



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

CAFDES – 2002
I.R.T.S. Aquitaine

**INSCRIRE DANS LE DEVELOPPEMENT LOCAL LA
COORDINATION DES ACTIONS D'UN SSIAD EN
FAVEUR DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

Jacques VIDAL

Sommaire

INTRODUCTION	1
1. LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES : UN ETAT DES LIEUX PLUTOT INSATISFAISANT EN HAUTE GIRONDE	2
1.1 LA DEPENDANCE DES PERSONNES AGEES : ESSAI DE CLARIFICATION ET DE PROSPECTIVE	2
1.1.1. Entre dépendance et autonomie : au-delà des mots, un choix politique	2
1.1.2 Le poids de la dépendance : situation actuelle et éléments de prospective	4
1.2. LE CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE : LE MAINTIEN A DOMICILE COMME CREDO DE LA POLITIQUE EN FAVEUR DE LA VIEILLESSE SE TROUVE CONFRONTE A DES ENJEUX CONTRADICTOIRES	7
1.2.1. La politique de la vieillesse : une multiplicité d'institutions référentes et de dispositifs	7
1.2.2. Une illustration de cette situation : le cas des SSIAD	10
1.2.3. Entre la PSD, la future APA , les projets de reforme de la loi sociale du 30 juin 1975 et des SSIAD, le PSI et la mise en place prochaine des CLIC, quelles perspectives d'organisation ?	11
1.3. SUR LE TERRITOIRE D'INTERVENTION DE L'ASSOCIATION : UN BILAN CONTRASTE	16
1.3.1. La Haute Gironde : un territoire homogène mais fragile générant une Mobilisation inégale des acteurs politiques et socio-économiques	16
1.3.2. Le développement local : un concept plébiscité par les politiques publiques	18
1.3.3. La genèse de l'Association de Soins à Domicile de la Haute Gironde : un partenariat inscrit dans les gènes	19
1.3.4 La population âgée dépendante à domicile est confrontée à des besoins multiformes	20
1.3.5. La prestation du SSIAD : une prise en charge partielle	23
1.4. L'ABSENCE D'UNE VISION GLOBALE LOCALE PARTAGEE ENTRE LES DIFFERENTS ACTEURS NE PERMET PAS UN ACCOMPAGNEMENT SATISFAISANT DE LA POPULATION AGEE DEPENDANTE SOUHAITANT VIVRE A DOMICILE	25

2. PENSER GLOBALEMENT POUR AGIR LOCALEMENT	27
2.1 LA COOPERATION GERONTOLOGIQUE :	
UN CONCEPT PLEBISCITE MAIS DIFFICILE A METTRE EN ŒUVRE	27
2.1.1. La coordination : une organisation, certes	27
2.1.2. Mais un état d'esprit, avant tout !	29
2.1.3. Les résultats attendus et inattendus de la coordination	31
2.1.4. La coordination : une fin de soi ? un moyen ? ou plutôt un processus ?	33
2.2 LE DEVELOPPEMENT LOCAL EN EMERGENCE	33
2.2.1. De l'importance du domicile pour les personnes âgées en particulier et de la dimension locale pour les individus en général	33
2.2.2. Du développement au développement local : un même souci universel	36
2.2.3. Le développement durable : une préoccupation nouvelle	39
2.2.4. Les ingrédients de tout projet de développement local	42
2.2.5. La coordination gérontologique et le développement local : une complémentarité parfaite	44
2.3. LA NECESSAIRE PARTICIPATION DES ACTEURS LOCAUX	45
2.3.1. La gouvernance : un nouvel art du pilotage de la société locale	45
2.3.2. La meilleure façon de prédire ce que sera demain, c'est encore de l'inventer ou la nécessité d'un projet local	49
2.3.3. La légitimité du directeur d'un SSIAD à s'inscrire dans le processus en rejoignant le groupe leader	50
2.4. L'HYPOTHESE OPERATIONNELLE	52
2. LA STRATEGIE DU DIRECTEUR : MOBILISER AUSSI BIEN AU NIVEAU DU SSIAD QU'EN EXTERNE	54
3.1 AU NIVEAU TRANSVERSAL : S'INSCRIRE DANS LA DEMARCHE DE PAYS	55
3.1.1. L'engagement du directeur dans la démarche de Pays pour promouvoir une véritable politique gérontologique locale	56
3.1.2. Une politique des transports des personnes à mobilité réduite commune sur le territoire : l'harmonisation des modalités de fonctionnement de TRANSADAPT	58
3.1.3. La prise en compte prospective du vieillissement dans les différents OPAH	58
3.1.4. Se doter de services disposant du seuil de rentabilité en mutualisant certains moyens	59

3.2. AU NIVEAU SECTORIEL : DEVELOPPER L'EFFICACITE DES ACTEURS DU MAINTIEN A DOMICILE DANS LE CADRE DE LA COORDINATION	60
3.2.1. La mise en place effective de la coordination gérontologique locale	60
3.2.2. L'élaboration d'outils communs aux différents professionnels	62
3.2.3. La constitution d'un groupe de bénévoles intervenant à domicile	65
3.2.4. Un projet de chaîne coordonnée de sites d'accueils de jour	66
3.2.5. La création d'un groupement d'employeurs du secteur gérontologique	67
3.3. AU NIVEAU INTERNE : METTRE EN PLACE UNE AUTRE ORGANISATION DU TRAVAIL	68
3.3.1. Pour l'association, la pertinence de modifier ses statuts	68
3.3.2. La participation de l'équipe soignante au processus local	69
3.3.3. La promotion d'une organisation apprenante	71
3.3.4. Le projet individualisé, véritable levier du changement interne	72
3.3.5. La mise en place du Conseil d'établissement : un stimulant pour la réflexion et pour l'action	76
3.4. NOTRE VOLONTE : INSCRIRE LA COORDINATION GERONTOLOGIQUE DANS LE DEVELOPPEMENT LOCAL	77
CONCLUSION : UNE NOUVELLE POSTURE POUR LE DIRECTEUR	79

Liste des sigles utilisés

- AGGIR** : Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressource
- APA** : Allocation Personnalisée à l'autonomie
- CAFAD** : Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Aide à Domicile
- CLIC** : Centre Local d'Information et de Coordination
- CNAVTS** : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés
- CNRS** : Centre National de la Recherche Scientifique
- CODERPA** : Comité Départemental des Personnes Agées
- CRAM** : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
- CRAMA** : Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Aquitaine
- CREDES** : Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé
- CREDOC** : Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie
- CROSS** : Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale
- DATAR** : Délégation à l'Aménagement du Territoire et à l'Action Régionale
- DDASS** : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DREES** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- ENSP** : Ecole Nationale de la Santé Publique
- INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- MSA** : Mutualité Sociale Agricole
- ODAS** : Observatoire national de l'Action Sociale Décentralisée
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- PSD** : Prestation Spécifique Dépendance
- PSI** : Projet de Soins Infirmiers
- SIVOM** : Syndicat Intercommunal à Vocation Multiple
- SSIAD** : Service de Soins Infirmiers à Domicile

INTRODUCTION

L'Association de Soins à Domicile de la Haute Gironde a été créée à l'initiative des élus locaux pour gérer un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pour personnes âgées. En agissant de la sorte, les membres fondateurs pensaient doter le territoire du dernier équipement collectif faisant défaut jusque-là. Adossé à la panoplie des autres structures à caractère social existantes en faveur du maintien à domicile, ce nouveau service médico-social devait permettre aux personnes âgées d'inscrire dans la durée leur choix de lieu de vie. Or, ce service s'est trouvé vite confronté au problème de la dépendance de la population âgée. Le dernier chaînon du maintien à domicile, acquis après une longue attente et espérance locales, comporte bien des limites. Les difficultés de notre secteur d'activité sont reconnues au niveau ministériel puisque différents projets de réforme se trouvent actuellement en gestation ou ont abouti.

Nommé directeur de cette jeune association au milieu de l'année 2000, après avoir été l'infirmier coordinateur du SSIAD depuis l'origine, je me suis attaché à effectuer un diagnostic de la situation. Il porte sur l'examen de la question de la dépendance en France et plus précisément en Haute Gironde, sur la mise en perspective du cadre législatif et réglementaire dont relèvent le maintien à domicile en général et les SSIAD en particulier, et sur l'identification des principales caractéristiques de notre territoire. Celui-ci s'est d'ailleurs engagé parallèlement dans une démarche prometteuse de développement local, dite de Pays. Cette étude panoramique constitue la première partie de ce mémoire.

Dans la deuxième partie, l'appréhension des concepts de coordination gériatrique et de développement local, en s'appuyant sur la participation des acteurs, semble porteuse de cohérence et fournit des éléments de réponse à nos interrogations. Cette orientation s'appuie sur une analyse préliminaire unanimement partagée par les dirigeants de l'Association et par le personnel soignant.

Enfin, dans la troisième partie, les modalités concrètes de mise en œuvre de la stratégie de l'Association et de l'organisation du SSIAD sont déclinées. Cela me conduit à mettre en lumière une dimension plutôt éludée de la fonction de direction et à reconsidérer le rapport entre service ou équipement et l'environnement.

1. LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES A DOMICILE : UN ETAT DES LIEUX PLUTOT INSATISFAISANT EN HAUTE GIRONDE

1.1.LA DEPENDANCE DES PERSONNES AGEES : ESSAI DE CLARIFICATION ET DE PROSPECTIVE

1.1.1. Entre dépendance et autonomie : au-delà des mots, un choix politique

L'état de dépendance, qui qualifie la population prise en charge, demande à être explicité.

Selon le dictionnaire Petit Robert, la dépendance est le «rapport qui fait qu'une chose dépend d'une autre (...) et le « fait pour une personne de dépendre de quelqu'un ou de quelque chose».

Les spécialistes de la gérontologie, au niveau européen, lui ont donné une définition plus précise : « La dépendance est un état dans lequel se trouvent des personnes qui, pour des raisons liées au manque ou à la perte d'autonomie physique, psychique ou intellectuelle, ont besoin d'une assistance et/ou d'aides importantes afin d'accomplir les actes courants de la vie »¹.

La dépendance qualifie la relation d'une personne à son environnement. Elle est une relation plus ou moins contraignante, plus ou moins acceptée, avec une autre personne, un objet matériel, un groupe voire une institution, nécessaire à la satisfaction d'un besoin.

La dépendance apparaît alors liée à l'autonomie selon un rapport apparent de cause à effet ou d'opposition qui doit être précisé.

KANT oppose l'autonomie à l'hétéronomie pour caractériser la qualité morale de la volonté humaine. L'individu érige sa dignité dans le fait de se forger lui-même sa propre loi, qui est la loi de la raison². Dans le même registre, LAFON définit l'autonomie comme le fait de « disposer de soi dans les diverses situations pour une conduite en harmonie avec sa propre

¹ - Conseil de l'Europe. *Recommandation n° R (98) 9 du comité des ministres aux états membres relative à la dépendance*, p. 1.

² - NATANSON, Jacques. *Indépendance et autonomie*, p. 12.

échelle de valeurs »³. Auquel cas, l'autonomie ne doit pas être confondue avec la capacité physique à faire par soi-même.

Pour A. MEMMI, l'autonomie ne peut s'envisager sans lien avec un environnement donné dans lequel elle puise les éléments nécessaires à son expression. Elle n'est pas l'absence de dépendance. L'état d'autonomie ne s'exerce réellement qu'au travers de certaines dépendances indispensables à son existence. « Tout homme, en effet, est dépendant, chacun à sa façon, inégalement et d'une manière dynamique et variable selon les conjonctures. On pourrait dire alors que l'autonomie est l'autogestion équilibrée des multiples réseaux et chaînes de dépendances que nous entretenons avec les autres individus ; groupes, institutions, objets, réels ou irréels ; tissu de relations où tour à tour nous sommes pourvoyeurs et receveurs dans la ronde incessante de la satisfaction de divers besoins »⁴. L'autonomie qualifie donc plutôt la capacité d'un individu à se gouverner lui-même. L'autonomie désigne alors la capacité ou le droit de choisir soi-même les règles de sa conduite, l'orientation de ses actes. Dans l'absolu, l'autonomie semble toute relative.

Sur un plan plus opérationnel, ces considérations amènent à constater que le système sanitaire et médico-social actuel éprouve une certaine propension à privilégier la prise en charge de la dépendance au détriment de la promotion de l'autonomie.

Cette situation relève de plusieurs origines.

La prééminence du modèle biomédical⁵, reposant sur la structure hospitalière et sur la médecine, axé sur le traitement curatif, par rapport à la prévention, constitue une caractéristique majeure de notre système de santé. Elle donne à penser que la mise à disposition de structures et plus généralement d'une offre de soins se révèle le déterminant fondamental de l'état de santé d'une population. Or, il n'en est rien. Bien au contraire. Cet élément, contribuant seulement à hauteur de 20 % dans l'état sanitaire de la population, joue un rôle secondaire face aux autres déterminants bien plus importants que représentent les caractéristiques héréditaires et biologiques, les styles de vie et les comportements, et enfin l'environnement⁶.

³ - NATANSON, Jacques. réf. 2.

⁴ - BARREYRE, Jean-Yves, et al. *Dictionnaire critique d'action sociale*, p. 61.

⁵ - HENRARD, Jean-Claude, ANKRI, Joël. *Grand âge et santé publique*, p. 186-187.

⁶ - Référence aux travaux de MAC KEOWN, Th (1974-1979) cités par MARTIN, Jean. *Pour la santé publique*, p. 23.

Mais la prédominance du modèle médico-curatif puise également son origine dans la culture du milieu professionnel. Les intervenants professionnels, les soignants et les aides à domicile en particulier, ont été formés et sont toujours formés à « faire à la place de » et à décider pour autrui, l'usager en l'occurrence. Face à un public fragilisé comme les personnes âgées, ce comportement peut s'avérer nocif, car il ne prend pas en compte les capacités préservées de la personne qu'il conviendrait de stimuler, et tend dès lors à accélérer le processus de dépendance et de perte d'autonomie⁷. Cette façon de procéder va à l'encontre de l'expression de l'usager et de sa citoyenneté prônée dans différents textes législatifs et réglementaires de référence.

L'interprétation que se font les professionnels de la dépendance d'une personne âgée ou de ce qu'ils supposent telle se fonde sur leurs représentations⁸ – le plus souvent négatives -, sur des considérations liées au contexte familial de la personne âgée et de leurs intérêts (propres ou inhérents à leur structure d'appartenance)⁹. Le regard porté par les professionnels sur la dépendance se révèle biaisé parce que leur appréhension du phénomène porte essentiellement sur le repérage des incapacités au moyen de grilles. Or, ces instruments de mesure s'orientent vers la réponse aux besoins physiques élémentaires (se déplacer, se laver,...) en éludant les besoins affectifs et les souhaits de la personne âgée¹⁰.

La réponse, en grande partie « erronée », apportée au problème de la prise en charge de la dépendance et de la non-promotion de l'autonomie met en exergue les différents niveaux de responsabilité : professionnels, pouvoirs publics. Il s'agit bien d'une erreur collective. Mais, le champ de la dépendance ne se réduit pas à une querelle sémantique d'approches. Il revêt une réelle acuité en raison de son importance quantitative dans la population âgée.

1.1.2. Le poids de la dépendance : situation actuelle et éléments de prospective

La dépendance des personnes âgées est considérée depuis des années, non seulement comme un problème de santé publique, mais comme un problème majeur de société. L'acuité d'un tel sujet tient au regard biaisé des professionnels du champ sanitaire et social

⁷ - HENRARD, Jean-Claude, ANKRI, Joël. réf. 5. p. 81.

⁸ - AMYOT, Jean-Jacques. *Travailler auprès des personnes âgées*, p. 17-26.

⁹ - HENRARD, Jean-Claude, ANKRI, Joël. réf. 5. p. 81.

qui, en contact exclusif avec cette catégorie d'usagers, tendent à en généraliser les difficultés auprès de l'ensemble de la population âgée¹¹ qu'ils ne connaissent pas. En procédant à des simplifications extrêmes, des amalgames fâcheux « personne (très) âgée = personne dépendante », les professionnels contribuent à alimenter les représentations sociales de l'ensemble de la société. Un autre élément concourt largement à donner une certaine gravité au sujet. Il s'agit du vieillissement démographique exacerbé par les interrogations planant sur le devenir du financement de la protection sociale (les retraites en particulier).

Ce vieillissement démographique s'explique à la fois par la baisse prolongée de la natalité (« vieillissement par la base ») et par une augmentation continue de l'espérance de vie (« vieillissement par le sommet »)¹². Ainsi, le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans atteint actuellement près de quatre millions (soit environ 7 % de la population totale) et devrait s'élever à six millions à l'horizon 2020¹³. Cela sera dû, à partir de l'année 2006, aux nombreux départs à la retraite. Mais les besoins en services liés à la dépendance ne pèseront pleinement qu'à partir de 2030 lorsque la génération nombreuse atteindra 85 ans et que les effets du vieillissement s'accroîtront¹⁴. En 2040, lorsque la génération de 1950, sommet du « baby-boom », aura 90 ans, âge devenu courant, un Français sur trois aura plus de 60 ans.

Cette situation peut sembler préoccupante. Pourtant, de plus en plus d'indices affluent, mettant en exergue que le scénario catastrophe annoncé ne devrait pas avoir lieu. Sur la dernière décennie, notamment, alors que le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus a progressé de 1,5 million, passant de 7,9 à 8,4 millions, la population lourdement dépendante physiquement du même âge a baissé de 670 000 à 600 000 personnes, soit une baisse globale de la prévalence de la dépendance physique de 8,5 % à 6,4 %, selon la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques)¹⁵. Il y aurait environ 530 000 personnes dans les équivalents-GIR 1 à 3 (soit les personnes les plus lourdement dépendantes), représentant approximativement 4,4 % de la population des 60 ans et plus. Parmi elles, plus de la moitié (55 %) vivent à domicile, d'après la même étude.

¹⁰ - HENRARD, Jean-Claude, ANKRI, Joël. réf. 5. p. 80-81.

¹¹ - HENRARD, Jean-Claude, ANKRI Joël. réf. 5. p. 79.

¹² - CALOT, Gérard, SARDON, Jean-Paul. *Les facteurs du vieillissement démographique*, p. 509-510.

¹³ - SANCHEZ, Jean-Louis. *Le soutien au vieillissement en France*, p. 13.

¹⁴ - Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. DATAR. *Schéma de Services Collectifs Sanitaires*, p. 32.

¹⁵ - COLIN, Christel, COUTTON, Vincent. *Le nombre de personnes âgées dépendantes*, p. 3.

La baisse de la dépendance physique devrait cependant être compensée par une montée en charge des démences séniles dans la population française. De 1990 à 2020, l'augmentation totale du nombre de cas de démence sénile à partir de 60 ans atteindrait 89 % alors que la population du même âge n'augmenterait que de 58 % sur la même période¹⁶. Le changement de tendance annoncé ne va pas manquer d'avoir une incidence sur la façon d'appréhender le soutien aux personnes âgées. En effet, au-delà de l'offre de soins, l'effort gagnerait à être mis sur le développement de la prévention, notamment en termes de maintien des relations sociales après la cessation d'activité professionnelle¹⁷.

Pour conclure cette approche prospective, les dernières projections amènent à imaginer trois hypothèses à l'horizon 2020 :

- 1.1.1. « l'hypothèse d'un accroissement du nombre de personnes dépendantes (et donc des aides à mettre en œuvre) parallèle à l'évolution des effectifs de personnes très âgées, soit 40 % entre 2000 et 2020, paraît une hypothèse exagérément pessimiste ;
- 1.1.2. une hypothèse intermédiaire, avec une augmentation de 20 % de la dépendance sur les 20 prochaines années, paraît plus plausible. Elle table sur une diminution des taux d'incapacité par âge inférieure à celle qui a été observée sur la décennie 80 ;
- 1.1.3. l'hypothèse d'un maintien à l'identique des effectifs de personnes dépendantes, malgré le vieillissement de la population, n'est pas à écarter : en tout état de cause, cette hypothèse pourrait être considérée comme un objectif ambitieux des pouvoirs publics, qui, s'appuyant sur les progrès techniques, peuvent développer une politique volontariste pour faire reculer l'apparition de l'incapacité au sein de la population âgée »¹⁸.

Compte tenu de ces perspectives démographiques à 20 ans et des nombreuses incertitudes, la prévention de l'apparition de la dépendance chez les personnes âgées figure parmi les six objectifs majeurs de santé publique définis par l'Etat¹⁹.

Le regard porté sur une population découle en partie des politiques publiques qui contribuent à le modeler. L'examen de la politique sociale en faveur de la vieillesse va permettre de préciser la nature de ce regard.

¹⁶ - HENRARD, Jean-Claude, ANKRI, Joël. réf. 5. p. 53.

¹⁷ - SANCHEZ, Jean-Louis. réf. 13. p. 14.

¹⁸ - Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. DATAR. réf. 14. p. 33.

¹⁹ - Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. DATAR. réf. 14. préambule non paginé (6^{ème} page).

1.2.LE CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE : LE MAINTIEN A DOMICILE COMME CREDO DE LA POLITIQUE EN FAVEUR DE LA VIEILLESSE SE TROUVE CONFRONTE A DES ENJEUX CONTRADICTOIRES

1.2.1. La politique de la vieillesse : une multiplicité d'institutions référentes et de dispositifs

Le rapport de Pierre LAROQUE sur la politique de la vieillesse, écrit en 1962, pose les bases et les principes, toujours d'actualité, de l'action sociale en faveur de la vieillesse. L'accent est mis sur la prévention du vieillissement, l'intégration des personnes âgées dans la société et leur maintien à domicile. Pierre LAROQUE y préconise notamment qu'un ensemble de moyens et de services adaptés aux besoins des personnes âgées soient mis à leur disposition. Le rapport évoque expressément la mise en place de coordinations gérontologiques à différents niveaux : départemental, pour la coordination interinstitutionnelle axée sur la planification des moyens à partir de la détermination des besoins, et local pour la coordination centrée sur l'usager visant à orienter celui-ci vers le service idoine. Ce dernier niveau doit mailler le territoire.

La volonté des pouvoirs publics de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées s'exprime de façon plus affirmée à partir du VIème Plan (1971-75) qui introduit les notions de « fonctions collectives » et de « programmes finalisés » au service de deux ambitions sociales : le développement de la solidarité et l'amélioration du cadre de vie. Cette ambition donne naissance à l'allocation logement aux personnes âgées (loi du 1^{er} juillet 1972) et permet la création de plus de 350 services d'aides ménagères par le programme finalisé. L'effort est poursuivi durant le VIIème Plan. En effet, la circulaire n° AS 5 du 28 janvier 1977 « favoriser le maintien à domicile des personnes âgées » relative à la mise en place du Programme d'Action Prioritaire n° 15 se donne pour vocation, au-delà de l'appui au maintien à domicile, de « préserver et de développer l'autonomie des personnes âgées et leur participation à la vie sociale ». A cette fin, elle propose, autour de services de base portant sur l'amélioration de l'habitat et sur la participation à la vie sociale et culturelle des personnes âgées, un certain nombre de services optionnels comme les services d'information, les actions de préparation à la retraite, l'aide ménagère et autres menus services (lavage de linge,..), le portage de repas à domicile, la télé-alarme, les centres de jour....La participation des usagers à la conception et à la mise en place de ces services y

est prônée et la nécessité d'une coordination des actions rappelée. Mais dans les faits, les équipements et services vont se multiplier avec le soutien financier d'institutions aussi diverses que les caisses de retraite, les organismes d'assurance maladie, les conseils généraux et les communes... Ces organismes vont développer indépendamment les uns des autres leur propre politique.

L'impact sur les usagers d'une telle disparité d'un département à l'autre ou même d'une ville à l'autre se traduira par des inégalités flagrantes d'accès aux prestations et aux services. Un exemple illustre à merveille cette situation, il s'agit de la prestation d'aide ménagère. Créée au cours des années cinquante, elle est la plus ancienne des prestations de soutien à domicile. Elle s'avère financée, en fonction du niveau de ressources du bénéficiaire, soit au titre de l'aide sociale, légale, des conseils généraux, soit dans le cadre de l'action sociale, extra-légale, des caisses de retraite. Cette prestation fait l'objet de nombreuses critiques. Il lui est ainsi reproché un ciblage de la population n'obéissant pas à des critères toujours clairs, même si l'introduction de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) a contribué à amender les choses, une attribution du montant variable selon les régimes de retraite ou les conseils généraux²⁰ et, au-delà, une inégalité d'accès à l'information sur son existence même (selon l'INSEE, plus le niveau d'éducation de la personne âgée est élevé, plus elle a recours à une aide professionnelle)²¹. Les mêmes griefs valent également pour la PSD avec laquelle la prestation d'aide ménagère s'articule. L'orientation vers l'un ou l'autre de ces deux dispositifs est réalisée en fonction du niveau de dépendance de l'utilisateur et de ses ressources financières. Les deux prestations ayant le même objet, l'aide aux actes de la vie courante, il est curieux que celle à priori destinée aux personnes les plus dépendantes (la PSD) se révèle la plus pénalisante avec le recours sur succession qu'elle induit.

Cette disparité de traitement vaut plus généralement pour une majorité de prestations ou services. Aussi, la coordination de toutes les actions dont il est question se révèle une coordination a posteriori et a minima. « Elle souffre d'une grave limite : elle fait l'impasse sur l'harmonisation des financements. Or, c'est bien là qu'existe, dans l'action sociale vieillesse, la plus grande dispersion. Faute de s'être jamais attaqué à ce problème autrement que par des souhaits, le législateur a gravement et durablement semé le doute sur sa volonté réelle de coordination. Il lui aurait fallu convaincre qu'il dominait le processus, alors qu'il a toujours

²⁰ - Inspection Générale des Affaires Sociales. *L'aide à domicile aux personnes âgées*, p. 18-39.

²¹ - INSEE. « *France, portait social* ». Edition 1998 cité par Liaisons Sociales Quotidien, n° 12776, vendredi 30 octobre 1998. p. 2.

été perçu comme l'accompagnant »²². Ce qui conduit d'aucuns à évoquer « la dérive d'une politique globale de la vieillesse vers une simple politique segmentaire du mode de vie »²³.

Pourtant, différents rapports dont celui de Théo BRAUN, en 1987, de Pierre SCHOPFLIN et de Jean-Claude BOULARD en 1991 scandent de façon récurrente comme une antienne la nécessité d'une définition d'une politique globale de soutien à domicile requérant la coordination des différents financeurs aux logiques parfois divergentes et militent en faveur de l'instauration d'une prestation légale d'autonomie.

En théorie, l'arsenal législatif et réglementaire, support nécessaire à la coordination, a été élaboré. La coordination des institutions figure d'ailleurs un des axes forts de la loi sociale du 30 juin 1975. Différents textes l'ont accompagnée et adaptée au processus de décentralisation, en introduisant la notion de schéma départemental²⁴. Dans les faits, la faible adhésion des conseils généraux a conduit l'Etat à légiférer.

Malgré tous ces efforts, dès le milieu des années 1980, à partir du IXème Plan (1984-1988) précisément qui introduit la notion de Contrat de Plan Etat-Régions, la prise en compte des problèmes de la vieillesse ne fera plus vraiment l'objet d'une politique spécifique. Elle se diluera dans différentes politiques publiques sectorielles comme l'emploi, la santé²⁵...avec le souci de maîtriser l'évolution des dépenses.

Trois raisons essentielles expliquent la « dérive » de l'action sociale vieillesse. D'une part, celle-ci est la traduction de l'écart entre le dispositif originel de Sécurité Sociale souhaité par Pierre LAROQUE, son promoteur en 1945, qui voulait instaurer un système universel, unitaire et uniforme et son résultat concret : une organisation complexe et émietlée²⁶. Le processus a été accentué par la décentralisation. D'autre part, devant l'aggravation de la crise économique au début des années 1980, la politique de la vieillesse a cessé de devenir une ambition, une fin en soi. Elle s'est effacée au profit d'intérêts économiques liés à l'emploi. Les personnes âgées, dont les revenus se sont fortement accrus au cours des vingt dernières années, constituent un marché et ont été assimilées à un gisement d'emplois

²² - Fondation de France. *La coordination gérontologique*, p. 22

²³ - GUILLEMARD, Anne-Marie. *Le déclin du social*, citée par VEYSSET-PUJALON, Bernadette, BOUQUET, Brigitte. réf. 22. p. 22-23.

²⁴ - Loi n° 86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé et circulaire du 7 avril 1982 relative à la politique sociale et médico-sociale pour les retraités et personnes âgées.

²⁵ - AMYOT, Jean-Jacques. réf. 8. p. 87.

²⁶ - VIOSSAT, Louis-Charles. *La sécurité sociale*, p. 59-64.

potentiels. Leur solvabilité a été recherchée pour financer la création d'emplois de proximité. Différentes mesures se sont succédées pour faciliter cette évolution : création des associations et services mandataires et intermédiaires en 1987, introduction du chèque emploi service, loi n° 96-63 du 29 janvier 1996 en faveur du développement des emplois de services aux particuliers se caractérisant par l'ouverture du secteur du maintien à domicile aux entreprises à but lucratif²⁷. Ainsi, progressivement, l'aide globale à la personne âgée s'est fragmentée en de multiples interventions parcellaires conditionnant des financements spécifiques. Enfin, les acteurs de terrain (associations, centres communaux d'action sociale,...) ont également leur part de responsabilité dans cette situation en ne recherchant pas à créer les conditions d'une optimisation des ressources qu'aurait permis une coordination de leurs moyens. Les enjeux de pouvoir, la recherche d'un développement endogène pour leurs structures d'appartenance et la facilité ne sont pas étrangers à ce comportement de « franc-tireur » mû par une logique individualiste. Ils n'ont pas été stimulés dans cette perspective par les opérateurs institutionnels - Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS), conseils généraux, caisses de retraite - qui se sont également peu investis, comme l'atteste d'une certaine manière l'échec en 1981 de la création de 500 postes de coordinateurs au plan national²⁸.

1.2.2. Une illustration de cette situation : le cas des SSIAD

Les services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées (SSIAD) ont pour texte fondateur le décret n° 81-448 du 8 mai 1981 qui leur assigne pour vocation « d'éviter l'hospitalisation des personnes âgées lors de la phase aiguë d'une affection pouvant être traitée à domicile, de faciliter les retours au domicile à la suite d'une hospitalisation, de prévenir ou retarder la dégradation progressive de l'état des personnes et leur admission dans les services de long séjour ou dans les sections de cure médicale des établissements sociaux » (article 1^{er}).

Ce même article précise le contenu de la prestation qui doit être délivrée aux personnes âgées malades ou dépendantes : « les soins infirmiers et d'hygiène générale, les concours nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ainsi que, éventuellement, d'autres soins relevant d'auxiliaires médicaux (...) ». En réalité, les SSIAD, financés exclusivement par l'assurance maladie, se concentrent uniquement sur les soins infirmiers et d'hygiène et de certains auxiliaires médicaux (pédicures). Les autres tâches nécessaires à

²⁷ - UNASSAD. *L'aide à domicile : repères pour l'avenir*, p. 24-40.

²⁸ - Fondation de France. réf. 22. p. 17-22.

l'accomplissement des actes essentiels de la vie relèvent d'autres institutions tels que les caisses de retraite et les conseils généraux. Cette précision, venant « rogner » le champ d'intervention originel des SSIAD, a été apportée très rapidement avec la circulaire n° 81-8 du 1^{er} octobre 1981 relative aux services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées. Ce deuxième texte insiste cependant sur la nécessité d'une intervention globale auprès des personnes âgées, sur la continuité des soins incombant à ce type de service et sur la coordination avec les autres institutions intervenant auprès des personnes âgées, découlant de ces principes.

Le cadre réglementaire des SSIAD paraît bien circonscrit. Il met toutefois en exergue le découplage entre les objectifs ambitieux dévolus à ce type de service, marqué par la prééminence du sanitaire, et les moyens qui n'ont pas été accordés du fait de la complexité de l'architecture de la politique vieillesse. L' environnement en pleine évolution actuellement peut modifier la donne.

1.2.3. Entre la PSD, la future APA, les projets de réforme de la loi sociale du 30 juin 1975 et des SSIAD, le PSI et la mise en place prochaine des CLIC, quelles perspectives d'organisation ?

Le constat de parcellisation qui vient d'être brossé a connu avec l'introduction de la PSD en janvier 1997 une amorce de changement. Ce texte²⁹ rappelle d'emblée la nécessité de la coordination de la prise en charge de la dépendance. Elle doit s'effectuer par voie conventionnelle entre les conseils généraux et les organismes de sécurité sociale. Le partenariat institutionnel prôné est devenu une réalité car l'articulation entre la PSD et la prestation d'aide ménagère délivrée par les caisses de retraite devait être formalisée pour supprimer les redondances de procédure, éviter les zones de friction concernant des usagers dont l'état de dépendance les situe à la frontière de prise en charge par l'un ou l'autre des dispositifs. La loi sur la PSD, a fait l'objet de nombreux reproches³⁰. Ont été stigmatisés le fait qu'elle soit une prestation d'aide sociale plutôt qu'un cinquième risque couvert par la sécurité sociale, l'inégalité de son montant variable selon les territoires et le

²⁹ - Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

³⁰ - Comité National des Retraités et Personnes Agées, organisations représentatives de l'aide à domicile et de l'accueil en établissements. *Le livre noir de la PSD*, p. 5-16.

recours sur succession considéré comme un frein à son développement... Tout cela générant une faible pénétration de la population-cible avec 135 000 bénéficiaires³¹ sur les 800 000 personnes âgées dépendantes. Néanmoins, cette prestation a contribué à clarifier le jeu en instituant le conseil général comme maître d'ouvrage de l'action gérontologique au niveau départemental.

Cependant, cela ne suffit pas comme l'exprime le rapport « Vieillir en France : pour une prise en charge plus juste et solidaire des personnes âgées en perte d'autonomie » de Paulette GUINCHARD-KUNSTLER, alors députée et maintenant secrétaire d'Etat chargée des Personnes Agées. Ce rapport souligne, comme les précédents, la complexité, le manque de lisibilité du système de prise en charge de la dépendance. Il préconise l'instauration d'une prestation unique dépendance, la création de bureaux d'information, de coordination et d'aide à la décision qui doivent constituer des échelons de proximité au côté d'un échelon départemental de coordination s'appuyant sur les schémas départementaux gérontologiques. Le rapport recommande également la création de services polyvalents de maintien à domicile intégrant une prise en charge sanitaire et sociale en s'appuyant sur des équipes pluridisciplinaires. Un élément fait l'objet d'une résonance plus aiguë que dans les précédents rapports : la prise en compte de la famille, des aidants naturels, dont il faut éviter l'épuisement.

Ce rapport, reprenant pour l'essentiel des idées déjà exprimées dans les précédents et sur lesquelles tout le monde s'accorde, aurait pu connaître le même sort qu'eux, c'est-à-dire l'absence d'applications concrètes. Or, il semblerait que les choses évoluent. Plusieurs éléments l'attestent : le vote de la loi sur l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), l'annonce du projet de réforme des SSIAD et l'introduction progressive des centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

1.2.3.1. L'APA : une nouvelle étape vers un cinquième risque de sécurité sociale ?

L'APA, doit se substituer à la PSD au 1^{er} janvier 2002. Cette nouvelle allocation sera universelle, égale sur tout le territoire et d'un montant sensiblement supérieur à celui de la PSD. Le montant attribué dépendra du niveau de perte d'autonomie (on ne parle plus de dépendance) et des ressources du bénéficiaire. Ces dernières entreront en ligne de compte par le biais d'un ticket modérateur. Servie par les conseils généraux, selon des modalités

³¹ - WENZ-DUMAS, François. *Une allocation pour le droit à bien vieillir*, p. 2.

assez identiques à celles de la PSD, cette nouvelle prestation devrait constituer, néanmoins, un progrès en se rapprochant de la logique d'assurance et en bénéficiant à plus de personnes (les GIR 1 à 4) que la PSD (GIR 1 à 3). Avec la suppression du recouvrement sur la succession du bénéficiaire, sur le légataire ou sur le donataire, elle présente désormais davantage les caractéristiques d'une prestation de sécurité sociale que d'aide sociale.

1.2.3.2. Pour les SSIAD : une meilleure coordination entre les services de maintien à domicile ?

Le projet de réforme des SSIAD tient compte également des préconisations du rapport de Paulette GUINCHARD-KUNSTLER. Ces nouveaux services seraient ouverts à l'avenir indifféremment à des personnes âgées de plus de 60 ans malades ou dépendantes et à des adultes de moins de 60 ans porteurs de maladies chroniques ou de handicaps. La composition du personnel devrait être élargie à d'autres auxiliaires médicaux que les infirmiers et aides soignants, notamment à des ergothérapeutes, mais également des psychologues de façon à s'inscrire dans une logique pluridisciplinaire plus à même de répondre aux besoins multiformes des personnes âgées. En revanche, l'idée, apparue dans la première version du projet, de créer des services réellement polyvalents intégrant à la fois les prestations de soins et d'accompagnement à domicile pour les actes de la vie courante, semble abandonnée. Dans cette configuration, les moyens attribués aux SSIAD à l'origine seraient enfin accordés, en dépassant le clivage sanitaire et social. Les SSIAD « nouvelle formule » auraient été destinataires de l'ensemble des fonds provenant de l'assurance maladie pour la partie soins et des financements de droit commun pour la partie accompagnement social. Il semble que le ministère ait renoncé à cette fusion, puisque la deuxième version du projet prévoit trois types de services : des services de soins infirmiers à domicile « classiques », des services d'aide et d'accompagnement à domicile et enfin des services de soins, d'aide et d'accompagnement à domicile (disposant eux des deux palettes de prestation en leur sein). Le statu quo serait de la sorte maintenu. Pour les SSIAD « classiques » ne disposant pas en interne d'un service d'aide et d'accompagnement, la prise en charge médico-sociale globale et coordonnée des bénéficiaires devrait être formalisée par voie de convention avec ce type de service. Il ne paraît pas certain que ce mode de collaboration soit suffisamment fort pour garantir une véritable coordination entre les deux types de service et instaurer de véritables services polyvalents de maintien à domicile chers à Paulette GUINCHARD-KUNSTLER.

1.2.3.3. Les CLIC et la coordination de l'ensemble des acteurs intervenant à domicile

L'actuelle secrétaire d'Etat chargée des personnes âgées doit être satisfaite de voir apparaître les premiers CLIC qui figuraient parmi ses propositions. Ce nouveau type de structure annoncé dans le cadre de la circulaire DAS-RV 2 n° 2000-310 du 6 juin 2000 comporte trois niveaux différents. Le premier niveau correspond à la mise en place de fonctions d'écoute, d'accueil et d'information à destination de la population. Le deuxième niveau allie les missions assurées par le premier et complétées par l'évaluation des besoins et l'élaboration d'un plan d'aide personnalisé dont il n'est pas tenu d'assurer le suivi. Il est supposé s'appuyer sur une palette limitée de services. Le troisième niveau garantit la mise en œuvre et le suivi du plan d'aide. Il dispose pour cela de la faculté de mobiliser tous les services existants (SSIAD, services d'aide ménagère,...) et doit pouvoir faire face aux situations d'urgence. Faisant suite à cette circulaire, un cahier des charges relatif aux recommandations et procédures pour le développement de ces CLIC vient d'être diffusé. Il aborde l'articulation des CLIC avec les équipes médico-sociales instruisant la PSD, et prochainement l'APA, qui semblent confortées dans leur mission d'évaluation à domicile et même considérées comme les plus à même d'assurer la coordination centrée sur l'utilisateur. Sachant, par ailleurs, que les SSIAD étaient déjà mandatés sur le plan législatif pour s'acquitter de ce rôle, et que les services d'aide ménagère sont engagés depuis 1999 dans une démarche qualité initiée par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés (CNAVTS) leur enjoignant de procéder à des évaluations globales de leurs usagers. L'interrogation majeure concernant ce nouveau dispositif a trait à la façon dont les structures de maintien à domicile et les professionnels libéraux vont s'en saisir.

Ces derniers sentent également souffler le vent de la réforme avec le projet de plan de soins infirmiers (PSI) qui a suscité une importante levée de bouclier. L'entrée en application de ce nouveau mode de fonctionnement a été repoussée. Parmi les éléments essentiels de ce projet figurent la production d'un plan de soin personnalisé réalisé par l'infirmier libéral et le transfert de prise en charge qu'il assurerait initialement vers l'aide à domicile, chargée de prendre le relais après l'amélioration de l'état de santé de l'utilisateur. Le texte prévoyait des modalités de suivi régulier de l'activité de l'aide à domicile par l'infirmier. Si l'intervention de l'aide à domicile relève d'un recrutement opéré par l'utilisateur dans le cadre d'un gré à gré, cela peut ne pas poser de problème. En revanche, si celle-ci est salariée ou en relation contractuelle avec un service de maintien à domicile, la question de la légitimité du suivi par un tiers extérieur ne manquera pas de se poser.

L'inventaire des nouveaux dispositifs ne serait pas exhaustif si l'on passait sous silence les réseaux dits SOUBIE qui découlent d'une des ordonnances JUPPE du 24 avril 1996³² et s'efforcent d'expérimenter de nouvelles formes de prise en charge des patients en offrant une meilleure coordination et un accès plus rationnel au système de soins. Ces réseaux peuvent prendre en charge tous types de population. Ils tendent à se multiplier. La Mutualité Sociale Agricole (MSA) a ainsi mis en œuvre plusieurs réseaux gérontologiques³³. Ils positionnent le médecin généraliste comme coordinateur des actions centrées sur la personne âgée à partir d'une évaluation globale et pluridisciplinaire.

Toutes ces modifications de l'organisation du maintien à domicile visant à une meilleure coordination des interventions se traduisent en fait par une multiplication des structures (apparition des CLIC), des postes de coordinateurs (infirmier coordinateur de SSIAD, équipe médico-sociale de la PSD, coordinateur de CLIC, infirmier libéral, médecin généraliste...) et des évaluations globales des besoins des usagers. Une meilleure lisibilité et efficacité seront-elles dégagées pour autant ?

L'effervescence liée à toutes ces évolutions rapides, voire soudaines, devrait cependant trouver une meilleure cohérence d'ensemble avec la réforme de la loi sociale du 30 juin 1975 qui va intégrer, fait nouveau, le secteur du maintien à domicile. Les axes forts de ce projet de réforme sont largement connus. Il s'agit de la reconnaissance des droits des usagers et de leurs familles avec notamment la production d'un projet individualisé ; l'amélioration des procédures de pilotage avec l'instauration de schémas sociaux et médico-sociaux pluriannuels, la rénovation du régime des autorisations et l'évaluation des structures ; et le développement d'une réelle coordination entre tous les protagonistes qui devrait se traduire par une plus grande formalisation du partenariat entre les organismes financeurs et les prestataires de terrain par le biais des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Il y a là semble-t-il des arguments de poids pour faire émerger une meilleure coopération entre les différents acteurs.

L'accélération de l'histoire avec tous ces projets de réforme et ces nouveaux dispositifs traduit la volonté de changement des pouvoirs publics. Il convient de voir maintenant comment l'Association de Soins à Domicile de la Haute Gironde, au travers de son SSIAD,

³² - Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

³³ - Arrêté du 30 mars 2000 portant agrément de réseaux gérontologiques expérimentaux en application de l'article L 162-31-1 du code de la sécurité sociale, paru au Journal Officiel du 1^{er} avril 2000.

appréhende son environnement pour répondre aux besoins de la population âgée dépendante locale.

1.3. SUR LE TERRITOIRE D'INTERVENTION DE L'ASSOCIATION : UN BILAN CONTRASTE

1.3.1. La Haute Gironde : un territoire homogène mais fragile générant une mobilisation inégale des acteurs politiques et socio-économiques

La Haute Gironde constitue un territoire longeant l'estuaire de la Gironde et regroupant cinq cantons aux confins nord du département du même nom³⁴. 71 080 habitants³⁵ y vivent dont 6 052 de 75 ans et plus, soit 8,51 % de la population totale. Un taux qui s'avère supérieur aux moyennes³⁶ départementale (7,1 %) et régionale (8,3 %). Cette entité enclavée, où 75 % de la population réside en zone rurale dans un habitat dispersé³⁷, se caractérise par des indicateurs socio-économiques plutôt mauvais : taux de chômage supérieur à la moyenne départementale, revenu annuel moyen par ménage inférieur à cette moyenne départementale³⁸, taux élevé de PSD, faible montant des retraites agricoles...Elle pâtit également d'une image négative à l'extérieur³⁹. Soucieux de mutualiser leurs moyens, les élus locaux ont accru leur engagement en faveur de l'intercommunalité inspirée par la loi CHEVENEMENT⁴⁰. Des communautés de communes à base cantonale se sont peu à peu érigées en remplacement des précédents syndicats intercommunaux à vocation multiple (SIVOM). Elles se sont configurées autour de compétences en matière de développement économique, d'aménagement de l'espace, de mise en valeur de l'environnement, de voirie, d'amélioration de la vie sociale et de tourisme. Sous l'impulsion de la loi VOYNET⁴¹, un pallier supplémentaire dans la coopération intercommunale vient d'être franchi depuis 1999 avec l'émergence du Pays de la Haute Gironde qui fédère 59 des 65 communes du territoire. Edifier un pays devient particulièrement important pour un territoire aussi vulnérable que le

³⁴ - carte jointe : Annexe n°1.

³⁵ - d'après le recensement général de la population de l'INSEE réalisé en mars 1999.

³⁶ - DRASS. *Statistiques et indicateurs de la Santé et du Social : Mémento Aquitaine 1999-2000*, p. 8.

³⁷ - SIVOM de la Haute Gironde. *Les ressources cachées de la Haute Gironde*, p. 5.

³⁸ - SIVOM de la Haute Gironde. réf. 37. p. 18.

³⁹ - SIVOM de la Haute Gironde. réf. 37. p.15.

⁴⁰ - Loi n° 99-586 du 12 juillet 1999 relative au renforcement et à la simplification de la coopération intercommunale.

⁴¹ - Loi n° 99-533 du 25 juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire et portant modification de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire (dite loi PASQUA).

nôtre, car cela représente la seule possibilité de contractualiser avec l'Etat, dans le cadre des Contrats de Plan Etat-Région, et donc d'accéder à des financements et des aides publiques supplémentaires. Actuellement, la réflexion se focalise sur l'élaboration de la charte de développement du territoire qui mobilise les élus, les acteurs socio-économiques et les membres de la société civile, tous pleinement associés dans la démarche.

L'état d'esprit animant les élus de la Haute Gironde s'inscrit dans un mouvement plus général de la société qui se caractérise par une aspiration au regroupement, la recherche d'une échelle pertinente d'intervention et la mutualisation des moyens. Cette évolution ne semble pas diffuser uniformément dans le champ sanitaire et social selon que l'on considère les échelons central ou départemental et local, de proximité.

Au niveau départemental, une forme de concertation, de coopération, découlant de la loi sur la PSD, comme on l'a vu précédemment, s'est mise en place. Le 15 décembre 1998, une convention-cadre a été signée entre le Conseil Général de Gironde et les principaux organismes de retraite (CRAMA et MSA). Le 3 septembre 1999 a vu s'installer l'instance départementale de coordination gérontologique rassemblant ces trois mêmes institutions et la DDASS. Depuis, celle-ci étudie les projets ou demandes émanant du terrain. Parallèlement, le Comité Départemental des Personnes Agées (CODERPA), très actif en Gironde, a renforcé son rôle de réflexion et de proposition, venant alimenter le Schéma Gérontologique Départemental qui avait été adopté dès mars 1996 par le Conseil Général et se fixait comme première orientation l'accompagnement des personnes âgées dans leur souhait de vivre le plus longtemps possible à leur domicile.

A l'échelon local, la situation s'avère plus nuancée. Sur le territoire de la Haute Gironde, un certain nombre de structures se côtoient dont un centre hospitalier, dix-sept maisons de retraite, cinq services de maintien à domicile, le SSIAD, soixante-treize médecins généralistes et presque autant d'infirmiers libéraux (70), trente et une pharmacies et vingt-trois kinésithérapeutes. Ces différents acteurs n'entretiennent pas vraiment de relations partenariales, n'échangent pas ou ne travaillent pas ensemble sur des projets communs. Ils offrent des réponses partielles et parfois redondantes. Ainsi, à titre d'exemple, plusieurs entreprises commerciales proposent du matériel médical (lits, fauteuils roulants,..) au même titre que les pharmacies, mais aucune organisation ne permet de faire face à des retours à domicile, après hospitalisation, survenant dans l'urgence, en fin de semaine. Dans le même registre, une personne âgée dépendante peut indifféremment être prise en charge à domicile par le SSIAD ou par un infirmier libéral, pour un coût variant du simple au double selon la situation. Toutes les maisons de retraite locales offrent plus ou moins les mêmes prestations

et accueillent les mêmes publics ; aucune ne se spécialise dans l'accueil des personnes âgées démentes déambulantes alors que les besoins se révèlent d'ores et déjà importants....

Mais les choses tendent à bouger. Au cours des années 1998 et 1999, une formation pluridisciplinaire à la prise en charge des souffrances et douleurs a été organisée localement, après une réflexion commune, et a rassemblé plus de quatre-vingt professionnels (aides ménagères, aides soignantes, infirmières et médecins) venant tant du secteur institutionnel (de l'hôpital, des trois plus importantes maisons de retraite, de deux services d'aide ménagère et du SSIAD) que libéral ; tant du secteur privé (à but lucratif et non lucratif) que public (collectivité territoriale et établissement public de santé). Cette initiative constituait une première localement et peut être assimilée à l'acte fondateur d'une prémisse de changement. A la même époque, les médecins généralistes se regroupaient en association pour créer une instance de formation médicale continue qui se réunit tous les mois. Les différents acteurs reconnaissent la nécessité de travailler différemment, en concertation et d'échanger, mais ils semblent attendre que l'initiative et l'impulsion viennent d'autrui ou qu'une opportunité se présente. Ils ne se sont pas encore engagés pour autant dans la démarche de développement local, dite de Pays, dont la lisibilité ne leur apparaît pas évidente, car trop éloignée de leurs préoccupations quotidiennes. Cette démarche de développement local paraît pourtant encouragée par différentes politiques publiques.

1.3.2. Le développement local: un concept plébiscité par les politiques publiques

Dans le domaine de l'action sociale, en particulier dans le XIème Plan (1993-1997), la dimension territoriale est érigée en véritable référentiel, au côté de l'insertion. Les politiques territorialisées se centrent davantage sur la notion de territoire que de population-cible. Elles se veulent « contractualisées, inter-partenariales, finalisées sur des projets, non pérennes »⁴². Le développement local constitue l'outil pour permettre d'intégrer véritablement différentes politiques publiques éparses dans un projet collectif et pour soutenir les citoyens dans leurs initiatives. En outre, un déplacement du centre de gravité de l'action sociale est promu. Le cœur de l'action ne vient plus des institutions ou structures. Celles-ci doivent se

⁴² - Commissariat Général du Plan. *Redéfinir le travail social, réorganiser l'action sociale*, p. 22.

mettre au service d'objectifs précis, selon un nouveau principe : la globalité de la démarche⁴³.

Depuis le 25 juin 1999, dans un tout autre domaine, la loi d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire, dite loi VOYNET, est venue étayer cette logique territoriale. La loi introduit la notion de pays. «Lorsqu'un territoire présente une cohésion géographique, culturelle, économique ou sociale, il peut être reconnu à l'initiative de communes ou de leurs groupements comme ayant vocation à former un pays ». Le pays exerce « les activités d'études, d'animation ou de gestion nécessaires à la mise en œuvre des projets économiques, sociaux, environnementaux, culturels et touristiques d'intérêt collectif prévus par la charte du pays ». Celle-ci est l'expression du projet commun de développement durable du territoire. Pour autant, un pays n'incarne ni une nouvelle circonscription administrative ni une nouvelle collectivité locale. Il représente plutôt un lieu d'action collective qui fédère des communes, des organismes socio-professionnels, des entreprises, des associations...autour d'un projet commun de développement. Le pays évoque un niveau privilégié de partenariat et de contractualisation qui facilite la coordination des initiatives des collectivités, de l'Etat et même de l'Europe en faveur du développement local⁴⁴.

Le Pays de la Haute Gironde possède ces caractéristiques et a d'ailleurs été reconnu « Pays en émergence » par la DATAR (Délégation à l'Aménagement du Territoire et à l'Action Rurale) en 1999. C'est dans ce territoire particulier que l'Association de Soins à Domicile de la Haute Gironde a vu le jour.

1.3.3. La genèse de l'Association de Soins à Domicile de la Haute Gironde : un partenariat inscrit dans les gènes

En 1993, une association de maintien à domicile du canton de Saint Savin, confrontée aux difficultés du secteur infirmier libéral à absorber la demande locale et au sous-équipement médico-social, élaborait un projet de SSIAD destiné à couvrir l'ensemble de l'arrondissement de Blaye. Cette idée se heurta initialement à l'hostilité des élus des autres cantons et de l'hôpital du secteur qui souhaitèrent être associés dans le projet. Une association regroupant tous ces partenaires se créa à cet effet : l'Association de Soins à Domicile de la Haute

⁴³ - Commissariat Général du Plan. réf. 42. p. 23.

⁴⁴ - Ces précisions ont été apportées lors du séminaire qui s'est tenu à Bayon, commune de la Haute Gironde, le 25 mars 2001.

Gironde. Elle resta en sommeil jusqu'en 1996, les financements nécessaires au fonctionnement du SSIAD n'arrivant qu'à ce moment-là. Progressivement, de nouveaux membres furent introduits. Depuis 1997, la Fédération Départementale des Clubs des Aînés Ruraux représente les personnes âgées, conformément aux prescriptions réglementaires. Un an plus tard, la collaboration, auprès des usagers, avec les infirmiers libéraux s'avérant fructueuse, il fut demandé à ces professionnels de désigner leur représentant. La même proposition s'étendit aux médecins et aux pharmaciens en 1999. Depuis, l'Association s'est également ouverte aux maisons de retraite privées à but lucratif et à but non lucratif qui ont chacune leur délégué. Tous ces nouveaux membres disposent d'une voix délibérative et participent à la vie de l'Association dont la mission est de répondre aux besoins de la population âgée vivant à domicile.

1.3.4. La population âgée dépendante à domicile est confrontée à des besoins multiformes

1.3.4.1. Les besoins sous-estimés des personnes âgées

Il ressort des différentes enquêtes réalisées que les personnes âgées souhaitent dans leur grande majorité demeurer le plus longtemps possible à leur domicile habituel. Cela paraît probablement encore plus vrai en milieu rural où l'attachement à la terre comporte une dimension viscérale. L'impression peut alors être donnée que les personnes âgées dépendantes ayant pu se maintenir à leur domicile se révèlent des privilégiées par rapport à celles ayant eu à faire face à un placement en structure d'hébergement. Le choix de son lieu de vie ne suffit pas pour autant à rendre heureux un individu, fût-il âgé. Des besoins existent. Il ne s'agit pas de tous les relater, mais plutôt de se concentrer sur ceux qui prennent un relief, une acuité particulière à domicile. Parmi ceux-ci peuvent être retenus les aspects suivants.

Le besoin d'avoir un logement confortable et adapté à son handicap se heurte à la réalité locale. En effet, sur l'arrondissement de Blaye, 3,82 % des résidences principales n'ont ni baignoire ni douche, soit trois fois plus qu'au niveau départemental (1,23 %). 34 % des résidences principales ne disposent pas du chauffage central, soit deux fois plus que sur l'ensemble de la Gironde (15 %)⁴⁵. Or, « Plus on monte dans l'échelle des âges, plus les conditions de confort se dégradent ; cet état de fait constitue un obstacle supplémentaire au

⁴⁵ - INSEE. *Mars 1999, recensement de la population*, p. 234-235.

maintien à domicile⁴⁶ ». Parmi la population âgée dépendante prise en charge par le SSIAD, 22 % des usagers vivent dans un logement classé non confortable⁴⁷, qu'il soit le leur ou celui d'un membre de la famille les hébergeant. Au-delà de l'aspect confort, l'adaptation du logement au handicap se révèle tout aussi indispensable. Localement, 10 % des logements dans lesquels vivent les usagers ne sont pas adaptés. Des variations de niveau entre les différentes pièces, des portes trop étroites ne permettant pas le passage d'un fauteuil roulant, ...constituent des obstacles au maintien à domicile et peuvent représenter des sources de danger potentiel (risque de chute,...).

Un autre besoin porte sur les difficultés de déplacement de la population âgée pour sortir de son logement. L'INSEE estime qu'en zone rurale, 12 % d'entre elles n'ont ni transports en commun ni véhicule personnel⁴⁸. Au sein du service, les usagers, en majorité lourdement dépendants (20 % de GIR 1; 40 % de GIR 2; 27 % de GIR 3 et 13 % de GIR 4), peuvent difficilement être transportés dans les véhicules de leur entourage auquel ils sont entièrement soumis en termes de disponibilité et de bon vouloir. Le recours à un moyen de transport spécifique et adapté (TRANSADAPT en Gironde) s'avère alors nécessaire. L'ennui réside dans la faible connaissance de ce dispositif par la population et ses modalités de fonctionnement trop restreintes.

Pourtant, se déplacer paraît indispensable pour l'entretien d'une vie sociale car l'avancée en âge se traduit par un appauvrissement relationnel⁴⁹. Les bénéficiaires de l'intervention du SSIAD vivant seuls demeurent peu nombreux (10 %), les autres jouissent de la présence du conjoint (30 %), ou résident avec un de leurs enfants (25 %), voire cohabitent avec des personnes de générations différentes (26 %). Malgré la présence rassurante d'un entourage familial dans la grande majorité des cas, un certain nombre de ces personnes souffrent d'une solitude liée au manque de disponibilité ou d'envie des autres membres du foyer. « Le sentiment de solitude est probablement le phénomène psychologique fondamental en rapport avec le vieillissement. Peut-être vieillir c'est se trouver confronté avec une succession de pertes qui nous laissent chaque fois plus seul : perdre son travail, son statut social, ses ressources, ses amis, ses forces, sa santé, son conjoint, son logement. Perdre pour retrouver autre chose, ou pour rester démuné avec un sentiment d'amertume ou encore

⁴⁶ - DELBES, Christiane. *Le logement des personnes âgées*, p. 163.

⁴⁷ - D'après l'INSEE, un logement est réputé confortable s'il comporte à la fois une douche ou une baignoire, un WC et un chauffage central.

Les données qui suivent faisant référence au SSIAD sont extraites du rapport d'activité de l'année 2000 de ce service.

⁴⁸ - INSEE. *Le cadre de vie des plus de soixante ans*, p. 2.

⁴⁹ - BLANPAIN, Nathalie, PAN KE SHON, Jean-Louis. *Vieillir, c'est discourir...un peu*, p. 11.

plus souvent de résignation, qui nous fait demander si la vie garde son sens. A perdre trop on finit par mourir, par se laisser mourir ou désirer la mort »⁵⁰ affirme Claude BALIER. Cet isolement relationnel, cette solitude ne sont pas toujours exprimés par la personne âgée. Il peuvent être perçus par les soignants qui relèvent certains indices : difficulté pour la personne âgée à les laisser partir, demandes assidues de contacts physiques (bises, caresses, aides aux déplacements...). Maintenir une vie sociale pour la personne âgée, y compris dépendante, s'avère crucial. « Outre des réponses en termes de soins, c'est aussi et surtout des réponses en matière de prévention qu'il faut maintenant organiser. Le risque de dépendance psychique tend en effet à croître bien plus vite que le risque de dépendance physique, faute de relations sociales maintenues durablement après la période d'activité professionnelle. Il importe donc de faciliter le maintien d'une vie sociale forte aux divers âges de la vie. »⁵¹ déclarait ainsi Jean-Louis SANCHEZ, délégué général de l'ODAS.

En corollaire au besoin précédent figure la nécessité de s'employer de manière à se sentir utile et de se récréer. Virginia HENDERSON estime qu'il s'agit pour la personne âgée de s'occuper de manière à ce que le résultat de son action lui confère l'impression d'avoir réalisé quelque chose d'utile pour elle-même et/ou pour autrui⁵². Ce besoin, reconnu à tout individu, support à l'identité, devrait également l'être pour les personnes âgées dépendantes, malades ou souffrant de détérioration des fonctions intellectuelles et même en fin de vie. La réactivation des rôles sociaux de ces personnes devient dès lors impérative. Selon Michel CHRISTOLHOMME « (...) Il s'agit de répondre aux besoins d'identité, de reconnaissance et de transmission des vieillards, d'utiliser leurs capacités de donner, d'enseigner, d'expliquer et de répondre aux besoins des autres générations (notamment les plus jeunes), d'apprendre et de comprendre»⁵³. Ces échanges requièrent des contacts d'origines diverses mais ils commencent avec l'entourage, la famille.

1.3.4.2. L'entourage délaissé

Les besoins complexes des personnes âgées font l'objet généralement d'une attention soutenue de la part des professionnels qui cherchent à pérenniser leur maintien à domicile. En découle bien souvent une focalisation qui conduit à ignorer l'entourage direct des personnes âgées. Ces proches ont une vocation d'aidants naturels par opposition aux aidants professionnels. Il est de tradition, dans bien des sociétés humaines, de voir les

⁵⁰ - cité par REBOUL, Henri. *Les besoins psychologiques de la personne âgée*, p. 31.

⁵¹ - SANCHEZ, Jean-Louis. réf. 13. p. 14.

⁵² - ADAM, Evelyn. *La personne âgée et son besoin de s'occuper de manière à se sentir utile*, p. 12-13.

⁵³ - CHRISTOLHOMME, Michel. *Utilité, intérêt et mémoire*, p. 12.

enfants subvenir aux besoins de leurs parents, après avoir eux-mêmes bénéficié de l'éducation de ces derniers. En France, cette notion s'inscrit également dans la loi, sous la forme de l'obligation alimentaire qui engage tant les ascendants que les descendants. Pour autant, le lien qui unit la personne âgée dépendante à l'aidant naturel ne se circonscrit pas à une obligation morale et à des normes sociales. Entrent également en ligne de compte les relations familiales plutôt complexes avec les « systèmes internes de don et de contre-don »⁵⁴. Cela conduit Marie-Eve JOËL et Claude MARTIN à affirmer « que l'on ne peut retenir le sujet âgé comme élément exclusif de l'analyse ». La solidarité familiale s'avère essentielle pour le maintien à domicile. Ainsi, d'après l'enquête « Le prix de la dépendance »,⁵⁵ seulement 5 à 10 % des personnes âgées fortement dépendantes ne bénéficiaient que d'une aide professionnelle alors qu'elles étaient 40 à 60 % à vivre à domicile en ne disposant que de l'aide apportée par leurs proches. Il apparaissait en outre que pour les personnes lourdement dépendantes, les aidants naturels supportent plus du quart des dépenses liées aux aides requises par la dépendance.

La Haute Gironde ne déroge pas à la règle puisque, nous l'avons vu précédemment, plus de 80 % des bénéficiaires du SSIAD vivent entourés de leur famille. La durée moyenne d'une prise en charge par le SSIAD atteignant un an et cinq mois, la situation peut devenir vite stressante pour les aidants naturels. Peuvent émerger des manifestations du type troubles du sommeil, réactions émotionnelles (agressivité, pleurs,...), dépression nerveuse, fatigue, voire, parfois, de la maltraitance. Elles traduisent des besoins diversifiés dans leur nature, selon Mario PAQUET, sociologue québécois : besoins d'information sur les pertes d'autonomie de la personne âgée ; besoins d'information pour s'adapter aux problématiques vécues ; besoins de compréhension du fardeau physique et psychologique supporté ; besoins de répit pour poursuivre la tâche le plus longtemps possible ; besoins d'être acceptés comme partenaires⁵⁶. L'inquiétude face à l'avenir, la sensation d'isolement social et de sacrifice de sa propre vie se font alors jour. L'intervention d'un service de soins à domicile pour personnes âgées dépendantes devrait donc porter impérativement sur le couple bénéficiaire-entourage direct avec une prise en compte de l'ensemble de leurs besoins cumulés.

⁵⁴ - JOËL, Marie-Eve, MARTIN, Claude. *Aider les personnes âgées dépendantes*, p. 14 et 60-64.

⁵⁵ - Il s'agit d'une enquête organisée par la CNAVTS en 1988 dont les résultats sont partiellement présentés in ROZENKIER, Alain. *L'aide à la dépendance : une affaire de famille*, p. 31-32.

⁵⁶ - PAQUET, Mario. *Les professionnels et les familles dans le soutien aux personnes âgées dépendantes*, p. 48.

1.3.5. La prestation du SSIAD : une prise en charge partielle

L'évocation, antérieure, de la dimension réglementaire relative aux SSIAD mettait en exergue la césure entre les champs sanitaire et social. Le SSIAD circonscrit pour l'essentiel son action aux seuls soins infirmiers et de pédicures. Les soins infirmiers recouvrent les actes nécessaires à la vie courante tels que la toilette, l'aide aux transferts (lever/coucher), l'habillage/déshabillage et la mobilisation ; des soins de prévention (de survenue d'escarre, de déshydratation, de désorientation temporo-spatiale...) et d'accompagnement psychologique à la personne âgée dépendante et à son entourage, en situation de fin de vie notamment. Ces soins-là sont effectués par le personnel aide soignant salarié de l'Association, alors que les infirmiers libéraux, liés par convention avec notre structure, dispensent les soins tels qu'injections, pansements... Les autres tâches courantes de la vie quotidienne (préparation des repas et aide à leur prise, ménage,...) relèvent des autres services de maintien à domicile (aide ménagère,...). En complément des soins, le SSIAD informe également les usagers et leur entourage sur les aides existantes en faveur du maintien à domicile telles que la PSD, la prestation d'aide ménagère,... Il apparaît d'ailleurs que 80 % des usagers bénéficiant de cette PSD l'ont été à l'initiative du SSIAD, alors qu'ils se trouvaient préalablement à notre intervention déjà en situation de dépendance. Le déficit d'accès à l'information, tant des personnes âgées et de leur entourage que des professionnels prévaut donc. Les soins d'hygiène, support légitime de notre prestation, fournissent donc l'occasion d'échanger avec ces personnes mais se confrontent aux limites du temps et des compétences requises par l'écoute.

La coordination des différents intervenants aux logiques diverses et parfois contradictoires ne va pas de soi. Elle se réduit à sa plus simple expression, la planification des activités sur la journée. Il convient de déplorer l'absence d'échanges formalisés entre ces collaborateurs. Un dossier de soins existe pourtant, demeurant même en permanence au domicile de l'utilisateur, mais ayant été conçu unilatéralement par le SSIAD, il n'est pas approprié et donc utilisé par les autres professionnels extérieurs à notre structure, ou alors seulement de façon marginale. Des temps de rencontre formalisés entre les salariés du SSIAD et les autres professionnels du maintien à domicile, sous forme de réunions de synthèse, font cruellement défaut.

Une autre caractéristique de l'intervention des divers professionnels du secteur tient à la prééminence du curatif, du soin. Les autres dimensions, maintenant identifiées, reconnues,

tout autant indispensables pour assurer un maintien à domicile pérenne, ne sont pas explorées (adaptation de l'habitat au handicap, activités élaborées de stimulation intellectuelle ou de relations sociales), faute de compétences locales à domicile et de financements spécifiques.

Dans ce contexte, l'action du SSIAD trouve ses limites par rapport aux objectifs assignés par le législateur. L'étude des fins de prise en charge au cours de l'année 2000 s'avère révélatrice. 59 % des décès surviennent encore en milieu hospitalier (services aigus et soins de suite et de réadaptation). Le SSIAD ne parvient à absorber qu'un tiers de la demande locale dont il est saisi. Les nombreuses demandes de retour à domicile après une hospitalisation, les situations d'aggravation aiguë de l'état de santé et de la dépendance restent insatisfaites. Le phénomène prend même des allures inquiétantes, car le service n'est sollicité et parfois repéré qu'en bout de processus lorsque les familles, ayant déjà sollicité « leur » infirmière libérale, se heurtent à un refus de celle-ci, lié à la suractivité.

Les différentes catégories de professionnels libéraux et institutionnels engagés dans le maintien à domicile (infirmières libérales, médecins, kinésithérapeutes, aides à domicile et aides soignantes du SSIAD) souffrent de cette situation insatisfaisante. La méconnaissance du rôle de l'autre, l'absence de communication, de temps et de lieux d'échanges conduit relativement fréquemment à des réactions d'agressivité entre collègues, parfois à des erreurs dans la conduite à adopter auprès des personnes âgées dépendantes et globalement à un faible rendement du secteur.

1.4. L'ABSENCE D'UNE VISION GLOBALE LOCALE PARTAGEE ENTRE LES DIFFERENTS ACTEURS NE PERMET PAS UN ACCOMPAGNEMENT SATISFAISANT DE LA POPULATION AGEE DEPENDANTE SOUHAITANT VIVRE A DOMICILE

Des divers éléments répertoriés jusque-là :

- la prise en charge des personnes âgées dépendantes assurée par le SSIAD de l'Association de Soins à Domicile de la Haute Gironde n'est pas satisfaisante car elle porte essentiellement sur la dimension curative en laissant de côté les autres besoins essentiels à un maintien à domicile pérenne, et ne permet pas suffisamment la coordination des interventions des différents professionnels ;

- la politique sociale en faveur de la vieillesse, par la diversité des financeurs, des prestations, des dispositifs et des professionnels, insuffisamment coordonnés entre eux, ne contribue pas encore à optimiser les interventions destinées aux personnes âgées ;
- le concept de développement local propose une alternative à ces difficultés, en donnant une cohérence d'ensemble aux différentes politiques publiques et en mobilisant les acteurs locaux sur un projet commun de développement ;
- le développement local d'un territoire est considéré comme un référentiel de l'action sociale, depuis le XIème Plan, et comme un élément constitutif de la politique d'aménagement du territoire depuis juin 1999. La Haute Gironde s'est d'ailleurs constituée en pays pour favoriser son essor;

Je formule l'hypothèse suivante :

« L'Association a pertinence à s'inscrire dans une logique de coordination gérontologique prenant place dans le cadre d'un développement local pour mieux répondre aux besoins des usagers et à la commande des politiques publiques, tout en optimisant les ressources disponibles localement. »

2. « PENSER GLOBALEMENT POUR AGIR LOCALEMENT »⁵⁷

Le projet qui vient d'être esquissé nécessite un détour et un éclairage conceptuel préalables avant d'être confronté à l'expérimentation, à la mise en œuvre. Dans cette perspective, il conviendra en premier lieu d'explorer la notion de coordination gériatrique, maintes fois évoquée jusque-là mais sans en avoir précisé le sens et l'intérêt. Or, cela s'avère indispensable pour modifier les pratiques dans notre structure et dans l'environnement. Le même souci doit nous guider à propos du concept de développement local. Celui-ci, en prenant en compte l'importance du domicile pour les personnes âgées, confère au territoire une dimension identificatrice et fédératrice des énergies, un rôle de matrice pour un projet global. Nous serons alors conduits à envisager l'implication des acteurs locaux dans ce processus et les moyens de l'obtenir. A ce titre, la légitimité du directeur du SSIAD à participer à cette démarche s'avèrera intéressante à questionner.

2.1. LA COORDINATION GERONTOLOGIQUE : UN CONCEPT PLEBISCITE MAIS DIFFICILE A METTRE EN ŒUVRE

2.1.1. La coordination : une organisation, certes,...

Le terme coordination trouve son origine dans le latin. Ordinatio signifiant mise en ordre. La coordination se veut avant tout « un agencement d'actions dans un but de rationalisation et de cohérence »⁵⁸. Certains spécialistes ont affiné la définition : « ensemble des activités et des moyens conscients qui visent à assembler et à synchroniser les tâches de nature différente, réalisées par des professionnels disposant de compétences variées, de façon à réaliser au mieux les objectifs que s'est fixés l'organisation »⁵⁹. D'aucuns en écho aux intentions des pouvoirs publics, justifient cette finalité particulière : « L'objectif affiché de la coordination est de parvenir à mettre en cohérence des interventions de professionnels à priori disparates et disjointes les unes des autres »⁶⁰.

⁵⁷ - Ce slogan a été mis en avant par diverses personnalités telles que Edgar MORIN en particulier. La véritable « paternité » reviendrait en fait à René DUBOS, biologiste américain.

⁵⁸ - BARREYRE, Jean-Yves, et al. réf. 4. p. 103.

⁵⁹ - CREDES, ENSP. *L'évaluation des réseaux de soins*, p. 70.

⁶⁰ - JOËL, Marie-Eve, MARTIN, Claude. réf. 54. p. 44.

Pour y parvenir, deux niveaux de coordination s'avèrent nécessaires.

Au niveau central, à l'échelon départemental, une coordination gérontologique interinstitutionnelle ayant pour missions d'impulser les politiques publiques de la vieillesse, d'assurer la cohérence financière et administrative et de jouer un rôle de planification et de prévision. L'outil privilégié formalisant l'ensemble demeure le schéma gérontologique départemental⁶¹. L'évocation de l'histoire de la politique vieillesse a mis en exergue l'échec jusque-là de cet échelon essentiel de la coordination.

Au niveau local, à une échelle variable selon la taille de la population et l'accessibilité géographique (quartier urbain, commune, canton, voire arrondissement ou pays), deux types de coordination peuvent être distingués :

- Une coordination des services, établissements et professionnels libéraux, dotée d'une fonction de concertation, d'analyse des besoins et d'incitation à la création ou au développement de services. Elle est la garante de la cohérence du dispositif local d'action gérontologique et de son adéquation avec le schéma départemental.
- Une coordination centrée sur la personne âgée, visant à mettre en place une évaluation de la situation et à définir les besoins puis le plan d'aide. Un rôle de médiation lui incombe également.

Les bénéfices pour l'utilisateur découlant de ce type d'organisation apparaissent non négligeables : une meilleure information plus cohérente, plus facile d'accès ; des procédures de prise en charge raccourcies ou simplifiées du fait des liaisons existant entre les différents services ou professionnels ; la présence d'un interlocuteur référent qui facilite le déroulement de la prise en charge ; et une meilleure prise en compte des besoins de l'utilisateur qui nécessite soit d'élargir ou modifier les prestations ou services proposés, soit d'en créer de nouveaux⁶².

L'unanimité autour de tels avantages plaide en faveur de la coordination gérontologique dont tout le monde vante les mérites. La réglementation toute récente relative aux CLIC reprend à son compte cette architecture dont la duplication est maintenant souhaitée. L'objectif affiché tend à mailler le territoire avec mille CLIC à l'horizon 2005. Ces qualités alliées

⁶¹ - VEYSSET-PUIJALON, Bernadette. *La coordination dans un département*. réf. 22. p. 75.

⁶² - VEYSSET-PUIJALON, Bernadette. *Objectifs et niveaux d'action de la coordination*. réf. 22. p. 141.

désormais à une volonté politique ne peuvent donc qu'inciter à l'éclosion de ce genre de structure. Cependant, il faut tout de même compter avec quelques difficultés structurelles.

2.1.2. ...Mais un état d'esprit, avant tout !

Mettre en œuvre une coordination gérontologique ne peut se circonscrire à l'édification d'un dispositif à caractère technique. La coordination ne se décrète pas par un oukase. Elle se veut, au contraire, une démarche ouverte, dynamique, volontaire, impliquant la participation de l'ensemble des acteurs concernés sur son territoire d'intervention : professionnels mais également personnes âgées. Elle réactive les enjeux de pouvoir locaux. Pour les transcender, un certain nombre de principes doivent guider l'action d'une coordination.

- Partager le pouvoir. L'ensemble du processus, allant de l'élaboration du constat, de la définition des objectifs, à la planification des actions et à leur mise en œuvre, puis à leur évaluation, requiert un partage équitable entre les partenaires aussi bien dans la décision que dans l'exécution⁶³.
- Placer la personne âgée au cœur des préoccupations. Inscrire la coordination dans la réalité locale revient à s'interroger sur la place de la personne âgée dépendante. Reste-t-elle confinée à son statut de bénéficiaire ou accède-t-elle au rang de partenaire à part entière ? Pour Bernadette VEYSSET-PUIJALON, « La personne âgée ne doit pas devenir un acteur comme les autres. Elle est la raison d'être de la coordination. Celle-ci est un dispositif institutionnel dont l'un des buts premiers est de mettre davantage en relief la personne âgée ». Pour cette spécialiste, « La personne âgée n'a pas à y entrer. Elle doit rester à l'extérieur. C'est de là, et de là seulement qu'elle peut révéler les failles et amener des transformations. Il faut maintenir le jeu entre les deux espaces, car c'est là que s'installe l'autonomie. En remettant en cause l'existant, elle suggère d'autres possibles.»⁶⁴. Le psychiatre S. MALTAVERNE estime, lui, à un autre niveau que « la coordination doit d'abord permettre de traiter le désarroi des aidants (NDLR : aidants est utilisé ici dans le sens d'aidants professionnels) pour retrouver et traiter la détresse de l'utilisateur, celle de ses proches aussi. Pour cela, il est indispensable que tout projet de coordination prenne en compte ce besoin des intervenants, et que leur désir de se coordonner puisse

⁶³ - VEYSSET-PUIJALON, Bernadette. *La coordination dans le quartier d'une grande ville*. réf. 22. p. 45.

⁶⁴ - VEYSSET-PUIJALON, Bernadette. *La coordination dans le quartier d'une grande ville*. réf. 22. p. 47-48.

rencontrer une volonté plus institutionnelle qui leur donnera les moyens : une coordination qui permet de se coordonner et non pas qui coordonne »⁶⁵. La question de la place de la famille dans un processus de coordination se pose dans les mêmes termes. Ses intérêts paraissent bien souvent différents de ceux de la personne âgée. La famille tend à se positionner comme un « consommateur critique ». Aussi, la coordination devrait privilégier à son encontre la fonction de médiation⁶⁶.

- Avoir le souci d'optimiser l'existant. Une coordination n'a pas vocation à chercher, dans l'absolu, à créer de nouveaux services ou de nouvelles activités qui viendraient s'ajouter au panel déjà conséquent des structures engagées dans le maintien à domicile. Une telle attitude reviendrait à prolonger, accentuer le défaut originel de la politique vieillesse que l'on a dénoncé précédemment. Au contraire, une coordination doit tout mettre en œuvre pour améliorer l'existant en cherchant à gommer les dysfonctionnements⁶⁷.
- Asseoir sa légitimité sur la neutralité. La gestion des nouvelles activités découlant de réponses aux besoins de la population-cible sera de préférence confiée à des tiers. Le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité dans ses réflexions et recommandations pour le développement des CLIC⁶⁸ s'interroge sur la compatibilité des rôles de prescripteur et de prestataire et déclare leur antagonisme. La séparation paraît en effet nécessaire pour éviter les dérives. La recherche de la neutralité implique également de ne pas concurrencer l'existant et de travailler en équipe⁶⁹, si possible pluridisciplinaire pour croiser les regards et enrichir la réflexion.
- Associer les élus⁷⁰. Plusieurs raisons expliquent cette nécessité. D'une part, leur légitimité auprès de la population est naturelle car issue du suffrage universel. D'autre part, investis de nouvelles responsabilités depuis la décentralisation, ils se transforment peu à peu en managers de politiques publiques locales⁷¹. Leur soutien se révèle donc incontournable pour escompter des résultats.

⁶⁵ - MALTAVERNE, S. *Point de vue : l'usager, objet ou sujet de la coordination ?*. réf. 22. p. 54.

⁶⁶ - VEYSSET-PUIJALON, Bernadette. *La coordination dans le quartier d'une grande ville*. réf. 22. p. 52.

⁶⁷ - VEYSSET-PUIJALON, Bernadette. *La coordination dans le quartier d'une grande ville*. réf. 22. p. 38.

⁶⁸ - Circulaire n° DGAS/AVIE/2C/2001/224 du 18 mai 2001 relative aux CLIC – Modalités de la campagne de labellisation pour 2001. Annexe n° 2 : réflexions et recommandations pour le développement des CLIC, p. 5.

⁶⁹ - DHERBEY, Brigitte, VEYSSET-PUIJALON, Bernadette. *La coordination en milieu rural*. réf. 22. p. 81.

⁷⁰ - DHERBEY, Brigitte, VEYSSET-PUIJALON, Bernadette. *La coordination en milieu rural*. réf. 22. p. 86-87.

⁷¹ - MULLER, Pierre. *Les politiques publiques*, p. 102-106.

2.1.3. Les résultats attendus et inattendus de la coordination

L'expérience tirée des coordinations gérontologiques existantes depuis plusieurs années permet d'identifier les différents niveaux où des résultats, des transformations sont perceptibles. Quatre niveaux ont été relevés⁷² : les bénéfices pour les usagers, l'évolution des modes de relation entre structures engagées dans le processus, l'impact sur ces structures, et l'évolution des représentations sociales.

Les bénéfices pour les usagers ayant déjà été évoqués (p. 28), seuls les trois autres aspects sont ici abordés.

- L'évolution des modes de relation entre structures engagées dans le processus : Travailler au sein d'une coordination signifie des contacts, des échanges avec les autres partenaires. Au fil du temps, un cheminement de la perception de l'autre se produit requérant différents stades successifs : « de l'ignorance à la connaissance, de la juxtaposition à l'échange, de la concurrence à la complémentarité, d'une stratégie d'opposition à une stratégie d'alliance, d'un système conflictuel à un réseau »⁷³. Cette maturation dans l'acceptation de l'autre aboutit à une remise en question de sa propre légitimité sur un territoire qui n'est plus exclusif mais devient commun et partagé. En Haute Gironde, ce processus est déjà perceptible. Les relations entre le secteur libéral et le SSIAD, géré par une association loi 1901, ont évolué positivement. Perçu initialement comme un « cheval de Troie » du secteur public, un concurrent déloyal, le SSIAD a progressivement été toléré puis intégré dans l'environnement libéral, jusque-là en position de monopole. A l'inverse, l'Association dans son ensemble, des dirigeants aux salariés, se parant d'une prétendue vertu, pratiquait une grande méfiance à l'égard des professionnels libéraux, cristallisée autour d'un supposé et choquant « appât du gain » qui les caractériserait. Cette confrontation idéologique s'est essouffée, la raison l'emportant. La situation préoccupante des personnes âgées dépendantes en termes de difficultés d'accès aux soins de nursing et la nécessité de se rendre mutuellement des services a prévalu. D'autant que, de surcroît, aucun protagoniste n'a perdu de parts de marché.

⁷² - VEYSSET-PUIJALON, Bernadette. *Objectifs et niveaux d'action de la coordination*. réf. 22. p. 141-146.

⁷³ - VEYSSET-PUIJALON, Bernadette. *Objectifs et niveaux d'action de la coordination*. réf. 22. p. 142.

- L'impact sur les structures engagées dans le processus :

Les échanges inter-structures dont il a été fait état produisent des effets importants sur les structures elles-mêmes. En effet, la coordination ayant un but de rationalisation et de cohérence, les débats y afférents, axés sur la correction des dysfonctionnements, constituent l'occasion pour chaque organisme, dans un premier temps, de connaître la perception que les autres peuvent avoir de lui et de repérer les points problématiques. Ainsi, notre SSIAD est considéré par les libéraux comme une structure ne faisant pas toujours preuve de réactivité pour faire face aux situations d'urgence, telles que des sorties d'hospitalisation non préparées ou des dégradations brutales d'état de santé de personnes âgées requérant une prise en charge immédiate. Dans un deuxième temps, des actions correctrices seront à mettre en place. Au-delà de cette dimension introspective, les projets portés par la coordination et impliquant les différents acteurs amènent des changements de pratique et transcendent la perception individualiste de chacun, les façons de travailler. D'une certaine manière, la coordination requiert et introduit de la plasticité.

- L'évolution des représentations sociales :

Nous avons vu précédemment le poids des représentations sociales chez les professionnels du maintien à domicile (p. 4). Ces représentations, souvent négatives à l'égard des personnes âgées dépendantes, ne se révèlent pas immuables. Elles peuvent évoluer et la coordination peut constituer un catalyseur intéressant dans ce domaine. « La coordination va entraîner un double travail de révélation et de transformation. Les représentations sociales, à la fois générées et acquises, s'élaborent à travers et dans les rapports de communication. Dans la communication, le sujet met à l'épreuve la valeur des prises de position de ses partenaires, les objective, les élabore en fonction d'une recherche personnelle. Il y a donc nécessité de partager avec les autres, de s'appuyer sur eux, (...). Le groupe est fondamental. Chaque acteur relève de plusieurs groupes d'appartenance. Mais la coordination est un groupe particulièrement fort ; il servira rapidement (...) d'ancrage. Il exige pour fonctionner, pour exister, que l'implicite devienne explicite. Chacun doit révéler les principes qui fondent son action. Cela demande souvent une prise de conscience et un travail personnel de justification qui montre les limites et les failles de sa construction. Par ailleurs, dans la coordination, les sources d'information vont être multipliées. Un événement ne reçoit plus une interprétation unique mais multiple. Il n'y a plus une vérité, mais des vérités. Enfin, l'impératif de l'action à mener ensemble implique l'adhésion collective à des valeurs qu'il aura fallu préalablement élaborer »⁷⁴.

⁷⁴ - VEYSSET-PUIJALON, Bernadette. réf. 22. p. 145.

2.1.4. La coordination : une fin en soi? un moyen? ou plutôt un processus ?

La coordination gérontologique, sur la base des expériences existantes, produit des effets positifs indéniables. Pour autant, il paraît légitime de se demander si ce dispositif formalisé est vraiment indispensable ? Quelle est la logique l'animant ?

Une coordination gérontologique peut ne devenir qu'une fin en soi si elle ne s'interroge pas sur son apport spécifique. La coordination dérive alors vers une pérennisation sans intérêt. Une perception différente revient à faire de la coordination un moyen au service d'un objectif plus général. Auquel cas, elle peut ne pas exister. Ainsi, dans les organisations dites qualifiantes, la coordination des salariés n'est pas assurée par une personne, une fonction cr e e spécialement à cet effet ; elle se dilue dans l'organisation. L'information diffusée dans l'entreprise se veut la plus large et la plus transparente possibles. La communication, beaucoup plus qu'un simple flux d'informations, devient dans ces conditions un nouveau mode de travail en commun⁷⁵. Mais un environnement aussi ouvert que celui dans lequel évolue une coordination ne peut se circonscrire à celui d'une organisation de type entreprise. Aussi, une troisième voie consiste à considérer la coordination comme un processus, c'est-à-dire une dynamique inextinguible et nécessaire à même de résoudre les dysfonctionnements locaux⁷⁶. En fait, il appartient aux responsables locaux et aux financeurs d'exercer une fonction veille pour s'assurer que la coordination demeure bien au stade du processus.

De tout ce qui a été évoqué jusque-là, il ressort que la coordination s'assimile à un processus ayant pour toile de fond un territoire où interfèrent de multiples acteurs cherchant à optimiser leurs actions à travers un objectif commun. Un autre processus semble intéressant à étudier car il partage des préoccupations similaires et qu' une articulation entre les deux peut être escomptée. Il s'agit du développement local.

⁷⁵ - LIVIAN, Yves-Frédéric. *Organisation : théories et pratiques*, p. 205.

⁷⁶ - VEYSSET-PUIJALON, Bernadette. réf. 22. p. 140.

2.2. LE DEVELOPPEMENT LOCAL EN EMERGENCE

2.2.1. De l'importance du domicile pour les personnes âgées en particulier et de la dimension locale pour les individus en général

Le vieillissement constitue un lent processus se traduisant par de l'angoisse et du repli sur l'espace intime. Pour Jacqueline BARUS-MICHEL, psychologue, le logement peut s'assimiler à une deuxième peau, une enveloppe prolongeant le corps. Du fait de la vieillesse, le rapport à l'espace se modifie. «L'environnement n'est plus espace d'action (exploration ou conquête) mais un espace de menace (agressions, risques) par rapport auquel la personne âgée peut adopter une position persécutive»⁷⁷. La personne âgée vit une césure nette entre l'intérieur et l'extérieur, l'environnement lointain. La possibilité est envisagée «d'une rétraction de « l'espace propre », d'un repli, d'une immobilisation dans le territoire contrôlé, celui du logement qui servirait de substitut à l'image de soi défaillante. La personne âgée se retrouverait soi-même dans un espace étroit qui lui tiendrait lieu d'unité et de structure d'identité»⁷⁸.

L'angoisse et le repli qui en découlent relèvent de l'angoisse du processus vécu en direct devant le changement et la perte de maîtrise. Le repli, lui, constitue une parade, «un mécanisme de défense et délégation au logement des processus d'unification préservant l'image de soi»⁷⁹.

L'habitation prend donc une dimension de refuge. «La demeure, étymologiquement, c'est le lieu où l'on tarde, où l'on reste et s'attarde. Tout est souvenir, habitude, réminiscence. C'est une sorte de livre où chaque jour est une page, où chaque événement, extraordinaire ou banal, s'inscrit puis se lit, parfois malgré soi. L'aide à domicile, l'hôte, le non familier des lieux devra faire preuve de prudence chez la personne âgée avant de déranger tel objet dont la place a un sens, une histoire, et d'écouter pour comprendre le lien originel qui unit la personne à son domicile. Le logement est une mémoire de soutien »⁸⁰.

⁷⁷ - BARUS-MICHEL, Jacqueline. *Représentation de l'espace chez les personnes âgées, le chez-soi, l'espace propre*, p. 11.

⁷⁸ - BARUS-MICHEL, Jacqueline. réf. 77.

⁷⁹ - BARUS-MICHEL, Jacqueline. réf. 77. p. 11-12.

⁸⁰ - AMYOT, Jean-Jacques. réf. 8. p. 75-76.

La représentation de l'espace chez les personnes âgées s'avère certes modelée par l'âge, mais d'autres paramètres tels que l'état de santé, les expériences de la vie (les joies, les peines), le sexe et la structure de la personnalité interfèrent⁸¹.

Au-delà de la perception souvent rétrécie que peuvent en avoir les personnes âgées, la question locale s'avère majeure pour tous. Alain BOURDIN affirme que « l'être social se définirait par l'appartenance à un groupe originaire, caractérisé par les liens du sang, de la langue et du territoire »⁸². Pour lui, le territoire d'appartenance constitue un espace fondateur : « L'homme se définit, se construit, à travers la connaissance de son environnement immédiat. (...) Cet environnement immédiat est à la fois matériel et social (groupe d'appartenance), les deux étant indissociables. La connaissance que l'on en a s'exprime et s'organise dans la représentation du territoire. Mais celui-ci ne peut être que le territoire proche, celui sur lequel on agit et auquel on s'identifie »⁸³.

Si l'on examine le processus d'édification de toute action, il apparaît que sa localisation dans un lieu se révèle indispensable. Un enjeu majeur de la question locale a trait à la relation entre mode de vie, construction de la vie quotidienne et localisation.

« Le mode de vie se construit autour de trois éléments : d'abord des constellations de ressources et de personnes, centrées sur l'individu, la famille ou le domicile. (...) Ensuite les « séquences types » d'activité, c'est-à-dire un répertoire d'activités enchaînées que l'on connaît, que l'on maîtrise et que l'on reproduit (...). Enfin le « style de vie », c'est-à-dire l'ensemble des solutions préférentielles choisies, associées à une structure de sens, notamment une image de soi et de la quotidienneté. (...) La construction de la vie quotidienne nécessite l'accès à un grand nombre d'informations, dont le coût d'accès n'est pas seulement économique. L'information change sans cesse et il faut en brasser une quantité considérable, même parfois pour des activités aussi banales que faire ses courses. (...) Or, dans l'état actuel des techniques et de l'organisation sociale, les modes de vie sont tous très dépendants des services et si l'accès à ces derniers se trouve simplifié, le coût de la construction de la vie quotidienne baisse. La localisation des services, de l'information les concernant, de leurs acteurs, des instruments de leur contrôle est un moyen de cette simplification : la question locale passe nécessairement par une définition des services qui sont le plus structurants dans la construction de la vie quotidienne et par des choix les concernant, qui portent notamment sur la facilitation de l'accès par rapport aux différentes

⁸¹ - BARUS-MICHEL, Jacqueline. réf. 77. p. 49.

⁸² - BOURDIN, Alain. *La question locale*, p. 21.

catégories sociales, sur l'articulation de ces services, sur ce qui revient au marché et au secteur public »⁸⁴. BOURDIN fait donc implicitement référence au besoin de coordination pour améliorer, optimiser le fonctionnement de la vie locale.

Enfin, cet auteur précise que l'importance d'un lieu ne tient pas à sa qualité naturelle (patrimoine,..) mais à sa capacité à cristalliser des ressources, des acteurs et des savoirs⁸⁵.

Dans un autre registre, Pierre MULLER évoque la résurgence du local, favorisée par la décentralisation. « On voit mieux l'enjeu politique local : il s'agit de la construction d'un espace de médiation donnant un minimum de cohérence aux multiples stratégies résillaires à l'œuvre au niveau local. Cet espace de médiation pourrait être organisé à travers la mise en place de politiques publiques locales, à condition qu'émergent effectivement des médiateurs susceptibles de construire le code, le référentiel qui viendrait donner du sens et de la cohérence à ces politiques. Ces médiateurs existent potentiellement : embryon de technostructure départementale ou régionale, notables modernistes, maires entrepreneurs, responsables économiques locaux. Leur référentiel existe à l'état d'ébauche : c'est la notion de développement local global, appuyée sur les valeurs du civisme économique comme nouvelle éthique de la politique locale »⁸⁶.

2.2.2. Du développement au développement local : un même souci universel

La notion de développement apparaît au lendemain de la Seconde Guerre Mondiale, au début de la « guerre froide », avec l'avènement de l'indépendance dans les anciennes colonies. L'écart énorme de richesses entre ces nouveaux pays et les puissances colonisatrices occidentales frappe les esprits. Les pays riches, sur le plan économique et technologique, se considèrent comme des pays développés, alors qu'à l'opposé les pays pauvres, peu industrialisés, sont assimilés à des pays sous-développés. Raymond ARON réduit le développement à « l'application de l'esprit scientifique et technique à l'organisation de la production »⁸⁷.

⁸³ - BOURDIN, Alain. réf. 82. p. 25-26.

⁸⁴ - BOURDIN, Alain. réf. 82. p. 220-221.

⁸⁵ - BOURDIN, Alain. réf. 82. p. 232.

⁸⁶ - MULLER, Pierre. réf. 71. p. 107.

⁸⁷ - cité in MENGIN, Catherine. *Guide du développement local et du développement social*, p. 20.

Le dictionnaire Petit ROBERT évoque plutôt le développement en termes de croissance et d'épanouissement. Plus proche de cette acception, le professeur Comlar A.A. QUENUM, ancien directeur régional de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'Afrique qualifiait le développement de « changement dynamique et organisé dont l'objectif ultime est le bien-être de tous les membres de la collectivité ». Pour Amartya SEN, prix Nobel d'économie, d'origine indienne, « le développement consiste à s'engager dans les activités auxquelles on accorde la plus grande valeur »⁸⁸.

Mais l'intérêt pour le développement ne se circonscrit pas à ces lointaines contrées. En France, malgré la reconstruction du pays et les « trente glorieuses », émerge progressivement la prise de conscience que l'Etat-Providence ne peut tout réaliser seul, face à l'étendue des besoins. La crise économique persistante ne fait qu'exacerber ce sentiment. L'implication, la responsabilisation des acteurs locaux et en particulier des élus sont alors prônées. La notion de développement suit cette évolution. Anne BIQUARD, anthropologue au CNRS, estime que celui-ci consiste à « réaliser le potentiel que représente une société en utilisant son propre milieu »⁸⁹.

Au début des années soixante, les processus d'urbanisation et d'industrialisation provoquent une mutation en profondeur de la société française⁹⁰, avec deux conséquences majeures : la destructuration du monde rural et la recomposition urbaine. Dans un premier temps, le milieu rural a subi la modernisation de l'agriculture qui a engendré des modes de production de type industriel, l'exode rural et le déclin des campagnes avec toutes les activités économiques (artisanat, commerces) et sociales corollaires. Peu à peu, les acteurs locaux de certaines zones en déshérence s'organisent en se regroupant, en sollicitant autant des aides extérieures que la mise en synergie des ressources locales, notamment humaines. Les pouvoirs publics prennent conscience de la gravité de la situation. Des politiques publiques, sectorielles ou transversales, se mettent en œuvre pour soutenir ces territoires vulnérables. Plus tard, la décentralisation induit, de façon optimiste, l'idée selon laquelle le développement ne peut être l'affaire de l'Etat, mais plutôt de l'échelon local, notamment régional et départemental. Les acteurs locaux, souvent issus du secteur associatif, engagés dans ces processus se sont forgés leur propre conception du développement. Elle place l'homme au cœur de l'économie en s'efforçant d'accroître la solidarité et l'exercice de la citoyenneté par la pratique de la démocratie locale, en mobilisant les populations pour

⁸⁸ - cité in TOURAINE, Alain. *Le changement en France : du blocage au conflit*, p. 34.

⁸⁹ - BIQUARD, Anne. *Le développement en question*, p. 41.

⁹⁰ - MENGIN, Catherine. réf. 87. p. 15-19.

qu'elles prennent en main leur destin⁹¹. Le développement local procède donc d'une démarche volontariste. Catherine MENGIN, spécialiste du sujet, le définit ainsi : « le développement local pourrait être décrit comme une démarche de développement territorial global, c'est-à-dire incluant des aspects économiques, sociaux, culturels, politiques, favorisant le développement endogène, mobilisant l'ensemble des moyens humains et financiers qui y concourent et assurant leur convergence. Il s'agit d'un processus fondé sur l'implication de tous les acteurs concernés (élus, socioprofessionnels, associatifs, porteurs de projet sur un territoire) mais aussi sur celle de la politique locale, dans un souci de promouvoir la démocratie à cet échelon. Il doit être construit sur la base d'un projet collectif de développement élaboré, mis en œuvre et évalué à partir d'une analyse des besoins et en tirant parti au mieux des forces du territoire »⁹².

Cette problématique rurale a connu son pendant en milieu urbain, avec la dégradation de la vie sociale et de l'habitat dans certains quartiers de banlieue. Différentes politiques publiques se sont succédées pour résoudre les difficultés : développement social des quartiers, développement social urbain,...Le concept de développement social est donc né en milieu urbain, à l'inverse du concept de développement local, d'essence rurale. Mais, « qu'il s'agisse du développement local en milieu rural ou du développement social en milieu urbain, on est passé en une quinzaine d'années d'une vision sectorielle des problèmes – économique ou sociale – à une conception globale, à une articulation entre les différentes causes et les différents effets sur un même territoire »⁹³.

Le bref historique qui vient d'être réalisé met en exergue trois principes fondamentaux du développement local :

- « Le développement est un processus global. Il ne découle pas uniquement de la fonction ni de la valeur économique des activités et de l'organisation sociale des individus ;
- Les micro-initiatives participent au développement global : le progrès et le bien-être d'une collectivité ne sont pas uniquement attribuables à la grande entreprise et aux macro-projets ;

⁹¹ - Conseil Economique et Social. *Développement local et politiques d'aménagement du territoire*, p. II-8.

⁹² - Conseil Economique et Social. réf. 91. p. II-7.

⁹³ - MENGIN, Catherine. réf. 87. p. 19.

- la ressource humaine constitue la force motrice du développement : des personnes motivées et formées sont des facteurs plus déterminants pour le développement que les infrastructures, les techniques, les équipements... »⁹⁴.

La valorisation de l'individu comme « force motrice du développement » n'est pas sans rappeler l'exigence affichée par les pouvoirs publics visant à faire accéder l'utilisateur à une nouvelle citoyenneté. « Il faut permettre aux individus concernés de devenir acteurs du changement, de leurs conditions et de leur cadre de vie » revendiquait déjà Nicole QUESTIAUX dans sa célèbre circulaire du 28 mai 1982 sur les orientations du travail social. Outre l'intervention des usagers sur les orientations et les activités les concernant, elle demandait l'inscription de la politique sociale dans des territoires, des lieux de vie et d'appartenance en s'appuyant sur une coordination de terrain, sur un partenariat inter-institutionnel avec les élus, les associations d'usagers, les syndicats, les organismes de sécurité sociale,... Cette période, le début des années « 80 », marque aussi l'émergence d'une nouvelle problématique.

2.2.3. Le développement durable : une préoccupation nouvelle

La période précédente que nous venons d'évoquer était essentiellement caractérisée par le souci, la prééminence d'un modèle de développement axé sur la croissance économique et des activités industrielles à tout crin, sans contrôle. A partir des années 80, l'apparition d'un nouveau type de pollution, planétaire, qui ne connaît pas les frontières étatiques (« trou » dans la couche d'ozone, réchauffement de la planète, pollution nucléaire de Tchernobyl,...), met en évidence la contradiction, l'opposition même entre la logique du développement classique et la logique de préservation de la nature. Le concept de développement durable émerge alors. Ce concept souligne le risque de perturbation des mécanismes régulateurs de la planète et propose d'intégrer les dimensions humaines et naturelles au développement économique, dans un souci de plus grande harmonie.

Quelques étapes clés rythment l'entrée sur scène de ce nouveau thème. A la Conférence de Nairobi, en 1982, l'existence d'un lien fort entre environnement et développement est établie. Plus tard, en 1987, le rapport de Gro Harlem BRUNDTLAND « Our Common Future » est remis à l'ONU (Organisation des Nations Unies). Il évoque le « sustainable development »

⁹⁴ - VACHON, Bernard. *Le développement local : théorie et pratique*, p. 74 et 117.

Le contenu de ces deux pages a été mixé.

traduit imparfaitement par développement durable, dont il donne une définition : « Pour être durable, le développement doit répondre aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures de répondre à leurs propres besoins ». En 1992, se tient la conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement dite Sommet de la Terre, à Rio de Janeiro. Une prise de conscience politique d'une responsabilité collective des nations sur l'équilibre de la planète tel qu'il sera transmis aux générations suivantes a alors lieu.

Depuis, les efforts de définition du concept se multiplient. Pour la Commission des Communautés Européennes, il s'avère « une politique et une stratégie visant à assurer la continuité du développement économique et social, dans le respect de l'environnement et sans compromettre les ressources naturelles indispensables à l'activité humaine ». Elle précise aussi que le développement durable repose sur trois bases indissociables : le développement économique, le progrès social et la préservation de l'environnement. Il suffit qu'une de ces bases fasse défaut pour que tout l'édifice s'écroule. « L'impératif du développement durable est donc d'assurer ces trois objectifs et ne plus sacrifier l'un au bénéfice de l'autre, comme cela a trop souvent été le cas pendant des années ». Plus près de nous, se sont tenues les Assises Nationales du Développement Durable à Paris, en 1996. L'objet y a été approfondi ; il doit « Permettre à tous les peuples de la planète d'accéder à un niveau satisfaisant de développement social et économique, d'épanouissement humain et culturel, sur une terre dont les ressources seraient utilisées plus raisonnablement, les espèces et les milieux mieux préservés. La forme de développement de notre civilisation, trop souvent assimilée à une croissance quantitative, doit évoluer pour assurer la poursuite d'un développement économique soutenu par une gestion parcimonieuse des ressources limitées de la planète⁹⁵ ».

La notion de développement durable revêt une acuité toute particulière sur le territoire de la Haute Gironde où fonctionne une centrale nucléaire. D'une part, cette infrastructure apporte des recettes fiscales conséquentes pour certaines collectivités territoriales avoisinantes. Une remise en question de la pérennité du programme nucléaire national aurait donc des conséquences graves pour leur équilibre financier. D'autre part, cette centrale fait l'objet d'accidents de fonctionnement plus ou moins réguliers qui peuvent susciter l'émoi de la population. L'équilibre est donc précaire entre les avantages et les inconvénients qu'elle procure.

⁹⁵ - Ministère de l'Environnement. *Stratégie nationale du développement durable. Projet*, p. 4.

Le concept de développement durable et en particulier la référence à une gestion parcimonieuse des ressources ne peuvent qu'interpeller un directeur d'établissement médico-social. En effet, un parallèle avec notre champ d'activité sanitaire et social peut s'établir sur la nécessité de gérer au mieux les ressources disponibles afin de répondre correctement aux besoins de la population. Or, force est de constater encore aujourd'hui que l'essentiel des ressources demeurent attribuées à des structures dont les moyens financiers sont reconduits automatiquement année après année, sans se soucier des prestations offertes et du niveau d'atteinte des objectifs assignés par le législateur. Il devient dès lors difficile de dégager des ressources pour financer les nouvelles activités ou prestations en phase avec les nouveaux besoins, tels qu'accueils de jour, coordinations gérontologiques ou la prévention en général (cf page 3)... « Retrouver la qualité consiste donc à traiter la question sanitaire et sociale en termes de problème à résoudre, de service à rendre à la population et non plus de structure à financer. Le budget retrouvera ainsi sa vraie place : un moyen au service d'une politique⁹⁶ ».

L'intérêt de ce thème du développement durable pour notre secteur d'activité ne s'arrête pas là. Un économiste, René PASSET, estime que « Les moteurs du développement se déplacent de l'énergie vers la manipulation des codes, symboles, messages – l'information, l'immatériel. La question posée au monde a changé : du fonctionnement de l'horloge ou de la machine à vapeur, elle se porte vers la création, l'évolution, la morphogenèse⁹⁷ ». Pour lui, la mutation de l'économie à laquelle on assiste actuellement est symbolisée par l'ordinateur. La montée en puissance de l'immatériel va rendre les processus de production plus efficaces et plus économes en flux réels, par cette substitution de l'information à l'énergie⁹⁸. La mutation en cours implique trois niveaux d'évolution. Deux d'entre eux nous intéressent plus particulièrement. Le premier niveau est constitué par la dimension fonctionnelle. René PASSET déclare que « L'information est toute entière relation. L'importance de la relation dans les combinaisons productives devient prépondérante⁹⁹ ». Un processus de production ne peut plus être dissocié de l'investissement immatériel dont il a besoin. Le deuxième niveau a trait à la dimension organisationnelle. On assiste à un double mouvement de concentration-déconcentration des entreprises. La concentration concerne le pouvoir de décision des structures qui est rendu possible par la rapidité des moyens de communication.

⁹⁶ - DUCALET, Philippe, LAFORCADE, Michel. *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, p. 48.

⁹⁷ - PASSET, René. *Les voies du développement durable*, p. 22.

La morphogenèse est le développement des formes, des structures d'un organisme vivant (Définition du dictionnaire Petit ROBERT).

⁹⁸ - PASSET, René. réf. 97. p. 23.

⁹⁹ - PASSET, René. réf. 97. p. 23.

Il s'agit d'une centralisation , concentration de l'immatériel. La déconcentration, elle, affecte plutôt les unités matérielles de production qui peuvent être éclatées sur un territoire plus ou moins important.

Un autre scientifique, Joël de ROSNAY, adepte de cybernétique et de prospective, aborde également ces différents aspects. Au sujet du développement, il préfère substituer le terme de « développement adaptatif régulé » à celui, pourtant récent, de développement durable. Le concept de développement adaptatif régulé introduit les notions d'adaptation et d'autorégulation. L'autorégulation signifie que « chaque acteur participant à la régulation globale doit être informé des conditions et des effets de son action locale à son niveau de compétence ou de spécialisation. Il peut ainsi exercer des choix, prendre des décisions et en corriger les effets de manière interactive et participative¹⁰⁰ ». Un tel mécanisme implique, entre autres choses, la nécessité de diffuser l'information en amont et en aval et la motivation des acteurs. Joël de ROSNAY pense qu'il convient par ailleurs de repenser les formes d'organisation les mieux adaptées à la production et à la distribution des biens et services. Il confirme l'évolution vers une société d'information et de communication. Au modèle classique de l'entreprise, axé sur la hiérarchie et l'organisation pyramidale, qu'il considère en déclin, il oppose et préconise des formes nouvelles tels que le modèle biologique et le modèle chaotique¹⁰¹. Le modèle biologique est calé sur une organisation en réseau. Son management relève plus du pilotage que de la hiérarchie classique du commandement. L'activité s'adapte aux flux. Le modèle chaotique se caractérise par une adaptation à la complexité de l'environnement. L'organisation repose sur de petites unités autonomes mais reliées de façon intensive entre elles, animées par la connaissance des objectifs et règles générales de fonctionnement. La circulation de l'information y est vitale pour adapter son activité aux variations de l'environnement, gage de réactivité : « La société naissante s'organise en réseaux plutôt qu'en pyramides de pouvoirs, en cellules interdépendantes plutôt qu'en engrenages hiérarchiques, au sein d'un « écosystème informationnel » plutôt que par filières industrielles linéaires »¹⁰².

De telles perspectives paraissent éclairer le fonctionnement de la coordination gérontologique évoqué précédemment. Le rôle primordial de l'information est souligné. Mais l'impact porte également sur la notion de production. Plutôt que d'imaginer la mise en place continue de nouveaux services ou prestations en faveur des personnes âgées, il y aurait lieu

¹⁰⁰ - ROSNAY, Joël de. *L'homme symbiotique*, p. 218.

¹⁰¹ - ROSNAY, Joël de. réf. 100. p. 226.

¹⁰² - ROSNAY, Joël de. *Ce que va changer la révolution informationnelle*, p. 19.

de réfléchir davantage à la façon d'optimiser l'existant en développant les collaborations entre services et institutions.

La mutation en cours nous invite à passer d'un mode de développement quantitatif à un mode de développement qualitatif, plus soucieux de l'optimisation des ressources. Pour réussir cette transition, un certain nombre de principes peuvent être énoncés.

2.2.4. Les ingrédients de tout projet de développement local

L'approche du développement local est guidée par sept éléments fondamentaux¹⁰³ :

- « Il n'y a pas de modèle unique du développement » : « Le développement est d'abord un processus avant d'être une procédure ». Seule une prise de conscience préliminaire des problèmes locaux par la population rend possible la recherche de solutions adaptées.
- « Le développement s'appuie sur des forces endogènes, sur des réseaux locaux ». La mobilisation engendrée par ces forces locales contribue au processus évoqué ci-dessus et débouche sur des initiatives, des projets. Elle permet l'émergence ou la restauration d'une identité particulière, d'un esprit d'appartenance.
- « Le développement local est territorial et non sectoriel ». Seul un territoire peut donner une cohérence globale à des politiques sectorielles qu'il transcende, adapte aux besoins des habitants. Ce territoire se singularise par « une histoire, une culture et des ressources particulières ; l'ensemble des membres de la collectivité est uni par un sentiment d'appartenance et les liens de solidarité que crée la maîtrise collective de cet espace ».
- « Le développement cherche le désenclavement ». La force d'entraînement et d'attraction du ou des projets locaux sur un territoire et la dynamique qui en découle sont de nature à lui redonner vie et engendrent l'intérêt des autres zones. L'intégration à l'échelon territorial supérieur dont il devient membre associé à part

¹⁰³ - Ces éléments sont extraits de deux sources documentaires qui ont été mixées :

- MENGIN, Catherine. réf. 87. p. 22-24.
- VACHON, Bernard. réf. 94. p. 117-118.

entière paraît dès lors possible. Le territoire initialement marginalisé sort ainsi de son isolement.

- Le développement suppose une programmation des opérations obéissant à une certaine méthodologie : définition des objectifs et des résultats souhaités, d'un échéancier, des moyens à mettre en œuvre. Cette rigueur procède du management, contribue à la motivation des acteurs locaux en donnant du sens et du concret.
- « La création d'un espace de négociation est un des critères d'avancement du processus de développement ». « Le développement fait appel à une volonté de concertation et à la mise en place de mécanismes de partenariat et de réseaux : en compartimentant leurs activités, les institutions et les organismes nuisent à l'épanouissement de leur communauté. Toute stratégie de développement local implique le décloisonnement des fonctions et des compétences maintenues jusqu'ici enfermées dans des secteurs homogènes d'activité et des programmes sectoriels ». L'application des politiques publiques, de façon « verticale », du sommet (l'administration) vers la base (la population concernée), s'avère peu propice à la négociation, à l'échange. Le processus de développement local instaure un autre mode de relation avec l'administration, plus « partenarial » car empreint d'écoute et de respect mutuel.
- « L'approche du développement local appelle le redéploiement des valeurs démocratiques par une stratégie participative et une responsabilisation des citoyens envers leur collectivité ».

Des similitudes étonnantes apparaissent entre les concepts de coordination gérontologique et de développement local. A tel point que l'on peut se demander si des différences véritables les opposent.

2.2.5. La coordination gérontologique et le développement local: une complémentarité parfaite

La définition que donne Xavier GREFFE du développement local montre l'importance de la coordination dans la démarche locale globale et leur imbrication : « Un processus de diversification et d'enrichissement des activités économiques et sociales sur un territoire à

partir de la mobilisation et de la coordination de ses ressources et de ses énergies »¹⁰⁴ . La coordination, en effet, par la recherche d'optimisation qui l'anime, constitue un des moteurs du développement. Un point essentiel différencie toutefois les deux processus. « Le développement local englobe et dépasse la coordination des actions pour les personnes âgées qui n'en est qu'une composante »¹⁰⁵. La Fondation de France, qui a accompli un travail remarquable sur le sujet, a relevé une particularité inhérente aux coordinations gérontologiques, ayant percé en milieu rural. Elles ont soit favorisé l'émergence du processus de développement local, soit en sont issues¹⁰⁶. La problématique du vieillissement en milieu rural, en raison de son acuité, joue souvent le rôle de catalyseur pour lancer une réflexion qui devient vite transversale car affectant de multiples aspects de la vie locale : les transports, l'habitat, la vie sociale...Ces éléments, relevant de différentes politiques publiques sectorielles, transcendent la question de la vieillesse. La Haute Gironde ne déroge pas à ce constat. Lorsque les élus locaux et l'association de maintien à domicile à l'origine du projet du futur SSIAD se sont regroupés, ils ont créé un premier service à vocation intercantonale préfigurant la logique de Pays contenue dans la loi VOYNET. Deux dynamiques ont été depuis menées en parallèle : l'une initiée, de façon modeste, par l'Association de Soins à Domicile et son vecteur, le SSIAD, dont des aspects ont déjà été évoqués dans la première partie (action de formation) ; l'autre, par les élus, au travers de la démarche en cours de Pays qui à l'origine se focalisait sur le seul développement du tourisme pour devenir par la suite plus globale. Aujourd'hui, l'Association s'est fondue dans la démarche générale de développement local dont elle peut constituer un aiguillon.

Pour cela, un engagement des différents acteurs s'avère nécessaire.

2.3. LA NECESSAIRE PARTICIPATION DES ACTEURS LOCAUX

« Le défi le plus important du développement local, c'est sa capacité à changer les mentalités, à passer des mentalités d'échecs et d'assistés à des mentalités d'acteurs sociaux et économiques, à des mentalités de créateurs » (Pierre NARDIN)¹⁰⁷.

¹⁰⁴ - VACHON, Bernard. réf. 94. . p. XI.

¹⁰⁵ - DHERBEY, Brigitte, VEYSSET-PUIJALON, Bernadette. réf. 22. p. 93.

¹⁰⁶ - DHERBEY, Brigitte, VEYSSET-PUIJALON, Bernadette. réf. 22. p. 92.

¹⁰⁷ - in VACHON, Bernard. réf. 94. p. XII.

2.3.1. La gouvernance : un nouvel art du pilotage de la société locale

La vision à court terme de la politique traditionnelle et les faibles moyens de participation des citoyens à la vie politique (et donc aux choix de société) en se limitant aux échéances électorales ne paraissent plus adaptés pour faire face à la complexité des problèmes à solutionner. Les citoyens constatent l'impuissance d'un Etat à résoudre ces grands problèmes et qui, faute de mieux, interfère dans la vie locale. Une crise de confiance se développe à l'égard de la classe politique, s'exprimant par la voie de l'abstention notamment. « Notre société ne considère pas la participation comme une forme supérieure de l'organisation sociale »¹⁰⁸ déclare même Bernard VACHON.

Cette inadéquation rend nécessaire la recherche d'une nouvelle voie. Il s'agit de la gouvernance. Pour Joël de ROSNAY , ce terme signifie « la cogestion adaptative et en réseau de toutes les actions de gouvernement, ou encore l'aptitude des appareils gouvernants à assurer le contrôle, la conduite et l'orientation des populations qu'ils encadrent. La gouvernance conduit à la répartition des pouvoirs entre gouvernements, politiques des Etats, concentrés sur des domaines définis, et l'ensemble des organisations humaines coopérant à différents niveaux dans les grands secteurs de la vie publique. L'autorité hiérarchique centralisée agissant ainsi en complémentarité avec des réseaux de niveaux de gouvernances interdépendants. Les personnes les plus proches des problèmes peuvent les traiter avec leur connaissance de proximité tandis que les grandes orientations restent définies de manière centralisée pour préserver l'intérêt collectif, la démarche de la base rejoignant ainsi les nécessaires orientations et réglementations venant du sommet. C'est une démonstration concrète du principe de subsumption, base de la symbiose planétaire »¹⁰⁹. La subsumption chère à de ROSNAY signifie penser un objet individuel comme compris dans un ensemble¹¹⁰ . La symbiose, quant à elle, évoque une association se réalisant au bénéfice mutuel de deux (ou plusieurs) organismes différents¹¹¹. Le concept de « développement adaptatif régulé », abordé précédemment, constitue un moyen de s'inscrire dans la gouvernance. Nous avons vu que cette organisation nécessite de diffuser l'information de façon soutenue et repose sur la motivation des acteurs. La gouvernance se révèle dans ces conditions un processus très exigeant.

¹⁰⁸ - VACHON, Bernard. réf. 94. p. 152.

¹⁰⁹ - de ROSNAY, Joël. réf. 100. p. 199-200.

¹¹⁰ - de ROSNAY, Joël. réf. 100. p. 338.

¹¹¹ - de ROSNAY, Joël. réf. 100. p. 104.

Ce scientifique ne prône pas pour autant la rupture complète avec l'ancien système, il cherche plutôt à composer : « au-delà de l'ancienne relation entre planification centralisée et autogestion, il s'agit désormais d'établir un compromis entre gouvernement et gouvernance ; entre autorité hiérarchique centralisée et conduite démocratique participative ainsi que décentralisée des sociétés humaines. Pour maintenir ce fragile équilibre dans l'étroite zone de transition située « en bordure du chaos » entre ordre sclérosé et turbulence stérile, les hommes devront abandonner une part de leur individualisme pour le subsumer dans un plus grand qu'eux, qui leur offrira en retour libertés et pouvoirs accrus. Les règles de base de la gouvernance du futur reposent ainsi sur deux éléments combinés : l'action individuelle et la rétroaction sociétale »¹¹².

La vision exprimée par de ROSNAY trouve une certaine résonance chez Ignacio RAMONET. Celui-ci estime que « Les citoyens sentent, confusément, que de nouveaux droits de l'homme sont à conquérir. Qu'à la génération des droits politiques (XVIIIe siècle) puis des droits sociaux (XIXe et XXe siècle) doit succéder une génération de droits nouveaux, écologiques, garantissant aux citoyens le droit à l'information, à la paix, à la sécurité mais aussi à la pureté de l'air et de l'eau, et à la protection de l'environnement »¹¹³.

Pour le spécialiste de la question locale qu'est Pierre BOURDIN, le concept de gouvernance suggère « de mettre l'accent sur les formes de coordination horizontale et verticale de l'action publique. Cela s'accompagne d'un affaiblissement de l'Etat gouvernemental, au profit d'autres autorités étatiques (...), des collectivités territoriales, et de composantes de la société civile. (...) La gouvernance c'est d'abord la relation entre la société civile et les autorités publiques... »¹¹⁴. Il considère qu'en France, le débat concerne avant tout les relations entre les pouvoirs locaux et la société civile.

Différentes expériences procèdent de cette logique de la gouvernance. La gestion de la ville de Porto Alegre en représente l'exemple le plus connu et le plus abouti aussi¹¹⁵. En France, plus modestement, différentes expériences sont menées permettant la réappropriation de l'espace public par les habitants¹¹⁶. Pour l'Association pour la démocratie et l'éducation

¹¹² - de ROSNAY, Joël. réf. 100. p. 202.

¹¹³ - RAMONET, Ignacio. *Géopolitique du chaos*, p. 33-34.

¹¹⁴ - BOURDIN, Alain. réf. 82. p. 140-141. Dans le même ordre d'idées, A. NAJIM et F. VEDELAGO définissent la gouvernance « comme un processus de coordination d'acteurs, de groupes sociaux, d'institutions, pour atteindre des buts propres discutés et définis collectivement dans des environnements fragmentés et incertains. Elle renvoie davantage aux idées de conduite, de pilotage, de direction de l'action sans relation hiérarchique entre les partenaires ». *L'agent de développement local*, p. 35.

¹¹⁵ - CASSEN, Bernard. *Démocratie participative à Porto Alegre*, p. 3.

¹¹⁶ - VICTOR, Olga. *La cité à reconstruire : premières victoires pour la démocratie participative*, p. 22-23.

locale et sociale (Adels), la démocratie participative « doit notamment permettre de développer un mode de gouvernement nouveau fondé sur la reconnaissance de la multiplicité des acteurs et du nécessaire partage du pouvoir dans le processus de décision »¹¹⁷.

Ce partage du pouvoir de décision représente d'ailleurs une des caractéristiques fondamentales de la concertation qui est indissociable de tout projet de développement local, selon Bernard VACHON :

- « le partage du pouvoir de décision entre les différents partenaires par l'établissement de consensus. La concertation est une forme de management qui repose sur des relations volontaires, égalitaires et multilatérales et non pas sur une organisation hiérarchique. Elle concerne des personnes qui, compte tenu de leurs fonctions, sont détentrices de pouvoir ou d'influence par rapport aux questions et aux situations en cause ;
- la solidarité dans l'action par la poursuite d'objectifs communs et la mise à contribution des ressources de chaque partenaire. La concertation ne peut être pratiquée que par des personnes capables de s'engager et de prendre des décisions par elles-mêmes, sans l'assentiment d'une autorité quelconque ;
- la responsabilité conjointe des actions. Les partenaires sont mutuellement responsables du résultat de l'opération globale par la conduite à terme de chacune de ses parties, dans un esprit de collaboration plutôt que d'opposition »¹¹⁸.

L'Etat a saisi l'importance de cette évolution. Sa volonté d'inscrire la démocratie participative locale comme enjeu pour garantir la cohésion territoriale est manifeste. Elle s'exprime notamment dans les Schémas de Services Collectifs découlant de la loi d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire qui viennent d'être adoptés en juillet 2001. Il faut « favoriser le développement local par la décentralisation et par l'association des citoyens aux décisions publiques au sein des territoires vécus »¹¹⁹. Le Schéma de Services Collectifs Sanitaires souligne quant à lui « la tendance à une participation plus grande des individus en tant que malade, usager, citoyen, aux décisions et à la gestion des prises en charge, mais aussi au fonctionnement global du système de santé

¹¹⁷ - DEPAQUIT, Philippe, VRAIN, Gilles. « Trois leviers pour une gouvernance locale », *Territoires*, n° 407, avril 2000, cités par VICTOR, Olga. réf. 116. p. 23.

¹¹⁸ - VACHON, Bernard. réf. 94. p. 173-174.

¹¹⁹ - Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DATAR. *Une ambition pour le territoire*, p. 12.

apparaît comme un mouvement de fond qui appelle une organisation nouvelle, appuyée sur un droit rénové »¹²⁰.

Cette préoccupation figure depuis longue date déjà dans le secteur social et médico-social avec, en particulier, la mise en place d'un conseil d'établissement, composé majoritairement d'usagers ou de leurs représentants, dans toute structure.

Le souci d'obtenir l'adhésion et la participation des différents acteurs caractérise ce concept de gouvernance qui est au cœur du développement local en responsabilisant les citoyens à l'égard du devenir, du développement de leur collectivité et de leur territoire. Ce processus tend à revivifier la démocratie et à la faire évoluer en lui redonnant tout son sens. Pour autant, la participation des acteurs ne se décrète pas. Elle se conquiert si l'action est mue par un projet fédérateur.

2.3.2. « La meilleure façon de prédire ce que sera demain, c'est encore de l'inventer »¹²¹ ou la nécessité d'un projet local

La maîtrise de son destin passe par l'élaboration d'un projet. Figure emblématique de notre époque, le projet se retrouve partout, dans tous les domaines. Le secteur sanitaire et social n'échappe pas à la règle avec le projet d'établissement, le projet éducatif ou de soins... « Le projet assure les conditions d'échapper au déterminisme et exerce une fonction transitionnelle, liant le passé, le présent et l'avenir. Il tient du « dessein » et du « dessin » car il traduit l'espérance dans l'avenir et en identifie les contours, il situe un idéal et relève de l'utopie : c'est une représentation du futur, une schématisation d'objectifs et de plans d'actions. Il est ainsi pris entre le rêve et la réalité ; il relève d'une démarche prospective et trace des perspectives. »¹²² assure Patrick LEFEVRE. Cette vision, traduisant une intentionnalité, s'exprime également dans le champ du développement local.

Pour Alain BOURDIN, le projet peut constituer une réponse aux difficultés que pose la gouvernance, en ce sens qu'il la structure : « Le projet est, en tout cas, un moyen efficace

¹²⁰ - Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DATAR. réf. 14. préambule non paginé (4^{ème} page).

¹²¹ - Devise de la société américaine d'informatique Xeros, reprise par Joël de ROSNAY dans son ouvrage «L'homme symbiotique ».

¹²² - LEFEVRE, Patrick. *Guide de la fonction directeur d'établissement social et médico-social*, p. 147-148.

pour créer de l'unité dans des systèmes d'action très atomisés et pour stabiliser des coopérations... »¹²³. Le projet est fédérateur des énergies.

En termes plus opérationnels, Jacqueline MENGIN estime que le processus de développement suppose l'élaboration de projets ¹²⁴. Chaque projet est porté par un groupe professionnel ou relevant d'un même secteur d'activité. Puis, les projets sont rassemblés dans un programme global porteur et garant d'une cohérence d'ensemble. Cette phase de construction collective s'avère plutôt lente, car des arbitrages, des négociations se produisent.

Dans un souci méthodologique, Bernard VACHON énonce les étapes de l'élaboration du projet¹²⁵ : pose du diagnostic et de la problématique ; choix des partenaires qui acceptent de s'impliquer ; définition des objectifs, clairs et précis ; définition de la stratégie d'intervention et du plan d'action (qui fait quoi ? comment ? quand ?...); description des résultats attendus ; fixation de l'échéancier des actions à conduire ; détermination de la procédure d'évaluation.

Le concept de projet s'avère également très en vogue dans le domaine des ressources humaines avec le management par projet. Au-delà d'une simple technique, le management par projet peut constituer « une opportunité forte pour développer de nouveaux modes de relations entre des personnes qui sont aujourd'hui encore trop isolées. (...). Il peut apporter une transformation profonde des comportements et des modes de coopération entre les hommes et les femmes qui travaillent à notre compétitivité et faire émerger ainsi de nouvelles solidarités, une unité renforcée ; on ne peut parler de projet sans parler de changements qu'ils soient au plan des organisations ou des personnes : cette opportunité est essentielle pour faciliter l'émergence de l'innovation, de la création de valeur à tous les niveaux de (notre) entreprise, dans une démarche volontaire, en permettant la mutualisation des compétences et des moyens au bénéfice de tous et de nos partenaires. Le management est en fait très souvent synonyme de changement de culture. »¹²⁶. On retrouve là des effets attendus de la coordination gérontologique et du développement local déjà énoncés.

¹²³ - BOURDIN, Alain. réf. 82. p. 154.

¹²⁴ - MENGIN, Jacqueline. réf. 87. p. 35-36.

¹²⁵ - VACHON, Bernard. réf. 94. p. 176.

¹²⁶ - BARON, Xavier. *Gestion des ressources humaines et gestion par projet*, p. 614-615.

L'intérêt pour un directeur de SSIAD d'inscrire la coordination gérontologique dans le développement local paraît manifeste. Pour autant, quel rôle peut-il jouer dans le processus ? De quelle légitimité peut-il se prévaloir ?

2.3.3. La légitimité du directeur du SSIAD à s'inscrire dans le processus en rejoignant le groupe leader

Le développement local se veut un processus partagé entre tous les différents acteurs locaux dont l'engagement est souhaité. Mais ce processus ne peut avancer que si un groupe de leaders s'exprime et s'organise. Diverses qualités¹²⁷ caractérisant ces leaders peuvent être énoncées : leur représentativité, leur capacité à mobiliser la collectivité, leur aptitude à établir un diagnostic, leur efficacité dans la conduite des actions, leurs relations avec les élus locaux.

Le directeur d'un SSIAD a une certaine légitimité à se constituer leader et à adhérer au groupe les rassemblant. Différentes raisons expliquent un tel positionnement qui peut paraître prétentieux au premier abord.

Une légitimité tirée de la fonction même peut être mise en avant. Patrick LEFEVRE attribue un certain nombre de rôles au directeur d'établissement : « Un rôle symbolique ou une position de représentation sociale qui implique l'identification du rôle et sa mise en scène. Un rôle de leader ou une position d'entraîneur capable de susciter la motivation et la mobilisation. Un rôle d'entrepreneur ou une position d'innovateur actif et d'anticipateur capable de prévision et de projets. Un rôle d'observateur ou une position d'écoute active de l'environnement interne et externe susceptible d'accroître le niveau d'information stratégique et d'analyse de l'évolution des contextes. Un rôle de coordinateur ou une position de lien et d'articulation entre les hommes et les structures. Une compétence à favoriser la communication et la régulation interne. Un rôle de négociateur ou une position impliquant le compromis et le développement de stratégies.»¹²⁸ .

Le directeur d'un établissement médico-social a également un rôle de force de proposition à l'égard des politiques publiques qu'il peut contribuer à faire évoluer à partir de l'observation

¹²⁷ - VACHON, Bernard. réf. 94. p. 135.

¹²⁸ - LEFEVRE, Patrick. réf. 122. p. 141.

qu'il pratique sur le terrain¹²⁹. Cette position lui confère une légitimité extérieure venant des administrations déconcentrées territorialement.

De façon ici purement conjoncturelle, une autre source de légitimité du directeur tient à la configuration même de l'Association qui est composée majoritairement d'élus locaux. Des contacts réguliers et privilégiés les lient.

Mais cette légitimité dont peut se parer le directeur doit lui servir à lutter contre un phénomène particulièrement fréquent dans le secteur sanitaire et social : l'isolement de la structure. Même si un SSIAD, c'est-à-dire un service, n'est pas confronté avec la même acuité à la problématique de l'isolement, du repliement sur soi qu'un établissement classique d'hébergement, il n'en demeure pas moins vrai qu'il peut générer en tant qu'institution une culture autarcique. Le phénomène s'avère si répandu dans le champ sanitaire et social que les politiques publiques sont contraintes d'exhorter les structures à la coopération, au partenariat (cf le projet de réforme de la loi sociale du 30 juin 1975, la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Dans le cadre d'une dynamique de coordination gérontologique et de développement local, cette position d'interface entre l'intérieur de la structure et l'extérieur, l'environnement, dévolue au directeur, revêt une importance majeure. Ces deux processus, se combinant, amènent à reconsidérer les frontières de la structure, du fait de la « connexion » soutenue du directeur à cet environnement. Ils introduisent une forme de porosité salubre en permettant à la structure d'évoluer, de mieux répondre à la demande de l'environnement. « Cette démarche part du principe de la légitimité de la demande, de la nécessité de l'articuler à l'offre et de prendre le mieux possible en compte ce que l'environnement peut attendre d'un service social ou médico-social. Le social sort là complètement de sa légitimité antérieure et va rechercher les meilleures approches et techniques pour appréhender les besoins, formuler des réponses et communiquer avec ses environnements. »¹³⁰. Un directeur exerce donc des responsabilités tant vis-à-vis de la population effectivement prise en charge par sa structure qu'à l'égard de l'ensemble de la population entière susceptible d'en bénéficier. Ainsi, le directeur doit se livrer également à une gestion équilibrée du « dedans » et du « dehors ».

¹²⁹ - ROCHE, Dominique. *Le schéma, un outil de débat et d'orientation*, p. 11-12.

¹³⁰ - LEFEVRE, Patrick. réf. 122. p. 140.

Ce travail de recherche centré sur les concepts de coordination gériatrique, de développement local et de participation des acteurs ayant mûri notre réflexion, une hypothèse opérationnelle, support pour l'action, peut maintenant être dégagée.

2.4. L'HYPOTHESE OPERATIONNELLE

Pour permettre un meilleur accompagnement de la population âgée dépendante souhaitant vivre à domicile, il apparaît pertinent de favoriser l'évolution de l'ensemble des acteurs locaux vers l'acquisition d'une vision globale partagée des situations personnelles et des problèmes plus transversaux, développée dans le cadre d'une coordination gériatrique, prenant place dans le processus de développement local engagé sur la Haute Gironde. La mutation souhaitée ne pourra intervenir qu'au travers d'un renforcement de la circulation de l'information et de la mise en place de partenariats axés sur des projets structurants pour le Pays. Ce changement se traduira tant dans les pratiques et l'organisation du travail des professionnels que dans les relations entre les différentes structures dont le SSIAD. Le processus va requérir de la part du directeur une stratégie managériale graduée sur différents niveaux que nous allons aborder dans la troisième partie.

3. LA STRATEGIE DU DIRECTEUR : MOBILISER AUSSI BIEN AU NIVEAU DU SSIAD QU'EN EXTERNE

Compte tenu du fait que le changement des pratiques des professionnels et des structures ne peut se décréter unilatéralement, une véritable stratégie doit être mise en œuvre par le directeur. Ma stratégie puise dans la théorie de la conduite du changement organisationnel qui considère une organisation comme un système socio-technique dont l'évolution nécessite d'agir conjointement au niveau de l'acteur et du système. Eric DELAVALLEE en explique les principes qui reposent sur les travaux de F. CHEVALIER, M. CROZIER et de E. FRIEDBERG. Deux manières distinctes de concevoir la gestion du changement organisationnel se présentent :

- « soit comme l'assimilation par les acteurs parties prenantes d'un modèle construit intellectuellement a priori par d'autres (l'agent de changement) ;
- soit comme la structuration d'un processus visant à construire et élaborer progressivement et collectivement de nouveaux comportements et de nouvelles règles de fonctionnement. »¹³¹ .

Evoluant dans un environnement particulièrement ouvert, je préfère opter pour la seconde conception. Elle « vise à faire émerger une organisation différente par l'animation et la structuration de multiples processus d'apprentissage de nouvelles capacités collectives. L'agent de changement ne définit pas précisément la cible organisationnelle à laquelle il souhaite aboutir, mais seulement les objectifs à atteindre et/ou la direction à emprunter. Le changement apparaît alors comme un processus de négociation continu et ouvert sur les modalités de sa mise en œuvre. Il y a :

- d'une part, le non-négociable (la direction et les objectifs du changement) ;
- et, d'autre part, le négociable (les modalités de mise en œuvre).

Au lieu de se concentrer uniquement sur la cible organisationnelle, l'agent de changement consacre la majeure partie de son temps et de son énergie à créer une dynamique de changement par le pilotage de multiples processus d'apprentissage de manière à faire émerger, au fur et à mesure, une nouvelle organisation. Il cherche à tirer partie de la diversité des motivations et des compétences des différents acteurs parties prenantes au changement et non « à faire entrer tout le monde dans un même moule », en offrant des

¹³¹ - DELAVALLEE, Eric. *Changement organisationnel et Gestion des Ressources Humaines*, p. 544.

solutions binaires : intégrer ou exclure. Le changement s'opère sur et par les individus concernés par sa mise en œuvre à partir de problèmes concrets sur lesquels ceux-ci ont prise. Il passe par l'acceptation de compromis explicites qui s'expriment dans des plans d'action dont les résultats sont évaluables et sur lesquels les acteurs parties prenantes peuvent s'engager en visant des objectifs accessibles et non des modèles idéaux. En laissant une marge de manœuvre sur les modalités de mise en œuvre (le comment), l'agent de changement permet aux acteurs parties prenantes de préserver une réelle capacité d'influence sur le processus et donc de participer à la construction du nouvel équilibre des pouvoirs.»¹³².

Cette conception me semble répondre en outre tout-à-fait à l'esprit du développement local dont elle partage des éléments méthodologiques.

Ma stratégie va donc être globale, intégrant tant l'environnement que l'intérieur du service ; chaque univers exerçant des interactions avec l'autre. Elle va mobiliser l'ensemble des acteurs locaux : les élus, les professionnels et les structures du maintien à domicile, les dirigeants de l'association et bien entendu le personnel du SSIAD.

Deux vecteurs pour l'action seront utilisés. Il s'agit de la circulation de l'information que nous devons nous efforcer d'améliorer et du partenariat lié à divers projets de nature différente mais fondés sur une cohérence d'ensemble.

Pour ce faire, trois niveaux d'action et deux rapports au temps peuvent se distinguer tout en se combinant :

- l'échelon Pays où l'action aura une vocation plus transversale mais relèvera du moyen terme (5 ans) ;
- l'échelon sectoriel, professionnel du maintien à domicile avec des résultats à court terme (1 an maximum) ;
- l'échelon interne qui sera l'objet d'une attention particulière pour des concrétisations attendues à court terme également.

¹³² - DELAVALLEE, Eric. réf. 131. p. 545-546.

3.1. AU NIVEAU TRANSVERSAL : S'INSCRIRE DANS LA DEMARCHE DE PAYS

3.1.1. L'engagement du directeur dans la démarche de Pays pour promouvoir une véritable politique gériantologique locale

Pierre LAROQUE déclarait : « une politique gériantologique est un ensemble d'actions concertées et cohérentes qui s'inscrivent dans une visée prospective à court, moyen et long terme et qui structurent les relations d'un groupe avec le reste de la population »¹³³. Nous avons vu dans la première partie qu'il n'y a pas véritablement de politique sociale en faveur des personnes âgées au niveau national, mais plutôt un amoncellement de mesures et de dispositifs non articulés les uns aux autres, d'une part, et privilégiant d'autre part la dimension curative et palliative. La politique développée demeure donc avant tout gériatrique, axée sur le soin réparateur. Or, un changement de cap s'avère indispensable dans la perspective de la montée en charge prévisionnelle de la dépendance. « Une politique du vieillissement consisterait en revanche en la prise en compte de l'ensemble des facteurs de risque qui peuvent survenir à tout moment de la vie et qui peuvent présager d'une vieillesse difficile. Les risques ainsi pris en compte seront la perte du statut social avec le passage à la retraite ou à des situations d'inactivité précédant l'âge de la retraite, les ruptures affectives telles que le veuvage, les accidents de santé, la situation économique et sociale...Le rôle joué par l'environnement familial et plus largement communal dans l'apparition d'une vieillesse dépendante sera également analysé afin de développer des stratégies d'aménagement du territoire de nature à contribuer à une prévention efficace. Cette politique s'inscrit dans une logique plus préventive que curative et s'intéresse à l'ensemble des facteurs du vieillissement des individus et d'une population. »¹³⁴. Cette approche, prônée par Catherine GUCHER, sociologue, constitue une politique gériantologique. Pour cette experte, l'échelon de proximité contribue à apporter des réponses originales car liées à la problématique locale. En outre, la politique gériantologique ne peut représenter « qu'un aspect d'une politique plus ambitieuse visant à créer les conditions d'une certaine harmonie sociale »¹³⁵.

¹³³ - cité par GUCHER, Catherine. *Les politiques de la vieillesse comme construction d'une problématique sociale*, p. 42.

¹³⁴ - GUCHER, Catherine. réf. 133. p. 38.

¹³⁵ - GUCHER, Catherine. réf. 133. p. 42.

En Gironde, l'échelon départemental, avec le schéma pour personnes âgées, s'est efforcé d'adopter cette logique. Au terme de sa période d'exécution, force est de constater que la troisième orientation du schéma « assurer la place des personnes âgées dans la vie sociale et la protection de celles dont l'état nécessite une aide » a été peu suivie d'effet, notamment pour les volets visant à « développer les relations et la communication entre les différents âges de la vie », à « assurer la représentation des retraités et personnes âgées » et à « développer l'éducation permanente sur le mieux vieillir »¹³⁶. La raison de ce manque réside essentiellement en l'absence de promotion de ces axes novateurs et de leur appropriation par des acteurs locaux, de proximité.

Les élus de la Haute Gironde sont de plus en plus nombreux à prendre conscience de l'acuité du problème du vieillissement localement et souhaitent qu'il fasse l'objet d'une attention soutenue. Raison pour laquelle, dans le cadre du 4^{ème} Contrat de Plan Etat-Région, a été entériné, début 2001, le Projet Collectif de Développement de la Haute Gironde qui s'articule autour de cinq grands axes : le développement de l'économie et de l'emploi, le maintien des services et l'amélioration du cadre de vie (dont les actions de maintien à domicile des personnes âgées, les pôles de services tendant à une mutualisation des moyens et des compétences, et à la complémentarité des services), l'habitat et le logement (par le biais d'opérations programmées d'amélioration de l'habitat), l'identité du territoire, la solidarité avec le territoire suite à la tempête. En tant que directeur d'un SSIAD confronté aux limites d'une prise en charge partielle car axée essentiellement sur les soins de suppléance, je vais m'efforcer de promouvoir la définition d'une politique gérontologique locale accordant une large place aux autres dimensions nécessaires à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes à domicile. Pour y parvenir, je me suis engagé avec conviction dans la démarche de Pays, en participant aux travaux conduisant à l'élaboration de la charte de développement du territoire, dont la rédaction devrait être achevée à la fin de l'année 2001, et qui va fixer les grandes orientations de la Haute Gironde pour les dix ans à venir. Cette charte va trouver un prolongement plus opérationnel dans le cadre de l'enquête de diagnostic social qui débute en octobre 2001 et proposera, à son échéance neuf mois plus tard, des projets d'action répondant aux priorités retenues par les membres du groupe de pilotage dont je fais partie. D'ores et déjà, pourtant, certains élus dirigeants du Pays sont soucieux d'édifier ou de trouver une structure servant de matrice, de creuset à la future politique gérontologique locale. La question se pose également du positionnement symbolique conférant une légitimité à cette structure. Le Pays, jusque-là organisé en

¹³⁶ - Conseil Général de Gironde. *Schéma départemental des établissements et services pour personnes âgées 1996-2000*, p. 53-55.

syndicat à vocation multiple (SIVOM), vient d'opter pour une reconversion en syndicat mixte qui regroupera au 1^{er} janvier 2002 les cinq communautés de communes (en lieu et place des communes) et permettrait l'adhésion éventuelle d'autres structures. La structure-matrice pourrait donc s'intégrer à ce nouvel ensemble qui a vocation à fédérer, à coordonner les énergies sans pouvoir décisionnel sur les échelons de plus grande proximité (communautés de communes). Quel que soit le résultat de ces aspects purement organisationnels, mon investissement ne pourra pas produire d'effet concret avant quatre ou cinq ans. En attendant, d'autres initiatives peuvent être entreprises dès maintenant.

3.1.2. Une politique des transports des personnes à mobilité réduite commune sur le territoire : l'harmonisation des modalités de fonctionnement de TRANSADAPT

Pour une personne âgée dépendante, pouvoir se déplacer à l'extérieur du logement se révèle un moyen incontournable pour entretenir une vie sociale et relationnelle digne de ce nom. Le département est muni d'un outil spécifique : TRANSADAPT. Ce dispositif est financé par diverses sources dont les collectivités locales intercommunales. Une difficulté majeure pour cet outil fort pertinent réside dans les modalités de fonctionnement et les tarifs pratiqués qui varient d'un canton à l'autre. Ainsi, la population d'un canton, en fonction de sa configuration géographique, ne pourra pas bénéficier des mêmes possibilités de desserte que celles d'autres cantons de la Haute Gironde qui lui sont pourtant limitrophes. Aussi, à la demande de différents intervenants du maintien à domicile dont notre structure, des négociations ont lieu à l'échelle du Pays en vue d'une harmonisation de son fonctionnement et d'une optimisation des déplacements sur la région bordelaise en groupant les acheminements .

3.1.3. La prise en compte prospective du vieillissement dans les différentes OPAH

Trois des cinq cantons de la Haute Gironde viennent d'entamer une opération programmée d'amélioration de l'habitat (OPAH). J'ai proposé aux élus locaux de ces territoires que la dimension prospective du vieillissement soit prise en compte pour toutes les demandes de réhabilitation de logement concernant des personnes âgées, même si ces dernières ne sont pas directement à l'initiative de la demande d'aide, dans les cas de cohabitation avec

d'autres membres de la famille notamment. L'objectif consiste à prévoir d'emblée les aménagements liés au handicap présent ou prévisible de la ou des personnes âgées vivant dans le logement, de façon à les intégrer dans le projet global de travaux. A cette fin, un ergothérapeute, dont nous verrons plus loin la provenance, sera mis à la disposition de l'organisme prestataire chargé de l'exécution de l'OPAH. Ce partenariat sera formalisé dans une convention définissant les modalités de mise à disposition et les engagements respectifs de chaque partie.

Les deux actions concrètes qui viennent d'être décrites engagent le court terme. D'autres, du même type peuvent découler de cette logique de complémentarité, de mutualisation des moyens propre à un projet de développement local.

3.1.4. Se doter de services disposant du seuil de rentabilité en mutualisant certains moyens

La grande majorité des services nécessaires au soutien à domicile des personnes âgées ont été mis en place par l'échelon cantonal, c'est-à-dire la communauté de communes qui couvre sur notre territoire une population atteignant en moyenne de 13 à 16 000 habitants au total. Pourtant, certains de ces services ne disposent pas à l'échelle cantonale du seuil de rentabilité indispensable, faute d'un potentiel de population suffisant. C'est le cas notamment du portage de repas à domicile que deux cantons ont inscrit dans leurs compétences, même si l'activité a été sous-traitée au même opérateur privé : un commerçant local. Sur un de ces cantons, une commune s'est dotée, seule et unilatéralement, du même type de service. La nécessité d'un échelon supérieur, neutre, qui viendrait transcender les clivages politiques ou les querelles interpersonnelles s'impose. Cet échelon supérieur s'affirme plus en capacité de faire valoir les besoins multiples des personnes âgées (variété des régimes alimentaires oblige). A cette considération de rationalité peut se greffer une dimension d'aménagement du territoire. En restant sur le même type d'activité liée à la fabrication des repas, il semble vraisemblable que, très prochainement, la plupart des maisons de retraite locales, de petite taille, ne pourront satisfaire du fait de la mise en place des conventions tripartites passées avec le Conseil Général et l'Assurance Maladie aux normes exigeantes et contraignantes d'hygiène, de conservation... liées à l'activité repas qu'elles développaient jusque-là en interne. Le Centre Hospitalier de Blaye sous-traite lui-même actuellement la cuisine à une autre structure hospitalière extérieure à notre territoire et à notre département, ce qui avait entraîné lors de la prise de cette décision des pertes d'emploi locales. Aussi, l'idée qu'une

cuisine centrale soit mise en place en Haute Gironde n'apparaît pas saugrenue. Elle pourrait permettre au Centre Hospitalier d'ouvrir une nouvelle cuisine qui desservirait les établissements d'hébergement et les services de portage de repas à domicile. Les exemples peuvent être démultipliés. Cela nous éloigne à première vue de notre préoccupation d'un meilleur maintien à domicile, mais ce n'est pas le cas. Car ce type de comportement qui devrait être privilégié permettra l'émergence d'une nouvelle culture du local, de l'intérêt supérieur et facilitera la mise en place d'une politique gérontologique qui requiert un esprit de partenariat dont la traduction peut s'exprimer au niveau sectoriel des acteurs du maintien à domicile.

3.2. AU NIVEAU SECTORIEL : DEVELOPPER L'EFFICACITE DES ACTEURS DU MAINTIEN A DOMICILE DANS LE CADRE DE LA COORDINATION

3.2.1. La mise en place effective de la coordination gérontologique locale

Depuis un an, en Haute Gironde, une coordination gérontologique s'est mise en place. Dénommée Pôle Ressource d'Action Gérontologique (PRAG), elle rassemble dans un partenariat originel plusieurs acteurs locaux : l'Association de Maintien à Domicile (AMAD) du canton de Saint Savin, le Centre Hospitalier de Blaye, les Communautés de Communes des cinq cantons (qui gèrent également des service d'aide à domicile) et notre association. Les institutions financières ont salué ce partenariat novateur qui regroupe les secteurs sanitaire, social et médico-social. Elles ont désigné l'Association de Soins à Domicile comme référent du projet et collecteur des fonds.

La coordination s'articule autour de trois axes :

- une cellule d'information chargée de renseigner la population sur les dispositifs et aides en faveur du maintien à domicile des personnes âgées et sur les possibilités locales d'hébergement pour personnes âgées. Cette activité fonctionne sous la forme d'un accueil téléphonique réparti sur différents sites, avec des mises à disposition de moyens humains. Ainsi, le Centre Hospitalier et une des Communautés de Communes ont libéré chacun un mi-temps de personnel administratif, l'AMAD 20 % d'un équivalent temps plein. Un seul numéro téléphonique est connu de la population et les bascules d'un site à l'autre s'effectuent par simple transfert d'appel. Les fichiers informatiques suivent le même chemin par voie de modem. Une convention a été

signée avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées volontaires (la grande majorité) pour qu'ils communiquent périodiquement leur capacité vacante de façon à pouvoir disposer d'une information actualisée. Le fonctionnement de l'accueil téléphonique est formalisé dans une série de procédures¹³⁷.

- Une équipe pluridisciplinaire d'évaluation à domicile chargée d'étudier la faisabilité du maintien à domicile ou les possibilités de le pérenniser, et dans la négative, les alternatives possibles. Cette équipe se compose en première intention d'une assistante sociale et d'une ergothérapeute, intervenant en binôme. Le poste d'assistante sociale, salariée de l'Association à mi-temps, est financé par le Conseil Général. Le poste d'ergothérapeute, quant à lui, résulte d'une mise à disposition par le Centre Hospitalier et supportée par l'assurance maladie. Si des situations complexes le nécessitent, il peut être fait appel, avec l'accord du médecin traitant, au médecin gériatre et à une diététicienne du Centre Hospitalier, ou à la psychogérontologue de notre Association. L'équipe d'évaluation à domicile peut intervenir aussi bien à la demande du médecin traitant ou d'un autre professionnel que de la personne âgée ou de son entourage. Dès qu'une demande s'exprime, des contacts sont pris par le binôme avec les différents intervenants à domicile déjà présents sur la situation, de façon à connaître leurs perceptions. Quand le binôme a réalisé son évaluation et établi ses conclusions pour un plan d'action, il les soumet par un compte-rendu aux différents interlocuteurs professionnels qui peuvent l'amender. Puis, l'usager et/ou son entourage reçoivent une copie du document final. Ce type de fonctionnement¹³⁸ répond aux principes énoncés par Joël de ROSNAY d'adaptation et d'autorégulation. Il permet aux différents acteurs, à partir d'informations dont ils ne disposaient pas forcément, de modifier si besoin leur intervention ; contribuant ainsi à construire une vision globale partagée, même si l'on peut considérer qu'elle n'est pas aboutie à ce stade.

Compte tenu du nombre non négligeable d'intervenants impliqués dans la coordination, il a été nécessaire d'effectuer un travail important de formalisation, de modélisation en procédures dont j'ai animé l'élaboration avec les personnes participant à ces deux activités.

- Une animation de réseau chargée de mettre en place des groupes de réflexion à partir des problématiques gérontologiques ou liées au maintien à domicile. Cette

¹³⁷ - Annexe n° 2.

¹³⁸ - Annexe n° 3.

activité est assurée par une psychogérontologue, recrutée en emploi jeune par l'Association, à 80 % d'un équivalent temps plein. Plusieurs projets que nous allons découvrir découlent de l'animation de réseau.

Le financement de la coordination (68 602,06 euros, soit 450 000 francs par an, hors mises à disposition) se complète par les contributions de l'Union Européenne, de la CRAMA, de la MSA et de la caisse de retraite des commerçants ORGANIC. La pérennité n'est pas assurée. Aussi, un dossier de demande de CLIC de niveau 3 a été déposé au titre de l'année 2001. A ces charges, il convient d'ajouter les moyens spécifiques dévolus au Centre Hospitalier pour participer à la coordination (un mi-temps d'ergothérapeute et un autre mi-temps de personnel administratif) et attribués par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine.

Ce partenariat financier montre la volonté des pouvoirs publics de dépasser le clivage sanitaire et social. Grâce à ce projet, la Haute Gironde a pu obtenir des compétences faisant totalement défaut localement, telles que celles d'un ergothérapeute et d'un psychogérontologue qui peuvent dorénavant intervenir à domicile. De plus, la coordination montre qu'elle s'inscrit elle-même, de par la nature de sa constitution, dans cette logique de mutualisation des moyens qu'elle veut promouvoir et dont nous allons examiner quelques aspects.

3.2.2. L'élaboration d'outils communs aux différents professionnels

Progressivement, la conviction émerge parmi les professionnels du territoire de la nécessité de travailler ensemble, de concevoir des outils d'information communs. Nous avons vu l'importance, dans la façon de conduire le changement, de s'engager sur des objectifs accessibles, réalisables pour forger dès le départ une dynamique de succès et susciter l'adhésion au processus. Aussi, nous nous sommes saisis (ma collègue psychogérontologue et moi-même) des préoccupations concrètes des acteurs de terrain pour bâtir ensemble quelques mini-projets, dans le cadre de groupes de travail.

3.2.2.1. L'élaboration d'un outil de recueil de données commun et unique pour l'ensemble des intervenants du maintien à domicile

Chaque catégorie d'intervenant disposant au mieux de son propre système de recueil de données et au pire n'en ayant pas, un certain nombre d'infirmiers libéraux, de représentants des services d'aide à domicile des différents cantons et de professionnels du SSIAD se sont regroupés, avec l'appui d'un médecin conseil de la MSA, pour concevoir un document de recueil de données qui serait commun et unique à l'ensemble des intervenants du maintien à domicile. Le document s'avère, pour le moment, essentiellement axé sur le recueil de renseignements à caractère administratif et environnementaux. Une feuille de transmission y est toutefois intégrée pour permettre aux différents interlocuteurs d'échanger des informations entre eux. Cet outil doit être considéré comme une première étape vers un document plus complet. Le questionnement du groupe porte actuellement sur la prise en charge du coût de l'outil. Diverses pistes existent, notamment au niveau local.

3.2.2.2. La perspective d'une formation au projet individualisé

Actuellement, un groupe de travail pluridisciplinaire réfléchit à l'élaboration d'un référentiel de compétences pour les aides à domicile dont les perspectives devraient évoluer considérablement du fait de l'introduction éventuelle du futur Projet de Soins Infirmiers (PSI) qui les placerait en position de pouvoir réaliser des soins d'hygiène, jusque-là monopolisés par les infirmiers. Une fois ce référentiel établi, les services d'aide à domicile feront le point sur leurs besoins respectifs et un projet de formation devrait voir le jour en Haute Gironde. Dans les compétences identifiées figure la capacité à travailler en équipe pluridisciplinaire et à participer à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet global individualisé. Ce thème ferait vraisemblablement partie du programme retenu. L'opportunité pourrait alors être saisie de profiter de la tenue de cette formation pour intégrer au module relatif au projet individualisé les professionnels libéraux qui le souhaiteraient et le personnel soignant du SSIAD, de façon à s'ancrer d'emblée dans la logique pluridisciplinaire qui doit prévaloir en matière de projet individualisé. Les personnes venant ainsi d'horizons professionnels différents pourraient adopter un langage commun en la circonstance. Le document de recueil de données commun et unique gagnerait également à être judicieusement complété par une partie se rapportant au projet individualisé. L'idée a séduit les partenaires institutionnels de la coordination gérontologique départementale (Conseil Général, CRAMA et MSA) qui se sont associés à la réflexion rassemblant des représentants des services d'aide à domicile, à

l'origine de la demande, de l'hôpital (le médecin gériatre), une psychologue exerçant en qualité d'enseignante dans une formation préparant au CAFAD¹³⁹, et des professionnels du SSIAD.

3.2.2.3. Un projet de plaquette d'information commune pour les services de maintien à domicile de la Haute Gironde

La CRAMA, dans le cadre de la démarche qualité qu'elle a initiée, demande aux services d'aide ménagère de produire une plaquette d'information sur leurs activités destinée à la population. Les services locaux se sont adressés à la coordination pour qu'une réflexion commune soit engagée afin de gagner du temps et réaliser des économies. Différentes options se présentent : soit produire un document unique répertoriant l'ensemble des services qui ne délivrent pas forcément tous les mêmes prestations, soit construire un document mixte rassemblant une partie commune et une partie individualisée propre à chaque service. Les instances dirigeantes de chaque structure n'ont pas encore décidé. Leur position devrait être connue vers la fin du troisième trimestre 2001.

3.2.2.4. Un projet d'annuaire des dispositifs, aides et des professionnels et structures du maintien à domicile

La coordination gérontologique est liée avec les institutions financières par un contrat d'objectifs. Celui-ci prévoit l'élaboration et la diffusion d'un annuaire faisant l'inventaire des aides ou dispositifs, des structures et professionnels locaux intervenant en faveur du maintien à domicile des personnes âgées. Ce travail de recensement sera effectué en concertation avec les acteurs locaux. Il leur permettra de mieux se connaître et probablement de se reconnaître, de se respecter. L'échéance prévue pour la finalisation du projet a été fixée à la fin du premier trimestre 2002.

Les professionnels impliqués dans les différents groupes de travail à l'origine de ces outils ont imaginé solliciter un partenariat financier avec le Pays qui pâtit d'un manque d'identité dans la population et notamment parmi les professions libérales. Ces outils d'information pourraient donc servir également de moyen de promotion pour cette nouvelle figure qu'est le Pays : un pays solidaire, fédérateur et structurant.

¹³⁹ - CAFAD : certificat d'aptitude à la fonction d'aide à domicile.

3.2.2.5. La perspective de la mise en place d'une procédure de gestion et d'orientation des situations d'urgence

Nous avons vu dans la première partie (p. 25), la difficulté éprouvée par le SSIAD et le secteur libéral pour faire face à la demande locale de prises en charge pour des soins de nursing.. La mise en place de la coordination permet certes d'optimiser les diverses aides mobilisables par ailleurs (PSD, ...). Mais, le constat d'une impuissance finale s'impose. Un certain nombre de situations urgentes (fin de vie, dégradation brutale de l'état de dépendance de la personne âgé ou épuisement de l'entourage) requérant une prise en charge immédiate ne trouvent pas de solution. Il en est de même pour des sorties d'hospitalisation qui ne peuvent avoir lieu faute de prise en charge possible immédiatement à domicile, engendrant un surcoût pour l'assurance maladie. La situation paraît grave. Pourtant, il existe une solution requérant une organisation locale forte et... beaucoup de motivation. Elle consiste à mettre en place, un système dit tampon chargé d'absorber provisoirement ces situations aiguës en attendant qu'un relais puisse s'organiser. Un délai d'un mois semble raisonnable à cette fin. Le système tampon pourrait être constitué par 5 à 10 lits du SSIAD réservés à cet effet. Les relais proviendraient soit du secteur libéral, soit du SSIAD lui-même. Ces relais se révéleraient pérennes ou éventuellement provisoires si une amélioration de l'état de la personne intervenait. Auquel cas, un deuxième relais pourrait être assuré par les services d'aide à domicile. Ce dispositif prend toute sa raison d'être dans une perspective de mise en place du PSI. La prise en charge d'une personne âgée s'assimilerait de la sorte à une « fusée à trois étages » qui pourrait être pilotée par la coordination gérontologique. J'ai exposé le projet à l'autorité de tarification qui le trouve intéressant moyennant quelques précautions : informer clairement les usagers et leur entourage de l'aspect purement provisoire de la prise en charge urgente. Ce projet pourrait être débattu avec le secteur libéral (médecins et infirmiers), les structures hospitalières les plus proches et les services d'aide à domicile. Il implique un changement de posture tant dans le secteur libéral que pour le SSIAD du fait de la réactivité requise.

3.2.3. La constitution d'un groupe de bénévoles intervenant à domicile

A l'occasion de la réflexion rassemblant des acteurs locaux du champ sanitaire et social qui s'était tenue en 1998 et 1999 sur la prise en charge des souffrances et douleurs, il avait été prévu, parallèlement à la formation des professionnels, de mettre sur pied un groupe de bénévoles chargés d'intervenir à domicile sur des situations de fin de vie. La constitution du

groupe a requis beaucoup de temps. Puis, il a fallu le structurer. Les bénévoles ont eu à choisir leur destin : soit créer une association indépendante, soit prendre place dans l'Association de Soins à Domicile. Ils ont choisi la deuxième option. Le groupe n'est pleinement opérationnel que depuis la mise en place effective de la coordination. La finalité a évolué puisque les bénévoles, actuellement une quinzaine, ne souhaitent pas, à une très large majorité, s'engager sur des accompagnements de fin de vie. Leur action répond à trois objectifs : assurer une présence et un soutien moral à domicile, restaurer le lien social avec l'environnement extérieur et soulager les aidants naturels en leur offrant un peu de répit. Leur rôle ne consiste pas à se substituer aux professionnels, mais au contraire à apporter une complémentarité, une différence, une neutralité d'enjeu et surtout une denrée rare : du temps. La sélection, le suivi, un encadrement et une régulation des bénévoles s'avèrent nécessaires et sont réalisés par la psychogérontologue. Ils peuvent intervenir à la demande de tout professionnel du secteur sanitaire et social ou directement des personnes âgées ou de leurs familles, conformément à une procédure bien établie¹⁴⁰. Un projet de formation, en cours d'élaboration, devrait leur permettre, sous réserve de l'obtention des financements, d'optimiser la qualité de leur présence à domicile. Au sein de l'Association, il importe désormais de les faire connaître et reconnaître par les salariés, en les associant aux autres activités, pour favoriser leur intégration et leur expression, au cours des réunions-repas axées sur la vie de notre structure et rassemblant l'ensemble du personnel. Plus tard, il conviendra de les associer pleinement au processus d'élaboration et de mise en œuvre des projets individualisés des usagers. Mais, ils constituent d'ores et déjà un maillon supplémentaire et complémentaire dans la chaîne potentielle des services ou activités en faveur du maintien à domicile en Haute Gironde qui continue à s'étoffer.

3.2.4. Un projet de chaîne coordonnée de sites d'accueil de jour

La première réflexion sur laquelle s'est penchée notre animation de réseau a associé différentes maisons de retraite tant publique, celle du Centre Hospitalier, que privées à but lucratif et privée à but non lucratif. Elle a porté sur les deux versants d'une même réalité, la rupture ou crise engendrée par la chronicité problématique de certains maintiens à domicile. Notre expérience d'intervenant à domicile nous a permis de constater la situation difficile de nombre de personnes âgées qui, en dépit de la présence d'un entourage humain, souffrent d'un sentiment de solitude, de marginalisation, et d'un manque de stimulation. Alors qu'en même temps, leur entourage s'épuise tant physiquement que

¹⁴⁰ - Annexe n° 4.

psychologiquement, en raison de la durée de ce type de situation. Il en résulte bien souvent des placements en urgence en maison de retraite, culpabilisants pour les aidants naturels et facteurs de désorientation, de traumatismes pour les personnes âgées. Les établissements d'hébergement éprouvent en conséquence des difficultés à faire face à ce contexte. La solution envisagée doit concilier deux objectifs généraux interdépendants : permettre aux personnes âgées de bénéficier d'une meilleure qualité de vie, susceptible de prolonger leur maintien à domicile et, parallèlement, permettre à l'entourage direct de ces personnes de vivre la prise en charge de leurs aînés dans des conditions plus propices à l'expression de leur propre vie. Cette solution consiste à créer une chaîne coordonnée de quatre sites d'accueils de jour maillant le territoire de la Haute Gironde, dans un souci d'accessibilité géographique. Certains sites dispenseraient un accueil de type polyvalent, alors que d'autres se concentreraient sur des publics plus spécifiques de type démences. En amont, la coordination gérontologique assurerait l'orientation des demandes vers les structures les plus adaptées à leurs besoins. L'accueil de jour, pour certaines de ces personnes âgées, constituerait alors une passerelle, une transition moins traumatisante vers un placement institutionnel inéluctable à terme.

A travers cette réflexion, il s'agissait de dépasser les antagonismes latents opposant le secteur du maintien à domicile au secteur de l'hébergement et prouver que des partenariats sont possibles au profit de la population âgée dépendante. En outre, ce projet en mobilisant TRANSADAPT pour assurer les transferts des bénéficiaires matin et soir démontre le nécessaire traitement transversal de l'action gérontologique.

Actuellement, le projet qui devrait se traduire par la mise en place d'une équipe de professionnels recrutés spécifiquement pour assurer l'animation en effectuant des rotations sur les différents sites, dans un souci d'optimisation, est bloqué en raison d'un problème juridique qui écarterait un des partenaires du projet. Les autres ne prennent pas pour le moment l'initiative de créer la nouvelle structure préconisée.

3.2.5. La création d'un groupement d'employeurs du secteur gérontologique

Une école d'aides soignants, rattachée au Centre Hospitalier, fournit chaque année aux diverses structures locales un potentiel de main-d'œuvre intéressant. Malheureusement, cette manne n'est pas utilisée au mieux car les employeurs n'ont pas toujours la possibilité

d'embaucher de façon pérenne ces nouveaux professionnels. Les contrats à durée déterminée plus ou moins longs qui leur sont proposés ne leur offrent guère de perspectives à terme leur permettant de bâtir des projets. De ce fait, ces aides soignants quittent les uns après les autres la Haute Gironde pour chercher un travail fixe ailleurs. Un certain nombre s'installent même définitivement dans d'autres bassins de vie, ce qui constitue un gâchis pour l'aménagement de notre territoire vieillissant. Mais le rejaillissement sur notre activité, jusque-là imperceptible, apparaît désormais. Depuis plus d'une année, en effet, une pénurie relative d'aides soignants se confirme localement mettant en difficulté les établissements. Le phénomène ne fait que préfigurer une situation qui devrait se dégrader encore dans les années à venir.

Aussi, l'idée a germé dans l'esprit de certains responsables de structures de créer un groupement d'employeurs du secteur gérontologique pour mutualiser nos besoins et proposer de la sorte des temps de travail convenables et des contrats à durée indéterminée aux jeunes diplômés aides soignants. Le projet intéresse déjà le responsable de deux établissements privés à but lucratif et notre association pour le SSIAD. En effet, compte tenu de la forte présence dans la population âgée prise en charge par le service de personnes présentant des problèmes de désorientation, il importe de ne pas multiplier les intervenants autour d'elles. Disposer donc d'un personnel de remplacement fixe, habitué à travailler auprès d'un public âgé et dépendant s'avèrerait judicieux et ne déstabiliserait pas l'équipe soignante du SSIAD, ce qui se produit en cas de remplacements successifs assurés par des aides soignants extérieurs différents. Les professionnels recrutés dans ce nouveau cadre pourraient même bénéficier de la formation sur le projet individualisé de façon à s'inscrire dans l'esprit d'un travail en équipe pluridisciplinaire. Une meilleure qualité de prise en charge paraît raisonnablement pouvoir s'escompter. La réflexion va débiter en fin d'année 2001.

Ces différents projets attestent d'une certaine manière du changement d'état d'esprit qui émerge actuellement sur notre territoire chez les différents acteurs et se traduit par l'envie de travailler ensemble à partir de problématiques communes. Les clivages, les cloisonnements initiaux sont bousculés. Le partenariat s'installe pour mutualiser les moyens et optimiser l'action, dans un souci de responsabilité et de développement local harmonieux. Cette évolution perceptible à l'extérieur de l'Association et du SSIAD se vit également en interne.

3.3. AU NIVEAU INTERNE : METTRE EN PLACE UNE AUTRE ORGANISATION DU TRAVAIL

3.3.1. Pour l'Association, la pertinence de modifier ses statuts

La dynamique engagée actuellement implique une ouverture encore plus importante de l'Association à son environnement et ses partenaires ; allant au-delà de ce qui a été initié jusque-là. Les élus, largement majoritaires, s'avèrent les décideurs prépondérants de la structure. Ils comprennent que la situation ne peut perdurer de la sorte. Aussi, le Bureau a décidé au cours d'une de ses réunions, en août 2001, de proposer une modification des statuts de l'Association qui sera soumise à la prochaine assemblée générale. Ce projet¹⁴¹ prévoit la mise en place de cinq collèges différents au sein de l'Assemblée Générale : élus locaux - usagers - établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux – professionnels libéraux – salariés de l'Association. Chaque collège, sauf pour les salariés, désignerait des membres siégeant au Bureau qui se composerait de 11 personnes. Le nombre des élus y siégeant serait limité à 5 personnes, soit un nombre désormais minoritaire, même si le président resterait issu de leurs rangs. Par cette proposition, les élus ont voulu s'inscrire pleinement dans cette logique de gouvernance qu'ils appliquent désormais dans le cadre de la démarche de Pays. Ils ont également souhaité se prémunir de toute tentative de prise de pouvoir à des fins personnelles et politiciennes d'un de leurs pairs que la décentralisation et la territorialisation des politiques publiques peuvent engendrer, en leur confiant plus de pouvoir, plus de leviers d'action. L'Association offrirait ainsi la garantie d'une certaine neutralité qu'elle a su préserver jusque-là.

Le processus de gouvernance, entamé à l'extérieur de l'Association, se décline donc aussi en interne. Mais au-delà de cette seule modification proposée des statuts il convient d'appréhender l'adhésion du personnel du SSIAD aux évolutions en cours.

3.3.2. La participation de l'équipe soignante au processus local

L'Association ne peut se circonscrire à ses seuls dirigeants élus. Elle représente plutôt une construction collective, une « entreprise à plusieurs ». La volonté exprimée par les élus

¹⁴¹ - Annexe n° 5.

d'associer les salariés se fonde dans l'implication majeure de ces derniers dans le processus enclenché sur le territoire. Elle paraît un juste retour des choses. En effet, l'intégralité du personnel de l'Association vit en Haute Gironde. L'identification au territoire est très forte. Le personnel aide soignant, en particulier, se révèle très soucieux de la prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes, conscient que l'action dispensée par le SSIAD seul ne peut suffire. En faisant part de leur insatisfaction à travailler de façon isolée, en exprimant le souhait d'une ouverture, d'échanges avec les autres intervenants du maintien à domicile, les aides soignantes ont stimulé les dirigeants de l'Association à s'engager en faveur d'une coordination gérontologique. Les aides soignantes ont joué un véritable rôle de catalyseur. La mobilisation n'est pas achevée pour autant, elle s'inscrit dans un continuum. Ainsi, actuellement, les aides soignantes s'organisent spontanément pour assister à tous les groupes de travail pluridisciplinaire où leur présence s'avère utile, malgré des charges familiales conséquentes, la plupart étant mères. La réflexion portant sur l'élaboration d'un document de recueil de données commun et unique à l'ensemble des intervenants émane aussi d'elles.

En tant que directeur, je favorise ce genre d'initiative fructueuse pour l'Association et valorisante pour le personnel. Je suis d'ailleurs convaincu que le double sentiment d'appartenance très fort à l'Association et au Pays explique l'engagement surprenant pour un regard extérieur. Pour l'illustrer, une anecdote mérite d'être évoquée. Depuis l'origine, la charge en soins du SSIAD demeure plus lourde que la moyenne nationale et génère chaque année un important contingent d'heures complémentaires (l'équivalent de deux mois de salaire pour chaque aide soignante) non financées et rétribuées partiellement, mettant financièrement l'Association en difficulté. La voie du recours contentieux a été utilisée avec succès mais elle requiert du temps car il faut composer avec un décalage de un à deux ans par rapport à l'exercice considéré. Le paiement du solde des heures complémentaires ne survenant qu'au terme de ce délai hypothétique, car conditionné par un succès dans la procédure, l'Association aurait pu connaître une agitation sociale de son personnel, sous forme de grève, absentéisme, démission et départ vers d'autres structures... Il n'en a rien été. Le personnel aide soignant s'est montré ferme et déterminé dans son exigence à bénéficier du fruit de son investissement dans le travail, mais a été soucieux de ne pas altérer l'image de la structure et de l'outil de travail. « L'entreprise ne peut être réduite à un simple théâtre pour des jeux d'acteurs. Elle est aussi « un lieu social central », un foyer de « production identitaire », se caractérisant par une propension à produire des valeurs, des normes de comportement, des croyances. En somme, il y a à la fois importation de cultures exogènes (professionnelles, régionales, nationales) et production spécifique de culture au sein de l'entreprise. Valeurs partagées, sentiment d'appartenance, consensus autour de

projets, encouragés par un management plus axé sur la ressource humaine en tant que telle, tout conspire à ce que « l'entreprise fonctionne à la croyance ». Le culturalisme substitue à la réduction utilitariste de l'entreprise du « chacun pour soi » la vision globalisante de « l'entreprise à plusieurs comme l'écrit SAINSAULIEU »¹⁴². Cette anecdote sur un des aspects de la vie du SSIAD peut paraître à première vue assez éloignée de notre préoccupation d'une meilleure coordination et d'un développement local, mais elle atteste indirectement des liens de solidarité qui unissent le personnel au territoire, un territoire où s'inscrit son histoire. Lors de l'approche théorique du développement local, nous avons vu la nécessité d'un sentiment d'appartenance de la population au territoire pour la réussite de ce processus. Au niveau du SSIAD, micro-société à lui tout seul, cela semble déjà une réalité. Mais cet état d'esprit interne au SSIAD peut aussi s'expliquer par les conditions de travail générales qui y prévalent ou sont promues .

3.3.3. La promotion d'une organisation apprenante

La mise en place de la coordination gérontologique va contribuer à modifier les comportements des professionnels du maintien à domicile, mais cela demandera du temps. Il importe parallèlement de faire évoluer dès à présent l'organisation du SSIAD - jouant un rôle de soutien majeur à cette coordination très fragile pour l'instant – pour que les aides soignantes s'imprègnent, fassent l'apprentissage d'un autre mode de fonctionnement, largement axé sur les interactions entre professionnels. Le type d'organisation le mieux adapté à ce contexte est représenté par l'organisation apprenante. D. GARVIN estime qu'une structure peut devenir apprenante si elle pratique systématiquement les cinq activités suivantes¹⁴³ :

- « la résolution de problèmes en groupes. Cette pratique (...) se situe dans la mouvance de la recherche de qualité et aussi des fonctionnements en projets. Le travail de groupe, à condition d'être correctement conduit, peut permettre de confronter des points de vue et d'élaborer des pratiques communes ».

Dans le cadre de la réflexion relative à l'aménagement et à la réduction du temps de travail qui a été menée au cours de l'année 2001 au niveau du SSIAD, ce mode de travail a été

¹⁴² - DONNADIEU, Gérard. *La régulation sociale*, p. 177.

¹⁴³ - LIVIAN, Yves-Frédéric. réf. 75 p. 208.

généralisé. Il a permis l'adoption d'un nouveau planning émanant des aides soignantes qui sera appliqué dès l'obtention de l'agrément ;

- « l'expérimentation. Lancer un projet innovant, faire une expérience pilote, tester un nouveau système constituent des occasions d'apprentissage, même si les résultats ne sont pas bien sûr garantis ».

Dans ce registre, peuvent être évoqués quelques protocoles de techniques de soins mis en œuvre chez certains usagers, dans des conditions particulières ;

- « tirer les leçons des expériences. Ceci suppose que des acteurs acceptent d'examiner les succès mais aussi les échecs et prennent du temps pour dresser un bilan complet, au lieu de seulement rechercher des « coupables » dans la hâte ;
- l'apprentissage avec les autres (clients, fournisseurs, sous-traitants) ;
- le transfert des connaissances : on retrouve là l'explicitation nécessaire pour favoriser la transmission (documents, systèmes-experts, formation formelle)... ».

Les participations d'aides soignantes à des colloques ou congrès font l'objet de restitution en réunion d'équipe pour permettre une diffusion la plus large possible.

Ces différentes techniques ne correspondent pas encore à des automatismes systématiques. Je dois cependant veiller à leur généralisation au niveau du SSIAD pour que les aides soignantes, en se les appropriant, deviennent elles-mêmes des vecteurs de leur diffusion au niveau de la coordination gérontologique. Mais pour qu'il en soit réellement ainsi, le changement doit aussi affecter et pénétrer en profondeur leur cœur de métier.

3.3.4. Le projet individualisé, véritable levier du changement interne

La parution, annoncée comme prochaine, du nouveau décret réformant les SSIAD m'amène à ne pas mener de front trop de chantiers au niveau du service. Je vais donc me concentrer sur une seule priorité qui allie le double avantage de s'inscrire dans les exigences des pouvoirs publics et de répondre au besoin d'étayer la coordination centrée sur l'utilisateur. Il s'agit de la mise en place du projet individualisé. Cet outil constitue un des éléments-clé de la prévention de la dépendance dont on sait l'importance. En effet, il permet, d'une part, de dresser, dans une approche pluridisciplinaire, l'inventaire exhaustif des capacités résiduelles

à valoriser et à stimuler d'une personne âgée et, d'autre part, d'élever cet usager au rang de citoyen grâce au processus de négociation qu'il engendre. L'usager, et/ou son entourage, en se prononçant au final sur le contenu du projet affirme sa capacité à décider par lui-même et donc son autonomie¹⁴⁴ .

Construire un projet individualisé pour chaque usager va se traduire par des changements de taille dans le service. Ces changements vont porter sur différents niveaux.

3.3.4.1. *Une perception du travail différente pour les aides soignantes*

Actuellement, la quasi-totalité du temps de travail d'une aide soignante du SSIAD s'avère consacré aux soins de nursing et à la mobilisation des personnes âgées. Il y a peu de temps dégagé pour une réelle réflexion axée sur les particularités de la personne prise en charge. La définition d'objectifs spécifiques liés aux soins demeure encore vraiment marginale et concerne peu d'usagers jusqu'à présent.

Or, le projet individualisé requiert différentes étapes¹⁴⁵ :

- l'analyse de la situation de l'usager à partir de ses souhaits et/ou de ceux de son entourage et de l'identification des besoins par l'équipe soignante ;
- l'élaboration du projet individualisé lui-même en intégrant les différentes parties concernées à commencer par l'usager. Cela implique une concertation et une négociation entre les acteurs de la situation. Mais avant d'en arriver là, l'équipe soignante du SSIAD doit avoir défini son apport propre dans ce construit collectif ;
- l'exécution du projet avec la mise en œuvre d'un suivi régulier. Celui-ci devra se faire de façon spécifique au niveau du SSIAD et de façon plus transversale et plus étalée avec l'ensemble des acteurs.

Pour l'aide soignante, le contenu du travail va se trouver bouleversé. Recensée comme une pure exécutante, une « travailleuse manuelle », elle va devoir consacrer un temps nouveau à la réflexion : interrogation sur une analyse de la situation, questionnement sur son rôle

¹⁴⁴ - BARREYRE, Jean-Yves, et al. réf. 4. p. 303.

¹⁴⁵ - DUCALET, Philippe, LAFORCADE, Michel. réf. 96. p. 198-200.

propre, évaluation de l'action conduite. Elle aura en outre à échanger son point de vue avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Cette évolution devrait se révéler un facteur de motivation supplémentaire pour ce type de professionnel, qui va voir ainsi le contenu de son travail « enrichi », selon le sens que lui donne F. HERZBERG. Cet auteur a inventé le concept « d'enrichissement des tâches »¹⁴⁶ en évoquant divers facteurs de motivation tels que la responsabilité et l'accomplissement .

3.3.4.2. *Une organisation des activités à remettre à plat*

L'instauration du projet individualisé, assimilable à une nouvelle activité consommatrice de temps, ne va pas manquer de bouleverser l'organisation actuelle. J'ai évalué l'incidence de l'utilisation généralisée du projet individualisé à 1 316 heures annuelles, soit 0,84 équivalent temps plein¹⁴⁷ (ETP sur une base 35 heures). Le financement de cette mesure pourrait se réaliser d'une part grâce aux gains de productivité dégagés de la réflexion relative à l'aménagement et à la réduction du temps de travail, et d'autre part dans le cadre du processus entamé par la DDASS de rattrapage de la dotation en personnel du SSIAD (0,3 ETP font encore défaut par rapport à la moyenne nationale).

Une autre dimension du changement projeté concerne la typologie, la forme d'organisation de l'Association. Avec un seul service à l'origine, le SSIAD, l'organisation pouvait être qualifiée de « divisionnelle »¹⁴⁸, c'est-à-dire qu'elle se centrait sur une unité, un produit : le soin à domicile. La création de la coordination gérontologique a contribué à faire évoluer l'organisation vers une structure « matricielle », avec deux services distincts – le SSIAD et le PRAG – mais reliés par des interactions, des croisements fonctionnels particulièrement importants. La mise en place du projet individualisé à l'échelle du territoire va générer une nouvelle transition. En effet, l'introduction de réunions pluridisciplinaires délocalisées devrait modifier très sensiblement les frontières du SSIAD. Les effets de la porosité, dont il a été fait mention dans la deuxième partie (chap. 2.3.3.), affecteront également le personnel aide soignant qui devra composer avec une double « allégeance »¹⁴⁹. Une relation hiérarchique, centripète, qui préexistait ; elle est incarnée par le SSIAD et plus largement l'Association employeur. Cette relation se doublera d'un lien fonctionnel, centrifuge, lié au processus négocié du projet individualisé qui sera porteur d'émancipation pour les aides soignantes.

¹⁴⁶ - LIVIAN, Yves-Frédéric. réf. 75. p. 113.

¹⁴⁷ - Annexe n° 6.

¹⁴⁸ - LIVIAN, Yves-Frédéric. réf. 75. p. 101-102.

En tant que directeur, j'aurai à accompagner cette évolution vers l'horizontalisation de la structure et de l'organisation du travail et à l'encadrer pour éviter les dérives possibles. Plusieurs vecteurs pourront être articulés. Il convient notamment d'aborder plus précisément deux d'entre eux : les réunions et l'évaluation du personnel.

Deux types de réunions internes au SSIAD revêtiront une grande importance :

- des réunions institutionnelles. Organisées une fois par trimestre au cours d'un déjeuner pris en commun, elles ont pour vocation de développer l'esprit d'appartenance à la structure en abordant des aspects généraux de la vie de l'Association, du PRAG et du SSIAD. Ces réunions fonctionnent déjà sous cette forme depuis la mise en place du PRAG ;
- des réunions inhérentes au projet individualisé¹⁵⁰. Ces réunions serviront à décliner les spécificités de l'apport du SSIAD dans la prise en charge réellement pluridisciplinaire. Elles auront donc un rôle de cadrage.

Travailler en équipe pluridisciplinaire va également requérir une nouvelle compétence pour le personnel aide soignant. « Nécessaires, les savoirs et savoir-faire ne sont pas suffisants. Les savoir-être sont particulièrement importants dans les projets. Ils comportent deux dimensions. Leur mise en œuvre en situation suppose que les acteurs en aient la capacité bien sûr (au sens du pouvoir) mais aussi qu'ils l'acceptent et le souhaitent, même si cela leur coûte (le vouloir) »¹⁵¹. En 1998-99, l'intégralité du personnel soignant avait suivi un module sur le travail en équipe dans le cadre d'une formation plus générale. La maîtrise et l'utilisation de cette nouvelle compétence devront être suivies par le biais de la procédure d'évaluation du personnel. Depuis la création du SSIAD, une procédure sur ce sujet existe. Elle repose sur l'observation périodique des situations de soin formalisée sur une grille utilisée lors des visites de supervision des aides soignantes à domicile et aboutit à un entretien annuel. A l'avenir, cette procédure devra intégrer le nouveau contexte et s'appuyer sur le niveau d'atteinte des objectifs de soin dévolus aux aides soignantes dans le cadre du projet individualisé.

¹⁴⁹ - BARON, Xavier. réf. 126. p. 631.

¹⁵⁰ - Cf annexe n° 6.

¹⁵¹ - BARON, Xavier. réf. 126. p. 631.

3.3.4.3. *La formation comme levier du changement*

Le plan pluriannuel de formation 2001-2003 de l'Association prévoyait initialement la mise en place en intra d'une formation sur le projet individualisé au cours de l'exercice 2001. J'ai profité de l'opportunité de la perspective d'un module transversal sur le sujet dans le cadre d'un programme de formation destiné aux aides à domicile, pour différer sa réalisation. Cette formation ne devrait pouvoir réellement débuter que dans le courant du deuxième semestre 2002, mais en inter cette fois, ce qui paraît plus logique. Des économies financières sur le coût peuvent en outre être escomptées en raison des aides dont ce projet paraît susceptible de bénéficier.

Au total, la mise en place du projet individualisé dans le service va se traduire par un coût financier, une modification organisationnelle majeure, de la formation et un toilettage du processus d'évaluation en contrepartie d'une plus grande responsabilisation pour le personnel. Le métier de directeur implique ainsi l'utilisation d'une gamme d'outils élargie. Pour autant, l'affermissement du processus de coordination et de développement local ne peut s'assurer sans la participation effective des personnes âgées et/ou de leurs représentants.

3.3.5. La mise en place du Conseil d'Etablissement : un stimulant pour la réflexion et pour l'action

En mai 2000, conformément aux dispositions du décret du 31 décembre 1991, l'Association a mis en place le conseil d'établissement, composé majoritairement de représentants des usagers, et chargé de donner son avis et de faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement du SSIAD. La première tâche que s'est fixé le conseil a été l'élaboration du règlement de fonctionnement définissant les droits et devoirs des usagers du service. Compte tenu des difficultés de celui-ci à faire face à toutes les demandes dont il est saisi, le conseil a demandé d'une part que soit garantie l'équité d'accès au SSIAD et, d'autre part, en cas d'impossibilité de prise en charge, que le relais soit pris par le PRAG dans la recherche de solutions en faveur du maintien à domicile des personnes âgées. Il se trouve que cette demande des représentants des usagers rejoignait mon souci d'objectiver les critères de prise en charge afin d'éviter l'arbitraire. Avec l'infirmière, nous en avons défini un certain nombre que nous avons présentés à l'équipe aide soignante. Elle a amendé notre

proposition qui a ensuite été soumise au conseil d'établissement¹⁵². Cet exemple illustre le rôle important de force de proposition, de contre-pouvoir joué par les usagers et/ou leurs représentants dans le fonctionnement d'un service médico-social, dont ils contribuent à optimiser l'efficacité. Plus largement, ils permettent au processus actuel, essentiellement porté par des élus et par des professionnels, de rester sur de bons rails. Ils lui confèrent une légitimité et une force qu'il n'aurait pas sans eux.

3.4. NOTRE VOLONTE : INSCRIRE LA COORDINATION GERONTOLOGIQUE DANS LE DEVELOPPEMENT LOCAL

Au terme de la première partie de ce travail, portant sur l'analyse de la situation de notre SSIAD, nous formulons l'hypothèse générale que l'Association, via ce service, doit s'inscrire dans une logique de coordination gérontologique prenant place dans le cadre d'un processus plus global de développement local. Nous pensions que cette disposition serait plus à même de répondre aux divers besoins des usagers et à la commande des politiques publiques, tout en optimisant les ressources locales. Le pari a donc été pris d'un changement portant aussi bien sur les acteurs que sur le système, en agissant tant sur l'environnement que sur le SSIAD lui-même.

Il paraît actuellement prématuré de préjuger du résultat final. Cependant, nous pouvons supposer que les axes développés dans cette troisième partie :

- promouvoir une politique gérontologique locale globale,
- mettre en place une coordination gérontologique sur notre Pays,
- mettre en œuvre ou projeter de nouvelles activités de maintien à domicile (bénévoles, chaîne coordonnée de sites d'accueils de jour),
- travailler en équipe (élaborer des outils communs aux différents professionnels du maintien à domicile),
- développer le partenariat (projets de groupement d'employeurs, de chaîne d'accueils de jour),
- promouvoir le projet individualisé comme support de la coordination centrée sur l'utilisateur,
- associer les usagers au processus,

¹⁵² - Annexe n° 7.

contribueront à une meilleure prise en charge des personnes âgées dépendantes au sein du SSIAD et plus généralement en Haute Gironde.

En effet, pour Michel FROSSARD, Anne BOITARD et Guillermo JASSO MOSQUEDA « L'idée développée n'est pas de promouvoir un mode d'organisation unique mais de considérer que la coordination permet d'aller vers une « croyance commune », des « conventions », qui lient les acteurs au réseau de coordination. Cet apprentissage collectif s'inscrit dans le temps, il y a une progression du consensus ou des pratiques communes qui caractérisent l'organisation de la coordination. Dans cette dimension, il ne s'agit pas d'aller vers une réponse unique à la demande des personnes âgées, mais d'aller vers une plus grande similitude dans la façon d'aborder les situations individuelles. Les enjeux de la coordination sont de structurer le secteur d'intervention en favorisant une répartition ordonnée des rôles, et de maximiser le rapport coût-efficacité de la prise en charge (plusieurs axes : maîtrise des plans d'aide, degré d'apprentissage des professionnels...). Les apprentissages collectifs sont un des éléments de la stabilisation et de la pérennisation de l'unité de concertation. Ils traduisent l'adhésion des différents acteurs sollicités au projet mis en œuvre »¹⁵³.

Parmi les cinq dimensions des apprentissages collectifs¹⁵⁴ recensées par ces auteurs - la connaissance des complémentarités entre les professionnels et la clarification des compétences, l'amélioration de la circulation de l'information, la mise en place d'outils communs, l'instauration d'une collaboration effective entre les professionnels, la promotion d'une culture gérontologique commune - plusieurs semblent se décliner déjà concrètement localement.

¹⁵³ - FROSSARD, Michel, BOITARD, Anne, JASSO MOSQUEDA, Guillermo. *L'évaluation des coordinations gérontologiques*. p. 51.

CONCLUSION : UNE NOUVELLE POSTURE POUR LE DIRECTEUR

La prise en charge traditionnelle des personnes âgées dépendantes par le SSIAD et les autres intervenants sur le territoire de la Haute Gironde a montré ses limites susceptibles de remettre en cause leur maintien à domicile pérenne. Une prise de conscience se fait jour parmi tous les acteurs du soutien à domicile. Elle repose sur la nécessité d'une coordination gérontologique, maintenant concrétisée même si elle demeure fragile, qui nourrit et se nourrit du processus plus transversal de développement local initié par les élus.

Tout cela pourrait se réduire à des antiennes ou des incantations, voire des idées à la mode. D'ailleurs, René CHAR déclarait : « être dans le vent, c'est une ambition de feuille morte ». La volonté locale paraît tout autre. Le territoire et l'Association se sont orientés résolument dans une voie contraignante car elle engage l'avenir et modifie la culture et les agissements de chaque acteur. Choisir ce cap s'avérerait incontournable. Car ce dont notre territoire a le plus besoin, ce n'est pas tant de nouveaux équipements qu'une amélioration de l'existant, via une meilleure fluidité, une plus grande circulation de l'information entre les services. J'ose espérer, et les premiers résultats semblent plutôt probants, que ce choix relève d'un processus ininterrompu.

La décision prise va générer une évolution en profondeur à tous les niveaux de l'Association en modifiant notamment sa composition et l'organisation du SSIAD. Ce service et plus largement l'Association ne constituent pas une tour d'ivoire. Une ouverture large sur l'environnement est plébiscitée. Considéré isolément, le SSIAD n'a pas de raison d'être. Il ne prend son sens que dans un ensemble local dont il ne figure qu'une partie. La volonté locale me demande de prendre en compte l'environnement et d'y inscrire l'action

¹⁵⁴ - FROSSARD, Michel, BOITARD, Anne, JASSO MOSQUEDA, Guillermo. réf. 153. p. 51-52.

du SSIAD. Dans ce contexte, il n'est pas souhaitable et souhaité que je circoncrive mon action à la seule dimension gestionnaire du SSIAD. Un positionnement différent, qui tranche avec la vision du gestionnaire conférée traditionnellement à la fonction de direction, semble requis. Je pense qu'il s'agit-là d'une nouvelle tendance durable. A l'avenir, un directeur devra avoir autant le souci de son environnement que de son établissement. Il aura à raisonner autant en termes de bassin de population, de besoins locaux qu'en termes de public accueilli strictement dans son établissement. Il ne pourra se déconnecter de la réalité du territoire pour faire évoluer les prestations en interne, pour se mettre au service de la population générale et ne pas réduire celle-ci au simple statut ou rang d'utilisateur potentiel de sa structure. Une nouvelle gestion du « dedans » et du « dehors » semble donc de mise.

Par ailleurs, une perspective peut être dressée du processus en cours. Pour l'instant, la coordination gériatrique mise en place voit son action centrée sur des situations de dépendance avérée, puisque la demande se situe à ce niveau. Sa finalité revêt un caractère purement palliatif de prévention tertiaire. Développer une véritable politique gériatrique, comme nous le désirons, signifie que, progressivement, une évolution se dessine vers une prévention de type primaire afin d'éviter la survenue même de la dépendance chez les personnes âgées, et de type secondaire pour diagnostiquer et traiter rapidement les cas. Cela représentait d'ailleurs un des objectifs initiaux dévolus aux SSIAD et un des souhaits de Pierre LAROQUE émis depuis longtemps. Des années après, force est de constater que rien ne peut se faire sans la volonté et l'implication des acteurs.

Bibliographie

Ouvrages

ADAM E., LAUZON S. *La personne âgée et ses besoins. Interventions infirmières*. Paris : Seli Arslan, 1998. Chap. 3, La personne âgée et son besoin de s'occuper de manière à se sentir utile, pp. 11-18.

AMYOT J-J. *Travailler auprès des personnes âgées*. 2 éd. Paris : Dunod, 1998. 246 p.

AQUITAINE. Conseil Régional. *Contrat de Plan Etat-Région Aquitaine 2000-2006*. (S.I) : (s.n), 2000. 123 p.

AQUITAINE. Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales. *Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social : Mémento 1999-2000 Aquitaine*. Bordeaux : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, 2000. 45 p.

BARON X. Gestion des ressources humaines et gestion par projet. In *Les Ressources Humaines*. Paris : Editions d'Organisation, 1999. Chap. 14. pp. 609-653.

BARREYRE J-Y., BOUQUET B., CHANTREAU A. et al. *Dictionnaire critique d'Action sociale*. 3. ed. Paris : Bayard, 1995. pp. 59-62, 103-105, 302-303. Collection Travail Social.

BARUS-Michel J (dir de recherche). *Représentation de l'espace chez les personnes âgées. Etude de Psychologie Sociale Clinique*. Université Paris 8, Laboratoire de Psychologie Clinique : 1988, 65 p.

BOURDIN A. *La question locale*. Paris : Presses Universitaires de France, 2000. 253 p. Collection « La politique éclatée ».

Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé, Ecole Nationale de Santé Publique. *L'évaluation des réseaux de soins : enjeux et recommandations*. Paris, CREDES, 2001. 73 p.

Comité National des Retraités et Personnes Agées et les organisations représentatives de l'aide à domicile et de l'accueil en établissements. *Le livre noir de la PSD*. Paris : (s.n.). 1998. 18 p.

Conseil Economique et Social. *Développement local et politiques d'aménagement du territoire : rapport présenté par Jacqueline MENGIN*. Paris : Les éditions des Journaux officiels, 1998. Pagination multiple.

- DELAVALLEE E. Changement organisationnel et Gestion des Ressources Humaines. In *Les Ressources Humaines*. Paris : Editions d'Organisation, 1999. Chap. 11. pp. 525-554.
- DONNADIEU G. La régulation sociale. In *Les Ressources Humaines*. Paris : Editions d'Organisation, 1999. Chap. 4. pp. 161-223.
- DUCALET P., LAFORCADE M. *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*. Paris : Seli Arslan, 2000. 272 p.
- EUROPE. Conseil de l'Europe. Recommandation n° R (98) 9 du comité des ministres aux états membres relative à la dépendance. 6 p.
- Fondation de France. *La coordination gérontologique : démarche d'hier, enjeu pour demain*. Paris : Fondation de France, Cahiers n° 5, 1992. 163 p.
- FRANCE. Commissariat Général du Plan. *Dépendance et solidarités, mieux aider les personnes âgées : rapport de la commission présidée par M. Pierre SCHOPFLIN*. Paris : La Documentation Française, 1991. 271 p.
- FRANCE. Commissariat Général du Plan. *Redéfinir le travail social, réorganiser l'action sociale*. Paris : La Documentation Française, 1993. Chap 1 et 2, pp. 17-51.
- FRANCE. Haut Comité Consultatif de la Population et de la Famille (présidé par Pierre LAROQUE). *Politique de la vieillesse : rapport de la Commission d'Etude des problèmes de la vieillesse*. Paris : La Documentation Française, 1962. 438 p.
- FRANCE. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. DATAR. *Schéma de Services Collectifs Sanitaires*. [en ligne]. Paris : La Documentation Française, juillet 2001 [visité le 14.08.2001]. Disponible sur Internet : < <http://www.datar.fr> >
- FRANCE. Ministère de l'Environnement. *Stratégie nationale du développement durable. Projet. Fondements et orientations*. Assises nationales du développement durable, Paris : 16-17 décembre 1996. Paris : Ministère de l'Environnement, 1996. 38 p.
- FRANCE. Ministère de l'Environnement. DATAR. *Une ambition pour le territoire, document introductif aux neuf schémas de services collectifs*. Automne 2000. [CD-rom].
- FRANCE. Secrétariat d'Etat à la Sécurité Sociale. Commission Nationale d'Etude sur les Personnes Agées Dépendantes (présidée par Théo BRAUN). *Les personnes âgées dépendantes : rapport*. Paris, La Documentation Française, 1988. 182 p. Collection des Rapports officiels.
- FROSSARD M., BOITARD A., JASSO MOSQUEDA G. *L'évaluation des coordinations gérontologiques*. Grenoble : Université Pierre Mendès France, Centre Pluridisciplinaire De Gérontologie, 2001. 110 p.
- GIRONDE. Conseil Général. *Schéma départemental des établissements et services pour personnes âgées 1996-2000*. Bordeaux : Conseil Général, 1996. 57 p.
- HENRARD J-C., ANKRI J. *Grand âge et santé publique*. Rennes : Ed. de l'École Nationale de la Santé Publique, 1999. 230 p.
- Inspection Générale des Affaires Sociales. *L'aide ménagère à domicile aux personnes âgées*. Tome 1 ; rapport n° 96071, janvier 1997. 117 p.
- Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. *Mars 1999, recensement de la population : tableaux références et analyses – exploitation principale Gironde*. Paris : (s.n.), 2000. 270 p.

JOËL M-E., MARTIN C. *Aider les personnes âgées dépendantes, arbitrages économiques et familiaux*. Rennes : Editions ENSP, 1998. 132 p.

LEFEVRE P. *Guide de la fonction directeur d'établissement social et médico-social*. Paris : Dunod, 1999. 305 p.

LIVIAN Y-F. *Organisation : théories et pratiques*. Paris : Dunod, 1998. 322 p.

MARTIN J. *Pour la santé publique*. Lausanne : Réalités Sociales, 1987. 268 p. Collection Politique sociale.

MENGIN J., avec la collaboration de MASSON G. *Guide du développement local et du développement social*. Paris : L'Harmattan, 1989. 164 p. Collection Logiques Sociales.

MULLER P. *Les politiques publiques*. 3 éd. Paris : Presses Universitaires de France, 1998. 127 p. Collection Que Sais-Je ?

NAJIM A., VEDELAGO F. *Développement, coopération, solidarité. Un secteur d'activité en voie de professionnalisation. L'agent de développement local : émergence et consolidation d'un profil professionnel*. (S.I) : La Lauze, UNESCO, 2001. Chap. 1-2, Le contexte politique : Etat, société civile et gouvernance locale, pp. 34-42.

PAQUET M. *Les professionnels et les familles dans le soutien aux personnes âgées dépendantes*. Paris : L'Harmattan, 1999. Collection Travail du Social. Premier chap, Délimitation de l'objet de la recherche, pp. 33-62.

PASSET R. Les voies du développement durable. In *Environnement et aménagement du territoire*. Paris : La Documentation Française, 1996. pp. 21-28.

RAMONET I. *Géopolitique du Chaos*. Paris : Gallée, 1997. 160 p.

ROSNAY J. de. *L'homme symbiotique : Regards sur le troisième millénaire*. Paris : Seuil, 1995. 349 p.

SANCHEZ J-L. Le soutien au vieillissement : enjeux et perspectives. *Acteurs du domicile : au cœur des réalités locales*. 9^{ème} congrès UNASSAD, 14-15 octobre 1999, Toulouse. Actes des conférences (vol. 2). p. 13-22.

SIVOM de la Haute Gironde. *Les ressources cachées de la Haute Gironde : projet de diagnostic de territoire*. Blaye : SIVOM de la Haute Gironde, 2001. 37 p.

UNASSAD. *L'aide à domicile : repères pour l'avenir*. Les cahiers de l'UNASSAD 2000. 150 p.

VACHON B. *Le développement local : théorie et pratique. Réintroduire l'humain dans la logique de développement*. Boucherville, Québec : Gaëtan Morin, 1993. Deuxième partie : La théorie du développement local, et troisième partie : La pratique du développement local, p. 69-201.

VIOSSAT L-C. La sécurité sociale. In *La protection sociale en France*. Paris : La Documentation Française, édition 1997. pp. 59-68

REVUES

BIQUARD A. Point de vue : le développement en question. *Accueillir*. n° 196, pp. 40-43.

BLANPAIN N., PAN KE SHON J-L. Vieillir, c'est discourir...un peu. *Gérontologie et Société*, septembre 1998, n° 86, pp. 7-22.

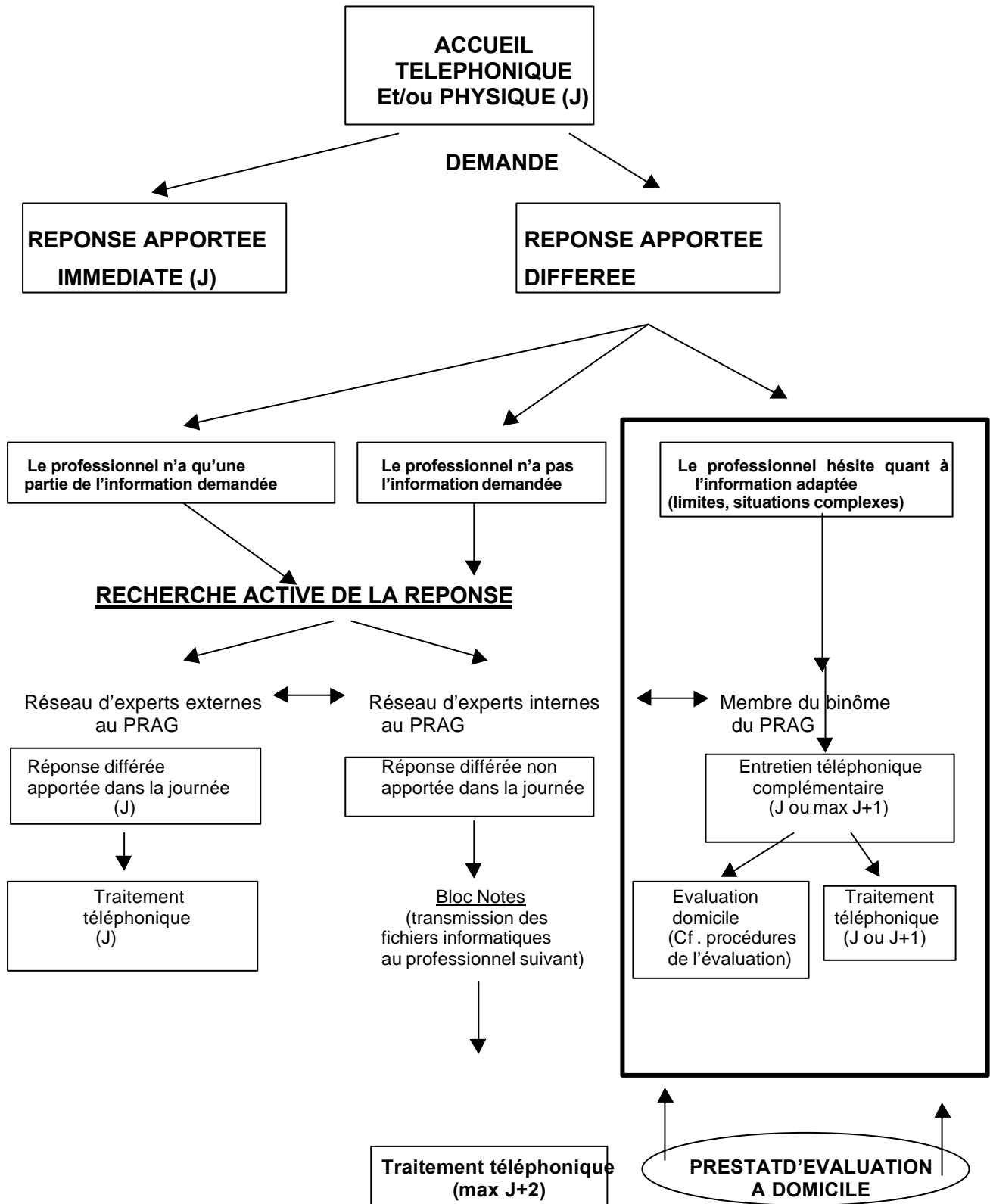
- CALOT G, SARDON J-P. Les facteurs du vieillissement démographique. *Population*, 1999, n° 54 (3), pp. 509-552.
- CASSEN B. Démocratie participative à Porto Alegre : une expérience exemplaire au Brésil. *Le Monde Diplomatique*, août 1998, n° 533, p. 3.
- COLIN C., COUTTON V. Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête Handicaps-incapacités-dépendance. *Etudes et Résultats*, décembre 2000, n° 94, 8 p.
- CHRISTOLHOMME M. Utilité, intérêt et mémoire. *Gérontologie*, 2001-2, n° 118, pp. 9-17.
- DELBES C. Le logement des personnes âgées. *Gérontologie et Société*, décembre 1994, n° 71, pp. 161-169.
- GUCHER C. Les politiques de la vieillesse comme construction d'une problématique sociale. Conséquences dans la définition de programmes d'actions. *Les Cahiers de l'Actif*, mai-juin 1997, n° 252/253. pp. 33-42.
- Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Le cadre de vie des plus de soixante ans. *INSEE Première*, février 2001, n° 760, 4 p.
- Liaisons Sociales Quotidien*, vendredi 30 octobre 1998, n° 12776, p. 2.
- NATANSON J. Indépendance et autonomie. *Etudes psychanalytiques, imaginaire et inconscient*, 2000/2, n° 4, pp. 11-15.
- REBOUL H. Les besoins psychologiques de la personne âgée. *Revue d'Action Sociale*, juillet-août 1991, n° 4, pp. 28-33.
- ROCHE D. Le schéma, un outil de débat et d'orientation. *Le nouveau marseillais*, Quatrième trimestre 1998, n° 54, pp. 10-12.
- ROSNAY J. de. Ce que va changer la révolution informationnelle : modernes activités, emplois nouveaux. *Le Monde Diplomatique*, août 1996, n° 509, p. 19.
- ROZENKIER A. L'aide à la dépendance : une affaire de famille. *Gérontologie et Société*, juin 1999, n° 89, pp. 21-34.
- TOURAIN A., CROZIER M. Le changement en France : du blocage au conflit. *Sciences Humaines*, octobre 1996, n° 65, pp. 31-35.
- VICTOR O. La cité à reconstruire : premières victoires pour la démocratie participative. *Le Monde Diplomatique*, mars 2001, n° 564, p. 22-23.
- WENZ-DUMAS F. Une allocation pour le droit à bien vieillir : le projet de loi est examiné aujourd'hui à l'Assemblée. *Libération*, 17 avril 2001, n° 6196, p. 2-3.

Liste des annexes

- **Annexe n° 1** : Carte de la Haute Gironde (*non diffusée*)
- **Annexe n° 2** : Procédure relative au fonctionnement de l'accueil téléphonique mis en place dans le cadre de la coordination gérontologique
- **Annexe n° 3** : Procédure relative au fonctionnement de l'évaluation à domicile mise en place dans le cadre de la coordination gérontologique
- **Annexe n° 4** : Procédure d'intervention du groupe de bénévoles à domicile
- **Annexe n° 5** : Projet de modification de la composition de l'Association
- **Annexe n° 6** : Incidence de la mise en place du projet individualisé dans le service
- **Annexe n° 7** : Procédure de pré-décision de prise en charge d'un usager

Annexe n° 2

PROCEDURE RELATIVE AU FONCTIONNEMENT DE L'ACCUEIL TELEPHONIQUE DU PRAG



Annexe n° 3

PROCEDURE RELATIVE AU FONCTIONNEMENT DE L'EVALUATION A DOMICILE DU PRAG

Si un service de maintien à domicile intervient déjà de façon régulière chez le bénéficiaire au moment où le PRAG est sollicité	Si un service de maintien à domicile n'intervient pas déjà au moment où le PRAG est sollicité
<p><u>Avant l'évaluation à domicile du PRAG</u></p> <p>Le PRAG saisit le service de maintien à domicile (SMD), quel que soit le cas (qu'il y ait ou non intervention antérieure du SMD).</p> <p><u>Comment ?</u> Par téléphone</p>	
<p>Le SMD précise alors au PRAG :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les interventions déjà réalisées (activités, fréquence, nombre d'heures,....) - les formalités administratives déjà effectuées (demande de PSD, ...) - son analyse de la situation. <p><u>Comment ?</u> Par téléphone (au cours du même entretien téléphonique)</p>	
<p><u>Après l'évaluation à domicile du PRAG</u></p> <p><i>(la procédure est identique que le SMD intervienne antérieurement ou non au PRAG)</i></p>	
<p>1.Le PRAG contacte le SMD pour lui faire part des autres besoins potentiels (téléalarme,..) quelle que soit la situation (prestataire ou mandataire). Cette prise de contact n'est réalisée que s'il y a un nouveau besoin non identifié jusque-là par le SMD.</p> <p><u>Comment ?</u> Par téléphone</p> <p>2.Le PRAG communique à l'ensemble des intervenants, dont le SMD, le projet de plan d'action.</p> <p><u>Comment ?</u> Par courrier (classique ou e-mail)</p> <p>3.Les intervenants, dont le SMD, disposent de 48 heures pour faire part de leurs observations.</p> <p><u>Comment ?</u> Par téléphone</p> <p>4.Au bout de ce délai, le plan d'action est adressé à la famille et/ou à l'utilisateur.</p> <p><u>Comment ?</u> par voie postale</p>	

Si un service de maintien à domicile intervient déjà de façon régulière chez le bénéficiaire au moment où le PRAG est sollicité	Si un service de maintien à domicile n'intervient pas déjà au moment où le PRAG est sollicité
<p align="center">Le délai maximal entre l'évaluation à domicile du PRAG et l'envoi du plan d'action définitif à l'usager et/ou à la famille est de 15 jours</p> <p>Si une appréciation différente de la situation figurant sur le projet de plan d'action apparaît à l'un des intervenants, celui-ci contacte par téléphone le PRAG pour lui faire part des modifications à apporter.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si le PRAG est d'accord pour réviser sa position, il envoie le plan d'action à la famille et/ou à l'usager. - Si le PRAG n'est pas d'accord pour modifier son point de vue, 2 attitudes sont possibles : <ul style="list-style-type: none"> • Soit le PRAG envoie malgré tout le plan d'action en faisant état du désaccord (portant par exemple sur l'impossibilité d'intervention du SMD, du SSIAD ou d'un professionnel libéral,...). • Soit, s'il s'agit d'un problème technique, le médecin traitant tranche le désaccord et décide de la meilleure solution. 	
<p align="center"><u>Entre l'évaluation à domicile et le suivi (à 6 mois)</u></p> <p align="center"><i>(la procédure est identique que le SMD intervienne antérieurement ou non au PRAG)</i></p> <p>Les 2 parties (PRAG – SMD ou autres intervenants) s'engagent à se communiquer mutuellement les changements intervenus dans la situation de l'usager.</p> <p>Il appartient toutefois au PRAG de s'occuper de la diffusion de l'information à l'ensemble des intervenants.</p>	
<p align="center"><u>Le suivi à 6 mois</u></p> <p align="center"><i>(la procédure est identique que le SMD intervienne antérieurement ou non au PRAG)</i></p> <p>Le PRAG procède systématiquement à une évaluation à domicile avec l'accord préalable de la famille et en informant également auparavant les autres intervenants, dont le SMD.</p> <p><u>Comment ?</u> Par téléphone</p> <p>Si la situation l'exige (d'après le PRAG ou un autre intervenant, dont le SMD), une réunion de synthèse avec l'ensemble des intervenants est organisée au niveau du canton où réside l'usager.</p>	

Annexe n° 4

PROCEDURE D'INTERVENTION

DU GROUPE DE BENEVOLES A DOMICILE

DEMANDE D'INTERVENTION

Emanant :

- de la personne elle-même et/ou de son entourage
- d'un service de maintien ou de soins à domicile
- d'un professionnel libéral
- d'un autre professionnel ou structure : (équipe médico-sociale PSD, CCAS, établissement d'hébergement pour personnes âgées, travailleurs sociaux...)



1^{ère} VISITE A DOMICILE DU COORDINATEUR

EVALUATION DE LA DEMANDE (désir) DE LA PERSONNE et ETUDE DE SON ENVIRONNEMENT

**Prise de contact du coordinateur avec l'équipe de bénévoles
référents pour cette situation (binôme)**



2^{ème} VISITE A DOMICILE DU COORDINATEUR

PRESENTATION D'UN DES MEMBRES DU BINOME (VOIRE DES DEUX)

(T)



3^{ème} VISITE A DOMICILE

PRESENTATION DU DEUXIEME MEMBRE DU BINOME PAR LE PREMIER
(étant déjà intervenu la semaine précédente)

(T + une semaine ou deux selon la fréquence des visites préétablie)



**MISE EN PLACE EFFECTIVE DES VISITES A DOMICILE
PAR LE BINOME DE BENEVOLES (selon la fréquence établie)**



SUIVI DE LA PERSONNE PAR LE COORDINATEUR

- réunions de transmissions mensuelles avec toute l'équipe des bénévoles
- visites à domicile du coordinateur tous les 6 mois

Annexe n° 5

L'ARCHITECTURE DE L'ASSOCIATION REMODELEE

ASSEMBLEE GENERALE			BUREAU	
	Nombre	Répartition	Nbre	Répartition
Collège des Elus locaux	15 (désignés par leur collectivité territoriale)	3 par canton	5	1 par canton Le Président est un élu
Collège des Usagers	6 personnes (sans mandat électoral)	<p><u>4 représentants des personnes âgées</u> dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> * 1 membre au moins de la Fédération Départementale des Clubs des Aînés Ruraux * 2 membres du Conseil d'Etablissement de l'Association dont le Président de cette instance <p>2 représentants des personnes handicapées dont au moins 1 membre de l'ADAPEI de Haute Gironde En son absence, le représentant peut désigner une personne de sa structure pour le remplacer.</p>	2	<p>Dont :</p> <p>Le Président du Conseil d'Etablissement 1 membre de la Fédération Départementale des Clubs des Aînés Ruraux</p>
Collège des Etablissements Sanitaires, Médico-sociaux et Sociaux	6 personnes (sans mandat électoral)	<p><u>2 représentants du secteur sanitaire</u> issus du CH de Blaye</p> <p><u>2 représentants du secteur médico-social</u> (maisons de retraite)</p> <p><u>2 représentants du secteur social</u> (services d'aide à domicile ayant leur siège social en Haute Gironde)</p> <p>Chaque structure est représentée par son directeur ou responsable administratif du service. En son absence, il peut désigner une personne de sa structure pour le remplacer</p>	2	<p>Dont :</p> <p>1 représentant du CH de Blaye 1 représentant d'une autre structure</p>
ASSEMBLEE GENERALE			BUREAU	
Collège des Professionnels Libéraux	6 personnes (sans mandat électoral)	<p>Dont 2 médecins 2 infirmiers 1 kiné 1 pharmacien</p>	2	<p>Dont :</p> <p>1 médecin 1 infirmier</p>
Collège des Salariés de l'Association	2 personnes (sans mandat électoral)		0	

TOTAL	35 membres à l'Assemblée Général	11 membres au Bureau
--------------	---	-----------------------------

Le nouveau Bureau est donc composé de 11 personnes dont :

- 1 Président : issu obligatoirement du collège des élus locaux
- 4 Vice-Présidents : à raison d'un représentant de chaque collège (élus, usagers, établissements, professionnels libéraux)
- 1 Secrétaire }
- 2 Secrétares-Adjoints } 6 postes à répartir entre les différents membres restants
(3 élus, 1 usager, 1 établissement, 1 professionnel
- 1 Trésorier } libéral)
- 2 Trésoriers-Adjoints }

Annexe n° 6

Incidence de la mise en place du projet individualisé au niveau du SSIAD

Données de référence

Capacité du service : 65 places.

Nombre d'admissions sur l'année : 40.

Chaque usager est pris en charge le matin par 2 aides soignantes (AS) fixes intervenant alternativement selon le roulement en vigueur.

1.1 TEMPS REQUIS POUR LA MISE EN PLACE DU PROJET INDIVIDUALISE

2 étapes successives se révèlent indispensables pour la mise en place du projet individualisé :

1^{ère} étape = étape interne au service.

2^{ème} étape = étape externe et pluridisciplinaire.

1^{ère} étape : l'étape interne au SSIAD

En amont des réunions pluridisciplinaires, un temps de préparation pour faire valoir la spécificité de l'apport du SSIAD (analyse de la situation, définition de nos propres objectifs...) s'impose, avant l'échange et la négociation dans un cadre plus global.

Le temps requis à cette fin doit être le même que pour le travail pluridisciplinaire, amputé du temps de déplacement qui n'a pas lieu d'être.

Elaboration interne de la composante SSIAD du projet individualisé :

Pour les 65 usagers : $65 \text{ usagers} \times 1 \text{ heure} \times 2 \text{ AS} = 130$
heures.

Pour les 40 entrées annuelles : $40 \text{ usagers} \times 1 \text{ heure} \times 2 \text{ AS} = 80$
heures.

Suivi des projets : $65 \text{ usagers} \times 2 \text{ réunions annuelles} \times 1 \text{ heure} \times 2 \text{ AS} = 260$
heures.

Le travail spécifique au SSIAD (en amont des réunions pluridisciplinaires) va requérir au total 470 heures par an.

2^{ème} étape : l'étape externe et pluridisciplinaire

- 1^{ère} réunion de synthèse pluridisciplinaire visant à l'élaboration du projet individualisé :

Elle mobilise l'aide soignante (AS) référente et sa collègue de binôme. Cette réunion aura lieu sur le chef-lieu de canton où réside l'utilisateur en présence de l'ensemble des intervenants concernés par la situation.

Base de travail :

Elaboration du projet individualisé : 1 heure maximum par usager.

Déplacement : 1 heure maximum aller/retour pour 4 cantons sur les 5 (sauf St Savin).

Le temps nécessaire à l'élaboration du projet individualisé des usagers déjà présents dans le service va s'élever à :

$$65 \text{ usagers} \times \left(\frac{4}{5} \times 2 \text{ heures} + \frac{1}{5} \times 1 \text{ heure} \right) \times 2 \text{ AS} = 234 \text{ heures.}$$

En raison du flux permanent d'entrées/sorties, il faut ajouter, en moyenne sur l'année, 40 entrées prévisionnelles :

$$40 \text{ usagers} \times \left(\frac{4}{5} \times 2 \text{ heures} + \frac{1}{5} \times 1 \text{ heure} \right) \times 2 \text{ AS} = 144 \text{ heures.}$$

=> Soit 378 heures chaque année pour la seule élaboration pluridisciplinaire du projet individualisé.

- 2 réunions de synthèse, pluridisciplinaires, correspondant au suivi, chaque année

Elles mobilisent également l'aide soignante (AS) référente et sa collègue de binôme. Ces réunions auront lieu sur le chef-lieu de canton où réside l'utilisateur en présence de l'ensemble des intervenants concernés par la situation.

Base de travail :

Synthèse de la situation : 1 heure maximum par usager.

Déplacement : 1 heure maximum aller/retour pour 4 cantons sur les 5 (sauf St Savin).

Soit, en moyenne sur l'année, pour 65 usagers :

$$65 \text{ usagers} \times \left(\frac{4}{5} \times 2 \text{ heures} + \frac{1}{5} \times 1 \text{ heure} \right) \times 2 \text{ AS} \times 2 \text{ réunions} = 468 \text{ heures.}$$

Dans la réalité, ce temps devrait s'avérer inférieur puisqu'une réunion de synthèse regrouperait en fait plusieurs situations.

Il est également considéré que, malgré le flux permanent d'entrées/sorties, le suivi avec 2 réunions annuelles ne concernera que 65 personnes au total (en fonction de leur date d'entrée ou de sortie, certaines personnes bénéficieront de 0, 1 ou 2 réunions de suivi dans l'année, en plus de la réunion initiale d'élaboration du projet individualisé).

Le travail de réunion pluridisciplinaire total (élaboration du projet + suivi) va nécessiter 846 heures annuelles.

Le temps total requis pour la mise en place du projet individualisé s'élève à 1 316 heures par an. Soit 0, 84 ETP (équivalent temps plein base 35 heures).

Annexe n° 7

PROCEDURE DE PRE-DECISION DE PRISE EN CHARGE

Sélection d'un usager

Compte tenu des nombreuses demandes d'intervention qui sont supérieures à la capacité de prise en charge du service, il s'avère nécessaire de procéder à la sélection d'un usager parmi l'ensemble des demandes dont le service est saisi. Le processus de pré-décision s'appuie sur un certain nombre d'indicateurs permettant d'objectiver le choix et d'éviter, autant que faire se peut, l'arbitraire. Pour la ou les personnes retenue(s) à l'issue de ce processus de pré-décision, la décision définitive de prise en charge par le service est conditionnée par la visite d'instruction à domicile, à l'issue de laquelle une décision est prise.

Canton :

(le service doit veiller à assurer une couverture territoriale homogène, partagée de façon équitable entre tous les cantons. Cet aspect constitue le premier indicateur d'admissibilité dans le service)

Date de la sélection :

Professionnels ayant participé à ce processus de décision (préciser le nom/prénom et la fonction) :

Résultat motivé de la sélection :

