvelle dans la prise en considération des personnes.

A Moulins (Allier), le CLIC Collegram participe à un programme atelier santé-ville, en articulation avec la politique de la ville et la politique de santé pour réduire les inégalités de santé. Ce programme est piloté par la DDASS.

De même, le CLIC assure le secrétariat d'un projet nutrition pour les personnes âgées, avec une association de médecins libéraux au niveau départemental, pour en faciliter le démarrage.

Ainsi les actions collectives du CLIC Collegram s'appuient sur les partenariats qu'il mobilise pour y répondre. Ce faisant, il a eu un rôle d'impulsion de plusieurs projets :

- un centre de lutte contre la maltraitance (projet porté par le Conseil général qui a sollicité le CLIC) ;
- la création d'un accueil temporaire ;
- le développement de services proposés sur Internet via des Net Box par Moulins Habitat, en direction des personnes âgées et handicapées vivant en HLM.

A Guingamp (Côtes d'Armor), le CLIC a joué un rôle d'ingénierie de projet pour un projet d'accueil de jour géré par une autre structure ; un projet de service d'auxiliaires de nuit est en cours. Le CLIC a favorisé et soutenu l'implantation d'une antenne JALMALV.

Les CLIC de St Rémy-de-Provence (Bouches-du-Rhône) et de Guingamp (Côtes d'Armor) ont participé à une réflexion collective sur l'emploi, organisée sur leurs territoires respectifs. Par ailleurs, les thèmes de l'accessibilité des transports et de l'adaptation des logements ont été traités par le CLIC de Guingamp dans le cadre du Pays.

On constate donc que selon le cas, le CLIC peut être fédérateur, et quelquefois gestionnaire d'une nouvelle offre de services, ou facilitateur et participant à une action pilotée par d'autres. On peut pointer là deux formes de positionnement des CLIC, la participation à un travail collectif ou la mise en œuvre en direct, qui témoignent de la nature des relations du CLIC avec ses partenaires.

➤ [L'observation des besoins](#)

A Rennes (Ille-et-Vilaine), cet axe de travail est particulièrement développé et s'appuie sur une « commande » institutionnelle ; en effet, les CODEM (Comités d'Evaluation de la Dépendance et de Médiation) ont une mission qui s'articule avec celle des CLIC. Ainsi le CLIC de Rennes (Ille-et-Vilaine) assure l'animation du groupe « Observatoire des besoins ». Plusieurs axes de travail ont été abordés : conditions de mise en œuvre d'un tableau de bord social ; tour d'horizon sur les manques et les difficultés, en articulation avec les autres groupes de travail animés par le CLIC.

Le CLIC Alp'ages, à St Rémy de Provence (Bouches-du-Rhône), s'est positionné dès sa création sur cette mission, afin de dénoncer les manques repérés sur son territoire. Il contribue à la réflexion afin de combler en partie ces manques par la création d'un SSIAD et d'une maison de retraite, et éventuellement d'une antenne de type ALMA. Par ailleurs, la DDTE et le Conseil général ont confié au CLIC la réalisation d'une étude sur les difficultés de recrutement afin d'établir un état des lieux sur le territoire.

A Villeurbanne (Rhône), les axes de travail que le CLIC développe avec ses partenaires prennent en compte des problématiques nouvelles ou qui ne sont pas liées directement aux phénomènes de dépendance : isolement et précarité des personnes âgées, habitat, immigrés vieillissants, animation et liens sociaux, participation et rôle des retraités, mise en œuvre d'un conseil des anciens. Ces thèmes de réflexion et d'action permettent au CLIC d'associer à son travail des acteurs relativement nouveaux dans le champ gérontologique : agents de développement du Contrat de Ville, foyers accueillant des immigrés âgés, bailleurs sociaux. Une partie de ces thèmes a pu être repris dans le cadre de l'élaboration du schéma gérontologique.

D'une manière générale, la capacité d'écoute des intervenants du CLIC et la réactivité des partenaires fédérés par le CLIC peuvent contribuer au repérage des besoins locaux et à l'élaboration de réponses nouvelles à travers l'expression individuelle des usagers. Le CLIC peut notamment, s'il ne focalise pas ses interventions sur les personnes dont le niveau de dépendance est le plus élevé, contribuer à mettre

en évidence la complexité des notions d'autonomie et de dépendance, et à faire prendre conscience des limites du dispositif réglementaire en la matière.

➤ [L'aide aux aidants \(groupes de parole, repérage ou création de structures de répit\)](#)

C'est un thème particulièrement investi par les CLIC expérimentaux . Il est ou a été traité par les CLIC de Rennes (Ille-et-Vilaine), Roanne (Loire), Belfort, Moulins (Allier), St Rémy de Provence (Bouches-du-Rhône), Chénérailles (Creuse), Lorient (Morbihan), Marseille Médecins du Monde (Bouches-du-Rhône), Portes de l'Essonne (Essonne), Lunel (Hérault).

➤ [Le thème de l'habitat](#)

Ce thème essentiel quand il s'agit d'aider les personnes âgées à vivre à leur domicile n'est pas encore très investi par les CLIC que nous avons évalués. Certes, la plupart des CLIC entretiennent des relations plus ou moins formalisées avec le PACT-ARIM de leur région ou le Service de la Vie Autonome (SVA) quand il existe, et réalisent de manière plus ou moins complète un suivi des demandes d'adaptation du logement des personnes qu'ils accompagnent.

Par ailleurs, 6 CLIC bénéficiaient au moment de l'évaluation des compétences d'un ergothérapeute, capable de répondre directement aux demandes, et pouvant éventuellement jouer un rôle pédagogique auprès de la population âgée et des partenaires du CLIC.

Mais au-delà des compétences spécifiques dans ce domaine, il semble que la culture de l'habitat soit encore assez peu développée, ce qui explique le faible nombre de CLIC qui ont développé une réflexion dans ce domaine avec les acteurs de l'habitat. On peut citer le CLIC d'Orléans (Loiret) , qui a initié un travail avec l'Office Public d'HLM en vue d'élaborer un cahier des charges de l'adaptation du logement. C'est le cas aussi à Villeurbanne, où le CLIC a par ailleurs organisé une sensibilisation des gardiens d'immeubles à la problématique du vieillissement.

Il faut noter, à la décharge des CLIC, que la compréhension de ce système particulièrement complexe, notamment dans le cas de l'adaptation du logement, ne facilite pas un investissement dans ce domaine. La présence d'ergothérapeutes dans une équipe CLIC devrait le faciliter, ce qui ne semble pas toujours être le cas, l'évaluation ayant montré qu'à une exception près, les CLIC qui avaient commencé une réflexion de fond sur le thème de l'habitat n'avaient pas d'ergothérapeute dans leur équipe.

Chapitre 6 – Différentes compétences au sein des équipes CLIC

L'objectif même des CLIC est de constituer des liens d'interdépendance¹⁶ avec les partenaires institutionnels et les partenaires de terrain pour mieux répondre aux besoins et aux attentes des usagers et de leurs proches.

L'analyse des évaluations faites auprès des CLIC expérimentaux montre que la constitution d'un réseau de partenaires ne va pas toujours de soi pour plusieurs raisons :

- L'historique du travail en réseau sur le territoire du CLIC peut être un frein ou le moteur d'un travail de coordination avec les institutions sur le terrain,
- La façon dont le CLIC s'est installé dans le paysage gérontologique et, notamment au moment de son « élection » au statut de CLIC expérimental en 2000, peut avoir créé un regard particulier (positif ou négatif) sur lui,
- Enfin, les compétences du personnel composant l'équipe du CLIC sont également un facteur essentiel à sa reconnaissance et à sa capacité à rassembler autour de lui les principaux partenaires qui mènent des actions auprès des retraités et personnes âgées.

6.1. Les profils de professionnels au sein des CLIC

Il semble, au vu des évaluations, que le choix des professionnels constituant l'équipe d'un CLIC dépend d'abord de l'organisme qui portait auparavant la coordination locale.

Ainsi, lorsque le secteur hospitalier est le « fer de lance » de la coordination, ce sont fréquemment des médecins ou des para-médicaux (infirmières, ergothérapeutes ou psychologues) que l'on retrouve dans les équipes et souvent aux postes de coordinateurs. En revanche, un CCAS va plutôt placer dans son équipe CLIC des profils de travailleurs sociaux ou des responsables de service personnes âgées notamment au poste de coordonnateur.

Après quelques années de fonctionnement, ces équipes peuvent évoluer en fonction de la situation locale et des besoins qui émergent de la part des usagers ou des partenaires institutionnels ou professionnels. Ainsi, dans des équipes composées de travailleurs sociaux, des médecins ont pu être embauchés à temps partiel car il apparaissait impossible de travailler avec les médecins hospitaliers et libéraux sans avoir dans l'équipe cette compétence, seule reconnue par les professionnels de la médecine. En revanche, le seul fait d'embaucher une compétence médicale ou para-médicale n'entraîne pas d'emblée la réussite d'une coordination avec les médecins. Il faut en effet que le médecin embauché dans le cadre d'un CLIC sache dépasser son rôle habituel, et notamment celui de prescripteur, et soit ainsi capable de nouer des liens avec ses confrères libéraux ou hospitaliers, afin de les amener à tenir compte des disciplines non médicales.

On trouve à l'inverse des équipes de type médical ou para-médical qui ont pu faire appel au bout d'un certain temps à des assistantes sociales, ce qui a facilité la création de liens avec les services sociaux des institutions (CRAM, Conseils généraux,...).

On peut voir que le profil des professionnels composant les équipes est éminemment variable et ce, en fonction des situations rencontrées sur le territoire du CLIC ou de la reconnaissance que le CLIC veut obtenir de la part de ses partenaires et de l'histoire du CLIC elle-même. Néanmoins, sur les 25 centres locaux d'information et de coordination, nous avons pu repérer des professions clef :

¹⁶ Interdépendance : liens d'échanges mutuels entre les partenaires

Médicale	Para-médicale	Administrative	Travailleur social	Ingenierie sociale ou DESS social	Compétences différentes ou non précisées
Châlus (1) Villeurb. (1) Agen (2) Guingamp (1) Dijon (1) Moulins (1)	Villeurbanne (psycho) Agen (1 psycho) Roanne (maîtrise psycho) Metz (1inf) Lunel (1inf) Brive (3inf) Marseille (1psycho) Creuse Est (1 inf) Lunéville (1 psycho) Lorient (2 ergo) St Rémy (1inf) Château-Chinon (1 psycho, 1 ergo, 1 diététicienne)	Belfort (2) Roanne (1) Metz (2)) Brive (3) Guingamp(1) Dijon (3) Marseille (1) Lorient (3) Moulins (1)	Châlus (1) Villeurbann e(1) Orléans (1/2) Rennes Lille (1) Angers Lunel (1) Brive(3) Guingamp (1) Vic Montaner (1) Dijon (2) Lunéville (1 CESF) Lorient (1)	Villeurbanne(1) Lille (1) Alp'ages (1)	Belfort (2) Châlus (1) Orléans(3 dont 1 DEFA) Rennes (2) Roanne (1 AES + quelques BTS) Lingolsheim (2 dt sciences Humaines) Lille (7) Lamastre (agent dévelop) Angers (financier) Lunel (dévelop.) Agen (DEUST agro-alim +2) Lunéville (sciences langage) Lorient (1) St Rémy (1) Château-Chinon (1 DEFA, 4 BTS,1 CAP, 1DESS Qualité)

6.2. Les professions médicales ou para-médicales

Beaucoup d'équipes ont des infirmières à temps plein ou à temps partiel. Cette profession semble être souvent sollicitée dans les activités d'évaluation des situations des personnes âgées et dans le suivi du plan d'aide. Elles sont en général appelées dans les équipes car elles présentent l'avantage d'être reconnues par le secteur hospitalier mais aussi par le secteur de l'aide à domicile et de l'hébergement. Les CLIC qui ont dans leurs équipes des infirmières ont vraisemblablement un atout dans l'organisation d'actions collectives et/ou de prévention dans le cadre d'une démarche de santé publique. En revanche, leur capacité à pouvoir faire de l'évaluation des situations et du suivi de plans d'aide peut contribuer à nourrir la fréquente « querelle » que l'on a constatée avec les Conseils généraux, eux-mêmes impliqués dans des évaluations et des plans d'aide dans le cadre de l'APA .

Le CLIC de Brive la Gaillarde (Corrèze) a fait le choix de recruter des infirmières coordinatrices pour mieux apprécier les besoins et les attentes des personnes âgées et dialoguer avec les médecins traitants. Leur objectif est de mettre en place une démarche de santé publique.

La profession médicale est également sollicitée dans quelques équipes CLIC, soit sous le diplôme de gériatre, soit sous celui de gérontopsychiatre. Ces médecins interviennent principalement dans les évaluations globales des personnes lorsque le besoin s'en fait sentir (situations complexes ou d'urgence). Il semble aussi que dans de nombreux cas, ces professionnels aient été recrutés pour faciliter les relations avec le secteur hospitalier, le médecin devenant alors le référent notamment pour les informations de type médical mais aussi pour permettre d'établir des liens avec le secteur médical libéral. Concernant l'hôpital, un certain nombre d'évaluations ont montré que les médecins hospitaliers ont souvent été mobilisés autour de la question des retours à domicile à la suite d'un séjour à l'hôpital. Ils ont constaté les avantages qu'ils pouvaient retirer d'une coordination avec les acteurs du domicile en termes de durée de séjour, plus courte, et de meilleure organisation du retour à domicile et ce, au bénéfice de leurs patients. Quant aux médecins libéraux, il semble encore très difficile de les mobiliser. Les CLIC qui travaillent régulièrement avec eux, les mobilisent plutôt sur des situations complexes que les médecins ne peuvent résoudre seuls. Dans d'autres coordinations, ces professionnels ne viennent pas encore travailler directement avec les acteurs gérontologiques mais font

de plus en plus appel au CLIC pour signaler des situations difficiles rencontrées par des personnes retraitées et demander une aide éventuelle de la part du CLIC.

Il faut souligner des différences culturelles entre les équipes de coordination et les professions libérales qui peuvent générer des obstacles au travail communautaire: d'une part la logique des équipes de coordination est basée sur la mise en commun des moyens et des compétences pour optimiser la résolution des problèmes ; d'autre part, la culture libérale est plutôt basée sur la résolution des problèmes par le professionnel libéral lui-même. Celui-ci n'a pas toujours l'habitude de faire appel à des compétences sociales ou médicales spécialisées (gériatre ou géronto-psychiatre) pour résoudre ensemble les difficultés de leurs patients. Intégrer les professions libérales demande donc du temps et la connaissance de leurs besoins en tant que professionnels.

Par ailleurs, les autres professionnels para-médicaux intégrés dans les équipes CLIC sont très souvent des psychologues qui interviennent dans l'évaluation des situations personnelles sous la forme d'entretiens avec les personnes âgées et leur famille, dans des groupes de paroles pour les usagers ou dans les réunions de coordination de partenaires. On peut également rencontrer des ergothérapeutes, notamment dans les évaluations des situations individuelles des personnes et dans l'aide à l'adaptation du domicile (en référence à la mission centrée sur l'habitat dévolue au CLIC). La plupart du temps, lorsque ces professionnels sont salariés des coordinations, ils sont souvent mis à disposition des partenaires du CLIC pour intervenir à domicile par exemple.

6.3. Les professions de type social

On retrouve dans cette catégorie, deux professions principales : les assistantes sociales et les conseillères en économie sociale et familiale.

Les assistantes sociales sont fréquemment appelées à participer aux équipes des CLIC. Elles travaillent auprès de la population âgée sur les questions d'information, notamment dans la compréhension des systèmes d'allocations ou d'aides diverses, sur les évaluations globales des personnes et participent fréquemment au suivi des plans d'aide. La fonction d'assistante sociale permet une meilleure reconnaissance de la part des personnels des institutions publiques comme les équipes médico-sociales de l'APA ou les équipes CRAM. En revanche, elles peuvent contribuer dans les évaluations à générer la même impression de concurrence avec les équipes des Conseils généraux que les infirmières.

Les conseillères en économie sociale et familiale sont également des professions sollicitées dans le cadre des équipes CLIC. Elles ont l'avantage de pouvoir considérer la personne dans une intégralité familiale par leur connaissance des diverses problématiques familiales mais aussi dans leur environnement social puisque leur mission professionnelle est l'aide aux familles en difficulté sociale (bonne connaissance des circuits administratifs et sociaux). En revanche, leur formation initiale est rarement axée sur la gérontologie et nous retrouvons dans les évaluations une proportion significative de conseillères en économie sociale et familiale qui ont suivi ou suivent une formation complémentaire en gérontologie sociale.

6.4. Les professions de type administratif

Un certain nombre de CLIC composent en partie leur équipe avec des professionnels issus du secteur administratif. Ce sont principalement des CLIC créés par des CCAS ou des Conseils généraux ou des associations de services multiples (aide à domicile, portage de repas, etc.) dont l'un des services a été reconnu comme CLIC.

Ces professions se retrouvent principalement à deux types de postes :

- des postes de direction d'équipe avec une mission de portage de projet, de développement du service CLIC lui-même et de rapprochement avec les divers partenaires du CLIC. Ces personnes sont souvent à temps partiel dans les équipes car elles assument par ailleurs d'autres fonctions au sein de leurs organismes (direction de l'association, direction des services communaux auprès des personnes âgées, etc.) comme à Roanne (Loire), Metz (Moselle) et Belfort.
- des postes d'agents d'accueil avec une mission d'information et d'orientation des personnes âgées au sein du CLIC lui-même vers des professionnels sociaux, para-médicaux et médicaux, qui font des évaluations de situations (situations complexes ou situations d'urgence), ou vers des partenaires extérieurs dont la compétence a été repérée pour résoudre telle ou telle situation (service d'aide à domicile, service APA, service CRAM, etc.). Ces agents d'accueil existent dans la plupart des CLIC et exercent des fonctions liées à l'accueil du public, soit physique, soit téléphonique. Ils peuvent également délivrer de l'information auprès des professionnels médico-sociaux, des personnes âgées et des familles. Il est assez intéressant de souligner la diversité des fonctions que ces agents ont pu exercer antérieurement à ces postes d'accueil dans des champs extérieurs à la gérontologie, ce qui signifie qu'il n'est pas obligatoire d'embaucher des personnes qualifiées en gérontologie à ce type de poste. En revanche, il peut être important de leur faire suivre une formation gérontologique.

6.5. Les professions de type ingénierie sociale

Quelques équipes CLIC (encore assez rares) ont fait appel à une nouvelle compétence dans le champ de la gérontologie : l'ingénierie sociale. Ces personnes sont généralement placées sur le poste de coordinateur et ont pour mission le développement des actions dévolues au CLIC et la création d'un partenariat solide au sein du territoire couvert par le CLIC. Elles assurent également le travail de représentation du CLIC dans les instances extérieures et de portage des nouveaux projets en développement (recherche de financements, relations publiques, développement des liens avec le secteur libéral, etc.).

L'intérêt d'une telle compétence au sein des équipes CLIC est la mise à distance des querelles qui peuvent exister entre le secteur médical et le secteur social, pour construire des projets qui ouvrent la porte à ces deux secteurs de manière égale. Ainsi les projets peuvent se centrer sur les attentes et les besoins des personnes âgées et retraitées et l'animation des réseaux sans que le secteur médical ou le secteur social soit privilégié.

En revanche, il existe une difficulté pour mettre en place des professionnels de cette compétence, liée à la méconnaissance de cette qualification par les professionnels du secteur hospitalier, du domicile ou de l'hébergement. Ceci génère une certaine défiance quant au bien-fondé de leur présence au sein d'une équipe CLIC. L'autre difficulté qui peut expliquer le nombre restreint de personnes ayant ce type de compétence est la nécessité d'avoir une certaine antériorité de coordination pour envisager des projets d'une envergure importante et qui demandent l'embauche d'une personne possédant une compétence d'ingénierie sociale. Les équipes, dont le nombre de professionnels est restreint ou dont l'histoire en matière de coordination est récente, préfèrent embaucher des professionnels directement productifs et légitimes vis-à-vis des acteurs de terrain pour assurer les évaluations des situations et les suivis des plans d'aide, comme les professionnels para-médicaux, médicaux et/ou sociaux.

Néanmoins, il semble important qu'au-delà de la mise en œuvre des actions d'information, d'évaluation et de plans d'aide, les équipes CLIC fassent un réel travail de réflexion et de mise à distance pour pouvoir mettre en place leur mission première qui est de coordonner les partenaires gérontologiques et de réfléchir sur des projets innovants. Dans ce type de missions, la fonction de chef de projet paraît une ressource essentielle. Cette fonction peut être tenue par un professionnel de terrain

ou par une personne dont la formation l'amène à monter des projets comme celle d'ingénierie sociale ou un DESS appliquée à l'intervention sociale . C'est le cas à Villeurbanne (Rhône) et à Lille (Nord).

On peut imaginer à l'avenir qu'avec le développement des instances de coordinations départementales dans le cadre de la décentralisation, ces professionnels pourront également intervenir sur les réseaux de coordination départementaux dans le cadre du soutien méthodologique de projets et de recherche de financements.

6.6. Les autres professions

Un certain nombre d'instances de coordination CLIC font appel à des professionnels de formations très diversifiées mais sans véritable rapport avec le travail social, paramédical ou simplement gérontologique. On retrouve dans ce cadre des personnes avec des diplômes de niveau BTS, licence, maîtrise ou autre (comptabilité, rédacteur...).

La formation de base en gérontologie n'est pas un critère exclusif de sélection mais il est apparu tout de même nécessaire d'apporter une formation complémentaire à certains professionnels: le CLIC de Lille (Nord) a fait suivre le cursus *BEATEP option personnes âgées* à ses agents de développement embauchés sous contrat « emploi-jeune » et le CLIC de Roanne a formé son personnel à l'écoute et au travail en réseau.

Les autres compétences également rencontrées dans les équipes CLIC sont : le développement local (CLIC de Lamastre en Ardèche), le soutien relationnel, l'animation (Orléans dans le Loiret), les sciences humaines (Lingolsheim dans le Bas-Rhin).

Chapitre 7 – Modes de travail et outils nécessaires

Les coordinations sont appelées à mettre en œuvre deux modes de travail différents :

- d'une part, une activité de type « service »: les personnes âgées font directement appel au CLIC qui les informe et les oriente, leur propose un plan d'aide et un suivi
- d'autre part, un travail de partenariat, qui consiste à établir des relations avec les autres organismes appelés à coopérer et à apporter un service qualitatif et coordonné aux personnes âgées et à leur famille.

Il n'est pas toujours facile d'être sur ces deux registres et surtout d'évoluer de l'un à l'autre. Il faut faire appel à des capacités relationnelles et de management de projet dans un lien d'égalité soit avec les usagers, soit avec les partenaires. Il faut également accepter de ne pas toujours être dans la maîtrise des situations et encore moins dans une situation de donneur d'ordres.

Pour mettre en place ces différentes manières de travailler, les CLIC évalués utilisent différents outils :

- des rencontres en direct avec les personnes, des supports d'information et des espaces de rencontre pour mettre en place la relation de service avec les usagers et les professionnels de terrain ;
- des rencontres avec les partenaires au sein de comités de pilotage ou de commissions techniques, des rencontres autour de situations concrètes vécues par les personnes âgées, et enfin des documents créés pour formaliser les liens entre les partenaires.

7.1. Construire le partenariat

Pour construire un partenariat solide et constructif, les CLIC doivent être en même temps à l'écoute de leur partenaires et facteur de dynamisme pour mettre en place des projets de coopération. Pour cela, il semble important que les CLIC se positionnent en dehors de tout climat concurrentiel et dans une entente commune des partenaires et des acteurs en général.

7.1.1. La participation des partenaires au sein d'assemblées larges

Un certain nombre de CLIC expérimentaux ont ouvert leur conseil d'administration ou leur comité de pilotage interne¹⁷ aux différents partenaires qui ont accepté au fur et à mesure du temps de s'impliquer dans la coordination territoriale. Cette manière d'agir permet très régulièrement aux institutions du maintien à domicile, de l'hébergement, du département (Conseils généraux), de la région (CRAM), de se rencontrer et de travailler sur des projets de développement d'actions gérontologiques territoriales et concertées (CLIC de Rennes –Ille-et-Vilaine, Villeurbanne -Rhône, Lingolsheim –Bas-Rhin, etc...).

D'autres CLIC ne souhaitent pas que tous les partenaires de leur réseau, parfois très nombreux, se retrouvent dans les comités de pilotage parce que ces derniers se comportent davantage en instances politiques et/ou financières qu'en assemblées d'acteurs de terrain.

Ils ont donc créé en parallèle des commissions techniques ou thématiques où se retrouvent les acteurs des institutions de terrain, pour mettre en place de nouveaux projets ou discuter de situations ou de thèmes fréquemment rencontrés. Ces situations globales travaillées ensemble permettent de trouver des solutions en commun entre les institutions partenaires. Elles peuvent aboutir à mettre en œuvre des protocoles de réponses négociées. Ainsi on retrouve des commissions intitulées « aide aux aidants », « professionnalisation », « aide à domicile », « évaluation », etc.

¹⁷ Différent du COPIL départemental

Ces instances de régulation et de travail participent largement à une meilleure connaissance de tous les acteurs entre eux et non pas simplement avec le site de coordination CLIC, ce qui permet de créer et de diffuser une culture gérontologique et une culture d'intervention concertée auprès des personnes âgées, de leurs aidants et des professionnels. L'objectif affirmé de ces groupes est de confronter les points de vue des partenaires pour déboucher sur des réponses collectives adaptées à la situation rencontrée et aux moyens disponibles à mettre en œuvre, c'est le cas à Moulins (Allier), Lunel (Hérault), Lille (Nord).

Au CLIC de Lille, à partir de *l'Instance Locale de Coordination Gérontologique* se sont montés des groupes de travail thématique sur la maltraitance, la population émigrée vieillissante, l'animation de la vie locale, etc. Ces commissions de réflexion regroupent les principaux partenaires gérontologique de la ville et sont animées par les acteurs de terrain. Elles ont pour finalités de trouver des solutions aux problèmes des personnes âgées. En revanche elles ne travaillent pas sur les actions individuelles.

Ces réunions ou rencontres entre partenaires en assemblées larges ont pour objectifs :

- de convaincre les professionnels ou les représentants de retraités de l'utilité d'être en réseau,
- de fédérer les organismes autour de travaux communs et ainsi de les rapprocher et de mieux se connaître,
- de dynamiser les acteurs pour que la coordination devienne pérenne et se développe.

C'est à la fois pour le CLIC un travail d'animation de réseau mais aussi pour les partenaires une volonté de coopérer et de mettre en œuvre des synergies au profit des usagers.

Le CLIC de Metz (Moselle), quant à lui, fait des démarches systématiques auprès des communes pour se faire connaître et informer sur les activités du CLIC. Il a créé un cercle de partenaires, dans lequel les médecins libéraux ne viennent pas encore, mais qui permet d'aborder un thème et d'informer les partenaires sur les activités de la coordination.

7.1.2. Le travail autour de situations concrètes rencontrées par les personnes âgées

A côté des assemblées de partenaires de terrain ou d'organismes institutionnels, il existe dans certaines coordinations des réunions qui permettent de travailler autour de situations concrètes rencontrées par les personnes âgées. Ces réunions ont pour objectif d'apporter des réponses adaptées et concertées à des problèmes individuels qui ne relèvent pas d'un seul partenaire. Lorsque les CLIC ont réussi à mettre en œuvre ces lieux et ces temps de concertation, on retrouve très souvent une implication des médecins traitants avec d'autres professionnels sociaux ou para-médicaux. C'est donc un bon moyen d'impliquer les professionnels libéraux dans la coordination car ces derniers voient très rapidement les avantages qu'ils peuvent tirer de la mise en commun des moyens apportés par chaque partenaire pour améliorer le service rendu aux personnes âgées et à leurs aidants. Ces réunions peuvent être organisées, soit à l'initiative de la coordination, alertée par une situation complexe rencontrée par un habitant du territoire, soit par les professionnels eux-mêmes confrontés à une situation qu'ils ne peuvent résoudre seuls comme c'est le cas à Châlus (Haute-Vienne), Moulins (Allier), Agen (Lot-et-Garonne), Villeurbanne (Rhône). A Châlus, l'évaluation de la situation de la personne âgée se fait par petites équipes de professionnels qui sont choisies par la personne elle-même (médecin traitant, infirmière, etc). Un projet individuel est proposé à la personne âgée par l'équipe et la coordinatrice du CLIC, et négociée avec elle. Des évaluations régulières du projet permettent l'ajustement à l'évolution de l'état médico-social de l'usager âgé. A Villeurbanne (Rhône), les professionnels extérieurs au CLIC peuvent solliciter des réunions de coordination ouvertes à d'autres professionnels, présenter la situation d'une personne, son projet et demander l'avis des autres intervenants.

Ces rencontres peuvent être aussi organisées avec des experts gérontologiques ou gériatriques du territoire en fonction du problème à résoudre (CLIC de Rennes – Ille-et-Vilaine).

Il faut reconnaître que ce travail centré sur la personne âgée elle-même, mené et formalisé par les acteurs de terrain est moins fréquent que le travail entre institutions. Il semble que ce soit surtout les

CLIC de niveau 3 (parfois niveau 2) qui mettent à disposition ce type d'instances de terrain, au plus près de l'utilisateur et des professionnels eux-mêmes. Ces réunions permettent l'élaboration d'une culture gériatrique commune, une compréhension du travail des autres et donnent du sens et de la cohérence au travail en partenariat. Il faut sans doute déjà une certaine maturité de la coordination et du travail en partenariat pour arriver à mettre autour d'une table tous les acteurs qui gravitent autour d'une personne et trouver des solutions partagées. Le niveau le plus haut de concertation auquel devraient aboutir les CLIC de niveau 3 serait d'organiser ces réunions en présence de la personne âgée elle-même quand elle le souhaite réellement et de laisser à cette dernière la possibilité d'accepter ou de refuser les solutions proposées. Rares sont les CLIC expérimentaux évalués qui en sont à ce stade de concertation et de partenariat : on peut citer Châlus et Villeurbanne.

7.1.3. Les compétences du CLIC dans le travail en partenariat

L'équipe du CLIC et le coordonnateur en particulier doivent faire preuve de beaucoup d'expérience du travail en réseau pour favoriser les synergies. Beaucoup d'évaluations et de porteurs de projet CLIC soulignent en effet l'importance que l'ensemble des partenaires reconnaisse comme légitime la structure porteuse du CLIC et le coordonnateur.

Cela passe par une volonté :

- de recenser les divers partenaires du territoire,
- de les rencontrer pour qu'ils puissent exposer leurs différentes problématiques,
- de leur donner envie de travailler ensemble pour les résoudre,
- d'animer des réunions, d'écouter et parfois de faire de la médiation entre les partenaires,
- de mettre en œuvre des solutions avec leur concours .

Par exemple, le partenariat solide avec les médecins généralistes libéraux sera favorisé par des rencontres individuelles, au cabinet même du médecin, et dans les horaires qui lui conviennent. Cette pratique n'est pas habituelle au travail social mais elle tient simplement compte des conditions de travail particulières à cette profession. Il s'avère en effet que les réunions pluridisciplinaires réalisées en cours de journée ne correspondent pas aux pratiques médicales libérales et que le CLIC doit s'y adapter.

Il semble que cette coopération soit plus facile quand le CLIC n'est pas intégré ou se démarque clairement des structures gérant d'autres services en faveur des personnes âgées. En effet, une position autonome facilite les rapports avec les autres partenaires en évitant de positionner le CLIC sur un terrain concurrentiel.

7.1.4. Les documents créés pour formaliser le partenariat

Deux principaux outils de formalisation écrits sont recensés dans l'évaluation des 25 CLIC expérimentaux :

- **la convention** signée entre le CLIC et un autre organisme, qu'il soit financeur ou partenaire de terrain,
- et **la charte écrite** par le site de coordination et auquel les partenaires, principalement de terrain, adhèrent sur la base de principes ou de valeurs partagées (CLIC d'Angers – Maine et Loire, de Vic Montaner - Hautes-Pyrénées et Pyrénées-Atlantiques, de Lunel - Hérault, et Brive la Gaillarde - Corrèze).

La signature d'une charte ou de conventions n'est pas forcément synonyme d'un partenariat exemplaire. En effet, un certain nombre de CLIC reconnaissent avoir signé des conventions avec des partenaires sans que cette signature ait eu pour conséquence une intensification du partenariat déjà en place. D'autres n'ont signé aucune convention avec leurs principaux partenaires et ont pourtant élaboré un travail développé en matière de partenariat et de travail en commun.

Par ailleurs le fait de signer une convention prend énormément de temps notamment avec les institutions comme la CRAM ou d'autres organismes de ce type et les CLIC n'attendent pas cette formalisation pour mettre en œuvre un travail de coopération sur le terrain. A contrario, certains partenaires peuvent ne pas souhaiter être liés par une convention ou l'adhésion à une charte car ils ne voient pas immédiatement les avantages qu'ils ont à le faire alors qu'ils travaillent déjà avec le CLIC. Néanmoins, ces conventions ou ces chartes sont indispensables à moyen terme pour objectiver le partenariat et l'ancrer dans le quotidien du travail sur le terrain auprès des personnes âgées.

Les intérêts d'une telle formalisation résident dans la déclinaison :

- des objectifs de la coopération entre les différents partenaires qui peuvent évoluer au cours du temps, ce qui demandera éventuellement une renégociation entre les signataires,
- les principes et les valeurs sur lesquels la coordination se base, ce qui demande de trouver un consensus,
- et enfin la détermination des règles de coopération et éventuellement l'écriture d'un certain nombre de protocoles d'intervention entre les partenaires¹⁸.

Dans le cadre des conventions relatives à l'APA, prévues à l'article L. 232.13, 2^{ème} alinéa du code de l'action sociale et des familles, signées avec les départements, il apparaît important que la définition des missions et du cadre d'intervention des deux partenaires soient bien dessinées. Par exemple, la convention peut spécifier le public qui sera suivi par les équipes médico-sociales du point de vue administratif, le renvoi éventuel vers l'équipe de coordination pour la mise en œuvre du plan d'aide précédemment défini et le suivi de la personne. Dans ce cadre-là, les équipes médico-sociales peuvent intervenir à tout moment dans une mission de contrôle de l'effectivité de la prescription. Dans d'autres conventions, il pourra être clairement défini que le public relevant du dispositif APA ne doit pas être suivi par la coordination mais seulement par l'équipe médico-sociale, et éventuellement ses partenaires comme la CRAM. En revanche, la coordination a la possibilité d'intervenir auprès des autres retraités ou personnes âgées. Il est important de déterminer ces liens car les évaluations ont souligné les malentendus liés à de mauvaises interprétations du rôle de chaque partenaire et qui sont fréquemment sources de conflits entre les Conseils généraux et les CLIC. En tout état de cause, le CLIC et ses partenaires devront déterminer quelle valeur ajoutée le CLIC peut et doit apporter au dispositif gérontologique.

D'autres documents existent entre les CLIC et leurs partenaires qui sont des documents que nous appelleront de travail. Ainsi, un certain nombre de Centres locaux d'information et de coordination ont créé avec des services à domicile, des établissements pour personnes âgées ou des centres hospitaliers, des fiches de liaison qui permettent le transfert d'information entre les organismes ; c'est le cas du CLIC de Moulins (Allier), du CLIC de Lille (Nord), et de celui de Guingamp (Côtes-d'Armor). D'autres dispositifs, comme celui du réseau de Doué la Fontaine (MSA- Maine-et-Loire) ont créé un classeur à domicile pour coordonner les intervenants. A Angers (Maine-et-Loire), un groupe de travail multidisciplinaire a créé un outil d'évaluation de la situation de la personne âgée.

Ces documents de travail ne sont pas suffisants pour formaliser le partenariat car ils restent des outils de travail et de transmissions entre professionnels de terrain et ne peuvent donc pas remplacer les conventions ou les chartes entre partenaires. En revanche, ils peuvent être une première étape de coopération entre les partenaires extérieurs et le CLIC.

7.2. Le service auprès du public et des professionnels

Les équipes de coordination ont plusieurs missions à remplir auprès du public et des professionnels :

¹⁸ Voir Bernadette Puijalon, *La coordination gérontologique, démarches et enjeu pour demain*. Les cahiers n°5. Ed. Fondation de France. p.135

- **des missions d'accueil, d'information et d'orientation des personnes** : le CLIC recueille l'information sur les différents dispositifs existants (établissements, services à domicile, services pour les retraités, hôpitaux, etc...) et les met à disposition du public sous la forme de plaquettes, de fiches ou d'autres supports. Cette information peut être également donnée oralement quand les personnes se déplacent ou par entretien téléphonique selon les cas. La mission du coordonnateur ou de l'agent d'accueil est donc d'écouter les demandes et les attentes des personnes et de les aiguiller vers le bon service. Ce travail nécessite de la part des équipes CLIC un bon esprit de synthèse, des capacités d'écoute importantes, des connaissances pratiques concernant l'offre de service mais aussi une bonne connaissance des pratiques professionnelles selon les secteurs (soutien à domicile, hébergement, transports, etc) et des limites des réponses possibles.
- **des missions d'aide aux aidants** : un certain nombre de CLIC ont aussi développé des services d'aide aux aidants et notamment de soutien auprès des familles afin de déculpabiliser les aidants en difficulté et les aider à dédramatiser les situations. Ces pratiques peuvent se décliner soit sous forme d'entretiens individuels avec les aidants familiaux, soit sous forme de groupes de parole. Les CLIC font en général appel, pour ces accompagnements psychologiques, à des psychologues formés à cette pratique.
- **des missions d'accueil, d'information et de formation auprès des professionnels** : comme pour les personnes âgées et leur famille, les CLIC doivent apporter aux professionnels un soutien d'information et de formation. Ces formations peuvent aborder des thèmes différents comme à Saint Rémy de Provence (Bouches-du-Rhône) où le CLIC a organisées des formations auprès d'aides à domicile sur le thème de la maladie d'Alzheimer, les techniques de transferts et l'approche psychologique des personnes âgées, mais aussi auprès des animateurs des maisons de retraite sur la maltraitance. Le CLIC peut jouer dans ces cas là un rôle d'expertise et de mutualisation de moyens de formation auprès des organismes partenaires et de leur personnel.
- **les missions d'ingénierie sociale et gérontologique** : cet aspect n'est pas développé par tous les CLIC. Certains d'entre eux envisagent leur rôle comme une aide au montage de projet de services. Par exemple, le CLIC de Guingamp (Côte d'Armor) joue un rôle d'ingénierie sociale auprès des porteurs de projets d'accueils de jour en facilitant les contacts de tous ordres. Il aide également au recrutement de bénévoles.

Ces missions de formation et d'aide au montage de projet aident les partenaires à la réflexion commune en mutualisant les temps de formation qui deviennent aussi des temps de partage de culture gérontologique et permettent par la mission d'observatoire des besoins d'apporter les informations réelles sur le développement du territoire et donc l'opportunité pour telle ou telle structure de développer un service.

Tout comme dans sa mission de partenariat et d'accueil du public, cette mission auprès des professionnels exige de la part des personnels de CLIC une bonne écoute de la demande et une bonne connaissance des besoins et des pratiques sur le territoire pour fournir la meilleure information et répondre à la demande.

7.3. L'évaluation des actions du CLIC

Ce qui peut favoriser la pérennité de la coordination et des actions, c'est aussi l'écriture du projet de coordination à son démarrage et tout au long des grandes étapes de son développement. Cet écrit peut devenir ainsi la référence de l'équipe et des différents partenaires impliqués dans la coordination. L'élaboration du projet peut être une première étape de coordination et la base de la signature des conventions entre partenaires.

Un autre outil que les coordinations peuvent développer pour suivre la continuité des actions et en assurer la pérennité ou l'évolution, c'est l'évaluation des actions elles-mêmes, afin d'apprécier leur adéquation aux besoins et aux attentes de la population âgée et savoir si le CLIC répond aux missions qui lui sont confiées. Il apparaît utile et plus facile de mettre en place des outils d'auto-évaluation basés à la fois sur des critères quantitatifs (nombre de personnes accueillies, nombre de plans d'aides développés et suivis,...) mais aussi des critères qualitatifs issus de référentiels qualité. Ces évaluations pourront également servir à défendre le projet de la structure vis-à-vis des instances financières ou politiques et des différents partenaires.

Un guide d'auto-évaluation des CLIC de niveau 3 est proposé par la *Direction Générale de l'Action Sociale* pour aider les promoteurs à identifier leur activité et engager une observation dynamique de leur structure. Ce guide élaboré par l'INSERM- Unité 500 devrait être un outil d'aide à la méthodologie d'évaluation des CLIC et un moyen de comparaison entre CLIC de même niveau et d'un même département. Ainsi, il pourra être utile à la fois aux structures de coordination mais également aux COPIL départementaux.

La rédaction du projet de coordination et la mise en place d'outils d'auto-évaluation contribueront à répondre également aux exigences de la Loi du 2 janvier 2002 qui s'imposent aux CLIC, nouvellement désignés sous le statut de structures médico-sociales.

Chapitre 8 - Les moyens nécessaires pour remplir les missions des CLIC

8.1. Les ressources humaines : l'équipe CLIC

	Nombre de professionnels	ETP salariés	Nombre de bénévoles	Composition équipe
Niveau 3				
Agen	4	4	Oui 1	1 social, 1 para-med. (psy), 2 autre + vacation médecin
St Rémy de Provence	3	3	2	1 logicienne de réseau, 1 IDE, 1 autre
Belfort	3	2	8 conseillères du CG	1 IDE, 2 autres
Brive	12	12	0	3 IDE, 5 sociaux, 4 autres
Châlus	3	3	4 mise à dispo + 12 bénévoles	3 sociaux + référent médecin CHU
Collegram	3	1,3	1	1 social, 1 médecin, 1 autre
Guingamp	5	2,75	oui	1 par-med. (ergo), 1 médecin, 1 social, 2 autres
Lorient	7	5,9	0	1 social, 2 para-med. (ergo), 4 autres
Lille	13	10,04	0	1 social, 1 ingénierie social, 11 autres
Lingolsheim	2	2	0	2 autres
Lunel	3	3	0	1 IDE, 1 social, 1 autre
Marseille	2	1,5	oui	1 para-méd. (psycho), 1 autre
Portes de l'Essonne	27	20	0	Sociaux, paramed, autres
Rennes	3	2,8	0	1 social, 2 autres
Villeurbanne	5	2	oui	1 ingénierie social, 1 social, 1 médecin, vacation psy, 1 autre
Niveau 2				
Angers	2	2	0	1 social, 1 autre
Metz	3	2,5	0	1 IDE, 2 autres
Château-Chinon	10	5,1	4 agents de l'hôpital	3 sociaux, 3 para-médicaux (psy, diet, ergo), 4 autres
Vic-Montaner	1	1	oui	social
Roanne	5	2,2	oui	5 autres (dt 1 maîtrise psycho)
Niveau 1				
Creuse-Est (Chenailles)	1	1	0	1 IDE
Lamastre	1	1	0	1 autre+ vacat. médecin
Lunéville	3	3	0	1 para-med.(psycho), 1 social, 1 autre
Orléans	4	3,5	1	1 social, 3 autres
Dijon	6	4,2	0	2 sociaux, 4 autres

Au vu des évaluations des 25 CLIC expérimentaux, les équipes de coordination sont très diverses tant en termes de composition qu'en terme de taille.

Les équipes font souvent appel au démarrage du projet CLIC à des qualifications de type social envisageant la notion de coordination, d'information et d'orientation (niveau 1) comme un accompagnement purement social avec l'orientation si besoin des personnes vers des services médicaux, d'aides à domicile, etc...(CLIC d'Orléans - Loiret)

C'est avec le niveau 2 (évaluation des situations et création de plans d'aide) et le niveau 3 (évaluation des situations, création et suivi de plans d'aide) qu'interviennent dans certaines équipes, des professionnels de type para-médical ou médical mais cela n'est pas systématique. L'embauche de personnel de type médical vise une volonté de rapprochement avec le secteur hospitalier, le secteur libéral et les réseaux de santé : c'est le cas à Châlus (Haute-Vienne), St Rémy de Provence (Bouches du Rhône). Lorsque le CLIC a été fondé par un hôpital, on retrouve fréquemment au sein de l'équipe du CLIC, soit des médecins à temps partiel, soit des infirmières, des ergothérapeutes ou des psychologues.

C'est donc bien en fonction du niveau de réponse du CLIC (niveau 1, 2 ou 3) et surtout des objectifs qu'elles se donnent que les équipes vont se composer. Là encore, chaque territoire et chaque coordination a son histoire qui peut aussi expliquer la composition des équipes.

Une particularité peut être soulignée dans quelques uns des CLIC évalués : il s'agit de l'appel à des bénévoles pour participer à l'activité de coordination. Ces derniers peuvent participer à la rédaction d'un journal (CLIC de Saint Rémy de Provence), à la réflexion (CLIC de Châlus) ou bien encore à des activités précises comme l'information juridique des usagers (CLIC d'Orléans dans le Loiret).

En dehors de la composition de l'équipe, le nombre de professionnels au sein de la coordination a son importance. En effet, si l'équipe est restreinte (parfois 1 ou 2 personnes), elle ne pourra sans doute pas faire face à l'ensemble des missions d'un niveau 2 ou 3, notamment si les demandes de la part de la population sont importantes. Ces petites équipes développent des activités liées à l'accueil des personnes, l'information et la réorientation vers d'autres services et ce, quelle que soit la formation des professionnels, notamment celle du coordonnateur. Il faut préciser ici qu'en supplément des tâches de coordination, les CLIC soulignent l'importance des tâches administratives qui peuvent prendre la moitié d'un poste à temps plein de coordonnateur, ce qui laisse peu de temps pour le travail d'évaluation des situations et des plans d'aide dans les équipes restreintes !...En revanche, l'intérêt des petites équipes de coordination est leur obligation à se mettre en lien avec les services extérieurs pour répondre aux demandes des usagers, ce qui les empêche de tomber dans le travers de CLIC de grande taille ou insérés dans de grosses structures regroupant toute la palette de services à domicile et qui peuvent avoir tendance à fonctionner en circuit fermé au sein de l'organisme lui-même. La taille réduite oblige donc les équipes à travailler en partenariat lorsqu'elles veulent atteindre le niveau 3. Par exemple, le CLIC de Lingolsheim (Bas-Rhin) dont l'équipe se compose d'une coordinatrice et d'un agent d'écoute à temps plein s'appuie sur un véritable partenariat avec le réseau des médecins généralistes, des acteurs gérontologiques et hospitaliers pour assurer les missions d'élaboration des projets de vie des personnes âgées, leur suivi et leur ajustement dans le temps.

Néanmoins, avec le développement des actions et des missions des CLIC vers un niveau 2 ou 3, les équipes de coordination doivent s'étoffer pour ne pas s'épuiser. Au vu des évaluations, il semble qu'un minimum de trois postes équivalent temps plein (ETP) (un coordonnateur, un agent d'accueil-secrétaire, et une personne chargée de l'évaluation et du suivi des dossiers) doivent composer l'équipe de coordination CLIC pour atteindre le niveau 3 dans le cadre des missions d'information, orientation, coordination, évaluation. Il semble important dans ces équipes, de diversifier le type de compétences afin de répondre à la diversité des partenaires en jeu dans le champ de la gérontologie et des missions auquel le CLIC doit répondre. Les équivalent temps plein peuvent donc être assurés par des temps partiels avec des professionnels de compétences différentes.

Il apparaît fondamental que le CLIC ne remplace pas les autres services qui existent sur le territoire mais qu'il soit bien dans une mission d'évaluation des situations, de suivi de la mise en œuvre des plans d'aide et d'observatoire des besoins. De plus, il est important que le CLIC ne soit pas amené à faire à la place des autres partenaires, ce qui est le risque des grandes équipes qui ont besoin de prouver leur existence par une prise en main excessive du suivi des personnes âgées. Il ne s'agit donc pas en diversifiant les compétences que la structure de coordination prenne la place de ses partenaires sur le terrain mais au contraire d'augmenter la capacité du CLIC à créer des liens avec et entre les organismes extérieurs afin d'intensifier le travail sur d'autres champs complémentaires comme la prévention des maladies ou l'isolement des personnes.

8.2. Le poste de coordonnateur

Là encore, beaucoup de diversité dans les profils de coordonnateur des CLIC expérimentaux. On retrouve à ces postes des travailleurs sociaux (assistante sociale, CESF, éducateur spécialisé...), des professions para-médicales (infirmière, ergothérapeute, psychologue) mais aussi des animateurs diplômés du DEFA, des secrétaires et des diplômés en sciences humaines ou sociales (sociologue, DESS d'ingénierie sociale, animatrice en développement local,...).

Néanmoins, on peut observer une évolution du poste de coordonnateur en fonction du niveau du CLIC. Souvent dans le « faire », quand le CLIC est de niveau 1, c'est à dire dans la remise d'information sur ce qui existe sur le territoire, le coordonnateur de CLIC 1 est fréquemment à la fois « au four et au moulin ». En revanche, il devient de plus en plus leader de projet et prend de la distance avec le travail de coordination de terrain, lorsque le CLIC vise le niveau 2 puis 3 et se trouve plutôt dans une position de « faire-faire ». A ce stade, la mission du coordonnateur devient le développement du réseau autour du CLIC par la mise en inter-action des partenaires afin d'identifier les niveaux de communication et de mettre en œuvre une coopération sur le terrain et entre les institutions. Cette mission passe par une attention particulière du coordonnateur aux intérêts de chaque partenaire pour qu'une culture commune puisse se créer et apporter des bénéfices à chaque participant de la coordination. Dans la plupart des CLIC de niveau 2 et surtout de niveau 3, il est demandé au coordonnateur de susciter la réflexion avec les partenaires et les usagers pour améliorer les différents services auprès de la population et de développer de nouveaux projets ou de soutenir des projets portés par les partenaires professionnels ou institutionnels (CLIC de Villeurbanne, de Châlus,...).

Il est important de faire attention à la personnalité du coordonnateur. Si celui-ci doit être reconnu comme légitime à son poste pour pouvoir créer un véritable partenariat avec les professionnels de terrain et les institutionnels, il ne doit pas être trop marqué mais faire consensus dans le champ gérontologique local. En effet, un coordonnateur trop emblématique sur leur territoire peut empêcher la création et le développement du collectif de partenaires et créer des dissensions par sa personnalité et son positionnement vis-à-vis des divers partenaires du champ. Cela peut l'empêcher de remplir le rôle de régulation et de mise en lien par simple opposition des partenaires vis-à-vis de sa position de coordonnateur. Parfois même, il peut être reproché à certains leaders de CLIC de vouloir utiliser le projet à des fins personnelles, ce qui nuit forcément au développement de la coordination elle-même.

Certains CLIC ont positionné au poste de coordonnateur, le directeur de l'organisme porteur du CLIC ou du service des personnes âgées du CCAS ou du département. Cela ne semble pas judicieux car ce positionnement rend peu visible le CLIC par rapport à la structure porteuse notamment pour les partenaires. C'est pourquoi il a souvent été recommandé dans les évaluations des CLIC expérimentaux d'autonomiser le CLIC par rapport à la structure porteuse, lorsque l'organisme d'origine travaillait déjà dans le service à la personne (aide à domicile, SSIAD, établissement d'hébergement ou CCAS).

On le voit, le choix et le positionnement du coordonnateur sont essentiels au développement du site de coordination.

8.3. La question de la continuité au sein de l'équipe CLIC

Il semble que la question de la continuité des actions et de la pérennité de l'action du CLIC en général soit très liée à la stabilité des personnes. C'est cette stabilité, et d'abord celle du coordonnateur, qui permet de mener un projet de coordination sur une durée suffisamment importante pour que les partenaires du réseau gérontologique puissent avoir confiance et acceptent de travailler avec le CLIC. Le coordonnateur est le maître d'œuvre du réseau. Il impulse des méthodes de travail qui lui seront propres.

La pérennité du projet CLIC tient aussi à la capacité des équipes à faire face au départ de certains de ses membres pour maintenir un projet. On trouve dans ce cas deux situations différentes :

- soit la coordination s'est construite autour d'un projet militant et la personne qui s'en va a développé un certain charisme et s'est rendue indispensable sur le territoire. Il y a nécessité alors de faire le deuil pour repenser l'action autrement. Dans ce cas, le redémarrage du projet sur d'autres bases est toujours difficile d'autant que l'on remarque que le départ de personnes charismatiques est très souvent liée à une situation conflictuelle qui n'a pas su se résoudre autrement que par la rupture. Le suivi du projet sera d'autant plus difficile que cette personne était le coordonnateur à l'origine du projet de coordination. Le départ du leader charismatique, très souvent accompagné du départ d'autres personnes qui lui sont dévouées au sein de la coordination, aura des répercussions importantes sur le développement futur de la coordination. On peut donc penser que les coordinations issues du militantisme d'une personne ou d'un organisme promoteur auront plus de mal à évoluer dans le temps.
- soit la coordination s'est construite autour d'un projet plutôt technique. La continuité des actions tiendra plutôt à la capacité du coordonnateur ou de l'institution qui porte le CLIC, à faire de la place aux différents partenaires de la coordination. Dans ce cas, le départ des professionnels du CLIC, et notamment du coordonnateur, aura moins de conséquences car le projet a plus d'importance que la personnalité de l'individu lui-même. En revanche, c'est l'appropriation du projet par tous les partenaires qui permettra la pérennité de la coordination au-delà des départs des différents professionnels du CLIC.

8.4. Les ressources matérielles

8.4.1. Les locaux

Les évaluations montrent l'intérêt pour un CLIC de mettre en place une lisibilité d'emplacement notamment lorsqu'il y a une structure porteuse importante et/ou très connue sur le territoire local. Cela passe par :

- des locaux indépendants, même s'ils sont intégrés dans une autre structure notamment celle qui est à l'origine du CLIC, et suffisamment différenciés pour qu'on ne les confonde pas avec les locaux du promoteur (association, hôpital ou CCAS par exemple). Une signalisation claire et bien mise en évidence à l'extérieur et à l'intérieur du bâtiment abritant le CLIC, favorisera également la venue du public,
- des lieux ou des pièces différenciés pour permettre l'accueil du public et la réalisation d'entretiens en toute confidentialité. De même, le CLIC doit pouvoir disposer d'une salle de réunion pour permettre la réalisation régulière de réunions pour les partenaires ou des réunions internes au CLIC. Ces locaux doivent être consacrés uniquement à l'action du CLIC.
- l'accessibilité à l'espace d'accueil et d'information doit être facilitée pour des personnes à mobilité réduite. En effet, certaines personnes âgées ont des difficultés à se mobiliser et un escalier peut empêcher beaucoup de personnes d'accéder à la structure. Une rampe pour l'accès aux fauteuils roulants peut être mise en place.

- il doit être facilement accessible par les moyens de transports individuels et collectifs.

8.4.2. Les moyens informatiques

Il apparaît aujourd'hui évident que les CLIC doivent fonctionner avec des moyens informatisés modernes. Cela passe par des ordinateurs couplés à des logiciels adaptés à leurs types de prestations. La plus grande difficulté rencontrée par les CLIC semble la recherche de logiciels qui leur permettent de créer des bases d'informations et de les partager avec leurs partenaires. En effet, plusieurs logiciels existent pour les structures de coordination et sont fréquemment utilisés par les CLIC expérimentaux. Ces logiciels, assez récents, sont en revanche très rarement partagés par d'autres organismes et, apparemment, aux dires de certain CLIC, pas compatibles avec d'autres logiciels existants.

Par ailleurs, il apparaît dans certaines évaluations que les équipes CLIC n'utilisent pas les logiciels dans leur totalité faute de temps et de savoir quels éléments sont vraiment pertinents. Il semble important pour que le CLIC puisse remplir sa mission d'observatoire des besoins, qu'il puisse d'une part, faire remonter un certain nombre d'éléments et de statistiques issus des entretiens menés avec les personnes âgées et leur famille, donc consignés sur des dossiers informatiques et, d'autre part, qu'il puisse se comparer sur les mêmes bases de données avec d'autres CLIC, de niveau identique, dans leur région ou en France.

Le guide d'évaluation des CLIC proposé par la Direction générale de l'action sociale et réalisé par l'INSERM-Unité 500 devrait permettre aux CLIC, aux COPIL départementaux et au ministère d'identifier les données réellement pertinentes et leur apporter les outils méthodologiques nécessaires à la constitution de systèmes d'information harmonisés.

En ce qui concerne le traitement des informations recueillies, il est nécessaire :

- de consulter préalablement la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL)
- de prévoir en tout état de cause des codes d'accès réservés au professionnels soumis au secret professionnel, afin de garantir la confidentialité de certaines informations.

8.4.3. Les moyens financiers.

Il est difficile de recommander un budget moyen pour créer un Centre Local d'Information et de Coordination. En effet, le coût d'une telle structure dépend :

- de son ancienneté et de son statut (public ou associatif) qui auront une incidence sur le montant des rémunérations des salariés,
- du nombre de salariés dans la structure ou de personnes appelées à intervenir régulièrement et rémunérées sous forme de vacations,
- de l'adossement ou non à une structure porteuse du point de vue financier.

Sur les 20 CLIC évalués en 2002 et 2003, la majorité d'entre eux ont un budget qui se situe entre 70 000 et 200 000 euros. Seuls trois d'entre eux perçoivent un financement supérieur à 200 000 euros, tous financeurs confondus. La hauteur des financements reçus, au dessus de 200 000 euros, ne semble pas liée au nombre d'emplois en équivalent temps plein créés car un seul CLIC, parmi les trois percevant plus de 200 000 euros, salarie plus de dix ETP (les deux autres ont 2,8 et 4 ETP). Il ne semble pas non plus que le niveau du CLIC influence la hauteur des financements car la majorité des CLIC niveau 3 se situent entre 75 000 et 200 000 euros comme les CLIC de niveau 1 et 2. Seuls, trois CLIC de niveau 3 ont un budget supérieur à 200 000 euros.

Par ailleurs, lorsqu'on étudie l'origine des financements on s'aperçoit que, tous CLIC expérimentaux confondus, l'Etat était en 2002 – 2003 le financeur majoritaire (51% de l'ensemble du financement sur les 20 CLIC évalués en 2003), puis viennent les communes (22%), les Conseils généraux (13%), la

CRAM (5%) et enfin les autres financements (5%). Sept CLIC sur 20 ont reçus également des financements provenant de la procédure « emploi-jeunes ».

Il semble que le dispositif d'insertion « emploi-jeune » ait largement favorisé l'emploi de professionnels dans les équipes CLIC (7 sites sont concernés¹⁹). On les retrouve régulièrement à des postes d'agents d'accueil pour apporter aux personnes âgées l'information et/ou les orienter vers d'autres services ou sur des postes d'agents de développement avec des missions de suivi des personnes âgées. Le dispositif « emploi-jeune » mis en place pour faciliter l'emploi des jeunes de moins de 25 ans a permis d'alléger les coûts salariaux des CLIC mais pose la question de la pérennité de ces emplois à la sortie du dispositif. De plus ce dispositif est terminé à l'heure actuelle.

Cette répartition des ressources financières montre l'effort que devront faire les Conseils généraux dans le cadre de la décentralisation, à partir de 2005, pour permettre aux coordinations de fonctionner. On note, par ailleurs, avec intérêt l'investissement des communes dans les budgets des CLIC, même si celui-ci s'illustre par des versements situés dans une fourchette très large entre 2 570 euros et 248 000 euros. Lors des évaluations réalisées en 2002 et 2003, seuls cinq CLIC sur 20 ne bénéficiaient pas du financement de la ou des communes sur lesquelles le CLIC était implanté ou qu'il desservait.

Les évaluations des CLIC recourent les données issues de l'enquête réalisée par la DGAS auprès de 92 DDASS dans laquelle les différentes **sources de financements** provenaient, en 2002 :

- **de l'Etat** : à hauteur de 47,9 %
- **des départements** : en 2002, les Conseils généraux finançaient les CLIC à hauteur de 20,8% des financements globaux, et 75% des départements participaient déjà au financement des CLIC. Depuis 2002, la part de cofinancement de l'Etat (pour chaque CLIC) a baissé dans la mesure où sa participation est restée constante en 2002, 2003 et 2004 alors que le nombre de CLIC est passé de 272, fin 2002, à 404, fin 2003. A partir de l'année 2005, il est mis fin au financement croisé Etat/Conseils généraux et ceux-ci devraient bénéficier d'un transfert de crédits de la part de l'Etat. Cet apport viendra renforcer la capacité de financement des départements afin d'assurer la pérennité des sites de coordination.
- **des communes ou de l'intercommunalité** d'implantation du CLIC qui peuvent contribuer à ce financement du fait du service rendu aux habitants du territoire. Dans l'enquête citée précédemment, les communes participaient aux financements globaux à hauteur de 13,1%. On peut imaginer qu'à l'avenir les communes puissent augmenter leur participation en fonction des services que pourra lui rendre la structure de coordination dans l'amélioration de la qualité de vie de leurs administrés.
- **des CRAM et de la CRAV** dans le cadre d'action de prévention et d'aide au maintien à domicile ainsi que d'autres caisses de Sécurité Sociale (MSA, Mines). Dans l'enquête DGAS en 2002, la CRAM finançait les CLIC dans 46 départements, à hauteur de 5,6% des financements globaux et les autres caisses de Sécurité Sociale à hauteur de 3,1%.
- **Les hôpitaux** sont également un financeur possible, soit par la mise à disposition de personnels spécialisés (médecin, psychologue, ergothérapeute...), soit par des financements directs (principalement quand la coordination a pour origine la structure hospitalière). Dans l'enquête menée par la DGAS en 2002, les hôpitaux ou ARH participaient au financement des CLIC à hauteur de 2,7% des financements globaux, dans 17 départements.

¹⁹ Les portes de l'Essonne, Roanne, Lille, Marseille, Lunéville, Saint Remy de Provence (Alp'ages), Vic Mortaner.

- **Les caisses de retraite complémentaires** peuvent également soutenir les coordinations dans le cadre de certaines actions et semble de plus en plus intéressées à participer à des partenariats sur le domaine de la prévention.
- **Le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville**, lorsque le CLIC travaille avec les libéraux de santé au sein de la coordination.

Enfin, il semble que pour qu'un CLIC de niveau 3 fonctionne correctement, son budget global doit se situer à hauteur de 150 000 à 200 000 euros. Mais ceci dépend bien sûr de différents critères: l'ancienneté et le statut de la structure, le nombre de salariés temps plein ou temps partiel et leur ancienneté, la superficie des locaux, etc...

Il semble difficile d'évaluer au niveau national les actions et la qualité du service rendu par les CLIC si on ne tient pas compte de ces disparités. Il serait donc important de mettre en place un système d'information national à partir de critères financiers communs, afin de permettre une évaluation des coûts et des résultats des CLIC en fonction des moyens mis à la disposition des sites de coordination.

Chapitre 9 – Rôles et missions des COPIL départementaux

9.1. Place et rôle des COPIL départementaux

Les COPIL départementaux se sont constitués à l'initiative des DDASS, dans la plupart des cas, après la désignation des 25 CLIC expérimentaux par le ministère. Cette procédure particulière aux CLIC expérimentaux n'a pas contribué à faciliter l'installation de ces comités de pilotage.

Dans les départements où il existait déjà une tradition partenariale dans la définition des politiques gérontologiques départementales, cette intervention de l'Etat dans le domaine de la coordination n'a pas posé de problème particulier. En revanche, là où cette tradition ne s'était pas manifestée, les COPIL s'en sont tenus au strict minimum souhaité par les termes de la circulaire n° 2001-224 du 18 mai 2001, qui fixe pour la première fois à l'échelon départemental le pilotage du programme CLIC et le soin de la labellisation en fonction des trois niveaux prévus par le premier cahier des charges CLIC.

Si la recommandation faite dans cette circulaire est précise en ce qui concerne le pouvoir d'impulsion : « *Il faut une initiative forte, si possible conjointe, du préfet et du président de Conseil général pour mettre en place le comité de pilotage départemental* », un flou plus grand entoure la composition du comité de pilotage départemental : « *le COPIL associera nécessairement les représentants des grandes villes (CCAS), de la CRAM et de la DDE pour mettre en place tous les acteurs légitimes de la coordination gérontologique ; il appartient à la DDASS et au service d'action sociale et de santé du Conseil général de s'entendre sur la composition du comité départemental* ».

Les évaluations sur site ont permis de constater que là où les COPIL ont été institués (pratiquement partout), leur composition présente de fait une grande homogénéité.

9.2. Installation et composition des comités de pilotage départementaux

L'analyse comparée de la composition des COPIL révèle une bonne conformité avec les orientations nationales en matière de pilotage puisque la plupart des départements concernés ont constitué leur COPIL à partir du tandem DDASS, Conseil général en sollicitant de façon complémentaire les CRAM et la MSA dans les départements ruraux.

Certains COPIL en revanche fonctionnent ou fonctionnaient, au moment de l'évaluation, *a minima* : c'est souvent le cas des départements où le Conseil général ne participe pas au financement des CLIC.

On peut noter en revanche de grands absents : les Directions Départementales de l'Équipement qui figuraient pourtant dans la liste des partenaires incontournables et qui ne sont impliquées que dans cinq COPIL : Orléans (Loiret), Brive (Corrèze), Moulins (Allier), Côte d'Or, St Rémy de Provence (Bouches du Rhône). On peut traduire cette relative absence des DDE par la difficulté d'intégrer le volet politique de l'habitat dans l'activité des CLIC malgré son inscription dans le cahier des charges.

Autres grands absents : les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les URCAM. Cette absence atteste du caractère résolument médico-social du pilotage du programme CLIC. Même si les intentions d'associer sur le terrain les professionnels et les établissements de santé sont effectives, force est de constater que ceux-ci sont assez peu fréquemment associés en dehors des initiatives prises directement par eux.

Cette césure entre le sanitaire et le social a gêné jusque là le rapprochement du dispositif CLIC de celui des réseaux de santé dont le pilotage est assuré par l'ARH et l'URCAM.

Un exemple de conjugaison harmonieuse des dispositifs apparaît néanmoins dans le cadre du réseau de santé Nivernais Morvan à Château-Chinon (Nièvre). Au-delà de la détermination des acteurs qui reste le facteur déterminant, il faut tabler sur le volontarisme des services administratifs instructeurs, tant

des projets de réseaux de soins que des CLIC, sans oublier le Conseil général pour le service de l'APA, pour parvenir à surmonter les clivages qui séparent le monde médico-social de celui de la santé. Cela montre en tout cas la nécessité et l'intérêt d'une coopération et d'une information mutuelle entre le Conseil général, le COPIL et les comités régionaux des réseaux de santé, afin d'organiser la complémentarité entre les CLIC et les réseaux de santé gérontologiques.

La présence des usagers dans ces dispositifs, qu'il s'agisse des COPIL départementaux ou des CLIC eux-mêmes, n'est pas toujours facile à assurer même si la plupart des COPIL ont associé les CODERPA ou les syndicats de retraités. L'ambition serait d'assurer effectivement le recueil de la parole des usagers.

9.3. Les COPIL et le maillage départemental en instances de coordination

L'organisation du maillage départemental par le réseau des CLIC était un des premiers objectifs assignés au COPIL par la circulaire de mai 2001. Nous avons constaté à l'époque de l'évaluation des CLIC expérimentaux que la plupart des COPIL était loin du but. L'objectif, il est vrai, ne devait être atteint qu'à l'échéance de 2005.

Les départements qui y sont parvenus sont ceux qui ont pu appuyer leur projection sur un schéma gérontologique départemental ou des travaux préalables sur la coordination. Ce fut le cas notamment pour l'Ille et Vilaine, les Côtes d'Armor, le territoire de Belfort, le Nord, la Loire, l'Allier, la Haute Vienne, l'Hérault.

En revanche, le Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), n'a jamais été cité parmi les outils programmatiques des territoires de coordination. Il est vrai que le territoire sanitaire (bassin de vie) ne s'inscrit pas à la même échelle. Alors que le territoire des CLIC s'inscrit nécessairement dans la proximité, le bassin de vie se situe davantage à l'échelon de l'arrondissement ou du bassin d'emploi. C'est précisément cette caractéristique qui peut créer des difficultés lorsqu'il s'agit d'intégrer dans les coordinations gérontologiques de proximité les hôpitaux dont le rayonnement est plus vaste, comme les CHU, CHR ou CHS, alors que l'intégration des hôpitaux locaux ne pose généralement pas de problème.

Lorsque les COPIL départementaux ont maillé leur territoire en CLIC, la plupart n'étaient pas en mesure d'affecter l'ensemble des territoires ainsi définis à des porteurs de projet identifiés. A ce niveau, se retrouve la question récurrente de la compatibilité de la programmation médico-sociale avec les modalités d'émergence des projets.

Certains territoires font ainsi l'objet de plusieurs projets parfois concurrents pendant que d'autres demeurent en jachère, faute de promoteurs.

De plus les règles d'affectation des crédits distribués annuellement pour la création des CLIC a parfois contribué à décourager certains promoteurs qui étaient parvenus à créer une dynamique locale autour d'un projet de création à un instant T. Mais si le projet a tardé à être labellisé, les acteurs de terrain ont pu se lasser d'attendre la concrétisation de leur projet dont la formalisation les a mobilisés durant de longs mois.

Dans cette alchimie délicate, qui permet de concilier contraintes de programmation budgétaire et légitimité d'émergence des projets, il est intéressant d'analyser comment certains comités de pilotage CLIC ont procédé : celui du Nord, par exemple, a suscité les candidats à la gestion des CLIC dans le cadre d'un programme de concertation gérontologique développé sur trois années, préalablement à la mise en place du programme CLIC. En dehors des sites expérimentaux, citons le COPIL de l'Aisne, qui a lancé très formellement un appel à projet, notamment par voie de presse, à partir des territoires définis en comité de pilotage.

Lexique des abréviations et des sigles

ACAFPA.....	Association de Coordination des Actions en Faveur des Personnes Agées
AES.....	Administration Economique et Sociale
AMAPA.....	Association Mosellane d'Aide aux Personnes Agées
AGGIR.....	Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources
ALMA.....	Allo Maltraitance Personne Agées
APA.....	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARH.....	Agence Régionale de l'Hospitalisation
BEATEP.....	Brevet d'Etat d'Animateur Technicien de l'Education Populaire et de la jeunesse
BTS.....	Brevet de Technicien Supérieur
CAP.....	Certificat d'Aptitude Professionnelle
CCAS.....	Centre Communal d'Action Sociale
CESF.....	Conseillère en Economie Sociale et Familiale
CG.....	Conseil général
CHR.....	Centre Hospitalier Régional
CHS.....	Centre Hospitalier Spécialisé
CHU.....	Centre Hospitalier Universitaire
CLIC.....	Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique
CNAV.....	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
CODEM.....	Comités d'Evaluation de la Dépendance et de Médiation
CODERPA.....	Comité Départemental des Retraités et des Personnes Agées
COFIL.....	Comité de Pilotage
CPAM.....	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM.....	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRAV.....	Caisse Régionale d'Assurance Vieillesse
DDASS.....	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDE.....	Direction Départementale de l'Equipement
DDTE.....	Direction Départementale du Travail et de l'Emploi
DEFA.....	Diplôme d'Etat relatif aux Fonctions d'Animateur
DESS.....	Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées
DEUST.....	Diplôme d'Etudes Universitaires Scientifiques et Techniques
DGAS.....	Direction Générale de l'Action Sociale
DRASS.....	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DSD.....	Direction de la Solidarité Départementale
EMS.....	Equipe Médico-Sociale
ETP.....	Equivalent Temps Plein
FAQSV.....	Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
GDS.....	Geriatric Depression Screeming Scale
HLM.....	Habitations à Loyer Modéré
IDE.....	Infirmier(e) diplômé(e) d'Etat
JALMALV.....	Jusqu'à la mort accompagner la vie
MMS.....	Mini Mental Status
MNA.....	Mini Nutritional Assesment
MSA.....	Mutualité Sociale Agricole
PACT ARIM.....	Propagande et Action Contre les Taudis – Associations de Restauration Immobilière

PED.....Prestation Expérimentale Dépendance
PSD.....Prestation Spécifique Dépendance
SAD.....Service d'Aide à Domicile
SSIAD.....Service de Soins Infirmiers à Domicile
SMAF.....Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle
SROS.....Schéma Régional d'Organisation des Soins
SS.....Sécurité Sociale
SVA.....Site de la Vie Autonome
URCAM.....Union Régionale des Caisses de l'Assurance Maladie