



CONFERENCE REGIONALE DE SANTE

Les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et leur insertion dans le tissu régional

Conférence régionale de santé (CRS)

Juin 2009

**OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE
DES PAYS DE LA LOIRE**

Hôtel de la Région
1, rue de la Loire - 44966 NANTES Cedex 9
Tél. 02 51 86 05 60
Fax 02 51 86 05 61
accueil@orspaysdelaloire.com



Le bureau de la Conférence Régionale de Santé des Pays de la Loire a souhaité développer une réflexion sur l'articulation des secteurs sanitaire, médico-social et social autour de la prise en charge des personnes âgées. La thématique de la coordination gérontologique a été privilégiée dans un premier temps.

M. Yvonnick Morice, directeur général du CHU d'Angers, a piloté ce travail avec l'appui technique de M. François Tuffreau, directeur-adjoint de l'Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire.

Membres du groupe de travail ayant participé à la conception de cette étude

- Mme Arlette Bouchaud, Agence régionale de l'hospitalisation des Pays de la Loire
- Mme Blandine Menan, Conseil général de la Loire-Atlantique
- Mme Marie-Andrée Yarhfour-Birault, Conseil général du Maine-et-Loire
- Mme Claudine Choynet, Conseil général de la Mayenne
- Mme Gisèle Contrain-Etrayen, Conseil général de la Sarthe
- Dr Guy M'Boko, Conseil général de la Sarthe

- Mme Séverine Houel, CLIC Erdre et Gesvres, région de Blain (44)
- Mme Nawel Aïd, CLIC Loir à Loire, Saint-Barthélémy d'Anjou (49)
- Mme Martine Chambon, CIDPA (72)

Ont également contribué à la relecture de ce document

- M. Charles Caro, Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM)
- Mme Evelyne Rambaud, CLIC des Essarts (85)
- M. Richard-Pierre Williamson, CLIC Entourage du Pays Yonnais (85)

SOMMAIRE

Contexte de l'étude.....	4
Coordination gérontologique : principes et réalités	6
La coordination gérontologique "en mouvement"	6
Un champ d'action partagé.....	6
La coopération interprofessionnelle ne se décrète pas	8
Une "vieille histoire".....	10
Dans le cahier des charges initial, les problèmes d'articulation avec les dispositifs existants étaient clairement identifiés	12
Les réseaux gérontologiques	14
Les CLIC dans les départements des Pays de la Loire	16
Un réseau en fort développement.....	16
Une grande hétérogénéité liée notamment à la diversité des territoires couverts.....	16
Un réseau qui reste fragile	17
Des activités de différentes natures.....	19
Le partenariat : cœur de métier	21
La perception des généralistes libéraux	23
Des généralistes fortement impliqués dans la prise en charge des personnes âgées.....	23
Un réseau bien identifié.....	24
Des collaborations jugées satisfaisantes par les généralistes qui ont recours aux CLIC	24
Conclusion.....	26
Bibliographie.....	27

CONTEXTE DE L'ETUDE

La Conférence régionale de santé (CRS) des Pays de la Loire a décidé, en 2007, de s'autosaisir de la problématique de l'articulation entre le sanitaire et le social, consciente que notre organisation sociale peinait à apporter des réponses coordonnées dans des domaines d'action publique partagés entre de nombreux acteurs. Différentes réunions se sont déroulées pour déterminer la manière de conduire cette réflexion. La Conférence a choisi pour ouvrir ce chantier de privilégier une thématique déterminée, celle de la coordination gérontologique et des CLIC, avant d'investiguer d'autres champs (personnes handicapées, problèmes de santé mentale...), et a confié à l'Observatoire régional de la santé (ORS) des Pays de la Loire le soin de coordonner cette réflexion.

► **Le président de la Conférence régionale de santé (CRS)** a informé les présidents des cinq Conseils généraux de la région de cette démarche, en leur proposant de les associer à la réflexion régionale, les Conseils généraux ayant en charge la conduite de ces politiques au plan départemental. Suite à cette requête, un groupe de travail a été constitué avec les représentants des différents départements pour concevoir un questionnaire d'enquête commun à tous les CLIC de la région. Le Conseil général de la Vendée n'a toutefois pas souhaité s'associer à cette réflexion, et c'est pourquoi les données concernant les CLIC de ce département ne figurent pas dans le présent rapport.

► Pour conduire cette réflexion, l'ORS s'est appuyé tout d'abord sur une enquête **auprès des CLIC** des quatre départements participant (Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe), dont le questionnaire a été élaboré conjointement avec les représentants des Conseils généraux, de l'ARH, de l'URCAM, de la DRASS et des CLIC de chaque département. Cette enquête s'est déroulée au cours de l'été 2008, et une première restitution a été effectuée à l'automne 2008, puis devant les membres de la Conférence régionale de santé en décembre 2008.

► Pour enrichir les données recueillies dans le cadre de cette enquête, l'ORS s'est également appuyé sur une **recherche bibliographique**, qui a notamment montré, par la publication de plusieurs thèses de médecine générale sur ce sujet, l'intérêt que les médecins généralistes en formation accordaient au réseau des CLIC.

► Une autre source d'information utilisée est le **panel d'observation des conditions d'exercice en médecine générale** [1], constitué d'un échantillon de 1 900 médecins généralistes libéraux, qui exercent dans les régions Bretagne, Basse-Normandie, Bourgogne, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Pays de la Loire. Dans les Pays de la Loire, l'échantillon comprend 450 praticiens. Dans les régions, le panel est administré par l'Observatoire régional de la santé (ORS) et l'Union régionale des médecins libéraux (URML), la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) assurant une partie du financement et la direction du projet.

Cinq vagues d'enquête sont prévues pour ce panel dont la mise en œuvre s'étale sur trois ans (2007-2009). La deuxième vague d'enquête, qui a été conçue au plan national par l'ORS et l'URML des Pays de la Loire, traitait des réseaux formels et informels des généralistes. Plus spécifiquement, les généralistes ont été interrogés sur la manière dont ils percevaient leur rôle en matière de coordination gérontologique et de coopération avec les autres acteurs. Les résultats de cette vague d'enquête ont été publiés en septembre 2008 (résultats interrégionaux) et en avril 2009 (résultats Pays de la Loire).

► La présente étude ne prétend pas apporter de réponses définitives sur un sujet aussi complexe qui a des résonances aussi bien institutionnelles et politiques que financières et anthropologiques.

L'objectif est d'apporter aux membres de la Conférence, et plus largement à l'ensemble des acteurs concernés :

- des éléments de contexte sur le problème général de l'articulation entre le sanitaire et le social, dans ses différentes dimensions,
- des éléments de diagnostic sur la situation régionale.

► Le présent rapport souffre de ne pas avoir été confronté à l'opinion d'un plus grand nombre de professionnels en contact avec les CLIC. Le recueil de l'opinion des utilisateurs directs des services offerts par les CLIC (personnes âgées, familles, établissements de santé, professionnels de l'aide et du soin, responsables de la santé publique) serait également nécessaire pour compléter cette analyse.

Nous espérons toutefois que ce bilan pourra contribuer à faire progresser la réflexion dans ce domaine, et nous remercions toutes celles et tous ceux qui ont contribué à cette réflexion.

CHAPITRE I

Coordination gérontologique : principes et réalités

La coordination gérontologique « en mouvement »

► La Conférence régionale de santé a décidé d'ancrer sa réflexion sur la problématique de l'articulation entre le sanitaire et le social à travers le prisme des problèmes gérontologiques. Face au vieillissement de la population et à la croissance de la demande d'aides et de soins qui l'accompagne, notre organisation sociale se trouve en effet confrontée à un véritable défi qui interroge la vie sociale en termes de solidarités, d'accessibilité, de coordination des politiques publiques, de coopération des professionnels...

Les professionnels qui interviennent auprès des personnes âgées dépendantes savent que ces personnes cumulent des problèmes de santé importants, mais aussi des incapacités multiples qui limitent leur autonomie, ce qui nécessite des interventions humaines aussi bien dans le domaine du soin qu'en matière sociale. Selon que la personne âgée en grande difficulté bénéficie ou non d'un entourage de proximité susceptible de lui apporter les aides dont elle a besoin dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne, le parcours de soins, voire les stratégies thérapeutiques peuvent différer.

Le développement des services professionnels, la multiplication du nombre d'intervenants au domicile (professionnels de santé libéraux, services d'aides, services sociaux...) et le nombre d'institutions concernées (services de l'Etat, communes, Conseils généraux, caisses de sécurité sociale...) ont conduit depuis plusieurs décennies à poser la question de la coordination des institutions qui ont en charge ces politiques, et de la complémentarité des interventions auprès des personnes âgées dépendantes.

► Malgré ces constats anciens et en dépit des expériences déjà menées, les différents acteurs rencontrés semblent toujours être à la recherche d'un « cadre de pensée » et d'orientations véritablement opérationnelles dans ce domaine, en l'absence de véritable capitalisation des nombreuses expériences mises en œuvre.

Plus généralement, malgré leur reconnaissance institutionnelle, les structures en charge de la coordination gérontologique (CLIC et réseaux gérontologiques) doivent continuer à faire la preuve de leur efficacité, l'utilité de leur action étant périodiquement remise en cause.

Un champ d'action partagé

Les politiques en direction des personnes âgées dépendantes dépendent de nombreuses institutions différentes, aussi bien au plan local qu'au plan national. Dans plusieurs pays, l'intervention sociale est étroitement liée aux soins. Ce n'est pas le cas en France où ces deux « mondes » ont souvent du mal à se rapprocher et à coopérer, avec des clivages aussi bien institutionnels que politiques, financiers ou de cultures professionnelles. Cette situation représente un véritable « handicap » lorsqu'il s'agit d'apporter une réponse globale aux problèmes de soins et d'aides qui se posent à cet âge de la vie.

► **Au plan national**, les politiques gérontologiques sont portées par deux ministères différents, ces problèmes relevant à la fois du ministère chargé de la santé (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et Direction

Selon l'enquête effectuée par la DREES en 2000 (SAPAD) auprès d'un échantillon de 3 000 bénéficiaires des services d'aides à domicile, les personnes âgées les plus dépendantes sont aidées en moyenne par près de quatre aidants différents.

Parmi ces personnes aidées, une sur quatre est prise en charge en moyenne par six intervenants distincts. [2]

générale de la santé principalement), et du Ministère chargé des affaires sociales (Direction générale des affaires sociales), situation que l'on retrouve dans la plupart des gouvernements de la cinquième république.

► La Caisse nationale de solidarité et d'autonomie (CNSA), créée en 2004 occupe maintenant une place centrale dans ce dispositif. Cette « agence » est chargée notamment de répartir les crédits de l'assurance maladie concernant le secteur du handicap et de la dépendance entre DRASS. Elle détermine également le montant des crédits aux Conseils généraux pour les dépenses d'Allocation personnalisée d'autonomie (APA). La CNSA contribue enfin à l'élaboration du projet de cinquième risque qui doit étendre le champ des dispositions introduites par la loi du 11 février 2005 en faveur des personnes handicapées, aux personnes âgées dépendantes.

► **Au plan local** ce champ d'action est également partagé, entre les Conseils généraux d'une part et les différentes institutions qui ont en charge les politiques de santé d'autre part.

Les évolutions réglementaires les plus récentes (2004) ont étendu le pouvoir des Conseils généraux dans ce domaine. Le Conseil général définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées, coordonne, dans le cadre du schéma gérontologique, les actions menées par les différents intervenants.

L'organisation de la coordination gérontologique relève donc directement de sa responsabilité ; le Conseil général définit en particulier les secteurs géographiques au sein desquels s'organisent l'information du public et la coopération entre les professionnels de l'aide et du soin.

Mais si le Conseil général a la responsabilité de l'élaboration des politiques, il n'en maîtrise pas pleinement les ressources.

En effet, les dépenses « sanitaires » en faveur des personnes âgées dépendantes relèvent de l'Agence régionale de l'hospitalisation - ARH - (planification hospitalière, soins de longue durée), de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie - URCAM - (médecine ambulatoire), et des Directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (tarification des EHPAD et des SSIAD), l'ensemble de ces institutions devant fusionner au 1^{er} janvier 2010 au sein de l'Agence régionale de santé (ARS).

► A ce clivage politique et institutionnel s'ajoute **un découplage des territoires**, l'autorité des Conseils généraux s'exerçant au niveau départemental, alors que les politiques de santé sont maintenant décidées au niveau régional, la création des ARS devant amplifier ce mouvement.

► Dans la mesure où la fréquence des recours aux soins augmente fortement avec l'âge, la question de la prise en charge des personnes âgées fait partie intégrante du Schéma régional de l'organisation des soins (SROS), arrêté par l'ARH. Etant donné l'étroite intrication des problèmes sanitaires et sociaux, l'Agence doit harmoniser sa politique avec celle des Conseils généraux qui élaborent leurs orientations, chacun de ces acteurs ayant un calendrier et des méthodes d'évaluation qui leur sont propres.

Cette dissociation des lieux de décision traduit la diversité des sources de financement, assurance maladie d'un côté (décisions ARH et DRASS-DDASS), et budgets départementaux de l'autre (décisions des Conseils généraux).

► Un autre exemple de l'étroite intrication des questions sanitaires et sociales est illustré par le système de tarification en vigueur pour les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD). Les tarifs de ces établissements sont arrêtés par deux autorités différentes (ARH ou DDASS

d'une part, et Conseil général d'autre part), une clé de répartition toute théorique ayant été instituée pour dissocier les dépenses relevant des Conseils généraux (budget dépendance) et celles relevant de l'assurance maladie (tarifées par le Préfet ou l'ARH).

La coopération interprofessionnelle ne se décrète pas

► Mais la coupure entre le sanitaire et social n'est pas seulement institutionnelle, politique et financière. Elle est aussi profondément ancrée dans les esprits, entre deux mondes professionnels qui ont chacun leur identité propre.

La diversité des cultures professionnelles, des modes et des niveaux de rémunération, du temps de coordination disponible (souvent non rémunéré), des niveaux d'étude, des sources de financement (Conseils généraux, caisses de retraite, assurance maladie, communes...) rendent complexe la coopération entre professionnels de santé, services d'aide et travailleurs sociaux.

Le champ gérontologique est en effet investi par de nombreux professionnels s'attribuant une place centrale dans l'organisation de la coordination gérontologique ; services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), infirmiers libéraux, généralistes libéraux, CLIC, réseaux gérontologiques...

Cette coopération est d'autant plus difficile à construire que, dans les formations sanitaires et sociales initiales qui consacrent pourtant un temps très important à l'immersion dans le milieu professionnel, la coopération interprofessionnelle constitue un objectif de formation rarement pris en compte.

Les trois piliers de la coopération interprofessionnelle

► L'action collective au sein des équipes interprofessionnelles dans les services de santé a fait l'objet d'un certain nombre de travaux de recherche, notamment par des sociologues spécialistes de l'analyse des organisations.

D'Amour, Sicotte et Levy [3] ont ainsi mené des travaux de recherche pour tenter de comprendre la nature de la collaboration interprofessionnelle telle qu'elle se vit au Québec, dans les centres locaux de services communautaires (CSLC), qui dispensent depuis le début des années 1970 à la fois des services de santé et des services sociaux de première ligne, l'approche communautaire et la collaboration interdisciplinaire étant à la base de leur projet.

Ce programme de recherche concernait trois équipes différentes ayant des missions dans le domaine de la petite enfance-famille, du maintien à domicile des personnes âgées et des consultations courantes médicales, infirmières et sociales.

L'équipe « maintien à domicile » qui accompagnait des personnes handicapées, des personnes âgées et des personnes en situation de fin de vie était composée de 58 professionnels regroupant six disciplines différentes (auxiliaires familiales et sociales, infirmiers, travailleurs sociaux, ergothérapeute et une organisatrice communautaire).

Malgré un contexte très favorable à un travail coopératif (en particulier l'ensemble des intervenants sont salariés et ont le même employeur), les auteurs aboutissent au constat « *qu'après 25 ans de tentatives de mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle, le discours n'est toujours pas devenu réalité dans les trois cas à l'étude* ».

L'utilité de la collaboration interprofessionnelle est pourtant reconnue comme nécessaire pour apporter une réponse adaptée aux besoins de la clientèle qui place de facto les professionnels en situation d'interdépendance « *les besoins de la clientèle sont de plus en plus complexes, les problèmes sont souvent chroniques et comportent des dimensions socio-économiques importantes* ».

Dans la construction d'un modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle, les chercheurs québécois mettent l'accent sur la dimension de conscience des interdépendances et de la nécessité de les réguler. Les histoires de cas étudiés révèlent l'importance de trois composantes dans la construction du processus de l'action collective :

- le processus **d'interconnaissance**,
- l'établissement d'une **relation de confiance**,
- le partage des **territoires professionnels**.

Il semble utile de s'arrêter sur ces trois composantes, qui semblent particulièrement éclairantes pour comprendre les difficultés de construction du partenariat entre professionnels à l'échelle des territoires.

Pour travailler ensemble, il faut d'abord se (re)connaître

► Ce principe de base apparaît, a priori, simple à mettre en œuvre en matière d'action gérontologique.

En réalité, la capacité à organiser à l'échelle des territoires une interconnaissance des acteurs de la santé et du social est considérée par les acteurs eux-mêmes comme une action de longue haleine, notamment à cause de la lourdeur des emplois du temps. Certains travailleurs sociaux rentrent en contact avec les professionnels de santé de leur circonscription quand ils prennent leur fonction, mais cette attitude n'est pas généralisée.

La construction de la coopération interprofessionnelle se heurte à la question de l'attribution d'une ressource rare qu'est le temps. Le temps consacré à se mettre d'accord, se concerter, s'informer, se rendre des comptes, est un temps qui est en général pris sur l'activité propre du professionnel, en particulier sur le développement de ses compétences ou expertises [4].

L'importance de la charge de travail de la grande majorité des généralistes libéraux (58 heures en moyenne par semaine) leur laisse en effet peu de temps pour participer à des réunions de coordination. Par ailleurs, leur mode de rémunération ne favorise pas leur implication dans ces processus d'échanges, le temps de coordination n'étant pas pris en compte par l'assurance maladie, avec toutefois des évolutions récentes sur ce point puisque certains réseaux de santé indemnisent la participation à de telles coordinations. La généralisation de ces dispositifs ne semble pas toutefois envisagée.

► Les résultats du panel d'observation des conditions d'exercice en médecine générale montrent aussi des différences entre zones rurales et zones urbaines sur ce point, les relations individuelles étant en général moins fortes dans les centres urbains.

Certains professionnels travaillent dans un contexte d'incertitude élevé

► La deuxième dimension introduite par les chercheurs québécois est la référence à l'établissement d'une relation de confiance entre les acteurs. Dans le domaine sanitaire et social, cette relation est complexe à construire car les professionnels du secteur sanitaire et social travaillent dans un « contexte

d'incertitude élevé », inhérent à la complexité de la situation des personnes prises en charge. « *Au niveau professionnel et individuel, les participants mentionnent leur sentiment de vulnérabilité devant la nécessité d'un certain dévoilement professionnel relié aux activités de partage dans les processus cliniques. Dans certaines circonstances, le professionnel doit faire part de son plan d'intervention, des difficultés instrumentales et affectives qu'il rencontre ainsi que des limites de sa compétence, ce qui nécessite a priori une relation de confiance.* » Chaque corps professionnel construit ainsi des codes sociaux qui régissent les relations entre professionnels de la même discipline.

Dans l'exemple de la coordination gérontologique, il n'est pas forcément simple pour les coordinateurs qui ne sont pas professionnels de santé d'être reconnus comme un partenaire à part entière, et le processus de reconnaissance mutuelle peut être long !

Dans le processus de construction de cette relation de confiance, les échanges d'information occupent une place primordiale. Quand un professionnel de santé adresse un patient vers un autre professionnel, il souhaite disposer d'un retour d'information. Le processus d'échange doit également pouvoir fonctionner dans l'autre sens.

La construction de cette relation de confiance nécessite également que soient prises en compte les contraintes liées à la nécessaire protection de la vie privée des personnes et au secret professionnel, préoccupation partagée par tous les acteurs.... mais que chacun vit à sa manière.

A chacun son périmètre d'intervention

► La définition de limites d'intervention claires pour chaque professionnel est à la base de la construction de l'action coopérative. Chaque groupe professionnel cherche en effet, notamment au fil des évolutions réglementaires, à asseoir sa légitimité, par l'extension de son « décret de compétences » que les intervenants exercent avec un statut libéral ou non.

Mais les conflits de « territoires professionnels » ne peuvent pas être uniquement régulés par la loi car de nombreuses zones grises, c'est-à-dire des zones limitrophes dans lesquelles la légitimité d'intervention des différents intervenants n'est pas clairement établie, existent : entre généralistes et spécialistes (gériatres hospitaliers et généralistes par exemple), entre généralistes et infirmiers (vaccinations...), entre infirmiers et auxiliaires de vie sociale (toilettes aux personnes âgées)...

Etant donné le nombre d'intervenants potentiels auprès des personnes âgées dépendantes, la définition de limites d'intervention claires entre professionnels repose le plus souvent sur la capacité d'ajustement des différents acteurs.

Au moment de leur mise en place, les CLIC ont souvent été confrontés à ce type de difficultés, les limites de leurs interventions et de celles des équipes APA n'étant pas clairement définies.

Une « vieille histoire »

Une problématique qui a émergé il y a près d'un demi-siècle

► La problématique de la coordination gérontologique n'est pas nouvelle et le rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse (1962), présidée par Pierre Laroque, est souvent considéré comme le texte fondateur qui en définit les principes généraux.

Ce rapport préconisait notamment la création de services de soins à domicile associant médecins, infirmiers et assistants sociaux, en coordination avec les services d'aide ménagère... une préoccupation qui reste d'actualité !

Après le rapport Laroque, d'autres initiatives ont ensuite émergé autour de cette même problématique.

► Au début des années 1970, l'accent est mis sur le nécessaire développement du maintien à domicile, et la circulaire du 1^{er} février 1972 détermine l'organisation et la réalisation d'un **programme finalisé pour le maintien à domicile des personnes âgées**.

Un des programmes prioritaires du 7^{ème} plan, le **PAP 15** (programme d'action prioritaire), dont le contenu est explicité par la circulaire du 28 janvier 1977, envisage la constitution, dans un secteur géographique donné, d'un réseau complet d'équipements et de services pour assurer le maintien à domicile. Dans les faits, peu de secteurs ont été constitués.

► La création des Services de soins infirmiers à domicile (**SSIAD**), par un décret publié le 8 mai 1981, est une étape importante de la politique en faveur du maintien à domicile et l'on connaît le développement qu'ont connu depuis ces services avec 80 000 places déployées sur l'ensemble du territoire.

► Une nouvelle tentative est entreprise pour faciliter la coordination des acteurs par la relance de la politique vieillesse en 1981-1982 et la création de **500 postes de coordonnateurs** sur l'ensemble de la France. La circulaire Franceschi du 7 avril 1982 s'appuie sur ce dispositif et sur la dynamique des instances gérontologiques locales qui commencent à voir le jour. Mais cette nouvelle initiative ne permettra pas des avancées significatives dans ce domaine.

Naissance officielle des CLIC en mars 2000

► La naissance officielle des Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) date du **21 mars 2000** [5]. Un plan pluriannuel de création d'un millier de CLIC est alors annoncé par le Premier ministre pour couvrir le territoire à l'horizon de cinq ans.

Différents modèles de fonctionnement sont évoqués, celui du guichet unique, ou un modèle type « tête de réseau » qui fédère les professionnels déjà présents sur le terrain. Les missions des CLIC sont définies : information, orientation, évaluation des besoins, mise en œuvre des plans d'aide... On évoque déjà une mission d'observation avec l'objectif de faire remonter les besoins à partir de la connaissance de terrain.

Après un bilan des premières expérimentations, **un nouveau cahier des charges** [6] est élaboré et diffusé en mai 2001 dans une perspective de généralisation du dispositif à l'échelle de l'ensemble du territoire.

► Les trois niveaux de label du cahier des charges :

Niveau 1 : correspond aux missions d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux familles.

Niveau 2 : prolonge le niveau 1, par les missions d'évaluation des besoins et d'élaboration du plan d'aide personnalisé.

Niveau 3 : comprend en plus des missions de mise en œuvre, de suivi et d'adaptation du plan d'aide personnalisé.

Ce cahier des charges comprend trois niveaux de labellisation, des commissions étant instituées dans chaque département pour la mise en œuvre de ces dispositions, sous l'autorité des Préfets de département (DDASS), et avec la

participation des Conseils généraux. En effet, depuis la première vague de décentralisation, les Conseils généraux ont en charge l'aide sociale aux personnes âgées, financent la Prestation spécifique dépendance (PSD), et élaborent les schémas gérontologiques.

Dans les Pays de la Loire, l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) a élaboré et diffusé à cette époque des « recommandations pour le développement de la coordination gérontologique » [7].

► Le développement des CLIC s'effectue assez rapidement, souvent sur la base d'instances gérontologiques déjà existantes. Fin août 2004, on recense 451 CLIC répartis dans 93 départements, 14 d'entre eux ayant achevé leur maillage territorial [8].

Depuis 2004, le déploiement des CLIC dépend des Conseils généraux

► Sur le plan politique, la loi du 11 août 2004 relative aux libertés et responsabilités des collectivités locales transfère le pilotage des CLIC aux Conseils généraux. Les Conseils généraux disposent alors des moyens politiques pour exercer leur responsabilité dans ce domaine, ce qui va se traduire par un certain nombre d'évolutions significatives.

Tout d'abord, le mouvement de création des CLIC va se poursuivre et, début 2009, on recense près de 600 CLIC sur l'ensemble du territoire national.

Mais les Conseils généraux vont également faire évoluer leurs cahiers des charges, en procédant notamment à un redécoupage des territoires géographiques, en cohérence avec les autres découpages administratifs, de manière à ce que l'action des CLIC s'articule avec celle des autres services du département en charge des personnes âgées.

Cette redéfinition des missions et des territoires ne se fait pas toujours sans difficultés, les CLIC ayant souvent des liens forts avec les communes ou communautés de communes, qui n'acceptent pas forcément cette intervention du Conseil général sur des instances que les communes financent en partie.

► La création des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) à partir de 2006, et le rapprochement qui s'opère actuellement entre les politiques en faveur des personnes âgées et/ou des personnes handicapées, dans la perspective de création du cinquième risque montrent qu'une nouvelle étape s'ouvre. Dans certains départements, les Conseils généraux ont commencé à réorganiser le réseau des CLIC, en complémentarité avec les MDPH.

Dans le cahier des charges initial, les problèmes de l'articulation du CLIC avec les dispositifs existants étaient clairement identifiés

► « *La multiplication des acteurs et la dissémination des circuits décisionnels, dans un paysage local où cohabitent et se juxtaposent des dispositifs susceptibles de faire écho aux CLIC nécessite de clarifier leur articulation avec ces différents dispositifs afin de ne pas aboutir à des organisations étanches, cloisonnées ou faisant doublon, mais de construire une véritable interaction entre elles* ». Dans le cahier des charges initial, les problèmes de l'articulation du CLIC avec les dispositifs existants étaient donc clairement identifiés [6].

Les CLIC sont ainsi chargés d'identifier les dispositifs existants à l'intérieur de leur périmètre géographique : réseaux de soins mais aussi équipes médico-

sociales « ... l'équipe médico-sociale (en charge des évaluations pour la PSD), doit trouver avec les CLIC un dispositif qui couvre, en amont de l'allocation, l'information sur l'accès aux droits, et, en aval, la mise en œuvre coordonnée des prises en charge. »

Dans les faits, le partage des territoires professionnels respectifs des CLIC et des équipes médico-sociales des Conseils généraux, mais aussi des autres intervenants sociaux (service social de la CRAM, de la MSA, des établissements de santé...) n'a pas toujours été effectué au moment du lancement des CLIC. Ce partage était d'autant plus nécessaire que le déploiement des CLIC s'est effectué en même temps que celui des équipes APA, suite à la loi instituant la nouvelle allocation, en remplacement de la Prestation spécifique dépendance (PSD), chaque intervenant essayant de construire en parallèle sa légitimité sur le terrain.

Les premières évaluations ont pointé certaines faiblesses du dispositif en matière de coopération interprofessionnelle

► Lors du lancement du dispositif, plusieurs expérimentations ont été mises en place qui ont fait l'objet d'un certain nombre d'évaluations. Dès l'origine, certaines faiblesses du dispositif en matière de partage des territoires professionnels et de coopération avec les professionnels de santé libéraux ont ainsi été identifiées.

Une première évaluation de cinq CLIC a été menée par l'unité 500 de l'Inserm dès 2002 [9]. Les responsables de cette évaluation ont souligné à cette occasion les interférences entre le dispositif des CLIC et la montée en charge de l'APA, sans définition préalable des périmètres d'intervention des différents acteurs (coordinateurs des CLIC, équipes médico-sociales du Conseil général).

Les auteurs remarquent aussi que chaque CLIC est marqué par une « histoire locale », avec des modes de création et de fonctionnement variables selon les territoires. La culture plutôt « sociale » des CLIC est également soulignée : « *le discours des professionnels, leurs attitudes, leurs approches des questions et le choix des méthodes de travail étaient très inspirés de l'univers du travail social* », les équipes des CLIC étant majoritairement composées de travailleurs sociaux. L'absence de professionnels de santé au sein des CLIC est également notée, avec en corollaire, la faible densité de relations avec le monde médical.

Cette première évaluation concernait toutefois des CLIC dont l'organisation ne reflétait pas forcément la réalité de fonctionnement de l'ensemble des CLIC déjà présents sur le territoire en 2002.

► Une nouvelle évaluation est mise en œuvre en 2004 auprès de 25 CLIC expérimentaux, à la demande de la Direction générale de l'action sociale (DGAS) [10]. Le rapport d'évaluation met l'accent sur la nécessité de « préciser les modalités du partenariat entre les institutions et les acteurs locaux », notamment avec le dispositif de l'APA.

► Plusieurs thèses de médecine récemment publiées ont étudié le fonctionnement des CLIC et plus particulièrement les relations entre les CLIC et les professionnels de santé libéraux. Même si ces documents ne prétendent pas refléter la situation de l'ensemble des CLIC, ils partagent un certain nombre de conclusions :

- les situations sur le terrain apparaissent hétérogènes en matière de coopération généralistes/CLIC,

- la question du « temps » est souvent mise en avant : le temps que le CLIC trouve sa légitimité sur son territoire, et le temps que les praticiens peuvent consacrer (ou non) à la coordination,
- chaque CLIC se construit en fonction des réalités d'une histoire locale, avec ses particularités sur le plan géographique (zones urbaines/rurales, zones de montagne, humain, économique, d'habitudes de consommation, d'éloignement des structures hospitalières et des spécialistes...),
- les différents rapports font état des « oppositions culturelles » connues entre la « ville » et l'hôpital, entre le sanitaire et le social, entre libéraux et salariés, et qui freinent le développement des coopérations,
- les pratiques en matière d'évaluation médico-sociale sont très variables selon les territoires....

Le processus de labellisation ne fait pas mention de la mission de coordination

► On notera enfin certaines ambiguïtés du cahier des charges initial, qui est à la base de la constitution des CLIC, dans la mesure où le processus de labellisation ne fait aucune mention de la mission qui a justifié la création de ces structures, à savoir l'organisation de la coopération interprofessionnelle.

Or, l'organisation de la coopération entre les acteurs doit être considérée comme une mission à part entière. Interconnaissance des acteurs, construction d'une relation de confiance, partage des territoires professionnels nécessitent du temps et des actions de sensibilisation et de communication spécifiques, pour lesquelles les coordinateurs doivent être formés.

Les réseaux gérontologiques

► Parallèlement aux CLIC, un autre modèle de coopération interprofessionnelle s'est développé pendant la même période, celui des **réseaux gérontologiques**.

L'histoire des réseaux gérontologiques est étroitement liée à celle des « réseaux de santé », qui ont vu le jour dans les années 1990 et qui ont eu une reconnaissance officielle à partir des ordonnances d'avril 1996. Leur structure de financement est très différente de celle des CLIC, dans la mesure où l'essentiel de leurs ressources dépendent de l'assurance maladie.

A la différence de l'accès au CLIC, qui par nature est « libre », l'inscription dans un réseau de santé est en général une démarche volontaire, qui repose sur une adhésion de l'utilisateur et des professionnels concernés.

Les réseaux gérontologiques reposent sur un modèle d'intégration des soins, avec un « gestionnaire de cas » (case manager en anglais) qui est chargé du suivi individuel des personnes âgées, tout au long de leur parcours : de l'évaluation gérontologique préalable effectuée en général en milieu hospitalier (hôpital local par exemple) jusqu'au suivi à domicile, aux différentes étapes.

Le médecin généraliste est le pivot du réseau gérontologique, la coordination du parcours de soins dépendant d'un professionnel de santé (infirmier...) qui assure les liaisons entre les différents intervenants.

Dans les réseaux, le temps de coordination des libéraux (médecins généralistes mais aussi autres professionnels de santé) est indemnisé, ce qui n'est pas le cas pour les CLIC.

« Les réseaux de santé ont pour but de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. » (L.6321-1, CSP).

Comme les CLIC, les réseaux de santé se sont développés en réponse à la prise de conscience par les différents acteurs du monde sanitaire et social de la nécessaire complémentarité de leurs interventions.

- ▶ La Mutualité sociale agricole (MSA) s'est fortement impliquée pour soutenir ce dispositif expérimental au plan national en favorisant la mise en place sur 19 sites de réseaux gérontologiques en milieu rural à partir de l'année 2000, dispositif qui a ensuite fait l'objet d'une évaluation médico-économique.
- ▶ En comparaison avec les CLIC, les réseaux gérontologiques n'ont pas connu un développement aussi important, même si les évaluations effectuées ont montré l'intérêt de ce type de dispositif, aussi bien en matière de service rendu à la population que de bilan économique.

Le rapprochement des CLIC et des réseaux gérontologiques est amorcé

- ▶ Même s'ils n'ont pas les mêmes objectifs ni la même organisation, CLIC et réseaux gérontologiques ont des missions proches, et répondent à la même finalité de coordonner les interventions des professionnels. Dans les faits, la coexistence de ces deux dispositifs sur un même territoire pose souvent problème.
- ▶ Pour essayer de clarifier leurs champs d'intervention respectifs, la Direction générale de l'action sociale (DGAS) et la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) ont publié une circulaire en 2004 qui contient un certain nombre de préconisations émanant d'un groupe de travail constitué par ces deux directions de l'administration centrale [11].

Cette circulaire ne prévoit pas la fusion des deux dispositifs mais indique que les financements au titre des CLIC et des réseaux de santé gérontologiques sont compatibles et cumulables *« dès lors que la structure concernée remplit bien les missions afférentes à chacune des structures et que la présentation des comptes fait clairement apparaître les différentes sources de financement »*.

- ▶ Sur le terrain, le rapprochement de ces deux réseaux, amorcé dans certaines régions, se heurte à un certain nombre d'obstacles :
- CLIC et réseaux gérontologiques ne dépendent pas du même régime d'autorisation, Conseil général d'un côté, URCAM-ARH de l'autre,
- les sources de financement sont distinctes (Conseil général/assurance maladie),
- les modalités de fonctionnement sont différentes, avec une approche type coopérative pour les CLIC et de type « gestionnaire de cas » pour les réseaux, les réseaux gérontologiques reposent principalement sur des généralistes libéraux alors que le personnel en charge des CLIC est plus diversifié.

CHAPITRE II

L'organisation des CLIC dans les départements des Pays de la Loire

Un réseau en fort développement....

► Sept ans après leur lancement officiel au plan national, les CLIC occupent une place importante dans le tissu social régional. Fin 2009, on devrait dénombrier 63 CLIC couvrant pratiquement l'intégralité du territoire régional :

En **Sarthe** (14 CLIC) et en **Mayenne** (9 CLIC), les CLIC couvrent l'ensemble du département.

En **Maine-et-Loire** (11 CLIC), la Communauté de Communes de Loire-Aubance a décidé de son adhésion au CLIC de Loire Layon au début de l'année 2009, et l'ouverture d'un CLIC est envisagée pour le second trimestre dans le Segréen.

Des évolutions sont en cours également en **Loire-Atlantique** (14 CLIC) avec des créations en 2009 sur le secteur de Couéron-Orvault-Sautron - dans le secteur de Pont-Château (Saint-Gildas-des-Bois), au sud de l'agglomération nantaise et à Saint-Herblain. 18 CLIC seront autorisés fin 2009.

Enfin, en **Vendée**, on dénombre actuellement 10 CLIC qui couvrent presque intégralement le département.

Une grande hétérogénéité liée notamment à la diversité des territoires couverts

► L'enquête effectuée à la demande de la Conférence régionale de santé, qui s'est déroulée durant l'été 2008, a concerné uniquement les CLIC ayant une année de fonctionnement complète (2007), et non compris les CLIC de Vendée, soit au total 48 CLIC.

En termes de population, les CLIC couvrent des populations d'importances très différentes : environ les trois quarts prennent en charge une population de moins de 50 000 habitants et 28 % une population supérieure à ce seuil. Trois CLIC couvrent une population de moins de 10 000 habitants.

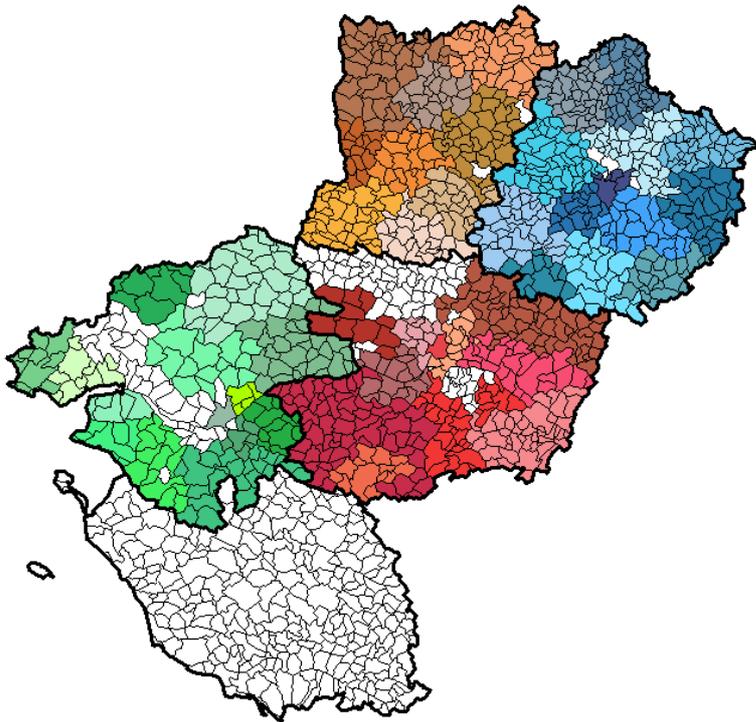
Dans certaines zones rurales, l'extrême dispersion des acteurs en zone de faible densité de population (et donc de professionnels) pose des problèmes spécifiques pour organiser la coopération entre les acteurs.

Dans les grands centres urbains, les CLIC sont confrontés à d'autres contraintes d'organisation et notamment au fait que les acteurs de terrain, beaucoup plus nombreux, ne se connaissent pas forcément individuellement.

Fig1 - Répartition des CLIC selon la taille de population couverte

	% de CLIC
Moins de 25 000 hab.	30 %
25 000-50 000	42 %
50 000-100 000	15 %
100 000 et plus	13 %

Source : Enquête auprès des CLIC des Pays de la Loire, Août 2008

Fig2 - Communes couvertes par un CLIC - août 2008

Source : Enquête auprès des CLIC des Pays de la Loire, Août 2008

- ▶ La très grande majorité des CLIC (90 %) enquêtés sont labellisés CLIC de **niveau III** au moment de l'enquête.

Un réseau qui reste fragile

- ▶ Globalement, les CLIC ayant participé à l'enquête mobilisent **102 emplois en ETP (137 personnes)**, ce qui représente en moyenne deux emplois environ par centre.

De manière générale, les CLIC sont des structures légères ; 37 disposent de deux à quatre emplois, et sept CLIC disposent d'un seul emploi.

Pour ces derniers, il peut paraître difficile d'assurer une permanence de services et de répondre aux différentes missions prévues dans leur cahier des charges, sachant que la grande majorité des CLIC ont le niveau de labellisation le plus étendu.

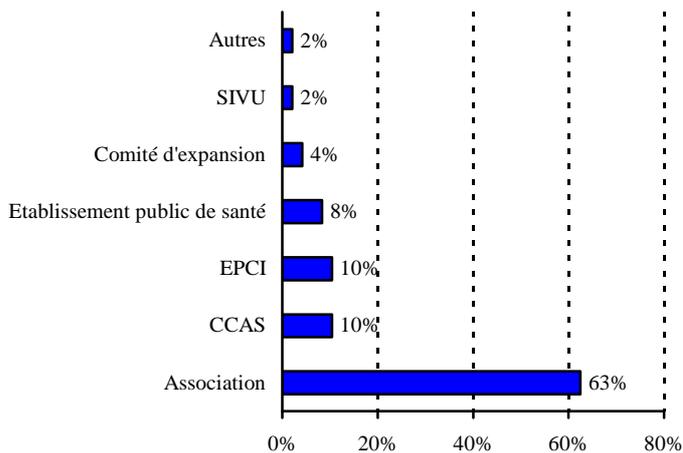
Les **profils de recrutement** des responsables de CLIC sont assez divers : un sur cinq est un professionnel de santé, un sur trois un travailleur social, et la moitié d'entre eux ont un autre profil. Ceux qui disposent d'une **formation « réseau »** sont peu nombreux (17 %). Etant donné les spécificités de cette fonction, des formations ad hoc seraient pourtant précieuses pour aider ces professionnels à affronter les problèmes de terrain auxquels la plupart sont confrontés au démarrage de leur activité. L'apprentissage par les pairs, par une immersion dans des CLIC disposant d'une certaine ancienneté pourrait être un moyen de se familiariser avec la fonction.

- ▶ En matière de **statut juridique**, la grande majorité des CLIC (63 %) sont associatifs.

Historiquement, l'implication des communes dans le pilotage des CLIC est forte, en particulier dans les grands centres urbains : un CLIC sur cinq dépend ainsi d'une communauté de communes ou d'un Centre communal d'action sociale (CCAS).

Par ailleurs, 8 % des CLIC sont rattachés à un hôpital.

Fig3 - Répartition des CLIC selon leur statut juridique



Source : Enquête auprès des CLIC des Pays de la Loire, Août 2008

► **Les locaux professionnels** dont disposent les CLIC sont à l'image de leurs moyens. Un centre sur quatre occupe des locaux d'une surface inférieure à 25 m².

En ce qui concerne les plages horaires d'ouverture au public, 30 % des CLIC sont ouverts moins de 18 heures par semaine, 52 % de 18 à 35 heures, et 18 % plus de 35 heures. Un seul CLIC est ouvert le samedi.

Par ailleurs, la majorité des CLIC (56 %) assurent en plus des permanences au sein d'antennes dans les différentes communes de leur territoire d'intervention.

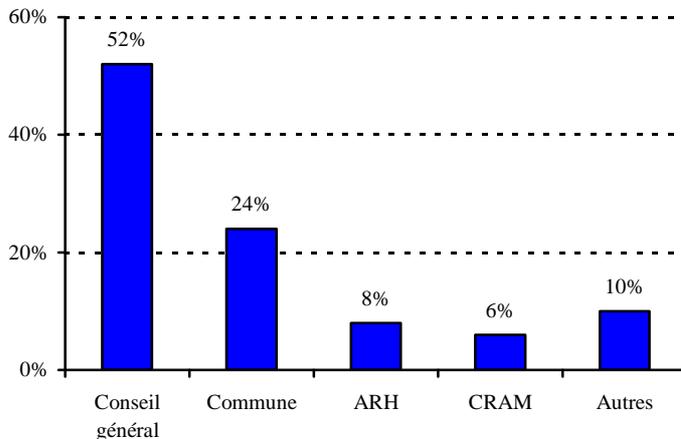
► A partir des **éléments budgétaires** transmis par 41 CLIC, nous obtenons un budget global de 4,2 millions d'euros, soit environ 100 000 euros par CLIC. 22 % des CLIC disposent d'un budget inférieur à 70 000 euros par an.

Fig4 - Répartition des CLIC selon leur budget de fonctionnement en 2007 (en euros)

	% de CLIC
Moins de 70 000	24 %
70 000-120 000	40 %
120 000-200 000	29 %
200 000 et plus	7 %

Source : Enquête auprès des CLIC des Pays de la Loire, Août 2008

Les CLIC reçoivent des financements de différentes sources. Un peu plus de la moitié de leur budget provient des Conseils généraux, un quart des communes, les autres financements provenant de l'ARH pour le compte de l'assurance maladie (8 %), de la CRAM au titre de l'assurance retraite (6 %) et de la MSA.

Fig5 - Répartition des sources de financement des CLIC en 2007

Source : Enquête auprès des CLIC des Pays de la Loire, Août 2008

Budgets consacrés aux CLIC en 2008

Pour l'année 2008, nous avons complété ces éléments avec quelques données transmises directement par les institutions régionales et départementales qui apportent un soutien aux CLIC de la région :

- la participation des Conseils généraux au financement des CLIC en 2008 est de 653 480 euros en Loire-Atlantique, 542 480 euros en Maine-et-Loire, et un million d'euros en Sarthe. Ce budget représente selon les départements entre 1 et 2 % des prestations d'APA.
- par ailleurs, l'ARH a apporté un soutien de 305 750 euros, et la CRAM de 380 700 euros. Les subventions de l'ARH concernent essentiellement des CLIC dépendant d'établissements de santé.

Des activités de différentes natures

► Les éléments qui ont pu être recueillis concernant l'activité des CLIC sont relativement succincts. Les CLIC utilisent pourtant le même logiciel pour gérer leurs données, mais les données statistiques qui en sont issues ne sont pas forcément comparables dans la mesure où ce logiciel n'est pas paramétré de la même façon dans tous les CLIC.

Dans le questionnaire 2008, l'activité des CLIC a été appréhendée à travers les variables suivantes :

- demandes traitées,
- réunions de coordination,
- évaluations au domicile,
- journées d'action collectives.

Les demandes d'information

► Les CLIC interrogés ont répondu à 32 000 **demandes d'information** au cours de l'année 2007 ; 16 % ont traité moins de 200 demandes dans l'année, tandis que le quart des CLIC a traité plus de 600 demandes. Deux d'entre eux ont traité plus de 5 000 demandes dans l'année.

Les méthodes de dénombrement varient selon les CLIC ; certains dénombrent une seule demande, même lorsqu'un même dossier génère plusieurs contacts. D'autres en revanche enregistrent autant de demandes que de contacts. La portée de ces comparaisons reste donc limitée.

On observe cependant des écarts entre CLIC pour cet indicateur, qui ne sont pas seulement liés aux instruments de mesure. L'ancienneté de fonctionnement des CLIC, leur couverture territoriale et leurs plages horaires de permanence, les moyens humains dont ils disposent, expliquent ces écarts très importants. Les CLIC situés dans les grands centres urbains traitent ainsi des volumes de demandes beaucoup plus importants.

Plus généralement, on peut s'interroger sur la meilleure manière d'organiser la diffusion d'information sur un territoire, avec ce que cela suppose en termes de permanence téléphonique et de veille d'information (offre de services, veille réglementaire...). La duplication d'un tel service sur l'ensemble des CLIC d'un département n'est peut-être pas la méthode la plus économique.

En Sarthe, le CIDPA fonctionne comme un CLIC départemental qui renseigne les habitants quelle que soit leur localisation. Un CLIC a récemment ouvert pour la seule ville du Mans, pour compléter l'offre départementale.

Réunions de coordination

► Les CLIC organisent des **réunions de coordination** entre intervenants autour des cas qui « posent problème », qui consistent à l'examen d'un ensemble de situations individuelles avec parfois désignation d'un référent pour assurer le suivi de la personne.

Un peu moins de la majorité des CLIC (42 %) ont organisé entre 10 et 20 réunions, 9 % entre 10 et 30, et 7 % plus de 30 réunions.

29 % des CLIC ont assuré moins de 10 réunions de coordination dans l'année (2007). Parmi eux, cinq déclarent en avoir organisé une seule au plus dans l'année.

Outils de partage d'information

► La coordination des intervenants passe par l'utilisation **d'outils de partage d'information** ; 83 % des CLIC déclarent en avoir utilisé en 2007.

Ces outils concernent :

- la préparation des sorties d'hospitalisation,
- la préparation des admissions,
- l'admission en EHPAD,
- le cahier de liaison au domicile,
- l'évaluation des besoins et/ou l'élaboration du plan d'aide...

Evaluations au domicile

► La plupart des CLIC effectuent des évaluations au domicile des personnes âgées ; 35 % des CLIC déclarent avoir effectué moins de 100 évaluations en 2007, 27 % de 100 à 200, et 27 % plus de 200. Ces interventions visent à évaluer les besoins de la personne âgée, à sa demande, en amont d'une évaluation plus complète de la dépendance pour l'attribution de l'APA ou dans le cas d'une situation d'urgence.

Actions collectives

► Enfin, un certain nombre de CLIC sont investis dans l'organisation de « Journées d'action collective » à la demande des partenaires locaux : trois CLIC sur quatre déclarent avoir effectué ce type d'action en 2007, à la demande de partenaires locaux.

Le partenariat : cœur de métier

► La grande majorité des CLIC enquêtés font état de conventions signées avec les différents partenaires de l'action gérontologique : CRAM, MSA, SSIAD etc. Cependant, près du quart des répondants déclarent n'avoir signé aucune convention de ce type.

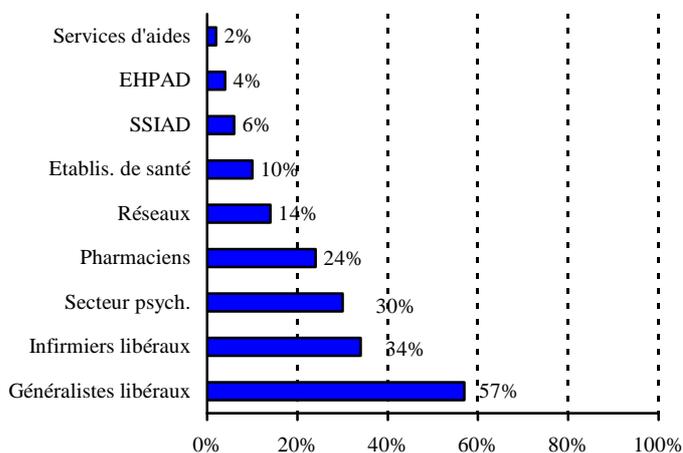
La perception des responsables de CLIC

► Dans ce cadre, les CLIC ont été interrogés à propos de leurs relations avec leurs partenaires, à travers la question « *De manière générale, comment qualifieriez-vous les relations avec vos différents partenaires en termes de nombre de contacts, de facilités à les mobiliser...* ».

Les relations avec les services d'aides, les EHPAD, les SSIAD et établissements de santé sont jugées par la grande majorité des CLIC « *tout à fait et plutôt satisfaisantes* ».

En revanche, ces relations sont jugées moins satisfaisantes avec les généralistes, les pharmaciens ou la sectorisation psychiatrique. Une majorité des CLIC jugent même les relations « *pas ou pas du tout satisfaisantes* » avec les généralistes libéraux.

Fig6 - Proportion de CLIC ayant des relations "plutôt pas et pas du tout satisfaisantes" avec les partenaires



Source : Enquête auprès des CLIC des Pays de la Loire, Août 2008

Plus généralement, 26 % des CLIC déclarent n'avoir aucun échange avec les pharmaciens, qui sont pourtant les professionnels de santé auxquels les personnes âgées ont le plus facilement et le plus souvent recours. 13 % éprouvent les mêmes difficultés de contact avec le secteur psychiatrique.

Ce bilan ne rend qu'imparfaitement compte de l'activité réelle des CLIC dans les territoires, et un certain nombre d'entre eux ne se reconnaîtront pas forcément dans cette photographie.

Cela tient en particulier au fait que ces structures sont relativement hétérogènes et qu'il est difficile de comparer la situation d'une coordinatrice qui travaille seule depuis quelques mois sur un territoire de moins de 10 000 habitants et un CLIC installé en zone urbaine et qui traite plus de 5 000 demandes d'information par an. Ces différentes structures ne disposent pas des mêmes moyens et ne connaissent pas les mêmes difficultés pour construire le partenariat local indispensable à leur action.

Certains CLIC sont impliqués en particulier non seulement dans la réponse à la demande d'information ou dans l'évaluation des situations individuelles, mais impulsent également une dynamique territoriale forte, voire participent à l'émergence de projets gérontologiques dans les territoires.

CHAPITRE III

La perception des généralistes libéraux

Les médecins généralistes fortement impliqués dans la prise en charge des personnes âgées

► Une majorité des généralistes de la région interrogés lors de la deuxième vague du panel d'observation des conditions d'exercice en médecine générale revendiquent une place centrale en matière de coordination des interventions auprès des personnes âgées dépendantes ; 72 % d'entre eux estiment que la coordination de ces différents intervenants relève de leur rôle [12].

Dans la mesure où les généralistes libéraux ne sont pas les seuls professionnels à revendiquer ce rôle central en matière de coordination, il serait nécessaire de confronter leurs représentations mutuelles vis-à-vis de ces questions.

La situation est variable selon les praticiens mais les recours aux soins des personnes âgées représentent une forte proportion de leur activité, environ 30 % des actes en moyenne au plan national. Par ailleurs, 9 % des généralistes des Pays de la Loire sont médecins coordonnateurs en maison de retraite, et de nombreux médecins assurent le suivi de leurs patients en établissement d'hébergement.

Cette implication dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes est illustrée notamment par leur participation aux réunions de coordination concernant des situations individuelles ; près d'un médecin sur quatre (24 %) déclare avoir participé à une réunion de ce type au cours des trois derniers mois. Les généralistes sont également nombreux à être impliqués dans la mise en œuvre de l'APA. 70 % d'entre eux déclarent en effet *pratiquer des évaluations de dépendance pour leur patientèle* dans le cadre de ce dispositif. A cette occasion, 30 % seulement des praticiens déclarent avoir des contacts avec l'équipe médico-sociale du Conseil général qui met en œuvre l'allocation.

PANEL D'OBSERVATION DES CONDITIONS D'EXERCICE EN MEDECINE GENERALE [1]

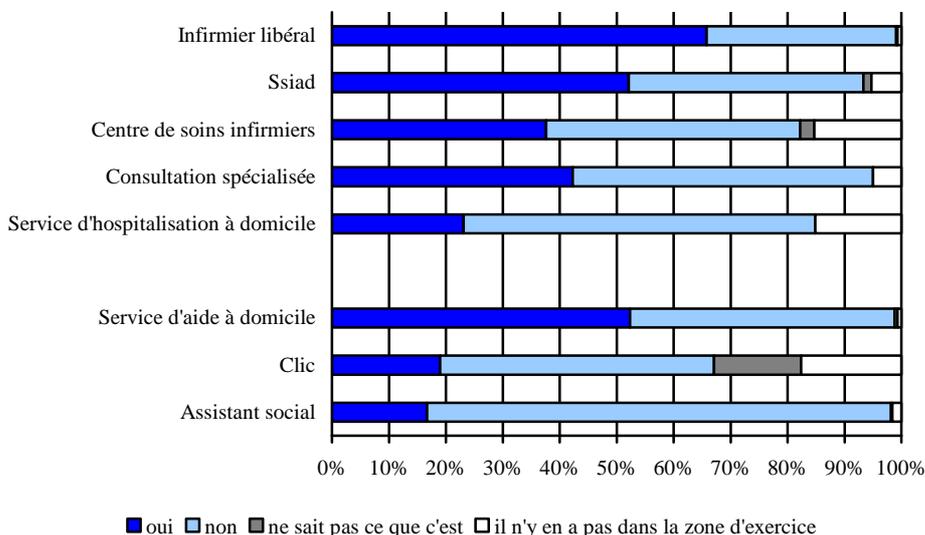
Le panel d'observation des conditions d'exercice en médecine générale a pour objectifs d'observer le cadre d'activité, l'environnement professionnel, les rythmes de travail, et leurs pratiques de prise en charge des médecins généralistes. Un échantillon de 1 900 généralistes (dont 450 dans les Pays de la Loire) a été constitué pour répondre aux cinq vagues d'enquête prévues : la première vague d'enquête a eu lieu en mars-avril 2007, et la dernière doit se dérouler en juin 2009. Ces enquêtes sont effectuées par téléphone pour des entretiens d'une durée de 25 minutes environ.

Ce projet est animé conjointement par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), la Fédération des Observatoires régionaux de la santé (FNORS) et les Unions régionales des médecins libéraux (URML) des régions Bretagne, Basse-Normandie, Pays de la Loire, Bourgogne et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Le panel reçoit le soutien de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), et dans les Pays de la Loire du Groupement régional de santé publique (GRSP) et du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS).

Un réseau relativement bien identifié

Fig7 - Proportion de généralistes déclarant avoir orienté des personnes âgées dépendantes vers les professionnels du secteur sanitaire et social



Source : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS
Vague 2 octobre 2007 - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

► A la date de la deuxième vague d'enquête du panel (automne 2007), la majorité des communes des Pays de la Loire bénéficiaient des services d'un CLIC. **La grande majorité des généralistes interrogés identifient les CLIC**, puisque, à la question "au cours des quinze derniers jours, avez-vous adressé des personnes âgées dépendantes à un CLIC", seulement 15 % répondent ne pas savoir ce qu'est un CLIC.

► Parmi les médecins qui connaissent l'existence d'un CLIC sur leur zone d'exercice, 28 % déclarent avoir eu l'occasion d'y adresser des personnes âgées dépendantes au cours des quinze jours précédant l'enquête. En comparaison avec les autres régions, les généralistes des Pays de la Loire se distinguent par le fait qu'ils ont adressé plus fréquemment des personnes âgées dépendantes à un CLIC, au cours des quinze jours précédant l'enquête (28 % vs 14 à 24 % dans les autres régions). Ces différences de comportement peuvent tenir à la couverture territoriale des CLIC, variable selon les régions, mais aussi au dynamisme de ces structures.

Des collaborations jugées satisfaisantes par les généralistes qui ont recours aux CLIC

Les généralistes qui ont adressé une personne âgée dépendante à un CLIC jugent, dans la très grande majorité des cas, cette collaboration satisfaisante (85 %). En revanche, parmi ceux qui n'ont pas adressé de personnes âgées à un CLIC au cours des quinze derniers jours, moins de la moitié d'entre eux jugent cette collaboration satisfaisante.

Tout se passe comme si les généralistes étaient répartis en deux groupes : ceux qui ont recours régulièrement aux CLIC et qui sont satisfaits de leurs relations avec ces structures, et ceux qui n'utilisent pas ce dispositif et qui sont peu

satisfaits, soit parce qu'ils n'ont jamais été en contact avec ces structures, ou parce qu'ils ont adressé un patient vers cette structure et qu'ils n'ont pas été satisfaits en retour.

Les premiers rapports d'évaluation des CLIC, publiés au plan national, avaient déjà pointé **la collaboration insuffisante entre les CLIC et les professionnels de santé libéraux**, et ces difficultés semblent persister. Dans les Pays de la Loire, le croisement de ces deux enquêtes qui ont permis de recueillir d'une part l'opinion des CLIC et d'autre part celle des généralistes libéraux eux-mêmes montrent que ce constat reste d'actualité.

► D'autres difficultés ont été identifiées dans le panel en matière de coopération entre professionnels, notamment en matière de **disponibilité** des intervenants ; 76 % des généralistes estiment que les professionnels qui interviennent auprès des personnes âgées dépendantes n'ont pas suffisamment de temps pour se coordonner, et **42 % constatent que les différents intervenants ne se connaissent pas individuellement**. Plus généralement, 53 % des généralistes estiment que les professionnels de santé présents dans leur zone de patientèle ne sont pas suffisamment nombreux pour répondre aux besoins que nécessite la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

► Par ailleurs, 44 % des généralistes interrogés dans le panel estiment que le **retour d'information** entre les professionnels n'est pas bien organisé, même si la majorité d'entre eux (62 %) déclarent avoir été amenés à renseigner un cahier de liaison au cours des trois mois précédant l'enquête.

CONCLUSION

Même si la situation régionale est fortement évolutive, quelques constats peuvent être effectués sur les CLIC et leur insertion dans le tissu régional.

Les CLIC couvrent aujourd'hui quasiment l'intégralité du territoire régional

La dynamique régionale de création des CLIC s'est poursuivie depuis le transfert de leur pilotage aux Conseils généraux en 2004. A la fin 2009, le territoire régional sera intégralement couvert par une soixantaine de structures.

Le réseau actuel est hétérogène, les CLIC ayant une couverture territoriale et des moyens humains très disparates. Il est difficile de comparer la situation d'un CLIC qui dispose seulement d'un coordinateur et celle d'un centre installé depuis au moins une décennie dans un grand centre urbain qui prend en charge plusieurs milliers de demandes d'information par an.

D'une certaine façon, ce réseau reste fragile ; des équipes isolées réduites à une ou deux personnes peuvent difficilement organiser une permanence de services sur un territoire pour l'ensemble des missions qui leur sont confiées.

Leurs cahiers des charges évoluent

Les CLIC ont maintenant près de dix ans d'existence et l'ère des pionniers s'achève, une redéfinition des cahiers des charges étant en cours dans plusieurs départements. Cette redéfinition des cahiers des charges apparaît nécessaire au vu des constats effectués dans cette étude notamment en matière de délimitation des périmètres d'intervention des différents professionnels qui interviennent dans ce champ.

Un dialogue avec les professionnels de santé libéraux à développer

Ce rapport a volontairement mis l'accent sur la nécessaire complémentarité entre les CLIC et les professionnels de santé libéraux. Ces professionnels de santé sont en première ligne pour répondre aux besoins de soins des personnes âgées (dépendantes ou non), et le fonctionnement d'un CLIC ne peut être envisagé sans leur coopération.

Les situations semblent différentes selon les territoires. Certains CLIC ont réussi à engager une coopération avec les professionnels de santé libéraux, d'autres non. Une plus grande mutualisation des expériences peut permettre à ceux qui n'y sont pas parvenus de dépasser les clivages rencontrés.

Le rapprochement des CLIC et des réseaux gérontologiques est amorcé

CLIC et réseaux gérontologiques n'ont pas connu la même dynamique de développement dans la région avec près d'une soixantaine de CLIC en activité pour seulement trois réseaux gérontologiques à Doué-la-Fontaine, Château-du-Loir, et Angers. Même si CLIC et réseaux n'ont pas exactement les mêmes missions ni les mêmes modes de fonctionnement, le rapprochement de ces structures lorsqu'elles interviennent sur un même territoire est une nécessité, aussi bien sur le plan du service rendu à la population qu'en terme d'efficacité.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. M. Aulagnier, Y. Obadia, A. Paraponaris, B. Saliba-Serre, B. Ventelou, P. Verger. *Etudes et Résultats*, Drees, 2007, n° 610, 8 p.
- [2] Les bénéficiaires des services d'aide aux personnes à domicile en 2000. S. Bressé. *Etudes et Résultats*, Drees, 2004, n° 296, 8 p.
- [3] L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. D. d'Amour, C. Sicotte, R. Lévy. *Sciences Sociales et Santé*, 1999, vol. 17, n° 3, pp. 67-94
- [4] La collaboration : ce que nous dit l'étude des processus. A. Valette. *Sciences Sociales et Santé*, 1999, vol. 17, n° 3, pp. 95-100
- [5] Circulaire DAS-RV2 n° 2000/310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Expérimentation en 2000 et programmation pluriannuelle 2001-2005. Direction de l'action sociale, 2000, 9 p. + annexes
- [6] Cahier des charges national pour 2001 du dossier de labellisation d'un centre local d'information et de coordination gérontologique (CLIC). Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2001, 9 p.
- [7] Recommandations pour le développement de la coordination gérontologique en Pays de la Loire. ARH Pays de la Loire, 2000, 12 p.
- [8] Les centres locaux d'information et de coordination. CLIC. 30 septembre 2004. Direction générale de l'action sociale, 2004, 4 p.
- [9] Evaluation de cinq centres locaux d'information et de coordination (CLIC). A. Colvez, N. Blanchard, M. Gay, D. Villebrun, Inserm. Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, 2002, 84 p.
- [10] Synthèse des évaluations des 25 CLIC expérimentaux. Préconisations. C. Eynard, O. Piou, J.L. Bascoul, A. Villez, Association pour la promotion du réseau de consultants en gérontologie. Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004, 39 p.
- [11] Lettre circulaire n° DGAS/DHOS/2C/03/2004/452 du 16 septembre relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et aux réseaux de santé gérontologiques. Direction générale de l'action sociale, 2004, 9 p.
- [12] Le réseau professionnel des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2007. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Vague d'enquête 2 (octobre 2007). ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire, mars 2009, 20 p.

Thèses de médecine générale en lien avec les CLIC

- Impact des CLIC sur l'évaluation et la prise en charge de la dépendance des personnes âgées par le médecin généraliste. D. Mercereau. Université de Montpellier 1, UFR de médecine, 2007, 125 p. (thèse de médecine)
- L'implication des médecins généralistes dans la collaboration avec les CLIC (à partir de 20 cas traités par le CLIC EOLLIS de PHALEMPIN). M. Girault. Université du droit et de la santé Lille 2, Faculté de médecine, 2007, 122 p. (thèse de médecine)
- Centre local d'information et de coordination (CLIC) et médecin généraliste. Analyse du ressenti de coordonnateurs de CLIC des Côtes d'Armor à propos des services aux personnes âgées. B. Habert-Martineau. Université de Rennes 1, Faculté de médecine, 2007, 65 p. (thèse de médecine)
- Enquête sur l'implication des médecins généralistes dans le dispositif des Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologiques (CLIC) de l'Isère. I. Dupré. Université Joseph Fourier, Faculté de médecine de Grenoble, 2005, 73 p. (thèse de médecine)

