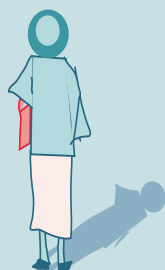


# Le CLIC

face à de nouveaux enjeux :  
la décentralisation et le développement de  
réseaux de santé gérontologiques

Compte rendu de la journée  
d'échanges

Marquette-lez-Lille • 16 décembre 2004



Journée organisée par le SIVOM Alliance Nord Ouest



# sommaire

<b>Les CLIC face à un nouvel enjeu : la décentralisation</b>	<b>6</b>
Introduction	6
Les CLIC héritiers d'une longue histoire	6
Le déploiement des territoires	7
Le conseil général unique maître d'œuvre des CLIC	8
L'action du CLIC au-delà de la pathologie	8
<i>La coordination</i>	9
<i>Le réseau</i>	9
La DDASS partenaire	9
Ancrer le CLIC dans un territoire	10
Les financements de la CRAM maintenus	10
Echanges avec la salle	11
Les communes contraintes de s'associer	14
<b>Quelle complémentarité entre les CLIC et les centres communaux d'action sociales (CCAS)?</b>	<b>14</b>
Garantir l'autonomie du CLIC	14
Le CCAS légitime pour porter un CLIC	15
Echanges avec la salle	16
La participation du CCAS fonction du contexte	16
Echanges avec la salle	17
<b>Quelle synergie entre CLIC et réseaux de santé ?</b>	<b>20</b>
Un réseau de santé créé à partir d'un CLIC	20
La coordination opérationnelle grâce au réseau de santé	22
Echanges avec la salle	23
<b>Synthèse des ateliers</b>	<b>26</b>
Synthèse de l'atelier « Quelle place pour les personnes âgées au sein de la coordination gérontologique ? »	26
Synthèse de l'atelier « Quelle doit être la place des CLIC dans les missions d'évaluation et de suivi individuel des personnes âgées ? »	26
<b>Conclusion</b>	<b>27</b>
<b>Sigles et notes</b>	<b>28</b>
<b>Coordonnées des intervenants</b>	<b>29</b>

## **Olivier HENNO**

*Maire de Saint André lez Lille, conseiller général du Nord, président du SIVOM Alliance Nord Ouest*

---

*Je tiens à remercier pour l'organisation de cette journée Michel LOOSVELT, maire de Lompret et vice-président du SIVOM, chargé de la concertation et de la coordination gérontologiques, les maires et vice-présidents et élus présents, Olivier MILOWSKI chargé de mission coordination gérontologique, le personnel du SIVOM, ainsi que Fabienne HANCQ, directrice de l'EHPAD Georges DELFOSSE, qui nous a fait la gentillesse de nous accueillir dans son établissement, et tous les intervenants présents.*

*Certains nous font le plaisir de venir de loin : c'est le cas de Madame Dominique ZUMINO, en charge des Centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC) à la Direction générale de l'action sociale qui dépend du ministère de la Santé, de la Famille, et des Personnes handicapées. C'est également le cas de Monsieur Richard VERCAUTEREN, psychosociologue et directeur de l'Institut de gérontologie de l'Ouest situé à Nantes. D'autres viennent de plus près mais de tous horizons et c'est ce qui favorisera la richesse de nos débats. Je suis heureux que cette journée ait également mobilisé tant de participants. J'apprends que la plupart des CLIC de la région Nord - Pas de Calais, de l'Aisne et de la Somme sont représentés et j'en suis très fier. Votre présence est le signe de l'intérêt que vous portez à la mise en place et au rôle des CLIC. C'est également le signe que les CLIC sont devenus un dispositif incontournable dans la prise en charge des personnes âgées en France.*

*Guichets uniques de référence et de proximité assurant l'information et l'orientation des personnes âgées, des familles et des professionnels sur un territoire donné, ayant pour objet de répondre de la manière la plus efficace aux besoins constatés et aux situations les plus complexes, les 400 CLIC déjà en place en France prouvent chaque jour leur efficacité et leur nécessité.*

*Je recevais récemment une famille en proie à de nombreuses difficultés de prise en charge, et confrontée à de nombreuses questions (par exemple, « quelle est la différence entre tutelle et curatelle ? »). Cette rencontre m'a convaincu que nous devons nous coordonner pour mieux travailler : votre présence ici est également l'occasion pour vous de créer du lien, de nouer des contacts professionnels.*

*Cette journée va nous permettre de poser un certain nombre de problèmes, auxquels nous tenterons de répondre. C'est le cas de la problématique de la mise en place des CLIC face à la décentralisation. Cette question fera l'objet de notre première table ronde. Le second problème que nous aborderons sera celui de la complémentarité entre les CLIC et les CCAS. En effet, nous en arriverons certainement à la conclusion suivante : le CLIC n'a pas pour objet d'empiéter sur les compétences des autres institutions préexistantes,*

bien au contraire. La troisième question sera celle de la synergie entre les CLIC et les réseaux de soins. On a parfois tendance à confondre les deux notions et ce débat devrait nous permettre de les distinguer, tout en précisant leur complémentarité.

L'après-midi sera consacré à une approche plus « pragmatique », puisque nous aurons le plaisir de nous voir présenter le CLIC des Moulins de Flandres, situé dans la région dunkerquoise, puis le CLIC du Valenciennois. Nous travaillerons enfin dans le cadre de groupes de travail sur la place de la personne âgée dans la coordination, mais également sur la place des CLIC par rapport au suivi des plans d'aides élaborés pour les personnes âgées prises en charge.

Je souhaite que cette journée soit l'occasion pour vous tous de mieux cerner le rôle et les missions d'un CLIC et qu'elle vous donne l'envie et vous démontre la nécessité de mieux nous coordonner, pour favoriser une prise en charge de qualité des personnes âgées.

Pour terminer, je souhaite remercier le conseil général du Nord et la CRAM Nord Picardie, partenaires de ce colloque. Bonne journée à tous.

## **Michel LOOSVELT**

*Maire de Lompret et vice-président du SIVOM Alliance Nord Ouest chargé de la concertation gériatrique*

---

*Le SIVOM a mis à profit ces deux années de concertation gériatrique intenses, où de nombreux groupes de travail se sont attelés aux sujets touchant les personnes âgées. Grâce à ce travail en équipe, le projet de coordination découlera vraiment des utilisateurs au service des personnes âgées. L'intercommunalité et la proximité ont guidé nos travaux. Complémentarité et neutralité apparaissent comme deux facteurs-clés de succès pour le dispositif CLIC.*

## **Olivier MILOWSKI**

*Chargé de mission coordination gériatrique au SIVOM Alliance Nord Ouest*

---

*Nous avons souhaité organiser cette journée pour mûrir notre propre réflexion au niveau local, mais aussi pour mieux appréhender l'impact de la décentralisation sur le développement des Centres locaux d'information et de coordination (CLIC).*

*Les objectifs de cette journée sont donc de :*

- démontrer la complémentarité des CLIC avec l'activité des CCAS et des réseaux de santé gériatriques ;*
- clarifier le rôle et les missions de chaque acteur gériatrique*
- mieux déterminer le cadre d'intervention et le profil médico-social des CLIC*
- mieux connaître le rôle des CLIC dans les futures politiques gériatriques décentralisées.*

*Trois temps forts marqueront cette journée :*

- une matinée d'échanges avec trois tables rondes sur les nouveaux enjeux des CLIC (décentralisation, complémentarité avec les CCAS, synergie avec les réseaux de santé gériatriques)*
- la présentation de deux CLIC (CLIC des Moulins des Flandres, CLIC du Valenciennois) qui permettra de se rendre compte que le CLIC n'est pas un dispositif rigide et que son organisation peut s'adapter aux réalités locales et la culture de chaque territoire*
- un travail collectif dans le cadre de deux ateliers (l'un sur la place de la personne âgée au sein de la coordination gériatrique et l'autre sur le rôle des CLIC dans les missions d'évaluation et de suivi individuel des personnes âgées) suivi d'un travail de synthèse.*

*Cette journée fera dans tous les cas l'objet d'un compte-rendu écrit qui sera envoyé à l'ensemble des intervenants et participants. Je vous souhaite une bonne journée.*

# Les CLIC face à un nouvel enjeu : la décentralisation

## INTRODUCTION

### Jean-Michel LOBRY

*Journaliste et animateur de la journée*

---

Alors que l'heure est à la décentralisation, le SIVOM Alliance Nord Ouest achève une phase de concertation visant à déployer une force nouvelle et coordonnée au service des personnes âgées.

Le colloque d'aujourd'hui entend préparer la phase opérationnelle de mise en place du CLIC, mais aussi contribuer à la réflexion nationale en cours sur la coordination gériatrique.

Quelles sont les conséquences des lois de décentralisation ? Une concurrence entre les acteurs de la gérontologie est-elle à craindre ? Comment clarifier le rôle de chacun des intervenants ?

Quel profil adoptera le futur CLIC dans le territoire du SIVOM ?

Deux grands témoins, Colette EYNARD et Richard VERCAUTEREN, nous aideront en premier lieu à aborder le cadre juridique et méthodologique des CLIC.

## LES CLIC HÉRITIERS D'UNE LONGUE HISTOIRE

### Colette EYNARD

*Consultante pour le Centre de liaison, d'étude, d'information et de recherche sur les problèmes des personnes âgées (CLEIRPPA)*

---

Les Centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC) sont l'aboutissement de la longue histoire de la coordination de la politique vieillesse. En 1972, alors que s'instaurait le programme finalisé pour le maintien à domicile des personnes âgées<sup>1</sup>, le « regroupement des compétences » était déjà évoqué.

A la fin des années 70 apparaissent les secteurs gérontologiques<sup>2</sup>, qui sont au nombre de 440 en 1981.

1982 est l'année de la relance de la coordination gérontologique, que les 500 coordinateurs, dont les postes viennent d'être créés, tentent de mettre en œuvre à travers les instances gérontologiques locales.

Ces mesures à l'époque n'étaient pas assorties d'un véritable travail sur une méthodologie de projet, et n'ont pas eu les effets escomptés. Les efforts des coordinateurs ont néanmoins été repris, et l'on observe que beaucoup des CLIC actuels sont issus de cette période.

A partir de 1993, la CNAVTS finance les premières expérimentations de réseaux de soins gériatriques, et la réforme des hôpitaux en 1996<sup>3</sup> marque une autre étape majeure.

A partir de cette période, et plus particulièrement au moment de l'expérimentation de la Prestation dépendance (PED), qui s'est poursuivie avec la mise en place de la Prestation spécifique dépendance (PSD) et de l'Aide personnalisée à l'autonomie (APA), la décentralisation s'accélère. Les financeurs (Départements, caisses d'assurance maladie, caisses de retraite complémentaire...) accentuent leurs efforts de coordination et les acteurs travaillent à améliorer les collaborations entre les instances, en vue d'apporter aux personnes âgées de meilleurs services : la coordination s'opère alors plus près du terrain.

Le travail fourni par les instances de coordination depuis toutes ces années porte ses fruits, et débouche sur la création des CLIC, dont l'expérimentation a démarré en 2000.

Jean-Michel LOBRY

Il apparaît dans vos propos que la proximité sert souvent l'efficacité. Madame Lefebvre, quels sont les travaux en cours au conseil général du Nord ?

## LE DÉPLOIEMENT DES TERRITOIRES

### Chantal LEFEBVRE

*Chargée de mission à la concertation et à la coordination gériatriques à la direction de la solidarité aux personnes âgées et aux personnes handicapées du conseil général du Nord*

(J'ai été nommée le 1<sup>er</sup> décembre chargée de mission Personnes âgées / personnes handicapées à la direction territoriale de Lille mais poursuivrai mon ancienne mission sur tout le département jusqu'à la fin du mois d'avril 2005).

**La réorganisation en territoires<sup>4</sup> illustre la volonté du conseil général d'aller au plus près de la personne âgée.** Lille Métropole, Roubaix Tourcoing, les Flandres maritimes, les Flandres intérieures, le Douaisis, le Cambrésis, le Valenciennois et l'Avesnois sont les 8 territoires de l'action sociale dans le Nord.

Chacun de ces territoires est construit sur des pôles d'action sociale en particulier (insertion, enfance...) mais pour tous, la problématique de la personne âgée est essentielle. Chaque territoire dispose maintenant d'un référent, et tous sont en cours de formation.

Dans le département, la concertation gériatrique s'achèvera en avril 2005, et le suivi des projets sera pris en charge par les référents des territoires. On sait aujourd'hui que **les CLIC seront attachés à un territoire**. Bien que cette journée ne traite pas des personnes handicapées, il est intéressant de savoir qu'une réflexion spécifique est en cours pour le secteur du handicap, afin de l'amener également à la coordination.

Jean-Michel LOBRY

Dans le cas du SIVOM Alliance nord-ouest, la logique des territoires du conseil général du Nord se superpose à celle du SIVOM

Chantal LEFEBVRE

Les directions territoriales s'adressent à un territoire clairement défini, et nous demandons que les CLIC soient insérés dans les territoires. Dans le cas du SIVOM Alliance nord-ouest, qui regroupe 8 communes ayant mené une concertation ensemble, il se trouve que 6 communes appartiennent à une direction territoriale, et 2 autres communes (Quesnoy sur Deûle et Pérenchies) à deux autres directions territoriales. Il faudra donc étudier une possible dérogation pour la création d'un CLIC regroupant ces communes.

Michel LOOSVELT (maire de Lompret et vice-président du SIVOM Alliance Nord-Ouest)

Il nous semble en effet qu'il faut poursuivre la logique qui nous a animés au sein du SIVOM : il ne s'agit pas d'une volonté de travailler entre élus, mais bien d'adapter le CLIC à la réalité du territoire, aux usagers et à leur famille.

Chantal LEFEBVRE

Parce que l'enjeu est aussi celui de la gestion, nous ciblons nos travaux sur le territoire. Pour autant, les territoires ne seront pas impénétrables : **un travail inter-CLIC est possible**, par exemple sur des thématiques générales pour lesquelles les outils sont communs. Actuellement, la direction territoriale de Lille et celle de Roubaix Tourcoing travaillent déjà très étroitement ensemble.

Jean-Michel LOBRY

Vous indiquez qu'une dérogation est à étudier pour le cas du SIVOM Alliance Nord Ouest, et que la décentralisation amène plus de proximité. Madame ZUMINO, que va changer la loi du 13 août 2004 pour le fonctionnement des CLIC ? Quels sont les éléments apportés par la loi pour que les personnes âgées soient au cœur des instances ?

## LE CONSEIL GÉNÉRAL UNIQUE MAÎTRE D'ŒUVRE DES CLIC

### Dominique ZUMINO

*Chef de projet CLIC, Direction générale de l'action sociale (DGAS) du ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées*

**La loi n'apporte pas de changement brutal** : elle prolonge une dynamique déjà enclenchée avec la création des CLIC, héritiers d'une coordination gérontologique ayant existé sous différentes formes.

La loi met fin au copilotage Etat / Département (préfet et président du conseil général) dans la démarche de création d'un CLIC. Elle renforce donc la territorialité du dispositif car **le président du conseil général devient l'unique chef de file** et le maître d'œuvre des CLIC.

Le programme des CLIC a été lancé en 2000 avec 25 sites pilotes sélectionnés à partir d'un appel à projets. Après évaluation de leurs expériences, ce programme a été généralisé et étendu en 2001.

En 2001, la loi relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées<sup>6</sup> a institué l'Allocation personnalisée de l'autonomie (APA) et a posé la coordination comme un principe à inscrire dans le schéma gérontologique du département.

La loi du 2 janvier 2002 positionne les CLIC dans la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

**Cette loi cependant ne prend pas plein effet immédiatement pour ne pas casser le processus de concertation en cours** et ralentir l'installation du dispositif : le président du conseil général continue à labelliser les CLIC jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2005 et tous

les CLIC labellisés avant cette date seront réputés autorisés pour 15 ans. A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005 (date d'entrée en vigueur de la loi du 13 août 2004), l'avis du Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) sera requis comme pour toute création d'établissement social et médico-social.

Un changement de niveau de label pourra être décidé par le président du conseil général sans que l'avis du CROSMS soit requis.

La loi du 13 août 2004 n'aura pas d'incidence budgétaire (ce n'est pas parce que le CLIC est un établissement qu'il ne pourra pas, par exemple, être soumis à cotisations). Le cofinancement par l'intermédiaire des subventions existera toujours.

L'Etat, lui, ne participe pas directement, puisque les crédits sont transférés aux conseils généraux.

La loi du 13 août 2004 prévoit que les **montants transférés au conseils généraux soient calculés sur la base de la moyenne des crédits de 2002, 2003, et 2004** : 18 millions d'euros seront ainsi répartis sur l'ensemble des départements en fonction du nombre de CLIC labellisés au 31 décembre 2004.

Jean Michel LOBRY

Cette disposition fait peu de cas des CLIC qui seront labellisés en 2005... Les financements seront figés sur l'assiette de 2004.

Monsieur VERCAUTEREN, en quoi le « client » qu'est la personne âgée sera mieux servi à l'avenir ?

## L'ACTION DU CLIC AU-DELÀ DE LA PATHOLOGIE

### Richard VERCAUTEREN

*Psychosociologue et directeur de l'institut de gérontologie de l'ouest à Nantes*

Je n'utiliserai pas la notion de « client », mais il est vrai qu'on doit à la personne âgée le meilleur service possible, et d'abord lui apprendre ce qu'est un CLIC !... L'histoire des CLIC commence réellement en 1989. Je me souviens que Claude Evin avait alors insisté sur la nécessité de créer un guichet unique pour les personnes âgées, devenu CLIC par la suite. A l'époque, cette disposition m'avait étonné, mais j'y



vois aujourd'hui tout son intérêt.

La montée des pouvoirs locaux revêt certes une grande importance, tout comme la notion de proximité pour la personne âgée. Mais être près de la personne âgée ne veut pas dire que les personnes âgées sont prêtes, elles, à interroger les CLIC...

**En général, les personnes âgées ne commencent à s'intéresser au CLIC qu'en cas de survenue d'un problème** (souvent après 60 ans). De fait, le CLIC répond donc à des cas pathologiques. Or, il faut défendre l'idée que les personnes âgées doivent être servies au-delà de la pathologie. Je m'arrête sur les mots « coordination » et « réseau ».

### La coordination

Elle reste essentiellement sanitaire. Certains CLIC sont urbains, d'autres ruraux, d'autres semi-ruraux, qui traitent de questions nécessairement différentes. Ces CLIC demandent à être différenciés dès la création, et la logique de territoire trouve ici toute sa pertinence.

Dans ma région, le CLIC rural reçoit des demandes très différentes de celles du CLIC de la ville de Nantes, pour tant distant d'à peine 10 Km.

### Le réseau

La notion de réseau implique de mélanger culture et social (le langage du médico-social n'est pas aujourd'hui harmonisé). Le réseau est un mécanisme de réinsertion de la personne âgée, il invite à travailler ensemble, alors que la coordination, elle, se focalise sur le sanitaire. Or, **les CLIC portent bien ce devoir de réinsertion au-delà de la réponse sanitaire**. Travailler en réseau exige des fonctionnements nouveaux.

Chantal LEFEBVRE

La personne âgée est au centre : les acteurs doivent donc favoriser la proximité et le travail en réseau. Avant l'arrivée d'un CLIC, le Département avait déjà réfléchi, avec les élus, à la coordination. Tous sentaient un besoin d'ancrage, comme l'a illustré le cas de l'Instance de coordination gérontologique des cantons de Cysoing, Pont-à-Marcq et Seclin Nord et Sud (59). Les disparités sont déjà importantes au sein même d'un canton, et le sont encore davantage à l'échelle d'un département.

Se tourner vers les professionnels, vers les élus, vers les personnes âgées, était donc une démarche volontariste pour jeter les bases d'une concertation gérontologique.

Sont alors arrivés les CLIC, dont la logique était identique à celle qui avait présidé à la première démarche. C'est donc naturellement que **le travail de collaboration avec l'Etat s'est immédiatement enclenché**. La notion de proximité s'est développée dans la concertation : les secteurs du département étant très vastes, les CLIC ont permis des ancrages pour que les personnes âgées trouvent une certaine proximité.

Jean-Michel LOBRY

L'Etat jouera-t-il encore un rôle sur la labellisation ?

Dominique ZUMINO

Non, le conseil général est libre dans ce domaine, mais l'Etat sera encore un partenaire quant à l'amélioration de l'articulation avec le secteur sanitaire.

A l'échelle nationale, nous avons voulu donner un outil d'évaluation pour les CLIC. Il s'agit d'un **guide méthodologique élaboré**, entre autres, par l'INSERM pour permettre aux CLIC de retracer leurs activités dans leur environnement (les CLIC porte aussi une mission de prévention).

Nous espérons que les conseils généraux s'approprient ces guides. A partir d'un recueil national des réponses, des statistiques seront élaborées qui offriront une évaluation de l'efficacité du dispositif.

Pour l'heure, ce dispositif est si peu harmonisé que l'on ne connaît même pas la population couverte par les CLIC.

Jean-Michel LOBRY

Que change la loi du 13 août 2004 pour la DDASS et les CCAS ?

## LA DDASS PARTENAIRE

### Virginie RINGLER

*Inspectrice à la DDASS*

La DDASS n'a plus de droit de regard sur la labellisation. Néanmoins, sa participation au comité de pilotage reste possible si le conseil général le souhaite. Nous espérons être encore écoutés à cette occasion car nos relations avec le conseil général sont bonnes.

**La participation de la DDASS reste légitime** puisqu'elle

est l'un des principaux financeurs des CLIC et l'un des premiers partenaires gérontologiques. Elle finance également les EHPAD<sup>7</sup> et les SSIAD<sup>8</sup>.

La DDASS porte un regard sur le volet sanitaire au moment de la candidature d'un CLIC et sera un **facilitateur des relations entre CLIC et réseaux de soins. En siégeant au comité régional des réseaux de soins**, elle favorisera l'articulation des CLIC avec ces réseaux de soins, et en participant au comité de pilotage des CLIC, elle pourra promouvoir les réseaux de soins.

## ANCER LE CLIC DANS UN TERRITOIRE

### Christian LOISON

*Représentant de l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS)*

---

En France, 8 communes sur 10 agissent en faveur des personnes âgées (cette proportion est même de 97% si l'on considère les communes plus importantes). Pour les familles, le maire est encore un relais indispensable.

Ces communes vont s'adapter au nouvel environnement créé par le CLIC. Un minimum de 7 000 à 10 000 personnes de plus de 60 ans est requis pour créer un CLIC en milieu rural, et 15 000 en milieu urbain. Une commune comme celle de Marcq-en-Baroeul se verra donc dans l'obligation de travailler avec d'autres pour participer à un CLIC.

Il est toujours intéressant pour une nouvelle instance de partir de l'existant et des habitudes de travail. Une loi imposée d'en haut est vouée à l'échec, et les acteurs de terrain n'ont d'ailleurs pas adhéré aux premiers essais de coordination dans les années 80.

La définition d'un territoire est essentielle et difficile. **Certaines communes ne sont pas rompues à coordonner leurs efforts avec d'autres s'agissant des personnes âgées.** Le Département doit donc laisser les énergies se développer à l'échelon du territoire et tenir compte des réalités de terrain.

La différence entre milieu rural et milieu urbain est notable. **En milieu rural, les communes ont peu de moyens et pas d'intérêt à développer des actions intercommunales.** Or, tout porte à croire qu'à l'avenir,

les personnes âgées seront de plus en plus isolées puisque leurs enfants sont très mobiles et moins attachés à un territoire.

Au-delà du CLIC, toutes les réflexions sur les réseaux de soins et les autres domaines de l'action sociale ont intérêt à être menés à l'échelon du territoire.

Le financement du dispositif CLIC est fondé sur le nombre de CLIC existant au 31 décembre 2004. Je serai néanmoins attentif à la péréquation entre départements : certains ont été plus rapides que d'autres, ou ont monté immédiatement des CLIC de niveau 1 sur la totalité du territoire, etc.

(Rappelons que les compétences du CLIC se déclinent selon trois niveaux de labels : le niveau 1 « information », le niveau 2 « information et mise en place des plans d'aides », et le niveau 3 « information, mise en place et suivi des plans d'aide »). Le département du Nord comptera 14 CLIC au 31 décembre 2004, ce qui le situe derrière d'autres départements. Qu'en sera-t-il des financements futurs ? Le Département sollicitera-t-il l'Etat ? Comment ce dernier réagira-t-il ?

Jean-Michel LOBRY

Vous revendiquez donc une certaine spécificité.

Madame KOURICHE, que deviendront les financements de la CRAM ?

## LES FINANCEMENTS DE LA CRAM MAINTENUS

### Sabrina KOURICHE (remplace Therese WASSON)

*Action sociale CRAM Nord Picardie*

---

La CRAM finance les CLIC après étude de chaque dossier. Par ailleurs, l'obtention d'une subvention est également subordonnée à un financement du conseil général. Pour les deux premières années de financement du CLIC, les montants sont plafonnés. Pour la troisième année, **les financements peuvent être reconduits** suite à l'analyse du budget, de l'activité, des contrats et des besoins observés.

### ÉCHANGES AVEC LA SALLE

De la salle (Robert DECROCK, conseiller municipal de la ville de Pérenchies)

Madame EYNARD a évoqué le maintien à domicile et Madame LEFEBVRE le handicap : dans ces deux secteurs, de nombreux emplois pourraient être créés.

Par ailleurs, pourquoi ne pas utiliser les fonds excédentaires de l'AGEFIPH (qui ont été détournés il y a quelques années pour renflouer les caisses de l'UNEDIC) pour aider les handicapés à trouver un emploi ?

Jean-Michel LOBRY

Quelles sont les compétences du CLIC au regard du handicap ?

Chantal LEFEBVRE

Le Département travaille étroitement avec les associations. Ensemble nous voulons être plus proches de l'utilisateur, s'attaquer aux difficultés de logement, de transport, et c'est pourquoi nous mènerons bientôt avec d'autres institutions une concertation avec le secteur du handicap pour mieux connaître ses besoins.

De la salle (Patrick FOURNIER, président de l'Instance de coordination gériatrique des cantons de Cyoing, Pont-à-Marcq et Seclin Nord et Sud (59) et chef de service de la filière gériatrique du Centre hospitalier de Lens)

Le sujet « handicap et personnes âgées » renvoie à la question de la prise en charge des pathologies par le CLIC. Le CLIC à ses débuts répond à des situations d'urgence (sur le grand vieillissement, la grande dépendance). **Si le CLIC entend accomplir sa véritable mission, qui est plus large, il doit s'adosser à un réseau de soins.** Ne construisons pas d'usine à gaz : le CLIC est un support à la fois pour le handicap et pour les personnes âgées. A Seclin, le réseau de santé en gériatrie veut désormais aller plus loin sur les réseaux de proximité (sur les soins palliatifs par exemple).

Chantal LEFEBVRE

La concertation sur le handicap ne vise pas la fabrication d'un « mille-feuilles », c'est une opportunité de visiter un secteur, le handicap, qui est mal connu. L'objectif reste d'intégrer la même démarche pour les personnes âgées.

Jean-Michel LOBRY

Comment évoquer la neutralité et la complémentarité des CLIC (comme Monsieur LOOSVELT dans son introduction) dans un secteur tellement bouleversé quantitativement et qualitativement ?

Dominique ZUMINO

La neutralité, c'est la possibilité pour un CLIC d'opérer véritablement en réseau : quel que soit le gestionnaire (hôpital, association...), l'action du CLIC se démarque de celle de son gestionnaire. Si un CLIC est géré par un syndicat de communes, les partenaires doivent mesurer que leur interlocuteur est bien le CLIC et non le syndicat de communes. **Pour les partenaires, il est essentiel d'être traités à égalité quel que soit le gestionnaire,** c'est la condition d'une bonne coordination.

Les CLIC doivent aussi se garder d'un management et d'une organisation trop hiérarchiques. Les services d'entrevue sont managés de manière hiérarchique, mais les CLIC, eux, même s'ils rendent des comptes, doivent rester autonomes pour être souples et réactifs.

Christian LOISON

Un CLIC doit être rassembleur, humble, et laisser la place aux autres. Il donne l'envie de lancer des actions et amène un service complémentaire.

Le CLIC se soucie du rapprochement des politiques menées pour les personnes âgées et pour le handicap, qui partagent des outils communs malgré les besoins différents. Lors de la création d'un réseau et d'une dynamique de CLIC, il faut savoir ne pas dominer, mais partager et rassembler.

Virginie RINGLER

Un site autonome existe dans le département : des équipes techniques labellisées facilitent la mise à disposition des aides financières et techniques (comme l'adaptation du logement au handicap). L'articulation de ces aides est à prendre en compte dans le rapprochement des deux thématiques, personnes âgées et personnes handicapées.

Olivier MILOWSKI

La coordination est aussi un état d'esprit : **c'est abandonner un peu de son pouvoir.**

Richard VERCAUTEREN

La personne âgée devrait être au centre du débat, or, il est trop question de politique ici. Je suis peut-être naïf mais je suis aussi sociologue : il est inutile d'appeler au rassemblement si l'on sait qui l'on rassemble. **Écoutons la personne âgée, et le rassemblement s'opérera autour d'elle.** N'apportons pas de réponses standardisées souvent sanitaires, et ne négligeons pas le social.

De la salle (Annie DUPONCHELLE, consultante en gérontologie et conseillère municipale de la ville de Linselles)

J'entends évoquer le mot « cofinancement » qui effraie les petites communes. Bien que le conseil général soit compétent pour le CLIC, les communes craignent de devoir participer au financement. Les CLIC existant aujourd'hui reçoivent-ils une participation des communes ?

Christian LOISON

Je constate suite à ma participation au comité de pilotage CLIC (en tant que représentant des communes) qu'aujourd'hui certaines communes participent au fonctionnement des CLIC à hauteur d'1%, d'autres à hauteur de 60%. Cette situation est-elle normale ?

Les communes agissant en faveur des personnes âgées sont très volontaires, elles investissent sur cette thématique, elles répondent à un besoin, quand d'autres s'investissent à moins d'1%...

Jean-Michel LOBRY

Quelle est la nouvelle donne après la loi de décentralisation ?

Colette EYNARD

Parler de politique est indispensable puisque la personne âgée est aussi un citoyen électeur.

A visiter les CLIC dans les régions, on s'aperçoit que leurs approches sont différentes. Et un CLIC peut être différent d'un autre selon le porteur. Ainsi, les attentes d'une ville investissant beaucoup dans le CLIC seront différentes d'une autre, etc.

A propos des « usines à gaz », chacun réclame leur disparition, mais il s'en construit malheureusement encore beaucoup. Comme le disait quelqu'un expliquant que le CLIC ne devrait pas être une usine à gaz, « le problème est que ce CLIC est entouré d'usines à gaz, et qu'il lui

est difficile de ne pas le devenir à son tour »...

Grâce au réseau d'acteurs, le CLIC peut pourtant rester simple. J'ai été pendant 11 ans coordinatrice à Villeurbanne avant que le site devienne un CLIC : la simplicité dépend véritablement de la conviction et de l'adhésion des acteurs. Au Québec, par exemple, la culture de la coordination est répandue. A une personne âgée rencontrée par une structure, on pose d'abord cette question : « qui êtes-vous déjà ? ». Evidemment, la personne âgée a déjà toute une histoire, reçoit déjà des aides...



# Quelle complémentarité entre les CLIC et les centres communaux d'action sociales (CCAS)?

Jean-Michel LOBRY

Les CCAS travaillent surtout sur le niveau 1 (information) pour les personnes âgées. Quelles sont les complémentarités possibles avec les CLIC, existe-t-il des risques de concurrence ?

## LES COMMUNES CONTRAINTES DE S'ASSOCIER

**Christian LOISON**

*Représentant de l'UNCCAS*

---

Les 36 000 communes de France sont concernées par les CCAS, et des travaux sur des centres intercommunaux sont en cours.

Si beaucoup de communes informent leurs personnes âgées (niveau 1), certaines vont plus loin et mettent en place des plans d'aide après avoir visité des personnes âgées, même si ces dernières n'utilisent pas les services du CCAS. **Pour les communes opérant déjà aux niveaux 2 et 3, l'arrivée d'un CLIC pose question.** La commune menant déjà des actions par ailleurs doit-elle s'investir dans le CLIC ? Le dispositif est tel qu'il invite les communes à s'investir ensemble dans un projet de

CLIC (excepté les grandes communes), et le CLIC peut alors apporter des moyens supplémentaires aux communes pour agir.

Jean-Michel LOBRY

Comment s'articuleront vos compétences au CCAS de Lille par exemple ?

## GARANTIR L'AUTONOMIE DU CLIC

**Caroline FLEURIEL**

*Directrice du service Personnes âgées / personnes handicapées à la Ville de Lille*

---

A Lille, des efforts de coordination avaient déjà été fournis après la circulaire Franceschi en 1983<sup>9</sup> (création d'une instance locale de coordination), et **en 2000, le CCAS de Lille est devenu le porteur de la concertation gérontologique**, impulsée par le Département et menée avec de nombreux partenaires de l'action gérontologique. Parallèlement, cette même année, la Ville de Lille est devenue un site expérimental pour la mise en place des CLIC.

En 2003, **ce CLIC a été officiellement labellisé au niveau 3**. Des instances de pilotage partenariales ont été mises en place (assemblée plénière, comité de pilotage, comité technique) ainsi que des commissions de travail (hébergement, habitat, soutien à domicile et information)

Ces instances de pilotage assurent au CLIC une relative autonomie par rapport au CCAS. En effet, le CLIC ne doit pas être considéré comme un service du CCAS mais comme un dispositif partenarial.

L'ensemble des documents et projets portés par le CLIC est validé par le comité de pilotage, le fonctionnement est donc démocratique.

Les CCAS ont notamment pour mission d'effectuer une étude sur les besoins sociaux et de s'assurer de l'existence des services susceptibles de répondre à ces besoins. Cette mission rejoint le rôle que le CLIC doit jouer, mais pour le champ d'intervention gérontologique local uniquement, en mettant en évidence l'existence des manques et dysfonctionnements, et en cherchant, avec ses partenaires, à les pallier.

Pour mettre en synergie ces deux axes, **un observatoire est en cours de constitution au sein du CLIC**. L'observatoire recense les besoins existants, grâce à des questionnaires envoyés aux établissements. Une fois établie l'état des lieux de l'offre de services et l'état de sa consommation, le comité peut connaître les services manquants et décider des actions futures.

La création d'un budget annexe est aussi en cours de manière à assurer au CLIC plus de lisibilité.

Ce passage en budget annexe se fera en 2006, une fois la pérennisation des 7 emplois jeunes qui y travaillent aboutie. Le CLIC de Lille couvre une population de 28 000 personnes âgées.

Jean-Michel LOBRY

Le CLIC offre-t-il une véritable lisibilité aux personnes âgées ?

Caroline FLEURIEL

Le CLIC de Lille n'est pas encore un CLIC vraiment « lisible » du point de vue du public. Le Point Information<sup>10</sup> (qui fait partie du CLIC) est plus facile à identifier pour

les personnes âgées et leurs familles, car **pour une personne âgée, « CLIC » ne veut rien dire**.

Même le CLIC de Nantes, existant depuis des années, est peu connu des populations, qui le découvrent seulement en cas de besoin. Pour faire mieux connaître le CLIC, nous tenterons d'installer des permanences dans les quartiers et dans les maisons de retraite. A Lille, les personnes âgées s'adressent d'abord aux mairies de quartiers avant d'être orientées vers le CLIC.

## LE CCAS LÉGITIME POUR PORTER UN CLIC

### Philippe RYSMAN

*Directeur du CCAS de Tourcoing*

Rappelons que les CCAS sont de longue date concernés par la problématique des personnes âgées, car il y a 30 ans, les pauvres étaient les personnes âgées, qui formaient l'essentiel de la clientèle des bureaux de bienfaisance. Voilà pourquoi les communes ont été très impliquées dans les politiques d'assistance qui ont eu cours jusqu'à la fin des années 70.

L'histoire des CCAS remonte à cette période, ils se sont développés dans les années 60 pour soutenir l'aide à domicile. A la différence du secteur du handicap, qui a été porté par un mouvement associatif puissant, les initiatives vis-à-vis des personnes âgées ont été prises par des individus de façon isolée.

Ainsi, pour y remédier, le CCAS développe des services à la personne âgée avec la palette de réponse la plus large possible.

**Un CCAS est assez légitime pour travailler sur la coordination et créer un CLIC**. D'abord, il pratique naturellement la coordination (certes insuffisamment et trop isolément). Ensuite, un CCAS est en contact avec plusieurs milliers de personnes âgées, et c'est un service public capable de respecter la neutralité appelée pour un CLIC.

Le Département a donné l'impulsion en permettant de préparer la démarche de concertation. Le CCAS de Tourcoing a été porteur de cette démarche sur son territoire, a finalement créé un CLIC de niveau 3, et n'en a pas honte !...

Aux élus qui disent s'investir dans le CLIC tout en expliquant que ce dernier ne doit rien coûter à la commune, je demande plus de cohérence : qu'ils mettent la main au porte-monnaie, sinon, ils ne devront pas s'étonner de n'être pas associés au dispositif.

## ECHANGES AVEC LA SALLE

De la salle (Michel LOOSVELT, maire de Lompret, vice-président du SIVOM Alliance Nord-Ouest)

Vous avez raison, mais nous serons tout de même sur ce sujet très attentif aux conséquences de la décentralisation, car nos moyens sont limités. Nous aurons d'ailleurs tout à gagner de l'intercommunalité pour profiter de l'expérience de communes plus avancées que la nôtre.

De la salle (Patrick FOURNIER)

Les communes représentées à la tribune sont malheureusement toutes des communes de taille importante. Leur force est leur capacité de montage rapide d'un CLIC, mais elles ont une faiblesse : **elles seront vécues comme « les Villes qui gèrent le CLIC »**. Les enjeux de pouvoirs risquent de gêner l'intégration des partenaires.

Le territoire couvert par le CLIC que je connais recouvre 46 communes. L'implication et la participation financière sont ô combien complexes, mais **aux yeux des partenaires, le CLIC ne représente pas un pouvoir en particulier**. Le pouvoir est partagé entre tous. Le fait que 50% des CLIC en France sont portés par des associations est significatif.

Jean-Michel LOBRY

Comment faites-vous pour que les acteurs se sentent véritablement partenaires ?

Philippe RYSMAN

D'abord, le CLIC n'est pas situé dans les locaux du CCAS mais dans un lieu neutre.

Ensuite, la concertation a permis de définir des instances capables de piloter le CLIC en représentant l'ensemble des partenaires, y compris les usagers (à travers les représentants des associations de retraités, les syndicats de retraités...).

Enfin, je suis vigilant pour que toutes ces personnes aient voix au chapitre dans le comité de pilotage.

## LA PARTICIPATION DU CCAS FONCTION DU CONTEXTE

**Pierre SCHRAEN**

*Directeur du CCAS de Dunkerque*

---

Quelle que soit l'organisation sur le terrain, actions des CLIC et actions des CCAS doivent s'articuler.

Les CCAS sont des acteurs majeurs de l'action gérontologique, mais ils interviennent à des niveaux différents selon la taille de la ville de rattachement. Il arrive même que la Ville gère directement la question des personnes âgées. En tenant compte de leurs actions actuelles, les CCAS doivent se positionner :

- soit le CCAS peut être un acteur du CLIC, lui apporter ses compétences et ses idées
- soit le CCAS peut être porteur du CLIC (le décret de mai 1995 rappelle la légitimité des CCAS à créer des coordinations sur le territoire).

Acteurs ou porteurs du CLIC, les CCAS choisiront en fonction du territoire et de la volonté politique. Certains maires sont très attachés à la question des personnes âgées et décideront de participer financièrement (c'est le cas de la Ville de Dunkerque).

Jean-Michel LOBRY

Voilà exposées deux écoles de pensée : celle de Patrick Fournier et celle des CCAS !...

Monsieur SCHRAEN, comment faites-vous pour dynamiser ces partenariats indispensables ?

Pierre SCHRAEN

Ce domaine n'observe pas de règles. Seul s'applique le principe de subsidiarité : si, sur un territoire, une association ou un hôpital est mieux placé pour porter le CLIC, il revient à cette structure le soin de le créer. Rien n'empêche l'accompagnement des élus. C'est une décision collective en fonction des réalités de terrain. Le CCAS néanmoins demeure bien situé pour mener la coordination.

Jean-Michel LOBRY

Comment, par exemple, dynamiser davantage les associations, qui seraient moins actives dans le domaine des personnes âgées selon Philippe RYSMAN ?



Pierre SCHRAEN

La communauté urbaine de Dunkerque travaille depuis plusieurs années sur la coordination gériatrique. Communes, associations et CCAS ont collaboré et se sont accordés sur la nécessité d'un réseau, puis sur une décision faisant du CCAS le porteur de la coordination. Le maire a affiché une volonté très forte sur le sujet et a considéré la coordination comme une nécessité pour résoudre les crises. Bien avant les incitations de l'Etat, la Ville de Dunkerque a débloqué des fonds pour la coordination qui a donné naissance au CLIC.

### ECHANGES AVEC LA SALLE

De la salle (Paul LAUERIERE, ancien maire de Saint-André-lez-Lille et ancien conseiller général du Nord) Les personnes âgées restent des citoyens. (A Saint-André-lez-Lille par exemple, l'expérience de l'assemblée des sages est un succès.) Quelle est donc la représentation démocratique dans les CLIC, dans la mission locale, dans les PLIE, dans les associations de coordination ?

Christian LOISON

**La personne âgée ne demande qu'à trouver un interlocuteur** : voilà son besoin et peu lui importe la boîte à outils. Les communes ne peuvent agir seules, et les associations sont précieuses (l'UNASSAD<sup>11</sup> par exemple) pour rendre le meilleur service à la personne âgée. L'objectif des élus locaux demeure le service à la population, mais l'on ne pourra empêcher de toute façon les luttes de pouvoirs qui ne sont pas inhérentes au seul domaine de la gériatrie.

Caroline FLEURIEL

Je réagis à propos de l'autonomie des acteurs dès lors que le CLIC est porté par le CCAS.

A Lille, le travail mené par le CLIC et le réseau gériatrique hospitalier depuis 2000 a abouti à la création du premier réseau de soins gériatriques dans le département, aujourd'hui porté par le groupe hospitalier de l'institut catholique de Lille (GHICL).

Un autre projet est en gestation (le projet de liaison) pour faire en sorte que le dossier de la personne âgée reste à son domicile. Le CCAS peut soutenir tous ces partenariats, ne serait-ce que pour organiser les réunions ou pour fournir des salles, mais en aucun cas ne recherche un monopole sur la question gériatrique.

Philippe RYSMAN

Je voudrais encore illustrer la complémentarité entre CCAS et CLIC.

La commune de Linselles et son CCAS ont sollicité l'aide du CLIC pour mieux jouer leur rôle d'information. Disposant de peu de moyens, Linselles tire profit du CLIC et sert ainsi de relais local. Un CLIC peut donc aider de petites communes et cet exemple mérite d'être mieux connu par d'autres territoires.

Jean-Michel LOBRY

Vous apportez aussi une réponse au problème de la « rigidité territoriale ».

Pierre SCHRAEN

Le terme « concurrence » est à bannir : nous lui préférons les termes « complémentarité » et « coordination ». Le CLIC, en résumé, apporte du lien pour plus d'efficacité envers l'utilisateur. Aux partenaires de mettre les moyens.

De la salle (Monique PICCO, présidente du CODERPA 59) Le CODERPA<sup>12</sup> du Nord et les 16 associations ou organisations de retraités se sont beaucoup impliqués dans la concertation gériatrique. Le CODERPA a d'ailleurs été sollicité pour être présent au sein des CLIC. L'étendue du département rend plus ardue la participation des zones rurales, mais le service d'information du CODERPA a déjà bâti des fiches techniques sur lesquelles pourront s'appuyer les CLIC.

De la salle (Henri LEVEUGLE, vice-président de l'association des seniors halluinois)

Je trouve dommage de s'arrêter sur les CCAS sans évoquer les associations.

La concertation démarrée en 1983 est tombée aux oubliettes, avant d'être relancée en 1990, en rassemblant alors 90% des professionnels de la santé. Mais la concertation a refoulé le désir de participation des personnes âgées, peu nombreuses et dont les moyens d'expression étaient plus réduits que ceux des autres partenaires. Les personnes âgées s'entendaient dire alors : « nous vous contacterons pour des points spécifiques ».

Aujourd'hui, nous rêvons qu'à l'occasion de la montée en puissance de l'intercommunalité, des groupes de personnes âgées puissent être constitués pour réfléchir aux problèmes de gériatrie dans leurs communes. Il

ne s'agit malheureusement que d'un rêve, tant les communes sont différentes les unes des autres.

De la salle (Annie DUPONCHELLE, consultante en gérontologie et conseillère municipale de la ville de Linselles)

La commune de Linselles a conventionné avec le CLIRPA pour remplir sa mission de niveau 1.

Par ailleurs, le syndicat intercommunal Lys Nord Métropole (11 communes dont Linselles) a lancé un guide méthodologique sur la gérontologie et souhaitait également créer un CLIC.

Nous nous sommes heurtés à plusieurs difficultés sur ce territoire :

- les professionnels sont éparpillés, et faute de voir émerger une institution, les fédérer autour d'une initiative politique s'avère délicat
- les communes sont de taille hétérogène, et pour certaines, l'investissement financier est inenvisageable.
- le CLIC éventuel bouleverse parfois les niveaux des petites communes, certaines menant déjà des missions de niveau 1 et 2 grâce au travail de la permanente du CCAS et du maire.

Colette EYNARD

Sur le plan institutionnel ou sur le terrain, des coordinations ont déjà été menées, parfois sans dire leur nom. Des associations dotées d'une grande expertise répondaient très bien aux personnes âgées s'adressant à elles.

Un hôpital, une association ou un CCAS partant de son expérience vis-à-vis de ses « clients », lorsqu'il entend parvenir à un dispositif intéressant tout un territoire, est confronté à une complexité beaucoup plus grande, et **retrouve les « clients » des autres...**

Par conséquent, il est important pour un réseau d'acteurs professionnels ou associatifs de s'adosser à une structure plus importante...mais aussi que la nécessaire tête de réseau ne retombe pas dans les écueils liés à sa position. L'on voit bien qu'il est long de passer de l'émergence d'un dispositif à une reconnaissance de terrain !...

Richard VERCAUTEREN

54% des CLIC émanent peut-être d'associations, mais deux tiers des associations sont dirigés par un CCAS... Le CCAS et le CLIC mènent donc le même combat !...

La complémentarité entre CCAS et CLIC est avant tout une finalité commune. Tous les politiques s'accordent sur la nécessité d'un nouveau dispositif : la réponse n'est donc pas idéologique, et d'ailleurs, la politique d'un conseil général sur ces sujets change rarement avec l'alternance.

La complémentarité consiste aussi à trouver un langage commun.

Enfin, la complémentarité doit permettre une économie de coûts.

Quel est le type de service social à rendre à la personne âgée ? La réponse à cette question adressée au CCAS et au CLIC déterminera la complémentarité : si les services souhaités sont différents, aucune complémentarité n'interviendra.

Je pense que **la complémentarité entre CCAS et CLIC se joue sur l'information**. Aujourd'hui, les CLIC sont méconnus par les personnes âgées, comme l'étaient les CCAS autrefois.

Dorénavant, le CCAS a l'obligation de citer le CLIC, et la complémentarité est indispensable au-delà des enjeux politiques.



# Quelle synergie entre les CLIC et les réseaux de santé ?

## **Olivier MILOWSKI**

*Chargé de mission coordination gérontologique au SIVOM Alliance Nord Ouest*

---

Sur notre territoire, nous estimons que d'une certaine manière le niveau 1 est déjà assuré dans la proximité par les CCAS qui demeurent un repère essentiel pour les personnes âgées et les familles. Les acteurs gérontologiques locaux souhaitent donc avant tout privilégier les niveaux 2 et 3 en mettant notamment en place des partenariats et une collaboration étroite avec des réseaux de soins gérontologiques et les professionnels de santé libéraux.

Les partenaires locaux s'interrogent également sur le profil de l'équipe de coordination (social ou médico-social) alors que le champ d'intervention du CLIC doit être global et avant tout médico-social. Mais ce qui compte pour notre territoire, c'est l'articulation et la synergie entre les CLIC, les réseaux de santé gérontologiques et les professionnels de santé pour une approche globale de la personne âgée de notre territoire. Car je souhaite rappeler que le territoire du SIVOM Alliance Nord Ouest est dépourvu de structures hospitalières généralistes, de structures sanitaires spécifiquement gériatriques et que les professionnels de santé libéraux ne sont pas suffisamment impliqués dans le travail en réseau.

## **Colette EYNARD**

Pour être reconnu, il faut se doter de compétences à la fois sociales et médico-sociales : la structure doit être capable de mettre en œuvre en direct des compétences en ingénierie avant de penser à faire faire par les autres.

## **UN RÉSEAU DE SANTÉ CRÉÉ À PARTIR D'UN CLIC**

## **Patrick FOURNIER**

*Président de l'instance de coordination gérontologique des cantons de Cysoing, Pont-à-Marcq et Seclin Nord et Sud, et chef de service de la filière gériatrique du centre hospitalier de Lens*

---

L'instance de coordination gérontologique a changé de nom en octobre 2004 pour devenir EOLIS (Ensemble organisons du lien pour lutter contre l'isolement et promouvoir la santé). Cette modification traduit la volonté de l'association d'aller au-delà de la problématique des personnes âgées et de développer le sanitaire et le médico-social pour être acteur sur son territoire (46 communes). L'association est un CLIC de niveau 3 et a créé un réseau de santé en gérontologie en 2004.

Jean-Michel LOBRY

Quel est le périmètre des compétences du réseau de soins ?

Patrick FOURNIER

Je pense que **le cheminement vers un CLIC doit précéder la création d'un réseau de soins**. Les missions sont ainsi partagées entre les différents acteurs en fonction du niveau de labellisation du CLIC. A un niveau 3, le CLIC s'est inscrit dans le domaine médico-social et sanitaire, et à ce stade, de nombreuses thématiques le dépassent : au-delà du plan d'aide, une action sanitaire s'impose à lui. Ainsi, chez un CLIC de niveau 3 naît nécessairement l'envie de créer un réseau de santé.

Sur notre territoire, un réseau de proximité pré-existait au réseau de santé, mais nous souhaitons compléter le dispositif pour aider les professionnels de santé à prendre en charge efficacement les personnes âgées fragiles. Pour nous, **le réseau de santé consiste à ajouter à un plan d'aide (élaboré par le CLIC) un plan de soins**, et il s'appuie sur les compétences du CLIC.

La formation des professionnels à l'évaluation sociale et médico-sociale des besoins de la population des personnes âgées revêt une importance capitale, et les Français accusent un retard dans ce domaine par rapport aux Québécois, par exemple. A partir de l'évaluation, le réseau de santé définit un plan de soins, lequel réclame nécessairement un médecin, un ergothérapeute, une infirmière, et éventuellement un psychologue.

Le CLIC de niveau 3 doit offrir au réseau une évaluation sociale complète, et à l'heure où surviennent des problèmes pathologiques, fait appel au réseau de santé.

Le médecin généraliste peut appeler lui-même le réseau de santé, qui lui-même ne doit pas court-circuiter le médecin généraliste : le plan de soins est géré par le généraliste, qui pourra faire appel au réseau de santé. Le réseau peut très bien être porté par un hôpital ou une association pour laquelle l'hôpital est un partenaire solide. Dans tous les cas, **le réseau ne saurait être vécu comme « le bras de l'hôpital »**.

La question de la définition du territoire se pose très vite. Nous travaillons en ce moment à l'élaboration d'un schéma d'organisation sanitaire : quel est le territoire idéal

pour un réseau de santé ? **Il semble qu'un réseau de santé ne saurait couvrir le territoire de plus de deux ou trois CLIC**, en tout cas un territoire rassemblant moins de 200 000 habitants.

Le réseau de santé et le CLIC partagent une mission commune : la prévention. La problématique du vieillissement se pose à partir de 60 ans et, dès cette période, le CLIC doit insister sur la prévention.

Jean-Michel LOBRY

Cette conception du réseau de santé correspond-elle à la doctrine ?...

Dominique ZUMINO

Je ne suis pas une spécialiste des réseaux de santé, mais j'adhère aux propos de Patrick FOURNIER. Le ministère a récemment animé un groupe de travail pour faciliter la coordination entre CLIC et réseau de santé.

Une directive de septembre 2004 a permis de clarifier le rôle des acteurs, aujourd'hui, entremêlés. Les CLIC appartiennent comme les réseaux de santé au système de santé et plusieurs réseaux agissent en parallèle. Or, l'intérêt est bien d'articuler les deux pour améliorer la prise en charge sociale.

Par ailleurs, la proximité des CLIC avec les partenaires locaux donnera aux premiers de démultiplier les actions de prévention, avec les CCAS qui octroient entre autres un soutien financier à ces actions.

Jean-Michel LOBRY

Les financements seront-ils communs ?

Dominique ZUMINO

Oui. Dès l'instant où un gestionnaire porte à la fois un CLIC et un réseau de santé, **il peut cumuler les deux financements** (à condition de remplir les missions respectives de chacun, et d'établir un budget transparent).

Jean-Michel LOBRY

Caroline FLEURIEL, quel est votre rôle dans le réseau de santé ?

## LA COORDINATION OPÉRATIONNELLE GRÂCE AU RÉSEAU DE SANTÉ

### Caroline FLEURIEL

*Directrice du service Personnes âgées / Personnes handicapées à la Ville de Lille*

Je suis intervenue dans le réseau à divers titres (responsable du CLIC, chargé de concertation...).

La création du réseau de soins doit beaucoup à la ténacité d'une équipe de travail ayant réuni pendant 3 ans François PUISIEUX (Professeur de l'hôpital gériatrique des Bateliers), Vinciane PARDESSUS (Praticien hospitalier), Catherine DUBREUCQ (directrice de Santély's Réseau), Jacques RICHIR (président de l'ASSAD<sup>13</sup>)... et moi-même.

Le projet a pris de l'ampleur avec l'adhésion des médecins, des associations d'aide à domicile...et le réseau a vu le jour en mai 2004 (l'accord de financement est intervenu en septembre 2003).

Une infirmière coordinatrice, deux gériatres à mi-temps et une secrétaire ont été recrutés.

**Le réseau a déjà pris en charge 90 situations** (dont 40 situations en commun avec le CLIC). De nombreuses situations proviennent du CLIC, mais le réseau intervient également en amont (à domicile, auprès des personnes qui présentent des problèmes de santé) ou en aval (c'est le cas lorsque l'hôpital signale la sortie d'un patient dont le maintien à domicile devient délicat).

Sur le terrain, la collaboration est permanente. Un protocole d'intervention conjoint a été établi qui constitue l'une des annexes de la convention constitutive du réseau de soins.

Le réseau de soins est aussi signataire de la charte partenariale du CLIC. Le groupe hospitalier de l'institut catholique de Lille (GHICL) s'est porté candidat pour être porteur du réseau jusqu'au transfert à un GCS<sup>14</sup>.

**Le réseau joue un rôle primordial sur la coordination opérationnelle**, son action complète celle du CLIC puisqu'une infirmière et un gériatre s'occupent des évaluations en plus de l'assistante sociale et des agents du CLIC.

La coordination institutionnelle est, elle, du ressort du CLIC qui réfléchit à l'ensemble des thématiques (habitat...).

Jean-Michel LOBRY

En vue d'un décloisonnement, le CLIC doit-il piloter ?

Caroline FLEURIEL

CLIC et réseau de santé sont complémentaires sur le terrain. Sur le versant institutionnel, c'est le CLIC qui, par l'ampleur de la tâche qu'il a à accomplir, doit piloter le dispositif partenarial.

Pour la prévention, **l'action peut être commune et se dédoubler** : le CLIC traite de la prévention des chutes en s'adressant aux personnes âgées, et le réseau parallèlement travaille avec les professionnels sur le même sujet.

La commission hébergement fournit un autre exemple de complémentarité. Le CLIC et le réseau ont ainsi fait le lien entre les hôpitaux et les maisons de retraite souhaitant ouvrir des places temporaires pour accueillir des patients à la sortie de l'hôpital. Des équipes du réseau accompagnent aujourd'hui ces patients dans les maisons de retraite.

Patrick FOURNIER

La mission d'un CLIC n'est pas seulement sociale : la problématique personne âgée implique le sanitaire. Un réseau prend en charge en nombre limité des personnes âgées, fragiles, polypathologiques, dépendantes ou à haut risques de dépendance. **Il ne saurait recueillir tous les problèmes sociaux**, sous peine d'être rapidement débordé. Le CLIC n'interpelle le réseau qu'en cas de difficultés.

Le nombre de prises en charges par le réseau n'est pas significatif puisque certains CLIC vont jusqu'à porter des situations para-médicales.

Situons notre débat dans l'évolution du système hospitalier. Aujourd'hui, le paiement à la tarification et les réformes en cours incitent les hôpitaux à faire sortir rapidement les patients, dans des conditions parfois anormales !... Le réseau ne peut pas être l'alibi pour libérer l'hôpital. Voilà pourquoi je me méfie d'un hôpital comme porteur d'un réseau de santé.

Caroline FLEURIEL

Un CLIC coordonne, et l'évaluation est partagée avec

tous les partenaires. Au domicile de la personne âgée, le CLIC fait intervenir une évaluation paramédicale, et si un CLIC signale une personne âgée en difficulté, c'est qu'une évaluation a eu lieu auparavant.

L'évaluation était déjà de qualité avant l'arrivée du réseau de santé, car elle était partenariale. En revanche, le CLIC avait davantage de difficultés à coordonner les médecins que n'en aura le réseau de santé (car il intègre lui-même des médecins).

Patrick FOURNIER

Je suis convaincu que l'évaluation laissée à un travailleur social passe à côté de certaines choses !

### ECHANGES AVEC LA SALLE

De la salle (Monique TASSERIE responsable du service social de la CRAM de Tourcoing)

Il est certain que l'évaluation menée par les travailleurs sociaux est aléatoire, tant les formations sont diverses. Mais la dimension sociale de l'évaluation reste essentielle.

Patrick FOURNIER

Nous sommes d'accord sur ce point.

De la salle (Monique TASSERIE, responsable du service social de la CRAM de Tourcoing)

Les termes « sanitaire » et « social » sont employés sans que leurs sens aient été définis. Le plan d'aide demande à être relié au projet de vie de la personne âgée, tel est l'objectif du travailleur social. Sinon, les préconisations interviennent alors que la personne âgée n'a pas eu le temps de cheminer et de réfléchir à ses besoins. Or, son adhésion aux propositions est cruciale.

Colette EYNARD

Méfions nous de l'évaluation « mise en cases » (ou « mise en cages ? »). L'évaluation n'est pas un processus linéaire aboutissant à un classement ordonné de la personne âgée dans des cases. Le nombre de cases augmente. Augmenter la qualité de la réponse exige une prise en compte de cette complexité et un contact entre les différents intervenants ayant rencontré la personne âgée. La réponse met en harmonie le projet de la personne (ce qu'elle imagine pour son avenir) et le plan d'aide.

Caroline FLEURIEL

Je ne suis pas d'accord avec la « paramédicalisation » du projet de la personne. Nos agents se rendent à domicile, et de cette expérience de terrain, nous constatons que la plupart du temps, se fait sentir un besoin de portage de repas, par exemple, et non celui d'une infirmière.

Ne nous focalisons pas sur les cas les plus lourds, **le CLIC n'a pas vocation à rencontrer toutes les personnes polyopathologiques.**

Virginie RINGLER

Les équipes médico-sociales de l'APA peuvent être un point de convergence pour assurer le passage de l'expertise du CLIC au réseau de santé.

CLIC et réseau ont tous deux des objectifs communs sur l'éducation à la santé, la prévention, la continuité de la prise en charge. Le CLIC assure une « veille sociale » une fois les problèmes sanitaires apaisés.

Un réseau de santé doit aussi s'articuler avec d'autres réseaux (le réseau pour le diabète, le réseau de soins palliatifs...) et la clé de son succès sera la relation avec le médecin traitant.

Patrick FOURNIER

L'implication du médecin généraliste est loin d'être assurée. Il est confronté à énormément de réseaux, observant chacun leur propre charte et réclamant un engagement par des formations tous azimuts. Notre réseau de santé évite au médecin généraliste la confrontation avec 50 réseaux différents.

Chacun souhaite vieillir en préservant le plus longtemps possible son autonomie. Même si la prévention n'est pas un thème porteur, puisque 20 années de travail se déroulent avant l'arrivée des premiers résultats, elle s'avère urgente.

Nous avons lancé au sein du CLIC et du réseau de santé un travail sur la prévention inimaginable sans les réseaux. **La sensibilisation débute dès la retraite.** C'est le moment où se dessine un projet de vie, où l'on peut prendre conscience qu'une vie relationnelle et sociale reste possible.

Malheureusement, le travail de prévention est si peu lisible que les élus ne s'en préoccupent pas (excepté peut-être les élus les plus âgés...). Travailler en amont soulagerait d'autant le budget de la sécurité sociale !

De la salle (Docteur BRETON, médecin psychiatre hospitalier de l'EPSM (Etablissement public de santé mentale) de l'agglomération lilloise à Saint-André) (Mon établissement d'appartenance couvre l'ensemble des pathologies mentales.)

D'abord, le vieillissement apporte son lot de problèmes de santé mentale, mais peut se préparer. Malheureusement, la Sécurité sociale ne conserve qu'un seul critère : l'âge ! (60 ans).

Ensuite, les personnes âgées sortent peut-être de plus en plus rapidement de l'hôpital, encore faut-il qu'elles puissent y entrer : l'hôpital n'a plus de locaux pour les accueillir.

Enfin, vous avez raison d'insister sur l'évaluation, et à ce sujet, je remarque que mes collègues spécialistes de la santé mentale ne sont pas facilement contactables. Le travail de liaison n'en est qu'à ses prémices.

De la salle (Robert DECROCK, conseiller Municipal de la ville de Pérenchies)

Aucune appartenance religieuse ou sociale ne nous met à l'abri du vieillissement, dont les mots-clés sont « besoins, moyens, actions ». Déterminons les besoins avant les moyens, et réunissons tous, sans exception, les partenaires de l'évaluation autour de la personne âgée !

De la salle (Paul LAUERIERE, ancien Maire de Saint-André-lez-Lille et ancien conseiller général du Nord)

Les partenaires méconnaissent les politiques hospitalières, les sorties prématurées, les placements... Les personnes âgées doivent retrouver à la sortie de l'hôpital leur lieu de vie habituel. Souvent, ils peinent à recouvrir une vie sociale, tombent à nouveau dans les difficultés, et sont des proies pour les marchands de sommeil.

A titre d'illustration, l'un des ces marchands de sommeil dans la région avait même obtenu la tutelle de personnes âgées, et allait jusqu'à percevoir leurs indemnités lui-même au bureau de Poste !... Une action du procureur a heureusement mis fin à ce scandale et la propriété a aujourd'hui disparu.

De la salle (Robert DECROCK, conseiller municipal de la ville de Pérenchies)

Je serai bientôt vieux, je me demande combien de fois vais-je être évalué ?...

Patrick FOURNIER

L'évaluation n'est pas seulement négative !... Les retraités recèlent des trésors de compétences qui ne demandent qu'à être mis en valeur. L'évaluation porte également sur ses compétences.

Richard VERCAUTEREN

*Evaluation*

Toute évaluation requiert la définition d'une norme. Cette norme reste à définir : est-elle sociale, médico-sociale ? Évalue-t-on la dépendance d'une personne ou ce qu'il reste d'indépendance chez elle ?

(Les transferts de compétences s'accompagnent parfois de transfert de financements, rarement d'opérationnalité professionnelle...).

*Synergie*

Quelle synergie peut-il exister entre un réseau de soins et un CLIC ? Être en synergie exige de reconnaître la différence (si tel n'était pas le cas, il s'agirait alors de complémentarité), et à composer avec ces différences.

*Médical et social*

Le discours médical est aussi important que le discours social, et CLIC et réseau de santé ne sont pas opposables. Tisser des liens entre les deux discours demande simplement un peu de temps.

Le terrain d'entente à long terme reste celui de la prévention, à condition que chacun donne le même sens au mot « évaluation ». L'épisode de la canicule nous offre un parfait contre-exemple. La canicule était un excès de chaleur pour les uns, un manque de chaleur humaine pour les autres... et le ministère a répondu : « créons de la climatisation » !...

Colette EYNARD

L'évaluation demeure un sujet de crispations. Chacun de nous a la tentation de rationaliser les circuits. Lors de la première réunion de coordination à Villeurbanne, un médecin libéral est arrivé en annonçant son intention de « rationaliser le circuit des personnes âgées ». Il a reconnu par la suite son erreur.

La trajectoire d'une personne âgée est ponctuée de nombreux événements, et tous les témoignages confirment que le CLIC de niveau 1 est le plus important : il écoute.

Derrière une demande très objective d'une personne se cache souvent une préoccupation plus profonde, requérant un accompagnement avec l'aide des partenaires.





## Synthèse des ateliers

### SYNTHÈSE DE L'ATELIER « QUELLE PLACE POUR LES PERSONNES ÂGÉES AU SEIN DE LA COORDINATION GÉRONTOLOGIQUE ? »

#### Atelier animé par

#### Richard VERCAUTEREN

Les personnes âgées, représentées par un syndicat ou une association, revendiquent une place dans la coordination gérontologique, qu'elles ne trouvent que partiellement dans les comités de pilotage : elles sont consultées pour les clubs ou pour les voyages, mais pas pour l'ensemble des thèmes les intéressant (place des personnes âgées dans la ville...).

Le désir de participer à la vie citoyenne ne naît pas à la retraite, il se poursuit simplement après 60 ans.

On retrouve d'ailleurs plus de consommateurs de services que d'éléments moteurs.

La représentation des personnes âgées peut être assurée par des associations comme les Petits frères des pauvres, mais **à condition que leur parole ne soit transmise qu'après écoute.**

Une autre représentation est assurée par les familles et les professionnels. Confrontées à ces derniers et à leurs dossiers techniques, les personnes âgées ressentent un immense désir d'écoute.

A 60 ans, l'on refuse à se considérer dépendant, et le CLIC qui l'évoque sans cesse paraît lointain. **En quoi les CLIC prendront-ils en charge l'avant-dépendance ?**

Les acteurs donnent l'impression de vouloir codifier l'environnement, alors que les personnes âgées parlent,

elles, d'affectif, de personnalisation. Elles se sentent enfermées. D'ailleurs, les professionnels apprennent à prendre de la distance, donc à s'éloigner de l'écoute.

Chacun entend apporter rapidement une solution à tout problème rencontré, alors que beaucoup se résolvent avec du temps (les temps de l'écoute, du mûrissement du projet de vie, de l'adhésion aux solutions...). **La parole des personnes âgées est escamotée au profit d'une solution immédiate et prise en urgence.**

### SYNTHÈSE DE L'ATELIER « QUELLE DOIT ÊTRE LA PLACE DES CLIC DANS LES MISSIONS D'ÉVALUATION ET DE SUIVI INDIVIDUEL DES PERSONNES ÂGÉES ? »

#### Atelier animé par Colette EYNARD

Le CLIC souhaite être partenaire des EMS15 dans l'évaluation afin d'éviter les doublons. L'évaluation réclame des partenaires une confiance mutuelle. Chacun doit se faire une idée de la situation, le CLIC doit donner les informations en sa possession aux EMS, et une place doit être laissée à chaque professionnel. La création d'un outil systématisant l'information doit-elle être envisagée ?

La personne âgée reste actrice de son plan d'aide, qui doit respecter son mode de vie. Aux associations de retraités de remettre le professionnel à sa juste place.

# Conclusion

**Olivier HENNO**

*Maire de Saint-André, conseiller général du Nord, président du SIVOM alliance Nord-Ouest et Michel LOOSVELT, maire de LOMPRET, vice-président du SIVOM, chargé de la concertation et de la coordination gériatriques*

---

Merci à tous d'avoir participé à nos travaux avec autant de forces. Si l'on ne parvient pas à bâtir sur ce territoire le meilleur CLIC de la région, c'est à désespérer !...

Des écueils et des réussites exposés, nous retenons quelques points en conclusion :

- la logique de territoire prévaut
- la phase de perte d'autonomie d'une personne âgée est à aborder avec beaucoup de délicatesse
- le dispositif CLIC reste complexe et réclame une communication assidue.

Les élus locaux sont souvent confrontés à des situations d'urgence, et le CLIC permettra d'anticiper ces situations, à condition de ne jamais oublier le respect de la dignité des personnes âgées et les familles.

# Sigles

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

CCAS : Centre communal d'action sociale

CLEIRPPA : Centre de liaison, d'étude, d'information et de recherche sur les problèmes des personnes âgées

CLIC : Centre local d'information et de coordination

CLIRPA : Centre local d'information pour les personnes âgées

CNAVTS : Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés

CODERPA : Comité départemental des retraités et des personnes âgées

CRAM : Caisse régionale d'assurance maladie

CROSMS : Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale

DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DGAS : Direction générale de l'action sociale

EMS : Etablissements médico-sociaux

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

GCS : Groupement de coopération sanitaire

GHICL : Groupement hospitalier de l'Institut catholique de Lille

PED : Prestation Dépendance

PLIE : Plan local pour l'insertion et l'emploi

PSD : Prestation spécifique dépendance

SIVOM : Syndicat intercommunal à vocation multiple

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

UNASSAD : Union nationale des associations de soins et services à domicile

# Notes

<sup>1</sup> La circulaire du 1er février 1972 (inscrite dans le VIe plan) détermine l'organisation et la réalisation d'un «programme finalisé pour le maintien à domicile des personnes âgées».

<sup>2</sup> Dans le cadre du programme d'action prioritaire 15 (PAP 15) explicité par la circulaire du 28 janvier 1977.

<sup>3</sup> Ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

<sup>4</sup> Le découpage en territoires succède au découpage en secteurs.

<sup>5</sup> Loi n°2004-809 relative aux libertés et responsabilités locales

<sup>6</sup> Journal officiel du 21 juillet 2001

<sup>7</sup> Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

<sup>8</sup> Service de soins infirmiers à domicile

<sup>9</sup> La circulaire Franceschi du 7 avril 1982 inscrit la coordination au cœur de la politique vieillesse en s'appuyant sur les postes de coordinateurs et les instances gérontologiques locales.

<sup>10</sup> Le CLIC possède un Point information situé dans le hall de l'hôtel de Ville : c'est un lieu d'accueil physique et téléphonique pour les personnes âgées et leur entourage.

<sup>11</sup> Union nationale des associations de soins et services à domicile

<sup>12</sup> Comité départemental des retraités et personnes âgées.

<sup>13</sup> Association de soins et de services à domicile

<sup>14</sup> Groupement de coopération sanitaire (le GCS facilite le rapprochement des structures publiques et privées, ses missions sont élargies dans le cadre du plan Hôpital 2007)

<sup>15</sup> Etablissements médico-sociaux

# Coordonnées des intervenants

EYNARD Colette

e-mail : [colette.eynard@free.fr](mailto:colette.eynard@free.fr)

FLEURIEL Caroline

téléphone : 03 20 49 52 31

e-mail : [cfleuriel@mairie-lille.fr](mailto:cfleuriel@mairie-lille.fr)

FOURNIER Patrick

téléphone : 03 21 69 12 34 / 03 20 90 01 01

e-mail : [pfournier@ch-lens.fr](mailto:pfournier@ch-lens.fr)

KOURICHE Sabrina

téléphone : 03 20 05 79 37

e-mail : [sabrina.kouriche@cram-nordpicardie.fr](mailto:sabrina.kouriche@cram-nordpicardie.fr)

LEFEBVRE Chantal

téléphone : 03 20 13 43 04

e-mail : [clefebvre@cg59.fr](mailto:clefebvre@cg59.fr)

MILOWSKI Olivier

e-mail : [o.milowski.sivom-alliance-no@wanadoo.fr](mailto:o.milowski.sivom-alliance-no@wanadoo.fr)

RINGLER Virginie

téléphone : 03 20 18 37 14

e-mail : [virgine.ringler@sante.gouv.fr](mailto:virgine.ringler@sante.gouv.fr)