

Ecole Nationale de la Santé Publique

**DEVELOPPER LA COORDINATION POUR  
FAVORISER LE MAINTIEN A DOMICILE DES  
PERSONNES AGEES**

**Martine VALUN**

**Certificat d'Aptitude aux Fonctions  
de Directeur d' Etablissement Social**

**Session 1998**

**CRFPFD - TOULOUSE**

**Février 1999**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	p. 1
<b>PREMIERE PARTIE : LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION</b>	p. 3
1. 1 <b>DONNEES DEMOGRAPHIQUES</b>	p. 3
1. 1 <sub>1</sub> Particularités locales	p. 5
1. 1 <sub>2</sub> Conséquences économiques	p. 7
1. 1 <sub>3</sub> Conséquences sociales	p. 9
1. 2 <b>LES POLITIQUES SOCIALES EN FAVEUR DES PERSONNES AGEES</b>	p.10
1. 2 <sub>1</sub> Les orientations nationales	p.11
1. 2 <sub>2</sub> Les orientations régionales	p.12
1. 2 <sub>3</sub> Orientations départementales	p.14
1. 3 <b>PARTICULARITES URBAINES</b>	p.15
1. 3 <sub>1</sub> Le Centre Communal d'Action Sociale	p.15
1. 3 <sub>2</sub> Le service de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées	p.16
1. 3 <sub>3</sub> Le service d'aides ménagères	p.19
1. 3 <sub>4</sub> Les autres services concourant au maintien à domicile	p.19
<b>CONCLUSION PREMIERE PARTIE</b>	p.21
<b>DEUXIEME PARTIE : VIEILLIR AU CŒUR DU SYSTEME</b>	p.23
2. 1 <b>COMPRENDRE LE VIEILLISSEMENT DE LA PERSONNE AGEE</b>	p.23
2. 1 <sub>1</sub> Du vieillissement physiologique au vieillissement pathologique	p.24
2. 1 <sub>2</sub> De l'autonomie à la dépendance	p.25
2. 1 <sub>3</sub> Conséquences psycho-affectives	p.28
2. 2 <b>PARTICULARITES DU MAINTIEN A DOMICILE</b>	p.30
2. 2 <sub>1</sub> La diversité des prises en charge	p.30
2. 2 <sub>2</sub> Intervenants hétérogènes	p.31
2. 2 <sub>3</sub> Coût du maintien à domicile	p.34
2. 3 <b>REPERAGE DES DYSFONCTIONNEMENTS</b>	p.37
2. 3 <sub>1</sub> Dysfonctionnement institutionnel	p.37
2. 3 <sub>2</sub> Limite du maintien à domicile	p.40
2. 3 <sub>3</sub> Absence d'un lieu unique d'information	p.42
2. 4 <b>APPROCHE THEORIQUE DE LA COORDINATION</b>	p.44
2. 4 <sub>1</sub> Essai de définition de la coordination	p.44

2.	4 <sub>2</sub>	Quelques exemples de démarches de coordination	p.45
2.	4 <sub>3</sub>	Introduction d'une démarche de coordination	p.46
		<b>CONCLUSION DEUXIEME PARTIE</b>	p.48
		<b>TROISIEME PARTIE : UNE DEMARCHE ACTIVE DE DIRECTION POUR FAVORISER LA COORDINATION DE PROXIMITE</b>	p.49
3.	1	<b>OBJECTIFS DE LA DEMARCHE DE COORDINATION</b>	P.49
3.	1 <sub>1</sub>	Repousser les limites du maintien à domicile	p.50
3.	1 <sub>2</sub>	Promouvoir un travail en partenariat	p.51
3.	1 <sub>3</sub>	Informers les usagers	p.51
3.	2	<b>CREATION D'UN LIEU UNIQUE D'INFORMATION GERONTOLOGIQUE</b>	p.53
3.	2 <sub>1</sub>	Statut juridique	p.53
3.	2 <sub>2</sub>	Siège du lieu d'information	p.54
3.	2 <sub>3</sub>	Fonctionnement	p.55
3.	2 <sub>4</sub>	Le personnel	p.56
3.	2 <sub>5</sub>	Coût et financement	p.57
3.	3	<b>PLAN DE PRISE EN CHARGE PERSONNALISE</b>	p.58
3.	3 <sub>1</sub>	La contractualisation avec l'utilisateur	p.58
3.	3 <sub>2</sub>	La gestion des ressources humaines	p.59
3.	3 <sub>3</sub>	Plan de formation	p.60
3.	3 <sub>4</sub>	Mobilisation des partenaires extérieurs	p.62
3.	4	<b>ANALYSE DE LA DEMARCHE DE COORDINATION</b>	p.64
3.	4 <sub>1</sub>	Evaluation	p.64
3.	4 <sub>2</sub>	Coût de la coordination de proximité	p.65
3.	4 <sub>3</sub>	Perspectives	p.66
		<b>CONCLUSION TROISIEME PARTIE</b>	P 68
		<b>CONCLUSION GENERALE</b>	p.69
		<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	p.70
		<b>ANNEXES</b>	.p.72
		<b>LISTE DES SIGLES</b>	p.76

## INTRODUCTION

Les pays industrialisés occidentaux subissent une diminution de l'accroissement de leur population, et depuis la fin de la seconde guerre mondiale la durée de vie ne cesse de croître. Ces particularités génèrent un vieillissement de la population qui singularise notre société contemporaine.

Si ce phénomène, sans précédent dans l'histoire humaine, se révèle pour certains bénéfique, pour d'autres la vieillesse présente des inégalités, notamment avec l'apparition de la dépendance.

En France, depuis le rapport de P. Laroque<sup>1</sup> à nos jours, les politiques sociales marquent la prise de conscience et la volonté de l'état pour intégrer les personnes âgées dans la société.

Avec la décentralisation, le conseil général, la commune, jouent un rôle important pour la prise en charge locale de la population vieillissante. Il appartient à ces deux collectivités territoriales de développer - ou pas - l'aide et l'action sociale en faveur des personnes âgées.

Cependant la maîtrise des dépenses sociales, qui jusqu'alors se situaient en marge de l'économie marchande, a introduit depuis quelques années dans le secteur médico-social, la recherche d'objectifs efficaces.

L'aspiration à " Vivre et mourir à domicile " exprime le souhait de la quasi-totalité des personnes âgées.

Si le principe de vouloir vivre à domicile semble simple, dans la pratique la mise en œuvre de ce projet de vie se révèle très complexe. La personne âgée et/ou sa famille, parfois même les professionnels semblent perdus dans les modalités de fonctionnement de l'ensemble du dispositif. Cela s'explique par la diversité des prises en charge, par l'offre multiple de prestations. Aussi, pour tenter de respecter le choix légitime des personnes âgées, et d'améliorer la qualité du maintien à domicile , il s'avère nécessaire de promouvoir la coordination.

Localement, le Centre Communal d'Action Sociale ( CCAS ), dans lequel j'assume la direction d'un Service de Soins Infirmiers à Domicile pour Personnes Agées ( SSIDPA ), propose des prestations de soins au domicile pour 115 personnes dépendantes résidant sur une commune urbaine.

---

<sup>1</sup> Rapport LAROQUE Pierre, Commission d'études sur les problèmes de la vieillesse, Documentation Française, Paris, 1962.

Chaque service ne peut répondre à lui seul au maintien à domicile. Nous sommes tributaires des uns et des autres. Si nous voulons comme le préconisent les textes placer la personne âgée au centre du dispositif, se pose alors le problème de la manière dont on va pouvoir atteindre cet objectif.

A partir de ces réflexions, mon travail s'orientera d'une part vers la recherche d'une intervention coordonnée pour les patients relevant du SSIDPA que je dirige, et d'autre part, vers la participation de celui-ci dans l'élaboration d'un projet multipartenarial.

Dans la première partie mon étude portera un regard sur la population vieillissante française et celle de la région Midi-Pyrénées. L'implication des pouvoirs publics sera abordée, ainsi que l'approche d'une prise en charge au sein du SSIDPA et des autres services concourant au maintien à domicile.

Dans un second temps, Je définirai les particularités du maintien à domicile ( l'offre, la demande ) avec un repérage des dysfonctionnements. Cela m'amènera à construire la genèse de la coordination de proximité au sein des missions du SSIDPA.

Les derniers chapitres détailleront la stratégie de coordination pour améliorer le maintien à domicile. La démarche consistera, avec les autres SSIDPA de la ville, à construire un projet de création d'un lieu unique d'information local, et à réaliser un plan de prise en charge personnalisé pour tous les patients de notre service de soins.

## **PREMIERE PARTIE : LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION.**

Les pays développés subissent un vieillissement de leur population. Cette caractéristique s'explique essentiellement par l'allongement de la durée de la vie imputable aux meilleures conditions de l'hygiène alimentaire inhérente de l'industrialisation de l'agriculture<sup>2</sup>, aux progrès de la médecine et aux meilleures conditions de vie. Depuis la fin de la seconde guerre mondiale, cette espérance de vie n'a cessé de croître. Actuellement elle progresse d'un an tous les quatre ans. Et parallèlement le taux de fécondité (nombre d'enfants par femme) ne permet plus d'assurer le renouvellement des générations. Seule l'Irlande ne présente pas cette particularité.

### **1.1 DONNEES DEMOGRAPHIQUES<sup>3</sup>.**

A l'aube de l'an 2000, la population totale de la terre atteindra 6 milliards d'hommes.

Au dernier recensement effectué par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) en 1990, la population globale française s'élevait à 56 091 000 habitants, dont 15 327 000 de plus de 60 ans. Soit un peu plus du quart de la population totale. Ces chiffres révèlent bien, que la France est un pays vieillissant. Cette tendance se confirme avec les projections démographiques. Celles-ci intègrent le postulat que le taux de fécondité ne dépassera pas 1,8 enfant par foyer et que l'espérance de vie ne cessera d'augmenter, et que le taux de mortalité reculera.

Entre 1945 et 1975, le taux de fécondité était de 2,2 à 3 enfants par foyer. Après l'année 1975 ce taux diminue. A noter que la loi sur l'interruption volontaire de grossesse fut appliquée légalement en France en 1974. Associée au développement de la contraception, cette loi a probablement modifié notre comportement au regard de la procréation ; ses effets se sont conjugués à l'arrivée de la crise qui a également induit des craintes de nature économique quant à l'élargissement de la famille. C'est un phénomène démographique unique dans l'histoire de notre pays. Seuls les âges élevés enregistrent une forte croissance.

---

<sup>2</sup> ROUGE Jean-François, « Les produits et les marchés de l'avenir », Extrait magazine CAPITAL, août 1998, n°83 page 68 : « Les progrès de la médecine n'ont joué qu'un rôle secondaire en faveur de la durée de vie, comme l'a montré le Prix Nobel d'économie, R. Fogel en 1993 »

<sup>3</sup> La source des informations de ce chapitre provient de l'INSEE.

Ce sont les 25 millions d'enfants nés des «trentes glorieuses » qui constitueront les personnes âgées pour les premières décennies du siècle prochain. Ce sera le « papy boom ».

La projection démographique de la population française affiche un accroissement très important du nombre des personnes âgées. Les plus de 60 ans augmenteront à raison d'un million tous les 5 ans, et les plus de 85 ans doubleront presque entre 1990 et l'an 2020, ces dernières atteindront le chiffre de 1 400 000 vers cette date. L'ampleur de ce phénomène, attendu doit nous inciter à anticiper la problématique du vieillissement, tant au regard de la prise en charge de cette catégorie de population, (notamment avec l'apparition de la dépendance), que des conséquences inhérentes sur notre société. En l'an 2010 les plus de 20 ans seront moins nombreux que les plus de 60 ans. Ce dernier constat montre quelle incertitude pèse sur le financement des retraites, et de la protection sociale en général.

Quelles que soient les hypothèses retenues pour élaborer les projections démographiques, toutes convergent pour affirmer que l'accroissement du nombre des personnes âgées sera important. Mais la vieillesse ne revêt pas le même habit pour tous. Des disparités locales et individuelles existent pour lesquelles des incidences mutuelles s'exercent. Ainsi on vieillit mieux dans une région que dans une autre. Le confort de vie d'un ouvrier n'est pas le même que celui d'un rentier ou d'un sans domicile fixe. De fait, l'appartenance socio-culturelle influence fortement le capital santé de chacun. « Etre riche favorise le fait de vivre plus longtemps »<sup>4</sup>. L'espérance de vie varie de 9 ans entre un manœuvre et un professeur.

### 1. 1<sub>1</sub> PARTICULARITES LOCALES<sup>5</sup>.

Avec ses huit départements, la région Midi-Pyrénées totalise une superficie qui la place en tête du pays. Son passé économique se caractérise par une activité essentiellement agricole. Les agriculteurs sont donc largement représentés dans les plus de 60 ans.

Les personnes âgées de plus de 75 ans augmentent cinq fois plus vite que l'ensemble de la population. La Haute-Garonne est le département le moins " vieilli " de la région. Les plus de 60 ans représentent 19 % de sa population globale, contre 24 % pour la totalité des autres départements réunis. Cette différence s'explique par la présence importante, d'universités diverses et reconnues qui attirent les étudiants à Toulouse. Ses activités industrielles essentiellement aéronautiques procurent un emploi relativement stable. C'est donc, la concentration humaine dans l'agglomération toulousaine qui permet au département de la Haute-Garonne d'être le moins

<sup>4</sup> MIZRAHI Andrée et MIZRAHI Ariès, « Cadre démographique et environnement socio-économique des personnes âgées. », Dossier CNAM, « Retraite et société » n°15, Paris, 1996, page 28.

<sup>5</sup> Source : Dossiers de l'INSEE, Midi-Pyrénées, « Les personnes âgées en Midi-Pyrénées », n° 61, Toulouse, 1993.

Statistiques de la DRASS Midi-Pyrénées, « Dix ans de mémento en Midi-Pyrénées », Toulouse, 1996.

" vieilli " de la région. Le taux de vieillissement de la Haute-Garonne hors Toulouse et sa banlieue rejoint celui de la région.

« Dans toute démarche de coordination il est indispensable que chacun cherche les données correspondant à son identité géographique »<sup>6</sup>

### **Où vivent-ils dans notre région ?**

La moitié des personnes âgées de plus de 75 ans vit en milieu urbain dont une sur cinq dans l'agglomération toulousaine. Les personnes âgées préfèrent quitter leur campagne et vivre avec plus de sécurité en ville. Les plus de 60 ans vivant à Toulouse représentent 22 % de sa population totale. Ainsi, même si Toulouse à elle seule entraîne un rajeunissement de la population du département de la Haute-Garonne, il faut noter que cette ville présente un taux de personnes de plus de 60 ans, supérieur à la moyenne nationale

En Midi-Pyrénées un peu plus de 5% de la population de 75 ans et plus vit en institution, dont 4% en maison de retraite. Le taux d'hébergement en institution augmente avec l'âge pour devenir majoritaire après 95 ans.

### **Qui sont-ils ?**

Sans vouloir exposer l'histoire de l'immigration dans cette région, il est important d'en visualiser la proportion et l'origine. Les immigrés âgés représentent 11,4 % de la population totale âgée, alors que leur représentativité dans la population active n'atteint que 7 %. Ce sont essentiellement des italiens qui fuyaient le fascisme, des espagnols qui refusaient le franquisme ou la guerre civile, et des portugais qui partaient vers un ailleurs pour combattre leur grande misère. Les hommes du Maghreb sont peu présents dans la population âgée.

Après 60 ans une arrivée sur cinq dans la région correspond à un retour au pays.

### **Combien de temps vivent-ils ?**

L'espérance de vie juste avant la guerre de 1945 n'atteignait que la cinquantaine d'années avec une mortalité masculine accentuée. A ce jour, les hommes de la région vivent plus longtemps que ceux des autres régions de la France avec une espérance de vie qui s'élève à 76,5 ans.

En 1990, 17 000 nonagénaires ont été recensés dont les 3/4 sont des femmes.

Une équipe de chercheurs américains a travaillé sur cette variable locale pour connaître les raisons de cette longévité reconnue dans le Sud-ouest de la France, notamment dans le Gers. Ils ont intitulé leur recherche le «French Paradox »<sup>7</sup>, car boire un peu de vin et s'alimenter de certaines graisses, comme celles d'oie ou de canard

---

<sup>6</sup> TANGUY-MAUFFRET Martine, « La coordination gérontologique », Chronique sociale, LYON, Juin 1994, page 16.

<sup>7</sup> SOUCOU Thierry, « Dossier la révolution dans nos assiettes », article de l'hebdomadaire LE NOUVEL OBSERVATEUR, du 6 au 12 août 1998, page 8.

seraient bénéfiques à la santé... Il est à souligner que ces mêmes scientifiques se sont intéressés au cas du Japon, qui situe son espérance de vie à 79,7, le plaçant leader de la longévité sur notre planète.

### **Comment vivent-ils ?**

Pour la majorité, les habitants de Midi-Pyrénées vivent mariés jusqu'à l'âge de 70 ans. Une femme sur deux se retrouve veuve à 72 ans. Ce qui rejoint les statistiques nationales. Ainsi les " petits vieux " sont des vieilles : 60% de ces femmes de plus de 75 ans sont titulaires du Fonds National de Solidarité ( FNS ).

## **1. 1<sub>2</sub> CONSEQUENCES ECONOMIQUES.**

Des démographes, des économistes, des sociologues ...pointent les répercussions du phénomène inhérent au vieillissement de la population dans nos sociétés capitalistes.

### **Le comportement des retraités face à la consommation.**

Comme l'expliquent les propos de Françoise Auniac, les jeunes retraités sont conscients de vivre dans une société en profonde mutation. Ils adoptent un comportement de recherche, d'équilibre et de qualité : « La consommation des retraités est mature, ils en font profiter leurs enfants, leurs petits enfants. Ils se situent dans un registre de la solidarité »<sup>8</sup>. Effectivement, dans notre quotidien professionnel et personnel, nous constatons ce partage intergénération. Ils consacrent une part conséquente de leur budget pour aider, d'une part les plus jeunes qui subissent la récession économique, et d'autre part leurs aînés notamment quand apparaît la dépendance.

### **Le financement de la protection sociale.**

L'allongement de la vie humaine et la réduction des naissances, évoqués dans les chapitres précédents, posent le problème de l'équilibre des régimes de retraites.

La France comptera trois fois moins de cotisants par retraité qu'en 1960. Face à cette baisse des actifs, les pouvoirs publics devront dans un avenir proche, soit relever l'âge de la retraite et diminuer le montant des pensions, soit remettre en cause notre système fiscal avec une meilleure distribution des richesses du pays. Sous le gouvernement de Monsieur Balladur le nombre de trimestres travaillés pour bénéficier de la retraite a été prolongé, passant de 36 à 40 années de cotisation.

Les compagnies d'assurances, les banques privées et publiques proposent des plans d'épargne retraite. Ce qui montre que l'Etat n'est plus le seul recours pour une population qui a maintenant conscience de la saturation à venir de la protection sociale.

Que ce soit un système de retraite par capitalisation privé ou de cotisations basées sur la solidarité nationale, l'un comme l'autre ne seront pas sans bousculer notre ordre social. Le premier accentue et engendrera l'exclusion de ceux qui ne pourront pas payer, comme les chômeurs, comme ceux qui perçoivent le Revenu Minimum Insertion

( RMI ), et aggrave le problème " si tu vis pauvre, tu vieilliras pauvre ". Le second induit le déficit de notre protection sociale, à ce jour, quel que soit le gouvernement en place, nos dirigeants cherchent le moyen de pérenniser ce système sans bouleverser l'imposition fiscale. L'avenir nous en prouvera la faisabilité.

Les régimes de sécurité sociale sont confrontés à la même conjoncture que les régimes de retraites. Il y a moins de cotisants car le chômage atteint presque trois millions de français, l'état de santé des chômeurs se dégrade et celui des exclus décline. A ce tableau vient s'ajouter, d'une part l'augmentation importante de notre population vieillissante, et d'autre part le coût croissant des moyens thérapeutiques (scanner, IRM....) qui alourdissent la facture de la santé. L'âge influe sur la consommation médicale, celle-ci double après 65 ans, 4% de la population consomme 50% des dépenses de santé et la moitié interviennent dans la dernière année de la vie d'un individu<sup>9</sup>. C'est aussi après 80 ans que l'on rencontre le plus de bénéficiaires de l'exonération du ticket modérateur.

Notons, que la retraite et la vieillesse ne signifient pas la perte d'esprit d'entreprise, mais elles en limitent fortement les capacités d'initiative. Ce risque à long terme peut induire un ralentissement de la vie d'un pays vieillissant comme le notre, avec perte de créativité.

### 1. 1<sub>3</sub> CONSEQUENCES SOCIALES.

Pour beaucoup de personnes, la perte du statut social s'opère avec le départ à la retraite. Les difficultés matérielles ou psychologiques que ces personnes peuvent rencontrer faute d'aide, de soutien, peuvent expliquer le nombre élevé de suicides : 150 pour 100 000 hommes et 30 pour 100 000 femmes<sup>10</sup>

Les conditions de vie ( santé, argent ,vie affective... ) et le rejet volontaire - ou non - par la famille, qui bien souvent est éclatée de nos jours, traduisent aussi l'isolement dont souffre la personne âgée. Après 60 ans, une personne sur trois souffre de la solitude avec un taux plus élevé pour la tranche d'âge compris entre 70 et 80 ans<sup>11</sup>. Pourtant 95 % de cette population souhaite rester chez elle le plus longtemps possible. Parmi les personnes vivant à domicile, la proportion de celles vivant seules augmente avec l'âge. L'hébergement spécifique n'est envisagé que lorsque toute autre solution s'avère impossible. Même si les maisons de retraite se sont humanisées, il n'en demeure pas moins qu'un placement définitif apparaît symbolique. C'est, bien souvent le dernier déménagement avant le grand voyage.

<sup>8</sup> NEYRAC Christophe, « Quoi de neuf dans la consommation des seniors ? », propos de AUNIAC Françoise, Fascicule Bayard presse, Paris, n° 36, février 1998, page 3.

<sup>9</sup> LEVY. A - CAZABAN. M - DUFFOUR. J - JOURDAN. R, « Santé publique », Paris, 1994, page 207.

<sup>10</sup> LEVY. A - CAZABAN. M - DUFFOUR. J - JOURDAN. R, « Santé publique », Paris, 1994, page 207.

<sup>11</sup> ROCHEFORT Robert, « Après 60 ans, une personne sur trois est concerné par la solitude, Fascicule du CREDOC, Consommation et modes de vie, n°96. Mars 1995.

## 1.2 LES POLITIQUES SOCIALES EN FAVEUR DES PERSONNES AGEES.

L'arrivée prévue de ce vieillissement massif de la population doit nous amener à nous interroger sur la façon dont les pouvoirs publics vont réguler ce phénomène, et comment ils vont coordonner leurs actions dans le respect du droit à la citoyenneté des personnes âgées.

Les politiques gérontologiques sont restées catégorielles et sectorielles, à la différence des autres politiques sociales qui ont plutôt évolué de façon transversale. De ce constat, deux conceptions de la vieillesse émergent. L'une ciblant le maintien à domicile, et l'autre l'institutionnalisation.

La commission d'études des problèmes de la vieillesse, présidée par Pierre Laroque en 1962, préconisait déjà une politique nationale d'aide aux personnes âgées. A partir du VI<sup>ème</sup> en 1971<sup>12</sup> et les suivants confirment les orientations gérontologiques élaborées par la commission précitée. Deux axes se dégagent : l'un concerne le programme finalisé pour le maintien à domicile des personnes âgées et l'autre l'humanisation et la médicalisation des structures existantes avec la disparition des hospices qui se transformeront en centres de moyen séjour.

Le maintien à domicile est un droit. La circulaire n° AS 5 du 28 janvier 1977, relative à la mise en place du programme prioritaire n° 15 énonçait le développement du maintien à domicile, avec une notion géographique délimitée et coordonnée.

Le maintien à domicile devient par nécessité une obligation: « Si l'on devait continuer à placer dans une institution tous ceux qui demain auront perdu une part de leur autonomie, il faudrait construire chaque année plus de 10 000 lits »<sup>13</sup>.

En 1988, une charte des droits et des libertés de la personne âgée est élaborée par la Fondation de France. La personne âgée est un citoyen à part entière au regard de la loi.

### 1.2, LES ORIENTATIONS NATIONALES.

L'Etat conserve ses prérogatives dans le domaine de la planification. Les services déconcentrés de l'Etat (DRASS, DDASS et les ARH) assurent la mise en œuvre de la politique hospitalière et médico-sociale, le contrôle des organismes de Sécurité sociale, et l'application de la législation relative à la sécurité sociale et la protection sociale.

<sup>12</sup> VI<sup>ème</sup> Plan : Programme finalisé pour le maintien à domicile des personnes âgées.

<sup>13</sup> BRAMI Gérard, « Droits et libertés des personnes âgées hébergées », Editions Berger-levrault, Questions sociales, Toulouse, 1995, page 71.

Depuis la loi du 22 juillet 1983, relative à la décentralisation, les conseils généraux jouent un rôle déterminant dans l'action en faveur des personnes âgées. Ainsi l'évolution de la décentralisation a fait que les conseils généraux ont pris le relais des services de l'Etat. Ils disposent d'une vision globale du terrain plus large que celle des communes, qui se cantonnent à leur secteur géographique. Mais aucun des partenaires concernés par la vieillesse ne peut occulter la participation de chacun, même si les budgets des différents acteurs freinent les réponses à donner aux situations locales, et induisent des comportements concurrentiels.

Monsieur Joseph Franeschi, fut le premier Secrétaire d'Etat chargé des personnes âgées, dans la circulaire du 7 avril 1982, il propose la participation des retraités et des personnes âgées quant aux décisions qui les concernent. Ainsi la Commission Nationale des Retraités et des Personnes Agées (CONRPA) et les Commissions Régionales (CORERPA) et les Commissions Départementales (CODERPA) sont présentes au sein des conseils d'administration de certains organismes. Ces commissions existent toujours mais ne possèdent qu'un pouvoir consultatif, non décisionnel.

Soulignons l'importance du rapport de Nicole Questiaux, qui inscrit l'action sociale vers une nouvelle citoyenneté : « des usagers reconnus dans leurs droits et acteurs potentiels du changement de leur cadre de vie »<sup>14</sup>

C'est aussi grâce à l'intervention de l'Etat, que les SSIDPA et les services d'Aides ménagères couvrent l'ensemble du territoire français, tout en laissant l'initiative aux collectivités locales de développer leur politique de la vieillesse. D'autres actions et aides se sont multipliées parallèlement.

Face à la montée du nombre croissant de personnes âgées dépendantes l'état a légiféré la prise en charge de la dépendance. C'est donc une nouvelle aide de la protection sociale. Loi du 24 janvier 1997, relative à l'attribution de l'allocation spécifique dépendance pour personnes âgées ( PSD ). Cette allocation remplace l'allocation compensatrice.

## 1. 2\_ LES ORIENTATIONS REGIONALES.

Dans le schéma régional d'organisation sanitaire et sociale ( SROSS )<sup>15</sup> de la région Midi-Pyrénées réalisé en 1994 par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales ( DRASS ), apparaissaient les problèmes de la dépendance liés au nombre croissant de personnes âgées, « Comment s'organiser pour mieux répondre à leurs besoins, en respectant leur désir d'autonomie et en leur apportant les soins et les prises en charge adaptées là où elles vivent, là où elles veulent mourir, le plus tard possible ? »<sup>16</sup>.

<sup>14</sup> Rapport de QUESTIAUX Nicole, « L'action sociale et le travail social », 8 Mai 1982.

<sup>15</sup> La loi n° 91- 748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière a conduit à l'élaboration dans chaque région d'un SROSS, et a préconisé ces procédures au secteur social et médico-social.

<sup>16</sup> SROSS, DRASS Midi-Pyrénées, page 145.

La volonté des personnes âgées est de vivre et de mourir à domicile, pourtant nous remarquons la préférence régionale pour l'institutionnalisation : « la priorité favorisant jusqu'ici les institutions et leur médicalisation »<sup>17</sup>. C'est donc un choix qui traduit aussi la nécessité de doter la région en établissements d'hébergements pour personnes âgées sévèrement dépendantes. Rénovation des locaux, adaptation de l'usager à son cadre d'habitat, amélioration de sa qualité de vie sont les axes directeurs de cette planification.

L'institution et le maintien à domicile sont deux politiques sociales différentes. Leurs relations duelles, concurrentielles accentuent les difficultés dans les réponses gérontologiques. Cette dualité ressemble à celle qui existe entre la médecine ambulatoire et la médecine hospitalière, entre le social et le médical. Pour lever ces oppositions réductrices, la région encourage le développement des solidarités familiales, des réseaux hôpital-ville, des échanges interprofessionnels.

Pour le maintien à domicile, il apparaît un manque en SSIDPA, notamment dans certaines zones rurales, même si on tient compte de la densité des infirmiers libéraux : Pour 100 000 habitants, elle s'élève à 87 pour la France et à 146 pour la région Midi-Pyrénées<sup>18</sup>. Sur la ville de Toulouse 429 infirmiers libéraux y exercent leur activité professionnelle. Seule la coordination fait défaut au maintien à domicile. Pourtant elle est un terme itératif que nous rencontrons, dans la littérature gérontologique et dans les textes officiels. Elle reste néanmoins une notion floue à laquelle chacun dans sa pratique donne sa définition. Et c'est l'usager bien souvent qui en subit les conséquences.

Des constats et des objectifs régionaux précités en faveur des personnes âgées, la région préconise : « La désignation d'un " référent " de la personne âgée »<sup>19</sup> et « la concertation territoriale, des départements, des CODERPA, des communes, des quartiers en zone urbaine, des associations »<sup>20</sup>

Cette planification régionale vise à améliorer la coordination locale au plus près de la personne âgée. Afin d'aboutir, dans la mise en œuvre de ces propositions, le SROSS intègre le postulat suivant : « La mise en commun d'une information aussi complète que possible, tenue à jour en continu, comme premier instrument de la coordination »<sup>21</sup>. Nous ne pouvons donc dans toute approche gérontologique dissocier : coordination et information. Si le principe de coordination est reconnu depuis longtemps, sur le terrain elle se heurte aux modalités de fonctionnement. En incitant l'association de la coordination et de l'information, c'est un pas de franchi pour progresser vers une politique globale qui concerne l'ensemble des acteurs. L'impact social qui en résultera tant au niveau des personnes âgées que des intervenants aura pour effet une meilleure prise en charge des problèmes de la vieillesse.

<sup>17</sup> SROSS, DRASS Midi-Pyrénées, page 147.

<sup>18</sup> Enquête PRAC, sur les SSIDPA, Statistiques CRAM Haute-Garonne, Toulouse, fiche n°1.

<sup>19</sup> SROSS, DRASS Midi-Pyrénées, page 156.

<sup>20</sup> SROSS, DRASS Midi-Pyrénées, page 158.

<sup>21</sup> SROSS, DRASS Midi-Pyrénées, page 158.

Cette nouvelle approche de la coordination pose la question au préalable du concept qu'ont les collectivités locales de la coordination et de sa mise en œuvre.

### **1.23 ORIENTATIONS DEPARTEMENTALES.**

Depuis la loi de la décentralisation, les conseils généraux jouent un rôle déterminant dans l'action en faveur des personnes âgées. L'évolution de la décentralisation a fait qu'ils ont pris le relais de l'état. Ils disposent d'une vision plus globale du terrain que celle des communes, qui se cantonnent à leur secteur géographique. Mais aucun des partenaires concernés par la vieillesse ne peut occulter la participation de chacun, même si les budgets des différents acteurs freinent les réponses à donner aux situations locales, et induisent des comportements concurrentiels.

A ce jour la priorité du département en matière gérontologique oriente ses actions dans la mise en œuvre de la PSD. Cette allocation distribuée sur la base d'un rapport d'une équipe médico-sociale, d'une évaluation globale, qui nécessite donc une coordination de terrain. De la rapidité des réponses en dépend l'efficacité. L'obligation pour le demandeur à utiliser les sommes versées, induit un travail de contrôle, jusqu'à présent non effectué lorsqu'il s'agissait de l'allocation compensatrice.

L'élaboration d'un nouveau schéma départemental gérontologique n'apparaît pas dans la planification des politiques départementales en faveur des personnes âgées. Le dernier date de 1988. L'insertion des personnes en difficulté prime sur les autres politiques.

Le département attribue les aides légales en fonction des ressources des demandeurs. Dans le cadre des aides facultatives pour la population âgée, il a créé un service de téléassistance pour lequel il participe à plus de la moitié du financement.

### 1.3 PARTICULARITES URBAINES.

En matière de politique sociale de la ville en faveur des personnes âgées, l'adjointe au maire chargée des affaires sociales chapeaute le secteur gérontologique. Elle participe à la vie des associations en distribuant des subventions, en attribuant des locaux à titre gracieux.

La commune est étroitement liée avec le Centre Communal d'Action Sociale ( CCAS ). Les axes gérontologiques de la ville se retrouvent davantage au sein de cet organisme.

#### 1.3.1 LE CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE.

Depuis la loi de décentralisation, une partie des responsabilités de l'Etat, en matière d'action sociale revient certes aux départements, mais cette réglementation étend aussi les prérogatives des CCAS, dans le cadre de l'action sociale et médico-sociale. Autrefois, leurs actions ciblaient les besoins de populations particulières, "les nécessiteux", ils ont aujourd'hui une dimension plus transversale. Ils tendent à répondre aux problèmes sociaux, et luttent contre toute forme d'exclusion, ce qui va dans le sens du souci de l'Etat : assurer la cohésion sociale et garantir la citoyenneté de chaque individu. La décentralisation reconnaît aux CCAS une large part de choix et d'initiatives. Ils ne sont plus seulement des distributeurs d'aides.

C'est un organisme public communal ou intercommunal. La loi l'a rendu obligatoire dans chaque commune. Le maire de la ville assure la présidence du conseil d'administration. Ses délibérations sont soumises au contrôle de légalité, comme celles des collectivités locales. C'est la Préfecture, dernier maillon de l'Etat au niveau départemental, qui assure cette tâche. Bien que le CCAS soit doté d'une personnalité morale, il ressort que l'appartenance politique du maire de la commune, joue un rôle dans la gestion de ces organismes.

Le code de la famille et de l'aide sociale leur confie la mission d'animer une action générale de prévention et de développement social dans la commune en étroite liaison avec les institutions publiques et privées.

Le CCAS possède la liberté d'initiatives au regard de l'aide sociale facultative, mais ne peut pas déroger à l'instruction des dossiers d'aide sociale obligatoire ; et ne fournit aucune approbation du bien fondé de la demande.

La création et la gestion d'établissements et/ou de services à caractère social ou médico-social lui sont autorisées. Le CCAS de Toulouse gère 34 établissements (crèches, accueil personnes en difficulté sociale, maisons de retraite...), 15 services, dont le Service de Soins Infirmiers à Domicile pour Personnes Agées (SSIDPA), que je dirige.

### 1. 3<sub>2</sub> LE SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE POUR PERSONNES AGEES.

Les SSIDPA relèvent de la loi du 30 juin 1975<sup>22</sup>. La réglementation a été précisée six années plus tard par le décret du 8 mai 1981<sup>23</sup>, complétée par la circulaire ministérielle du 1<sup>er</sup> octobre 1981<sup>24</sup> ; et la circulaire du 30 janvier 1996<sup>25</sup>.

Les SSIDPA constituent une pièce maîtresse de la politique en faveur du maintien à domicile de la personne âgée. Leur vocation est clairement définie par les textes :

- Eviter une hospitalisation lorsque les conditions sociales et médicales le permettent
- Faciliter un prompt retour à domicile après une hospitalisation
- Prévenir ou de retarder l'altération progressive de l'état des personnes
- Eviter ou de retarder l'admission en section de cure médicale ou en long séjour.

Les prises en charge correspondent à des situations soit d'une phase aiguë de maladie, soit d'un état de dépendance.

Les SSIDPA sont obligatoirement gérés par un organisme public ou privé à but non lucratif.

Les Aides soignante assurent, sous la responsabilité des infirmières, les soins d'hygiène générale et le concours à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, à l'exception des interventions de l'aide ménagère. L'infirmière effectue les actes propres infirmiers (ce sont les injections, pansements etc....).

Les infirmiers libéraux ont la possibilité de collaborer à l'activité du SSIDPA. Ces derniers sont liés au service par une convention et payés sur la base du tarif conventionnel de la sécurité sociale.

Une infirmière coordinatrice organise le travail des aides – soignantes et coordonne l'action auprès des personnes âgées.

L'ensemble de ce personnel travaille sur prescription médicale. En cas de besoin, le service peut faire appel à des pédicures.

Les caisses d'assurance maladie financent ces services en totalité. C'est une prestation légale, au titre de l'assurance maladie ou de l'aide sociale, sans conditions de ressources à la différence des services d'aides-ménagères.

<sup>22</sup> Loi n° 75-535 du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales.

<sup>23</sup> Décret n° 81-448 du 8 mai 1981, relatif aux conditions d'autorisation de prise en charge des SSIDPA.

<sup>24</sup> Circulaire n° 81-8 du 1<sup>er</sup> octobre 1981, relative au SSIDPA.

<sup>25</sup> Circulaire n° 96-54 du 30 janvier 1996, relative au nouveau cadre pour le rapport d'activité des SSIDPA

L'organisme gestionnaire dont dépend le service que je dirige est un CCAS. Nous relevons donc de la fonction publique territoriale. Notre capacité autorisée s'élève à 115 places avec un prix de journée de 156,27 Francs à ce jour. Notre secteur géographique s'étend sur toute la ville. Deux infirmières coordinatrices, quatre infirmières, 15,5 aides-soignantes et une secrétaire médico-sociale constituent l'ensemble de notre service.

### **Notre projet de service.**

« Ce qui m'intéresse ce n'est pas le bonheur de tous les gens, c'est celui de chacun. »  
L'écume des jours. Boris VIAN.

Le projet de service sert à désigner la politique dans laquelle le service s'inscrit, avec les priorités qu'il se donne. Il doit être en accord avec les décisions du Conseil d'administration du CCAS. Il s'articule principalement sur deux objectifs dépendant l'un de l'autre.

Le premier favorise les réponses de qualité au regard des besoins des personnes âgées malades et/ou dépendantes : organiser l'activité du service en liaison avec les autres paramédicaux et assurer la continuité des soins. Cette organisation requiert un plan de prise en charge individualisée, qui ne peut se construire sans connaissance de la personne âgée et de son environnement socio-économique.

Le second encourage la conscience des différents partenaires internes et externes, leur responsabilité et leur compétence. Pour aider l'utilisateur, l'aidant (professionnel, famille, bénévole) doit exister. Cela induit des motivations communes, tout en apprenant à travailler ensemble, sans comportement corporatif, et exige une circulation des informations comprises.

Nous avons la volonté d'élaborer des plans de prises en charge personnalisés et évalués tout en orientant les équipes dans une démarche dynamique, collective, responsable et comprise.

Exemple concret de maintien à domicile :

Madame X, âgée de 83 ans, souhaite rester chez elle malgré l'apparition de troubles mnésiques et de difficultés motrices principalement des membres inférieurs. Elle vit seule, une cousine éloignée vient la voir une fois par mois, car elle habite à 25 kilomètres. Des voisins s'occupent d'elle mais ne peuvent s'investir dans l'aide au quotidien. C'est pourquoi après avoir téléphoné à plusieurs endroits, ils nous ont signalé le cas de cette dame.

La situation globale est alors étudiée avec la cousine et l'infirmière pour bâtir un plan de prise en charge en accord avec le médecin traitant. Le service de soins intervient pour la toilette, habillage, mobilisation et stimulation. L'aide soignante dans un premier temps effectuera des visites au domicile biquotidiennes. Une le matin et une le soir.

Pour les courses et les tâches concernant l'entretien de la maison, du linge l'association gestionnaire des aides-ménagères est avertie par notre service.

Afin de la sécuriser nous lui proposons le service de Téléassistance, qu'elle accepte. Par contre elle refuse le portage de repas, le lit médicalisé... .

Ainsi, le SSIDPA a été l'élément moteur qui a permis un maintien à domicile. De plus il assure le suivi médico-social, c'est à dire que nous évaluons l'adéquation des réponses apportées aux besoins réels, car ces derniers sont susceptibles de modifications temporelles non négligeables. Une aide- soignante ou une infirmière est nommée « référent » de cette dame. De ce fait, le personnel s'investit davantage dans sa pratique quotidienne, car elle doit présenter la situation globale de la personne soignée, lors de réunions de service.

### **1. 3<sub>3</sub> LE SERVICE D'AIDES MENAGERES.**

Le programme finalisé de juillet 1977 a légalisé le développement des aides-ménagères à domicile. Elle accomplit les tâches que la personne ne peut plus assumer elle-même. C'est essentiellement les courses, le ménage, la préparation des repas. Mais elle apporte aussi un soutien moral car elle contribue par sa présence à éviter l'isolement. Par des démarches simples, elle est le relais entre la personne et l'extérieur.

L'aide sociale, les caisses d'assurance vieillesse ou maladie, et/ou les caisses complémentaires contribuent à financer ce type d'interventions sur leurs fonds d'action sanitaire et sociale. La personne bénéficiaire participe au financement des heures attribuées en fonction de ses ressources. Le département finance cette prestation pour les personnes dont les ressources ne dépassent pas le minimum vieillesse.

### **1. 3<sub>4</sub> LES AUTRES SERVICES CONCOURANT AU MAINTIEN A DOMICILE.**

Les SSIDPA et les services d'aides-ménagères sont les principales structures d'aides à la population vieillissante et dépendante. D'autres participent au maintien à domicile et sont liés à la santé, à l'habitat, à la gestion des revenus. Ils peuvent être la charpente d'une bonne prise en charge.

Le service de portage de repas, de téléassistance.

Les services d'aide à domicile, d'auxiliaire de vie, de garde malade...

Le service social de la CRAM, de la MSA, du conseil général, du CCAS, du centre hospitalier...

L'hospitalisation à domicile, la médecine ambulatoire (médecin, infirmière, kinésithérapeute, pédicure, les centres de soins...).

Les organismes tutélaires.

Les associations de bénévoles ( les petits frères des pauvres, le centre de volontariat toulousain...).

Notons que cette liste présente, n'est pas exhaustive. Chaque service fonctionne avec son cadre propre, aussi comprendre l'organisation de chacun apparaît une nécessité pour adapter les réponses aux besoins des personnes âgées, désirant vivre et mourir à domicile.

## CONCLUSION PREMIERE PARTIE

Notre population vieillit et continuera de vieillir. Ce phénomène irréversible s'imposera dans les prochaines décennies. Cela induira les conséquences socio-économiques et avivera la problématique de la prise en charge de la vieillesse et de son corollaire : la dépendance.

L'âge de la retraite pourra être relevé selon que les pouvoirs publics tiendront compte de l'amélioration de l'état de santé de la population, ou abaissé pour réduire le chômage.

Le développement de la pauvreté, qui, à ce jour, touche les moins de 60 ans s'accroîtra lorsqu'ils atteindront l'âge de la retraite.

Le financement de l'assurance maladie impose des choix en matière de législation relative à la couverture des dépenses de santé.

Depuis la décentralisation, l'Etat conserve toujours son rôle de chef d'orchestre de la législation gérontologique : par exemple la loi du 24 janvier 1997 relative à la prestation spécifique dépendance. Réservée à la personne âgée dépendante à domicile et en institution, elle vise à palier les déficiences physiques et mentales, et prend en charge la perte d'autonomie des actes essentiels de la vie courante.

Les départements, les communes, les CCAS, sont les piliers dans la mise en œuvre des politiques sociales en faveur des personnes âgées. Les départements s'orientent vers l'aide sociale, et les communes et les CCAS vers l'action sociale. La décentralisation a amené une meilleure connaissance, une meilleure prise en charge qualitative et quantitative des variables locales. Parallèlement, le pouvoir des élus locaux s'est élargi. Leurs priorités au regard de la vieillesse convergent ou divergent en fonction de leur appartenance politique et de leurs convictions personnelles et de leurs intérêts électoraux.

L'absence d'un secrétariat d'Etat chargé des personnes âgées au sein du gouvernement de Monsieur Jospin, ne permet plus la représentativité de la vieillesse à un niveau décisionnel. Seul, un niveau consultatif se maintient avec la Commission Nationale des Retraités et des

Personnes Agées, laissant ainsi les élus locaux maîtres dans la mise en œuvre de la politique gérontologique. Ils ont aussi le pouvoir d'attribuer des crédits, d'accorder des subventions.

La planification régionale fait de l'information un élément intrinsèque de la coordination gérontologique. Si notre région est suffisamment dotée en service, sauf pour certaines zones rurales, on peut effectivement relever des lacunes dans l'information et la coordination.

Le SSIDPA que je dirige, géré par le CCAS, conscient de ses limites d'intervention, soigne les personnes malades et/ou dépendantes. Comme le souligne notre texte de référence du 1<sup>er</sup> octobre 1981 relatif aux objectifs des SSIDPA, nous prodiguons « des soins plus prolongés et mieux coordonnés que ne le permettraient de seules interventions à l'acte ».

Afin de répondre à notre mission, il est nécessaire de comprendre l'évolution de la vieillesse, de connaître les particularités locales, de travailler avec les différents partenaires concourant au maintien à domicile y compris l'entourage familial et relationnel, et bien sûr les orientations générales des politiques sociales.

Aussi dans la seconde partie, j'aborderai, à partir de l'analyse de la vieillesse, les besoins des personnes âgées. J'essaierai de construire le repérage des dysfonctionnements qui entravent le maintien à domicile et j'introduirai une démarche théorique de la coordination de proximité, c'est à dire centrée au domicile de la personne en fonction de ses besoins.

## **DEUXIEME PARTIE : VIEILLIR AU COEUR DU SYSTEME.**

Que signifie d'être " vieux ", quelle autonomie de vie reste -t-il aux personnes âgées lorsque survient la dépendance ?

La direction d'un service de soins concourant au maintien à domicile des personnes âgées, nécessite d'aborder l'environnement dans lequel il exerce sa mission.

Le travail de cette partie ne procède pas à l'évaluation des aides de l'ensemble du dispositif. J'essaie de repérer l'existant local que nous côtoyons au quotidien. Cela pour comprendre la complexité du système, qui permet d'élaborer une démarche de coordination dans de meilleures conditions.

### **2.1 COMPRENDRE LE VIEILLISSEMENT DE LA PERSONNE AGEE.**

Une aide adaptée ne se conçoit qu'après compréhension du processus qui a généré le besoin. Ce postulat est une nécessité pour les professionnels ; pour la famille il est moindre en fonction de leur propre histoire, car des variables affectives s'interposent à des degrés différents.

La vieillesse s'impose inégalement et se vit différemment d'un individu à un autre : « La vieillesse, c'est la liaison entre le temps et la forme » , « Le temps est une identité malsaine, seule la forme apparaît », « La vieillesse est une histoire, chacun a la sienne, c'est l'individualisation. C'est le rapport aux autres, à l'environnement, cela s'arrête à la mort »<sup>26</sup>.

L'Organisation Mondiale de la Santé ( OMS ) a fixé des repères théoriques : de 60 à 70 ans « les personnes âgées », de 70 à 90ans « les vieillards » et, au-delà de 90 ans « les grands vieillards ». Mais dans notre quotidien, on associe souvent la vieillesse liée à la perte de

---

<sup>26</sup> Documentaire de FRIEDMAN Peter et BRUNET Jean François, « Lignes de vie », sur ARTE, le 21 avril 1998 à 22h20.

l'activité, ce qui contribue à placer l'inactif comme élément inutile dans notre société. La fin de la vie professionnelle laisse une impression de mort sociale. Le chômeur ressent aussi ce vide. L'image sociale de l'individu est fortement altérée.

Au sein de notre service nous prenons en charge, les personnes dont l'âge moyen s'élève à 87ans, et dont le nombre de personnes nonagénaires ne cesse de croître. Ce sont ces « grands vieillards » qui font peur, car cette vieillesse là, renvoie l'image de l'homme dessaisi de son identité. Ses fonctions physiques et mentales sont amoindries. En outre, la crainte angoissante des personnes âgées face à la mort nous interpelle aussi sur notre propre mort. N'avons nous pas un jour, entendu cette phrase « il vaut mieux mourir, plutôt que de devenir comme ça » en parlant d'une personne dont l'état de vie nous choque.

## **2.1<sub>1</sub> DU VIEILLISSEMENT PHYSIOLOGIQUE AU VIEILLISSEMENT PATHOLOGIQUE.**

Même si chaque cas est particulier, il existe une généralité des phénomènes du vieillissement. Les modifications morphologiques, physiologiques altèrent l'esthétique personnelle. Or l'intégrité corporelle est une des conditions de l'appartenance au monde social. D'ailleurs la beauté, la vitalité, l'énergie sont des valeurs "jeunes". Aussi, dans une relation de soins, l'intérêt de l'aspect physique est à rechercher pour éviter que la personne renonce à son " paraître " et donc à " être". C'est un besoin existentiel.

Les maladies génèrent des séquelles physiques et des troubles psychologiques, d'où l'importance de comprendre le vieillissement et ses conséquences. Les personnes âgées dépendantes nécessitent une prise en charge adaptée à leur incapacité à effectuer les actes essentiels de la vie courante. Ces besoins relèvent d'interventions médicales, sociales et de prestations ménagères.

Comme l'affirme le Docteur Françoise Florette « Le vieillissement pathologique ne concerne que 5 % des plus de 60 ans, et 95 % vieillissent et vieilliront en meilleure santé que leurs

à eux »<sup>27</sup>. Pour elle, ce sont les maladies qui sont responsables d'incapacité. La sénescence n'induit qu'un ralentissement des différentes fonctions.

La vieillesse est un processus biologique normal. En phase de maladie aiguë et devant l'installation de la dépendance, la personne âgée ne peut accepter de ne plus faire ce dont elle a envie et besoin. Elle réagit - ou pas - avec ses propres moyens, car elle est souvent seule, face à l'indifférence du monde extérieur. Les stéréotypes supplémentaires sur la vieillesse n'apportent rien de positif dans une démarche d'aide à l'autre. C'est aussi un besoin de respect.

## 2.1<sub>2</sub> DE L'AUTONOMIE A LA DEPENDANCE.

La dépendance est un état qui se traduit par un besoin d'assistance. Elle est définie en ces termes, « Sujet, subordination : état ou situation de quelqu'un d'un groupe, qui n'a pas son autonomie par rapport aux autres, qui n'est pas libre d'agir à sa guise. Etre sous la dépendance de quelqu'un ou de quelque chose, être subordonné à la décision de quelqu'un, être lié administrativement, socialement, moralement, financièrement... »<sup>28</sup>.

La dépendance de la personne âgée engendre des besoins, mais celle-ci ne se limite pas à suppléer les actes essentiels de la vie. « L'individu forme un tout caractérisé par des besoins fondamentaux »<sup>29</sup> On peut cependant regrouper quatre types de dépendance le plus fréquemment rencontrés au cours de notre activité professionnelle.

**La dépendance physique.** Elle appelle à prodiguer des soins de vie ou de maternage. Les soins reposent essentiellement sur l'intervention de personnel infirmier, aide-soignante, aide ménagère ; et varient selon que la personne vit seule ou entourée, selon ses ressources, selon les services et les structures existants dans la localité. Quand les familles sont présentes, il arrive bien souvent qu'elles participent pour aider les personnes âgées. Elle atteint, comme nous l'avons abordé dans le chapitre précédent, les personnes souffrant de séquelles

<sup>27</sup> Documentaire d'AUDRO Jean Bernard « En quête du temps », propos du D<sup>r</sup> Florette Françoise, sur ARTE le 21 avril 1998 à 21h50.

<sup>28</sup> Définition du dictionnaire Larousse.

<sup>29</sup> LENG Marie – Claude, DUQUESNE Françoise, « Bilans d'indépendance », les auteurs font référence au travail de HENDERSON Virginie, Editions Pradet, Paris 1989, page 7.

inhérentes à des pathologies spécifiques ou des handicaps sensoriels (sourd, aveugle). Aides pour la toilette avec dés/habillage, et surveillance des fonctions d'élimination, de respiration, de mobilisation, d'alimentation. Cette forme de dépendance difficilement supportable pour la personne âgée, est pourtant la plus simple à cerner.

**La dépendance psychique.** La personne ne comprend plus nos références de vie. Cela concerne souvent les personnes très âgées dont la sénilité devient telle, qu'elle altère ses propres valeurs, son acquis social et culturel. Elle présente alors des troubles du comportement, notamment liés aux pertes de mémoire, qui doivent être compris et gérés en supplément des aides déjà précitées. Apparaît une notion de prévention afin d'éviter le risque de danger pour la personne elle-même et/ou l'entourage.

L'isolement de ces personnes, même stabilisées, rend souvent impossible le maintien à domicile. Le placement définitif constitue une réponse, mais il déséquilibre davantage.

**La dépendance financière.** Elle concerne les personnes ne pouvant subvenir à leurs charges pour demeurer chez elles. Certains frais sont à régler par l'intéressé. Le département, la commune, les caisses de retraite participent aux financements de certaines prestations. Mais le financement de ces aides ne suffira jamais à payer la totalité d'un maintien à domicile d'une personne qui a besoin d'une présence quasi permanente au quotidien. A ce jour, les coûts les moins élevés, que proposent les associations d'aides à domicile dans notre agglomération, pour obtenir une présence sont les suivants :

- Garde diurne : de 8h à 20h = 679,20 F/jour
- Garde nocturne : de 20h à 8h = 320,00 F/ nuit
- Garde 24h / 24h = 16 420,00 F/ mois

Nous constatons que la personne âgée vivant seule, sans l'aide de sa famille est doublement pénalisée. D'une part, elle souffre de sa solitude, et d'autre part elle est obligée de faire appel à des intervenants extérieurs si ses moyens le lui permettent. En cas de dépendance physique et/ou psychique importante, les difficultés économiques sont une des principales barrières au maintien à domicile.

**La dépendance sociale.** L'expression du manque de contacts se traduit souvent par " je ne vois pas souvent mes enfants, ma sœur...", cela est d'autant plus accentué quand la personne vit seule. Elle ressent la solitude et le besoin de relations surtout familiales.

Nous constatons que la dépendance n'a pas qu'une connotation médicale et qu'elle installe la personne dans une situation difficile à vivre, voire humiliante. Son espace de décision à choisir elle-même les orientations de son avenir s'amenuisent. De ce fait elle perd progressivement son autonomie.

La Charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante, notifie « la personne âgée en perte d'autonomie garde la liberté de choisir son mode de vie. Elle doit pouvoir mener une vie indépendante même au prix de certains risques pour elle... la famille et les intervenants doivent respecter le plus possible le désir de la personne âgée. Ainsi quand la personne peut s'exprimer, la communication entre aidant et aidé devient un facteur d'autonomie, pour aller vers une prise en charge concertée respectant cette approche érigée.

Mais jusqu'où les familles, les professionnels peuvent-ils accepter de prendre de tels risques ? Cette notion de risque, et la gestion de celui-ci sont appréhendés selon des normes stéréotypées dans notre société, et selon la personne qui évalue le risque.

Laisse-t-on une personne âgée, seule la nuit alors que nous savons tous qu'elle risque de tomber de son lit si elle se lève ?

Laisse-t-on une femme âgée seule la journée en sachant qu'elle peut laisser le gaz ouvert ?

Laisse-t-on un vieil homme vivre dans une pièce dont le sol est en terre battue ?

Il semble donc que les réponses apportées à la dépendance, ne soient pas uniquement liées aux besoins des personnes, mais sont tributaires du jugement de celui qui décide. Permettre l'autonomie à la personne, c'est lui laisser la possibilité de s'exprimer. C'est donc un besoin de communication à l'autre qui sous-entend le respect des droits de la personne âgée à être acteur de sa propre vie.

### 2. 1<sub>3</sub> CONSEQUENCES PSYCHO-AFFECTIVES.

Les rapports entre affectivité et comportement restent très sensibles à étudier, car là plus que dans d'autres domaines, la vieillesse présente des disparités, des variables individuelles. Chez la personne âgée, l'émotion est ressentie de façons diverses et se traduit par un certain nombre de manifestations : sentiment d'insécurité, modification du caractère, anxiété excessive, perte du contrôle affectif jusqu'à la dépression . Autant d'expressions possibles de ces troubles qui viennent perturber le quotidien. Une évolution qui se caractérise par une rigidité dans l'adaptation aux changements.

Aussi, une réduction des différents espaces de vie confine la personne dans une ou deux pièces dans sa demeure. Des mécanismes l'installent dans des rythmes de vie fixes. Chaque objet a une place inamovible. La personne refuse, toute nouveauté, ce qui la rend désagréable. Elle dialogue en systématisant les choses, et des attitudes nouvelles apparaissent telles l'avarice, la jalousie... Elle devient égoïste, se replie sur elle-même, les autres ne l'intéressent plus : seul son " moi " l'accroche encore à la vie ; c'est son seul moyen de communication avec le monde extérieur.

Dans ce contexte la personne âgée se désociabilise. L'entourage parle souvent de son aïeul en terme de pénibilité. Les relations humaines s'amenuisent, même celles des personnes âgées entre elles. Il n'est pas rare de constater un refus de tout contact des vieux entre eux. Fréquemment, la personne âgée répudie la promiscuité des autres " vieux ", des autres " fous "... Cette image négative de la vieillesse qui caractérise la perception des personnes âgées entre-elles.

A cela vient s'ajouter le dénigrement des jeunes face à la population âgée qui se cantonnent à des jugements stéréotypés : « des personnes qui radotent, parlent sans cesse de leur existence passée, sont capricieuses , malades, mal habillées, handicapées et par conséquent, inesthétiques »<sup>30</sup>.

---

<sup>30</sup>AMYOT Jean Jacques, « Travailler auprès des personnes âgées », Editions Privat, Toulouse, 1994 page 20. L'auteur fait référence à LAURAN. A, « Deux mondes qui se refusent », Gériologie, Paris, n° 16 octobre 1974, page 25.

Marginalisée progressivement de la société, la personne âgée se trouve en outre devant un problème angoissant : la mort. La crainte de celle-ci varie aussi en fonction des individus : de leur éducation, de leur croyance religieuse, de leur niveau culturel et intellectuel.

Déjà en 1964, Kastenbaum a montré que « le fait de s'intéresser à la personne malade sur le plan de sa vie intime, modifie son attitude et en fait en quelque sorte une personne absolument différente de celle que l'on avait l'habitude de connaître »<sup>31</sup>. Cette démarche destinée à venir en aide à la personne âgée sur le plan affectif oblige l'entourage à comprendre les processus de vieillissement.

---

<sup>31</sup> CHAPUY Paul, « Initiation à la gérontologie », Villeurbanne, 1971, page 40. L'auteur fait référence à KASTRNBAUM. R « Multiple personnalités de la vie et interprétation comportementale », Gérontologie, 1964 page 16 à 19.

## **2.2 PARTICULARITES DU MAINTIEN A DOMICILE.**

Les aides apportées aux personnes âgées, c'est à dire l'offre de services se révèle polymorphe. Si le principe commun de tous ces services tend à favoriser le maintien à domicile; les modalités de fonctionnement multiformes de l'ensemble du dispositif n'en simplifient pas leur mise en œuvre. A cela, s'ajoute la complexité des demandes de la part des usagers.

### **2.2<sub>1</sub> LA DIVERSITE DES PRISES EN CHARGE.**

L'apparition de la dépendance et la méconnaissance du dispositif gérontologique induisent des demandes variées, qui ne correspondent pas toujours aux besoins.

Dans un premier temps la personne âgée cherche à résoudre ses incapacités seules. C'est le " système D ", un tabouret dans la salle de bain par peur d'une chute éventuelle, un seau hygiénique au pied du lit pour éviter de se rendre aux toilettes en pleine nuit... Elle se débrouille, elle s'adapte tant bien que mal, mais rare sont celles qui mettent en place des solutions préventives face à la dépendance physique et psychique. Quand l'une et/ou l'autre surviennent, la famille et les professionnels doivent prendre des décisions souvent dans l'urgence qui ne correspondent pas toujours au souhait de vie de la personne.

La famille joue un rôle primordial au regard des liens sociaux, familiaux, même s'ils ne se traduisent pas toujours par une aide, un échange. La personne âgée privilégie sa relation avec les siens, bien qu'elle tienne souvent des discours contraires.

Au regard des services, la personne âgée adopte des attitudes soit de refus ou de sollicitation vive, La personne ne réalise pas toujours l'ampleur de ses incapacités fonctionnelles ou mentales. Elle est persuadée de pouvoir effectuer son marché seule, sa toilette, son habillage... Dans le contexte de dépendance lourde le placement en institution apparaît la meilleure solution pour la famille. Celle-ci en justifie la demande en évoquant des raisons de sécurité, et occulte leur refus ou leur impossibilité à aider leur parent. Aussi informer, renseigner les familles correctement peut aboutir à dédramatiser la situation.

A l'opposé, nous rencontrons certaines familles qui couvent, maternent leurs parents, et bien que demandeur d'aides ne supportent pas l'intervention d'un service. On y trouve souvent matière à conflit dont la gestion demande beaucoup de temps et de patience.

Il n'existe pas de besoin type face à la demande de prise en charge du vieillissement. Chaque individu est unique, (chaque situation se révèle particulière). La famille ne comprend pas toujours ou n'accepte pas les incapacités vécues par la personne âgée. Certaines situations nous dépassent de par leur complexité psychologique, où l'histoire de chacun ressort. Nous rencontrons des contextes familiaux où l'équilibre des couples est remis en cause par la cohabitation difficile avec le parent.

De plus la désorientation, la démence sénile place la famille dans le désarroi. Comme nous le verrons plus loin, le contexte familial est un support indispensable au maintien à domicile, il en limite souvent la faisabilité et la durée.

Afin de mieux répondre aux particularités de chaque prise en charge, nos actions entreprises doivent présenter une mise en œuvre cohérente, et coordonnée.

## **2. 2 INTERVENANTS HETEROGENES.**

Les modalités d'interventions des aides à domicile varient en fonction de la qualification des personnels, des particularités administratives de financement des aides, du statut privé ou public des prestataires de services...

Comme nous l'avons souligné les besoins de chaque usager varient en fonction de sa situation socio-économique et familiale. Cela doit déboucher sur la mise en œuvre coordonnée de services différents, et donc de professionnels, capables d'accepter et de comprendre au préalable la diversité des prises en charge et aussi la participation de la famille, de l'entourage et d'autres services dont les actions s'avèrent tout aussi utiles les unes que les autres.

Les acteurs concourants au maintien à domicile, doivent être polyvalents eu égard à la nécessité d'agir vite et convenablement. Une aide-soignante doit-elle attendre le passage de l'infirmière pour secourir une personne âgée qui fait un malaise... . Nous constatons que les

fonctions de chacun se rejoignent, mais certaines actions communes génèrent un climat conflictuel, corporatif, où chacun à l'impression de devoir défendre soit l'aspect unique de son intervention, ou au contraire revendiquer qu'une tâche doit être exécutée par un professionnel plutôt qu'un autre. Sans vouloir schématiser, nous relevons aussi au sein de l'équipe soignante de notre service de soins des oppositions, des attitudes de compétition, de rivalité.

Aucun des services ne possède le rôle, ni le statut de coordinateur gérontologique, dans ce réseau in/formel. Nous soulignons que les textes réglementaires attribuent aux SSIDPA une fonction de coordination, mais la limitent aux besoins médicaux et paramédicaux. Rappelons que notre unique intervention ne suffit pas à répondre aux multiples besoins des personnes âgées.

Les structures de maintien à domicile présentent un modèle hétérogène, de part leur financement et leur mode d'interventions. « La juxtaposition sur un même territoire, d'associations, d'hospitalisation, maison de retraite, SSIDPA, aides-ménagères... travaillent tous pour des personnes âgées, ne constituent pas un tout », « chacun développe sa propre stratégie et poursuit parallèlement des objectifs qui lui sont propres »<sup>32</sup>. Dans ce contexte, seul le discours est partagé. Par exemple les soins peuvent être prodigués par des centres de soins médicaux, des infirmiers libéraux, l'hospitalisation à domicile, des SSIDPA... .

La motivation, les objectifs des uns diffèrent selon les intérêts catégoriels. A ce niveau de réflexion nous entrons dans le domaine de la conscience, de l'éthique professionnelle de chacun. Au regard de ces attitudes différentes, la personne âgée s'adapte et sait très vite à quels intervenants, elle peut demander certains « petits services ».

La différenciation entre les aides ménagères, les aides à domicile, les auxiliaires de vie, les gardes malades, les aides à vivre n'existent qu'en fonction des modalités administratives de financement. Elles travaillent, en général, sous le couvert d'une association porteuse d'un projet. Selon les unes, la création et le développement d'aide à domicile deviennent une

---

<sup>32</sup>LEGRAND Monique et SCHLERET Yvon, « La coordination des procédures, un processus » dans « Vieillir en ville » de BOURDIN Alain et REMY Jean, Editions l'Harmattan, Paris, 1992, page 71.

possibilité de générer des emplois, et pour d'autres, l'aide à la population âgée motive la création d'entreprises.

Il est difficile d'assumer la prise en charge à domicile car les intervenants doivent en permanence justifier leur légitimité, d'une part au regard des autres intervenants et, d'autre part, face aux différents aspects de la demande des populations âgées. La clarification des objectifs, des interventions de chacun doit être le moyen de freiner, d'éviter les problèmes favorisant l'usure du personnel et l'échec de certains maintiens à domicile.

Pour intervenir au domicile, le besoin de contact, de coordination entre les différents services n'apparaît pas comme une obligation. Aussi l'ensemble des intervenants ne considère pas travailler au sein d'une équipe. Il est dommage que la vision globale de la prise en charge de la personne âgée s'arrête à notre seule intervention. L'absence de communication, de dialogue, d'échange provoquent des pratiques professionnelles isolées sans concertation. Cela peut amener un manque d'efficacité.

Ne serait-il pas plus judicieux d'organiser la diffusion des informations concernant les services et leur fonctionnement ? D'ouvrir des champs opérationnels de concertation en créant un lieu d'information et de rencontres multipartenariales où chacun peut avoir sa place ? Améliorer la communication en matérialisant l'information, rendrait plus viable les rapports professionnels et sans doute plus efficace l'organisation globale de la prise en charge des personnes âgées.

### 2. 2<sub>3</sub> COUT DU MAINTIEN A DOMICILE.

La politique de la vieillesse s'est développée sans que l'on tienne compte des coûts. A ce jour la maîtrise des dépenses sociales et médicales préoccupe les pouvoirs publics. En 1990, à la demande de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie ( CNAM ), quelques sociologues et économistes élaboraient un travail de recherche concernant les caractéristiques de la dépendance et des coûts qu'elle induit<sup>33</sup>.

Ils n'ont pu vérifier le poids financier du maintien à domicile avec l'étude de toutes les variables nécessaires, car l'importance de la participation de la famille et de l'entourage, c'est à dire, les substituts des professionnels, ne pouvait se chiffrer, et trop d'aides au domicile étaient et, sont encore à ce jour soumises à conditions de ressources ; alors qu'en établissement d'hébergement pour personnes âgées la tâche fut moins compliquée.

Aussi en comparant les coûts générés par la dépendance selon les modes d'hébergements des personnes âgées a permis de cerner quelques particularités. Le ciblage d'une population homogène fut le postulat indispensable pour comparer les coûts : dépendance identique et isolement en furent les critères de sélection.

Selon Michel Froissard, la consommation médicale mensuelle,<sup>34</sup> du maintien à domicile revenait à 42 242 frs, pour les maisons de retraites sans section de cure médicale à 21 620 F, avec cure médicale 13 105 F et pour les longs séjours à 9 564 F. Notons que cette hiérarchie de 1990 s'expliquait par l'importance de la médecine de ville, et que les dépenses d'hospitalisation s'ajoutaient à ces montants. Ces dernières se situaient entre 8 000 F et 11 000 F, sauf pour les grands dépendants, du domicile qui dépassaient ces sommes.

Dans notre quotidien nous rencontrons souvent des familles qui confondent hôpital et maison de retraite pensant placer définitivement leur aï eul gratuitement à l'hôpital. Cette confusion génère une panique, et bien sur, un mécontentement.

---

<sup>33</sup> BOURGET Denis, TARTARIN Robert, FROSSARD Michel, TRIPIER Pierre, « Le prix de la dépendance » CNAM, La documentation française, Paris, 1990.

<sup>34</sup>Frossard Michel, « Dépenses de santé » dans l'ouvrage précité « Le prix de la dépendance » page 246.

Il n'est pas rare non plus que les professionnels libéraux du domicile revendiquent leur légitimité en s'appuyant sur le fait " qu'ils coûtent moins cher que l'hôpital ". Rappelons que celui-ci soigne les citoyens dont les personnes âgées en phase aiguë de pathologies. Il faut donc comparer des éléments potentiellement comparables. Aussi selon les locuteurs, le maintien à domicile coûte cher à la protection sociale ou au contraire permet d'économiser sur les dépenses publiques. Le manque d'information de notre système de protection sociale s'en ressent donc.

Mais les dépenses de santé ne constituent pas le seul coût du maintien à domicile. Bien que celles-ci aient augmenté depuis 1990, car l'espérance de vie a induit une augmentation de personnes âgées et donc de la dépendance qui génère à son tour des dépenses supplémentaires. Depuis cette date, seule la mise en place de l'allocation dépendance, prestation nouvelle de la protection sociale, a changé et complété le dispositif du maintien à domicile. Ces coûts répertoriés sont soumis aux conditions de ressources de l'utilisateur, d'où la difficulté d'en chiffrer le montant par secteur d'hébergement, car une personne, par exemple, bénéficiant du FNS peut être domiciliée en résidence pour personne âgée, en maison de retraite, ou à son domicile personnel. A ce jour, il n'y a pas d'enquête sur le coût du maintien à domicile en prenant les ressources comme critère d'évaluation. Cela introduirait une autre problématique : celle du coût payé par la personne âgée que nous étudierons dans le chapitre concernant les limites du maintien à domicile.

Le coût du maintien à domicile présente des disparités selon, les politiques territoriales en faveur des personnes âgées, l'espérance de vie de la population, les conditions de vie familiale ou isolée, et les ressources propres de la personne âgée. Cet ensemble énuméré - non exhaustif - accentue les difficultés dans les prises en charge, et ne permet donc pas d'établir un coût reflétant la réalité du domicile. Seule la consommation médicale des personnes âgées dépendantes, selon leur mode d'hébergement a pu être chiffrée, et il s'avère que le maintien à domicile coûtait davantage que les autres structures gérontologiques.

Se pose alors la question suivante : Les pouvoirs publics ont-ils pris comme référent cette seule donnée pour planifier les actions gérontologiques ? Dans notre région, et nous l'avons montré dans la première partie, il y a une préférence à institutionnaliser la population âgée dépendante, même si tous les textes témoignent d'une volonté des personnes vieillissantes, à vouloir vivre à leur domicile personnel. N'y a-t-il pas une logique économique plutôt que

sociale dans ce choix ? Et pourquoi pas, aussi, la défense pernicieuse de certaines catégories professionnelles comme celle des médecins, car « les statistiques exprimant la consommation médicale par région sont corrélées avec celles qui expriment la densité de l'offre »<sup>35</sup>. La première demande de consultation médicale émane de l'utilisateur, mais il est prouvé dans le livre précité que l'offreur porte la responsabilité de l'accroissement des dépenses de santé en multipliant le besoin.

---

<sup>35</sup> FROSSARD Michel, « La consommation médicale : Rôle de l'offre et de la demande », Grenoble, 1992, page 8. L'auteur fait référence à MOUGEOT. J, « Le système de santé », Economie, 1980, page 40-41.

### **2.3 REPERAGE DES DYSFONCTIONNEMENTS.**

Depuis le rapport de Pierre Laroque en 1962, l’empreinte de l’Etat marque la politique de la vieillesse. Mais avec la décentralisation, cette pratique est influencée et modulée par les origines politiques des élus locaux. Cela n’aboutit pas toujours aux orientations et objectifs recherchés. Associée au cadre de fonctionnement des différents professionnels et la particularité individuelle des prises en charge fait du maintien à domicile un système, très confus.

#### **2.3<sub>1</sub> DYSFONCTIONNEMENT INSTITUTIONNEL.**

L’élu local se trouve en position de force depuis la décentralisation qui lui a délégué de nombreuses compétences. Les élus départementaux ou communaux, décident de la politique gérontologique de leur territoire. De plus ils accordent ou non les crédits et subventions, et détiennent ainsi le pouvoir financier.

Conseillers municipaux, généraux sont parfois tentés d’agir dans leur intérêt clientéliste, électif, et ne ciblent pas forcément l’intérêt général. Si ces différents élus appartiennent à des formations politiques concurrentes, les dysfonctionnements sont plus nets, créant un clivage entre le conseil général et la mairie.

Les personnels sociaux des départements et des communes deviennent des exécutants du pouvoir politique local. Ce que confirme Martine Tanguy Mauffret « La seule indépendance qui reste aux employés territoriaux se situe au niveau de pratiques individuelles : projet de service ciblés sur les besoins de la personne âgée. Les logiques politiques ne permettent pas une dynamique d’action complémentaire »<sup>36</sup>. Au sein d’un même organisme la rétention d’informations, les embauches prioritaires donc imposées à une équipe en place, mise à l’écart de certains professionnels, ne sont pas des facteurs de motivation dans le travail, et induisent

---

<sup>36</sup>TANGUY-MAUFFRET Martine, « La coordination gérontologique », Chronique sociale, Lyon, 1994 , page 50.

un désintérêt notamment au niveau de l'action globale. Aussi la coordination multipartenariale gérontologique ne semble pas préoccuper des différents organismes.

La mission d'animation et de coordination dévolue au CCAS par la loi du 06 janvier 1986, relative à la décentralisation, lui offre la possibilité de créer ses propres actions. Or, les fonctionnaires territoriaux de CCAS, sont vécus par toute la population comme « la propriété du Maire ». Si l'image semble excessive, elle n'en demeure pas moins une réalité sur le terrain. Il arrive souvent que les personnes âgées pensent que le Maire finance notre service de soins parce qu'il se préoccupe des personnes âgées. De toutes les présidences assurées par le Maire, c'est celle du CCAS qui se confond le plus avec la mairie. Cette confusion, chez l'électorat âgé s'accroît d'autant plus qu'elle est entretenue, et elle s'observe aussi chez les professionnels.

L'essor de la santé est facteur de développement de techniques sophistiquées en secteurs hospitaliers publics ou privés. La technologie hospitalière, provoque un dénigrement du médecin de ville. Pourtant celui-ci joue un rôle important dans le maintien à domicile, car beaucoup d'aides ne peuvent s'obtenir sans une prescription médicale. Le généraliste connaît peu les principes et les modalités de fonctionnement des autres professionnels médico-sociaux. En cas de difficultés sociales, il arrive que le médecin traitant hospitalise la personne âgée, sans consultation au préalable des autres acteurs du maintien à domicile. C'est l'hospitalisation dite "sociale". A cette schématisation s'ajoutent les rivalités où chacun s'accuse d'incompétence. Accuser ne nous semble pas le meilleur moyen pour répondre aux besoins des personnes âgées, qui rappellent le, sont facilement influençables.

Si la coordination inspire les auteurs d'ouvrage, la problématique entre le social et le médical apparaît aussi un thème récurrent dans nos littératures professionnelles. Les assistantes sociales représentent le secteur social, elles appartiennent à des institutions variées. Les médecins et les infirmières, constituent le secteur médical du domicile.

Or la tendance des assistantes sociales cible d'avantage les hospitalisations et « admettent difficilement que les gens âgés vivent dans des conditions d'inconfort et œuvrent pour leur placement en établissement »<sup>37</sup>. Le corps médical privilégie la maintenance de sa clientèle,

---

<sup>37</sup> TANGUY-MAUFFRET Martine, déjà cité, page 84. .

donc son pouvoir d'achat. Les possibilités de choix de la personne âgée, s'amenuisent, car souvent elle ne peut que se soumettre à l'avis, et aussi à la décision des professionnels.

L'obtention des aides est soumise à des lenteurs administratives, essentiellement lors de la constitution de dossiers que les usagers doivent supporter, notamment l'attribution d'heures d'aide ménagère, soumise à l'accord des caisses de retraite. Des disparités existent selon la caisse de retraite d'appartenance de la personne. Chaque caisse fonctionne avec son propre système de prestations, et celui-ci n'est pas territorialement uniforme. Sur Toulouse une seule association est agréée pour l'attribution de l'aide ménagère - avec participation des caisses de retraite -, ce qui ne laisse pas le libre choix aux personnes âgées, notamment pour celles à faibles ressources, qui ne peuvent recourir aux autres associations mandataires.

Au final, c'est la personne qui pâtit de ces approches antagonistes. Un peu de bon sens ne serait pas nuisible. Nous en revenons aux critères fluctuants de l'évaluation de l'autonomie, soumis au positionnement de celui qui juge. Nous avons étudié cette particularité au chapitre 2 1<sub>2</sub>, page 27. Aussi connaître les réalités locales dans lequel on exerce sa profession, n'induit pas forcément un blocage dans les relations, mais nécessite un savoir faire acquis soit par l'expérience ou la formation. « Comprendre les divergences locales est un préalable pour se situer dans le jeu des acteurs, afin de se positionner et d'agir sereinement »<sup>38</sup>.

---

<sup>38</sup> GONTCHAROFF G, « Action sociale et territoire : Les politiques et les enjeux », intervention à la faculté de Sciences Sociales, Toulouse, dans le cadre de la formation préparant le CAFDES, le 25 septembre 1998 .

### 2.3<sub>2</sub> LIMITE DU MAINTIEN A DOMICILE .

Le succès d'un maintien à domicile dépend de la situation socio-économique de la personne âgée et de la qualité des interventions de l'entourage et des professionnels.

**L'usure :** Lorsque dans un couple survient la dépendance, l'entraide peut se traduire par une prise en charge totale par celui qui demeure valide. Certains couples repoussent au maximum "l'intrusion" d'aides extérieures. Bien souvent ils formulent une demande d'aide quand l'épuisement physique et/ou moral sont installés. A l'inverse, l'apparition d'handicaps motive le conjoint bien portant à se décharger du compagnon, qu'il ne peut ou ne veut plus supporter. La même lassitude s'opère pour les enfants.

L'usure de l'entourage apparaît très vite aussi dans des familles qui réclament d'abord des "droits" sans savoir s'ils ont des " besoins ". Pour elles, l'obtention d'aides détermine la faisabilité du maintien à domicile, auquel ils consentent si et seulement s'ils obtiennent des aides.

Il faut informer, expliquer le principe et les modalités du maintien à domicile. Dans les rapports humains, il s'agit surtout, de ne pas perdre notre objectif initial : respecter l'avis de la personne âgée. Il arrive malheureusement que des placements définitifs s'opèrent à l'insu de la personne, et des professionnels. Ces situations provoquent généralement une grande déception au sein du service. Nous ressentons à ces instants précis un sentiment d'inutilité. Aussi, valoriser les actions mêmes minimales des intervenants, apparaît comme un moyen positif pour éviter la démotivation et l'usure chronique du personnel.

**Les ressources :** Le maintien à domicile coûte cher, d'une part pour la société au regard des dépenses médicales, et d'autre part pour l'usager. En schématisant, nous comprendrons aisément que les revenus réels de la personne âgée déterminent principalement la faisabilité de la continuité du soutien à domicile.

En cas de dépendance légère ou moyenne, une personne seule à faibles ressources peut continuer de vivre chez elle si ses besoins en présence humaine ne se révèlent pas permanents. Elle bénéficiera de quelques heures d'aide ménagère par semaine et, selon son handicap, de

soins à domicile. L'installation du service de téléassistance pourra être une aide importante pour la sécuriser.

L'aggravation de la dépendance rend les besoins plus coûteux. La personne isolée à faibles ressources ne peut les financer, même avec une allocation dépendance. Mensuellement, le coût d'une présence s'élève à 17 000 F, le FNS plafonne à 3 470,91 F et l'allocation dépendance ne dépasse pas 4 500 F. Manquent 10 000 F, auxquels les frais du quotidien (repas, chauffage, loyer...) sont à ajouter, ce qui limite l'accessibilité à une mesure de maintien à domicile.

A l'opposé, à revenu égal, la personne âgée vivant entourée par sa famille parvient à rester dans son cadre de vie. Pour les personnes à revenus importants, l'aspect financier n'est pas un facteur déterminant pour recourir aux aides.

Ainsi les personnes dépendantes et isolées à revenus minimums sont doublement pénalisées. Elles doivent quitter leur domicile, et leurs moyens ne les conduisent pas à assumer un financement de maison de retraite dans la ville, « Le prix des institutions de retraite urbaines renvoie à la périphérie des vieux toulousains qui ne disposent pas de revenus suffisants »<sup>39</sup>.

L'insuffisance des budgets alloués aux SSIDPA ne nous permet pas, une intervention permanente. Aussi en cas de besoins nocturnes en soins infirmiers, nous sommes contraints de " passer " la personne âgée en secteur libéral, ou d'organiser une hospitalisation si nous ne trouvons d'infirmiers à domicile qui acceptent de travailler la nuit. La nouvelle réglementation impose aux infirmiers libéraux un seuil de quota annuel d'activité à ne pas dépasser. Chaque année une dizaine de personnes âgées subissent les conséquences de notre propre insuffisance financière.

Nous repérons plus aisément que l'information, la communication entre les acteurs, doivent fonctionner pour repousser les limites du maintien à domicile afin de palier les carences locales sur Toulouse. Les auteurs précités considèrent qu'à cet égard « On touche à un manquement élémentaire à la solidarité locale ».

---

<sup>39</sup>CLEMENT Serge et DRULHE Marcel, de l'université : Toulouse Mirail, « L'offre rationalisée à une demande polymorphe », dans ouvrage déjà cité « vieillir en ville », page 131.

**Le manque de communication.** La lenteur administrative lors de l’instruction des dossiers de demandes d’aides entrave la mise en place de l’ensemble du dispositif du maintien à domicile dans notre ville. Nous citerons l’exemple que nous avons vécu pour illustrer ces situations extrêmes : Un monsieur de 85 ans n’a pas obtenu la présence d’une aide ménagère à son retour d’hospitalisation. En attendant d’obtenir cette aide, nous avons palié l’urgence en répondant au besoin fondamental d’alimentation. Les aides-soignantes assumaient les repas en plus de leur travail. La responsable de secteur de l’association des aides ménagères n’avait pas reçu notre demande que les infirmières coordinatrices avaient formulées à plusieurs reprises. Un soir, l’aide-soignante a retrouvé ce monsieur par terre : il voulait laver son linge, et avait glissé de son fauteuil roulant. Une réhospitalisation fut nécessaire.

L’efficacité du maintien à domicile se situe aussi en fonction des modalités individuelles de communication, entre professionnels. Les priorités des uns ne ressemblent pas à celles des autres. Cela complique la mise en œuvre d’une organisation cohérente, et malheureusement pose dans certains cas le seuil du maintien à domicile.

## **2 3<sub>3</sub> ABSENCE D’UN LIEU UNIQUE D’INFORMATION.**

Une première observation s’impose, elle est matérielle : l’absence d’un lieu autre que celui du domicile de la personne âgée pour dialoguer, entretient le manque d’échange. D’où la difficulté de faire une synthèse globale des prises en charge, et d’élaborer des objectifs concertés.

Nous savons que la population âgée voit son adaptabilité se réduire au fil du temps. Aussi vouloir la modeler selon nos interventions devient une utopie et bien souvent source de conflits. Certains problèmes ne peuvent pas s’expliquer, se régler devant la personne âgée. L’existence d’un lieu spécifique de réunion permettrait aux différents intervenants de mieux se concerter sur les conduites à tenir. Mais cette éventualité soulève l’interrogation du financement de ces heures de réunion, d’échanges. S’il est pris sur le temps de travail, le coût sera –il supporté par les employeurs ? Ensuite, comment rémunérer les infirmiers libéraux alors qu’ils perçoivent des honoraires correspondants à des actes paramédicaux ?

De nombreuses personnes dépendantes ne peuvent plus assurer la gestion administrative au quotidien (facture diverses, égarement de documents...) parce qu'une hospitalisation ou une dégradation perturbe la vie. Que faire lorsque cette désorganisation s'installe de façon chronique sans pour cela nécessiter une mesure de curatelle ? Ces besoins de gestion courante demandent un soutien, un accueil qui relève normalement de la compétence d'une assistante sociale. Or, ces dernières accordent bien souvent leur temps à d'autres types d'accompagnement.

Le nombre de documents à fournir, pour l'obtention des différentes aides, s'avère parfois compliqué pour la personne et/ou sa famille, qui doit courir dans toute la ville. Si un lieu unique d'information, existait, avec la possibilité de recueillir l'ensemble des formulaires et renseignements nécessaires, cela favoriserait la rapidité des démarches administratives, et éviterait à la personne âgée ou sa famille de parcourir toute la ville.

Notons, en outre, que sur la région, il n'existe pas de numéro vert auquel pourrait s'adresser la personne âgée en cas de maltraitance.

## 2.4 APPROCHE THEORIQUE DE LA COORDINATION.

La circulaire du 7 avril 1982<sup>40</sup>, marque l'action de l'Etat en matière de politique gérontologique, en instaurant un dispositif de coordination. Or, à cette époque la mobilisation des acteurs s'orientait en priorité dans la mise en œuvre de la décentralisation, et n'en a pas privilégié la faisabilité à terme. Les élus locaux parlent souvent d'objectifs communs pour traduire l'action gérontologique, alors que les professionnels signalent un manque de coordination. Les services existent, chacun avec sa logique indépendante d'intervention auprès des personnes âgées. Les liens ne sont pas structurés, il y a juxtaposition des services sans cohérence, sans liaison entre eux.

A ce niveau de réflexion, il nous paraît important de définir sur quelle stratégie de coordination nous allons travailler afin d'éviter des erreurs de langage.

### 2.4.1 ESSAI DE DEFINITION DE LA COORDINATION

La coordination ne se décrète pas, elle ne s'impose pas non plus. Par expérience elle nous apparaît comme un moyen de répondre correctement aux besoins des usagers. Elle entre dans la conception même du travail.

Il existe plusieurs formes de coordination, sociale, médico-sociale et sanitaire, et plusieurs logiques. Je vais définir sur quelle stratégie de coordination s'oriente ce travail. Deux dimensions semblent importantes à différencier.

La première cible l'articulation entre Etat - Région - Département – Commune, de telle façon que l'utilisateur bénéficie des actions mises en œuvre, par l'ensemble du dispositif, dans des conditions optimales : c'est la coordination globale. « La coordination globale consiste à harmoniser dans un projet humaniste, les politiques des différents services susceptibles d'intervenir dans l'action gérontologique. Elle s'inscrit dans un processus de transformation des organisations administratives et des services par leur participation avec les usagers à la définition des projets de la politique sociale »<sup>41</sup>. Il ressort de cette définition la nécessité de

---

<sup>40</sup> Circulaire n° 82-13 du 7 avril 1982, relative à la politique sociale et médico-sociale pour les retraités et les personnes âgées.

<sup>41</sup>TANGUY-MAUFFRET Martine, ouvrage déjà cité, page 167.

nommer un chef de projet dans un territoire limité, capable de négocier, doué d'un " savoir faire diplomatique ". Pour cela, les domaines de compétence de ce " coordinateur " devront relever du secteur social et gérontologique. Il devra également avoir des connaissances en économie, psychologie, sociologie..., de façon à savoir faire les synthèses nécessaires.

La deuxième préconisation, suggère d'augmenter le service rendu aux usagers : c'est la coordination de proximité. « La coordination de proximité, autour d'une personne âgée, dans le service immédiat de cette dernière. Il s'agit de coordonner l'action des professionnels médico- sociaux autour d'une personne déterminée »<sup>42</sup>.

A partir de notre niveau d'intervention et du contexte politique, notre service se propose de développer la coordination de proximité, pour améliorer la prise en charge des personnes âgées à domicile. Ainsi la faisabilité de ce travail écarte la coordination globale, bien que celle - ci comporte des espaces communs avec la coordination de proximité.

Etymologiquement le verbe " coordonner " se compose du préfixe "co" qui signifie "avec" et du radical, "ordonner" dont le sens est double : " ranger en ordre " et/ou " commander, prescrire ". De cette explication part la difficulté de la mise en œuvre d'actions de coordination qui se construisent en partenariat. Cela suppose un dialogue et la reconnaissance de tous les intervenants.

## **2. 4<sub>2</sub> QUELQUES EXEMPLES DE DEMARCHES DE COORDINATION.**

Nous ne pouvons pas illustrer la coordination sans citer le travail de recherche de Martine Tanguy Mauffret, coordinatrice de l'action gérontologique au centre hospitalier de Grasse. Son ouvrage lui a valu le Prix national de gérontologie, en 1992. Elle dresse une analyse, certes, très critique de notre démocratie, des objectifs des acteurs et de leurs intérêts. Mais elle ouvre des champs d'actions possibles en proposant des outils et des stratégies pour développer la coordination. Ce livre démêle les rouages de notre organisation et permet de mieux la comprendre.

---

<sup>42</sup>Référence identique que celle du n° 41.

De nombreuses expériences de coordination se sont structurées en France, celle de la « Passerelle » à l'Orient en Charente, nous intéresse plus particulièrement. Elle s'articule autour d'un lieu unique d'information. Le conseil d'administration de cette association se compose de partenaires de professionnels, d'usagers, et de financeurs. A ce jour, en plus du travail d'information de coordination, elle assure le repérage des dysfonctionnements des services, des lourdeurs administratives.

Pour l'année 1997, 4 362 interventions auprès de 1 280 nouveaux usagers dont 324 visites à domicile traduisent l'activité de la " Passerelle "<sup>43</sup>. La lecture de ces chiffres prouve l'utilité de la création d'un lieu unique d'information. Si l'on ramène ces résultats à la population totale de Toulouse, en effectuant une simple règle de trois, on obtient une estimation de 23 894 interventions possibles<sup>44</sup>.

#### **2. 4<sub>3</sub> INTRODUCTION D'UNE DEMARCHE DE COORDINATION.**

Comme nous l'avons abordé, la personne âgée et/ou sa famille sont perdues dans un dédale d'organisations différentes. Cela engendre une fragilité, un désœuvrement face aux problèmes de la vieillesse, d'autant plus grave et parfois dramatique quand viennent s'agréger la dépendance et l'insuffisance de ressources.

En qualité de directrice d'un SSIDPA , il m'apparaît primordial de mettre en œuvre des actions pour assurer une qualité de service rendu auprès des usagers. Pour cela deux axes distincts orientent ma démarche de coordination L'un ciblé pour l'ensemble de la population toulousaine et l'autre pour les bénéficiaires du service que je dirige.

Pour le premier, la création d'un lieu unique d'information neutre, devrait offrir un service adapté à la population. Ce projet est né de la rencontre des SSIDPA intervenant sur la ville de Toulouse. De notre quotidien ressortait le même constat ; absence concrète d'information rationnelle compréhensible par la personne âgée et aussi par les professionnels. Nous nous sommes regroupés pour former un comité de pilotage afin d'élaborer ce projet, en accord avec chacun de nos conseils d'administration.

---

<sup>43</sup> Activité communiquée par la " Passerelle" courant 1998.

<sup>44</sup> Lorient ( 64 675 habitants ), Toulouse ( 354 289 habitants sans la banlieue ).

Notre service de soins s'est associé avec les cinq autres SSIDPA de la ville de Toulouse, dans une démarche consensuelle pour développer l'information et la coordination locale dans l'intention d'améliorer la qualité des prises en charge individuelles, « C'est donc à partir des services de soins à domicile conçus comme pivot que doivent s'organiser des services de maintien à domicile polyvalents »<sup>45</sup>.

Le second axe s'oriente vers une prise en charge individuelle de la personne âgée. Pour cela, la responsabilité des partenaires internes au service, ainsi que celles des intervenants extérieurs doivent être développées.

Toute action ne peut aboutir si elle n'est pas comprise, aussi coordonner c'est d'abord expliquer, donc informer, former. Il faut donc communiquer. C'est aussi évaluer pour agir, et remettre en cause les objectifs recherchés et les moyens que l'on se donne pour les réaliser. L'action de coordonner devient une démarche dynamique.

---

<sup>45</sup> Rapport de la commission présidée par SCHOPFLIN Pierre : Commissariat général du plan, « Renforcer l'efficacité du maintien à domicile : dépendance et solidarité », page 133.

## CONCLUSION DEUXIEME PARTIE

Ce chapitre a permis de visualiser un certain nombre de difficultés, que chacun rencontre au cours des prises en charge. En milieu urbain, les services existent, mais le manque d'informations, de communication, de compréhension, de motivation... en un mot l'absence de coordination provoque l'incohérence des aides et de leur mise en œuvre. La personne âgée ressent alors un climat d'incertitude, d'insécurité, et parfois ces dysfonctionnements en limite la faisabilité et la durabilité du maintien à domicile.

Depuis trente ans la coordination ressort quand on parle des problèmes de la vieillesse. Elle induit des réticences car elle ne relève pas de l'indispensable. Elle demeure une idée, une notion vague pour les élus qui voient en elle l'apparition de dépenses plus que la possibilité de soutenir une action gérontologique. La concurrence liée à des notions de pouvoir et d'enjeux financiers freine bien souvent les élans des acteurs sur le terrain.

Au regard de l'existant je n'envisage pas la coordination comme une procédure, mais plutôt comme un moyen pour répondre favorablement au désir des personnes âgées. Je la conçois à un niveau plus informel et relationnel, pour éviter certains désordres rencontrés au cas par cas. Cela demande de s'inscrire dans une démarche multipartenariale avec l'usager, sa famille, et les professionnels.

La coordination implique donc que je conçoive simultanément des stratégies de management participatif du personnel, et de développement du partenariat pour affiner les réponses apportées aux personnes âgées.

A ce stade de réflexion, il apparaît que la déontologie et l'éthique professionnelle se conjuguent avec ma notion de coordination.

## **TROISIEME PARTIE : UNE DEMARCHE ACTIVE DE DIRECTION POUR FAVORISER LA COORDINATION DE PROXIMITE.**

Elaborer une stratégie de coordination de proximité devient une nécessité pour répondre de façon cohérente aux besoins et désirs de la population âgée. Cela relève d'interventions bien identifiées afin de développer une synergie dans les réponses. « La volonté de coordination reste cependant l'avancée la plus positive que nous soyons capable de mettre en œuvre dans les prochaines années et cela, peut-être, grâce à la crise qui impose toujours plus d'efficience »<sup>46</sup>.

Aussi dans cette dernière partie, après avoir définis les objectifs de la démarche j'essaierai d'en démontrer leur faisabilité, « Diriger un établissement, un service, ou une entreprise, c'est en effet élaborer avec d'autres des projets, fixer des objectifs, se doter des moyens de les atteindre »<sup>47</sup>.

### **3.1 OBJECTIFS DE LA DEMARCHE DE COORDINATION.**

Nous savons que les personnes âgées désirent vivre et mourir chez elles. L'habitat est un lieu sécurisant où tout est souvenir, habitude... Ce choix légitime oriente notre travail, qui est une réponse à lui seul.

L'amélioration des actions gérontologiques réclame au préalable une diffusion d'informations, de renseignements, clairs et accessibles à tous. Or, les capacités intellectuelles diffèrent d'un individu à un autre. C'est pourquoi la création d'un lieu unique d'information permettrait une écoute personnalisée et un accueil adapté afin de cerner les besoins connus ou ignorés de la personne.

---

<sup>46</sup> AMYOT Jean Jacques, « Travailler auprès des personnes âgées », Editions Privat, Toulouse, 1994, page 28.

<sup>47</sup> MIRAMON. J-M, COUET. D - PATURET. J-B, « Le métier de directeur ». ENSP, 1992, page 118.

Et parallèlement, au sein du service, je dois apporter les soins qu'exige l'état de santé des bénéficiaires du SSIDPA. Un plan de prise en charge individuel devient une procédure incontournable à l'obtention d'une qualité de service rendu, cela réclame la participation des différents acteurs concourant au maintien à domicile.

Nous constatons que ces deux actions s'orientent vers une l'amélioration du maintien à domicile

### **3.1 2 REPOUSSER LES LIMITES DU MAINTIEN A DOMICILE.**

La famille procure l'aide la plus importante. Cependant, assumer une personne dépendante, jour après jour demande du temps et fatigue beaucoup l'aidant. Aussi on se doit également de prendre en compte les difficultés de l'entourage et assurer une communication, où le temps d'écoute garantit la compréhension de l'aide prodiguée. En cas de pénibilité importante, ressentie par l'entourage dans lequel la personne âgée vit aussi ce climat générant l'insécurité ; introduire l'idée d'un soulagement grâce à un placement temporaire, peut diminuer les rapports conflictuels et culpabilisants. Nous constatons que la communication permet dans certains cas d'éviter un placement définitif de la personne âgée.

La planification des actions à entreprendre avant le retour à domicile, au sein du service et en collaboration avec les autres partenaires, augmentent les chances de réussite de la sortie d'hôpital. Car par expérience nous savons que la personne âgée est très souvent perdue dans les premiers temps qui suivent la réintégration du domicile, même si le retour est profondément désiré.

Repousser les limites du maintien à domicile c'est apporter un soutien pour constituer les dossiers de demande d'aides sociales afin d'obtenir le financement de certaines actions. Il n'est pas rare que nous remplissions les dossiers de demandes d'obtention, par exemple, de l'allocation dépendance. La rapidité des actions détermine le succès d'un maintien à domicile et aussi de sa durée.

Dans le cadre de l'élaboration des budgets provisionnels, inclure des annotations justificatives afin d'obtenir une augmentation des crédits pour insuffisance de ressources, citées au chapitre

2. 3<sub>2</sub> page 43, contribue à diminuer le risque d'échec pour insuffisance de ressources propres à notre service.

### **3 1<sub>2</sub> PROMOUVOIR UN TRAVAIL EN PARTENARIAT.**

La nécessité de coordination s'impose dès le premier contact avec la personne âgée. Les actions à entreprendre s'effectuent d'abord au sein de notre service de soins.

Il faut donc organiser des filières de soins, avec les médecins de ville, de l'hôpital, les infirmiers, les aides soignantes, les kinésithérapeutes, orthophonistes... pour répondre aux besoins de santé. Ces derniers ne constituent pas les seuls besoins, la recherche des autres partenaires est nécessaire pour s'engager dans une démarche globale, qui construira un réseau multipartenarial autour du domicile de la personne âgée.

En cas de difficultés dans les prises en charge, nous sommes bien loin de cette organisation de réseaux et de filières. Sans vouloir généraliser, les professionnels s'ignorent, et parfois se dénigrent.

Les contacts - visuels si possible - instaurent de meilleurs rapports entre les professionnels, cela permet d'une part de situer l'intervenant et son mode de fonctionnement et d'autre part de construire des objectifs et les actions à entreprendre pour répondre aux besoins des usagers, « Il faut permettre aux individus de devenir acteur du changement, de leur conditions et de leur cadre de vie » comme le souligne Nicole Questiaux dans le rapport du 8 mai 1982.

### **3. 1<sub>3</sub> INFORMER LES USAGERS.**

Malgré l'existence de nombreux services d'aides diverses en milieu urbain, de la bonne volonté des familles et des intervenants, force est de constater le manque de cohésion des aides et leur mise en application.

A Toulouse, la localisation des différents services impose à la personne âgée et /ou sa famille des trajets – ou des multiples appels téléphoniques – pour obtenir des renseignements. La création d'un lieu unique d'information mis à la disposition des toulousains éviterait ces

gènes pénibles et décevantes. N'oublions pas, que les enfants de personnes âgées sont eux – mêmes des personnes de plus de 65 ans.

Les échanges, les conseils et les renseignements en un lieu unique d'information permettraient d'offrir aux professionnels un outil de travail, et aussi aux usagers de choisir de son cadre de vie, de préparer un prompt retour à domicile, de participer à la vie culturelle et sociale... .

Ce lieu, mis à la disposition des autres partenaires, des bénévoles, des familles doit apporter une réponse adéquate et précise aux problèmes posés. Surtout en cas de prises en charge difficiles. Outre ce partenariat, les différents professionnels bénéficieront d'un accès rapide aux renseignements. Cela pourra permettre d'agir en amont, de façon préventive.

### **3. 2 CREATION D'UN LIEU UNIQUE D'INFORMATION GERONTOLOGIQUE**

Ecouter, évaluer, prendre connaissance des problèmes rencontrés nous montre quotidiennement que chaque individu présente un parcours de vie unique, dont l'approche et les réponses sont tout autant personnalisées.

Un lieu unique adaptée à l'écoute rendrait plus efficaces les premiers contacts. L'évaluation des prises en charge en serait facilitée. Ainsi, tout toulousain pourrait, bénéficier d'un temps particulier d'écoute, d'un "diagnostic social" avant toute mise en place de réponses concrètes et adaptées. Ce lieu serait ouvert aussi à l'ensemble des partenaires médico-sociaux, qui pourraient consacrer du temps pour nourrir leur réflexion, échanger et partager des savoir-faire. Ceci pour promouvoir un accompagnement de la vieillesse, coopérer à l'analyse locale de l'offre et de la demande, et de prendre part à l'évolution des modes de prise en charge.

#### **3. 2<sub>1</sub> STATUT JURIDIQUE.**

Le comité de pilotage décide de créer une association relevant de la loi de juillet 1901. L'objectif principal est d'apporter une aide coordonnée à la personne âgée, par l'information, l'accueil, l'écoute et l'orientation. Son statut sera déposé à la préfecture de la Haute – Garonne.

Après concertation avec les représentants du CODERPA de la Haute-Garonne, la présidence du conseil d'administration sera assurée par un de leur membre. Nous souhaitons aussi l'implication active des financeurs, des représentants des différents secteurs d'activité concourant au maintien à domicile, et nous espérons également la participation des familles comme membres adhérents. Notre but étant de les inciter à coopérer dans la vie de l'association.

Comme les six SSIDPA de la ville de Toulouse sont les initiateurs de ce projet, le comité de pilotage définit que deux des six personnes du comité de pilotage seront membres de droit du conseil d'administration.

La dénomination de ce lieu devra obligatoirement inclure « Personnes Agées » car « Gérontologique » tout le monde n'en connaît pas le sens.

Outre les titres et les articles habituels des statuts types d'association, nous poseront les principes de fonctionnement du lieu. Ceux – ci pourront servir de base au règlement intérieur, en ce qui concerne la définition de la sérénité, l'efficacité et enfin la convivialité du lieu qui doit être garantie par la transparence financière, et la bonne gestion des ressources humaines et des relations internes et externes.

Le conseil d'administration est garant du développement de l'association et nommera un directeur pour animer et coordonner l'activité du lieu. Il sera mandaté pour cette mission.

### **3.2<sub>2</sub> SIEGE DU LIEU D'INFORMATION.**

Nous avons sollicité la participation des organismes de gestion du patrimoine locatif. L'office public d'aménagement et de construction - OPAC - offre à l'association, un local de type F.3 situé au rez-de-chaussée d'un immeuble ancien en cours de rénovation. Normalement les travaux s'achèvent en juin 1999.

Ce local se situe dans un quartier commerçant de Toulouse, d'accès facile ( bus, métro ). La démographie de ce secteur fait apparaître une population âgée . Une artère routière mène au cœur de la ville et à de grands axes de la banlieue toulousaine. Ce sont des variables locales favorables au développement du lieu d'information, qui participent à la fois à son accessibilité et à la nécessité de se faire connaître.

Une convention sera signée entre l'OPAC et l'association du lieu d'information. Nous pouvons compter sur la mise à disposition de ce local, seules les charges courantes et la taxe d'habitation, nous incomberont.

### 3.2<sub>3</sub> FONCTIONNEMENT.

Nous avons remarqué que la plupart des organismes ou associations sont fermés à l'accueil du public le samedi. Cela gêne certaines familles encore en activité professionnelle, qui doivent s'absenter de leur lieu de travail pour se renseigner. Aussi nous prévoyons l'ouverture le samedi matin. C'est un lieu ouvert à tous : usagers - professionnels et nous proposons :

- un moment d'écoute, pour exposer la situation dans un climat convivial avec un accueil de qualité
- une information adaptée et complète sur les droits et besoins des usagers sur les services existants (aides à domicile, soins, portage des repas, télé-assistance ), et établissements (hôpitaux, cliniques, maisons de repos, de convalescence...)
- une aide, une évaluation et une orientation personnalisées.

Rappelons que tous ces services existent à Toulouse. Nous ne choisissons pas à la place de la personne âgée. Nous l'aidons à bâtir son projet de vie , en lui apportant les éléments de connaissance pour y parvenir, notamment nous définissons ensemble ses besoins et nous la renseignons sur le coût des prestations apportées à son domicile.

Nous proposons de coordonner les interventions à domicile afin d'éviter l'incohérence rencontrée lors de certaines prises en charge. Nous avertissons les services concernés pour répondre aux besoins de la personne, nous ne nous substituons pas aux autres intervenants. Cela devient une démarche globale pluridisciplinaire prenant en compte les aspects médicaux, sociaux économiques et psychologiques. Le bilan pourra s'effectuer aussi à l'hôpital pour favoriser un prompt retour à domicile.

En matière de démarche de coordination, il ne peut pas y avoir de fonctionnement adapté à l'utilisateur sans comprendre la situation, qui passe par l'écoute et l'évaluation de la prise en charge.

### 3. 2<sub>4</sub> LE PERSONNEL.

Pour obtenir une qualité de service rendu, il faut choisir du personnel dont les capacités professionnelles et personnelles s'harmonisent avec les objectifs recherchés. La nécessité d'élaborer le budget prévisionnel nous oblige dans l'immédiat, à positionner le personnel en fonction de ses diplômes, mais la recherche des compétences sera la priorité.

Cependant, nous avons défini certains postulats. Nous accepterons de recevoir les candidatures sélectionnées sur dossiers. L'élagage des demandes se fera dans un premier temps en fonction de l'expérience du secteur gérontologique quelle que soit l'origine de la formation initiale.

Dans les premiers temps nous n'embaucherons pas de comptable, et une société de prestations se chargera d'établir : les fiches de paie du personnel, les contrats de travail des permanents et des remplaçants, et les bilans financiers, en étroite collaboration avec le directeur.

Une secrétaire assurera l'accueil, le standard, le courrier. Elle devra accueillir et orienter les usagers, d'où la nécessité d'avoir une connaissance des personnes âgées, et du secteur médico-social.

En se référant à l'organisation de la " Passerelle" déjà citée précédemment, le fonctionnement du lieu nécessite deux équivalents temps plein. Nous budgétiserons au démarrage un poste de directeur, et un de secrétaire. Le poste de direction pourra être occupé par un éducateur, un chargé de mission, un ergothérapeute, un infirmier, un psychologue... si leur savoir-faire et leur motivation rejoignent les objectifs de l'association.

Bien sur, des modifications s'opéreront en fonction de l'évolution. Par la suite, nous ouvrirons ce lieu, comme terrain de stage aux élèves intéressés par la vieillesse et la coordination, et comme lieu de rencontre entre professionnels.

### 3. 2<sub>5</sub> COUT ET FINANCEMENT

Le comité de pilotage a souhaité avertir la DDASS du projet afin d'obtenir un appui moral avant de rechercher un quelconque financement. Nous avons rencontré deux inspecteurs chargés de la tutelle des équipements. Ils ont relevé l'aspect innovant du projet qui répond à l'orientation régionale : pas de coordination sans son corollaire l'information, voir chapitre 1. 2<sub>1</sub>, page 15.

Une réunion d'information s'est ensuite tenue dans les locaux de la DDASS. Les directeurs ou leur représentants étaient présents : la direction de la solidarité départementale, la CRAM, la MSA, CMR, la DDASS, la DRASS, le CCAS. La représentativité de la commune était assurée par l'adjointe au maire chargée des affaires sociales.

Nous avons exposé notre projet en définissant notre demande globale : Améliorer la coordination gérontologique en créant un lieu neutre d'information sur la ville de Toulouse. Ceci pour impliquer ces collectivités publiques à participer au fonctionnement de ce lieu, notamment dans le financement.

A l'issue de cette réunion, nous avons obtenu le soutien actif du service social de la CRAM.

Le coût prévisionnel de la création du lieu s'élève à 313 184 F pour six mois de fonctionnement en 1999, et à 710 875 F pour l'an 2000, voir annexe 2. La répartition des financements demandés aux différents organismes, s'est construite sur la base d'une égalité des apports entre le conseil général, la commune et les caisses de retraite. Voir annexe 3.

Le comité de pilotage attend les éléments de réponse pour démarrer les actions nécessaires à l'ouverture du lieu d'information.

### **3. 3 PLAN DE PRISE EN CHARGE PERSONNALISEE.**

Le projet de service que nous avons présenté dans le chapitre 1. 3<sub>2</sub>, , page 20, est le résultat d'un long travail de concertation. Ce qui a permis l'appropriation du contenu par les acteurs, et aussi par les usagers ( dans la limite de leurs possibilités ) de saisir le sens de notre vocation..

Mon engagement dans ma fonction de direction au regard de la mission définie par les textes, repose sur le respect du droit aux soins, l'application des protocoles médicaux et la définition du niveau de soutien à la personne âgée et /ou à sa famille. Le partenariat des autres services d'aide à domicile permet de compléter les dossiers de soins individualisés, propres à notre service. Tous les trimestres, nous consacrons 3 heures à travailler uniquement sur la démarche de coordination au sein du service, afin que la circulation des informations et leur contenu ne se perdent pas dans les préoccupations du quotidien.

Compréhension, communication, information sont les mots-clé dans ma démarche de coordination. Le niveau de mon implication, et les modalités de celle-ci sont déterminants pour obtenir la coopération du personnel afin d'unir nos énergies, et notre esprit imaginatif.

#### **3. 3<sub>1</sub> LA CONTRATUALISATION AVEC L'USAGER.**

L'élément essentiel du contrat est l'accord de volonté des parties. La particularité du maintien à domicile, fait qu'au sein des SSIDPA, l'élaboration d'un contrat avec la personne âgée, notifiant la nature des soins, les modalités et limites d'intervention, les services complémentaires, et la désignation d'un " référent " n'est pas une pratique courante.

Introduire la contractualisation, qui est un acte administratif, dans le maintien à domicile, demande une transformation de mentalité des personnes âgées, mais aussi du personnel. C'est un engagement.

Aussi je recherche la cohérence du service au cas par cas pour que le lien entre l'utilisateur et le service soit continue, et autant que possible de confiance.

Pour constituer cette adéquation, je dois accompagner l'ensemble du personnel pour changer les pratiques afin d'obtenir un consensus entre la personne âgée, le personnel et la hiérarchie. Cela m'amène à développer certaines actions dans la gestion des ressources humaines.

### **3. 3<sub>2</sub> LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES**

Cette fonction s'avère difficile à maîtriser, car elle touche l'individu dans son intégrité. Il faut arriver à ajuster des valeurs humaines et des techniques professionnelles.

Les personnels titulaires de leur poste varient peu (infirmiers, aides soignants, secrétaire), ainsi les recrutements que j'effectue se situent seulement pour les postes de remplaçants. La DDASS nous accorde 45 jours / agent / an de remplacement. A ce niveau d'intervention mes objectifs visent à ajuster deux dimensions. Celle de la capacité technique (nursing, actes infirmiers... ) associée aux qualités personnelles du remplaçant (respect, valeurs humaines... ). Il existe une marge d'erreur dans l'appréciation de ces critères lors de l'embauche, aussi j'ai institué un bilan de fin de remplacement où le personnel du service doit s'impliquer. Cela me permet de réitérer - ou pas - un nouveau contrat selon les besoins du service, afin d'amener une qualité de service rendu à la personne âgée, qui ne doit pas subir les inconvénients de notre fonctionnement.

Diriger n'est pas forcément tout faire, tout contrôler, aussi pour favoriser un plan de prise en charge individualisé, je délègue aux deux infirmières coordinatrices du service, l'aspect technique de la coordination. C'est à dire, compréhension de l'existant de la personne âgée, et mise en œuvre des actions définies avec les partenaires internes et extérieurs.

Grâce à sa formation initiale, l'infirmière possède de solides connaissances en matière de physiologie et de pathologie de la vieillesse. Aussi, je leur demande de transmettre leurs connaissances aux aides soignantes du service. Cela pour mieux cerner les particularités médicales d'une prise en charge, mais aussi d'en comprendre les séquelles physiques et psychologiques, afin d'améliorer leur comportement face à la personne âgée.

Elles élaborent aussi les tournées de soins pour l'ensemble des soignants.

Lors des réunions de service j'insiste pour que l'ensemble du personnel respecte l'expression de chacun. C'est le droit à la parole. Cela permet d'aborder les difficultés sereinement.

De ces actions découle, la nécessité d'apporter des outils de communication pour permettre au personnel d'acquérir des qualités relationnelles efficaces, entre collègues et partenaires extérieurs.

### **3. 3<sub>3</sub> PLAN DE FORMATION**

Dans le but de promouvoir la coordination, l'information doit passer au préalable à l'ensemble du personnel du SSIDPA. L'information n'a de valeur que si elle circule. Aujourd'hui nos transmissions, nos planning, nos dossiers de soins, nos évaluations s'appuient sur des moyens moins traditionnels que le simple recueil de données. L'outil "informatique" permet un traitement rationnel de l'information.

Parmi les services centralisés du CCAS, celui de l'informatique, dirigé par un ingénieur, nous donne les moyens nécessaires à la construction de nos dossiers. Ceci nous permet un gain de temps appréciable pour l'élaboration des statistiques.

L'ensemble des infirmiers et aides – soignantes utilisent cet outil, à des niveaux d'intervention différents. Nous avons remarqué que les aides-soignantes s'y intéressaient particulièrement. Aussi pour répondre à leur désirs de connaissances, nous avons planifié avec l'ingénieur précité, des cycles d'apprentissage, avec l'accord du directeur du CCAS. Chaque aide-soignante à ce jour peut visualiser tout dossier informatisé, mais ne crée pas de données.

Par expérience, nous observons que cette catégorie de personnel présente des difficultés d'écriture, Apparaît donc un besoin de remise à niveau des connaissances élémentaires : grammaire, orthographe... Le CNFPT propose des stages d'expression écrite notamment pour

se réconcilier avec le français, et améliorer la qualité de l'écrit. Depuis quatre ans les aides-soignantes suivent ces stages. Ces derniers ont favorisé une meilleure qualité des transmissions écrites, et ont permis en retour d'aider la personne âgée pour certaines démarches administratives, qu'elles ne peuvent plus assumer seules.

Pour aider le personnel à prendre ou à se maintenir dans des positions de professionnels responsables, nous avons choisi en commun d'orienter la formation vers l'éthique et la communication.

Deux lignes directrices ont guidé ce choix. La première vise à permettre aux soignants de s'engager dans une relation d'aide dans laquelle la personne âgée doit devenir l'acteur de son choix de vie . pour comprendre ce qu'ils transmettent aux autres. La seconde orientation introduit de nouvelles démarches, au sein de nos pratiques professionnelles : Accroissement de l'initiative avec participation aux décisions, développement de la responsabilité en adéquation avec la situation. Cela permet de mettre le personnel dans une réflexion individuelle. Plus largement, cette prise de conscience contribue au changement des mentalités.

Ces stages de formations du CNFPT sont financés au titre de la formation continue des collectivités territoriales.

Afin d'approfondir l'accompagnement de la personne âgée, je les incite à participer aux différents colloques sur la vieillesse, et les salons de rencontres professionnelles comme le salon européen de l'infirmière. C'est le moyen de s'ouvrir, de s'informer sur d'autres expériences.

Le résultat et l'impact de la formation dépend de mon engagement individuel pour en favoriser le développement.

Lorsqu'un salarié éprouve un besoin de formation , cela confirme qu'il s'est positionné au regard de sa pratique professionnelle et relationnelle. Face aux exigences de certaines personnes âgées et/ou sa famille, le fait de recourir à la formation permet d'éviter bien souvent l'usure chronique que peuvent ressentir les soignants.

### 3.34 LA MOBILISATION DES PARTENAIRES EXTERIEURS.

Pour permettre la continuité du service, l'adhésion de la famille se révèle indispensable. Elle détermine bien souvent le succès du domicile. Aussi le service essaie d'apporter le maximum de renseignements gérontologiques pouvant aider la personne âgée mais aussi par des actions de soutien psychologique aux aidants. L'écoute, compréhension, conseil... peuvent dans certaines situations apaiser l'angoisse, les conflits dans un foyer.

Les professionnels concourant au maintien à domicile rencontrent des difficultés, des contraintes particulières qui provoquent des modes d'intervention spécifiques.

Soulever les problèmes nous semble positif, pour avancer dans la démarche multipartenariale. Avec l'association d'infirmiers de soins à domicile ( AIISADER ), nous organisons des temps de rencontre pour expliquer nos pratiques professionnelles afin d'éviter des situations de rivalité. Ceci toujours dans l'optique de mieux coordonner nos actions. Nous proposons depuis quelques temps au secteur d'infirmiers libéraux ( SIL ) la possibilité d'appeler le service lorsque surviennent auprès des personnes âgées des difficultés, afin d'unir nos compétences communes.

Dans la convention, que je fais signer à chaque infirmier libéral collaborant avec le service, outre les actes infirmiers pratiqués, y sont notifiés d'une part l'obligation de participer au moins une fois par an à la réunion de bilan d'activité, et d'autre part le signalement impératif de tout changement survenant dans la prise en charge des patients du service.

Lors des journées de formation interne, nous invitons les libéraux, ceci dans le but de rompre leur isolement professionnel, et bien au delà, pour essayer de les engager dans une démarche complémentaire basée sur la confiance .

De plus, nous intégrons également, comme acteurs de terrain, la médecine de ville, hôpitaux, cliniques, centres de jour psycho-gériatrique, les établissements d'enseignement...

Aux écoles d'assistantes sociales, d'infirmiers et d'aides-soignantes nous offrons gratuitement nos connaissances et notre savoir-faire en intervenant dans l'enseignement sur le maintien à domicile. Nous présentons les politiques sociales en faveur des personnes âgées, les droits du citoyen âgé. Nous concluons en pointant la nécessité de savoir écouter, comprendre, et de

toujours rechercher l'échange avec les autres partenaires afin de respecter le mieux et le plus longtemps le libre choix de la personne.

Avec le centre gériatrique de Toulouse, j'ai élaboré des modalités de travail en partenariat avec les médecins et les équipes soignantes des différentes unités de l'hôpital. Ceci, afin que les infirmières coordinatrices du service de soins, puissent planifier les actions les mieux adaptées à la situation de la personne âgée qui désire retourner chez elle. Ce travail en amont, apporte un minimum de connaissances pour l'ensemble du personnel du SSIDPA sur les futures prises en charge. En outre cela laisse du temps pour avertir les autres partenaires du jour de la sortie. Ainsi la personne âgée peut bénéficier sans trop de délais d'attente, des aides nécessaires à un prompt retour.

Par ailleurs quand les objectifs et les actions sont élaborés en commun, les réunions obligent à des contacts entre les intervenants. Ainsi, des relations naissent et de meilleurs rapports s'installent, notamment entre les aides ménagères et les soignants, ce qui profite également à la personne âgée.

### **3.4 ANALYSE DE LA DEMARCHE DE COORDINATION.**

La rationalisation de la gestion du SSIDPA s'opère de telle façon que le processus " coordination " se développe au plus proche de la personne. Au regard des besoins recensés , des actions entreprises pour atteindre les objectifs définis, je dois maintenant évaluer ma démarche, pour ajuster et affiner l'impact des actions.

#### **3.4<sub>1</sub> EVALUATION**

Afin de suivre l'activité annuelle du service, nous élaborons des fiches statistiques mensuelles : nombre d'appels, moyenne de durée de prise en charge... .

Outre ce volume d'interventions, nous apprécions la demande formulée, les besoins et les réponses recensés par l'infirmière coordinatrice, et la sollicitation complémentaire des autres partenaires. Ces éléments constituent ce que l'on appelle le suivi médico-social individuel. Cette évaluation quantitative et qualitative génèrent des éléments de réflexion et de négociation, notamment face aux décideurs et financeurs.

De plus, le fait de mesurer chaque situation, nous amène à communiquer d'avantage entre collègues, partenaires et usagers. Cela permet de diminuer les disparités entre les objectifs déterminés et la réalité de la prise en charge.

Lors de réunions de service, nous analysons des caractéristiques du suivi individuel. La " référente " de la personne âgée nommée, doit se positionner au regard du désir de la personne âgée. La nécessité de ramener l'utilisateur au centre de notre travail devient une méthode pour proposer des réponses personnalisées et non pas stéréotypées. Nous énumérons les besoins fondamentaux, voir chapitre 21<sub>2</sub> page 27.

Nous nous servons aussi de la grille AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources, voire annexe 1. Cette grille, même si elle n'apparaît pas parfaite à tous les acteurs, a au moins le mérite d'unifier les données concernant la personne âgée. Elle est un outil et un langage commun. Elle donne des repères car elle évalue ce que la personne est capable de faire, et non pas ce que font les intervenants.

Que ce soit l'équipe médico-sociale du Conseil général ( pour l'attribution de l'allocation dépendance ), ou la CRAM ( pour l'obtention d'heures d'aide ménagère ), ou notre service de soins ( pour l'admission en SSIDPA ), nous utilisons tous cet outil d'évaluation de l'autonomie, sur des critères communs. Toutefois, cette grille n'intègre pas tous les éléments constitutifs du quotidien de la personne, et son interprétation varie selon les professionnels. Cela nous oblige à communiquer entre partenaires afin de trouver ensemble la meilleure réponse.

L'avantage d'appliquer une méthode, depuis plus d'un an, oblige à une cohérence du service, face à la personne âgée. Le respect de ses choix, même au regard de la dépendance, devient une priorité qui génère une dynamique où le salarié se sent responsable du devenir de la personne soignée. Nous dépassons notre vision de soignant, pour nous intégrer dans une démarche transversale qui place la personne âgée au centre de nos préoccupations.

### **3. 4<sub>2</sub> COUT DE LA COORDINATION DE PROXIMITE .**

Le coût de la coordination est une donnée mal connue, même si son utilité n'est pas - ou peu - contestée. La satisfaction des usagers au regard de la coordination se mesure difficilement, et pour cause ; pour la personne âgée la coordination n'est pas à proprement parler perçue comme un service. La personne demandeuse attend d'abord qu'on réponde efficacement à son problème, et ignore le travail que cela suppose en amont et en aval.

Au sein du SSIDPA, la coordination ne fait pas l'objet de dotation supplémentaire. Elle résulte d'un redéploiement des ressources existantes. Notons que toute dépense est étudiée et que le personnel s'il est responsabilisé peut être l'initiateur d'économies.

La fondation de France a publié une étude<sup>48</sup> qui apprécie les résultats de la coordination, d'une part au niveau du " référent " de la personne âgée, bien souvent représenté par la famille, qui juge que le service rendu est meilleur s'il est coordonné : « Il s'agit toujours

---

<sup>48</sup> FROSSARD Michel et BOITARD Anne, Synthèse, « Evaluation économique de la coordination gérontologique », Fondation de France, Paris, 1995, page 23.

d'une évolution positive, c'est à dire que la note accordée après la prise en charge par la coordination est toujours plus élevée que la note initiale. ». D'autre part, cette étude a montré l'influence bénéfique de la coordination sur l'amélioration de l'état de santé : « La mise en place des services ou la réorganisation du dispositif d'aide permet une amélioration de l'état de santé dans 63 % des situations et l'amélioration des conditions de vie dans 80 % des cas. », mais ces aides coordonnées n'ont pu effacer le sentiment de solitude « présent dans 65 % des situations. ».

Même si cette étude a posé des difficultés dans sa conception, les auteurs ont estimé un coût moyen de la coordination, proche de la réalité, qui s'élève à 25 frs par prise en charge coordonnée. Notons que ce travail a aussi exclu la coordination globale voir chapitre 1.4<sub>1</sub> page 47.

La création d'un lieu unique d'information toulousain, dont le budget prévisionnel atteint 710 875 F pour l'an 2000 voire annexe 2 , et le coût du plan de prise en charge personnalisé, inclus dans le forfait journalier alloué des SSIDPA, montrent que les sommes nécessaires à la coordination de proximité sur Toulouse n'apparaissent pas excessives au regard du nombre plus important de personnes âgées.

### **3. 4<sub>3</sub> PERSPECTIVES.**

Du constat, précédemment cité, cela introduit une autre possibilité pour élaborer le budget du lieu unique d'information gérontologique. Ce dernier pourrait facturer un coût par intervention coordonnée, d'ici deux ou trois années de fonctionnement, selon l'activité recensée.

Ce coût relativement faible peut simplement être le coût du temps médico-social qui, à ce jour n'est pas reconnu. Ce sont les heures de rencontre entre professionnels, ou, le temps de recherche pour trouver une solution adéquate aux besoins de l'utilisateur... qui fait que la non reconnaissance de ce travail est un barrage au développement de la coordination. Cette donnée économique pourrait susciter une proposition législative ou réglementaire, notamment pour le SIL, qui assure aussi un nombre important de soins aux personnes âgées.

Pour les patients relevant de notre SSIDPA et demandeurs de la PSD, j'ai proposé à l'équipe médico-sociale du conseil général, la participation active des infirmières coordinatrices de notre service. Ces dernières pourraient transmettre une première synthèse du plan de prise en charge, que nous élaborons avec l'équipe soignante, certes, mais aussi avec la personne âgée et/ou sa famille, et obligatoirement avec le médecin traitant du patient. Nous notons aussi la participation des autres services concourant au maintien à domicile. Cette proposition de synthèse va dans le sens de la mise en place des réseaux centrés sur les besoins de l'utilisateur.

## **CONCLUSION TROISIEME PARTIE.**

Ma démarche de coordination intègre la communication ; la compréhension des objectifs définis et des moyens techniques pour les atteindre. Je me dois d'être à l'écoute de l'environnement et de l'évolution des besoins des personnes âgées, cela permet de garantir la concrétisation du projet de service.

Du niveau de mon engagement dépend la qualité du service rendu, et influence la qualité des relations au sein du service.

L'intérêt que je porte aux problèmes, aux difficultés que le personnel rencontre est une condition pour l'amener vers une démarche participative et responsable .

Pour aider la personne âgée dans son quotidien, la recherche de la réponse s'impose, et nous oblige à travailler en partenariat.

Au regard des résultats obtenus, pour instaurer une dynamique et éviter les interventions routinières sclérosantes, d'autres questionnements apportent le mouvement. L'évaluation permet d'apprécier l'efficacité des actions, mais aussi le degré de notre compétence. Grâce à elle, l'amélioration des conduites à tenir se travaille, cela dynamise le service. C'est un outil de travail, aussi important que la formation.

L'évidence de difficultés notamment celle du financement du temps de la coordination pour certaines catégories de professionnelles freine la communication des partenaires. La fonction de gestion financière ne constitue pas l'essentiel de la mission d'un directeur, mais il est important de s'inscrire dans une démarche responsable pour allier maîtrise des dépenses sociales et qualité du service.

**CONCLUSION GENERALE.**

Les prévisions actuelles du vieillissement de la population présage une courbe montante de l'espérance de vie et du nombre de personnes âgées notamment celles de plus de 75 ans.

A ce jour, la prise en charge de la dépendance ( PSD ) mobilise les politiques sociales en faveur de la vieillesse. qui devient une nouvelle prestation de la protection sociale française.

La personne âgée veut vivre et mourir à domicile .

La planification régionale oriente les actions de la région vers le maintien à domicile. Or, le constat qui s'observe va à l'encontre de ce souhait au niveau des collectivités locales.

L'aspect multiforme des prises en charge et de la diversité de l'offre, fait du maintien à domicile un système complexe. Le manque de coordination aggrave la résolution possible à certains problèmes.

Engager le SSIDPA que je dirige dans une démarche multipartenariale en participant à un projet de création d'un lieu unique d'information, contribue à répondre localement aux besoins de la population âgée. L'obtention du financement et l'évaluation de cette action en confirmera le bien fondé.

En impulsant un accompagnement personnalisé, je conclus que la coordination devient un élément moteur qui améliore les conditions relationnelles du personnel et par conséquent favorise le maintien à domicile et les modalités de communication entre partenaires.

La coordination fait appel à des connaissances techniques, des compétences relationnelles qui s'appuient sur un concept de prise en charge globale de la personne âgée.

Le respect du choix de vie de la personne âgée, en favorisant l'autonomie, c'est permettre à l'homme de rester citoyen jusqu'à son dernier souffle.

## BIBLIOGRAPHIE.

### OUVRAGES.

AMYOT Jean Jacques, « *Travailler auprès des personnes âgées* », Editions Privat, Toulouse, 1994.

BRAMI Gérard, « *Droits et libertés des personnes âgées hébergées* », Editions Berger-Levrault, Toulouse, 1995.

CLEMENT Serge, DRULHE Marcel, université Toulouse Mirail, « De l'offre rationalisée à une demande polymorphe » ; BOURDIN Alain, REMY Jean « *Vieillir en ville* », Editions l'Harmattan, Paris, 1992, page 127 à 150.

FROSSARD Michel « Dépenses de santé » ; CNAM, dossier « *Le prix de la dépendance* », Documentation française, Paris, 1990, page 226 à 255.

Sous la direction de GASPARUTTO Gilbert « *Communication entre partenaires de soins* », Editions Lamarre, Paris 1992.

LEGRAND Monique, SCHLERET Yvon « La coordination des procédures, un processus » ; BOURDIN Alain, REMY Jean « *Vieillir en ville* » Editions l'Harmattan, Paris, 1992, page 61 à 85.

LENG Marie Claude, DUQUESNE Françoise, « *Bilans d'indépendance* », Editions Pradel, Paris, 1989.

LEVY. A, CAZABAN. M, DUFFOUR. J, JOURDAN. R, « *Santé publique* », Editions Masson, Edition 2, Paris 1994.

MIZRAHI Andrée, MIZRAHI Ariès « Cadre démographique et environnement socio-économique des personnes âgées » ; CNAM dossier « *Retraite et société* » n°15, Paris, 1996, page 15 à 35.

MIRAMON.J-M, COUET.D, PATURET J-B, « *Le métier de directeur* ». ENSP, 1992.

RAGUENES René, « *Aide à domicile* », Editions Frison-Roche, Paris, 1991.

TANGUY-MAUFFRET Martine « *La coordination gérontologique* », Chronique sociale, Lyon, 1994.

### RAPPORTS REVUES.

CHAPUY Paul « *Initiation à la gérontologie* », Villeurbanne, 1971.

Synthèse FROSSARD Michel, BOITARD Anne, « *Evaluation économique de la coordination gérontologique* » Fondation de France et centre pluridisciplinaire de gérontologie, Grenoble, 1995.

Rapport LAROQUE Pierre, Commission d'études sur les problèmes de la vieillesse, Documentation française, Paris, 1962.

Rapport QUESTIAUX Nicole, « *L'action sociale et le travail social* » 8 mai 1992.

Rapport SCHOPÉLIN Pierre, Commissariat général du plan, « *Renforcer l'efficacité du maintien à domicile* », Paris, 1991.

ROUGE Jean François « Les produits et les marchés de l'avenir », *CAPITAL*, n°83, août 1998, page 66 à 68.

SOUCOU Thierry « La révolution dans nos assiettes », *LE NOUVEL OBSERVATEUR ?* du 6 au 12 août 1998, page 6 à 10.

**DIVERS.**

Documentaire d'ANDRO Jean Bernard « *En quête du temps* » sur ARTE, le 21 avril 1998 à 21h50.

CNFPT « *La protection sociale en France* » Documentation française, Paris 1997.

Documentaire de FRIEDMAN Peter et BRUNET Jean François « *Les lignes de vie* » sur ARTE, le 21 avril à 22h20.

Service statistiques de la DRASS, « *Dix ans de memento en Midi-Pyrénées* » Toulouse, 1996.

Les dossiers de l'INSEE n° 61, « *Les personnes âgées en Midi-Pyrénées* », Toulouse 1993.

NEYRAC Christophe « *Quoi de neuf dans la consommation des seniors* » lettre d'information n° 36, février 1998.

Enquête PRAC, les SSIDPA, statistiques CRAM Midi-Pyrénées, Toulouse, 1996.

ROCHEFORT Robert « *Après 60 ans, une personne sur trois est concernée par la solitude* » Documentation CREDOC n° 96, Paris, mars 1995.

SROSS, DRASS Midi-Pyrénées, « *B II- Personnes âgées* » page 143 à 160.

# **ANNEXES**

**1 - GRILLE AGGIR**

**2 - BUDGET PREVISIONNEL DU LIEU D'INFORMATION**

**3 - PROPOSITION DE FINANCEMENT DU LIEU  
D'INFORMATION**

## ANNEXE 1

**Grille d'évaluation : Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressource (AGGIR)**

C'est une observation des activités EFFECTUEES par la Personne Agée. Donc tout ce que font les aidants et les soignants est à exclure.

A = Fait seul

B = Fait moyennement

C = Ne fait pas du tout

Entourer une seule lettre par critère.

	A	B	C	Questions à se poser :
<b>Cohérence :</b>	A	B	C	La personne âgée conserve-t-elle et se comporte-t-elle de façon logique et sensée par rapport aux normes admises par la société.
<b>Orientation :</b>	A	B	C	La personne âgée sait-elle se situer par rapport aux saisons, les moments de la journée, les lieux de vie.
<b>Toilette :</b>	A	B	C	Pour entourer A, il est indispensable qu'elle se fasse de manière spontanée, sans incitation.
<b>Habillage :</b>	A	B	C	Comporte habillage, déshabillage, la préparation des vêtements.
<b>Alimentation :</b>	A	B	C	2 notions à considérer : se servir et manger seul.
<b>Elimination :</b>	A	B	C	Considérer l'élimination urinaire et anale.
<b>Transferts :</b>	A	B	C	Ce ne sont pas les déplacements à l'intérieur et l'extérieur. Il faut seulement considérer le passage des positions dans les deux sens : se lever, se coucher, s'asseoir.
<b>Déplacement à l'intérieur :</b>	A	B	C	Ce sont ceux à l'intérieur du domicile même si la personne âgée se déplace avec un déambulateur, des cannes, fauteuil roulant.
<b>Déplacement à l'extérieur :</b>	A	B	C	Considérer le fait que la personne âgée sorte de chez elle spontanément ou pas.
<b>Communication à Distance :</b>	A	B	C	C'est la capacité d'utiliser des moyens de communication pour alerter : Notion d'urgence (téléphone, alarme...).
<b>Gestion :</b>	A	B	C	Se servir de l'argent, en connaître la valeur. Gérer ses biens, son budget, les affaires courantes (déclarations impôts ...).
<b>Cuisine :</b>	A	B	C	C'est l'ensemble des actes à la préparation des repas pour être servis (sont exclus: la vaisselle et l'achat des aliments).
<b>Ménage :</b>	A	B	C	C'est l'ensemble des travaux ménagers, l'entretien du domicile, du linge, de la vaisselle...
<b>Transport :</b>	A	B	C	Utilise un moyen de transport de manière spontanée.
<b>Achats :</b>	A	B	C	La personne âgée sait acheter directement ou par correspondance. Voir si ceux-ci sont adaptés aux besoins.
<b>Suivi du traitement :</b>	A	B	C	La personne âgée se conforme-t-elle à l'ordonnance du médecin sans aide.
<b>Activités de temps libre :</b>	A	B	C	Il ne s'agit pas de juger la qualité du temps libre, mais d'observer si la personne âgée sait rompre la monotonie du quotidien.

**BUDGET PREVISIONNEL DU LIEU D'INFORMATION**  
**ANNEXE 2**

DETAIL DES POSTES DE CHARGES	ANNEE	
	1999 <sup>1</sup>	2000
<b>CONSOMMATION EN PROVENANCE DES TIERS</b>		
<b>Achats stockés</b>		
Micro-ordinateurs + imprimantes	11 000	11 000
Mobilier	15 000	12 000
Total	26 000	23 000
<b>Achats non stockés</b>		
Electricité-Gaz	2 000	6 000
Frais de décoration	800	0
Fourniture de bureau	12 000	8 000
Total	14 800	14 000
<b>Services extérieurs</b>		
Charges locatives	1 500	3 000
Location et maintenance photocopieur	3 200	5 100
Primes assurances	1 653	3 306
Publications et publicité et plaquettes	6 300	2 500
Honoraires comptables	12 000	24 000
Frais postaux + télécommunications	12 000	17 000
Total	36 653	54 906
<b>IMPOTS TAXES ET VERSEMENTS ASSIMILES</b>		
Charges de personnel	130 289 <sup>2</sup>	367 056 <sup>3</sup>
Charges sociales	66 431	185 404
Taxes sur les salaires	11 074	31 200
Formation continue	2 737	7 709
Total	210 531	591 369
<b>DOTATIONS AUX AMMORTISSEMENTS ET PROVISIONS</b>		
Sur immobilisations	5 200	7 600
Provisions pour risques et charges <sup>4</sup>	20 000	20 000
Total	25 200	27 600
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>313 184</b>	<b>710 875</b>

1- ½année 1999. 2- 1 ETP secrétaire et 1 ETP directeur. 3- Idem 1999 + 1 ETP d'assistante sociale. 4 - Estimation de ce poste à la hausse.

**ANNEXE 3****PROPOSITION DE FINANCEMENT DU LIEU UNIQUE  
D'INFORMATION.**

FINANCEMENT DU PROJET	ANNEE	
	1999	2000
<b>PARTICIPATION DEMANDEE</b>		
Conseil Général <sup>1</sup>	<b>105 000</b>	<b>236 960</b>
Commune <sup>1</sup>	<b>105 000</b>	<b>236 960</b>
Caisses de Retraites <sup>1</sup>		
CRAM <sup>2</sup>	<b>52 200</b>	<b>118 479</b>
MSA <sup>3</sup>	<b>26 100</b>	<b>59 239</b>
CMR <sup>3</sup>	<b>26 100</b>	<b>59 239</b>
<b>TOTAL</b>	<b>314 440</b>	<b>710 877</b>

- 1 - Pour 1/3 du financement total.
- 2 - Pour 1/2 de la participation des caisses de retraites.
- 3 - Pour 1/4 de la 1/2 de la participation des caisses de retraite.

## LISTE DES SIGLES

<b>AGGIR</b>	Autonomie-Gérontologie-Groupe-Iso-Ressource.
<b>AIISADER</b>	Association Infirmiers/Infirmières Soins A Domicile Etude Recherche.
<b>ARH</b>	Agence Régionale de l'Hospitalisation.
<b>CCAS</b>	Centre Communal d'Action Sociale.
<b>CMR</b>	Caisse Médicale Régionale.
<b>CNAM</b>	Caisse Nationale d'Assurance Maladie.
<b>CNFPT</b>	Centre National de la Fonction Publique Territoriale.
<b>CRAM</b>	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
<b>CODERPA</b>	Commission Départementale des retraités et des personnes âgées
<b>DDASS</b>	Direction Départementale des Affaires Sociales et Sanitaires.
<b>DRASS</b>	Direction Régionale des Affaires Sociales et Sanitaires.
<b>FNS</b>	Fonds National de Solidarité.
<b>F</b>	Franc.
<b>INSEE</b>	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé.
<b>OPAC</b>	Office Public Aménagement Construction
<b>PSD</b>	Prestation Spécifique Dépendance.
<b>RMI</b>	Revenu Minimum d'Insertion.
<b>SIL</b>	Secteur Infirmiers Libéral
<b>SROSS</b>	Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale.
<b>SSIDPA</b>	Service de Soins Infirmiers à Domicile pour Personne Agées.