

Direction générale de l'action sociale,
Sous-direction des âges de la vie
Bureau des personnes âgées (2C)

Circulaire DGAS/AVIE/2 C n° 2001-224 du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) - modalités de la campagne de labellisation pour 2001

AS 3 34
1488

NOR : MESA0130196C

(Texte non paru au *Journal officiel*)

Date d'application : immédiate.

Précédente référence : circulaire DAS/RV2 n° 2000/310 du 6 juin 2000.

Pièces jointes : 4 annexes. - Cahier des charges national 2001 du dossier de labellisation d'un CLIC ; réflexions et recommandations pour le développement des CLIC ; convention de partenariat DGAS/DGUHC/CNAV/ANAH ; composition du comité national de pilotage - COPIL CLIC.

La ministre de l'emploi et de la solidarité, la secrétaire d'Etat aux personnes âgées, à Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour mise en oeuvre]) Après la phase d'expérimentation et d'observation conduite à partir des 25 sites pilotes désignés en 2000, l'année 2001 inaugure la phase opérationnelle de développement des centres d'information et de coordination gérontologique (CLIC) et verra l'implantation d'au moins 140 nouveaux sites. Elle doit aboutir en 2005 à l'existence d'un réseau national correctement implanté, parfaitement identifié, éprouvé et pérenne, organisant un maillage cohérent du territoire national à partir des échelons locaux et départementaux, articulé aux bassins de vie qui constituent le périmètre adéquat - et à géométrie variable - de mise en oeuvre d'une politique publique répondant aux attentes concrètes de ses usagers, les personnes âgées et/ou handicapées et leur entourage.

La présente circulaire, qui prolonge les orientations de la circulaire n° 2000/310 du 6 juin 2000, a pour objectif de fixer les modalités de la campagne de développement des CLIC pour l'année 2001 et les modalités d'évaluation des 25 sites pilotes.

I. - LA DÉMARCHE RETENUE : LE LABEL

L'objectif est une extension rapide des CLIC

Les perspectives démographiques, une fois passée la pause, due au déficit des naissances de la Première guerre mondiale, qui contient le nombre de personnes très âgées en ce début de décennie, prévoient une augmentation continue du poids des octogénaires à partir de 2008-2010 et confirment l'augmentation inéluctable de la part des plus âgés dans l'ensemble de la population.

Elles conduisent les pouvoirs publics à promouvoir, au travers des CLIC, une organisation cohérente des prises en charge, principalement orientées vers le maintien à domicile.

Porter le nombre des CLIC à un millier au cours des cinq prochaines années implique la création/labellisation de 140 sites nouveaux en 2001 à raison d'un au moins par département. La délivrance du label CLIC ne renvoie pas à la production d'une norme ou à des procédures juridico-administratives du type accréditation.

Elle vaut tout à la fois :

- reconnaissance du rôle fonctionnel de la structure considérée ;
- validation de son projet social et d'un programme d'action coordonné et orienté sur le « mieux vivre » à domicile ;
- contrôle, et en contrepartie, reconnaissance de la réalité et de la qualité des services rendus ;
- appartenance à un réseau départemental et national disposant d'un système d'information, organisant des transferts de savoir-faire et la diffusion d'outils communs.

Le pragmatisme doit continuer à prévaloir comme mode de conduite des actions et par conséquent il s'agit de partir de l'existant pour donner cohérence à de multiples initiatives qui se cherchent, tâtonnent et souvent s'ignorent, pour en susciter d'autres, afin d'enclencher une dynamique sur le terrain. Il s'agit de faire en sorte que prévale une logique de complémentarité dans la mise en oeuvre d'actions impulsées par différents intervenants.

II. - LE DISPOSITIF D'ORGANISATION PROPOSÉ EN 2001

L'échelon départemental est l'échelon pertinent de mise en oeuvre, donc de pilotage et de labellisation. Le pilotage est partagé et repose sur une politique de concertation et de négociation locales (cf. page 10, annexe 2).

1. Le comité de pilotage départemental

Il faut une initiative forte, si possible conjointe, du préfet, en sa qualité de représentant de l'Etat, et du président du conseil général pour mettre en place le comité de pilotage départemental qui associera nécessairement les représentants des grandes villes (CCAS), de la CRAM et de la direction départementale de l'équipement, pour mettre autour de la table tous les acteurs légitimes de la coordination gérontologique.

Il appartient à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales et au service d'action sociale et de santé du conseil général de s'entendre sur la composition du comité de pilotage départemental dont les missions consistent à :

- dresser l'état des lieux des coordinations existantes qui constituera un élément d'appréciation du traitement équitable de tous les partenaires et de tous les projets ;
- organiser le maillage du département par le réseau des CLIC à échéance de 2005 et son articulation avec le schéma gérontologique départemental et le schéma régional d'organisation des soins ;
- organiser les opérations de labellisation c'est-à-dire l'instruction des dossiers des promoteurs se portant candidats sur la base du cahier des charges ci-joint pour être retenus comme centres locaux d'information et de coordination, en veillant à ce que soient respectés, d'une part, les équilibres et la pluralité nécessaires entre les différents porteurs de projet, d'autre part, une organisation cohérente et rationnelle correspondant aux véritables bassins de vie et corrélée aux zones d'activité des équipes médico-sociales ;

- organiser l'évaluation et le suivi du dispositif départemental, notamment à l'aide des outils méthodologiques qui résulteront de l'évaluation des 25 sites expérimentaux conduite par le comité de pilotage national ;
- réguler les opérations de financement et les partenariats financiers.

2. La procédure de labellisation

Dans ce cadre, la procédure de labellisation qui en 2001 doit concerner au moins 140 sites nouveaux, s'organise autour des modalités suivantes :

a) Rôle de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales :

- elle désigne en son sein un correspondant CLIC dont elle communique les coordonnées à la direction générale de l'action sociale (bureau 2 C, sous-direction des âges de la vie) ;
- elle organise la diffusion large et sans exclusive du cahier des charges national pour 2001, qui vaut appel à projets, assorti du document portant « réflexions et recommandations pour le développement des CLIC » ;
- elle organise l'appel à candidatures en bonne et due forme et elle reçoit l'ensemble des dossiers de candidature, en accuse réception et, le cas échéant, réclame aux candidats les informations complémentaires qu'elle juge nécessaires ;
- elle tient les dossiers de candidature reçus à la disposition du comité de pilotage départemental.

b) Obligation est faite à tout candidat à l'obtention du label CLIC :

- de produire un dossier faisant clairement apparaître les intentions et missions envisagées sur les volets social, médico-social et habitat, ainsi que le territoire qu'il entend couvrir ;
- de produire une convention de partenariat ou un protocole d'accord formalisant les objectifs quantitatifs et qualitatifs partagés entre les différents partenaires et les résultats attendus de leur coopération ;
- de produire un budget prévisionnel pour 2001 faisant apparaître les charges ou les actions financées par l'Etat et les cofinancements sollicités, escomptés ou garantis.

c) Rôle du comité de pilotage départemental :

- l'instruction des dossiers de candidature relève du comité de pilotage départemental dans la formation qu'il juge adaptée ;
- l'instruction des dossiers de candidature doit se faire au regard du cahier des charges national pour 2001 et prendre en compte les volets social, médico-social et habitat du maintien à domicile ;
- chaque comité de pilotage local est tenu de produire, à l'appui de la décision de labellisation du premier CLIC du département, le découpage départemental projeté pour 2005 - pas forcément définitivement arrêté et validé mais en cours de réflexion entre tous les partenaires -, le cas échéant, une programmation pluriannuelle détaillant les objectifs par année ainsi qu'un récapitulatif de toutes les candidatures reçues ;
- l'attribution du label CLIC est formalisé par une décision cosignée par le préfet et le président du conseil général. Le comité régional de l'organisation sanitaire et sociale (CROSS) est informé. L'attribution du label CLIC ouvre droit à un financement sur

crédits d'Etat actionnés par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales ;

- le dossier complet de chacun des CLIC labellisés devra être adressé à la direction générale de l'action sociale qui l'utilisera notamment pour alimenter le site internet (rubrique CLIC) du ministère.

La nécessité de conjuguer une réflexion stratégique sur l'organisation pertinente attendue en 2005 et une démarche pragmatique qui consiste à partir de l'existant plaide en faveur de la simplicité : là où une fois ménagé un délai suffisant de diffusion du cahier des charges national, la labellisation de tel site qui répond aux critères dudit cahier des charges fait consensus ou s'impose d'évidence, il faut faire et faire savoir de façon à enclencher le mouvement, avec l'affichage des premiers résultats à l'été.

3. Une nouvelle série de réunions interrégionales à l'automne 2001

Une nouvelle série de réunions interrégionales animées par la Direction générale de l'action sociale, ouvertes aux membres du comité de pilotage national, sera organisée à l'automne 2001 pour faire le point des avancées de la campagne 2001 et pour mettre les CLIC en situation de concourir efficacement à une large information sur le dispositif de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), appelé à remplacer, dès janvier 2002, la prestation spécifique dépendance (PSD).

III. - LE FINANCEMENT DE L'ÉTAT

En 2000, le financement des 25 sites expérimentaux est intervenu sur l'ONDAM médico-social « personnes âgées ». Ces financements de l'assurance maladie ne sont pas reconduits en 2001.

Depuis 2001, le financement des CLIC est inscrit au budget de l'Etat. Il figure au chapitre 46-31, article 50 du budget du ministère de l'emploi et de la solidarité, abondé au titre des mesures nouvelles d'un crédit de 70 MF en 2001.

Le financement de l'Etat repose sur une logique de co-financement. Ses concours ne doivent pas conduire au désengagement des autres financeurs institutionnels (départements, communes, CRAM...) mais au contraire fortifier leurs apports et consolider leur engagement en les inscrivant dans le cadre d'un développement durable conforté par un financement pérenne. L'Etat n'a pas vocation à intervenir directement mais à inciter, à mettre en cohérence, à garantir l'égalité d'accès et la pérennité des dispositifs de prise en charge : sa contribution financière doit aider à la diffusion de formules de coordination de proximité viables et éprouvées, à bâtir et à structurer un réseau national sur une base départementale.

Par conséquent, l'ensemble des financements disponibles devra être sollicité et le sera d'autant mieux que les partenaires auront la garantie du respect de procédures et de bonnes pratiques définissant les comportements jugés par consensus comme ceux à suivre et à développer.

Le financement des 25 sites pilotes de l'année 2000 est poursuivi en 2001, sans pour autant consister en la reconduction automatique et à l'identique de la dotation assurée en 2000, dont il sera, par ailleurs, rendu compte de l'utilisation ;

Le principe d'un financement forfaitaire, par niveau de label par exemple, n'est pas retenu en 2001. Le financement de l'Etat reste, comme en 2000, un financement négocié par la DDASS avec le promoteur et les cofinanceurs éventuels sur présentation d'un budget prévisionnel ou d'un budget-action. Cette règle vaut pour les sites pilotes comme pour les nouveaux CLIC ;

Chaque DDASS a reçu une dotation provisionnelle de 400 000 F, déléguée par anticipation fin 2000, afin de bien marquer le caractère systématique de la phase dite opérationnelle qui vient de commencer et qui implique tous les départements sans exception. Des ajustements peuvent intervenir, à la marge, sur le solde des 30 MF de crédits restant à répartir pour 2001. En tout état de cause, sont attendues pour le 30 juin 2001, délai de rigueur, les demandes argumentées de crédits supplémentaires correspondant, d'une part, à la quote-part du financement par l'Etat des 25 sites pilotes en 2001 (24 DDASS concernées), d'autre part, à de nouvelles propositions de labellisation, au-delà du premier CLIC prévu dans chaque département. La délégation du solde des crédits devrait intervenir d'ici la fin juillet 2001.

IV. - L'ÉVALUATION

Il importe de capitaliser les enseignements tirés de la phase d'expérimentation afin qu'ils servent de levier pour la phase de généralisation des CLIC. C'est pourquoi la direction générale de l'action sociale et le comité de pilotage national ont arrêté le principe d'une évaluation des 25 CLIC désignés sites pilotes en 2000 par un organisme extérieur, spécialisé dans le domaine de l'expertise en matière d'action sociale, dont le choix fera l'objet d'un appel d'offres.

Cette évaluation portera :

- d'une part, sur la réalité et les résultats des actions mises en oeuvre sur les sites pilotes, sur l'identification des facteurs de blocage, sur la consolidation des acquis, sur les axes de développement à impulser ou à infléchir. Il s'agit au travers de cette démarche de créer un lien fonctionnel entre ces 25 expériences de façon à instaurer un processus d'échange et de communication, à mettre au point les méthodes et les outils de formation qui permettront d'impliquer un nombre important de personnes investies de responsabilités opérationnelles et enfin de façon à préparer les acteurs à transférer leur expérience aux nouveaux intervenants et à leur faciliter l'appropriation des outils mis au point.
- d'autre part, très spécifiquement, sur le volet habitat du maintien à domicile pour analyser dans divers dispositifs expérimentaux ou existants (CLIC, sites vie autonome, dispositif IDDEAL de la CNAV), le niveau de prise en compte de l'accessibilité et de l'adaptation du logement, pour repérer les difficultés de coordination des réseaux de professionnels et pour proposer une démarche reproductible pour mobiliser efficacement les aides techniques et financières. Cette deuxième étude s'inscrit dans le cadre de la convention de partenariat DGAS/DGUHC/ANAH/CNAVTS signée le 26 février dernier et jointe en annexe à la présente circulaire.

Deux appels d'offres à paraître au deuxième trimestre 2001 préciseront les modalités de ces études dont il devra résulter un certain nombre d'outils et notamment une grille d'évaluation et des tableaux de bord de suivi d'activité mis à la disposition des comités départementaux de pilotage.

V. - LE COPIL CLIC

Un comité de pilotage national a été installé le 26 février dernier à l'initiative de la direction générale de l'action sociale. Il regroupe les représentants des directions du ministère de l'emploi et de la solidarité, des financeurs et des institutions parties prenantes de la coordination gérontologique ainsi que des personnalités qualifiées (voir composition en annexe). Sa prochaine réunion est fixée au 17 septembre prochain.

L'objectif de la constitution d'un réseau national du CLIC doté d'un système d'information en 2005 nécessite en effet une impulsion nationale et le phasage des différentes étapes du processus en cours de constitution, dans un contexte considérablement transformé par la prochaine mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Trois missions principales lui sont assignées :

Une mission d'organisation et de communication

Il doit veiller à la bonne articulation des CLIC avec les organisations existantes : réseaux et filières de soins, équipes médico-sociales, schémas gérontologiques et schémas régionaux de l'organisation sanitaire.

Il doit s'assurer du maillage cohérent du territoire.

Il doit concevoir un système d'information accessible au public : la première étape vise à permettre l'information des candidats par la présentation des CLIC sur le site du ministère (accès internet/intranet) : cahier des charges national, réalisations en cours ; ce premier travail sera présenté aux partenaires institutionnels comme une expérimentation.

Une mission d'animation et d'échange

Le COPIL CLIC doit organiser l'évaluation des 25 sites pilotes et en diffuser les résultats.

Il doit favoriser la confrontation des expériences, les transferts de savoir-faire, la diffusion et l'appropriation d'outils communs.

Une mission de médiation, en appui des comités de pilotage départementaux

Dans le cadre de la montée en charge du dispositif et de la multiplication des CLIC,

l'expertise du comité de pilotage national et de ses personnalités qualifiées sera ainsi mise à disposition des acteurs départementaux pour identifier et surmonter les causes de blocage et de dysfonctionnement.

*

* *

Une réforme radicale de la prise en charge des personnes âgées est engagée : l'allocation personnalisée d'autonomie consacrera la reconnaissance d'un nouveau droit dans le cadre de la solidarité nationale et sa mise en oeuvre dans un cadre de proximité.

Créer ce droit à l'autonomie pour les personnes âgées, c'est refuser de les réduire à n'être qu'une catégorie dépendante socialement et économiquement, un coût et une charge pour les familles et la collectivité. C'est à cette démarche que les CLIC doivent donner un sens.

Travailler activement à leur développement, au-delà de la simple expérimentation et de la juxtaposition de quelques sites, concentre la capacité à améliorer le quotidien des personnes âgées et à changer le regard porté sur elles.

*

* *

Vous voudrez bien me faire part, sous le présent timbre, des difficultés éventuelles dans la mise en oeuvre de ces instructions. Pour toute information complémentaire, je vous invite à prendre l'attache de vos correspondants habituels du bureau 2 C.

La directrice générale
de l'action sociale,
S. Léger

DGAS/2C/A/CLIC/Cahierdescharges.doc

1. Cahier des charges national pour 2001 du dossier de labellisation
d'un centre local d'information et de coordination gérontologique (CLIC)
Préambule

Le présent cahier des charges fixe, après l'expérimentation conduite au cours de l'année 2000, le cadre et les modalités de développement d'un dispositif de coordination gérontologique de proximité : le réseau national des centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC). Il concerne au moins 140 nouveaux sites pour l'année 2001.

Il a pour but de permettre au promoteur d'un CLIC de constituer le dossier indispensable à l'instruction de sa candidature par le comité de pilotage départemental.

Ce cahier des charges, enrichi au fil de la programmation pluriannuelle et destiné à structurer d'ici à 2005 un réseau bien identifié, ne sera, au mieux, stabilisé qu'au terme de l'évaluation des 25 sites pilotes. Il donne néanmoins un cadre de référence, définit les éléments constitutifs intangibles et les « fondamentaux » des coordinations dites de proximité et fixe les critères à remplir ainsi que les exigences à satisfaire pour obtenir le label CLIC.

Cette nécessaire formalisation, indispensable à l'appropriation par les acteurs des buts et objectifs qu'ils s'assignent au travers d'un projet social pour garantir aux personnes âgées le libre choix de leur mode de vie, n'est évidemment pas destiné à produire ou à figer un modèle unique. Elle vise, au contraire, à favoriser la pluralité et la diversité de modes d'organisation non standardisés, moyennant des objectifs clairement identifiés et des convictions partagées par tous les partenaires locaux.

I. - RAPPEL DES OBJECTIFS

Bâtir une politique de soutien à domicile à la hauteur des enjeux de demain implique de changer d'échelle pour mettre en cohérence les dispositifs existants et recomposer l'offre de services avec une démarche d'approche globale et personnalisée du besoin d'aide des personnes âgées. Dans ce contexte, la création d'un réseau de coordination gérontologique organisant le maillage du territoire national d'ici à 2005 constitue un axe fort de la politique gouvernementale.

Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) sont les supports de ce réseau territorialisé. Le CLIC s'adresse à tous les retraités et pas uniquement aux personnes susceptibles de bénéficier d'une prestation ou dont l'état de santé nécessite des soins. Il a vocation à connaître de tous les aspects de la vie quotidienne et à intégrer une approche globale du vieillissement permettant d'apporter des réponses préventives et opérationnelles en ce qui concerne tant le passage à la retraite, l'accès aux droits, l'accessibilité du logement et des transports, la qualité et le confort de vie, l'aménagement du territoire que la vie sociale, culturelle et sportive et par conséquent la citoyenneté. L'objectif, le cœur de la démarche auquel il faut sans cesse revenir, c'est l'amélioration de la vie quotidienne des personnes âgées.

Conçu comme un dispositif de proximité, le CLIC, en première intention, est dédié aux usagers. Il assure un accueil personnalisé et gratuit quelle que soit l'origine de la demande, qu'elle émane de la personne âgée, de sa famille, des services sociaux, du médecin traitant, d'une structure médico-sociale ou hospitalière. C'est tout à la fois un centre de ressources et d'information qui dispose d'une base de données actualisée sur l'offre de services sur le territoire qu'il couvre, un lieu d'écoute et de dialogue, une structure de communication et d'aide à la décision.

L'utilisateur redoute la complexité des circuits et le CLIC, qui se place résolument du point de

vue de l'utilisateur, doit s'organiser pour qu'il n'en subisse pas les conséquences et favoriser la mise en place de réponses plus rapides et plus complètes, avec des circuits raccourcis par des services coordonnés et reliés entre eux. On peut en attendre une rationalisation et une économie de moyens.

Cela implique une démarche souple, décentralisée, diversifiée, mais reposant sur des principes communs clairement établis, assortis de procédures et d'outils précisément définis.

A terme, il sera réalisé un annuaire national des CLIC, décliné par département et régulièrement mis à jour. L'appartenance à un réseau national, identifié par un logo, sera ainsi valorisée et permettra notamment d'accéder à un système d'information cohérent.

II. - EXIGENCES AUXQUELLES LE CLIC DOIT RÉPONDRE

La raison d'être d'un CLIC consiste à bâtir concrètement, dans un environnement donné lié aux particularités locales, un projet social qui a pour ambition de laisser aux personnes le libre choix de leur mode de vie en répondant à leur aspiration à vivre « chez soi ».

Il appartient donc à tout promoteur d'un CLIC de proposer un dossier répondant aux sept exigences suivantes :

1° L'identification d'un lieu d'accueil et d'écoute à la disposition des personnes âgées et handicapées, des familles, des professionnels.

La « coordination locale » ou « coordination de proximité » vise à mieux répondre aux besoins des retraités, des personnes âgées, dépendantes ou non dépendantes, en mettant à leur disposition l'information, les moyens et surtout les services leur permettant de rester chez eux.

Que ce soit en milieu urbain ou rural, il est indispensable que la localisation du CLIC s'opère de manière à permettre un réel service public accessible à tous.

Il appartient au promoteur du CLIC :

- de rechercher l'implantation et le ou les locaux nécessaires à l'installation du CLIC dans ses murs, formalisée par une adresse et un téléphone ;
- de veiller à ce que le local ou les locaux du CLIC soi(en)t aisément repérable(s) dans la ville, le quartier, et identifiable(s) par une enseigne ;
- de veiller à choisir une localisation d'accès facile, proche d'une desserte de transports en commun et visible à partir de la rue ;
- de veiller à la convivialité des lieux : locaux et équipements doivent être parfaitement accessibles à des personnes en situation de handicap physique et (ou) sensoriel ;
- d'organiser un service d'accueil, de permanences et d'avoir des horaires d'ouverture suffisamment amples.

2° La définition du périmètre géographique et le recensement des intervenants du CLIC :

Toute politique qui se préoccupe de l'utilisateur s'exerce sur un territoire délimité ; le territoire constitue le lieu de mise en cohérence des actions menées, tandis que l'ancrage au territoire de proximité répond au besoin de repère et de solidarité exprimé par les usagers.

Le recensement des services à développer ou à améliorer et la définition des plans d'action sont réalisés par les acteurs du dispositif de coordination et doivent permettre d'assurer sa pérennisation par la mobilisation et la recherche de financements partagés, de moyens et d'outils communs.

Il appartient au promoteur du CLIC :

De préciser l'aire géographique couverte par le CLIC :

- elle doit être définie davantage en termes de territoire (communauté de communes, d'agglomérations, pays, ville, quartier) qu'en termes de population, le critère démographique devant être relativisé et croisé avec d'autres variables : densité de population, topographie, transports, etc. ;
- elle doit être appropriée et adaptée à l'action des différents partenaires qui vont constituer le CLIC ;
- elle doit s'inscrire dans la réalité de la vie locale afin de garantir l'accessibilité au dispositif de coordination et la continuité des interventions dispensées.

De procéder au recensement de l'existant en réalisant :

- le recensement des dispositifs de prise en charge et de l'offre de services existants ;
- l'inventaire des acteurs potentiellement concernés ;
- un diagnostic de l'existant afin de mettre en exergue les besoins non satisfaits et les prises en charge à développer ou à améliorer (inventaire des modes d'hébergement, des services de proximité, des dispositifs surmontant la dichotomie domicile/établissement tels qu'accueils de jour, hébergements temporaires, gardes itinérantes de nuit, accueil familial, inventaire des consultations ou des centres d'évaluation gérontologiques, des centres experts habitat, etc.) dans l'optique d'une restructuration et d'une rationalisation de l'offre de services.

Un répertoire des services existants conçu comme un guide destiné à être largement diffusé et mis à la disposition du public, devra formaliser à moyen terme l'état des lieux ainsi réalisé. D'identifier les besoins individuels ou collectifs et les offres disponibles localement susceptibles d'y répondre :

- accès aux droits : retraite, mutualité, culture, loisirs (clubs troisième âge, associations, etc.) ;
- santé : institutions, établissements de santé et services sanitaires, professionnels de santé, représentants des organismes de sécurité sociale ;
- social et médico-social : établissements d'hébergement, services sociaux et médico-sociaux ;
- habitat-environnement matériel : professionnels de l'habitat (offre de logements adaptés, adaptation de l'habitat individuel), de l'accessibilité du logement et de l'environnement.

3° La définition précise des missions du CLIC candidat à la labellisation :

Les comités locaux d'information et de coordination reposent sur une architecture locale fondée sur une organisation sous-jacente : le réseau gérontologique qui s'entend de l'ensemble des structures sociales, sanitaires et médico-sociales, de l'ensemble des services et des professionnels qui oeuvrent auprès des personnes âgées. Ils travaillent à l'adéquation des réponses aux besoins constatés et recensés en organisant une prise en charge globale et coordonnée qui met en jeu la complémentarité des actions et des intervenants.

La coordination gérontologique recoupe un vaste ensemble de missions, de l'information des usagers à l'évaluation des effets de son action sur l'environnement et tous les CLIC n'ont pas vocation à les remplir toutes. Chaque projet doit, par conséquent, fixer l'étendue des missions envisagées, qui pourront évoluer dans le temps.

Il appartient au promoteur du CLIC, dans le contexte et l'environnement spécifique qui est le sien :

- de définir les objectifs précis et hiérarchisés qu'il s'assigne pour développer, améliorer et diversifier des services de qualité auprès des personnes âgées et/ou handicapées ;
- de recenser, mobiliser et (re)structurer, sur le territoire défini, l'ensemble des informations, des moyens et des services concourant à la qualité du maintien à domicile des personnes âgées, dans le cadre d'une prise en charge globale qui donne lieu à évaluation et suivi (cf. 2°) ;
- d'organiser son intervention coordonnée à des niveaux variables et progressifs :
- information et médiation auprès des usagers et de leur entourage, régulation de l'offre de services ;
- orientation vers le bon service ou le bon professionnel ;
- diagnostic, évaluation des besoins, plan d'aide personnalisé ;
- coordination des intervenants professionnels dans leurs pratiques et leurs formations ;
- contribution à la réflexion stratégique vis-à-vis de l'environnement (public et institutions).

Selon l'étendue des missions et des services offerts, trois niveaux de labellisation sont distingués et proposés (voir en annexe) :

- label niveau 1 : missions d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux familles ;
- label niveau 2 : prolonge le niveau 1 par les missions d'évaluation des besoins et d'élaboration du plan d'aide personnalisé ;
- label niveau 3 : prolonge le niveau 2 par les missions de mise en oeuvre, de suivi et d'adaptation du plan d'aide personnalisé.

4° L'articulation du CLIC avec les dispositifs existants :

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.

Ceci doit permettre une évaluation personnalisée des besoins des personnes âgées puis l'élaboration d'un plan d'aide qui s'exprime en termes de propositions et de prescriptions et donne lieu à l'intervention des prestataires de services compétents.

Il appartient au promoteur du CLIC :

D'identifier les dispositifs existants sur son périmètre géographique :

1. Dans le domaine des réseaux de soins (réseaux expérimentaux dits réseaux Soubie, réseaux ville-hôpital, réseaux inter-établissements, réseaux thématiques « purs » : douleur, soins palliatifs, VIH, diabète) et des réseaux de santé de proximité.

2. En matière d'équipes médico-sociales : pour l'heure essentiellement dédiées à la mise en oeuvre de la prestation spécifique dépendance (PSD), elles sont appelées demain (janvier 2002), à devenir un outil essentiel dans l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), prestation universelle destinée à remplacer la PSD tout en approfondissant la notion du plan d'aide personnalisé comme réponse « sur mesure » aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. Leur forte implication territoriale met ces équipes, pivots de la prise en charge gérontologique, en situation de travailler avec tous les acteurs locaux. Intrinsèquement rattachée à l'allocation (APA) qui financera le plan d'aide adapté à la couverture des besoins qu'elle aura évalués, l'équipe médico-sociale 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 oeuvre coordonnée des prises en charge.

3. Dans le domaine des réseaux de l'habitat et des aides techniques : caisse régionale d'assurance maladie (CRAM), direction départementale de l'équipement (DDE), agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (ANAH), centre d'information et de conseil sur les aides techniques (CICAT), PACT-ARIM, conseil d'architecture, d'urbanisme et de l'environnement (CAUE), site vie autonome, bailleurs sociaux (HLM), etc. : ce sont les partenaires avec lesquels doit s'organiser l'offre de services financiers et techniques pour les usagers confrontés à l'adaptation de leur habitat.

4. Dans le domaine des réseaux d'animation culturelle, intergénérationnelle et de vie associative.

De préciser les modalités de l'articulation du CLIC avec ces dispositifs :

- clarifier le rôle et le partage des compétences des différents acteurs de terrain ;
- structurer ou restructurer, par la nécessaire prise en compte d'un territoire partagé, l'offre de services à partir des besoins constatés ;
- proposer les modalités d'un partenariat.

5° L'articulation du CLIC avec les professionnels :

Le besoin d'aide a diverses origines : sociale, médicale, psychologique, relationnelle. La réponse à ce besoin, dans un dispositif centré sur la personne âgée pour lui permettre le choix le plus éclairé possible, ne peut pas se résumer à la juxtaposition des visions des différents professionnels et des différentes aides existantes.

Les réponses professionnelles proposées doivent reposer sur une évaluation globale et concertée de la situation et des besoins de la personne âgée, qui vit dans un domicile, généralement avec des aidants à proximité, et qui n'est pas seulement destinataire des aides mais aussi acteur de ses propres décisions. Cette évaluation concerne tant les pathologies, la dépendance que l'environnement matériel et le contexte économique, relationnel, psychologique.

Cela suppose que tous les acteurs et professionnels de terrain susceptibles d'intervenir auprès de la personne âgée soient clairement identifiés et que leurs modalités d'intervention soient précisées.

Il appartient au promoteur du CLIC :

D'identifier tous les acteurs et professionnels de terrain susceptibles d'intervenir auprès de la personne âgée :

- les assistants de service social : centre communal d'action sociale, conseil général, CRAM, MSA, équipes médico-sociales ;
- le médecin traitant-généraliste ;
- les infirmiers (relevant d'un SSIAD ou bien libéraux) ;
- le kinésithérapeute (mobilisation-marche, aide respiratoire) ;
- les autres personnels paramédicaux (pédicures, diététiciens...) ;
- les ergothérapeutes et les professionnels des aides techniques ;
- les services d'amélioration de l'habitat et d'adaptation du logement ;
- les services d'aide à domicile (aides ménagères, gardes à domicile, auxiliaires de vie..., pour l'aide à la vie quotidienne) ;
- les autres services de proximité : portage de repas et télé-alarme, petit bricolage... ;
- les associations culturelles, du troisième âge, intergénérationnelles ;
- les établissements sanitaires ou médico-sociaux : entrée et sortie d'hospitalisation, retour à domicile, bilan-évaluation, en ambulatoire, hébergement temporaire, accueil de jour.

De définir les modalités d'intervention des professionnels :

- relations fonctionnelles ;
- complémentarité, modes de coopération ;
- instances de concertation et de régulation.

De définir les modalités de l'évaluation initiale des besoins de la personne qui doit aboutir :

- soit à une simple information ;
- soit à un simple suivi ;
- soit à la proposition d'un plan d'aides (humaines et techniques) et de soins ; en ce cas, sa mise en place se fait en accord avec la personne, et il est impératif d'en assurer le suivi.

6. Les moyens nécessaires au fonctionnement du CLIC

Quels que soient le niveau et les missions couvertes - information et conseil, orientation et évaluation, coordination et suivi - les interventions du réseau que le CLIC mobilise et coordonne supposent des moyens humains et techniques sans lesquels il ne peut pas être opérationnel. Le responsable de la coordination doit être en mesure d'avoir une parfaite connaissance des modalités d'intervention des services concourant à la satisfaction des besoins identifiés et recensés.

La capacité de coordonner les réponses apportées aux besoins de la personne âgée isolée et/ou dépendante, comme de la personne handicapée, pour continuer à vivre chez elle influencera de manière décisive la qualité de la prise en charge et, partant, l'efficacité de la politique de maintien à domicile de demain.

Il appartient au promoteur du CLIC :

De définir l'équipe opérationnelle de la coordination qui inclut :

1. Le responsable de la coordination. - Le rôle de « responsable de la coordination » est essentiel, il exige compétence et légitimité et son choix doit se faire à partir :

- de son expérience dans le domaine gérontologique et de sa connaissance des services participant au soutien à domicile des personnes âgées dans le secteur sanitaire et social, associatif, de l'habitat ;
- de sa capacité à mettre à la disposition des usagers un guichet unique, quelle que soit la nature des demandes, une documentation gratuite sur l'ensemble du dispositif d'aides existant (aide ménagère à domicile, garde à domicile, accueil de jour, accueil temporaire, services d'urgence, portage de repas, adaptation du logement, aides techniques, fiscalité, mesures de protection juridique, animation, loisirs) et à se doter des outils nécessaires : banque de données actualisée, logiciels,... ;
- de sa capacité à apporter l'assistance nécessaire au montage de dossiers, destinés notamment à l'obtention de financements (adaptation du logement, etc.), de manière à en raccourcir le plus possible les délais ;
- de sa capacité à mettre en oeuvre un dossier unique par personne prise en charge, enrichi au fil des évaluations et de l'évolution des besoins ;
- de sa capacité à nourrir une réflexion avec les différents acteurs des secteurs habitat, sanitaire et social, ainsi qu'à créer une synergie entre eux, notamment en organisant l'information et la formation réciproques.

2. Un service d'accueil, d'information, de documentation.

3. Le(s) professionnel(s) qu'il faut mobiliser aux différentes étapes :

- assistant de service social ;
- ergothérapeute ;
- animateur, etc.

De déterminer les moyens nécessaires à l'information et à la documentation :

- préciser la capacité à recenser centraliser, et actualiser toutes les informations en matière de gérontologie (législation, structures, aides et procédures) : support papier, CD-ROM, banques de données, etc. ;
- préciser la capacité à informer et documenter les usagers sur l'offre de services existante pour l'adaptation du logement et de l'environnement : appartement témoin en ce qui concerne l'adaptation du logement (lieu de mise en situation et d'exposition de matériel), plaquette d'information, vidéos, etc. ;
- préciser la capacité à informer les retraités et personnes âgées sur les activités permettant de continuer à mener une vie citoyenne : bénévolat, activités associatives, culturelles, sportives ou de loisirs ;

De rechercher les moyens financiers envisagés : préciser les financements prévus et/ou recherchés, leur pérennisation.

7. Les modalités de la formalisation du partenariat qu'implique le CLIC

La coordination ne peut subsister dans l'informel. Il est indispensable d'identifier les valeurs partagées, de clarifier les objectifs et les missions ainsi que les engagements, en termes financiers notamment. Même si elle nécessite du temps, la formalisation du partenariat et du contrat qui va lier les acteurs sur un territoire donné par un accord écrit-protocole, convention, cahier des charges est indispensable.

Il appartient au promoteur du CLIC :

- de définir le projet social, les objectifs de la coordination et la finalité de son action ;
- de définir les principes de la coordination, les valeurs sur lesquelles se fonde l'action commune et sur lesquelles il doit y avoir consensus entre les partenaires ;
- de définir les règles du jeu : la répartition des rôles, la meilleure gestion de la complexité et des urgences ;
- de définir la forme sous laquelle se matérialise le partenariat : cahier des charges, convention, protocole, outils communs, etc.

III. - MODALITÉS DE SÉLECTION DES DOSSIERS DE CANDIDATURE

1. L'instruction des dossiers de candidature relève du comité de pilotage départemental dans la formation qu'il juge adaptée.

2. Obligation est faite à tout candidat à l'obtention du label CLIC :

- de répondre de manière claire et explicite aux exigences énoncées dans le présent cahier des charges ;

- de produire une convention de partenariat ou un protocole d'accord formalisant les objectifs quantitatifs et qualitatifs partagés entre les différents partenaires et les résultats attendus de leur coopération.

3. L'attribution du label CLIC est formalisée par une décision cosignée par le préfet et le président du conseil général. Le comité régional de l'organisation sanitaire et sociale (CROSS) est informé. L'attribution du label CLIC ouvre droit à un financement sur crédits d'Etat actionnés par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales.

IV. - FINANCEMENT DES CLIC

1. A partir de 2001, le financement des CLIC est inscrit au budget de l'Etat. Il figure au chapitre 46.31 du budget du ministère de l'emploi et de la solidarité, abondé à ce titre d'un crédit de 70 MF en 2001, appelé à être complété au cours des années suivantes.

2. Le financement de l'Etat repose sur une logique de cofinancement.

Ses concours ne doivent pas conduire au désengagement des autres financeurs institutionnels (départements, communes, CRAM...), mais au contraire fortifier leurs apports et consolider leur engagement en les inscrivant dans le cadre d'un développement durable. L'Etat n'a pas vocation à intervenir directement mais à inciter, à mettre en cohérence, à garantir l'égalité d'accès et la pérennité des dispositifs de prise en charge : sa contribution financière doit aider à la diffusion de formules de coordination de proximité viables et éprouvées, à bâtir un réseau national structuré sur une base départementale.

Par conséquent, l'ensemble des financements disponibles devra être sollicité et le sera d'autant mieux que les partenaires auront la garantie du respect de procédures et de bonnes pratiques définissant les comportements jugés par consensus comme ceux à suivre et à développer.

3. Le financement s'opère « sur mesure » au vu d'un budget prévisionnel ou d'un budget action négocié entre le promoteur et les cofinanceurs représentés au sein du comité de pilotage départemental.

4. Le principe de la pérennité du financement de l'Etat n'induit pas la pérennisation automatique - ou la reconduction à l'identique - de la dotation de chaque CLIC en particulier. Il pose au contraire, en contrepartie, le principe symétrique du contrôle, pour chaque CLIC bénéficiaire, de la bonne utilisation de la subvention de l'Etat, conformément aux objectifs affichés.

Dès l'année N + 1 de la labellisation, un compte de résultats de l'année N est produit à l'appui du budget prévisionnel de chaque CLIC.

V. - L'ÉVALUATION DES CLIC

1. L'attribution du label vaut engagement du promoteur de produire un rapport annuel d'activité au comité de pilotage départemental, dont la trame pourra être fixée par ce dernier.

2. Le rapport d'activité formalise une démarche d'évaluation resituant régulièrement l'action du CLIC dans son environnement, permettant d'en apprécier les effets quantitatifs et, le cas échéant, d'en rectifier le cours. Il repose sur des données traduisant la réalité des actions menées - nombre de personnes accueillies, nombre de personnes prises en charge, durée moyenne de prise en charge, coût par personne, relevés des incidents - et sur des indicateurs qualitatifs - information des personnes âgées, actions de prévention, indice de satisfaction, efficacité-coût. Il a pour objet de clarifier les écarts entre les objectifs et les résultats réellement produits, d'établir les côtés forts et les côtés faibles, afin de repérer les facteurs de blocage dans le fonctionnement. Il constitue, à ces titres, un instrument de pilotage.

3. Reste à définir ce qu'on évalue : il appartient, ainsi, au comité de pilotage départemental de

définir pour chaque site, en fonction de ses missions et de son niveau d'intervention, les principaux items sur lesquels le rendement de l'action et la conduite du projet seront appréciés.

*

* *

Le présent cahier des charges peut utilement être éclairé par le document ci-joint portant « réflexions et recommandations pour le développement des centres locaux d'information et de coordination gérontologiques ». Disponible auprès des DDASS et des DRASS, il a été diffusé aux conseils généraux et au réseau des CRAM (branche vieillesse).

C'est le cadre à partir duquel une dynamique doit s'enclencher afin de conduire, en 2001, une phase du développement de 140 sites nouveaux, deuxième étape du plan pluriannuel 2000-2005.

supprimé pour essai voir PF problème sur Supplément

ANNEXE

Label niveau 1

Il correspond aux missions d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux familles. Il suppose l'existence d'un local de permanence facilement repérable, d'un accueil téléphonique au-delà des heures ouvrables, d'une base de données compilant les demandes, les attentes, les besoins et les confrontant aux offres disponibles. Il doit proposer à la fois une information sur les aides et prestations disponibles ainsi que, chaque fois que possible, les dossiers de demande nécessaires à leur obtention et l'orientation de la personne âgée vers le dispositif d'offre de services approprié.

Le label niveau 1 est la porte d'entrée dans le dispositif CLIC : il fédère les organismes agissant sur un secteur donné, contribue à leur mise en relation pour bâtir un dispositif plus cohérent. Rencontres informelles, réunions, circulation de l'information sont les moyens de cette construction. Le lieu unique, le fichier unique et les bénéfices pour les usagers en termes de meilleure information et de circuits raccourcis en sont les aboutissements. Cependant, le CLIC de niveau 1 doit à moyen terme - 18 mois, deux ans - évoluer vers le niveau 2, voire 3, la notion de guichet - trop anonyme et qui ne rend pas compte d'un traitement singulier des demandes - devant céder le pas au « sur mesure », à l'évaluation des besoins et au plan d'aide personnalisé.

Label niveau 2

Il prolonge le niveau 1 par les missions d'évaluation des besoins et d'élaboration du plan d'aide personnalisé en concertation avec la personne âgée et son entourage. La palette de services qu'il propose est partielle - groupes de paroles, actions de formation - information, actions de prévention - et le suivi de la mise en oeuvre du plan d'aide, s'il existe, n'est pas systématique.

Il contribue à repérer les besoins des personnes âgées, individuels ou collectifs, à détecter les situations de crise et de rupture et à les anticiper chaque fois que possible. Il développe un volet spécifique d'aide aux aidants naturels, au travers de « relais d'aide » qui peuvent voir le jour rapidement à partir de services ou de structures déjà existants afin de structurer une politique d'appui aux familles en prévenant les situations d'enfermement, d'isolement et d'épuisement. Il propose des réponses adaptées aux situations et diversifiées.

Label niveau 3

Il prolonge le niveau 2 par les missions de mise en oeuvre, de suivi et d'adaptation du plan d'aide personnalisé. Il aide à la constitution des dossiers de prise en charge. Il permet d'actionner les services de soins infirmiers à domicile, les services d'aide ménagère, l'accueil de jour, le portage des repas, les aides techniques, les services de transport, de menus travaux. Le partenariat avec les établissements sanitaires et médico-sociaux est formalisé par convention. La palette des services est complète, le suivi organisé, les situations d'urgence et de crise gérées. A terme, c'est à ce niveau de labellisation que doivent tendre tous les CLIC. Il suppose une interaction des différents partenaires et une action sur les différentes structures.

supprimé pour essai voir PF problème sur Supplément
Ministère de l'emploi et de la solidarité
DGAS/2C/A/CLIC/réflexions.doc

A l'attention des services instructeurs
A l'attention des promoteurs

2. Réflexions et recommandations pour le développement des centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC)

« Nous voulons créer des lieux bien identifiés où les personnes âgées pourront connaître leurs droits et l'ensemble des possibilités de prise en charge. Des centres de liaison, d'information et de coordination vont être créés cette année à titre expérimental. Dans un horizon de cinq ans, un millier de ces centres devraient couvrir l'ensemble du territoire. »

Déclaration du Premier ministre
sur l'avenir des retraites (21 mars 2000)

Les cinq réunions interrégionales organisées au cours du 4^e trimestre 2000 pour faire le point sur l'organisation et le développement des 25 sites pilotes et destinées à nourrir la réflexion en vue de bâtir le cahier des charges national pour 2001 ont mis en exergue quelques recommandations qui font l'objet du présent document.

I. - LE PÉRIMÈTRE GÉOGRAPHIQUE DES CLIC ET LEUR ORGANISATION TERRITORIALE DOIVENT DONNER LIEU À UNE NÉGOCIATION LOCALE

Toute politique qui se préoccupe de l'usager s'exerce sur un territoire délimité : le territoire de proximité constitue le lieu de mise en cohérence des actions menées. La territorialisation des politiques publiques constitue un mode de réponse basé sur une définition spatiale des besoins dans un contexte où la complexité des problèmes à résoudre impose des procédures de partenariat et de concertation entre les acteurs locaux.

La zone d'attraction du CLIC est définie au niveau infra-départemental. La loi du 12 juillet 1999 sur la coopération intercommunale et celle du 25 juin 1999 sur l'aménagement et le développement durable du territoire permettent à de nouvelles formes d'organisation territoriale de voir le jour. En particulier, agglomérations et pays constituent des cadres plus souples et des réseaux plus actifs pour adapter localement la politique d'aménagement du territoire. L'ancrage des CLIC sur les « bassins de vie » (quartier, ville, agglomération, pays, groupement de cantons, territoire d'action intercommunale...) peut ne pas coïncider exactement avec les frontières départementales. Selon la configuration locale, le CLIC concernera ainsi une population de l'ordre de 7 000 à 10 000 personnes âgées de 60 ans et plus en milieu rural et de 15 000 en milieu urbain. Le critère démographique sera relativisé et croisé avec d'autres critères : densité de population, topographie, moyens de communication...

Les spécificités des zones de montagne et du milieu rural caractérisés par la faible densité de population, le vieillissement supérieur à la moyenne, l'habitat dispersé devront être prises en compte de façon à ce que l'égalité de traitement des usagers constitue un des critères du maillage territorial. Des équipes mobiles pourront, le cas échéant, aider à trouver un équilibre entre les temps de transport et les volumes de population nécessaires à la mise en oeuvre des politiques publiques.

Engager la phase fonctionnelle de production des CLIC à grande échelle exige une réflexion stratégique des acteurs locaux sur l'organisation territoriale et le maillage départemental voulus et attendus en 2005 pour couvrir les besoins de la population locale : combien de CLIC et où ? quel découpage pertinent du territoire départemental ?

Cela implique de :

1° Recenser l'existant en matière d'organisation et d'offre de services. L'inventaire des acteurs potentiellement concernés doit être dressé en identifiant les champs de compétences et les domaines respectifs d'intervention : institutions, établissements de santé et services sanitaires, établissements d'hébergement, services sociaux et médico-sociaux, professionnels de santé, représentants des organismes de sécurité sociale, professionnels de l'adaptation de l'habitat et de l'accessibilité du logement.

La qualité de l'état des lieux implique, au travers du recensement des dispositifs de prise en charge et de l'offre de services, un diagnostic de l'existant et doit permettre de mettre en exergue les besoins non satisfaits et les prises en charge à développer ou à améliorer (inventaire des modes d'hébergement, des services de proximité, des dispositifs surmontant la dichotomie domicile-établissement tels que accueils de jour, hébergements temporaires, gardes itinérantes de nuit, des consultations ou des centres d'évaluation gérontologiques, des centres experts habitat etc.), dans l'optique d'une restructuration et d'une rationalisation de l'offre de services.

2° Prendre appui sur l'organisation territoriale existante et non d'accroître la sectorisation et la parcellisation : il ne s'agit pas de brouiller les messages et d'ajouter un découpage territorial spécifique aux CLIC. Il s'agit de partir de ce qui existe en matière de schéma gérontologique dans de nombreux départements (fin 1999, 82 % des départements étaient dotés d'un schéma gérontologique, même si ces documents représentent un ensemble hétérogène), en opérant les connexions utiles avec les schémas régionaux de l'organisation sanitaire (SROS) mais aussi avec les schémas de services collectifs prévus par la loi d'orientation du 25 juin 1999 sur l'aménagement et le développement durable du territoire (LOADDT) et en particulier le schéma des services sanitaires qui vise à corriger les inégalités d'offre de soins entre régions et à l'intérieur des régions, tout en donnant des perspectives pour prévenir les risques inhérents au vieillissement de la population.

De même, afin de tirer parti de la synergie qui résulte de la mise en commun de moyens et de services publics, et sans qu'il soit question de définir un statut unique ou contraignant, les CLIC peuvent parfaitement être intégrés, par voie de convention, aux nouvelles « maisons de services publics » visées par la loi Loaddt du 25 juin 1999 déjà citée - appellation qui recouvre les points publics en milieu rural et les plates formes de services publics en milieu urbain - voire même en constituer à eux seuls. Ils peuvent aussi, sur un autre registre, permettre d'utiliser les locaux des services publics fermés ou menacés de l'être dans une perspective d'aménagement « social » du territoire et bénéficier ainsi d'une logistique existante.

3° Conduire une négociation locale validant le découpage départemental projeté pour 2005, l'implantation des CLIC, leur programmation pluriannuelle et organisant le partage du territoire entre les différents acteurs légitimes.

Pour piloter la phase de développement des CLIC au cours des années 2001/2002, il faut préalablement dresser les plans et s'entendre sur la configuration recherchée en fin de

programmation : définir leur implantation départementale, l'articulation souhaitable entre leurs différents niveaux pour tirer le meilleur parti des moyens disponibles, leur synergie avec les réseaux et filières du champ sanitaire afin de dépasser le clivage entre le sanitaire et le social et bâtir un calendrier inversé de programmation à cinq ans.

Cela nécessite de conduire une concertation et une véritable négociation locale associant tous les acteurs potentiels et légitimes, institutionnels et associatifs, pour qu'ils s'entendent, valident, et arrêtent ensemble l'organisation territoriale départementale des CLIC.

Il est impossible de faire l'impasse sur cette confrontation ou de la différer, ce « processus décisionnel négocié » qui implique une modification des modes de relations pour passer de la juxtaposition (des acteurs, des dispositifs) à l'échange, de la concurrence à la complémentarité, d'une stratégie d'isolement ou d'opposition à une stratégie d'alliances et de partenariat. L'impératif d'une décision partagée vaut garantie du projet collectif et barrière contre toute velléité d'hégémonie.

Une fois l'organisation des territoires réfléchie, fixée et validée - dans un certain nombre de départements, il conviendra simplement de confirmer et de compléter le schéma gérontologique départemental pour y inscrire les CLIC -, des procédures adéquates permettront de recueillir les candidatures circonstanciées des porteurs de projet pour animer tel comité local d'information et de coordination dans tel secteur ou pôle gérontologique du département considéré.

4° Installer un comité de pilotage local dans lequel les services de l'Etat ont partie liée avec les conseils généraux et les services homologues du département.

Le domaine gérontologique, à cheval sur le sanitaire et le social, pose des problèmes de frontières qui ne facilitent pas un partage clair des responsabilités. L'imbrication, la nature indissociablement sociale et médicale des réponses aux problèmes posés par la prise en charge des personnes âgées - en particulier celle du grand âge dépendant -, le caractère fragmenté de l'intervention sont de bons révélateurs de la complexité des circuits décisionnels, d'autant que la décentralisation et le transfert des compétences en matière sociale, qui ont conduit à ce que les politiques gérontologiques locales ne soient plus régies par des normes définies au sommet de l'Etat, se sont néanmoins accompagnées d'un mouvement de concentration au niveau régional et central en matière sanitaire. Dans ces conditions, également légitimes - garant de la continuité et du développement durable pour l'un ; de la proximité du niveau décisionnel rehaussée d'une légitimité issue du suffrage universel pour l'autre - l'Etat et le département ont partie liée pour un pilotage partagé.

Il en résulte que le département est l'échelon opérationnel cohérent et pertinent de programmation des CLIC, que le comité de pilotage local est de niveau départemental et qu'il regroupe autour de la DDASS-Etat et de la direction de la solidarité départementale l'ensemble des acteurs locaux ou les principaux d'entre eux notamment les grandes villes (CCAS) et les CRAM. Ce partenariat est un préalable indispensable, quelle que soit la formalisation qui lui sera donnée (comité de pilotage, comité de liaison etc.).

La programmation des CLIC dans les schémas gérontologiques et la procédure de labellisation sont les deux portes d'entrée, les deux sujets sur lesquels les partenaires locaux doivent trouver un accord, parvenir à un consensus ou à un compromis et contractualiser.

II. - IL FAUT VEILLER À L'ARTICULATION DES CLIC AVEC LES DISPOSITIFS EXISTANTS

La phase de développement (années 2001/2002) des CLIC intervient avec, en toile de fond, la multiplication des acteurs, la dissémination des circuits décisionnels, dans un paysage local où cohabitent et se juxtaposent des dispositifs susceptibles de leur faire écho, qu'il s'agisse des équipes médico-sociales d'évaluation du besoin d'aide, des réseaux de soins ou encore du

fonds d'aide à la qualité des soins de ville créé pour cinq ans au sein de la CNAMTS le 1er janvier 1999.

Articulation des CLIC avec les équipes médico-sociales

L'équipe médico-sociale de proximité (EMS), composée d'au moins un médecin et un travailleur social, qui se rend au domicile de la personne âgée, représente, avec la formalisation du plan d'aide individuel, l'innovation principale de la loi du 24 janvier 1997 instituant la prestation spécifique dépendance (PSD). Pivotal de la prise en charge gériatrique organisée au niveau local, son activité, centrée sur l'évaluation de la situation de la personne et l'élaboration d'un plan d'aide individuel, contient les ingrédients pour corriger l'éclatement actuel des services et instaurer une synergie à leur action. Parfaitement localisées, intervenant sur un territoire préalablement délimité, leur forte implication territoriale met les EMS en situation de travailler avec tous les acteurs locaux.

La qualité de ces équipes, la pertinence de leur mode d'intervention sont reconnues et le préalable à la future APA, dès lors qu'elle est conçue comme une prestation universelle, consiste précisément à créer une organisation capable de mobiliser le potentiel des compétences existantes au plan local et donc à accroître le nombre des équipes médico-sociales de terrain.

Il est souhaitable qu'à terme elles aient pour mission de servir, sur le territoire considéré, toute la population des personnes de 60 ans et plus ayant besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne et, dès lors, elles ont vocation à passer convention avec le CLIC de leur ressort territorial pour le signalement mutuel des situations d'isolement et de perte d'autonomie, pour la mise en oeuvre et le suivi des plans d'aide. Le CLIC qui organise la coordination des dispositifs de prise en charge est en interaction évidente avec l'EMS.

Celle-ci paramètre le plan d'aide établi en concertation avec la personne âgée et prescrit par conséquent des interventions dont le CLIC, en aval, favorise la mise en oeuvre coordonnée. L'appel d'air que va constituer la mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) doit conduire à préciser rigoureusement les rôles : l'évaluation des besoins, la définition des plans d'aide personnalisés sont du ressort des équipes médico-sociales tandis qu'il revient aux CLIC - qui ne distribuent pas une allocation -, en aval des EMS, de relayer l'information sur l'APA, de susciter une dynamique de partenariat et la synergie des acteurs pour faciliter un accès effectif aux droits.

Articulation des réseaux de soins et des coordinations gériatriques de proximité

D'emblée, il apparaît que le CLIC a un rôle fédérateur, va au-delà des réseaux de soins et de santé puisqu'il prend en compte tous les services concourant au maintien à domicile des personnes âgées. Il couvre non seulement le volet sanitaire mais aussi les volets social et habitat de la vie quotidienne.

Le CLIC doit concourir à décloisonner les divers dispositifs, les logiques professionnelles qu'ils sous-tendent, et à assurer la cohérence d'outils de pilotage tels que les schémas gériatriques départementaux, les schémas régionaux d'organisation des soins, les contrats d'objectifs et de moyens négociés entre les DDASS et les structures hospitalières, les comités régionaux des réseaux (ARH/ DDASS/ DRASS/ CRAM/ CPAM/ URCAM/régionalisation de la procédure d'agrément des réseaux) qui représentent des passerelles entre les champs sanitaire, social et médico-social.

Les notions de réseaux et de filières auxquelles les ordonnances du 24 avril 1996 ont donné une base législative renvoient, à l'heure actuelle, à des expériences dans le champ sanitaire en

vue de dépasser les clivages - juridiques, financiers et entre les diverses disciplines - et de garantir aux patients une prise en charge de qualité.

Les réseaux Soubie sont des réseaux expérimentaux qui relèvent du code de la sécurité sociale (art. L. 162-31.1). Ils reposent sur une convention avec la caisse locale d'assurance maladie prévoyant, dans un cadre expérimental de trois ans, certaines dérogations pour assurer un financement mieux adapté des actions prévues ainsi que les modalités de leur évaluation médico-économique.

Les réseaux ville hôpital ont pour objet d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité « (art. L. 712-3-2 du code de la santé publique). Il peut s'agir de réseaux inter établissements - entre établissements hospitaliers de différents niveaux pour la formation médicale continue, entre établissements publics et/ou privés - de réseaux thématiques ou encore de réseaux associant des médecins libéraux et d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire. Ces réseaux passent une convention avec l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et sont soumis à l'accréditation. Ils peuvent permettre une complémentarité entre des établissements de santé. Ils comprennent les soins, au sein de ces établissements, à des populations âgées et devraient donc être l'un des éléments du CLIC.

Les réseaux de soins thématiques sont par exemple les réseaux de lutte contre la douleur, les réseaux de soins palliatifs, ceux relatifs à la prise en charge d'une affection telle que le diabète. Les trois thèmes cités font partie intégrante des soins destinés aux populations âgées. S'il se développe un CLIC dans une zone géographique où existe un tel réseau, ce dernier pourra en être l'un des éléments constitutifs ; en tout état de cause, il en sera tenu compte pour l'organisation du CLIC.

Prescripteurs, prestataires de services et coordonnateur

L'évaluation personnalisée des besoins puis l'élaboration d'un plan d'aide s'expriment en termes de propositions et de prescriptions qui donnent lieu à l'intervention des prestataires de services compétents. Dès lors, il est légitime de s'interroger sur la compatibilité des rôles de prescripteur et de prestataire et de postuler leur antagonisme, y compris à l'aune du libre choix de l'usager que son besoin d'aide ne peut, en aucune manière, rendre captif.

Cette pétition de principe doit permettre sur la durée, de clarifier le rôle et les compétences - et partant la légitimité - des multiples acteurs de terrain et de restructurer, par la nécessaire prise en compte d'un territoire partagé, l'offre de services à partir des besoins constatés. L'offre de services, il est vrai, est inégalement répartie sur le territoire et les équipes médico-sociales sont trop peu nombreuses. Cela plaide pour que, là où le prescripteur est aussi, du fait de l'existant, le prestataire des aides qu'il a recommandées, l'évaluation a posteriori de son action soit conduite par un tiers extérieur de type équipe médico-sociale départementale.

III. - SURMONTER LE CLOISONNEMENT DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET DÉVELOPPER UNE CULTURE FONDÉE SUR L'ÉCHANGE

Évaluation, orientation, coordination et suivi constituent les missions du réseau qui comprend tous les acteurs de terrain susceptibles d'intervenir auprès de la personne âgée : services d'aide à domicile, médecins, infirmières, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, services sociaux, hôpitaux, services de tutelle, bénévoles etc.

L'évaluation initiale des besoins de la personne aboutit :

- soit à un simple suivi ;
- soit à la proposition d'un plan d'aides (humaines et techniques) et de soins ; en ce cas, sa mise en place se fait en accord avec la personne, et il est impératif d'en assurer un suivi.

Interviennent donc, en tant que de besoin en fonction de l'état de santé de la personne, sur

prescription ou demande du médecin traitant pour les personnes présentant des situations complexes poly-pathologiques :

- les différents services hospitaliers (court séjour, soins de suite et de réadaptation) ;
- les intervenants du secteur psychiatrique ;
- les professionnels de santé libéraux ;
- les services d'aide ménagère ;
- les services aux personnes ;
- les services pourvoyeurs d'aides techniques.

Le responsable de la coordination : compétence et légitimité

La réponse au besoin d'aide des personnes âgées dépendantes n'est pas seulement quantitative mais qualitative. Le préalable à des prestations (nouvelles), quelles qu'elles soient, est de créer une organisation capable de mobiliser le potentiel des compétences existant dans un domaine donné.

Cette mobilisation passe par la coordination institutionnelle, l'évaluation de la situation de la personne et la coordination professionnelle des services dans le cadre d'un processus décentralisé à l'intérieur même des départements.

La fonction de coordonnateur, son rôle sont au coeur du projet. Il n'est pas, sauf exception, le coordonnateur des intervenants au domicile de la personne âgée, c'est pourquoi le vocable « responsable de la coordination » sera préféré à « coordonnateur ».

Son profil ne peut être défini ni à partir d'un niveau de diplôme ni à partir d'un rôle dominant mais à partir du contrat qui va lier les acteurs sur un territoire donné et qu'un accord formalisé - protocole, convention, cahier des charges... - va légitimer. C'est son expérience dans le domaine gérontologique, sa compétence, sa reconnaissance par les autres professionnels, sa capacité à nourrir une réflexion commune qui importent. C'est pourquoi, il convient de s'interroger sur la place des emplois jeunes, auxquels il est légitime de recourir, dans le dispositif CLIC : leur capacité à assumer un soutien logistique (secrétariat, information des usagers, circulation de l'information entre les professionnels) ne peut être confondue avec celle d'assumer le rôle et les fonctions du responsable de la coordination. Le partenariat qu'il anime ne relève pas, en effet, d'une logique purement gestionnaire. Sous son impulsion, ce partenariat est producteur d'une régulation autonome, c'est-à-dire d'un travail collectif d'élaboration de réponses nouvelles, plus adaptées, plus flexibles et localisées.

Place et rôle du médecin traitant

Le rôle du médecin traitant est distinct de celui de l'équipe médico-sociale. Il doit être impliqué dans l'évaluation de l'état de dépendance de la personne âgée afin d'apporter les éléments complémentaires, en particulier sur l'état médical de la personne. A ce titre, sa participation à l'évaluation gérontologique du patient soit lors de la visite à domicile, soit pour une réunion de synthèse, justifierait une rémunération en rapport.

Le médecin de famille connaît la personne et son entourage : il est souvent le premier recours d'une personne ayant besoin d'aide. Il pourra mieux que quiconque proposer des aides, y compris en prévention d'aggravation de situation : prévoir des systèmes antidérapants dans la douche ou la baignoire, adaptation de l'environnement avec une pose de barres d'appui...

« L'évaluation du programme expérimental de prévention et de coordination gérontologiques dans le bassin de vie de Lunel met en lumière une évidente mobilisation des professionnels autour de la démarche gérontologique globale et en détaille les contours comme suit :

- des médecins généralistes devenus réceptifs à un travail en réseau avec les autres professionnels de la gérontologie ;

- une plus grande difficulté pour conduire les infirmiers et **infirmières libérales** à participer à l'évaluation ;
- des professionnels du secteur social qui s'impliquent mais qui sont encore limités par les cloisonnements institutionnels.

S'agissant des médecins, l'étude précise qu'à Lunel l'implication des médecins généralistes a été effective. Pour y parvenir, les méthodes en vigueur dans la visite médicale de l'industrie pharmaceutique ont été utilisées (démarchage des médecins libéraux par le médecin attaché à la coordination qui n'est pas un généraliste, "concurrent potentiel, mais un médecin de santé publique). Leur efficacité s'est confirmée. Des relations individuelles avec tous les médecins généralistes ont pu être tissées. Depuis cette expérience, les médecins généralistes sont systématiquement informés par une fiche de transmission et de coordination quand des personnes de leur clientèle sont vues dans le cadre du BIG (bureau d'information gérontologique). Ils sont impliqués dans des réunions de concertation et de proposition lorsque les situations sont complexes pour apporter des éléments supplémentaires, en particulier sur l'état médical de la personne. Cette implication des médecins généralistes s'est confirmée par la suite. Ainsi, au stade final de l'expérience où sa pérennisation était en débat, ce sont les médecins généralistes qui, à travers le conseil d'établissement de l'hôpital, ont joué un rôle décisif. Cette expérience a montré qu'en développant des techniques personnalisées, il est possible de développer des collaborations avec ce corps professionnel sur des projets ayant trait à la protection sociale. Les organismes de sécurité sociale auraient beaucoup à gagner en s'appuyant sur ce type de relations avec les médecins libéraux : symétriques, individuelles et orientées vers la technique. »

La nécessaire modernisation de l'aide à domicile et la reconnaissance des compétences

L'organisation sociale du travail a isolé le travail domestique et familial du travail professionnel. La profession des aides à domicile est marquée aujourd'hui encore par la dévalorisation des compétences acquises dans la sphère familiale et dans toutes les activités de la vie quotidienne alors même que l'identification et la reconnaissance de ces compétences sont les conditions de les déléguer à d'autres. Car c'est le plus souvent dans l'urgence, à l'occasion de situations de rupture ou de crise, que l'aide informelle déployée par la solidarité familiale se révèle en même temps qu'elle exprime ses limites puisque quelque chose a changé et nécessite de déléguer des tâches à un tiers extérieur.

Cette question de la délégation est doublement complexe. Complexe pour les familles : « comprendre ce qui fait que des familles délèguent ces tâches ou, au contraire, les assurent jusque dans l'aliénation domestique, suppose d'entrer dans cette "boîte noire familiale, pour tenter d'accéder aux arbitrages économiques et affectifs », souligne très justement Claude Martin. Complexe aussi pour les structures de service à domicile et leurs salariés : il faut traduire la demande en termes de mission et de contrat de travail et donc l'objectiver et il faut investir la sphère privée comme un lieu de travail alors que les personnes qui ont recours aux prestations sont dans une situation de demande contrainte due à une perte d'autonomie dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne.

La solitude dans l'exercice professionnel, l'insuffisance d'encadrement et l'absence fréquente d'un tiers référent, qui protège aussi bien la personne aidée que l'intervenant, sont des facteurs de fragilité pour les personnels et plaident pour repenser les modalités de leur formation et leur statut.

Conformément aux préconisations du rapport élaboré par Mme Guinchard-Kunstler, alors députée du Doubs, un comité de pilotage chargé de poser les principes qui doivent présider à la construction d'une filière professionnelle et des formations de l'aide à domicile a été installé

en juin 2000. Présidé par un inspecteur général des affaires sociales (IGAS), il réunit toutes les directions concernées du ministère et les représentants des fédérations et des professionnels pour travailler à l'élaboration d'un « référentiel métier » rénové des aides à domicile, à la réforme du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (CAFAD) intégrant la validation des acquis professionnels et au développement des passerelles entre les formations du champ social et du champ sanitaire.

Par ailleurs, la démarche de modernisation et de qualité dans l'aide à domicile est inscrite dans le projet de loi relatif à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie qui institue notamment un fonds de modernisation de l'aide à domicile destiné, sous le pilotage de l'Etat, à promouvoir les actions innovantes, à renforcer la professionnalisation et à développer la qualité des services d'aide à domicile.

Les professionnels de l'habitat

Alors que l'objectif d'intégration dans la société affirmé aux débuts des années soixante demeure inchangé, les évolutions sociales et technologiques placent l'adaptation de l'environnement matériel - qui ne se réduit pas aux espaces et aux objets mais concerne l'ensemble du « tissu social » - et du logement au coeur de la problématique du maintien à domicile. Elle constitue une condition essentielle, voire un préalable.

En 1989, Pierre Laroque dressait en ces termes le bilan de la politique vieillesse : « équipements plus nombreux, dispersion des outils..., l'ensemble de ces éléments ne constitue pas une politique globale ». Ainsi, alors que les services de soutien à domicile ont connu un développement important, les prestations pour adapter l'habitat sont restées largement méconnues. Il ne s'agit pas, d'ailleurs, d'opposer les services à domicile et l'action sur l'environnement matériel mais au contraire d'exploiter la complémentarité de ces deux volets tant un logement adapté est un facteur d'économie de moyens dans l'intervention des services à domicile.

Le dispositif souffre d'une absence de lisibilité pour l'utilisateur qui « fait les frais » du puzzle institutionnel. Aux aides de l'Etat, de l'Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (ANAH), de la Caisse des dépôts et consignations (CDC), s'ajoutent les financements des caisses de retraite, des conseils généraux, voire de certaines communes, avec des nomenclatures et des montants différents.

Cette dispersion retentit sur les délais de montage des dossiers et interdit souvent un traitement adapté des urgences (retours d'hospitalisations, accidents domestiques).

Si certaines expérimentations comme les Plans locaux habitat-services pour les personnes âgées (PLHS), réalisés par des organismes HLM dans les années quatre-vingt-dix à l'occasion de la réhabilitation de leur patrimoine, qui associent l'intervention sur l'habitat au développement de services adaptés pour les locataires, ont contribué à créer et à renforcer la coopération des acteurs locaux des secteurs « habitat », « santé », « social », les réseaux de professionnels capables d'intervenir efficacement sont insuffisamment développés et ne disposent pas toujours des moyens nécessaires.

Le dispositif des CLIC doit permettre d'organiser la réponse aux demandes des usagers en coordonnant la mise en place de prestations d'habitat et de services ciblées sur le « chez soi » et adaptées aux choix de vie. Il importe de souligner que tous les CLIC ne pourront pas avoir la même compétence sur le volet habitat. Tous devront pouvoir apporter l'information convenable aux usagers et les orienter vers les réseaux compétents. Certains seulement (au chef lieu de département, dans les grandes villes) développeront une maîtrise d'ouvrage concertée des différents opérateurs de l'habitat en se coordonnant avec les dispositifs existants, tels les centres d'information et conseil sur les aides techniques (CICAT), ou à venir, tels les « sites vie autonome » dont une centaine doit être mise en place d'ici 2003.

Conscient de la difficulté de réaliser cette « coordination de proximité » en ce qui concerne l'organisation de l'offre de services financiers et techniques nécessaire au développement d'une politique d'adaptation de l'environnement matériel consubstantielle au maintien à domicile, le ministère de l'emploi et de la solidarité a entrepris d'affermir sa coopération avec ses partenaires institutionnels et vient de passer convention avec le ministère de l'équipement, des transports et du logement, l'Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (ANAH) et la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) pour mettre à la disposition des CLIC des documents d'information en direction du public et des professionnels. Cette coopération renforcée a également pour objectif de réaliser une expertise approfondie du volet habitat du maintien à domicile (voir convention en annexe - art. 3).

IV. - FORMALISER LA DÉMARCHE : L'EXIGENCE D'UN PARTENARIAT FORMALISÉ

La coordination est un processus avant d'être une organisation et la reproduction d'une forme prédéterminée ou d'un modèle imposé méconnaîtrait la spécificité propre à chaque projet. Néanmoins des points de repère sont indispensables.

La coordination ne peut subsister dans l'informel. Il est indispensable d'identifier les valeurs partagées, de clarifier les objectifs et les missions ainsi que les engagements, en termes financiers notamment. La formalisation est indispensable, même si elle nécessite du temps.

Intérêts de la formalisation

Elle donne une assise au projet : les phases de formalisation sont des phases de stabilisation. D'autant plus importantes dans le moment où l'on en vient à douter de la finalité de l'action. Elles sont le garant, la légitimation même de l'action.

Elle organise le consensus : pendant le temps consacré à son élaboration ont lieu les échanges les plus cruciaux. Formaliser exige d'expliquer, de préciser son point de vue avec rigueur. L'accord final renforce la cohésion en obligeant chacun à renouveler son engagement. C'est un temps de remobilisation.

Elle permet une meilleure gestion de la complexité : la coordination est une démarche complexe qu'il faut ordonner si l'on veut éviter les dérives. La formalisation soutient la démarche, lui donne des repères, la canalise en lui donnant des règles de fonctionnement.

Elle oblige à prendre une distance avec ce qui se joue : attention à l'absorption par l'action, au militantisme, au bénévolat, sans garde-fou. La formalisation assure la complémentarité entre fonctionnement quotidien et une prise de recul indispensable. Formaliser c'est d'une certaine façon écrire l'histoire de la coordination. C'est se donner des repères pour comprendre les processus en jeu. Mais on ne peut demander à la formalisation de jalonner l'avenir. Celui-ci comporte trop d'incertitudes. Tout au plus, donnera-t-elle des éléments de référence et d'explication.

Que formalise-t-on ?

Les objectifs de la coordination : c'est l'un des points où l'évolution est la plus perceptible. D'où la nécessité de refonder régulièrement l'accord qui permet de les réaliser.

Les principes de la coordination : il s'agit des valeurs sur lesquelles il doit y avoir consensus. Ce sont elles qui fondent l'action, elles auxquelles on peut se référer en cas de crise.

Les règles du jeu, notamment la répartition des rôles : qui sert de référent, dans quelles circonstances, ou encore la fiche de poste du responsable de la coordination, ses relations avec

les autres acteurs. Il ne s'agit pas de figer les jeux mais de trouver et de soutenir une cohérence d'ensemble des dispositifs, selon une logique claire, établie et comprise par tous. »

V. - PROMOUVOIR L'ÉVALUATION COMME CRITÈRE DE PÉRENNISATION DES CLIC

Il faut sans doute distinguer deux niveaux d'évaluation qui peuvent d'ailleurs cohabiter :

- l'évaluation interne, celle par laquelle les partenaires resituent régulièrement leur action dans son environnement, en mesurent les effets, en rectifient le cours, le cas échéant ;
- l'évaluation par un tiers extérieur, moins impliqué, capable de mise en perspective, apportant des outils méthodologiques propres à éviter des tâtonnements et caution pour les institutions et les financeurs.

L'évaluation est un instrument de pilotage : préparer la phase de généralisation des CLIC implique de capitaliser les enseignements obtenus pour qu'ils servent de levier afin d'alimenter un processus à large échelle. C'est pour ces raisons que la direction générale de l'action sociale a retenu le principe d'un audit des 25 sites expérimentaux par un organisme spécialisé dans le domaine de l'action sociale, à compter du deuxième semestre de 2001, pour évaluer la réalité et la pertinence de leurs actions.

Il s'agit de créer un lien fonctionnel entre les 25 sites expérimentaux afin d'instaurer un processus d'échange et d'information permettant :

- de construire une solidarité des 25, pour venir en appui des futurs CLIC ;
- de faciliter une connaissance mutuelle des 25 projets et de leur évolution, en vue d'élargir le point de vue de chaque porteur de projet qui ne doit pas être confiné dans un modèle unique mais juger des avantages et limites de chaque expérience ;
- de donner à tous les partenaires institutionnels les informations qui leur permettront de préparer une diffusion à grande échelle de la coordination gérontologique de proximité sous l'égide des CLIC.

Un appel d'offres à paraître au deuxième trimestre 2001 précisera les modalités de l'évaluation dont il devra résulter des outils méthodologiques propices à une modélisation et notamment un modus operandi de l'évaluation à destination des comités de pilotage départementaux (indicateurs de résultats quantitatifs et qualitatifs) et des recommandations sur les évolutions à apporter au présent cahier des charges pour le stabiliser.

*

* *

Un comité de pilotage national a été installé le 26 février 2001. Il répond à un besoin de phasage pour atteindre l'objectif de la constitution d'un réseau national des centres locaux d'information et de coordination doté d'un système d'information d'ici à 2005.

Il lui faut assurer une triple mission d'animation et d'organisation, en veillant à l'articulation des CLIC et des réseaux et filières de soins existants, de diffusion d'outils, de confrontation des expériences et de transfert des savoir faire et enfin de médiation dans le cadre de la montée en charge du dispositif et de la multiplication des CLIC. Il devra être alimenté par des remontées régulières du terrain, au travers d'une nouvelle série de réunions interrégionales à l'automne, également destinées à mettre les CLIC en situation de concourir efficacement à une

large information sur le nouveau dispositif de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) qui prendra effet au 1er janvier 2002.
supprimé pour essai voir PF problème sur Supplément

Convention de partenariat

Entre les soussignés :

- le ministère de l'emploi et de la solidarité, 8, avenue de Ségur, 75007 Paris, représenté par la directrice générale de l'action sociale ;
- le ministère de l'équipement, des transports et du logement, Grande Arche, Paroi Sud, 92055 La Défense, représenté par le directeur général de l'urbanisme, de l'habitat et de la construction ;
- l'Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (ANAH), 17, rue de la Paix, 75002 Paris, représentée par le directeur général ;
- la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), 110, avenue de Flandre, 75951 Paris Cedex 9, représentée par le directeur.

Préambule

Le maintien à domicile est la priorité de la politique nationale conduite en direction des personnes âgées. Il convient, en effet, de favoriser aussi longtemps que possible le maintien de ces personnes dans leur environnement, dans des conditions adaptées à leur état, afin de leur garantir une réelle qualité de vie et de leur permettre de continuer à participer à la vie sociale.

L'adaptation de l'habitat constitue le préalable du maintien à domicile. En effet, le logement, avec son environnement physique et humain, correctement conçu, peut être un formidable élément de prévention de la perte d'autonomie, au lieu d'être un facteur de risques et un obstacle au maintien à domicile.

L'organisation des services de soutien à domicile a connu un important développement ces dernières années. Néanmoins, les prestations de services liées à l'adaptation de l'habitat sont encore trop méconnues et les réseaux de professionnels capables d'intervenir efficacement ne disposent pas toujours des moyens nécessaires.

L'opinion selon laquelle le handicap n'est pas un état inhérent à la personne mais plutôt le résultat d'un environnement inadapté commence à être largement répandue au moins dans les milieux professionnels si ce n'est dans l'opinion publique. Pourtant, peu de moyens concrets existent aujourd'hui pour passer aux actes, que ce soit pour les personnes handicapées ou pour les personnes âgées dépendantes.

L'adaptation de l'habitat en vue de faciliter le maintien à domicile des personnes âgées est un enjeu national pour lequel le ministère de l'emploi et de la solidarité, le ministère de l'équipement, des transports et du logement, la CNAV et l'ANAH entendent unir leurs efforts et mobiliser les moyens dont ils disposent, dans le cadre de leurs responsabilités respectives.

Article 1 Orientations

S'agissant des orientations prioritaires de chacun des partenaires, il est exposé ce qui suit :

Orientations prioritaires du ministère de l'emploi et de la solidarité

La politique de soutien à domicile des personnes âgées conduite par le ministère de l'emploi et de la solidarité s'exerce essentiellement dans trois directions :

Financement du développement des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et élargissement de leurs compétences à travers la mise en place de services de soins et d'accompagnement à domicile.

Développement de dispositifs locaux d'information et de coordination gérontologique, dans le cadre du programme de financement, d'observation et d'évaluation des « CLIC » (centres locaux d'information et de coordination) expérimenté au deuxième semestre 2000 à partir de 25 sites pilotes et dans la perspective d'un maillage progressif de l'ensemble du territoire et de la constitution du réseau national de CLIC d'ici 2005.

Intégration du volet habitat dans les dispositifs de prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant à domicile (plans d'aides individualisés, CLIC...) qui ne pourront être pleinement efficaces que si, dans les services rendus, des réponses claires sont apportées en matière d'adaptation du logement. C'est la condition pour garantir les synergies indispensables entre les acteurs du soutien à domicile, du secteur social et du logement.

Orientations prioritaires du ministère de l'équipement, des transports et du logement

Les orientations prioritaires du ministère de l'équipement, des transports et du logement en faveur du maintien à domicile s'exercent essentiellement selon les axes d'action suivants :

- améliorer l'application de la réglementation, notamment celle relative à l'accessibilité, dans les opérations de construction, d'aménagement et de réhabilitation pour permettre aux personnes âgées de conserver leur autonomie ;
- améliorer, d'une part, l'information sur les financements offerts aux personnes âgées pour les travaux d'adaptabilité dans leur logement et, d'autre part, le traitement des dossiers de demande de financement.

Orientations prioritaires de l'ANAH

Les orientations prioritaires de l'ANAH en faveur des personnes âgées et de leur maintien à domicile s'exercent selon les axes d'action suivants :

- contribuer à la santé et à la sécurité dans l'habitat et contribuer au développement d'une offre d'habitat locatif de qualité. Cela passe par une information adaptée des clients de l'ANAH, notamment dans les opérations programmées d'amélioration de l'habitat (OPAH), et par l'inscription de ces préoccupations dans le cadre des études d'opérations ;
- accompagner par des aides financières coordonnées (entre institutions) les travaux d'adaptation nécessaires pour pallier des déficiences qui se traduisent souvent par des difficultés d'usage dans l'habitat ;
- contribuer à l'élaboration de « référentiels qualité » dans le domaine de la réhabilitation.

Il s'agit pour l'Agence de contribuer à produire du logement pour tous et pour tous les âges, logement adapté dans un souci de prévention des accidents et de réponse au handicap, en évitant de produire du logement « spécialisé » ou « suradapté ».

Orientations prioritaires de la CNAV

L'action sociale de la CNAV vise deux objectifs :

- permettre aux personnes âgées qui le souhaitent de rester le plus longtemps possible à leur domicile et dans leur environnement habituel ;

- offrir aux plus âgés et aux plus dépendants qui ne peuvent rester à leur domicile, des établissements d'accueil et de soins adaptés.

La CNAV consacre près de 80 % de son budget d'action sociale au premier objectif de soutien à domicile, essentiellement pour l'aide ménagère et l'aide à l'amélioration de l'habitat.

Dans le domaine de l'aide à l'amélioration de l'habitat, la CNAV entend privilégier les travaux d'adaptation du logement liés aux handicaps, favoriser la coordination des différents intervenants et financeurs et améliorer la qualité du service ainsi rendu aux personnes âgées.

Dans ce cadre, elle passe des conventions avec des prestataires de services à but non lucratif pour apporter une aide administrative et technique à la personne âgée et l'accompagner dans son projet d'adaptation du logement.

Article 2

Objectifs et actions de la convention

Les parties signataires de la convention s'engagent à :

1. Compléter la gamme des services existants du soutien à domicile (sanitaires, sociaux et médico-sociaux) par le développement du volet habitat (logement et services techniques et financiers) afin de permettre aux personnes âgées qui le souhaitent de rester chez elles et dans leur cadre de vie quotidien (quartiers, villages).

Il convient d'engager plusieurs types d'actions dans le cadre de programmes nationaux : CLIC, sites « vie autonome », OPAH (opérations programmées d'amélioration de l'habitat), aide à l'habitat de la branche retraite :

- repérer et analyser dans ces programmes les initiatives existantes concernant l'adaptation du logement des personnes âgées ;
- identifier les points forts et les points faibles de ces programmes en ce qui concerne l'habitat ;
- dans le cadre des appels d'offres d'extension du réseau CLIC, encourager pendant la durée de la présente convention (2001, 2002 et 2003), sur la base de l'existant, la création ou le développement d'« antennes habitat » ou bien encore la coordination avec celles qui existent afin de permettre aux personnes âgées de disposer de centres ressources où elles peuvent être accueillies, informées et accompagnées en ce qui concerne les problèmes et démarches liés au logement ;

2. Améliorer la prestation aux usagers :

- réaliser des documents d'information et de sensibilisation à destination du grand public ;
- organiser l'offre de financement pour favoriser le développement des prestations pour mieux vivre au domicile, notamment :
- travailler à la mise en place du dossier unique de financement afin de réduire les délais d'instruction ;
- réfléchir à la mise en place d'un système de prêt et de garantie pour compléter les financements publics ou parapublics ;
- tendre à l'amélioration des critères d'accès et des barèmes de ressources en matière d'aide à l'habitat.

3. Améliorer les prestations des professionnels de la construction :

- réaliser des fiches pédagogiques ;
- élaborer des outils techniques : référentiel travaux et diagnostics ;
- qualifier la filière des professionnels du bâtiment (travaux d'adaptabilité) ;
- élaborer une charte nationale en partenariat avec les chambres des métiers volontaires pour une prestation spécifique. Ceci pourrait conduire à la création d'une qualification « confort d'usage » auprès de l'organisme professionnel de qualification du bâtiment (OPQCB).

4. Prévenir les risques d'accidents domestiques.

Article 3

Modalités de mise en oeuvre de la convention

La présente convention détermine pour la période 2001 à 2003 les actions à mener pour améliorer la qualité du service rendu auprès des personnes âgées et poursuit une démarche de développement et d'organisation de l'offre de services nécessaires à l'accessibilité et à l'adaptation de l'environnement et du logement des personnes concernées.

Ces actions seront réalisées dans le cadre d'un programme pluriannuel. Celles prévues pour 2001 figurent ci-dessous. Un avenant à la présente convention précisera les actions à réaliser en 2002 et 2003.

1. Réalisation des actions sur 2001

Les partenaires de la convention, à savoir le ministère de l'emploi et de la solidarité, le ministère de l'équipement, des transports et du logement, l'ANAH et la CNAV, retiennent les actions qui suivent :

L'Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat s'engage :

- à financer et à réaliser des fiches techniques destinées au grand public et aux professionnels du bâtiment et de son environnement (maîtres d'oeuvre, artisans, etc.) sur les modalités d'adaptation du logement. Sur ces fiches seront mentionnés les partenaires de la convention, lesquels s'engagent à les diffuser largement auprès de leurs services, mais aussi auprès des dispositifs mis en place tels que les CLIC et les sites « vie autonome » ;
- à rechercher les adaptations éventuelles nécessaires dans sa réglementation notamment en matière de financement de travaux de sécurité, d'accessibilité et de confort pour permettre aux personnes âgées de conserver leur autonomie ;
- à encourager le montage d'actions opérationnelles et de qualité, intégrant la problématique du maintien à domicile des personnes âgées et à équiper les délégations de l'ANAH et les opérateurs en outils d'information spécifiques.

La DGAS, la DGUHC et la CNAV, s'engagent à mettre en oeuvre une expertise du volet habitat du soutien à domicile des personnes âgées.

Il s'agit :

- d'observer dans les dispositifs expérimentaux - CLIC, sites vie autonome et instances départementales d'études pour les aides au logement (IDEAL), OPAH, etc. - ou dans des dispositifs existants le niveau de prise en compte de l'accessibilité et de l'adaptation du logement, le niveau de qualité du service rendu ;

- de repérer les difficultés de coordination des réseaux de professionnels intervenant sur ce secteur ;
- de proposer une démarche reproductible (même si adaptable) pour la généralisation des dispositifs à mettre en place pour améliorer le service rendu aux usagers en matière d'aide technique et financière pour l'adaptation du logement.

Le financement correspondant aux études nécessaires à cette expertise, évalué à 800 KF, sera réparti entre les trois financeurs dans la limite des crédits ouverts à ce titre dans leurs budgets respectifs. Un appel d'offres sera lancé à cet effet.

La DGAS, la DGUHC, l'ANAH et la CNAV projettent la réalisation d'une plaquette « grand public » sur les aides financières et les conseils existant en matière d'adaptation du logement des personnes âgées, après la promulgation de loi relative à la solidarité et au renouvellement urbain (loi SRU) et la parution des décrets concernant l'ANAH.

Enfin, le ministère de l'emploi et de la solidarité, le ministère de l'équipement, des transports et du logement, l'ANAH et la CNAV conviennent d'informer leurs services déconcentrés et de les inciter à développer un partenariat actif au niveau local.

2. Communication

Les différents supports de communication et les documents techniques élaborés et financés en commun dans le cadre de la présente convention de partenariat devront obligatoirement recevoir l'accord des signataires et faire apparaître leurs logos respectifs.

Toute action de promotion des actions menées dans le cadre de la présente convention devra mentionner l'ensemble des partenaires. Elle pourra être organisée à l'initiative de l'un d'entre eux sous réserve de l'accord des autres signataires de la présente, au moins dix jours avant cette opération.

3. Suivi et évaluation de la convention

Un comité de suivi de la convention sera installé à la signature de celle-ci. Son rôle est de suivre les différentes phases de chaque action et d'en faire respecter les délais. Il se réunit et valide les grandes orientations de l'action commune au moins deux fois par an et plus en cas de besoin.

Il est composé de représentants du ministère de l'emploi et de la solidarité, du ministère de l'équipement, des transports et du logement, de l'ANAH et de la CNAV.

4. Développement du partenariat

Les signataires de la présente convention prendront tous les contacts utiles avec d'autres institutions oeuvrant dans le domaine de l'aide à l'amélioration de l'habitat des personnes âgées (autres régimes vieillesse de base, régimes complémentaires de l'ARRCO, de l'AGIRC et de l'IRCANTEC, l'UNFOHLM, la Caisse des dépôts et consignations, etc.) afin de les associer à leurs travaux.

Fait à Paris, le 26 février 2001.

La directrice générale
de l'Action sociale,
S. Léger

Le directeur général de l'urbanisme,
de l'Habitat et de la construction,
F. Delarue

Le directeur de la Caisse nationale
d'assurance vieillesse,
P. Hermange

Le directeur général de l'Agence nationale
pour l'amélioration de l'habitat,
P. Pommellet

supprimé pour essai voir PF problème sur Supplément

Composition du comité de pilotage national CLIC

Représentants des financeurs :

- assemblée des départements de France (ADF) ;
- Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS) ;
- Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des départements (ANDAS) ;
- Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS) ;
- Association nationale des cadres communaux d'action sociale (ANCCAS) ;
- Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) ;
- Caisse Centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) ;
- Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ;
- Caisse des Dépôts et Consignations (CDC).

Institutions :

- ministère de l'équipement - direction générale de l'urbanisme, de l'habitat et de la construction (DGUHC) ;
- ministère de l'intérieur - direction générale des collectivités locales (DGCL) ;
- délégation interministérielle à la ville (DIV) ;
- Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (ANAH) ;
- Union nationale des fédérations d'offices d'HLM (UNFOHLM).

Directions du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité :

- direction générale de l'action sociale (DGAS) ;
- direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) ;
- direction générale de la santé (DGS) ;
- direction de la sécurité sociale (DSS) ;
- direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

Représentant des personnes âgées :

- Comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA).

Personnes qualifiées :

- M. Frossard (Michel), centre pluridisciplinaire de gérontologie de Grenoble ;
- Mme Puijalon (Bernadette), universitaire ;
- Dr Guillet ;
- M. Jourdain (A.), ENSP ;
- Mme Leduc (Florence) - Union nationale des associations de soins et services à domicile (UNASSAD) ;
- Madame Berthod (Marianne) ;
- Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des départements (ANDASS).

[\[Retour à la liste de Résultats\]](#)

[\[Document précédent\]](#)

[\[Document suivant\]](#)