

Ecole Nationale de la Santé Publique

**METTRE EN PLACE A PARTIR D'UN
HOPITAL LOCAL
UN RESEAU GERONTOLOGIQUE GARANT
DE LA QUALITE DU SERVICE RENDU
A LA PERSONNE**

**Maryse CANDAS
CAFDES 1999**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
CHAPITRE I : LE CONTEXTE	5
I-1 - Particularités de la population des cantons environnants l'hôpital local	5
I-1-1 - Démographie	5
I-1-2 - Modes de vie	6
I-1-3 - La famille	9
I-1-4 - L'environnement	9
I-2 - Les constats	11
I-2-1 - Les limites du service de soins infirmiers à domicile	11
I-2-2 - L'accueil en structure d'hébergement et la problématique rencontrée	14
I-3 - Présentation de l'établissement	18
CHAPITRE II : APPORTS THEORIQUE, LEGISLATIF ET EXPERIENCES EN MATIERE DE RESEAU GERONTOLOGIQUE	23
II-1 - La personne âgée	23
II-1-1 - Notion de vieillissement	23
II-1-2 - Notion de domicile	26
II-1-3 - Notion d'autonomie, de dépendance	27

II-2 - Les aidants	31
II-2-1 - La famille	31
II-2-2 - Les aidants informels	32
II-2-3 - Les aidants formels	32
II-3 - Textes de référence	35
II-3-1 - Le rapport Laroque	35
II-3-2 - La circulaire Franceschi	38
II-3-3 - Le rapport Braun	38
II-3-4 - La loi du 24 janvier 1997	39
II-4 - Les expériences en matière de réseau gérontologique	42
II-4-1 - En Angleterre, le community case	42
II-4-2 - En France, dans l'Hérault, l'expérience de Lunel	44
CHAPITRE III :	47
LE PROJET DE RESEAU GERONTOLOGIQUE SUR LE	
CANTON DE SAINT VALERY SUR SOMME	
III-1 - Les objectifs	47
III-2 - La dynamisation du projet	52
III-2-1 - Sa conception :	
le groupe de pilotage	52
le choix des secteurs géographiques	53
le choix du réseau gérontologique	54

III-3 - La structuration du projet	58
III-3-1 - Le fonctionnement	58
- Bilan initial	58
- Plan d'intervention	60
- Liaison avec les caisses d'assurance maladie	60
- Suivi de la personne âgée au sein du réseau	60
III-3-2 - Les modalités juridiques du réseau	61
III-3-3 - La mise en place sur le site	61
- Les acteurs extérieurs	61
- L'hôpital local	64
III-3-4 - Le plan financier du projet	65
III-3-5 - Incidence de ce projet sur le personnel de l'hôpital local	67
III-4 - La communication	69
III-4-1 - En interne	69
III-4-2 - En externe	72
III-5 - L'évaluation du projet	74
CONCLUSION	76
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

INTRODUCTION

« Tout vivant cherche à continuer à vivre, les hommes comme les autres vivants. Il a été dit, et ce n'est qu'apparemment une boutade que » le seul moyen de ne pas mourir c'est de vieillir», sauf évidemment à trouver la fontaine de jouvence. L'avance en âge est donc une sorte de victoire du vivant même si ce n'est qu'une bataille gagnée, la guerre étant nécessairement perdue, puisque la mort est la condition même de la vie. »

-extrait du dossier « Vieillir, disent-ils »- les cahiers de l'actif, n°252.253

L'apparition d'un nouveau risque social, la dépendance, suscite beaucoup d'intérêt aujourd'hui du fait de l'allongement de la durée de vie et de la modification des comportements sociaux en particulier des solidarités familiales.

En 1975, les personnes âgées intégraient un établissement pour prévenir la solitude ou éviter de « peser » sur leur entourage en cas de problème de santé. Aujourd'hui, elles entendent mener une vie indépendante tant que leur santé le permet. La solution de l'hébergement correspond à une perte d'autonomie empêchant le maintien à domicile.

Comme le souligne Jean Jacques AMIOT¹: « il n'existe pas de limite théorique au soutien à domicile et toutes les enquêtes montrent que plus de 95 % des personnes âgées souhaitent vieillir chez elles jusqu'au terme de leur vie ».

Depuis le rapport Laroque, « politique de la vieillesse », qui préconisait déjà en 1962 «le maintien à domicile le plus longtemps possible», le législateur a voulu développer les services permettant aux retraités de vieillir chez eux.

L'aide à domicile peut être définie comme un ensemble de moyens humains et techniques permettant à une ou plusieurs personnes ne vivant pas en établissement, de ne pas quitter définitivement leur lieu de vie habituel. Le domicile, le chez soi est un lieu privatif de protection surinvesti effectivement et fortement valorisé dans notre société.

Afin de permettre le maintien à domicile des personnes âgées, une mosaïque de services s'est constituée avec une gestion et un financement différents. La multiplicité des acteurs

et des modes de financement, la diversité des règles juridiques et tarifaires obscurcissent la compréhension par la personne âgée et sa famille, des moyens qui sont mis à leur disposition. Le maintien à domicile de la personne âgée dépendante a ses limites, souvent plus posées par l'entourage et les professionnels de l'aide à domicile que par l'intéressé. On assiste souvent à une entrée en institution non préparée, non décidée par la personne âgée mais subie par elle et de ce fait, son adaptation à cette nouvelle vie se fera dans de mauvaises conditions.

Dans ce contexte, le directeur de l'hôpital local de Saint Valery sur Somme m'a missionnée pour la mise en place d'une nouvelle forme de réponse aux problèmes évoqués ceci afin d'élargir le champ d'action de l'établissement

Je suis actuellement chef de bureau des admissions et des recettes, chargée plus particulièrement des entrées en structure d'hébergement et du service d'accueil familial pour personnes âgées et du service de soins à domicile du fait de ma formation sociale à l'origine

Le directeur, sensible à ces difficultés et soucieux d'inscrire son établissement dans un partenariat local pour un meilleur service à la population âgée, m'a donc chargée de mettre en place un projet d'accueil et de coordination de réseau gérontologique centré sur la participation de tous les acteurs locaux. Ceux-ci ont déjà manifesté leur intérêt et leur désir de coopérer lors de réunions de travail sur le thème du maintien à domicile.

Ce réseau devra permettre aux personnes âgées concernées de bénéficier d'aide appropriée à leurs besoins tout en leur facilitant l'accès.

Cette proposition fait suite aux constats que je fais depuis quatre ans sur les conditions d'admission des personnes âgées et les conséquences de leur entrée en institution. Chez bon nombre de résidents, j'ai pu constater des difficultés d'adaptation plus ou moins graves avec parfois des conséquences pouvant aller de la tristesse, la mélancolie, au rejet de tout ce qui est proposé ou plus grave, un renoncement à la vie... De plus, le besoin d'entrer en institution est davantage exprimé par l'entourage : absence de sécurité, problème de solitude à la maison.

Pour la personne âgée, entrer en maison de retraite semble plus un passage obligé qu'un choix.

¹ AMYOT Jean Jacques : "Travailler auprès des personnes âgées" Editions Dunod page 89

La répétition de ces situations m'a posé problème : pourquoi cette obligation d'entrer en institution, cette attitude de repli, quels sont les facteurs qui conduisent à cette entrée en catastrophe en établissement d'hébergement ?

Je commencerai mon mémoire par la présentation du contexte dans lequel vivent les personnes âgées, leurs besoins et les réponses apportées par l'environnement ainsi que la problématique qu'entraîne l'inadéquation entre les deux (besoins et réponses actuelles).

Je présenterai l'établissement où je travaille et la nouvelle réponse possible de celui-ci et de ses différents partenaires.

Dans un second chapitre, j'évoquerai différentes notions concernant la personne devenue âgée, les différents textes de lois et quelques expériences françaises et étrangères en rapport avec le réseau gérontologique.

Le troisième chapitre sera consacré au projet lui-même, à sa conception et le rôle du directeur de l'établissement dans ce projet vis à vis de ses différents partenaires et du personnel de l'établissement. Enfin j'exposerai la mise en œuvre de ce projet et son évaluation possible.

Le souhait du directeur et de son équipe de direction est d'inscrire l'établissement dans une politique de prévention des conséquences délétères de l'entrée en maison de retraite non préparée et non acceptée pour la personne âgée.

Chaque situation de personne âgée devra par son évaluation médico sociale permettre des réponses adaptées dans le respect de la personne. Le réseau devrait permettre le décloisonnement et la coordination des différents acteurs de terrain dans une démarche de projet de vie de la personne âgée à son domicile et éventuellement, une meilleure préparation à l'entrée en structure d'hébergement, si la personne le décide.

Il est important que l'entrée en maison de retraite ne soit plus vécue par la personne comme un moment de crise, un passage obligé, une sorte de « guillotine » dans leur vie sociale. Ce doit être une continuité de la vie, un événement qui s'inscrit dans leur histoire personnelle jalonnée d'un certain nombre de ruptures naturelles.

CHAPITRE I

LE CONTEXTE

I-1 - LA POPULATION DES CANTONS ENVIRONNANT L'ETABLISSEMENT :

Le département de la Somme se situe dans le nord ouest de la France. Il constitue avec l'Aisne et l'Oise la région de Picardie. C'est un département assez rural avec, à l'ouest, la particularité de la baie de Somme, région préservée dans son cadre naturel et en bordure de la Manche.

La population âgée est une composante forte du milieu rural de l'ouest du département de la Somme, comme dans d'autres. Les cantons se rattachant à l'hôpital local (Saint Valéry sur Somme, Ault, Friville Escarbotin) n'échappent pas à la règle et, en termes statistiques, se situent au-delà de la moyenne départementale (de 6,7 à 9,4% face à 6,3%).

Cependant, l'image traditionnelle de la personne âgée ne correspond plus à une réalité devenue plus complexe avec l'abaissement de l'âge de la retraite, l'allongement de l'espérance de vie, la diversification des modes de vie l'élévation des revenus des retraités et la crise économique. On assiste à l'apparition d'un quatrième âge important, souvent associé à la dépendance et à l'isolement.

Surtout, une nouvelle catégorie de retraités, les plus de 75 ans, voit sa population croître et ses besoins se distinguer de ceux de la tranche inférieure en âge.

I-1-1 - Au niveau démographique :

	Population totale	Population 60 ans et +		Population 60 - 74 ans		Population 75 ans et +	
Département de la Somme	547 000	106 000	19,40%	69 000	12,70%	37 000	6,70%
Cantons Gamaches	12 316	1 682	13,60%	819	6,60%	863	7,00%
Ault	11 108	2 513	22,70%	1 718	15,50%	795	7,20%
Friville	12 333	2 324	18,80%	1 581	12,80%	743	6,00%
Saint Valéry	11 825	3 061	26,00%	1 955	16,60%	1 106	9,40%

(statistiques : INSEE Recensement 1990)

On remarque que dans l'ensemble la population très âgée est importante, surtout sur le canton de Saint Valery sur Somme. La situation en 1990, de Friville Escarbotin, fait apparaître un taux plus faible de population très âgée, ceci peut être expliqué par un certain dynamisme de ce canton qui fixe une population active encore assez importante.

Le deuxième tableau indique que la population très âgée est majoritairement féminine mais que quatre sur dix vivent encore en couple ; les autres vivent seules (au domicile, en hébergement collectif, en cohabitation).

I-1-2 - Modes de vie

POPULATION DES 75 ANS ET PLUS

	Nombre de + de 75 ans	% population	Dont femmes (%)	Célibataires	Marié(e)s	Veufs(ves)	Divorcé(e)s
Canton de AULT (11 108)	795	7,20%	512 (64%)	31	339	406	19
Canton de FRIVILLE (12 333)	743	6%	468 (63%)	35	313	386	9
Canton de GAMACHES (12 316)	863	7%	514 (60%)	45	379	428	11
Canton de ST VALERY (11 825)	1 106	9%	722 (65%)	79	355	650	22
DEPARTEMENT	37 000	6%	23 833 (65%)	5 478	62 734	29 681	3 329

(Sources : Dossier INSEE Picardie « Vivre après 60 ans dans la Somme »)

a) Logement

LIEUX DE VIE DE LA POPULATION DE 75 ANS ET PLUS

Cantons	Logement ordinaire (nombre)	Logement ordinaire (%)	Maison de Retraite	Long séjour
Ault	795	100%		
Friville	699	94%	36 (5%)	
Gamaches	856	99%		
Saint Valéry	905	82%	175 (7%)	90 (11%)
Ens. Départ.		90%	7,50%	2%

Plus que dans l'ensemble du département, la personne très âgée habite en logement ordinaire. Les causes en sont doubles :

1) La capacité d'accueil en secteur médicalisé est assez restreinte et pose des problèmes financiers (coût de l'hébergement).

2) Les personnes souhaitent rester à leur domicile, ceci en raison de l'attachement au logement (souvent leur propriété), du refus de «l'hospice mouroir», de l'intégration dans un environnement familial ou amical

La qualité de leurs logements est moyenne.

CONFORT DES LOGEMENTS DES PERSONNES AGEES DE 75 ANS ET PLUS

	Sans WC intérieur	Sans chauffage centrale
Canton de Ault	36	56
Canton de Friville	43	62
Canton de Gamaches	30	62
Canton de Saint Valéry	34	52

Souvent ces personnes refusent d'envisager les travaux d'amélioration de base (sanitaire et chauffage) du fait du niveau peu élevé de leurs revenus, de leur âge avancé et surtout l'absence de conscience d'un manque.

Cette dernière raison paraît très importante et liée à des comportements et des mentalités acquis qu'il est difficile de changer. Ces personnes vieillissent avec les normes de logement, d'hygiène qu'elles ont adoptées depuis longtemps. Les possibilités offertes en subventions ou bonification de prêts ne paraissent pas pertinentes pour elles. Les futures personnes très âgées vieilliront vraisemblablement avec de nouvelles normes.

b) Mobilité :

La zone rurale considérée rend souhaitable la détention d'un véhicule pour conserver le plus longtemps possible son autonomie de vie. Il est donc intéressant d'observer le nombre de personnes de 75 ans et plus qui conservent un véhicule.

	Ménage avec voiture	Ménage sans voiture
Canton de Ault	176	417
Canton de Friville	150	373
Canton de Gamaches	216	405
Canton de Saint Valéry	205	468

La comparaison globale montre un chiffre de 70 % sans véhicule, chiffre exactement inverse de la population globale.

La mobilité, donc l'autonomie est ainsi directement mise en cause de ce fait.

c) Le lien social :

Nous avons vu que les personnes âgées de 75 ans et plus, vivent presque exclusivement à domicile, au sein de communes de taille relativement restreinte. Toutes ces personnes entretiennent avec leur environnement des relations.

La nature et l'intensité de ces relations constituent le lien social.

L'environnement peut être constitué en trois groupes :

- la famille
- le voisinage (la commune, les amis)
- les intervenants institutionnels (services de maintien à domicile, mairie, système de soins, établissement...).

I-1-3 La famille :

S'il est impossible de dresser un portrait-robot de la famille type, on peut cependant noter que l'environnement familial est presque toujours impliqué dans la vie des personnes rencontrées lors des visites pour une entrée au service de soins à domicile.

La constante, plus une caractéristique du milieu rural, est une présence assez forte de la famille autour de la personne âgée.

Cet entourage peut aller - rarement - jusqu'à une cohabitation. Mais, plus souvent, il comporte des visites régulières (souvent quotidiennes) des approvisionnements en alimentation... Par contre, les visites des personnes âgées chez leurs enfants, petits enfants, sont assez rares.

Cependant, l'activité professionnelle des enfants, leur éloignement constituent des freins à cette prise en charge. Le facteur « financier » (plutôt aider au maintien à domicile que de payer une maison de retraite) peut être présent, mais c'est rarement l'unique motivation des familles. La difficulté survient souvent avec la durée de cette prise en charge ou l'aggravation de l'état de santé de la personne. De plus, maintenant les enfants ont souvent encore à leur charge leurs propres enfants ou petits enfants (problème du chômage), un phénomène d'usure se produit qui perturbe les relations familiales et entraîne la demande d'hébergement. Celle-ci est effectuée alors par les familles sans que les personnes âgées ne paraissent s'y opposer. Ces dernières disent d'ailleurs souvent « ne pas vouloir gêner ».

I-1-4 - L'environnement local :

Les situations des personnes âgées de 75 ans et plus, sont très variées. On peut noter une forme de solidarité de voisinage qui s'illustre à travers l'approvisionnement en alimentation, des visites...

Les mairies sont également très au fait de la situation de ces personnes, phénomène favorisé par la taille réduite des communes. Certaines de ces dernières ont même mis en place des visites régulières pendant l'hiver pour s'assurer de la bonne santé des personnes âgées.

Par contre, les personnes âgées de plus de 75 ans, ne sont plus « visiblement » présentes dans leur commune. Ce phénomène de repli sur soi est dû en partie à une mobilité

réduite, mais aussi à des facteurs non objectifs : un sentiment d'inutilité sociale, gêne de paraître diminué, peur de l'accident, sentiment d'être dépassé par la vie actuelle...

Cette absence est sensible dans les associations et les conseils municipaux où les personnes très âgées ne sont pratiquement pas représentées.

L'environnement « oublié » également de faire appel à l'expression, à la mémoire que peuvent transmettre les personnes très âgées. Dans notre région, peu de rencontres éducatives ont lieu. Dans le canton de Friville Escarbotin, le musée des industries du Vimeu, qui constitue un foyer de mémoire, n'a pas développé d'actions faisant appel aux anciens métallurgistes.

Les clubs du troisième âge sont, comme ailleurs dans le département très nombreux. Les activités proposées sont traditionnelles. Les personnes âgées de 75 ans et plus y sont présentes mais lorsque survient un problème de santé, elles « s'effacent ».

Le grand âge est une étape de la vie que chacun souhaite et redoute de vivre. Les réactions individuelles et sociales à cette perspective se déclinent dans les comportements adoptés à l'égard de cette population. Elles sont surtout caractérisées par des représentations que nous nous faisons de cet âge.

La liste ci-après reproduit quelques représentations possibles de la vieillesse, elle résulte d'un sondage effectué auprès d'élus et de partenaires locaux :

- 1) La dégénérescence : (maladie, médicalisation, soins...)
- 2) La dépendance : (tutelle, législation spécifique)
- 3) La faiblesse : (protection, revenus garantis, aide...)
- 4) L'inutilité (sortie du système productif, déclassement social...)
- 5) La sagesse (expérience, inter génération, conservation du patrimoine, mémoire...)
- 6) le loisir : (aide aux autres, temps à soi, culture...)
- 7) le coût : (poids des retraites sur les actifs, maintien à domicile, prix de journée hébergement...).

Force est de constater que localement, la perception du grand âge est presque exclusivement cantonnée dans les quatre premiers items, que le septième commence à être explicitement avancé et que le cinquième et le sixième sont pratiquement inexistantes.

Il existe un hôpital local à Saint Valery sur Somme et une maison de retraite à Cayeux sur Mer. Ces établissements sont proches de 10 kms et travaillent en partenariat. Ils essaient par divers projets - projets de vie surtout - d'œuvrer à une revalorisation de l'image de la vieillesse en institution - image fort dépréciée encore de nos jours - et participent à l'ouverture de leurs institutions vers la cité et le canton (animations en associant la population, portage de repas ...)

I-2 LES CONSTATS :

I-2-1 - Les limites du Service de Soins à Domicile et des autres services d'aide à domicile :

la prise en charge de la personne âgée à domicile

Les services concourant au maintien à domicile offrent une gamme assez étendue de prestations. Ils diffèrent par plusieurs aspects : support juridique, secteurs d'intervention, nature de la prestation.

Les organismes publics sont majoritaires (centre communal d'action sociale - CCAS, syndicats de communes ou hôpital). Plusieurs associations sont présentes. Les communes ou services interviennent surtout à l'occasion des services ménagers et en ce cas ce sont des communes plutôt importantes en nombre d'habitants. Les associations gèrent majoritairement les services ménagers des petites communes. Les secteurs d'intervention sont limités par le cadre légal (centre communal d'action sociale, syndicats ou communauté de communes) ou paraissent répartis de gré à gré. Il arrive cependant que des services différents interviennent dans la même commune. La délimitation des secteurs d'intervention ne se fait pas sur la base cantonale (un service d'aide ménagère intervient sur des communes de trois cantons), deux services sont implantés hors des quatre cantons (Tours en Vimeu et Abbeville).

Les services d'auxiliaire de vie sont au nombre de quatre (trois associatifs et un public). La répartition des secteurs d'intervention ne répond pas à des règles précises.

Les deux services de soins à domicile viennent compléter la palette des prestations offertes. La situation géographique du canton de Saint Valery sur Somme semble particulière, outre le nombre de places en structures d'hébergement, on note l'implantation d'un service de soins à domicile (SSAD) mais l'absence d'un service d'auxiliaire de vie.

Ainsi sur les dix dernières entrées au SSAD, quatre ont dû être hospitalisées pour aggravation de leur état de santé et deux de ces quatre ont du envisager leur entrée en institution. Il n'était pas possible pour elles de rester seules à leur domicile. Les aidants naturels étaient peu présents et l'aide ménagère ne venait que quelques heures par semaine. Il aurait été intéressant d'envisager un plan d'aide à domicile si l'accompagnement pendant la journée avait pu être réalisé.

De plus, on s'aperçoit aussi que chacun intervient selon ses possibilités, la personne bénéficiaire doit accepter le passage du SSAD, l'arrivée de l'aide ménagère, de l'infirmière, etc... Lorsque chacun est disponible pour elle et il arrive régulièrement qu'elle soit seule pendant de longues heures... Le téléalarme n'est pas d'un grand secours lorsque la personne le laisse dans le tiroir de son buffet...

Cependant des services se créent, le portage de repas s'implante peu à peu. Il existe depuis quelques années sur le canton de Friville Escarbotin sur l'initiative du SIVOM du Vimeu, et dessert quelques communes de ce canton.

L'hôpital s'est inscrit dans cette démarche au niveau du canton de Saint Valery et assure la distribution des repas sur deux autres cantons extérieurs : Nouvion en Ponthieu et Rue.

Le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes qui justifie l'existence de ces services est ainsi constitué d'une mosaïque de prestations, de services, de financeurs, de tutelles. Il n'est pas toujours aisé de discerner précisément ce qui a présidé à la constitution de ce tableau. Lors des visites de « pré-admission » au service de soins à domicile, on s'aperçoit de l'isolement de la personne âgée, même si la solidarité locale existe, elle n'est pas présente dans la durée. Les services offerts par l'association, la mairie, couvrent des besoins ménagers, nos services des besoins liés à la santé. Mais il est difficile d'établir des liaisons avec tous ces services. Ils dépendent d'une pléiade de structures publiques ou privées dont les champs d'intervention sont soit thématiques (le service de maintien à domicile des personnes handicapées - MADOPEH - est un service auxiliaire de vie) soit géographique (CCAS de Saint Valery n'exerce l'aide ménagère que sur sa commune). Le service rendu à la population est à l'image des acteurs : on peut obtenir selon les secteurs une couverture correcte du territoire pour une majorité des besoins mais cela amène aussi à une prise en charge multiple et non coordonnée dans l'intérêt de la personne. Chacun intervient à un moment de la journée. De plus, certains services sont enserrés dans des contraintes réglementaires. Avec la loi sur la prestation spécifique dépendance (du 24 janvier 1997), un effort est souhaité pour améliorer ces conditions de prise en charge. Cependant, les

équipes médico-sociales spécialisées dans la prestation spécifique dépendance ont dans notre département trop de demandes pour le domicile. Après avoir évalué le degré d'autonomie et ébauché le plan d'aide à domicile pour la personne âgée dépendante elles ne peuvent pas toujours assurer le suivi de ce plan comme cela est prévu dans le texte de loi. De plus, à part le service prestataire à cette aide à la dépendance, les autres services ne sont pas toujours informés du passage ni du plan d'aide de cette équipe médico sociale. Un travail en partenariat est en cours avec le conseil général et les partenaires locaux (associations) pour une harmonisation dans le suivi des dossiers PSD et une ébauche de vraie coordination à ce niveau.

Une autre limite du maintien à domicile est l'usure de l'aidant, lorsque la prise en charge de la personne devient trop importante dans le temps. Le service de soins à domicile est financé par l'organisme d'assurance maladie. Il intervient chez toute personne qui a des ennuis de santé, sur prescription médicale. Actuellement, nous rencontrons de plus en plus de situations de personnes très âgées, où l'usure de la prise en charge familiale ou de voisinage se fait sentir et où la seule réponse - par manque d'innovations dans la prise en charge à domicile de la personne âgée dépendante - est « le placement » à la maison de retraite.

Cette demande est souvent effectuée par l'entourage, le médecin hospitalise la personne âgée du fait de son état de santé mais en réalité pour préparer « le placement en structure d'hébergement ».

On s'aperçoit alors des limites du SSAD et du manque de coordination entre les différents acteurs du maintien à domicile pour le bien être de la personne âgée.

I-2-2 - L'accueil en structure d'hébergement :

« la décision » d'entrer en structure d'hébergement

Certaines personnes âgées, soit autonomes, soit en état de dépendance font elles-mêmes la démarche d'entrer en maison de retraite. Elles ont fait le choix de quitter leur logement peut être devenu inadapté et ainsi rompre leur solitude et leur angoisse. Elles comptent trouver dans l'institution toute une gamme de services qui vont les décharger des soucis quotidiens et le plus souvent décharger leurs enfants surtout. Ces personnes ont fait, font le deuil, assument la rupture de leur domicile et s'adapteront le mieux possible dans l'établissement, elles continueront d'avoir des projets, des désirs de vie...

D'autres ne font pas la démarche. C'est le plus souvent un membre de la famille (un enfant) qui prend contact avec l'établissement pour connaître les conditions d'admission. *« Mon parent ne va plus pouvoir rester seul à son domicile »*. *« Il ou elle est dépendant, le service de soins à domicile ne suffit plus, l'aide ménagère reste peu et moi, je ne peux pas rester avec lui (ou elle) la nuit »*. Ces demandes concernent souvent des personnes âgées de plus de 80 ans, souvent veuves depuis quelques années, avec une détérioration de leur état de santé qui inquiète l'entourage. De plus, elles sont rarement informées des démarches effectuées pour leur devenir.

Je reçois aussi des demandes émanant des services sociaux de centres hospitaliers. La personne est hospitalisée pour une chute, un accident cardiaque ou vasculaire et la famille, l'entourage, le corps médical, le service social n'envisagent plus son retour, d'où la démarche d'un transfert dans notre établissement, et en même temps l'inscription dans différentes maisons de retraite. « Besoin de place... ».

Parfois, certains pourront néanmoins encore rentrer à leur domicile, mais souvent la personne dépendante ira en institution, sans l'avoir choisie. On sait l'impact négatif que provoque une hospitalisation pour une personne âgée devenue dépendante. Lorsqu'on découvre son parcours hospitalier avant son entrée dans la structure, on comprend mieux son état confusionnel.

la procédure d'admission dans la structure d'hébergement de l'hôpital local

Dans un premier temps, après avoir eu un contact avec un membre de la famille, je donne rendez-vous à mon interlocuteur et souhaite rencontrer la personne concernée par l'entrée en établissement.

Ceci n'est pas toujours facile, la famille invoque les difficultés de leur aîné pour se déplacer. Mais, j'appuie mon propos en présentant la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante qui, dans son article premier stipule : « la personne âgée en perte d'autonomie garde la liberté de choisir son mode de vie ».

De plus, le médecin coordonnateur de l'établissement rencontre tout futur résident afin de vérifier, selon le handicap, l'orientation de la personne soit en maison de retraite, soit en section de cure médicalisée ou en soins de longue durée (ancien long séjour).

Toute entrée en maison de retraite s'effectue à peu près sur ce mode. Il arrive néanmoins des placements catastrophes. Même si la personne est venue visiter, la date d'entrée n'est pas fixée. Parfois, elle doit entrer vite, ne s'y est pas préparée. L'inadaptation la plus grave est l'entrée qui s'effectue au sortir de l'hôpital général. La personne est complètement perdue, elle obéit à la décision unanime des médecins hospitaliers, du service social et surtout des enfants. Elle ne veut pas être une « charge ».

« L'institutionnalisation brutale et définitive n'est pas une bonne mesure puisqu'elle va aboutir à une cassure et, surtout, à un choix déterminé, définitif, vers une rupture prématurée, parfois sans préparation d'avec la vie « chez elle » de la personne âgée. Dans cette institutionnalisation, il faut savoir faire la critique des uns et des autres. Il ne faut pas reprocher systématiquement à l'institution de ne pas être capable d'assumer ces personnes âgées ; il faut aussi savoir dans quelles conditions se font ces institutionnalisations : bon nombre de personnes âgées arrivent brutalement, après un parcours catastrophique, dans une institution qui ne sait pas ce qui lui arrive et va mettre beaucoup de temps à reconstituer l'identité de la personne »².

Une enquête menée par l'INSEE en 1991 sur les décideurs de l'entrée en institution d'une personne âgée montre à quel point le principal intéressé est le moins pris en compte et fonde l'inadaptation des résidents souvent rencontrée dans les structures d'hébergement.

Dans les unités de soins de longue durée (long séjour), on s'aperçoit que :

- la famille décide de 76 % des entrées,
- un organisme ou un professionnel décide de 22 %,
- l'individu hébergé choisit d'entrer 2 %.

Dans les maisons de retraite, l'intéressé intervient un peu plus souvent : 20 %.

Dans 80 % des cas, la décision est prise, là encore, par d'autres :

- 45 % des familles,
- 35 % par d'autres partenaires (institutions professionnelles) ».

Une entrée en structure d'hébergement librement réfléchie, choisie et consentie est le garant d'une bonne intégration et d'une participation effective du résident à la vie de l'établissement.

Il n'est pas toujours possible de réaliser une entrée « idéale » avec plusieurs visites de la part de la personne, afin de s'adapter à son nouveau lieu de vie, une préparation avec un référent qui irait lui rendre visite afin de l'aider à reconstruire son « chez soi » dans le « chez nous » de l'institution.

Cependant, le choix du lieu de vie est le moteur de l'intégration en structure d'hébergement.

Il est douloureux pour le personnel de voir une personne se fermer au monde, sombrer dans un mutisme, refuser tout et s'éteindre peu à peu...

Ainsi, les dix dernières personnes entrées en maison de retraite vivaient seules, la famille, les voisins subvenaient à leurs besoins en plus de l'aide ménagère, mais la solitude pesait et la prise en charge de leur vie quotidienne devenait de plus en plus périlleuse pour les aidants. Neuf personnes avaient effectué « un ou plusieurs stages » plus ou moins longs en milieu hospitalier, souvent dans une grande structure. Une seule est entrée directement en maison de retraite depuis son domicile. Pour quatre, leur décision était prise, il leur était impossible

² "l'hébergement temporaire des personnes âgées, le maillon manquant du dispositif de soutien à

d'imaginer retourner à la maison avant cette entrée en maison de retraite ; Les cinq autres avaient surtout suivi l'avis de leurs enfants et du médecin traitant.

Dans la majorité des cas, l'évolution des situations personnelles vers un syndrome de tristesse ne peut s'expliquer que par un refus non verbalisé de leur admission en établissement. Un questionnaire des médecins traitants confirme cette explication.

Par contre, les personnes entrées de leur plein gré, sont souvent plus autonomes physiquement et psychologiquement. Elles n'ont pas eu de pression familiale. Leurs démarches étaient d'entrer en institution avant que « la dépendance complète ne s'installe ». Elles ont fait preuve d'un choix délibéré. Il est à noter que les hommes entrent plus volontiers en institution que les femmes. Celles-ci semblent plus attachées à leur maison et aux souvenirs qui s'y rattachent.

Le service de soins de longue durée est médicalisé et porte à confusion avec les autres services de l'hôpital surtout au niveau de la prise en charge financière du prix de journée hébergement. De plus il est vécu comme le séjour ultime à l'hôpital ; De ce fait, les personnes y entrent toujours après une durée d'hospitalisation assez longue en médecine, parfois chirurgie et surtout service de soins de suite. Toutes ont eu un incident dans leur vie - chute, perte de connaissance ... et sont fragilisées par cet épisode et le séjour hospitalier qui s'ensuit.

Elles n'ont pas encore assimilé ce qui leur est arrivé qu'on leur demande de décider de leur vie future et donc d'envisager un non retour la plupart du temps à la maison ...

Leur parcours est souvent celui du « combattant » et elles sont souvent perturbées psychologiquement. Alors la décision se fait sans elles, le relais est pris par la famille ou les aidants .

La personne semble absente ou résignée, ce qui doit être pris en compte par les personnes qui s'occuperont d'elles. Comment leur redonner l'étincelle de vie dans ces situations ?

Face à ces différents constats - limites du maintien à domicile du fait de manque de services innovants, du problème de la solitude et de l'angoisse pour la personne âgée, des aidants

naturels qui s'essoufflent... - on s'aperçoit que la situation actuelle de la personne âgée n'est pas facile. Malgré son souhait de rester chez elle, elle est soumise aux différentes pressions des aidants (médecin, famille, aide ménagère) et doit souvent contre son gré entrer en institution.

Pourquoi cette problématique si souvent répétée d'obligation de « se placer » pour une personne âgée lorsque la dépendance s'installe ?

A partir de cette problématique, le directeur et son équipe de direction a essayé de rencontrer d'autres établissements, les partenaires locaux pour essayer de résoudre ces difficultés posées.

Afin de mieux connaître pourquoi un établissement sanitaire s'intéresse à la mise en place d'un réseau gérontologique, je souhaite maintenant présenter l'établissement où je travaille.

I-3 - PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

L'hôpital local de Saint Valery sur Somme est un établissement public de santé, ceci en application de la Loi 91-748 du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière.

Sa particularité est d'être, à ce titre, un établissement de proximité ouvert sur l'extérieur afin de mieux répondre aux besoins de la population.

Il dispose de la capacité d'accueil suivante :

- 29 lits de médecine
- 6 lits destinés à l'accueil de malades en état végétatif persistant
- 30 lits de moyen séjour.

C'est aussi une structure d'hébergement avec :

- Une unité de 90 lits de soins de longue durée
- 115 lits de maison de retraite dont 50 lits de cure médicale
- 3 lits d'accueil temporaire.

De plus, il gère un service de soins à domicile de 48 places.

La capacité totale de l'établissement est de 321 lits ou places.

Depuis peu, il assure le suivi des familles d'accueil pour personnes âgées et dans le cadre du maintien à domicile, il participe au portage de repas à domicile sur trois cantons.

Cet hôpital emploie 180 personnes (équipe de direction, personnels soignant, administratif et technique).

Les médecins qui assurent le suivi des patients en médecine et moyen séjour sont les médecins généralistes du canton, conventionnés avec l'hôpital local.

Les objectifs de cet établissement sont pour la structure d'hébergement plus particulièrement, de préserver et de renforcer les liens familiaux et de voisinage, de concourir au maintien de l'identité et du statut de la personne âgée, de favoriser son intégration dans l'institution, lui dispenser des soins appropriés, de mettre en œuvre un accompagnement de vie adéquate et à titre préventif, participer au maintien à domicile.

A ces différents niveaux, des travaux en partenariat s'instaurent au plus près du local. Ce sont des actions avec les familles, les bénévoles, les diverses associations, les autres structures d'hébergement et aussi les élus et les organismes de tutelle.

Il est important pour tout établissement de prendre en compte la dimension du territoire et des partenaires extérieurs pour perdurer, participer à la vie de la cité et effacer peu à peu les reproches d'enfermement sur elles-mêmes souvent faits à nos structures.

A l'intérieur de l'établissement, les mentalités ont évolué par la mise en application du contrat de séjour, du conseil d'établissement et l'élaboration du projet de vie.

La participation effective des résidents est importante, elle contribue à redonner un statut à la personne exclue de la vie active et isolée du fait de la vieillesse et du handicap.

Un travail a été mené pour redynamiser les équipes soignantes par une approche différente de la personne, il est important de redonner une image complète de la personne accueillie, c'est à dire sujet et non objet de soins. Le directeur m'a déléguée pour la mise en place du contrat de séjour, du règlement intérieur et du projet de vie.

L'élaboration du contrat de séjour, du règlement intérieur, du projet de vie s'est effectué dans une démarche commune aux résidents, direction et personnels, et a permis à chacun une reconnaissance de soi et de l'autre. Ce fut une participation par petits groupes où des représentants des résidents, du personnel, un chef de service, soit paramédical soit administratif ou technique durent apprendre à mieux se connaître et à travailler ensemble au projet et à une meilleure qualité de vie pour les résidents.

La volonté de s'adapter pour mieux accueillir est une nécessité reconnue par tous. Mais le consensus sur la nécessité de s'adapter ne suffit pas. Dans cette confrontation quotidienne à la vieillesse, à la mort, dans cette répétition sans fin des gestes nécessaires à la vie, là où justement tous les idéaux s'effondrent (de réparation, de consolation, de guérison), reste encore une interrogation sans fin : qu'est-ce que vivre, quand on est vieux, dépendant et en institution ? Cette question en entraîne une autre qui concerne les soignants, tous ceux qui prennent soin des gens âgés : Quel est le sens de ce travail ? A quoi cela sert ?

Devant tant de souffrance, nous sommes acculés à l'essentiel, le sens de notre action. Avancer dans cette recherche de sens passe par le choix des valeurs référentes. Parler de respect de la personne, d'identité, d'autonomie, d'écoute, de partage, de participation permet de moduler et prioriser son action au plan de la qualité.

Pour adopter un autre regard, il faut écouter la parole des vieux - vieux, cela signifie en vie -. Prendre en compte cette parole semble parfois impossible, mais considérer leur parole permet de leur donner le choix, la possibilité d'exercer un réel pouvoir sur leur cadre de vie et leur vie quotidienne en établissement. Dans ce projet de vie, un des objectifs était de faire en sorte que les personnes âgées s'approprient la structure d'hébergement, y reconstituent, au moins pour une part, leur intérieur, leur intimité. Offrir un chez soi, c'est passer de l'accueil hôtelier des personnes à un accompagnement à partir de leur histoire, de leurs repères.

La démarche du projet de vie est le pari de se recentrer sur ce qui est l'essentiel à la vie des résidents et des personnels. C'est une démarche collective pour rester au plus près de ce qui les aide à vivre au quotidien. Celle-ci n'identifie pas seulement un processus de réflexion autour des valeurs, une dynamique de travail autour d'une conception du soin, de l'accompagnement, du travail en équipe ; c'est aussi une démarche de construction qui édicte des priorités pour l'action, des objectifs dépassant le « tout faire pour que les personnes puissent être heureuses dans notre établissement ». Cela passe par des stratégies, des outils comme la

formation (pensée en cohérence avec le projet de vie), le suivi des équipes avec un soutien, un travail sur les résistances au changement. Tout changement suscite des peurs, sources de résistances. Il a fallu prendre le temps de les analyser pour les dépasser. Par exemple, comment conjuguer liberté du résident, son droit au risque avec responsabilité de l'institution et sécurité ?

Le personnel paramédical a souhaité depuis s'inscrire dans un axe de formation plus en rapport avec le projet de vie et la façon de concevoir le séjour des résidents. Les formations professionnelles complémentaires à dominance médicale subsistent, elles ont aussi leurs importances mais le personnel s'ouvre plus vers les relations humaines et la connaissance de la personne âgée en tant que personne et non seulement objet de soins.

Quand les pratiques changent, elles se diversifient. De plus en plus le personnel paramédical met en pratique la théorie de « *Mieux vaut faire avec la personne qu'à la place* ».

Le projet de vie est une démarche participative et globale, progressive et itérative. A la suite de celui-ci une évaluation est prévue, une sorte de tableau de bord où pourra être apprécié l'adéquation entre la réflexion et l'action.

La participation de tous les acteurs à la définition de projets au sein de la structure est indispensable. L'articulation des projets individuels et collectifs devient un des enjeux majeurs de la dynamique du groupe en vue de définir le projet de l'institution.

Celui-ci est la justification et le garant des organisations et des frontières constitutives de l'institution, mais c'est aussi garant de sa place dans la vie locale et sociale.

A l'extérieur, un partenariat s'est développé avec les élus, les associations intermédiaires, d'autres structures d'hébergement. Un portage de repas s'est mis en place sur deux cantons, assuré par nos services. J'ai commencé, au niveau du service du SSAD une ébauche de coordination avec l'équipe médico-sociale de la prestation spécifique dépendance - tant dans le suivi à domicile, qu'en institution -.

Notre objectif est de préserver l'autonomie de la personne âgée, de limiter les risques de l'exclusion et de la solitude et lorsqu'une entrée en institution doit se décider, que cette décision soit celle de la personne âgée avant tout.

Pour conclure ce chapitre et introduire le prochain, je rappellerai que l'objectif partagé par le directeur, l'équipe de direction dont je fais partie est l'offre d'une véritable qualité de vie aux personnes hébergées mais aussi la participation à un meilleur maintien à domicile. Ceci ne peut exister qu'à partir d'un réseau de services d'aide à domicile, d'associations, d'établissements, d'autres partenaires dont le but est de permettre ce maintien à domicile dans de bonnes conditions, par un soutien logistique adapté. L'hôpital pourrait être le lieu pivot, d'accueil et de coordination de ce réseau, compte tenu de sa place dans ce projet et en accord avec les autres partenaires de l'action gérontologique. Ceux-ci ont déjà participé à des réunions de travail à ce sujet et tous sont convaincus du bien-fondé de ce projet et de l'intérêt pour le public concerné, qu'ils soient élus, associations ou établissements.

CHAPITRE II

APPORTS THEORIQUE, LEGISLATIF ET EXPERIENCE EN MATIERE DE RESEAU GERONTOLOGIQUE

II-1 - LA PERSONNE AGEE

II-1-1 - Notion de vieillissement

« Vieillir, Eh ! mon Dieu, oui vieillir, il faut bien s'y faire...vieillir, sous les yeux de ce portrait jeune, à la lueur d'un beau souvenir...vieillir en bonne santé, au cours de petits voyages reposants, au cours de petits repas soignés. « citation de COLETTE « la femme cachée ».

L'étude du vieillissement et de ses répercussions permet une meilleure compréhension du vécu de la vieillesse, le vieillissement menant à la vieillesse.

Il est important de distinguer deux concepts de vieillissement : le vieillissement de la société et le vieillissement de l'individu.

1 - Vieillissement de la société :

C'est un phénomène fluctuant non irréversible qui se manifeste au rythme des générations. La population âgée française connaît un double mouvement démographique et social. La pyramide des âges s'inverse, les personnes âgées et les très âgées aussi. Le vieillissement démographique en France est le résultat des progrès de la médecine avec un autre phénomène celui de la baisse de la natalité.

De plus, l'espérance de vie s'accroît : chaque année, il est gagné trois mois d'espérance de vie supplémentaire, de sorte qu'en 2015, la population âgée de 75 ans et plus sera supérieure de 30 % par rapport à 1996. (source INSEE – Système OMPHALE 1990).

2 - Vieillessement de l'individu :

Ce phénomène continu et irréversible est propre à chacun.

a) Vieillessement biologique :

Le vieillissement s'accompagne de dysfonctionnements, de lésions, d'incapacités, de maladies, d'un déclin des capacités physiques et mentales. Pour expliquer ce phénomène plusieurs théories existent :

Le vieillissement serait dû aux cellules de l'organisme qui ne se renouvelleraient plus à un moment de notre existence. A partir de 60 ans, la diminution des cellules est la plus importante et la plus rapide. Ce phénomène serait inscrit dans notre patrimoine génétique sur lequel agiraient les maladies, le climat, la nutrition, ce qui expliquerait les différences entre individus.

Le vieillissement biologique se manifeste à plusieurs niveaux plus ou moins visibles de l'extérieur. Il s'installe différemment selon les individus.. Avec le vieillissement apparaît la difficulté croissante de l'adaptation du fonctionnement des organes aux efforts demandés : Ralentissement des fonctions cérébrales (troubles de l'attention, de la mémoire...), la locomotion se réduit, la performance des appareils respiratoire, urinaire, génital, digestif diminue. Les sens sont altérés, la vue devient moins bonne, l'audition et l'odorat déclinent. Le goût se modifie du salé vers le sucré. Seul le toucher ne varie pas avec l'âge et reste le sens privilégié pour entrer en contact avec une personne très âgée.

Du fait de ces diminutions de leurs capacités physiques, les personnes âgées rencontrent plus de difficultés à s'adapter aux changements. Il est important de l'intégrer lorsqu'on s'occupe de ces personnes, ceci explique les modifications possibles de leurs comportements.

b) Les facteurs psychologiques :

La personne âgée se trouve trahie, « son corps s'en va ». Mais, en plus, cette trahison se cumule avec celle de la société. Elle doit vivre plusieurs pertes de rôles à mesure qu'elle avance en âge. Le premier est celui de parent : les enfants devenus grands quittent le domicile parental. Puis, vient l'âge de la retraite et même de la pré retraite, qui constitue déjà une rupture avec le monde du travail, perte du rôle professionnel. C'est une période clé, de réorganisation aux niveaux : social, temporel et spatial.

La perte du rôle conjugal avec le décès du conjoint vient s'ajouter à toutes ces ruptures, laissant la personne âgée au centre d'un vide affectif profond.

Le vieillissement dans ce contexte passe par un changement au niveau des rôles et place dans la société. La personne âgée peut se replier sur elle-même ou évoluer et chercher de nouveaux rôles.

D'autres facteurs entrent en jeu dans ce processus de vieillissement, tout ce qui entoure la personne. Ce sont :

c) Les facteurs socio-économiques :

Les hommes et les femmes ne sont pas égaux devant la mort (huit années d'espérance de vie supplémentaires pour les femmes).

La vie professionnelle, le lieu où l'on vit, les conditions d'habitat agissent sur la qualité du vieillissement. Par exemple, il est permis de penser que la ville offre aux personnes âgées un confort supérieur à celui des campagnes : confort de l'habitat et confort lié aux services (sanitaires, médicaux, sociaux). Le milieu socioculturel joue un rôle important dans le mode de vieillir, les personnes qui s'intéressent à la vie culturelle, associative de leur commune ou ville resteront plus longtemps ouverts aux autres.

d) Les mutations sociologiques :

Les mutations sociologiques qui tiennent au mode de vie des familles ont contribué à rendre plus vulnérables les personnes âgées aux situations de la dépendance - elles font l'apprentissage de la solitude - J. P. BATAILLE le montre dans « l'âge de la retraite » (données sociales 1993). « Entre 75 et 84 ans, les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes et une sur deux vit seule... La croissance de la proportion des personnes seules est plus rapide : de 30 % en 1962 à 45 % en 1990 ».

« *Vieillir, c'est à la fois grandir, évoluer et perdre* » selon Geneviève LAROQUE (cahiers de l'actif n°252/253).

Dans cet apprentissage de la solitude et le passage obligé des pertes successives (perte d'activité professionnelle du fait de la retraite, perte du conjoint...) il reste un lieu important, le domicile, l'habitat, porteur de tant de souvenirs...

II-1-2 - Notion de domicile

Il paraît essentiel de rappeler une notion importante pour la personne âgée, celle du domicile. (Le domicile de domus (latin) : la maison).

Comme l'explique Bernadette VEYSSET³ « la maison est à la fois repère et repaire ».

- Repère au niveau social :

Elle est le signe, le symbole de l'histoire de la personne âgée, son histoire intime, familiale et sociale. Elle est protection face aux différentes ruptures que subit la personne au fil du temps.

³ Dépendance et vieillissement Editons Uharmattan page 32

- Repère au niveau partial :

Elle lui apporte la sécurité du fait de la longue connaissance qu'a la personne de son habitation. Elle peut s'y déplacer les yeux fermés. C'est aussi un repère face à l'extérieur (la rue, les voisins, le quartier, la ville ...).

- Repère temporel :

Elle lui donne encore la notion du temps (précieux : du temps passé). Chaque objet est une histoire, la maison est chargée de souvenirs.

- La maison repaire :

Elle renvoie à la notion de territoire. C'est un lieu de protection avec ce besoin d'avoir des moments de solitude et des moments de convivialité.

Cette notion d'alternance entre solitude et convivialité est à respecter quel que soit l'âge de la personne, lorsqu'elle se retrouve en hébergement collectif.

On comprend le drame que représente, pour une personne âgée dépendante, le moment de quitter son domicile et d'entrer en institution, surtout lorsque celle-ci n'est pas préparée dans le temps pour vivre au mieux ce nouveau deuil.

Avec cette notion de domicile, s'ajoutent celles qui souvent « décident » de l'entrée ou non en institution : l'autonomie et la dépendance.

II-1-3 - Notions d'autonomie, de dépendance

Il me paraît important à ce stade de faire le point sur les notions d'autonomie et de dépendance afin de comprendre quel est l'enjeu des acteurs locaux pour le bien-être de la personne âgée.

- L'autonomie :

Du grec autos (soi-même), nomos (loi) signifie : « le droit pour une personne de se régir d'après ses propres lois⁴ ».

Dans le contrat social de Jean-Jacques ROUSSEAU, c'est « se -donner à soi-même sa propre loi », au sens moral surtout.

L'autonomie c'est plus communément ne dépendre de personne, se déterminer selon ses propres règles, librement choisies. On distingue deux sortes d'autonomie au niveau de l'individu : autonomie physique et autonomie psychologique.

Face à la notion d'autonomie entre en jeu celle de dépendance.

La dépendance :

Officialisée par la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997, la prestation spécifique dépendance, s'adresse aux personnes âgées de plus de soixante ans.

Dépendance vient du latin « dependere » (être suspendu).

Dans la loi sur la prestation spécifique dépendance, la dépendance est définie comme « l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière ».

Dans le dictionnaire (Le Petit Robert 1995), on trouve deux notions :

- Celle de liaison : rapport qui fait qu'un être dépende d'un autre, sorte de solidarité.
- celle de soumission, subordination, d'assujettissement, asservissement allant jusqu'à l'esclavage. On parle aussi de la dépendance pour les consommateurs de substance toxique...

⁴ Encyclopédie Universalis France SA 1995

La dépendance n'est pas forcément l'état qui mène à une perte d'autonomie. l'adulte devenu vieux et dépendant, a besoin d'être secondé dans certaines activités, certaines tâches de la vie quotidienne.

Le docteur PLOTON, dans « la personne âgée. Son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence » (Lyon 1995 - chronique sociale) définit l'autonomie « par la capacité de l'intéressé à accepter d'assumer la responsabilité de ses choix et des risques qu'il prend, au lieu de se faire (ou de se laisser) déposséder de la maîtrise des risques auxquels il s'expose que ce soit à propos d'options élémentaires de la vie quotidienne ou de choix essentiels plus généraux ».

Ainsi, la personne âgée peut être dépendante, tributaire de son entourage, d'un personnel soignant, d'aide à domicile pour effectuer les actes essentiels dans sa vie et rester autonome et sujet de désir.

En distinguant dépendance et autonomie physique d'une part et dépendance et autonomie psychologique d'autre part tout en observant les interactions possibles entre elles, on comprend mieux comment une personne peut, si l'entourage n'y prend garde, s'engager dans une spirale de dépendances qui s'entretiennent mutuellement.

Ainsi, la personne âgée devient-elle fragile, lorsque l'handicap physique s'installe. Elle a besoin d'une réassurance psychoaffective. Néanmoins, face à son vécu quotidien, elle peut refuser certains soins qui lui rendent l'autonomie et ... la solitude à la maison (rééducation à la marche par exemple).

De plus, en institution, on s'aperçoit qu'une prise en charge trop prégnante de la personne âgée, sans stimulation de celle-ci risque d'amener la personne à une dépendance plus grande et provoquer un état d'assistance complète. A. THEVENET le précise dans « le quatrième âge » : « Toutes les formes d'action sociale doivent n'avoir qu'une finalité : faire en sorte que l'autonomie des individus soit rendue possible en évitant de les assister ou de se substituer à eux ».

On remarque qu'en institution, il est toujours plus aisé de faire à la place de la personne âgée que de la laisser faire –cela demande plus de temps, ainsi, il est difficile de combattre le problème de l'incontinence (les protections demandent moins de temps et d'efforts que d'aider la personne quand cela est possible), le personnel paramédical reste plus dans une notion de soins que de qualité de vie.

Le danger est par ces comportements d'aggraver la dépendance par surprotection. A l'inverse, il est important de connaître l'état d'esprit de la personne âgée vis à vis des objectifs de soins, de rééducation poursuivis. Il faut essayer de stimuler le désir d'autonomie, ce qui se fait dans la soumission restera un échec malgré tout. Combien de blocages se manifestent après une rééducation trop rapide où la personne âgée angoissait à l'idée de remarcher seule et de rechuter. Cela peut devenir dramatique lorsque tout refus d'effort s'installe et que cette personne est considérée alors comme dans l'impossibilité de rentrer chez elle. On envisage alors pour elle une entrée en institution. R. VERCAUTEREN et N. BABIN parlent même de la souffrance d'être aidé « la demande d'aide relève d'un processus spécifique de la personne âgée : être aidé, c'est reconnaître sa dépendance, devenir tributaire et s'inscrire dans la réalité d'une fin de vie ».

« Souvent la vieillesse est définie à partir de la perte et l'appel à l'aide provoque une prise de conscience douloureuse. La douleur ressentie est celle d'une rupture, elle est donc « synonyme de crise⁵ ».

Il est important face à cet état de crise, d'élaborer un projet « compensateur » (comme l'indique R. VERCAUTEREN op cit page 53). La personne âgée exprime alors souvent ses désirs, ses angoisses, par l'intermédiaire des aidants, c'est à dire, soit la famille, aidant naturel, ou l'entourage, aidant informel qui peut être des amis, des voisins.

Le sujet vieillissant doit être sollicité, attendu dans ses gestes, interrogé sur ses choix afin de faciliter l'émergence de sa personnalité, afin de renforcer son identité ; Il s'agit de reconnaître l'autre comme différent de soi et en même temps semblable.

L'erreur serait de ramener toute opinion de l'autre à sa propre vision des choses et de la vie. Cette négation du discours et du désir de la personne âgée peut prendre d'autres formes. Il

peut être question d'une mise à l'écart sans explication, sans parole posée. Cela peut être vécu par la personne âgée comme une exclusion et la renvoyer à des questions sur les raisons de son existence. A l'inverse, il ne faut pas trop assister le sujet mais l'aider à rester acteur de ce qu'il vit et à investir le monde.

II-2 - LES AIDANTS

La notion d'aide vient du latin *adjutare* c'est à dire intervenir en faveur d'une PERSONNE en joignant ses efforts aux siens.

II-2-1 - La famille, aidant naturel :

La famille est souvent la première réponse aux besoins des personnes dépendantes. Les proches constituent les premiers fournisseurs d'aide, de soutien et de support. M.E. JOEL et C. MARTIN⁶ évoquent la « redécouverte des solidarités familiales ». Celles-ci subviennent déjà aux besoins de leurs jeunes à la recherche d'un premier emploi et doivent soutenir leurs aînés face à la dépendance. Dans ce processus et pour que cette solidarité s'accomplisse pleinement, un sentiment de liberté entre le donateur et le bénéficiaire doit subsister. « Quand il y a un don, il faut laisser l'autre libre de rendre »

L'environnement familial a une place importante dans la mise en place d'un projet d'aide pour la personne âgée dépendante, c'est elle qui retrace son histoire et qui sera sollicitée pour stimuler son aîné de façon rationnelle et organisée. On s'aperçoit que dans cette sollicitation les rôles sont inversés, la famille guide maintenant le pas de son aîné, ce qui n'est pas sans poser problème.

La personne âgée se trouve alors placée en position d'infériorité sociale, ce qui interfère sur sa participation citoyenne et lui procure un sentiment de frustration. La famille devient souvent le pilier du soutien à domicile, ce qui la culpabilise lorsque cette « construction » devient fragile et qu'une entrée en institution se profile pour la personne âgée devenue dépendante.

⁵ R. VERCAUTEREN "Un projet de vie pour le maintien à domicile des personnes âgées"
Editions ERES 1998 Page 52

⁶ M. E. Joël et C. Martin "aider les personnes âgées dépendantes" Arbitrages économiques et familiaux Editions ENSP (page 61 op cit).

II-2-2 - L'environnement, aidant informel :

L'urbanisme, l'architecture et les concentrations urbaines imposent des modes de vie, d'habitat qui rendent difficiles la cohabitation des générations, de même le développement de l'activité professionnelle des femmes introduit ce phénomène de décohabitation des différentes générations. Les personnes âgées font donc l'apprentissage de la solitude, surtout les femmes à partir de 80 ans et appréhendent le risque de dépendance lié à la vieillesse.

Lorsque la famille est éloignée ou absente, des relais s'installent. Ce ne sont pas des professionnels, mais des relations de voisinage, des amis qui contribuent au maintien des personnes âgées dépendantes à leur domicile. Elles deviennent souvent le relais entre l'extérieur et l'établissement où elles sont hébergées.

Cette solidarité est aussi - comme celle des familles - à soutenir. Elle a un rôle important. Elle contribue à maintenir le lien social de la personne âgée dans son environnement.

La relation qui s'installe entre l'aidant informel et la personne âgée dépendante est du même registre que celle avec la famille de la personne âgée à cette différence près qu'il n'y a pas de lien de sang. La personne âgée devient aussi tributaire de ces personnes. Son maintien à domicile dépendra du tissage solide ou non, des liens affectifs qui les relie.

II-2-3 - Les aidants formels :

Ce sont par opposition aux aidants informels cités auparavant, les professionnels qui participent au maintien à domicile de la personne âgée dépendante.

- Les aides ménagères :

Elles sont désignées comme personnel technique. Leur mission a été définie dans la convention collective du 18 mai 1983 : « elles doivent accomplir chez les personnes âgées un travail matériel, moral et social, contribuant à leur maintien à domicile ». La convention type de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés(CNAVTS) du 21 février 1986 indique la possibilité pour elles d'exercer des services sommaires d'hygiène. Elles ont la possibilité

de se former en préparant le certificat d'aptitude aux fonctions d'aide ménagère, créé par arrêté ministériel du 30 novembre 1988 - journal officiel 16 et 17 janvier 1989. C'est une formation en cours d'emploi.

Le financement de ces employées est effectué par la caisse de retraite principale de la personne âgée, une participation financière lui est demandée. Cette participation est calculée en fonction des revenus de la personne aidée. L'aide sociale du département peut intervenir lorsque les ressources de la personne âgées sont faibles.

- Les auxiliaires de vie :

C'est une profession créée en 1981, qui chevauche celle des aides ménagères. Elles interviennent lorsque la personne âgée devient dépendante au point de ne plus assurer seule les actes de la vie courante (s'alimenter, se laver, s'habiller, se lever, se coucher, se déplacer).

Leur financement n'est pas le même, la personne âgée peut être l'employeur direct et bénéficier d'exonération des cotisations patronales de la sécurité sociale. Elle peut aussi faire appel à un service spécialisé qui interviendra en qualité de mandataire.

Elles se relaient auprès de la personne handicapée, la prennent en charge physiquement et la soutiennent moralement. .

- Le service de soins à domicile :

Le fonctionnement des services de soins à domicile est généralement coordonné à d'autres services de soutien à domicile.

Ce sont soit des organismes gestionnaires de services d'aide ménagère, de service mandataire, ou des structures d'hébergement, des hôpitaux.

La demande doit être effectuée par le médecin généraliste et le financement est effectué par l'organisme d'assurance maladie par le biais d'un prix de journée. Regroupées autour d'une infirmière coordonnatrice, des aides soignantes vont intervenir au domicile des personnes âgées, sur un lieu géographique déterminé par le schéma régional d'organisation sanitaire. Des infirmières peuvent faire partie de ce service lorsque le nombre de prises en charge des personnes

âgées devient important. Elles s'occupent de la prévention sanitaire de la personne âgée pour un maintien à domicile.

- Autres services :

Ils participent au maintien à domicile mais sont sur l'initiative de la politique locale, ce qui explique la disparité de ces services selon les secteurs géographiques.

Ce sont : Les services de portage de repas à domicile

Le blanchissage du linge

La téléalarme

Le petit commerce ambulancier

Les petits travaux d'entretien (petites réparations pour la maison).

Cette liste n'est pas exhaustive, mais il est à regretter que leur existence soit encore peu développée. On remarquera que les aides formelles peuvent être multiples mais complexes de par leur financement, les limites de leurs actions et leur cloisonnement. Face aux demandes de la personne âgée restant à domicile, il peut apparaître que chacun répond par sa spécificité professionnelle, ce qui morcellerait la personne âgée en différentes strates de besoins (physiologique, psychologique, matériel) et ne lui permettrait pas de se situer en personne à part entière, sujet de droits.

Après cette approche de la personne âgée et des aidants, il apparaît nécessaire maintenant, d'examiner les textes de loi se rapportant au problème évoqué (l'aide et le maintien à domicile des personnes âgées) et au réseau gérontologique, - sorte de réponse au morcellement de l'aide à domicile -, il sera intéressant aussi d'observer les expériences de réseau en Angleterre et en France, ceci dans le prochain chapitre.

II-3 - LES TEXTES DE REFERENCE :

La création d'un réseau gérontologique n'est pas simple. J. J. AMYOT, dans son livre : « travailler auprès des personnes âgées (Editions DUNOD) » parle de « l'extraordinaire diversité des acteurs, des modes d'interventions et des structures dus à l'histoire même des politiques sociales et sanitaires » Les revendications de spécificité des différentes structures

organisées sous la forme de luttes corporatives ne font pas le jeu de la coordination, pas plus que l'opposition forcée de certaines sphères d'influence des différents pouvoirs locaux mais aussi nationaux.

Le partenariat dans l'action sociale nécessite des garanties entre les acteurs de l'action sociale œuvrant ensemble mais aussi entre les décideurs et les acteurs de cette action sociale. La vie associative, les petites structures, fragilisées par leur taille et leur précarité sont plus à même de ressentir des craintes de récupération, voire de perte d'identité qui engendrent forcément des résistances sur le terrain. De plus, au fur et à mesure que des dispositifs se greffent, de nouveaux acteurs entrent en jeu, bouleversent l'ordre précédent.

En 1960, le gouvernement charge M. Pierre LAROQUE de constituer et de présider une commission d'étude des problèmes de la vieillesse.

II-3-1 - Le rapport LAROQUE

Ce rapport paraît en 1962. C'est le premier rapport officiel sur les problèmes du grand âge. Il y sera proposé de mettre en œuvre une politique de la vieillesse. Cette politique a des maîtres mots : prévention, intégration et un domaine de prédilection, le maintien à domicile.

Son objectif principal vise à retarder l'apparition des dépendances résultant du vieillissement et limiter le recours à l'hospitalisation. Il est important de maintenir les personnes âgées dans leur environnement économique et social.

« Il est essentiel de maintenir les personnes âgées dans la société en contact avec les autres générations et d'éviter toute rupture brutale dans leurs conditions de vie. La rupture du vieillard avec son environnement habituel, le changement de résidence et de logement, l'éloignement de ses relations constituent autant de facteurs d'aggravation du vieillissement ».

Le caractère préventif de cette politique conduit à élargir l'action publique à l'ensemble de la population âgée et pas seulement aux indigents ou aux grands vieillards. A la notion de dégradation répond désormais celle d'autonomie, de participation et d'activité, caractéristiques d'un nouveau « 3^e âge ».

Près de 10 ans après la parution du rapport LAROQUE, le sixième plan quinquennal (1971 à 1975) détermine une grille d'actions construites autour de la notion de maintien à domicile. L'objectif annoncé est de faire bénéficier 100 000 personnes afin d'éviter des entrées en maison de retraite. Les organismes locaux destinataires des crédits d'incitation de l'Etat mirent l'accent sur les services d'aide ménagère, les centres de jour et les équipements légers de quartiers tels que les clubs du 3^e âge et les foyers restaurants.

La loi du 30 juin 1975 (loi n° 75-535) permet l'humanisation des établissements hospitaliers. On assiste à la séparation du sanitaire et du social. Les commissions régionales des institutions sanitaires et médico-sociales sont créées afin de permettre une meilleure coordination entre ces institutions. On procède à une évaluation des besoins. Tout ceci sera repris dans la Loi 86-17 du 6 janvier 1986. Celle-ci a pour mission d'adapter la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé.

Le VII^e plan (1976 à 1980) est la poursuite du dispositif avec une visée plus large qui est de préserver et de développer l'autonomie des personnes âgées et leur participation à la vie sociale. La loi du 21 juillet 1976 introduit des notions de sections géographiques gérontologiques ainsi qu'une ébauche de coordination des aides apportées à la personne âgée. La loi du 4 janvier 1978 crée les services de long séjour. Le long séjour (service de soins de longue durée) est un service hospitalier qui comprend un plateau technique et suppose une surveillance médicale constante. La prise en charge par la sécurité sociale n'est pas partielle et ne concerne que le forfait soins. L'hébergement est à la charge de la personne âgée.

La scission entre le sanitaire et le social s'est trouvée inadaptée à la situation des personnes très âgées hébergées dans des établissements sociaux. Le grand âge rend floues les frontières entre l'état de bonne santé et de maladie.

La circulaire n°1 du 26 octobre 1978 permet l'adaptation des établissements d'hébergement aux conditions nouvelles résultant de l'élévation de l'âge moyen et de la dépendance des personnes âgées (création des sections de cure médicale). Néanmoins, elle voulait préserver l'autonomie et la vie sociale des personnes âgées et permit la création des services de soins infirmiers à domicile.

La prise en charge du risque dépendance est longtemps restée un élément secondaire dans les politiques de la vieillesse. La politique des retraites d'un côté, les politiques d'hébergement et les aides au maintien à domicile de l'autre côté demeurent les principaux piliers de la politique de la vieillesse. Malgré tout, trois types de dispositifs principaux ont été mobilisés pour fournir une aide aux personnes âgées dépendantes.

L'allocation compensatrice tierce personne créée par la loi du 30 juin 1975, a été l'instrument principal de cette aide pour la dépendance. Elle permettrait de prendre en charge partiellement les frais liés à l'aide effective d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie quotidienne.

Pour les personnes aux faibles ressources, l'aide sociale permet une certaine prise en charge (elle participe au financement de l'aide ménagère ou d'une entrée en hébergement collectif (type maison de retraite).

Enfin, des aides plus spécifiques existent au titre de l'allocation logement, de l'emploi d'une aide à domicile ou de l'hébergement collectif.

Ainsi, on peut noter que jusqu'à une certaine période, la prise en charge financière de la dépendance restait éclatée institutionnellement entre différents dispositifs, mettant en œuvre des circuits financiers spécifiques et surtout insuffisants.

II-3- 2 - La circulaire de Joseph Franceschi (du 7 avril 1982)

Cette circulaire sur la politique sociale en secteur médico-social pour les retraités et les personnes âgées devait, elle, assurer la cohérence des actions de l'Etat et rappeler ainsi la place des retraités et personnes âgées dans la nation avec le principe de relais à l'échelon local. L'accent est mis sur la vie sociale, la solidarité locale avec le développement des services de proximité. Elle soulignait l'importance des alternatives à l'hospitalisation. Elle permettait la création d'ADAGE (aire d'activités gérontologiques) à partir du schéma départemental gérontologique ou d'un fichier de places disponibles en coopération inter établissements. Cela n'existe pas officiellement dans notre département, ce qui ne facilite pas

la coordination entre services d'aides à domicile, communes, établissements pour personnes âgées.

II-3-3 - Le rapport de Théo BRAUN pour les personnes âgées dépendantes en 1987

Ce rapport souhaitait la création d'une délégation nationale aux retraités et personnes âgées, d'un comité national de la prévention au niveau de l'Etat.

Il proposait aux collectivités locales de lancer des actions de coordination gérontologique. Il suggérait, lorsque cela était possible d'utiliser un hôpital local comme centre logistique du secrétariat médico-social d'une coordination des soins.

En reprenant cette idée, en élargissant le champ de l'action sociale, l'hôpital local pourrait être la base logistique du réseau et de sa coordination. C'est un établissement de proximité, les praticiens sont des médecins généralistes du canton, c'est la base « la plus décentralisée » de l'organisation de soins et un partenaire reconnu dans les cantons.

D'autres circulaires des 7 et 12 mars 1986 reprennent la possibilité d'accueil temporaire ou de transition.

La loi du 10 juillet 1989 régit l'accueil par des particuliers à leur domicile, à titre onéreux des personnes âgées ou des handicapés adultes. Des solutions originales sont trouvées mais le financement n'est pas toujours simple, ni le fonctionnement et ces solutions sont plus rares lorsque la personne âgée est plus dépendante. La mission d'information parlementaire en 1991, les rapports Boulard (juin 1991) et Schopflin (septembre 1991) ne manquent pas de le souligner.

Celui de M. Schopflin sera repris par Simone Veil en août 1991 dans son projet de loi sur la prestation autonomie.

La loi du 25 juillet 1994 adopte, à titre expérimental, des dispositifs (12) départementaux d'aide aux personnes âgées dépendantes. Toutefois, des contraintes financières ont pesé lourdement sur la prise en charge du risque dépendance. Ainsi, le 4

octobre 1995, fut adopté par le conseil des ministres un projet de loi instituant une prestation autonomie dont l'application fut repoussée pour des raisons budgétaires.

Ce n'est qu'en 1997 qu'aboutit une proposition de loi instituant une prestation spécifique dépendance.

II-3-4 - La loi du 24 janvier 1997

Cette loi tend, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

Elle substitue à l'allocation compensatrice tierce personne créée en 1975 une prestation spécifique dépendance pour les personnes de plus de soixante ans. L'objet de cette loi ne se limite pas toutefois à la création de cette nouvelle prestation ; elle comprend également un volet consacré à la coordination des politiques de prise en charge de la dépendance et instaure une réforme de la tarification des prestations d'hébergement des personnes âgées.

L'attribution de la prestation spécifique dépendance est soumise à trois conditions principales :

- être âgé de plus de soixante ans

- un « degré de dépendance » évalué au cas par cas par une équipe médico-sociale dépendant du département avec un outil appelé la grille AGGIR (autonomie gérontologique groupe iso ressource) utilisé au plan national. Elle détermine le degré de dépendance appelé GIR .

- une condition de ressources, fixée par décret, proche de celle retenue auparavant dans le cadre de l'allocation compensatrice tierce personne.

La prestation spécifique dépendance est versée en nature (un certain quota d'heures d'aide à domicile) tandis que l'allocation compensatrice est une prestation en espèces. La prestation spécifique est appréciée au regard du degré de dépendance de la personne âgée mais également au regard de son environnement (conditions de logement, aides apportées...).

Par ailleurs, la loi prévoit que le patrimoine des bénéficiaires de l'allocation sera utilisé après leur décès pour rembourser à la collectivité les dépenses exposées.

Dans son livre, « De l'allocation compensatrice à la prestation spécifique dépendance, le volet financier, le volet social, la vie départ et hébergement » (avril 1997) » A. THEVENET précise : « Cette possibilité de récupération distingue très clairement la prestation spécifique dépendance de l'allocation compensatrice tierce personne et la situe indéniablement dans le champ de l'action sociale ».

La dépendance n'est pas reconnue comme un nouveau risque social et ne relève pas de la sécurité sociale. C'est une prestation d'aide sociale versée par les départements sous conditions de ressources, elle ne crée pas de droit inconditionnel à une aide et connaît des applications relativement différenciées d'un département à l'autre. Les choix finalement retenus semblent avoir privilégié les contraintes financières plutôt que la prise en charge généralisée de la dépendance.

Cette prestation spécifique dépendance présente quelques points positifs :

- Elle a permis de financer davantage la dépendance en établissement (bon nombre de départements ne versant pas d'ACTP lorsque la personne âgée était hébergée en établissement).

- Une évaluation est faite en coordination par le personnel du conseil général et de la caisse régionale d'assurance maladie .

- Elle a le souci de l'élaboration d'un plan d'aide au maintien à domicile (ce qui n'était pas toujours fait auparavant).

- Elle relance l'idée d'une coordination gérontologique.

Néanmoins, cette politique d'attente - la prestation spécifique dépendance - se situe en recul par rapport aux expérimentations mêmes (dans « leçons d'apprentissage », la PSD en Ile et Vilaine les sites ont souhaité un montant supérieur de PSD et des plafonds plus hauts).

La réponse est en deçà des attentes. Les écarts entre départements existent, que ce soit dans la mise en œuvre ou le versement.

D'autres problèmes sont soulevés : cette prestation reste modeste dans l'ensemble (en moyenne 3 000 à 4 000 francs par mois), elle est versée aux personnes les plus dépendantes et les plus nécessiteuses. De ce fait, elle écarte une proportion considérable de personnes âgées sur la base du critère de ressources. D'autre part, les bénéficiaires, eux, doivent mobiliser des montants plus substantiels pour répondre à leurs besoins (entre 10 000 et 15 000 francs par mois pour une dépendance lourde de type GIR 1).

Les personnes évaluées et relevant du GIR 4, avec des besoins d'aide et de service, sont exclues de cette prestation spécifique dépendance alors qu'en expérimentation, elles pouvaient bénéficier de la prestation expérimentale dépendance et représentaient près de 40 % des bénéficiaires.

On assiste à diverses exclusions : « les GIR 4 », les personnes refusant la perspective des récupérations sur succession. Ces personnes isolées aux ressources supérieures au seuil. De plus, les dossiers sont assez complexes à remplir, les personnes parfois abandonnent en cours de la démarche. Lorsqu'une prestation spécifique dépendance est accordée, il est parfois difficile pour l'équipe médico-sociale - selon les départements - d'assurer le suivi. Dans le département où j'exerce, quatre infirmières du conseil général affectées à la prestation spécifique dépendance et les assistantes sociales de la caisse régionale d'assurance maladie qui, elles, gardent leurs autres attributions ; se répartissent tous les secteurs géographiques. Les demandes sont instruites sans retard mais le suivi est plus difficile à assurer. Or, il est très important. La dépendance n'est pas statique. Ces visites de suivi permettent de vérifier l'adéquation du plan d'aide et de la prestation spécifique dépendance.

La grille AGGIR est un outil médical, elle est adaptée à la mesure de « l'incapacité à faire », elle ne l'est plus lorsqu'il s'agit d'évaluer le besoin d'aide, celui-ci étant essentiellement subjectif, d'ordre affectif ou psychologique. Enfin, en ce qui concerne les effets en termes d'emploi, selon la présidente de l'union nationale des services de soins à domicile - Mme MARTEL - : « Cette politique déstabilise le secteur de l'aide à domicile et va à l'encontre de l'emploi. La politique du prix le plus bas pratiqué par de nombreux conseils généraux qui privilégient le gré à gré, conduit inévitablement à ce que les personnes les plus dépendantes sont aidées par les personnels les moins formés et les moins encadrés.

Après l'étude sommaire des lois, rapports relatifs au réseau gérontologique et à sa coordination, je souhaiterais présenter les expériences menées en ce sens à l'étranger (en Angleterre) et en France (à Lunel dans l'Hérault).

II-4 - LES EXPERIENCES EN MATIERE DE RESEAU GERONTOLOGIQUE :

II-4-1 - En Angleterre : Le community care (1991 Comté du Kent)

La pression démographique et les contraintes budgétaires ont incité les autorités locales à imaginer de nouvelles stratégies de réponses en direction des personnes âgées relevant du long séjour. Il s'agit avant tout de développer un mode de prise en charge alternatif au placement en institution pour les cas jugés les plus difficiles.

Le « community care » s'appuie sur les ressources de « la communauté », services existants, familles, voisins etc....

1 - Les principes du community case

Pour le community case, on assiste à un constat de placement en institution du fait de l'inadaptation de la réponse proposée à domicile et non seulement de la gravité de l'état de santé de la personne âgée.

Le community case veut une prise en charge :

- individualisée, fondée sur une évaluation très fine de la personne.
- souple, car faisant appel à des modalités financières « hors normes », assorties d'un budget spécifique et coordonnée autour de la personne suivie par un travailleur social référent, le « case manager », personnage clé du dispositif. Il suit l'évolution du cas et décide quand s'arrête l'intervention.

Cette action s'inscrit en complément du dispositif existant. En terme de coûts, l'objectif du community case est de ne pas excéder, pour une prise en charge à domicile, les deux tiers du coût de la prise en charge en établissement.

2 – La mise en place du projet

Elle s'est faite par les services sociaux des autorités locales du comté. Le projet fonctionnait sous la responsabilité d'un agent pivot du système : *le case manager*. Celui-ci avait la charge pendant l'expérimentation, d'une trentaine de personnes âgées identifiées comme cas lourds et pour lesquelles le dispositif classique d'aide s'avérerait insuffisant et inefficace. Dans chaque région, cinq case manager étaient supervisés par un « area manager » qui évaluait leur travail.

Le case manager fonctionnait par secteur géographique défini, il disposait d'une enveloppe financière à affectation libre. Avec ce budget, le case manager avait toute latitude pour organiser et financer les aides qui lui semblaient le plus adaptées à la personne âgée.

La prise en charge de la personne âgée était déterminée par :

- l'évaluation des besoins d'aide de la personne âgée ;
- le diagnostic de la situation de la famille et de l'entourage ;
- la possibilité de mettre en œuvre une nouvelle combinaison des aides en visant à ne pas remplacer la famille, mais à l'aider.

Le case manager repérait les cas, procédait à la sélection, faisait l'évaluation, l'analyse du cas. Il planifiait les aides, coordonnait leurs organisations. Il réalisait le suivi, la réévaluation, le réajustement du dispositif et clôturait le cas. Il connaissant d'une part la palette de services existants et d'autre part disposant d'une enveloppe financière peut planifier une gamme de soins et de présence selon les besoins.

Le bilan du projet :

L'expérience pilote du community case a fonctionné sur le mode de la micro-économie locale, les autorités du comté ayant décidé d'affecter par transfert une partie des moyens destinés aux établissements publics pour renforcer le maintien à domicile. La gestion par un case manager a introduit une dimension de marché dans l'organisation des réponses.

Dans ce système, *la coordination se fait autour de la personne*. Le case manager ne gère aucun service, il fait appel à eux, organise, planifie les interventions auprès de la personne âgée et peut créer des réponses personnalisées.

L'évaluation du community case a largement pris en compte l'aspect « qualité de vie », « qualité de soins ». Cependant, le « case management » ne contribue pas à une meilleure coordination des services. Ils existent, chacun avec ses règles, ses habitudes ou ses contraintes. Partant de l'initiative des autorités locales du Comté, financé par elles, le community case vise à optimiser le système d'aide aux personnes âgées et à réguler les entrées en institution. Il n'est pas fondé sur la volonté commune des services à se coordonner.

II-4-2 - Dans l'Hérault, l'expérience de Lunel :

Qu'il s'agisse de conduire une politique de maintien à domicile ou de permettre aux personnes de choisir leur lieu de vie, toutes les études ont souligné la nécessité d'un ensemble coordonné de services s'étendant de la prévention de l'entrée en incapacité à la fourniture d'aides adaptées à l'état des personnes devenues dépendantes.

La prise en charge de la dépendance relève de nombreux acteurs du système sanitaire et social et dépend de très nombreux mécanismes de financement. Ceux-ci se sont progressivement ajoutés les uns aux autres sans véritable coordination, avec pour résultat, une dispersion de l'aide et donc une perte d'efficacité, qui nuit au dispositif d'ensemble.

Ce constat conduit à souhaiter des actions plus concentrées, sur des cibles mieux définies, impliquant la coordination de l'ensemble des acteurs (professionnels de santé et de l'action sociale, usagers et familles) au niveau d'un territoire de proximité défini.

Cependant, la recherche de réponses mieux adaptées et coordonnées ne doit pas être limitée aux seuls processus intervenant en aval de la dépendance. Il importe aussi de faire porter l'analyse sur les facteurs qui entraînent la perte d'autonomie ou qui la compensent. Pour cela, il faut mettre en relief des explications liées aux contextes psychologique, social, environnemental et économique de la vie de la personne âgée, en faisant l'hypothèse qu'ils interviennent sur l'entrée de la dépendance.

C'est cette analyse à deux niveaux qui a conduit à l'élaboration d'un programme expérimental d'actions et d'évaluations gérontologiques dans le bassin de vie de Lunel (dans

l'Hérault) et qui vise à mobiliser l'ensemble des partenaires autour d'un programme visant la prévention de la dépendance. Cette opération est conduite pour une durée de trois ans, sur le bassin d'emploi de Lunel, à 30 kilomètres de Montpellier et qui regroupe 13 communes rurales et urbaines.

L'objectif :

L'objectif général de ce programme est donc d'optimiser les conditions du « bien-être » et de vie sans incapacité de l'ensemble de la population âgée d'un territoire délimité. L'action est menée simultanément sur plusieurs fronts et associe l'ensemble des institutions concernées, l'ensemble des acteurs de terrain et les associations représentatives des usagers et de leurs familles.

Mise en place :

Ce dispositif expérimental s'organise en quatre programmes d'actions :

1) Modification des comportements en matière d'hygiène de vie (cela s'adresse aux personnes de plus de 55 ans). Ce sont des actions d'informations régulières et suivies, avec possibilité de créer au sein des personnes âgées des animateurs d'informations).

2) Prévention de la désinsertion sociale. Il est proposé un entretien individuel de cessation d'activité, une session collective d'adaptation à la retraite et un suivi annuel des participants.

3) Prévention des conséquences des déficiences et maladies chroniques (chez les personnes âgées de 65 à 74 ans où les pathologies et les déficiences s'extériorisent). Ce programme comprend une phase préparatoire (une formation complémentaire des médecins généralistes est proposée) et une phase de bilan médico-social.

4) Amélioration par la coordination de la prise en charge de la dépendance.

Ce travail comporte trois phases :

- Phase de contacts individuels.
- Phase de contact collectif (rassembler les différents aidants de la personne âgée).
- Phase de coordination technique formalisée par une charte de référence.

Le projet de Lunel a associé la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, la caisse nationale assurance maladie des travailleurs salariés, la caisse régionale d'assurance maladie du Languedoc-Roussillon, le CCAS de Lunel, le conseil général de l'Hérault, la direction départementale des affaires sanitaires et sociales de l'Hérault, la direction générale de la santé, la fédération CRI, la fondation de France, la mutualité sociale agricole de l'Hérault. Tous, avec l'hôpital local de Lunel financent ce programme expérimental.

Celui-ci comporte aussi trois programmes d'évaluation :

- Evaluation comparative épidémiologique de type « avant après » et « ici ailleurs ».
- Expérimentation d'un système d'informations (enquête qualitative auprès des bénéficiaires).
- Analyse sociologique (séries d'observations sociologiques de type qualitatif auprès du public bénéficiant de prestation de prévention).

Après avoir décrit ces deux approches de réseau gérontologique assez différentes, j'exposerai dans le chapitre suivant le projet de réseau sur les cantons de Saint Valery sur Somme et Friville Escarbotin.

CHAPITRE III :

LE PROJET DE RESEAU GERONTOLOGIQUE

SUR LE CANTON DE SAINT VALERY SUR

SOMME

III-1 - LES OBJECTIFS

La connaissance de l'environnement doit favoriser, pour l'établissement, l'élaboration par l'établissement, de stratégies qui vont apporter une réponse pertinente à des besoins identifiés. Dans notre société, l'établissement ne peut plus fonctionner sans tenir compte de son environnement. Il doit être intégré et tisser des relations de partenariat efficaces qui lui permettront de réagir rapidement et stratégiquement à tout changement de l'environnement.

L'action du directeur, porteur d'un projet est conditionnée par l'environnement de son institution. Son action est située sur un lieu géographique, dans une entreprise, à une époque précise. Il rentre dans un processus de changement qui connaît ses déterminants internes (circuits décisionnels, gestion du personnel...) et externes liés aux orientations gérontologiques, aux politiques des financeurs. Sa fonction l'amène souvent à découvrir les expériences vécues ailleurs et à les confronter à sa propre pratique. Elle exige qu'il anticipe les évolutions à entreprendre.

L'hôpital local a su déjà s'adapter aux problèmes rencontrés par les personnes âgées devenues dépendantes. Il offre différents services : portage de repas à domicile, service de soins à domicile, familles d'accueil, hébergement temporaire.

Cependant, le directeur doit rester à l'écoute des difficultés rencontrées par les personnes âgées, de l'inévitable hospitalisation suivi souvent de son parcours semé d'embûches vers non pas le domicile, mais l'hébergement en institution sans préparation à la décision. Une hospitalisation justifiée au départ par un problème médical, le plus souvent traumatique, introduit la personne âgée dans une filière de soins prédéterminée et rigide.

De ce fait, la personne subit son « placement », le personnel peut se démobiliser au fur et à mesure de la répétition de ce cas de figure, la famille, les aidants peuvent devenir ou

l'étaient déjà, abandonniques. La conséquence ultime est la difficulté pour l'établissement s'il ne réagit pas, de ne plus se projeter dans une évolution dynamique de ses structures et de se refermer sur lui-même.

Le rôle du directeur est de rester vigilant au moindre signe de démobilisation que ce soit le résident, sa famille, ou le personnel. L'établissement se situe de manière permanente dans un environnement social mouvant, dans une telle conjoncture, anticipation et adaptabilité deviennent des qualités essentielles à acquérir en tant que directeur.

Dans le cas présent, l'hôpital local doit s'intéresser aux politiques de la vieillesse, au développement du maintien à domicile afin de repenser et surtout actualiser ses orientations.

Afin d'élaborer un projet, quel qu'ils soit, je vais devoir, en tant que missionnée par le directeur, organiser et mobiliser les hommes et les moyens. Le projet est un outil de « management », il matérialise les orientations prises par l'établissement pour un meilleur service rendu à la population concernée. Il est aussi un moyen d'éviter la routine des comportements et des pratiques.

L'hôpital local souhaite avec l'aide d'autres partenaires mettre en place un réseau gérontologique à destination de la population âgée dépendante ou non. Les objectifs de ce projet de réseau gérontologique découlent de l'insuffisance de prise en charge de la personne âgée dépendante, ils sont à la fois orientés vers la population concernée, vers les partenaires et vers le personnel de l'établissement.

Le but de cette action serait de coordonner les intervenants existants et d'apporter un soutien aux acteurs présents sur le terrain, d'offrir une « palette » de services adaptés au maintien à domicile de la population âgée lorsqu'elle le souhaite ou préparer une entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées, avec le souci constant de respect de l'autre, qu'il soit l'utilisateur ou le partenaire.

Au niveau de la population, mon souhait du directeur est la qualité du service rendu et la meilleure adéquation demande de l'utilisateur/réponse de l'institution. Il permet à l'établissement de participer à la détection des situations de perte de dépendance, au repérage des besoins et si possible de les anticiper

- à l'information des personnes âgées, de leurs familles, des aidants, des acteurs de terrain, des élus...
- à l'apport de réponses adaptées aux situations de crise et aux états chroniques en privilégiant le maintien à domicile et en développant des actions préventives.
- à l'organisation de ces réponses en partenariat autour de la personne âgée par la recherche des modes d'intervention les plus adaptés en les coordonnant.

L'enjeu pour l'établissement est important. Cela lui permet de s'adapter à une nouvelle forme de prévention de la dépendance et d'élargir sa mission en participant davantage au maintien à domicile.

D'autre part, il répond à un intérêt d'ordre de santé publique (qualité, sécurité, qualité des soins, maîtrise des coûts).

Au niveau des partenaires, le directeur fait participer son établissement au développement social local et essaie de l'insérer dans le tissu de vie locale par une meilleure connaissance des partenaires associatifs, élus et autres acteurs et réciproquement l'image de l'institution change, elle est plus positive du fait de son ouverture vers la cité. Le développement de la politique de la ville donne l'opportunité au directeur d'établissement de se saisir d'une utilité sociale tournée vers l'extérieur. C'est une nécessité vitale de travailler en réseau sous peine de perdre sa compétence et sa légitimité auprès de la société. On ne peut être gestionnaire d'équipements seulement sans risque d'enfermement de sa structure.

Au niveau du personnel, il est important de valoriser le savoir faire mais aussi de dynamiser les personnels qui jusqu'à présent avaient une vision assez limitée de la personne âgée, oubliant vite le contexte de l'entrée, l'histoire de la personne âgée et son environnement; surtout dans la structure d'hébergement.

D'une part, il fallait permettre une meilleure connaissance des personnels de l'hôpital local. Le personnel du SSAD et celui de la maison de retraite se côtoyaient peu. Dans un hôpital, le service de soins à domicile est toujours considéré comme « différent », son domaine d'activité se situe à l'extérieur, l'approche de la personne est tout autre, il faut savoir harmoniser les soins et le domicile de la personne, avec toutes ses particularités. Le personnel doit faire preuve

d'adaptation pour prodiguer les soins nécessaires, en effet, tout le confort que l'on trouve dans un hôpital (matériels, locaux ...) n'est pas toujours présent au domicile des personnes âgées, c'est le rôle de l'infirmière coordonnatrice, en concertation avec son équipe, de permettre au mieux, sans heurter la personne, une meilleure prise en charge des soins au domicile. Cela se fait souvent avec la participation de la famille ou de l'entourage de la personne âgée.

De même, le personnel des services actifs méconnaissait les problèmes rencontrés par les personnes âgées à leur domicile, surtout les difficultés de prise en charge par les services de maintien à domicile, y compris le SSAD. Il constatait surtout les hospitalisations soit catastrophes, soit répétitives de ces personnes âgées devenues dépendantes et essayait de préparer la personne au « placement » en structure d'hébergement.

Quant aux différents personnels administratifs, techniques, ils ne se sentaient pas concernés par ce projet ou très peu.

Je suis convaincue néanmoins qu'une information concernant ce projet était indispensable pour tout le personnel de l'établissement. Il était important de connaître leurs avis et permettre leurs adhésions au projet. Tout directeur doit développer une culture d'entreprise, les salariés doivent être informés de tout projet institutionnel, pouvoir en discuter, apporter leurs remarques, développer une curiosité face au projet, tout en valorisant ce qu'ils font. Ils doivent pouvoir s'approprier celui-ci et s'y investir, cela demande une toute autre énergie lorsque le projet vient du directeur, mais il est important alors que la légitimité de ce projet apparaisse aux salariés. Dans le cas précis, je voulais faire participer le personnel de l'établissement avec l'objectif de leur faire prendre conscience d'une nouvelle forme de prise en charge de la personne âgée par l'établissement : *la prévention du risque de dépendance* et la continuité de la démarche de qualité élaborée lors du projet de vie : c'est à dire *une meilleure préparation à l'entrée en structure d'hébergement*.

Cela a dû se faire par étape.

Il était important de *passer l'information à tous*, dans un premier temps.

J'expliquerai dans la structure du projet suivant comment cette information a été transmise.

L'intérêt porté lors de la diffusion de cette information a permis de se rendre compte que le personnel de la structure d'hébergement avait déjà acquis une certaine maturation d'idées, le travail accompli par lui lors de l'élaboration du contrat de séjour, du projet de vie avait porté ses « fruits » vers le évolution d'attitude vis à vis des résidents.

Certes, le changement ne se décrète pas sur le papier. Actuellement, le personnel doit davantage fournir d'efforts dans un travail de reconnaissance de la personne âgée hébergée en institution, mais cela leur permet de trouver une autre place dans cette reconnaissance.

J'ai essayé lors de l'élaboration du contrat de séjour, du projet de vie d'insuffler au personnel para médical une autre manière de percevoir son travail auprès de la personne âgée, en rétablissant l'image du domicile - le privatif où l'on entre que lorsque l'on y est invité, le respect de la personne en tant qu'acteur de sa vie et non simplement objet de soins. Ce travail s'est accompli par étape toujours en petits groupes de para médicaux et des différents intervenants auprès des résidents, avec le relais de la surveillante de la maison de retraite. J'ai souhaité associer l'infirmière du SSAD afin qu'elle puisse ensuite travailler à un projet de vie avec son équipe et les partenaires extérieurs dans le cadre du maintien à domicile des personnes âgées.

Le personnel du SSAD a vite été intéressé par le projet de réseau, en effet, il connaissait les problèmes du difficile maintien à domicile dans les conditions actuelles. L'infirmière coordonnatrice de ce service avait déjà sensibilisé son équipe, d'autre part, un travail de dossier commun avec les différents acteurs intervenant dans le cadre de la PSD avait été commencé, avec une expérimentation de dossier RAI (resident assessment instrument : méthode anglaise d'évaluation du résident et par expérimentation locale toute personne demandant la PSD).

Les services de médecine, de soins de suite ont été plus modérés dans l'appropriation du projet, sauf une infirmière de médecine, déjà pressentie pour participer au bilan médical initial décrit dans le projet de réseau gérontologique.

Les autres membres du personnel (technique et administratif)ont suivi ce projet avec une curiosité plus lointaine, parfois satisfaits de pouvoir répondre aux questions posées à ce sujet par des personnes extérieures. Il est vrai que l'on ne leur demandait pas le même investissement par rapport aux personnels des différents services concernés par le projet.

En tant que missionnée par le directeur je dois dès le début de l'élaboration d'un projet ayant trait à l'institution, *créer la clarté par l'information, l'échange, la communication* aux fins d'être compris, d'écouter et de comprendre aussi. Il faut *communiquer et savoir échanger*. Je dois considérer les personnels avec leurs craintes, leurs aspirations, leurs atouts, tout en valorisant le mouvement, la promotion et la formation professionnelle.

Tout projet peut rebondir dans une dynamique sur les hommes et les structures appelés non pas à se figer, mais à s'adapter en permanence pour mieux « servir le public ».

III-2 - LA DYNAMISATION DU PROJET

La conception du projet

Le groupe de pilotage

J'ai pris contact avec les associations d'aide à domicile du canton. Elles sont favorables au projet de réseau, elles rencontrent des difficultés dans le cadre du maintien à domicile et souhaitent participer à notre démarche.

En accord avec le président du conseil d'administration, très intéressé par cette idée de réseau gérontologique, le directeur me chargea de présenter l'ébauche du projet de réseau gérontologique en conseil d'administration, en commission médicale d'établissement et conseil d'établissement. Je rencontrais le directeur à chaque étape de l'évolution du projet de réseau gérontologique afin de savoir si la façon dont je gérais cette délégation était en adéquation avec ce qu'il souhaitait entreprendre pour son établissement dans le cadre de ce projet.

Je fus alors missionnée par le conseil d'administration et le directeur pour informer les organismes financeurs (la caisse régionale d'assurance maladie, la mutualité sociale agricole de la Somme, le conseil général) de cette action en partenariat. Ils émirent un avis favorable à l'élaboration de ce projet de réseau gérontologique.

Un comité de pilotage, à partir de ce moment, s'est mis en place. Il est composé de :

- un représentant des communes concernées,
- un représentant de la caisse régionale d'assurance maladie, issu du service social déjà mandaté pour les demandes de PSD sur le secteur géographique cité.

- Deux représentants du conseil général (le chef de service chargé du contrôle des établissements et un sociologue de l'observatoire des données sociales)
- un représentant de la mutualité sociale agricole, en la personne du médecin départemental de la caisse
- Je représentais l'hôpital local, et fus chargée de l'animation du comité.

Les associations n'ont pas souhaité en faire partie tout de suite.

Plusieurs réunions du comité de pilotage seront programmées, différents points seront abordés :

Le choix des secteurs géographiques, et la connaissance des besoins des populations concernées basés sur une étude menée par l'observatoire régional de la santé avec un financement CRAM, conseil général et hôpital local.

Le choix du réseau gérontologique avec la présentation du projet de la MSA, projet agréé par le ministère de l'emploi et de la solidarité le 29 janvier 1999, après un avis favorable de la commission SOUBIE (commission d'orientation des filières et réseaux de soins expérimentaux) le 6 octobre 1998

Le choix des secteurs

Après une première concertation du comité de pilotage et un plan de financement accepté (CRAM, conseil général, hôpital local), et deux réunions pour élaborer le questionnaire destiné aux personnes âgées, une étude est menée par l'observatoire régional de la santé et l'hôpital local. Elle porte sur l'existant et les besoins des personnes âgées. Elle doit permettre de mieux connaître la personne âgée tant sur le plan physique, relationnel, socio-économique. L'accent est mis sur les possibilités d'activité et les services d'aide sollicités ou manquants.

Lors d'une troisième réunion où eut lieu la restitution de cette étude, les cantons de Saint Valéry et de Friville Escarbotin furent retenus par le comité du fait du nombre de personnes âgées concernées (environ 240 personnes dépendantes) et de l'existence de structures sur ce canton (1'hôpital local, 2 maisons de retraite), ainsi que l'ébauche de réseau avec les services d'aides à domicile. De plus, le découpage cantonal est une référence à tous les partenaires.

Le choix du projet gérontologique

A cette étape du projet, (4^e et 5^e réunions), le comité de pilotage a dû réfléchir au réseau qui conviendrait le mieux. Il est à noter qu'à partir de ce moment un représentant de chaque association intègre le comité.

J'intervins à plusieurs reprises dans le comité de pilotage, lors de l'élaboration des questionnaires, puis lors de la présentation de réseaux existants ailleurs.

J'exposais le projet du community case. Celui-ci ne présentait l'intérêt que d'un financement souple mais sans coordination des acteurs entre eux.

Le réseau gérontologique de Lunel était intéressant mais je pressentais une crainte des associations et des institutions de voir le réseau ne fonctionner qu'à partir de l'hôpital local, déjà pilote du projet et ainsi seul à maîtriser le fonctionnement du réseau.

Avec le médecin de la mutualité sociale agricole de la Somme, nous présentons alors au comité le réseau gérontologique élaboré par la MSA. au niveau national.

Ce projet est basé sur plusieurs conditions et éléments pour réussir :

1) Un espace territorial défini : Le bassin gérontologique

L'existence du réseau doit reposer sur la définition d'un territoire. Ce pourrait être donc, dans un premier temps les cantons de Saint Valery sur Somme et de Friville Escarbotin. La notion de bassin gérontologique - ici un hôpital local : Saint Valery sur Somme, deux maisons de retraite : Cayeux sur Mer et Friville Escarbotin - mais aussi de l'offre de soins libérale médicale et paramédicale ainsi que des commerces et services de proximité.

2) Un dispositif de coordination technique centrée sur la personne âgée :

Devant la multiplicité des intervenants dépourvus d'appréhension globale, il est nécessaire de concevoir un processus de régulation qui propose à la personne âgée et à sa famille un choix de solutions compatibles avec son état de santé, sa situation socio-économique et leurs évolutions tout en respectant la décision de la personne. De plus, les acteurs du réseau s'engagent

à respecter (et à faire respecter) la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante (élaborée par la fondation nationale de gérontologie).

3) Un dispositif de formation et d'information régulier :

La formation permanente des acteurs de terrain et l'information régulière sont des composantes primordiales de la professionnalisation des intervenants du réseau. La formation des partenaires de service doit être axée sur l'approche multidisciplinaire de la personne âgée et doit tenir compte des spécificités des prestations dispensées.

L'information suppose une large diffusion des renseignements concernant le réseau auprès des professionnels de santé et des services susceptibles d'être en rapport avec la population âgée mais aussi à l'intention des personnes âgées et de leurs familles.

4) Une coordination par le médecin généraliste :

La coordination de l'ensemble des acteurs locaux autour de la personne âgée se fera par le médecin généraliste.

Ce projet aura l'originalité de coordonner le canton et l'hôpital, le sanitaire et le social, la démarche médicale nouvelle devra viser à améliorer la qualité et la continuité des soins.

5) Une procédure d'évaluation :

Comme pour tout nouveau dispositif, il convient dès sa conception, d'envisager une procédure d'évaluation visant à apprécier de manière qualitative et quantitative la pertinence et l'efficacité du réseau.

Cette évaluation repose sur les critères suivants :

- le respect des objectifs
- la satisfaction des conditions préalables à la construction du réseau
- le recensement des prestations et services offerts l'analyse des coûts en individualisant le coût de la coordination.

6) Une coordination institutionnelle :

Il ne peut exister de coordination gérontologique sans un partenariat institutionnel fort et clairement établi. Ce principe correspond à une prise de conscience interne des différentes instances et organismes concernés, notamment décisionnels et financiers de la nécessité de rechercher l'efficacité, la volonté de conjuguer les efforts et de recentrer les actions, c'est à dire dynamiser l'existant avec une utilisation optimale avec un souci constant de ne pas alourdir le dispositif. De plus, il est important, pour le bon fonctionnement du réseau que son existence soit la volonté de tous les acteurs locaux.

Les acteurs

Les acteurs de ce réseau seront :

- Le médecin généraliste, à la fois soignant et coordonnateur
- Les professionnels de santé, paramédicaux (infirmiers et kinésithérapeutes)
- Le service social de la caisse primaire d'assurance maladie
- L'hôpital local (évaluation gérontologique, intervention du Service de soins à domicile)
- Les services d'aide à domicile
- Les associations et institutions publiques et privées qui s'occupent de la personne âgée (maintien à domicile ou hébergement).

La population concernée

Le projet s'adresse aux personnes âgées dépendantes ou non, mais souvent, en état de fragilité (dans le cadre de la prévention de la dépendance)

Le support du réseau gérontologique

Ce dispositif serait géré par *une association Loi 1901* réunissant l'ensemble des promoteurs du projet (acteurs de terrain - sanitaire et social - et décideurs locaux ou départementaux) sous forme de collège, c'est à dire :

- Caisse d'assurance maladie
- Professionnels du domaine médical (médecins généralistes et paramédicaux)
- Des représentants de l'hôpital local et des autres institutions
- Des professionnels du domaine social
- Les collectivités locales, le conseil général
- Les associations d'aide aux personnes âgées (dans le cadre du maintien à domicile)
- Les structures d'hébergement pour personnes âgées publiques et privées

Les fonctions de l'association

L'association permet *la coordination entre professionnels de la santé et du social, bénéficiaires du dispositif, caisse d'assurance maladie et d'autres partenaires*. Elle doit faciliter la circulation de l'information entre tous les intervenants.

L'association est également chargée du fonctionnement administratif et de la gestion du dispositif. Elle assure sa fonction par le biais *d'un secrétariat* (personne recrutée par l'association). Ce poste est en relation avec les personnes âgées, les familles, les soignants, les travailleurs sociaux, les différents partenaires (élus, associations...).

Très vite, ce projet a obtenu l'adhésion du comité de pilotage. Il présentait l'intérêt d'un réseau gérontologique dont « l'organe vital » est une association loi 1901, chacun étant représenté avec la même importance. De plus, ce projet est novateur dans le sens où la coordination doit se faire par le médecin de la personne âgée. C'est un challenge, certes, les médecins généralistes ne souhaitent pas un surcroît de tâches et de responsabilité, compte tenu de leur charge de travail actuelle. Néanmoins, sur le canton de saint Valery, 13 médecins généralistes interviennent à l'hôpital local, ils sont déjà sensibilisés au problème du maintien à domicile, quant à leurs confrères du canton de Friville Escarbotin, ils participent aussi à cette politique maintien par un essai de meilleure liaison avec les services, malgré leur diversité. Ils semblent déjà pour la moitié d'entre eux favorables à cette action.

Le rôle du médecin auprès de la personne âgée est privilégié. Dans l'enquête de l'observatoire de la santé, il reste le maillon, souvent le seul, qui la « raccroche à l'extérieur », il est le garant de sa santé, c'est aussi le confident des petits soucis et des grandes souffrances.

III-3 - LA STRUCTURATION DU PROJET

Dans cette phase, j'aurais

- à penser la faisabilité de ce projet en termes financiers,
- à dynamiser le projet auprès des personnels pour que chacun se l'approprie et le transforme en élément moteur de son travail auprès des personnes âgées.

III-3-1 - Le fonctionnement du réseau

La prise en charge de la personne âgée

L'accès au réseau

L'accès au réseau se fait sur demande formulée au secrétariat de l'association par :

- la personne âgée concernée
- sa famille, ses proches, ses voisins...
- le médecin généraliste
- toute personne connaissant sa situation.

Le consentement de la personne âgée est obligatoire. Elle demeure toujours libre d'adhérer ou non au réseau. Lorsque la personne est sous protection juridique, il revient alors au mandat, tuteur ou curateur, de décider au nom de la personne de l'adhésion au réseau.

Le bilan initial

Le réseau apporte une réponse graduée en fonction des besoins de la personne âgée, à partir d'une évaluation objective de ses besoins en soins, de ses souhaits et de sa vie familiale, relationnelle et sociale.

Le bilan gériatrique initial

Il sert de base à l'élaboration du plan d'intervention, en permettant de déterminer si la personne âgée peut bénéficier du dispositif, compte tenu de son état médical et de sa situation sociale. Il sert à évaluer l'ensemble des besoins de la personne. Il s'effectuera à l'hôpital de Saint Valéry sur Somme avec possibilité de créer d'autres sites sur les structures d'hébergement des personnes âgées sur le canton de Saint Valéry sur Somme et les autres ultérieurement.

L'organisation du bilan gériatrique relève de l'association. Le secrétariat, informé de la demande, prend contact avec les membres de l'association concernés afin que le bilan puisse être réalisé dans les délais les plus brefs. Il est réalisé par et sous la responsabilité du médecin généraliste traitant, implique l'intervention des personnels paramédicaux de l'hôpital. Le bilan gériatrique initial est complété par le bilan social, effectué par l'assistante sociale au domicile de la personne âgée avec elle et en présence de son entourage éventuel. Il précise le milieu et le mode de vie de la personne âgée, les désirs de la personne, l'entourage, ses motivations, le type de prise en charge actuel, les ressources financières de la personne âgée et les difficultés qu'elle rencontre.

A la suite de ce bilan, le secrétariat organise une réunion de coordination, placée sous l'autorité du médecin généraliste coordonnateur, elle comprend tous les participants ayant assisté au bilan gériatrique initial, l'assistante sociale et les professionnels qui seront amenés à intervenir au domicile de la personne âgée. Elle peut inclure des représentants du CCAS, des représentants de services d'aide à domicile, la famille.

Le lieu pourrait être le siège de l'association : locaux mis à disposition par l'hôpital local.

L'objectif de cette réunion serait de faire le point sur les données médicales, fonctionnelles et sociales.

Il pourrait être permis de répondre à deux questions :

- la personne âgée répond-elle aux critères d'admission dans le réseau ?
- la personne âgée peut-elle être maintenue à son domicile ?

Le plan d'intervention

Après concertation de tous les participants, un plan d'intervention comportant deux volets médical et social est adopté.

- Le médical est mis en oeuvre par le médecin coordonnateur. Il précise le suivi du médecin, les interventions des paramédicaux, les prescriptions médicamenteuses, recours au plateau de réadaptation (ergothérapie, kinésithérapie...) recours au service de soins à domicile et autres services.
- Le social précise les interventions pour un meilleur maintien au domicile. Il expose les besoins financiers, les besoins en nature (aide ménagère, portage de repas, téléalarme, auxiliaire de vie....)

Liaison avec les caisses d'assurance maladie

Les différentes caisses d'assurance maladie sont informées de l'intervention du réseau gérontologique par un bulletin de liaison transmis au médecin conseil de la caisse dont relève la personne. Le médecin conseil reçoit une copie du bilan gériatrique et du plan d'intervention.

Le suivi de la personne âgée au sein du réseau

Celui-ci pourrait être réalisé à l'initiative du médecin coordonnateur, annuellement ou plus fréquemment selon sa situation de la personne concernée. Il réunit les intervenants auprès de la personne âgée et prend en compte les données nouvelles susceptibles de modifier ou non la conduite à tenir vis à vis de la personne âgée.

Un questionnaire de satisfaction remis à la personne âgée est rempli par elle, chaque année, celui-ci permettrait de connaître si ce réseau répond aux demandes des personnes âgées.

III-3-2 - Modalités juridiques du réseau :

Le projet de réseau gérontologique s'inscrit dans le cadre réglementaire mis en place par les ordonnances d'avril 1996, relatives à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et à la réforme de l'hospitalisation publique et privée. Il fait suite aussi aux différents textes de lois et rapports sur ce support du maintien à domicile.

Il doit être formalisé par la signature d'une convention locale passée entre les caisses d'assurance maladie et l'association.

Cette convention a pour objet de définir les conditions de mise en place du dispositif de maintien à domicile des personnes âgées ainsi que les engagements des principaux intéressés à ce dispositif et permettre le financement de l'association et de son fonctionnement par la caisse d'assurance maladie.

Chaque acteur devra prendre l'engagement de respecter les droits et obligations de chacun, prévus dans l'adhésion à l'association, sans oublier le souci constant du respect et de la personne âgée et de sa liberté de décision.

III-3-3 - La mise en place sur le site

Les acteurs extérieurs :

le médecin coordonnateur

Il assure la prise en charge globale des problèmes de la personne âgée. Il doit optimiser les circuits de soins et la procédure mises en œuvre. Il participe au bilan gériatrique initial avec l'équipe médico-sociale.

C'est le responsable de l'élaboration de la mise en œuvre du plan d'intervention. Il assure la coordination des différents acteurs sanitaires qui assurent les soins de ses patients.

Il tient le dossier médical du malade (permettant le suivi médical et de l'évolution de la dépendance de la personne prise en charge).

Il organise les réunions annuelles de réévaluation et assure la continuité des soins tant à domicile que dans le cadre d'une hospitalisation de courte durée dans l'hôpital local.

Le médecin généraliste doit pouvoir exercer ses fonctions au sein de l'hôpital local. Il peut être autorisé, sur sa demande et au titre de son activité libérale, à dispenser des soins de courte durée en médecine, éventuellement en service de soins de suite ou de longue durée. Les modalités d'interventions des médecins généralistes libéraux en hôpital local sont définies par les articles R711-6-9 à R711-6-21 du code de la santé publique (décret n° 92 120 du 13 novembre 1992).

Des réunions en compagnie du médecin inspecteur de la mutualité sociale agricole de la Somme ont été programmées sur les futurs sites du réseau, c'est à dire à l'hôpital de Saint Valery sur Somme, les maisons de retraite de Cayeux (publique), de Friville Escarbotin (privée) programmés d'explications aux médecins concernés par ce projet ont permis d'obtenir l'adhésion de tous les médecins pour le canton de Saint Valery sur Somme et un peu plus de la moitié pour le canton de Friville Escarbotin.

Lors de ces réunions, les professionnels paramédicaux et les associations de maintien à domicile avaient été invitées, plus de la moitié d'entre elles sont venues, leur adhésion a été assez importante dès le début de cette action. Il faut dire que nous les avons déjà sensibilisés lors de l'enquête effectuée par l'ORS, nous souhaitions alors leur coopération pour expliquer aux personnes concernées les objectifs de cette étude. Ils avaient volontiers contribué à ces mises en confiance des personnes enquêtées.

Une assemblée générale a eu lieu pour désigner les membres des différents collèges, l'association comporte 5 collèges c'est à dire :

- Un collège représentant les caisses d'assurance maladie (3 voix)
- Un collège représentant les élus locaux et départementaux (2 voix)
- Un collège représentant l'hôpital (2 voix)
- Un collège représentant les associations, les établissements d'hébergement pour personnes âgées et les CCAS (3 voix)
- Un collège représentant les professions de santé (4 voix).

Les personnes élues ont nommé un président, un vice président, un secrétaire, un trésorier. Le secrétaire de l'association est responsable du fonctionnement du réseau gérontologique devant le président mais aussi devant l'association. Il doit veiller à la bonne coordination entre les intervenants, superviser le travail de secrétariat tant au niveau de l'accueil auprès des bénéficiaires, de la prise en charge de ces derniers dans le réseau, du bon agencement des rendez-vous pour les bilans initiaux, les réunions des différents acteurs intervenant auprès de la personne âgée. Il participe à l'élaboration du budget de fonctionnement de l'association avec le trésorier et planifie en accord avec le président les différentes réunions du conseil d'administration, de l'assemblée générale de l'association.

Compte tenu de mon implication dès le début de l'élaboration du projet, le groupe a souhaité me confier ce poste, en accord avec le directeur de l'hôpital local et le président de l'association.

J'entrepris rapidement les démarches d'enregistrement de cette nouvelle association auprès de la sous préfecture d'Abbeville.

L'association peut à partir de ce moment exister et proposer que l'expérimentation du réseau gérontologique se fasse sur son site. Un dossier de demande d'agrément du site pour la mise en place du réseau gérontologique sera monté par le médecin inspecteur de la MSA et moi-même, en accord avec les organismes de tutelle. Puis, le médecin départemental de la MSA de la Somme s'est chargé de le déposer auprès du ministère de la santé.

Les paramédicaux et les associations

Dans l'attente, un travail en équipe s'organise : je mets à disposition pour un tiers de son temps, la secrétaire du service du SSAD, afin de démarrer au moins par un lieu d'accueil et d'informations au public. Le relais est pris par les deux autres structures d'hébergement qui mettent à disposition leur hôtesse d'accueil. La coordination s'effectuera entre l'infirmière coordonnatrice du SSAD et l'assistante sociale de la CPAM pour ce qui concerne les informations médico-sociales, en liaison avec les deux infirmières des maisons de retraite et les médecins adhérents.

Le SSAD de l'hôpital et les professionnels paramédicaux libéraux commencent à travailler en équipe avec les associations d'aide aux personnes âgées. Ces partenaires auront à

harmoniser leurs actions et auront un rôle important à jouer auprès du médecin traitant du fait de leurs bonnes connaissances de l'environnement social et familial (apport d'informations qualitatives essentielles pour la prise en charge). Ils devront participer à la réunion de coordination et aux réunions de réévaluation annuelle des patients, ceci lorsque le ministère aura donné son accord.

L'assistante sociale :

La prise en charge sociale se fera sous la responsabilité d'une assistante sociale, pivot du réseau pour les prestations et informations sociales. Compte tenu de sa connaissance de l'environnement social de la personne âgée sur le site, l'assistante sociale de la caisse d'assurance maladie sera mise à disposition pour remplir ce rôle évoqué plus haut.

Les interventions des services d'aide à domicile seront déterminées en fonction des besoins des personnes et des services proposés au plan local.

L'assistante sociale devra :

- participer à la réunion de coordination et aux réunions de réévaluation
- élaborer le volet social du plan d'intervention
- assurer le suivi des prestations sociales attribuées et en comptabilise les coûts
- adresser le bilan social en terme de réalisation et de coût au secrétariat de l'association
- participer à l'évaluation de l'expérimentation
- elle aura elle aussi un engagement vis à vis du réseau(droits et devoirs).

L'hôpital local, sa participation au réseau :

Dans ce projet, l'hôpital met à disposition du réseau *des moyens* - un plateau technique de réadaptation et des locaux - siège social de l'association. Il est le *lieu de rencontre* des différents intervenants (médicaux, paramédicaux et sociaux). Il offre *des services adaptés* aux besoins des familles de personnes âgées dépendantes (hébergement temporaire, projet d'accueil de jour des personnes âgées désorientées). Il permettra *le bilan gériatrique initial* et les bilans de suivi en prise en charge particulière.

D'autres bilans plus spécifiques ou complémentaires pourront s'effectuer dans des structures plus adaptées.

Il devra mettre à disposition les personnels paramédicaux lors des bilans initiaux et lors de l'élaboration du plan d'intervention du réseau auprès de la personne âgée. Il serait intéressant pour l'association de bénéficier de la spécificité d'un ergothérapeute hospitalier, s'il est prévu une adaptation du domicile à l'état de dépendance de la personne âgée, par exemple.

III-3-4 - Le plan financier :

Modalités de financement de l'association :

Les charges communes au fonctionnement général du dispositif (le secrétariat, les fournitures administratives, les frais de déplacements, les locaux, la maintenance, la comptabilité...) seront pendant la période d'expérimentation, soit 3 ans prises en charge par les caisses d'assurance maladie avec désignation d'une caisse pivot pour le versement d'une dotation inter régions (comme cela est suggéré par la MSA).

Cependant, pour développer l'aspect plus social du réseau, l'association pourrait aussi solliciter les caisses de retraite, les collectivités locales afin d'obtenir des subventions en complément de la dotation de la caisse d'assurance maladie.

A l'issue d'une période de 2 ans, l'évaluation médicale, économique et sociale permettra d'établir des coûts par personne en fonction des caractères médico-sociaux, de faire des projections de ces coûts afin de faire évoluer les modes de rémunération des professionnels et le financement de l'association.

A l'origine, il est prévu un seuil d'activité minimum permettant d'assurer la rentabilité financière de l'opération, soit trente personnes pour un emploi de secrétaire à mi-temps, soixante pour un emploi à temps plein. Ce seuil pourra être modifié au vu des résultats de l'évaluation. le coût du poste de secrétariat à temps plein est évalué à 160000 F (110000 F + charges sociales).

Modalités de rémunération des professionnels :

Le médecin généraliste doit être rémunéré pour sa fonction de généraliste, traitant et pour sa fonction de médecin coordonnateur.

Il est proposé :

- Un forfait global de *3 fois la lettre clé C* (cotation d'une consultation du médecin généraliste soit *115 Francs x 3*), ce forfait comprend le bilan gériatrique initial, la réunion de coordination et l'élaboration du plan d'intervention.
- *Un forfait annuel de 1 C* pour la fonction de coordination : tenue du dossier médical, réunion de réévaluation, participation à l'évaluation.
- Enfin, *un paiement à l'acte des soins délivrés à domicile.*

Les auxiliaires médicaux seront rémunérés à l'acte avec un forfait pour la participation aux réunions de coordination et de réévaluation soit *6.5 AMI* pour les infirmiers libéraux et *8.25 AMK* pour les kinésithérapeutes soit *100 Francs environ.*

Les prestations hospitalières, compte tenu de la participation de l'hôpital local à ce réseau, sont prises en charge par la dotation globale avec si possible une dotation supplémentaire pour l'activité générée par le réseau.

L'assistante sociale de la caisse primaire d'assurance maladie sera mise à disposition par celle-ci, en effet, elle s'occupe déjà des personnes qui sollicitent la prestation spécifique dépendance en partenariat avec le personnel para médical du conseil général.

Il est prévu une exploitation des données au cours de la troisième année où seront associés les professionnels de santé, le médecin-conseil.

Les conditions de prise en charge des bénéficiaires

Au regard des soins délivrés, la personne âgée bénéficiaire du réseau sera prise en charge, *au niveau sanitaire, à 100 %* avec bénéfice du tiers payant. Le professionnel de santé fait parvenir à la caisse, la feuille de soins et le règlement sera assuré par la caisse directement au praticien. De même, les frais accessoires (transport, médicaments) seront pris en charge à 100 %. Il est important d'obtenir cet avantage pour les bénéficiaires, cela permettra peut-être une meilleure prévention de la dépendance.

La prise en charge sociale de la personne âgée sera effectuée par les collectivités locales pour les services existants. Lorsque l'on crée un réseau gérontologique et sa coordination des besoins dans la prise en charge sociale des personnes âgées devenues dépendantes peuvent apparaître. L'association devra les faire remonter aux instances concernées.

Les incidences financières pour l'hôpital local

Les moyens - en personnel, en matériels - vont obligatoirement entraîner un surcoût et nécessiteront un financement par une dotation supplémentaire qui devra faire l'objet d'une négociation avec l'agence régionale d'hospitalisation.

L'association a prévu d'allouer 30000 F environ pour le loyer et les différents frais annexes (EDF- GDF, eau, entretien des locaux ...).

De ce fait, dans la présentation des budgets, l'activité due à la prise en charge des personnes âgées dans le cadre du réseau, sera dissociée du reste de l'activité hospitalière.

III-3-5 - Incidences de ce projet sur le personnel de l'hôpital local :

La mise à disposition du personnel paramédical nécessite son adhésion au projet et fait appel au volontariat. Il est important, à ce stade, de réunir les équipes soignantes concernées, c'est à dire le SSAD, le service de médecine, le service de kinésithérapie, l'ergothérapeute et leurs encadrants afin d'élaborer le fonctionnement de cette nouvelle prestation.

Le personnel concerné par le projet avait déjà été sensibilisé et s'est montré assez coopérant. Mais le surcroît de travail au niveau de l'infirmière de médecine (et de sa remplaçante lors des absences de celle ci) pour le bilan initial nécessite *une analyse des tâches et une demande budgétaire supplémentaire* - déjà évoqué - *en dotation globale*, de même pour l'ergothérapeute et le personnel du plateau technique.

Le secrétariat mis à disposition par l'hôpital doit être temporaire, l'association attendant la réponse du ministère pour fonctionner et recruter une personne pour ce poste.

Des formations tant sur le plan médical que social sont envisagées pour parfaire les connaissances des infirmières, de l'ergothérapeute et des kinésithérapeutes dans cette nouvelle approche de la personne âgée englobant davantage le sanitaire et le social.

Le service du SSAD a souhaité bénéficier de ces mêmes formations.

Je devrai faire une évaluation des conséquences financières à ces deux niveaux : frais de personnels et formations et en référer ensuite au directeur.

Dans le cadre de la formation professionnelle, les hôpitaux travaillent avec l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier qui prend en charge les formations dès que l'établissement cotise à cet organisme par un prélèvement sur le brut des salaires des personnels. Le plan de formation est établi annuellement, il faudra donc envisager au niveau budgétaire les formations spécifiques à la mise en place du réseau.

J'ai proposé aux personnels concernés d'effectuer elles-mêmes, les recherches de formation compte tenu de leurs implications évidentes dans ce projet. (l'infirmière et l'ergothérapeute faisaient déjà partie du groupe inter professionnel chargé de transmettre à l'ensemble des salariés de l'établissement toutes les informations concernant l'évolution du projet de réseau).

Après avoir examiné avec elles leurs propositions de formation et leurs coûts, je les soumettrai à l'équipe de direction (directeur et cadres para médicaux).

⁷En matière de ressources humaines, la gestion est indissociable de l'animation. Celle-ci s'appuie sur

- La mobilisation du personnel auquel on fait partager les enjeux de l'outil de travail, qui appartient à tous. La formation certes, mais aussi l'ouverture de la structure sur son environnement, le développement du partenariat, imposent à chaque membre du personnel:

- De se situer personnellement au sein de la communauté de travail

- D'être un militant et une force de proposition plutôt qu'un « bof » ou un « béat », satisfait ou non, et de toute façon non impliqué

- La certitude que la seule manière d'animer efficacement un groupe de travail passe par la participation de tous et la négociation permanente...

A ce stade d'évolution du projet de réseau gérontologique, il est important d'aborder la communication à la fois interne et externe

⁷ Le métier de directeur - techniques et fictions JM MIRAMON D COUET JB PATURET

III-4 - LA COMMUNICATION

III-4-1 - Interne

Concernant *les personnels*, il est décisif que l'établissement possède, en premier lieu une politique de communication interne, afin de favoriser la souplesse du fonctionnement entre les groupes et les services, entre les différentes catégories professionnelles, en second lieu un plan de formation sérieusement étudié.

En effet, la formation professionnelle demeure un des investissements les plus fondamentaux pour favoriser l'évolution des personnes et l'adaptabilité des réponses.

La communication interne passe par :

- l'animation des équipes
- l'animation des réunions
- la gestion des cultures internes
- la promotion des personnels

Le directeur est celui qui imprime une direction, un sens à son établissement. Il remplit la fonction de direction, en tant qu'élément moteur, animateur d'une structure avec les orientations données par un échelon supérieur. Il est aussi celui qui observe l'environnement, en prévision du futur.

« Le manager n'est pas seulement le gestionnaire d'entreprise capable de jouer avec l'environnement et les acteurs sociaux, avec les finances et les règles de l'économie. Il est aussi un leader, c'est à dire un moteur, un entraîneur dynamique, parce qu'il conduit son organisme, son établissement, son institution vers un avenir, parce qu'il est porteur d'un projet qui ouvre des perspectives dans le champ des possibles. »⁸.

Dans un premier temps, il est important de définir les valeurs, les attitudes et les principes directeurs qui vont constituer la façon « d'agir » dans l'établissement. Ce travail a pris toute sa dimension lors de l'élaboration du projet de vie où les valeurs de respect de la personne dans son entité, notion de sujet et non d'objet de soins, respect de son histoire, de ses décisions ont été évoquées, discutées, et admises presque par tous. Cela s'est renforcé lors des réunions intra muros concernant le projet de réseau gérontologique, mais, j'ai pu alors introduire une

⁸ J M MIRAMON - D COUET - J B PATURET : "Le métier de directeur - techniques et fictions "

dimension vite oubliée en institution, *le domicile* et son importance pour la personne âgée devenue dépendante.

Certes, au quotidien la communication interne existe aussi par le biais hiérarchique (note de service, informations jointes avec la fiche de salaire) et par le biais de réunions de personnels (par exemple, analyse de pratique entre les personnels de la structure d'hébergement et leur surveillante ou lors de l'élaboration d'un nouveau travail pour le personnel administratif). Les responsables des différents services hospitaliers, administratifs et techniques ont été les premiers informés du projet de réseau gérontologique.

Cependant, je reste convaincue qu'une information faite par un groupe inter professionnel, ayant suivi l'évolution de cette démarche avec une certaine curiosité me paraît être un plus. Cela crée une dynamique dans l'établissement et permet aux différents personnels de se « rencontrer », de réfléchir ensemble et de confronter davantage leurs opinions. On assiste dans les hôpitaux, à un clivage assez fort entre le personnel « soignant et le personnel administratif et technique ». En leur permettant de se rencontrer autour d'un thème apparemment un peu lointain de leurs préoccupations professionnelles, ils peuvent en discuter, apporter des idées nouvelles et même devenir porteurs de ce projet.

On parle de directeur « ingénieur du social ». Diriger un établissement, c'est élaborer - avec d'autres - des projets, fixer des objectifs, se doter des moyens pour les atteindre.

⁹ « *dans vendre l'avenir, il y a l'idée de convaincre, de mobiliser...*

C'est aussi (re)donner un sens au fonctionnement actuel de l'établissement, c'est le resituer dans l'évolution de la prise en charge pour une population déterminée; c'est aussi sortir d'un cadre qui, trop bien rôdé, ne motive plus suffisamment le personnel mis en place ».

Je suis toujours restée à l'écoute des questionnements et des objections. Je devais permettre un échange avec le personnel, prendre en considération ses remarques et y répondre, sachant que chacun avait fait déjà un effort pour intégrer dans sa pratique au quotidien les valeurs définies dans le projet de vie de l'établissement.

En accord avec le directeur, j'ai procédé à trois réunions d'informations, j'ai rassemblé par petits groupes inter professionnels, le personnel paramédical de la structure

⁹ Le métier de directeur techniques et fictions JM MIRAMON COUET JB PATURET

d'hébergement, celui du SSAD, celui des structures d'hospitalisation ainsi que le personnel administratif et technique.

Ce projet est apparu, au départ, comme lointain des objectifs de l'établissement, les personnels ont craint de voir les services « se désempir » !

Il a fallu expliquer les raisons de cette action, l'intérêt de l'établissement à participer aux projets extérieurs (ouverture vers la vie locale, image plus dynamique de la structure par une adaptation aux problèmes de la vieillesse et ses nouveaux besoins, participation à la prévention de la dépendance...) L'idée de mieux préparer les futures entrées en structure d'hébergement a « séduit » le personnel para médical, même si cela leur paraît encore un peu utopique.

La dynamique s'est créée alors dans la mise en place *d'un groupe « inter professionnel »*, chargé de suivre l'évolution du projet de réseau (avec relais à certains moments, des chefs de service : médical, administratif et technique). L'infirmière coordonnatrice en fit partie et eut la mission, avec l'infirmière de médecine et l'ergothérapeute de rapporter au groupe inter professionnel les éléments d'évolution du projet.

Ces trois personnes proposèrent aussi de transmettre les informations sur l'évolution du réseau dans le journal interne nouvellement créé.

Cette communication s'est faite aussi avec *les résidents et leurs familles*, sous forme de réunions au niveau du conseil d'établissement et d'informations écrites adressées aux familles des résidents. Il était important de les associer dans cette information et de recueillir leurs opinions. Cette démarche présentait beaucoup d'intérêt, les personnes âgées se sentent réinvesties d'un pouvoir, reconnues dans un rôle social, même si pour certains cela a évoqué leur arrivée à l'établissement et le deuil de leur « chez eux ». Il convient de souligner la valeur de l'échange, d'une certaine façon, le don et le contre don (une représentation effective et reconnue par tous, dans l'établissement, pour le résident et sa famille et les conseils et les vécus de ces aînés pour l'hôpital).

Permettre aux résidents et leurs familles qui le souhaitent, de s'investir dans le projet de vie de l'établissement mais aussi dans certains projets plus en rapport avec l'extérieur comme le réseau gérontologique, doit s'inscrire dans nos objectifs.

Ils avaient conscience, surtout les familles que l'ouverture de l'établissement sur la cité pouvait donner une autre perception des services que celui-ci peut offrir à la population âgée.

Je transmis au groupe de pilotage chargé de l'élaboration de ce projet de réseau, leurs vécus, leurs conseils pour un meilleur maintien à domicile de la population âgée dépendante.

III-4-2 - Externe

Le directeur doit entretenir une communication permanente avec ses partenaires qui sont très divers : administrations, associations, élus, entreprises, groupes... sont soucieux de leur faire connaître les services que rend son établissement et la façon dont elle les rend.

Il est nécessaire à cette étape du projet de bien identifier les récepteurs de cette communication. La teneur du message est fonction de la cible et des objectifs. La communication se doit d'aller à l'essentiel, doit se montrer valorisante et constructive.

Je souhaitai reprendre les objectifs auxquels le projet de réseau gérontologique devait répondre, c'est à dire :

- la recherche d'une plus grande qualité du service rendu
- la prise en compte des besoins individuels et des réponses à fournir à la population concernée
- une ouverture plus importante sur l'environnement
- la mise en place d'une prévention de la dépendance chez les personnes âgées.

Cette communication a été réalisée par tous les membres impliqués dans cette action (le groupe de pilotage, mais surtout les personnes impliquées localement).

Les élus, partenaires fortement engagés dès la conception du projet de réseau, ont participé à l'information de la population par l'intermédiaire du journal de leur commune ou lorsque cela n'existait pas, par celui de la communauté de communes.

Lors des permanences, les secrétaires de mairie ou les responsables du CCAS ont expliqué à leur tour aux habitants, la démarche du réseau gérontologique dans leur canton.

Les associations l'ont fait auprès de leurs adhérents et des bénéficiaires de leurs services, soit par écrit, soit par oral, lors de réunions.

Par l'intermédiaire de l'ORS de Picardie, le comité de pilotage a pu rédiger un article sur la constitution d'un réseau gérontologique dans la presse locale ainsi qu'un petit reportage à la radio locale et à la télévision régionale.

Avec le directeur, j'ai régulièrement renseigné soit par écrit, soit par oral, les organismes de tutelle, les membres du conseil d'administration et de la commission médicale de l'établissement.

Le SSAD a suivi l'évolution du projet et a pu ainsi être le porte parole de celui-ci auprès des partenaires extérieurs qui ne s'étaient pas ou peu impliqués.

La communication externe a été établie, à l'heure actuelle, nous recevons des appels de personnes âgées, de familles qui souhaitent savoir le devenir de ce projet. Cela a permis aussi de contrôler la communication c'est à dire d'évaluer les effets de ces messages pour pouvoir ensuite les réajuster.

La communication, c'est *la mobilisation*. On ne peut communiquer efficacement sans recueillir les informations émanant des autres. Chaque membre du comité de pilotage mais aussi d'autres partenaires et personnels de l'hôpital a rempli son rôle à ce niveau.

III-5 - L'EVALUATION, L'ETAPE ULTIME DU PROJET

La question de l'évaluation fait aujourd'hui partie des préoccupations méthodologiques des établissements et des exigences émergentes des administrations de contrôle. L'évaluation, c'est la garantie que l'on doit au bénéficiaire, celle de s'engager à aller dans le sens déclaré, même si l'on doit assurer la satisfaction de toutes les attentes.

Dans le projet de réseau, il est prévu de remettre au bénéficiaire un questionnaire de satisfaction. Cela permettra de savoir si ce réseau répond aux demandes des personnes âgées.

La MSA suggère que le suivi de l'activité du réseau gérontologique se fasse par l'association au niveau local. Si cette expérimentation obtient l'accord du ministère pour fonctionner, un suivi national des sites expérimentaux est prévu.

Cette expérimentation est soumise à une procédure d'évaluation qui devra démontrer son intérêt et son impact tant au niveau de la santé que de l'économique et du social. Cette tâche pourrait, comme le propose le comité de pilotage, être confiée à un organisme ou prestataire extérieur, comme par exemple l'ORS de Picardie. Elle serait réalisée sur la base de *données anonymes* recueillies et centralisées par le secrétariat de l'association à partir des dossiers médicaux et sociaux de chaque bénéficiaire. La caisse d'assurance maladie, quant à elle, devra transmettre les informations médicales anonymes sur l'état de santé des personnes prises en charge par le réseau.

Cette évaluation repose sur les critères suivants :

- le respect des objectifs (maintien à domicile, respect de décision de la personne bénéficiaire du réseau, prévention de la dépendance)
- la satisfaction des conditions préalables à la construction du réseau
- le recensement des prestations et services offerts
- l'analyse des coûts en individualisant le coût de la coordination.

En plus, il serait intéressant pour l'hôpital local, d'évaluer l'impact du réseau sur ses entrées en hébergement, à la fois en quantitatif et en qualitatif surtout.

Pour conclure, l'évaluation de tout projet est une étape importante dans l'action, elle constitue le principal enjeu dans les relations de l'établissement avec son environnement.

Elle concerne l'efficacité globale de ses actions au regard de ses missions et des services déclarés. Elle concerne aussi les améliorations de la situation et des conditions des bénéficiaires de ce projet.

Perspectives

Si le site de ce projet de réseau gérontologique est retenu par le ministère de la santé, nous pourrions alors :

- présenter le budget de fonctionnement à la CRAM (voir annexe)
- installer le siège social et les antennes dans les différents sites du réseau gérontologique
- élaborer la fiche de poste de secrétaire et procéder au recrutement de cette personne
- élaborer les plaquettes d'informations de la mise en place de ce réseau et informer la population concernée (avec la participation des communes, des associations des établissements pour personnes âgées; commerces, permanences sociales, cabinets médicaux...)
- faire fonctionner ce réseau avec les différents membres de l'association.

Si le site n'était pas retenu :

Les personnes mobilisées par ce projet se réuniraient de nouveau pour trouver une autre solution à la constitution de ce réseau gérontologique. Les éventuels bénéficiaires, les élus, les différents partenaires rencontrés lors de l'élaboration de ce projet sont tous convaincus du bien fondé de la création d'une coordination des intervenants auprès des personnes âgées dépendantes à leur domicile.

Tout projet ne peut pas toujours aboutir mais il est l'étincelle qui attise le feu de la volonté commune vers le changement, et là où il y a une volonté, il y a un chemin !

CONCLUSION

Vieillir chez soi, tel est le souhait exprimé par la majorité des personnes âgées. Une aide ménagère quelques heures par semaine, une garde à domicile de temps à autre, des améliorations apportées au logement peuvent suffire dans un premier temps à faire face au quotidien. Mais lorsque la perte d'autonomie s'accroît, le problème de la dépendance et de son coût se posent pour la personne âgée ou sa famille.

Reconnaissons cependant à la loi du 24 janvier 1997 qui a créé la PSD, le mérite d'une part d'avoir généraliser une méthode de « mesure » de la dépendance même si celle-ci n'est pas parfaite, et d'autre part d'avoir essayé de mettre en place une coordination entre les divers « prescripteurs » d'aides aux personnes âgées (CRAM et conseil général).

J'ai pu avec l'aide du personnel du bureau des admissions, du SSAD et de la structure d'hébergement, mettre en évidence les manques dans ce dispositif de maintien à domicile avec ou sans PSD, surtout lors des entrées « en catastrophe » de personnes âgées dépendantes en hébergement.

En même temps, j'ai sollicité le directeur pour élaborer un projet de coordination des partenaires dans le cadre du maintien à domicile. Missionnée par lui, j'ai pu formaliser ce projet au cours des derniers mois. Certes, il a dû s'adapter aux souhaits des différents partenaires, à leurs conceptions, leurs objectifs tous différents. Cependant le respect de la personne âgée et de son libre choix a toujours prévalu dans son élaboration.

J'ai conscience que la réalisation de ce projet repose sur l'adhésion des partenaires associés à l'étude de faisabilité de celui-ci mais aussi sur l'adhésion des personnels de l'établissement.

Il a constitué un élément moteur pour l'établissement en le propulsant vers l'extérieur, en dynamisant le personnel qui s'est investi en grande partie pour aider à la future réalisation de ce projet. Il est vrai qu'il faisait suite au projet de vie de l'établissement et permettait une participation à la prévention de la dépendance et une meilleure préparation à l'entrée structure d'hébergement lorsque cela doit s'envisager.

A l'heure actuelle, la mise en place du réseau gérontologique dépend de l'accord du ministère de la santé.

Dans l'attente, avec l'accord du directeur, un lieu d'accueil pour les personnes âgées et les différents partenaires chargés du maintien à domicile a été aménagé à l'hôpital. Il se situe au secrétariat du SSAD.

Suite à ce projet, d'autres problématiques vont être examinées, avec l'étude de solutions possibles comme l'accueil de jour ou de nuit des personnes désorientées, toujours dans un souci d'améliorer le soutien aux aidants, lorsque la dépendance s'installe.

Ce projet m'a permis d'appréhender les différentes fonctions de direction, même si celui-ci ne demande pas un investissement de tout le personnel comme le projet de vie. Il était intéressant de démontrer aux salariés que l'établissement se doit aussi d'être présent à l'extérieur, dans un partenariat local afin de rester dans une réalité plus dynamique, une meilleure connaissance de la population hébergée et ainsi une meilleure compréhension de ses problèmes.

« Compte tenu de l'importance des bouleversements sociologiques, économiques et démographiques de notre société, ce n'est pas avec le seul accroissement des modes de la puissance publique que se régleront durablement les problèmes. Il faut rechercher dans la structure de notre société les ressorts de son développement. Dans cette perspective, le problème du vieillissement constitue un terrain particulièrement favorable à l'émergence de solutions originales qui peuvent contribuer à l'émergence d'une société plus solidaire et conviviale. Elles peuvent aussi entraîner la reconnaissance d'une véritable économie du vieillissement caractérisé par la mise à disposition pour les personnes âgées de services nouveaux créateurs d'emplois.

Le contexte est donc favorable à l'émergence de politiques plus audacieuses. Leurs mises en œuvre passe nécessairement par le développement d'une culture commune que seul peut promouvoir un partenariat d'observation »¹⁰.

L'hôpital local doit continuer l'engagement qu'il a pris: offrir en liaison avec les partenaires une réponse adaptée à tout problème rencontré par une personne âgée, compléter le dispositif dont il a la charge, et remplir ainsi sa mission de service public.

Je citerai la conclusion de Mme Paulette GUINCHARD KUNSTLER, dans son rapport remis le 30 septembre 1999 au premier ministre concernant les propositions majeures du plan « vieillir en France - Enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie » :

« Une société se juge à la place qu'elle offre à ses aînés, qu'ils soient en bonne santé, en perte d'autonomie ou handicapés ».

¹⁰ Vieillissement et cohésion sociale Mieux observer pour mieux décider JL SANCHEZ T GEVAUDAN B MARTINET - ODAS 1995

BIBLIOGRAPHIE

LIVRE

- DOBIESKI Bernard - « diriger une structure d'action sociale aujourd'hui » - valoriser les ressources humaines - Editions ESF 1998.
- GUILLEMARD Anne Marie - « La vieillesse et l'état » Edition PUF Politiques - 2è trimestre 1980.
- JOEL Marie Eve - MARTIN Claude - « Aider les personnes âgées dépendantes - arbitrages économiques et familiaux » - Editions ENSP 1998.
- JOIN Marie Thérèse - BOCOT - GITTNER Anne - DANIEL Christine - LENOIR Daniel - MEDA Dominique - « Politiques sociales » (Chapitre 13 : Politique de la vieillesse - chapitre 20 : Politiques des villes) - Presse des sciences politiques et DALLOZ 1997.
- LABAYLE Denis - « La vie devant nous » - Enquête sur les maisons de retraite - Editions du Seuil 1995.
- LAMY Yves - « Gérer et accompagner les redéploiements dans les établissements sanitaires et sociaux » - Editions ENSP 1995.
- LAPAUN Régis - « La pratique du management des entreprises sanitaires et sociales » - Editions PRIVAT, Toulouse 1993.
- LAROQUE Geneviève - cahiers de l'actif 252, 253.
- LOUBAT Jean René - « Elaborer son projet d'établissement social et médico-social, contexte, méthodes, outils » - Edition sDUNOD 1997.
- MIRAMON Jean Marie, COUET Denis, PATURET Jean Bernard - « Le métier de directeur, techniques et fictions » - Editions ENPS 1992.
- PERSONNE Michel - « La désorientation sociale des personnes âgées » - Editions ERES - Collection : pratiques du champ social - Approche gestion des ressources humaines.
- SANCHEL Jean Louis - GEVAUDAN Thierry - MARTINET Bernard - « Vieillesse et cohésion sociale, mieux observer pour mieux décider » - Editions ODAS 1995.
- THEVENET Amédée - « Le 4è âge » - Collection que sais-je.
- VERCAUTEREN Richard - BEBIN Nathalie - « Un projet de vie pour le maintien à domicile des personnes âgées » - Editions ERES - Collection : pratiques du champ social.
- VERCAUTEREN Richard - BARRANGER Anelyse - VERCAUTEREN Marie Christine - « Animer une maison de retraite » - Edition ERES - Collection : pratiques du champ social 1995.
- VERCAUTEREN Richard - CHAPELEAU Jocelyne - « Evaluer la qualité de vie en maison de retraite » - Editions ERES - Collection pratiques du champ social 1995.
- VERCAUTEREN Richard - POTAUD Philippe - « Acteurs et enjeux de la gérontologie sociale - Editions ERES - Collection : pratiques du champ social 1993.

- VERCAUTEREN Richard - VERCAUTEREN Marie Christine - CHAPELEAU Jocelyne -
« Construire le projet de vie en maison de retraite » - Editions ERES - Collection : pratiques du champs social
1993.

- VEYSSET Bernadette - « Dépendance et vieillissement » - Editions L'HARMATTAN 1989 -
Collection et logiques sociales.

- Les cahiers de la fondation de France - Cahier n° 5 1992 - Ouvrage collectif - « La coordination
gérontologique » - Démarche d'hier, enjeu pour demain.

ABREVIATIONS, SIGLES

ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne

ADAGE :aire d'activités gérontologiques

ADMR : aide à domicile aux personnes âgées

AGGIR : autonomie gérontologique groupe iso ressource

CCAS : centre communal d'action sociale

CRAM : caisse régionale d'assurance maladie

CRI : commission régionale d'invalidité

GIR : groupe iso ressource

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

MADOPEH : maintien à domicile pour les personnes handicapées

MSA : mutualité sociale agricole

ORS : observation régional de la santé

PSD : prestation spécifique dépendance

RAI : résident assessment instrument

SIVOM : syndicat intercommunal à vocation multiple

SSAD : service de soins à domicile

CANTON DE ST VALERY SUR SOMME

* Services d'Aide ménagère :

- CCAS de Cayeux sur Mer
- CCAS de Saint Valery sur Somme
- CCAS de Arrest (en relais avec l'association d'Entraide Abbeville)
- aînés du vimeu vert (Tours en Vimeu)
- association familiale (Bourseville)

* Services d'Auxiliaire de Vie :

- association familiale (Bourseville)

* Services de Soins à domicile :

- service de soins à domicile - hôpital local de Saint Valery sur Somme
- portage de repas à domicile - hôpital local de Saint Valery sur Somme et maison de retraite de Cayeux sur Mer

* Autres :

- Possibilité d'intervention de BAC-TRAVAIL Abbeville
- La présence à l'hôpital local de Saint Valery sur Somme de trois lits d'hébergement temporaire peut, paradoxalement, être considérée comme un facteur de maintien à domicile
- Accueil familial
- Accueil de jour

CANTON DE GAMACHES

* Services d'Aide ménagère :

- CCAS de DARGNIES
- CCAS de Embreville
- association d'entraide familiale (Abbeville)
- aînés du vimeu vert (Tours en Vimeu)

* Services d'Auxiliaire de Vie :

- MADOPEH (Tilloy-Floriville)

* Services de Soins à domicile :

- ADMR (Chepy)
- accueil familial (Hôpital de Saint Valery sur Somme)

* Autres :

- Possibilité d'intervention de BAC-TRAVAIL Abbeville
- La présence à l'hôpital local de Saint Valery sur Somme de trois lits d'hébergement temporaire peut, paradoxalement, être considérée comme un facteur de maintien à domicile
- Accueil familial
- Accueil de jour

CANTON DE FRIVILLE-ESCARBOTIN

* Services d'Aide ménagère :

- CCAS de Fressenneville
- CCAS de Friville-Escarbotin
- syndicat intercommunal de Allenay, Béthencourt sur Mer, Friaucourt et Tully
- ADMR (Chepy)
- association familiale (Bourseville)

* Services d'Auxiliaire de Vie :

- CCAS de Friville-Escarbotin
- MADOPEH (Tilloy-Floriville)
- association familiale (Bourseville)

* Services de Soins à domicile :

- service de soins à domicile – hôpital local de Saint Valery sur Somme
- ADMR (Chepy)
- accueil familial (Hôpital Local de Saint Valery sur Somme)

* Autres :

- Possibilité d'intervention de BAC-TRAVAIL Abbeville
- service de portage de repas à domicile (SVMV Feuquières en Vimeu)

CANTON DE AULT

* Services d'Aide ménagère :

- CCAS de Ault
- CCAS de Mers les Bains
- syndicat intercommunal de Allenay, Béthencourt sur Mer, Friaucourt et Tully
- sssociation familiale (Bourseville)

* Services d'Auxiliaire de Vie :

- MADOPEH (Tilloy-Floriville)
- association familiale (Bourseville)

* Services de Soins à domicile :

- service de soins à domicile - hôpital local de Saint Valery sur Somme
- accueil familial : hôpital local de Saint Valery sur Somme

* Autres :

- Possibilité d'intervention de BAC-TRAVAIL Abbeville

CHARTRE DES DROITS ET LIBERTES DE LA PERSONNE AGEES DEPENDANTE

1. La personne âgée en perte d'autonomie garde la liberté de choisir son mode de vie.
2. Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être adapté à ses besoins.
3. Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.
4. La personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de l'ensemble de ses ressources restant disponibles, et de son patrimoine.
5. La personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société.
6. La personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités.
7. Toute personne âgée dépendante doit pouvoir pratiquer la religion de son choix.
8. La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit.
9. Toute personne âgée dépendante doit avoir accès aux soins qui lui sont nécessaires.
10. Les soins que requiert la personne âgée dépendante doivent être dispensés par des intervenants formés et en nombre suffisant.
11. Soins et assistance doivent être assurés au mourant.
12. La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et la dépendance est une priorité.
13. Toute personne en situation de dépendance conserve l'intégralité de ses droits conformément à la loi.
14. L'ensemble de la population doit être informé des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.

FICHE DE POSTE
SECRETAIRE DU RESEAU GERONTOLOGIQUE
ASSOCIATION « VIMEU – BAIE DE SOMME »

Fonction administrative : Secrétariat

DEFINITION DU POSTE

Collaboratrice du président et du secrétaire de l'association, chargée des tâches administratives et de secrétariat.

TACHES

Permanentes et prioritaires :

Traitement du courrier de l'association, des médecins et de l'assistante sociale adhérents au réseau.

Tenue et contrôle des documents officiels en rapport avec les membres de l'association.

Organisation de la formation permanente des médecins, des professionnels para médicaux.

Contacts et correspondance avec les administrateurs et instances de contrôle.

Secrétariat du bureau de l'association pour les instances de participations légales officielles et les comptes-rendus annuels d'activité.

Documentation : lecture, classement, préparation des éléments de travail pour les intervenants du réseau.

Tâches occasionnelles :

Préparation des assemblées générales et exceptionnelles

Dactylographie du règlement intérieur, tout dossier spécialisé

Tâches polyvalentes :

Accueil téléphonique et réception des personnes intéressées par le réseau gérontologique, dans le cadre du guichet unique.

Gestion des dossiers des bénéficiaires du réseau.

Gestion des plannings de rendez-vous pour les bilans médicaux initiaux.

Gestion du planning de « réunions évaluations » du plan d'aide pour la personne âgée bénéficiaire du réseau et sollicitations des différents intervenants pour assister à celles-ci.

Tenue du standard et accueil central.

Relations hiérarchiques :

Secrétaire de l'association

Liaisons fonctionnelles :

Médecins adhérents au réseau

Assistante sociale