



**EHESP**

---

**DIRECTEUR D'ÉTABLISSEMENT  
SANITAIRE ET SOCIAL**

MEMOIRE PROFESSIONNEL

Date du Jury : **09-10 Décembre 2008**

---

**« L'IMPACT DU TRAVAIL EN RESEAU SUR LA POLITIQUE  
D'ADMISSION ET SUR LA POLITIQUE D'ACCUEIL »**

**L'EXEMPLE DE L'EHPAD « LES LAVANDINES »**

---

**REGINE ROCHE**

*"Me considérez-vous comme un homme instruit, cultivé ?  
« Assurément, répondit Zi-gong, Ne l'êtes-vous pas ? – Pas du tout, dit Confucius.  
J'ai simplement empoigné un fil qui relie tout le reste. »*

---

# Remerciements

---

Ce stage de professionnalisation a été d'autant plus enrichissant, qu'il m'a confirmé dans mon choix professionnel. J'ai pu me rendre compte, à quel point la gérontologie est une discipline riche de son expertise technique. J'ai compris que l'évolution des pratiques professionnelles n'est possible, que dans la mesure où les acteurs de terrain s'interrogent au quotidien sur le bien fondé de leur réponse.

Je voudrais tout particulièrement remercier les professionnels qui ont accompagné ce cheminement intellectuel et l'ont enrichi par leurs conseils :

- Madame Florence GLATZ, mon maître de stage, Directrice de l'EHPAD « Les Lavandines », qui m'a fait prendre conscience au cours de ces huit mois que le directeur est avant tout « un chef d'orchestre » et non « un homme orchestre » ;
- Madame Katherine GARDELLA, Cadre de santé, qui m'a fait confiance et a éclairé ma démarche professionnelle, lors de la conduite du groupe de travail pluridisciplinaire ;
- Madame Fabienne FLORES, Psychologue clinicienne, qui m'a fait découvrir sa fonction, et prendre conscience de l'atout qu'il représente dans la mise en œuvre du projet de vie et du projet de soins ;
- Le Docteur Maryvonne PUGIBET, Médecin Gériatre, pour ses conseils avisés et pertinents ;
- Monsieur Thierry DARNAUD, Docteur en Psychologie, membre de l'équipe mobile de gériatrie du Centre Hospitalier d'Alès, pour la richesse de ses interventions, qui ont permis de faire évoluer ma réflexion et changer mon positionnement à l'égard de la fonction de direction ;
- Monsieur le Professeur Claude JEANDEL pour l'accueil favorable réservé à ce mémoire, lors de sa soutenance le 16 septembre 2008 ;
- Monsieur Didier Vinches, mon tuteur de mémoire, pour ses conseils et ses encouragements ;
- Enfin, un immense merci à ma Famille, pour leur présence, leur écoute et leur soutien dans la réalisation de ce mémoire.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>8</b>
<b>1. Les enjeux du travail en réseau sur le bassin gérontologique bagnolais....</b>	<b>13</b>
<b>1.1. La coordination gérontologique et le réseau de soins : deux organisations complémentaires et non concurrentes .....</b>	<b>15</b>
<b>1.1.1. Coordination gérontologique et réseaux de soins : une synergie à développer .....</b>	<b>16</b>
<b>1.1.2. La démarche de filière de soins gériatriques : une limite à la coordination gérontologique ou un gage de plus d'efficience ? .....</b>	<b>19</b>
<b>1.2. Intérêts des concepts de coordination gérontologique et de réseaux de soins pour les directeurs d'EHPAD .....</b>	<b>21</b>
<b>1.2.1. Difficultés pour les institutions sanitaires et médico-sociales, à organiser sur le terrain la prise en charge globale et coordonnée de la personne âgée, dans un contexte de vieillissement accéléré de la population.....</b>	<b>23</b>
<b>1.2.2. Des efforts d'adaptation aux besoins de prise en charge des personnes âgées : le travail en réseau et la démarche de filière de soins gériatriques.</b>	<b>30</b>
<b>1.3. Le réseau, comme moyen d'action du directeur d'EHPAD sur le champ de la prévention de la dépendance.....</b>	<b>32</b>
<b>1.3.1. Le réseau, forme achevée de l'articulation des champs sanitaire et social .</b>	<b>32</b>
<b>1.3.2. Devenir acteur de sa politique d'admission et de sa politique d'accueil, grâce au travail en réseau : l'exemple de l'EHPAD « Les Lavandines » .....</b>	<b>36</b>
<b>2. L'impact de la démarche du travail en réseau sur la politique d'admission et sur la politique d'accueil conduite par le directeur de l'EHPAD « Les Lavandines » .....</b>	<b>41</b>
<b>2.1. L'Inscription de la politique d'admission de l'EHPAD « Les Lavandines » dans une démarche de prévention : une démarche devenue possible grâce au travail en réseau .....</b>	<b>43</b>
<b>2.1.1. Une étape importante : la réappropriation de la trajectoire de soins de la personne âgée entrant en institution .....</b>	<b>43</b>
<b>2.1.1.1. Une nécessité : décloisonner pour maintenir la continuité dans la prise en charge entre le domicile et l'EHPAD .....</b>	<b>43</b>
<b>2.1.1.2. Un objectif : sortir de la logique du contrat d'adhésion pour établir des relations d'équilibre avec l'Hôpital .....</b>	<b>51</b>

2.1.2. Un défi à relever par la commission d'admission pluridisciplinaire : l'orientation de la prise en charge de la personne âgée .....	53
2.1.2.1. L'acceptation de l'entrée en EHPAD : une démarche engagée dès l'étape de la prise en charge à domicile, pour préserver les repères identitaires de la personne âgée .....	54
2.1.2.2. La construction d'une relation de confiance avec la personne âgée : une condition à la mise en place d'un projet de vie, dont elle conservera la maîtrise d'œuvre.....	55
2.2. Sortir de la situation de crise par la personnalisation de l'accueil : une démarche facilitée par le travail en réseau .....	56
2.2.1. Une méthode de management au service de la politique d'accueil .....	57
2.2.1.1. L'accompagnement du nouveau résident : une démarche facilitée par le travail en réseau .....	57
2.2.1.2. Un objectif : organiser la prise en charge en la basant sur la relation avec la personne âgée comme « sujet » .....	58
2.2.2. Une politique d'accueil au service de la personne âgée.....	59
2.2.2.1. L'individualisation de la prise en charge de l'accueil : une démarche pour sauvegarder l'intégrité de la personne âgée, en la rendant actrice de son entrée en EHPAD .....	59
2.2.2.2. La mise en place du projet de vie individualisé : une condition à l'intégration de la personne âgée, dont l'enjeu est le respect de ses droits, par la conduite continue d'une réflexion sur les pratiques professionnelles .....	61
<b>Conclusion .....</b>	<b>63</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>64</b>
<b>Liste des annexes .....</b>	<b>66</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>AD</b>	Aide à Domicile
<b>AGGIR</b>	Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources
<b>AJ</b>	Accueil de Jour
<b>ANGELIQUE</b>	Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité des Etablissements
<b>APA</b>	Allocation Personnalisée d'Autonomie
<b>ARH</b>	Agence Régionale d'Hospitalisation
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>AS</b>	Aide Soignante
<b>ASH</b>	Agent des Services Hospitaliers
<b>CH</b>	Centre Hospitalier
<b>CLIC</b>	Centre Local d'Information et de Coordination
<b>CTP</b>	Convention tripartite pluriannuelle
<b>CMPP</b>	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
<b>DESS</b>	Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social
<b>EHPA</b>	Etablissement d'Hébergement Pour Personnes Âgées
<b>EHPAD</b>	Etablissement d'Hébergement Pour Personnes Âgées Dépendantes
<b>EMG</b>	Equipe Mobile de Gériatrie
<b>GIE</b>	Groupement d'Intérêt Economique
<b>GIP</b>	Groupement d'Intérêt Public
<b>HAD</b>	Hospitalisation A Domicile
<b>HD</b>	Hébergement Définitif
<b>HT</b>	Hébergement Temporaire
<b>IDE</b>	Infirmier Diplômé d'Etat
<b>INSEE</b>	Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques
<b>PSGA</b>	Plan Solidarité Grand Âge
<b>SROS</b>	Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire
<b>SSIAD</b>	Service de Soins Infirmiers A Domicile
<b>URCAM</b>	Union Régionale des Caisses d'Assurances Maladies
<b>USLD</b>	Unité de Soins de Longue Durée

## INTRODUCTION

Selon les projections statistiques réalisées par l'INSEE, les personnes de 60 ans et plus, qui étaient 12,5 millions en 2000 (soit 22% de la population), seront 17 millions en 2020 (soit plus de 40% en 20 ans) et près de 21,5 millions en 2040. Elles représenteront près du tiers de la population totale.

Celles de 80 ans et plus, âge auquel la prévalence de la dépendance commence à augmenter rapidement, seront 4 millions (soit 80% de plus qu'en 2000) et 7 millions en 2040 (soit trois fois plus qu'en 2020).

L'allongement de l'espérance de vie et l'augmentation croissante de la population âgée de plus de 85 ans vont ainsi représenter un défi collectif sans précédent pour la société française. La mutation démographique susceptible d'en résulter à l'horizon 2015 aura non seulement des répercussions sur les dépenses de santé publique, mais aussi sur le système de protection sociale. Leur capacité médicale et sociale à prendre en charge la dépendance liée au grand âge sera dépendante du taux d'accroissement des soins.

De plus, la recherche d'un équilibre financier risque d'être contrebalancée par le maintien à domicile et la croissance de la demande d'allocation personnalisée pour l'autonomie (A.P.A). Car ces politiques sociales sont en contradiction très nettes avec la stabilisation des financements médicaux et sociaux, et ce d'autant plus que la participation des aidants familiaux tant à se raréfier.

En ce sens, le vieillissement de la population pose le problème fondamental de l'évolution de son état de santé et de son accompagnement.

Le Plan Solidarité Grand Âge (PSGA), en date du 27 juin 2006 fait d'ailleurs de l'amélioration de la qualité de l'accueil et des prestations l'un des enjeux majeurs de la politique de modernisation des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). La qualité de la prise en charge y est présentée comme le gage de la capacité du directeur à éviter que l'entrée en institution n'évolue vers une situation de crise.

L'évolution de la notion d'accueil de la personne âgée en institution est étroitement liée à l'évolution de la structure sociologique de la France, qui a contribué à modifier progressivement et parfois brutalement les rapports au sein des familles.

L'hébergement collectif est devenu une réalité quasi incontournable. En effet, si depuis longtemps le maintien à domicile fait partie des objectifs premiers des pouvoirs publics, le passage en institution n'en demeure pas moins une réalité, lorsque la vie à domicile atteint ses limites.

Jusqu'à la séparation juridique du sanitaire et du social par la loi n°75-535 du 30 Juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et par la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, les lits d'hospices se trouvaient pour la plupart concentrés dans des sections spécialisées des hôpitaux. L'image ainsi développée était la négation de la vieillesse. C'est dans ce contexte de représentation négative que les pouvoirs publics ont entrepris dès 1975 "l'humanisation des hospices". Cette période explique encore, que dans l'inconscient collectif l'entrée en institution soit assimilée à une image misérabiliste et mortifère, même si le terme d'hospice n'est plus utilisé. En effet, s'agit-il d'une vieillesse isolée et misérable qui entre en établissement, d'une vieillesse délaissée par ses enfants, ou simplement d'une vieillesse au bout de son autonomie pour laquelle l'accueil collectif constitue la dernière issue ?

L'entrée de plus en plus tardive des résidents en structure d'accueil, oblige à reconsidérer entièrement le sens et les missions des maisons de retraite<sup>1</sup>. En effet, la population accueillie en établissement est majoritairement dégradée sur le plan moteur ou psychique, quand ce ne sont pas les deux à la fois, ce qui soulève la question du profil de la maison de retraite de demain. Remplacera-t-elle l'image négative qui collait aux hospices, et trouvera-t-elle une nouvelle spécificité qui amènera la personne âgée tranquillement au terme de sa vie ?

Selon les statistiques réalisées par l'INSEE, 90% des personnes de plus de 60 ans vivent à domicile contre 10% seulement vivant en institution. La question qui se pose d'emblée à l'ensemble du corps social, est de savoir si le fait qu'elles soient minoritaires à vivre en institution, retire pour autant, à ces personnes, un droit à poursuivre un projet de vie, sans perdre en qualité de vie ?

La France s'est engagée, depuis de nombreuses années, dans une politique déterminée en faveur des personnes âgées visant l'amélioration de leur prise en charge ainsi que leur protection.

Cette volonté des pouvoirs publics de relever le défi de la dépendance s'est révélée notamment à travers trois réformes importantes : l'instauration d'une aide financière

à caractère universel (l'Allocation Personnalisée d'Autonomie), la médicalisation et la modernisation du parc des E.H.P.A (la Réforme de la Tarification), et enfin l'accroissement des sources de financement affectées à la prise en charge de la dépendance et du Handicap avec la création de la Caisse Nationale pour l'Autonomie (CNSA), dont le champ d'action s'étend à l'ensemble de la perte d'autonomie. Elle s'est réaffirmée avec la mise en œuvre du Plan Vieillesse Solidarité adopté en 2003 et du Plan Solidarité Grand Âge appliqué en 2006, ainsi qu'avec la mise en place respectivement en 2005 et 2008 de plans d'actions concernant les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

La qualité de l'accompagnement proposée aux personnes âgées entrant en maison de retraite est donc étroitement liée à la question de l'adaptation de l'offre médico-sociale aux besoins de prise en charge des personnes âgées.

Selon les termes du PSGA, l'offre médico-sociale souffre d'insuffisances récurrentes. Elle se caractérise par un mode de prise en charge binaire entre le domicile et la maison de retraite. Elle se singularise par l'absence de coordination dans la prise en charge entre le domicile, l'hôpital et l'établissement, principale source de rupture dans la continuité de la prise en charge. Elle pâtit non seulement du manque de coordination entre les schémas d'organisation sanitaire et les schémas gérontologiques départementaux, mais aussi de l'insuffisance du nombre de spécialistes susceptibles de répondre aux besoins des patients âgés. Elle souffre en outre, de l'insuffisance de filières de soins gériatriques, et du manque de réseaux de soins gérontologiques, dont le fonctionnement est particulièrement adapté à la prise en charge des patients âgés en ambulatoire. Elle implique enfin, l'adaptation du système de soins à la prise en charge des pathologies chroniques.

L'enjeu est d'adapter l'offre hospitalière et médico-sociale pour faciliter le parcours de soins du patient âgé et surtout d'éviter les erreurs d'orientation.

La circulaire en date du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques et le Programme pour la Gériatrie en date du 15 avril 2006 posent pour la première fois les bases d'une politique gérontologique déclinée à l'échelon local. Ils font un état des lieux des contradictions de la réalité de terrain, qui contribuent à mettre à mal l'action de l'Etat à l'échelon régional et départemental, et à compromettre la prise en charge hospitalière des patients gériatriques.

---

<sup>1</sup> Lieu de vie

Les principales contradictions recensées concernent la multiplicité des décideurs à l'échelon régional et départemental, et la séparation du sanitaire et du médico-social. Elles concernent également, la réalité de la prise en charge hospitalière. En effet, dans la majorité des cas, la mauvaise orientation du patient âgé polypathologique et très dépendant résulte non seulement de l'inadéquation des spécialités médicales aux besoins du patient gériatrique, mais aussi de la rotation accrue des patients et d'un manque de fluidité du parcours de soins faute de lits d'aval. Ces dysfonctionnements ont pour conséquence, d'entraîner à court terme une réhospitalisation du patient gériatrique.

Enfin, la structuration insuffisante du retour et du suivi à domicile explique, que celui-ci se caractérise dans la majorité des cas, par l'absence de mise en place de projet de prise en charge post-hospitalisation avec le secteur médico-social. Cette absence de coordination aboutit au final à « un placement en urgence » de la personne âgée en EHPAD ou en Unité de Soins de Longue Durée (USLD), alors que l'orientation est de toute évidence centrale pour la personne âgée.

Reproduisant à l'échelon local les grandes tendances nationales, la région Languedoc Roussillon (territoire où est implanté l'établissement objet de l'étude) se caractérise par un développement insuffisant des réseaux de soins gérontologiques.

Les insuffisances dans la prise en charge des personnes âgées relevées par le SROS 3<sup>ème</sup> génération de la région Languedoc Roussillon se situent principalement au niveau de l'articulation difficile entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire. Elles se caractérisent par la coordination difficile des interventions au domicile, la faiblesse, voire l'inexistence quasi-totale de réseaux de soins gérontologiques, un lien souvent mal assuré entre le Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC) et les réseaux de soins quand ils sont existants, un faible développement des unités mobiles gériatriques, l'absence de redéfinition du rôle des USLD comme niveau de médicalisation intermédiaire entre EHPAD et services hospitaliers.

La conduite d'une démarche d'amélioration de la qualité de l'accueil sur l'EHPAD « Les Lavandines », structure d'hébergement de 92 lits et de 5 places d'accueil de jour, a donc eu pour enjeu d'éviter « les placements en urgence », en inscrivant autant que possible l'entrée en EHPAD dans la continuité du projet de vie de la personne âgée. J'ai été chargée de cette mission, dans le cadre de mon stage de professionnalisation de directeur d'établissement sanitaire et social (DESS).

Cette démarche a été d'autant plus intéressante à conduire qu'elle constituait une étape importante de la mise en œuvre de la convention tripartite, en vigueur depuis

le 1<sup>er</sup> Juin 2006, et qu'elle s'inscrivait dans la continuité de la démarche qualité, et devait aboutir à la formalisation de la procédure d'admission et de la procédure d'accueil.

Elle s'appuyait sur les orientations du schéma gérontologique du Gard, qui mettait l'accent sur la nécessité pour les EHPAD Publics de rester compétitifs sur leur territoire d'intervention, tout en tendant vers la réorganisation territoriale de l'offre publique de prise en charge des personnes âgées. Elles imposaient ainsi aux EHPAD Publics d'intégrer les réseaux de soins gérontologiques locaux, dans une logique de complémentarité avec le secteur hospitalier et de proximité de l'offre, pour apporter une réponse adaptée aux besoins de prise en charge locaux.

C'est dans ce contexte que l'EHPAD « Les Lavandines », (établissement public autonome rattaché au territoire de santé de Nîmes-Bagnols/Cèze), a entrepris une démarche de travail en réseau avec les différents acteurs gérontologiques locaux. Or, selon les résultats de l'enquête de terrain conduite auprès du CLIC local, la coordination entre le domicile, l'EHPAD et les hôpitaux s'avérait ne pas toujours être une réalité sur le bassin gérontologique bagnolais, même si une majorité d'établissements sanitaires et médico-sociaux avaient signé la charte de réseau gérontologique.

La nécessité de garantir aux personnes âgées ressortissantes du bassin gérontologique bagnolais, une offre de prise en charge médico-sociale de qualité et de proximité a dès lors, soulevé le problème des enjeux de l'entrée en EHPAD et de ses effets sur la qualité de l'accueil du nouveau résident. En effet, l'objectif était d'éviter les ruptures dans la continuité de la prise en charge et de faciliter l'entrée en EHPAD du futur résident.

La conduite de cette réflexion a posé d'emblée la question de savoir dans quelle mesure l'engagement dans une démarche de travail en réseau pourrait-il permettre au directeur de l'EHPAD « Les Lavandines » de définir une politique d'admission et une politique d'accueil, qui garantiraient au résident le respect de ses droits d'utilisateur ?

Elle a nécessité de s'interroger, non seulement sur les motifs militant en faveur de l'engagement du directeur de l'EHPAD « Les Lavandines » dans une démarche de travail en réseau (1), mais aussi sur l'effet de cette démarche sur la conduite de la politique d'admission et de la politique d'accueil (2).

## **1. Les enjeux du travail en réseau sur le bassin gériatologique bagnolais**

L'enquête de terrain portant sur le territoire d'intervention du directeur de l'EHPAD « Les Lavandines », réalisée auprès des coordonnatrices du CLIC Point Vermeil, a permis de faire les constats locaux suivants.

Les données recueillies<sup>2</sup> révèlent que le vieillissement de la population et l'augmentation croissante de la prévalence de la dépendance chez les personnes âgées de plus de 85 ans n'ont pas été sans incidences sur l'offre de prise en charge proposée par les acteurs de terrain intervenant sur le bassin gériatologique bagnolais. En effet, si l'offre de prise en charge a su s'adapter à la demande, la mise en place du CLIC Point Vermeil n'a pas évité pour autant, le développement de logiques concurrentes entre les professionnels, et le cloisonnement des acteurs sanitaires, médico-social et social. Ce phénomène est à mettre directement en lien avec le cantonnement de son action à l'accompagnement social.

Ce positionnement local a contribué à le priver de son rôle essentiel dans l'orientation de la prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant à domicile. C'est ainsi qu'une entrée sur deux en EHPAD s'est révélée être « un placement en urgence », au détriment des droits fondamentaux de la personne âgée. Dans ce contexte, la définition d'une politique d'admission et d'une politique d'accueil s'est révélée être un exercice particulièrement difficile à réaliser par les directeurs d'EHPAD.

Selon Nathalie BLANCHARD<sup>3</sup> « l'approche par la coordination de la résolution des problèmes s'inscrit dans l'évolution des politiques publiques et sociales qui, depuis vingt-cinq ans, glissent d'une logique de planification vers une logique libérale ».

Comme le démontre Dominique ARGOUD<sup>4</sup> l'évolution démographique, conjuguée à l'évolution des modes de prise en charge, ont conduit les pouvoirs publics à chercher à adapter le système de protection sociale pour tenir compte d'une problématique émergente, à savoir celle de la dépendance des personnes âgées. Parce que l'architecture de l'Etat providence est aujourd'hui stabilisée, elle s'est

---

<sup>2</sup> Conférer Annexe 1

<sup>3</sup> Blanchard N., « Du réseau à la coordination gériatologique : un nouveau paradigme pour le secteur médico-social », retraite et société, n°43, CNAV, La Documentation française, oct. 2004, p. 166-186

<sup>4</sup> « Les Réseaux d'aide et de soins pour personnes âgées, Analyse comparative », Dominique ARGOUD – MCF Université Paris XII

révélée peu propice à la prise en charge de besoins nouveaux dans un contexte de raréfaction des ressources. Ainsi, plutôt qu'une refonte globale du système qui se serait avérée coûteuse en l'état actuel des finances publiques, les pouvoirs publics ont privilégié des stratégies d'adaptation et de travail « en réseau ».

Si les mesures prises par les pouvoirs publics en faveur des personnes âgées dépendantes à partir des années 90, n'ont pas contribué à remettre en cause le dualisme existant entre le sanitaire et le social, elles ont abouti à réduire le rôle de l'Etat. Ce dernier est passé de producteur de règles nationales et de prestataire, à un rôle de simple régulateur.

L'évolution du cadre légal et institutionnel a tendu ainsi à faire reposer l'évolution du système sur les acteurs eux-mêmes. Sous la pression des financeurs publics, mais aussi de la demande, les acteurs de terrain, notamment les directeurs d'EHPAD, ont été encouragés à mettre à disposition des personnes les plus âgées une offre de prise en charge globale et coordonnée intégrant sanitaire et social<sup>5</sup>. Ils ont dû cependant, composer avec un cadre qui n'est guère propice à un tel décloisonnement, sans avoir souvent les moyens financiers de solvabiliser les réponses apportées.

Parce que le dispositif gérontologique<sup>6</sup> paraît conçu sans architecte, par les professionnels, pour les professionnels, l'enjeu a été d'éviter le découpage systématique des interventions portant sur un même individu en redonnant aux clients de l'action sociale un statut de sujets, de partenaires actifs dans les institutions sociales. A l'heure où les coûts sont si contraignants qu'ils régulent au premier chef les dispositifs, la coordination s'est posée comme l'élément déterminant pour mieux associer les objectifs économiques et humains : redonner une place prépondérante à l'individu tout en lissant les surcoûts préjudiciables pour la collectivité.

Ainsi si l'engagement dans une démarche de travail « en réseau » ou « en coordination » sur le bassin gérontologique bagnolais s'est imposé aux directeurs d'EHPAD comme un objectif qualité incontournable, pour être acteur de leur politique d'admission et de leur politique d'accueil, l'effectivité de leur engagement dans cette démarche a été déterminée non seulement par la forme de l'intervention (1.1), mais aussi par les modalités d'inscription de l'action du réseau dans une

---

<sup>5</sup> Le rapport de la Commission d'étude des problèmes de vieillesse ou Rapport Laroque en date de 1962 et le Rapport LARCHER portant réforme de l'Hôpital en date du 10 avril 2008

logique de réponse pluridisciplinaire, graduée et de proximité aux besoins de prise en charge des personnes âgées (2.2).

### **1.1. La coordination gérontologique et le réseau de soins : deux organisations complémentaires et non concurrentes**

Les fonctionnements séparés du secteur social et médico-social, et du secteur sanitaire sont un héritage de l'histoire, des modes d'intervention catégoriels et des logiques administratives.

Si, sur le terrain, les professionnels de la santé et du social<sup>7</sup>, directement au contact des populations, ont ressenti la nécessité de travailler ensemble et y sont parvenus dans les coordinations et les réseaux divers, la seconde décentralisation du social aux départements et la recentralisation-déconcentration de la santé au niveau régional ont tendu à accentuer les difficultés à maintenir ce lien entre la santé et le social entre les administrations concernées. Ainsi, même si le décroisement du sanitaire et du social est une fausse évidence, cet objectif pertinent n'en a pas moins mérité que des efforts lui soient consacrés.

Pour surmonter le cloisonnement, l'enjeu a été de trouver les conditions d'une mobilisation des compétences complémentaires sans les subordonner l'une à l'autre, sans les substituer l'une à l'autre, mais en les dotant les unes et les autres de la capacité de discernement, qui leur permettrait de solliciter l'intervention qualifiée de l'autre.

Ainsi la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui accorde une place centrale aux coopérations et aux réseaux, a introduit la notion de décroisement entre le sanitaire et le social à travers la possibilité pour des établissements de santé d'adhérer à une formule de coopération sociale et pour un établissement social ou médico-social, de s'intégrer dans une coopération ou un réseau sanitaire.

Ainsi la « coordination » et le « réseau » ont-ils été conçus comme des outils mis au service d'une démarche de décroisement. La réponse apportée à cet objectif va donc nécessiter de concilier la logique d'intervention du secteur sanitaire avec celle du secteur médico-social. En effet, leurs interventions qui tendent à la prise en

---

<sup>6</sup> PHILIBERT M., De la coordination dans les secteurs d'action gérontologique, op ; cit, p.3.

charge globale de l'usager, obéissent à deux logiques complémentaires : celle des liaisons horizontales, la coordination ou le réseau (1.1.1) ; celle des liaisons verticales lorsque l'action du réseau fait référence à la notion de filière (1.1.2).

### **1.1.1. Coordination gériatrique et réseaux de soins : une synergie à développer**

Selon les dispositions de l'article L. 6321-1 du Code de la santé publique « les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment celles spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne, tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre des professionnels de santé libéraux, des médecins du travail, des établissements de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire et sociale ainsi que des représentants des usagers. »

Si sa définition ne se limite qu'à son objet, le réseau n'est qu'une application sanitaire de la « coordination gériatrique »<sup>8</sup>.

Lors de la réflexion conduite sur les hôpitaux locaux<sup>9</sup>, dans la seconde moitié des années quatre-vingt-dix, il a été ainsi envisagé la conception d'un dispositif gériatrique coordonné à partir de l'hôpital s'appuyant sur l'idée d'une institution qui étendrait son organisation interne au bénéfice de sa zone d'influence. La conception de cette organisation s'appuyait sur l'existence sur le secteur médico-social, d'une coordination gériatrique développée à partir du domicile.

L'actualité sanitaire de la coordination est liée aux ordonnances du 24 avril 1996 dites Juppé, l'une relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et instituant l'article L.162-31-1 du Code de la Sécurité sociale, l'autre portant réforme de l'hospitalisation et instituant l'article L. 712-3-2 du Code de la Santé publique. Le Code de la Sécurité sociale envisage, pour une période déterminée, que des

---

<sup>7</sup> BAUDURET J. -F., JAEGER M., Rénover l'action sociale et médico-sociale : histoires d'une refondation, Paris, Dunod, 2<sup>ème</sup> éd., 2005.

<sup>8</sup> CLIC/Réseaux de santé, une synergie à développer. [www.social.gouv.fr/htm/dossiers/clic](http://www.social.gouv.fr/htm/dossiers/clic).

<sup>9</sup> LAUNOIS R.J. et al., « Les réseaux de soins coordonnés (RSC) : propositions pour une réforme profonde du système de santé », Revue française des affaires sociales, janv.-mars 1985, n°1, p. 37- 61.

actions expérimentales puissent voir le jour dans le domaine médical ou médico-social afin de promouvoir notamment « une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention ». Il est ainsi possible de mettre en œuvre des filières de soins organisées à partir des médecins généralistes et « des réseaux de soins expérimentaux permettant la prise en charge globale de patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques ».

La réactualisation de ce dispositif par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des soins, a contribué à élargir la notion de réseau de soins en réseau de santé et à unifier les dispositifs s'y rapportant, procédures et financements compris. Ainsi depuis la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2002<sup>10</sup>, « les pouvoirs publics ont institué un financement pérenne : la dotation nationale de développement des réseaux, déclinée régionalement et accordée conjointement par les directeurs de l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) et de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM).

La notion de réseau est intéressante parce qu'elle cohabite avec la coordination en jouant les parallèles sur le plan sanitaire. En effet, sur le plan de l'action sanitaire et sociale, le réseau est la seule notion qui ait fait sens, face à l'omniprésence de la coordination. Elle reste cependant très connotée, avec une appartenance très soutenue au secteur sanitaire et médical. Pour ces raisons, sa définition et celles des approches qui lui sont associées sont beaucoup moins globalisantes et reflètent clairement l'organisation du champ du soin. Bernard ENNUYER<sup>11</sup> voit une autre opposition entre la notion de réseau et celle de coordination, attribuant au premier des qualités telles que la fluidité, la flexibilité, la potentialité des connexions, la libre circulation et la libre communication que la coordination formelle ne saurait avoir.

Les initiateurs de réseaux font le même constat, que pour les coordinations gérontologiques et s'accordent sur l'existence d'un « maquis d'une incommensurable complexité ». L'objectif est, dans un souci notamment de mise en cohérence des moyens, de prévenir et d'écourter les hospitalisations, de permettre la continuité des soins entre l'hôpital et la ville, d'organiser et de rendre possible le retour et le maintien à domicile des personnes âgées.

Si « la coordination gérontologique » est un dispositif issu des politiques vieillesse, et « le réseau de soins » un dispositif issu du système de santé, leurs objectifs et

---

<sup>10</sup> GAILLARD F., BIDAULT M., « L'essor des réseaux de santé », La Gazette santé social, n°1, oct. 2004, p. 16-25.

leurs principes ne paraissent guère différents. Ils tendent tous les deux à améliorer la qualité des interventions socio-sanitaires sur un territoire donné dans un souci de cohérence, à développer l'accompagnement et la prévention selon « une démarche pragmatique privilégiant les initiatives, les expériences locales, la mutualisation des informations ».

En revanche, leur champ d'intervention est différent.<sup>12</sup> En effet, les « réseaux de soins » s'organisent au sein du secteur sanitaire, dans le cadre du SROS et intègrent les soins dans les prestations qu'ils délivrent, alors que la « coordination gérontologique » se situe dans le cadre des politiques publiques encadrées par le schéma gérontologique départemental et n'a vocation à délivrer directement, ni soins, ni prestations à domicile.

Enfin, la « coordination gérontologique » à travers la mise en place des CLIC intéresse toutes les personnes âgées, leur entourage et les professionnels, alors que les « réseaux de soins » portent essentiellement leur action sur les personnes âgées souffrant de maladies chroniques ou aiguës qui rendent nécessaire une prise en charge pluridisciplinaire.

Aussi la complémentarité entre « la coordination gérontologique » et le « réseau de soins » doit-elle être recherchée à travers le rôle pivot des CLIC dans la mise en œuvre des politiques locales de coordination gérontologique, et à travers la compétence et l'expertise médicale des réseaux de soins, mis au service des personnes âgées polypathologiques.<sup>13</sup>

Bernard ENNUYER précise par ailleurs, que si la place de l'utilisateur dans les réseaux est régulièrement posée, afin de pouvoir rapidement soutenir qu'elle n'est pas envisageable, celle de l'entourage n'apparaît quasiment pas dans les projets et les fonctionnements des réseaux comme ceux des coordinations gérontologiques. Dès lors, différencier réseau primaire et réseau secondaire apparaît comme une nécessité pour envisager de façon coordonnée des interventions auprès des personnes et, plus globalement, une action gérontologique dont la cohérence ne se limite pas à la sphère professionnelle.

---

<sup>11</sup> Les Institutions et les organismes sociaux, Paris, ESF, 1982, p.48

<sup>12</sup> Le CLIC face à de nouveaux enjeux : la décentralisation et le développement de réseaux de soins gérontologiques, Compte rendu de la journée d'échanges, Marquiez-lez-Lille, 16 déc. 2004, SIVOM Alliance Nord-Ouest, p.10.

<sup>13</sup> Lettre DGAS/DHOS/2C/03 n°452 du 16 septembre 2004 (non publiée).

Ainsi comme le souligne GAUVAIN J.-B<sup>14</sup>, les définitions de « coordination gériatologique » et de « réseau » résonnent comme des manières de fonctionner qui devraient faire partie de toute organisation, alors qu'elles sont présentées comme des dispositifs complémentaires. En effet, quoi de plus naturel pour un hôpital, un service de maintien à domicile, un professionnel de santé libéral d'être nécessairement en relation avec d'autres institutions et d'autres professionnels, de se préoccuper d'information, d'orientation, d'évaluation ? Quand ils admettent tous qu'ils développent nécessairement des réseaux pour pouvoir effectuer leur travail et remplir leur mission. D'un côté donc, des définitions très larges qui impliquent les acteurs *de facto*, et de l'autre un constat de carence ? N'est-ce pas là l'expression de divergences intrinsèques à l'idée de réseau ou celle d'un réseau aux caractéristiques bien plus étroites que le lien ordonné, fut-ce entre professionnels ?

### **1.1.2. La démarche de filière de soins gériatriques : une limite à la coordination gériatologique ou un gage de plus d'efficacité ?**

Le réseau se démarque de la coordination quand il envisage son action à partir de la notion de filière. La filière renvoie à la notion de trajectoire d'une personne ou d'un patient dans un réseau<sup>15</sup>. Elle fait référence au parcours d'une personne ou d'un patient dans un dispositif d'aide et de soins, qui se caractérise par trois éléments : un temps de transition d'un élément à un autre du dispositif, des quantités d'aides et de soins, des durées de prise en charge.

Dans le cadre d'un travail en réseau<sup>16</sup>, la mise en place d'une « filière *a priori* » implique notamment l'élaboration de règles communes de pratiques de mécanismes de coordination, dont l'observance sera nécessaire pour garantir une prise en charge optimale. Ce travail d'élaboration suppose une explication préalable des compétences, des tâches et des responsabilités de chacun des membres du réseau.

---

<sup>14</sup> GAUVAIN J.-B, PRUDHOMME S., PREVOT G. et al., « Recherche de la qualité au sein des réseaux gériatologiques », « La Revue du généraliste et de la gériatologie, n°56, juin 1999, p.29 à 34

<sup>15</sup> PELLERIN J., « Quel est l'intérêt des concepts de filières et de réseaux de soins pour les établissements hospitaliers gériatriques ? », Le Courrier de l'évaluation en santé, n°15, juin 1999, p. 15-18.

<sup>16</sup> Principes d'évaluation des réseaux de santé, ANAES, août 1999, p.19-20

La notion de filières s'élabore dans un souci de spécialisation autour d'une pathologie spécifique, d'un risque de santé publique qui nécessitent qu'en différents points du dispositif sanitaire et d'un territoire, des professionnels et des secteurs d'institutions se spécialisent à des fins de veille, de prévention et de soin. Cette définition met d'emblée en évidence combien cette organisation est susceptible, dans la grande majorité des situations, d'aller à l'encontre de « la prise en charge globale de la personne âgée » suivant l'expression consacrée.

La circulaire ministérielle du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique entreprend ainsi de structurer, dans une logique de réseau, la prise en charge des personnes âgées. Il s'agit d'inscrire « la trajectoire des soins des personnes âgées » dans « une filière de soins gériatriques ». A cette fin, le ministère envisage de renforcer l'accès aux soins de proximité, de développer des lits de courts séjours gériatriques et des admissions de courtes durées au sein de services de gériatrie et d'organiser, après l'hospitalisation, la prise en charge et le suivi de la personne. Afin d'y parvenir, des consultations gériatriques avancées, des équipes mobiles et des pôles d'évaluation gériatriques doivent permettre de développer des évaluations individuelles médico-psycho-sociales. Les Agences Régionales d'Hospitalisation et bientôt les Agences Régionales de santé (ARS) sont chargées de ces créations, dans une logique de reconversion des lits hospitaliers.

L'organisation des réseaux révèlent donc une ambivalence. D'un côté, ils paraissent apporter une valeur ajoutée à la prise en charge des personnes âgées, à la fois par leur appartenance au secteur sanitaire, et par l'aspect plus structuré, et plus lisible de leur organisation. D'un autre côté, le réseau, du fait de sa vocation et de son organisation ne paraît pouvoir prendre en compte, qu'une bande étroite des besoins des personnes âgées correspondant essentiellement aux aspects médicaux et laissant à d'autres le soin de l'accompagnement. Ce partage tendrait à démontrer que le réseau ne peut venir concurrencer les coordinations gérontologiques qui devraient, pour assurer leur mission, intégrer le réseau comme un des éléments de coordination. Sans quoi, développer des coordinations et des réseaux dans un objectif de cohérence aurait perdu son sens.

## **1.2. Intérêts des concepts de coordination gériatologique et de réseaux de soins pour les directeurs d'EHPAD**

Le travail des professionnels en réseau autour du patient âgé pose la question de sa crédibilité sur le terrain. En effet, si son ambition ultime est de permettre «<sup>17</sup> l'articulation contractualisée autour de la personne âgée fragile et de son entourage, de toutes les institutions, et des acteurs des champs d'intervention concernés : ville/hôpital, médical/paramédical, sanitaire/social, psychiatrie, associations d'aide et de soins aux personnes âgées, usagers, familles, en vue d'une prise en charge globale de la personne âgée », cet objectif interroge sur sa faisabilité en l'état actuel de l'organisation sur le terrain.

Comme le souligne Nathalie BLANCHARD<sup>18</sup>, la création de réseaux opérationnels répond au changement des postures sociales permettant la résolution des problèmes. Car désormais, la résolution d'une situation problématique passe par une réponse de proximité, conçue dans un cadre local, fondée sur un diagnostic partagé, sur un territoire entre acteurs concernés.

Les ordonnances de 1996, qui prévoient les réseaux gériatologiques stipulent qu'ils doivent être articulés nécessairement autour d'établissements sanitaires », alors que les réponses aux problématiques multifactorielles des personnes âgées fragilisées impliquent la gestion de situations, nécessitant des approches relevant tout à la fois de l'intervention sociale et du sanitaire, sans primauté d'un secteur sur l'autre.

La sectorisation du champ sanitaire et du champ social et médico-social fondé sur *la loi hospitalière n°70-1318 du 31 décembre 1970 et la loi du 30 juin 1975 n°75-535 sur les institutions sociales et médico-sociales*, a contribué à cloisonner le secteur sanitaire et le secteur social, rendant difficile, sinon impossible la prise en charge globale des personnes âgées. Cet objectif poursuivi par les politiques de coordination gériatologique n'a plus représenté qu'une série de prises en charge

---

<sup>17</sup> Etude réalisée pour les Entreprises du Médicament (LEEM) et les Laboratoires Internationaux de Recherche (LIR) p.22

<sup>18</sup> BLANCHARD N., « Du réseau à la coordination gériatologique : un nouveau paradigme pour le secteur médico-social », *Retraite et société*, n°43, CNAV, La Documentation française, oct. 2004, p. 166-186.

parcellisées et aliénante, alors qu'il était basé initialement sur un ensemble intégré d'interventions s'appuyant les unes sur les autres.

Cette logique de deux blocs, sanitaire d'un côté, social et médico-social de l'autre, a soulevé la question de leurs remises en cause au regard de l'évolution de la société en général, et des nouvelles approches des difficultés rencontrées. La nécessité d'une prise en charge plus efficace des usagers, a impliqué dès lors que le sanitaire et le social puissent mieux communiquer, coopérer et se coordonner pour créer et développer des synergies, afin de construire des réponses qui soient adaptées.

En effet, l'évolution nécessaire de l'organisation de la protection sociale<sup>19</sup> implique la transversalité des politiques, des réponses institutionnelles, des professions, des formations qu'il s'agisse de santé ou d'actions sociales et médico-sociales. Car, même dans les cas où l'adéquation semble parfaite entre la personne accueillie et le dispositif mis en place, la variété des besoins et des attentes appelle des réponses croisées et une complémentarité des modes d'intervention.

Ainsi la nécessité de coopération entre les dispositifs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, prenant en considération les éléments complexes des difficultés polymorphes des personnes accompagnées, apparaît incontournable.

*La loi n°91-748 du 31 juillet 1991 « portant réforme hospitalière »* (art.713-12 du code de la santé publique) affirme d'ailleurs la nécessaire articulation du système de soins et des structures médico-sociales, intégrée au dispositif sanitaire en général.

*La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale* accorde aussi, une place centrale aux coopérations et aux réseaux, complétant les dispositions du code de la santé publique. Divers dispositifs de coopération et de coordination sont évoqués dans le cadre de conventions – groupements d'intérêt public (GIP), groupement d'intérêt économique (GIE), communauté d'établissements – intégrant le décloisonnement entre le sanitaire et le social à travers la possibilité pour des établissements de santé d'adhérer à une formule de coopération sociale et pour un établissement social ou médico-social, de s'intégrer dans une coopération ou un réseau sanitaire.

Si le dualisme entre le sanitaire et le social a contribué à rendre incohérente l'application des politiques de coordination gérontologique (1.2.1), la gestion de la

dépendance a conduit les acteurs institutionnels à vouloir dépasser les clivages institutionnels pour créer les conditions favorables de la coordination de terrain (1.2.2).

### **1.2.1. Difficultés pour les institutions sanitaires et médico-sociales, à organiser sur le terrain la prise en charge globale et coordonnée de la personne âgée, dans un contexte de vieillissement accéléré de la population**

Le Conseil Economique et Social dans son avis sur « Les personnes âgées et la société » rappelait, dans le contexte d'accélération du vieillissement de la population, la nécessité de favoriser toute action de prévention de la dépendance. Et, lorsque celle-ci est avérée, de développer la prise en charge par la collectivité de la perte d'autonomie.

Face à cet enjeu majeur, la société française, par l'intermédiaire de ses gouvernements successifs a fait le choix de favoriser, s'ils le souhaitent, le maintien à leur domicile des plus âgés, et de faire de l'entrée en institution une alternative au domicile, lorsque la vie à domicile a atteint ses limites.

#### **a) – Une approche sanitaire et sociale trop segmentée**

Les volets médico-social et sanitaire de la prise en charge sont gérés par des institutions distinctes alors que le degré de dépendance est très lié à l'état de santé, et que toute prise en charge de qualité demande une évaluation globale médico-psycho-sociale. Ce clivage<sup>20</sup> apparaît dans les textes récents qui organisent la prise en charge des personnes âgées et est particulièrement visible, lors de la mise en œuvre sur le terrain des dispositifs créés au niveau national.

Aussi les textes majeurs qui inaugurent les réformes entreprises intéressent-ils spécifiquement l'un ou l'autre volet – médico-social ou sanitaire<sup>21</sup> –, avec des

---

<sup>19</sup> JAEGER M., L'articulation du sanitaire et du social, Paris, Dunod, 2000.

<sup>20</sup> COMITE INTERMINISTERIEL, Une politique de solidarité en faveur des retraités et des personnes âgées, Paris, Ministère des Affaires sociales et de l'Emploi, secrétariat d'Etat chargé de la sécurité sociale, fév. 1988, 32 p.

<sup>21</sup> ANGHELOU D., Sanitaire et social : scission ou fusion ? n°227, juil. 1994, p. 1 à 4.

objectifs fort heureusement communs : une évaluation globale des personnes en vue d'une orientation optimale en termes d'aide sociale et de soins, une préférence pour une prise en charge au domicile, un déficit en coordination générale des acteurs des deux secteurs.

Une illustration du clivage entre les versants sanitaires et sociaux de l'offre proposée aux personnes âgées, est la coexistence des schémas régionaux d'organisation sanitaire qui ont, depuis 1991, vocation à identifier les grands problèmes de santé au niveau régional et à définir une réponse appropriée en matière d'organisation des soins, et des schémas départementaux gérontologiques, qui apprécient les besoins sociaux et médico-sociaux de la population âgée. Le manque de coordination entre les deux approches a été régulièrement souligné. La loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale<sup>22</sup> insiste d'ailleurs sur la nécessité de définir ces schémas en cohérence. Comment espérer dans ce cas que la mise en œuvre sur le terrain offre aux personnes âgées un accès simple et transparent à une prise en charge globale et coordonnée ?

De plus, la confrontation des besoins croissants – tant en matière d'aides à la vie courante, d'hébergement qu'en biens et services de santé – et de l'offre disponible et des financements, amène à s'interroger sur la cohérence des moyens alloués avec les ambitions affichées.

## **b) – Des ressources dispersées en matière d'évaluation**

La nécessité d'une évaluation globale médico-psycho-sociale comme préalable, à toute orientation dans le système de prise en charge, qu'il soit médico-social ou sanitaire est affirmée dans l'ensemble des textes, qui restructurent l'offre de services et de soins aux personnes âgées.

Ainsi, la loi du 20 juillet 2001<sup>23</sup> conditionne l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), à une évaluation de la perte d'autonomie, réalisée par une équipe médico-sociale, à partir de la grille AGGIR. Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), créés depuis 2001, sont de même en charge d'une évaluation pluridisciplinaire permettant l'élaboration d'un plan d'aide pour les

---

<sup>22</sup> Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. <http://assemblee.nationale.fr>

<sup>23</sup> La loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

personnes âgées. Un premier bilan du fonctionnement de cinq de ces structures a d'ores et déjà, souligné le problème de l'articulation entre les activités d'évaluation, dans le cadre de l'APA et dans celui des CLIC : il semble que les zones de recouvrement existantes conduisent des personnes à subir deux évaluations identiques, puisque faites à partir de la grille AGGIR.

Quant à l'évaluation gériatrique, définie par la circulaire DGS/DHOS du 18 mars 2002<sup>24</sup>, elle est placée sous la responsabilité du secteur hospitalier au sein de consultations gériatriques avancées ou de pôles d'évaluation gériatrique. Cette évaluation a pour objectif principal d'aider le médecin généraliste, qui demeure le pivot dans l'organisation de la prise en charge médicale du sujet âgé, à ajuster son intervention.

Dès lors, se pose la question de savoir, s'il est raisonnable de soumettre des personnes âgées déjà fragilisées, à cette succession d'évaluations qui portent sur l'essentiel sur les mêmes critères

### **c) – Les difficultés de la coordination des acteurs sur le terrain**

La prise en charge globale de la personne âgée implique que soit mise en place une coordination entre tous les acteurs, d'autant plus que les acteurs tant sur le plan médico-social que sanitaire sont nombreux, à agir auprès des personnes âgées. Et comme le rappelait la présidente de la caisse centrale de la Mutualité Sociale Agricole (MSA), lors d'un premier bilan du fonctionnement de 19 réseaux de santé gérontologiques « En gérontologie, le médical seul et le social seul ne sont pas des réponses adaptées. C'est l'alliance des deux qui permet d'aboutir à des solutions satisfaisantes ».

Or, la coordination sur le terrain peine encore à se mettre en place. L'implication de différentes administrations, responsables chacune de volets spécifiques de la prise en charge, n'est sans doute pas étrangère aux difficultés rencontrées.

L'ensemble des professionnels s'accordent pour reconnaître, la nécessité de coordonner les différents services auprès des personnes âgées, comme le prônait déjà le rapport Laroque il y a déjà 40 ans. Aujourd'hui, de nombreuses insuffisances perdurent.

---

<sup>24</sup> Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques

Tout d'abord, force est de constater que les volets sanitaire et médico-social, gérés par des administrations distinctes au niveau national (bien que relevant du même ministère) et local, sont loin d'être efficacement coordonnés. Le clivage entre le « sanitaire » et le « social » persiste bel et bien au détriment des bénéficiaires : en témoignent les difficultés en termes d'organisation de l'évaluation médico-psychosociale recommandée en préalable à toute orientation dans le système de prise en charge, et la quasi-absence de professionnels de santé au sein des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC)<sup>25</sup>, structures supplémentaires « plaquées » sur le dispositif existant, et chargés d'assurer la coordination de l'offre sanitaire et médico-sociale sur le terrain.

De plus, la dispersion des financements des nombreux prestataires publics ou privés, qui assurent l'offre d'hébergement en établissement, les services et les soins à domicile, est un des obstacles forts à la mise en œuvre d'une véritable coordination. Le dispositif en place demeure donc complexe, avec des zones de chevauchement de compétences historiques.

Et, l'ajout de nouvelles structures pour pallier l'absence de concertation ne peut dans ce contexte faire de miracles. Ainsi, sur le bassin gérontologique bagnolais, les investigations conduites,<sup>26</sup> auprès des équipes médico-sociales du CLIC « Point Vermeil », labellisé CLIC de niveau 3 depuis 2002, ont révélé que la gestion des demandes d'APA avait monopolisé plus de 80% de l'activité du CLIC bagnolais. Ce positionnement avait eu pour effet de rendre difficile l'articulation de ses interventions avec le secteur sanitaire, les intervenants à domicile, les professionnels libéraux et les EHPAD. Le CLIC « Point Vermeil » avait particulièrement souffert de cette situation, jusqu'à la reprise en main de sa gestion en 2006, par l'Hôpital local de Pont Saint Esprit.

En effet, la délégation de la gestion des demandes d'APA au CLIC n'avait pas été sans incidences sur la procédure d'évaluation des besoins d'aide à domicile. Cette dernière se limitait au volet social, faisant l'économie d'une évaluation des besoins de soins. Ainsi lorsque le médecin généraliste prescrivait le recours à un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), celui-ci réalisait sa propre évaluation pour arrêter un plan de soins. De même, lorsque le CLIC saisissait l'Equipe Mobile de

---

<sup>25</sup> Centres Locaux d'information et de coordination gérontologique, réunion ministérielle interrégionale, Montpellier, 28 septembre 2000, DRASS Languedoc-Roussillon, ministère de l'emploi et de la Solidarité, p. 2.

<sup>26</sup> Conférer Annexe

Gériatrie (EMG) du Centre Hospitalier de Bagnols sur Cèze, celui-ci intervenait sur la base d'une évaluation gériatrique.

Ce cloisonnement des acteurs avait abouti à rendre inefficace la procédure d'orientation de la prise en charge, qui n'intervenait pas suffisamment en amont pour prévenir une évolution défavorable de l'état pathologique de la personne âgée. L'intervention des différents acteurs se révélait d'emblée inefficace. Car le diagnostic des besoins de prise en charge n'avait pas été concerté au moment de la mise en place du plan d'aide. Les interventions restaient donc parcellisées.

Comme l'a reconnu l'infirmière coordinatrice du SSIAD géré par l'EHPAD « Les Lavandines », « l'effet pervers d'un tel dispositif, c'est qu'il pouvait dans certains cas mettre en péril la sécurité de la personne âgée vivant à domicile. En l'occurrence, lorsque la personne âgée était désorientée et l'aidant familial, au bord de l'épuisement psychologique. De plus, en poursuivant la prise en soins, le SSIAD prenait le risque d'être détourné de sa mission, parce qu'aucune solution alternative à la prise en charge à domicile n'avait été mise en place».

Comme l'ajoutait l'IDE coordinatrice du SSIAD, « cette situation aussi douloureuse soit-elle pour l'aidant familial, aurait nécessité qu'un diagnostic Alzheimer soit posé, et qu'une décision de prise en charge en accueil de jour thérapeutique soit proposée à la famille dans le cadre du plan d'aide. Elle aurait eu ainsi, le mérite de permettre à l'aidant familial de récupérer psychologiquement, même si cette démarche ne recevait pas d'emblée son adhésion».

Ce dysfonctionnement dans la coordination de la prise en charge de la personne âgée était d'autant plus grave, comme le soulignait le médecin gériatre de l'EMG, « qu'il avait des répercussions sur les autres intervenants à domicile et pouvait aboutir à une entrée définitive en EHPAD de la personne âgée. En effet, les intervenants agissant dans un contexte de situation de crise, les solutions proposées n'avaient pour objectif que de rétablir l'équilibre, qui avait été rompu au sein de la cellule familiale. Dans la mesure où la personne âgée désorientée était à l'origine de la situation de crise, la solution proposée remettait souvent en cause la poursuite de son projet de vie à domicile ».

Concernant l'activité du CLIC bagnolais, l'enquête de terrain a révélé que le travail en réseau<sup>27</sup> était une pratique, qui avait précédé la labellisation des CLIC par la loi n°2002-2 en date du 02 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

En effet, le CLIC « Point Vermeil » qui couvre les cantons de Bagnols sur Cèze – Pont Saint Esprit – Lussan – Roquemaure est un service de coordination qui a été créé en 1994, et géré en association loi 1901 jusqu'en 2006. Sa labellisation en 2002 s'est appuyée sur le réseau informel existant, ce qui lui a permis de se structurer à partir des partenariats existants. Une telle approche a eu l'avantage d'intégrer les réalités de terrain.

Par ailleurs, elle a mis en évidence que le dispositif actuel est incomplet, dans la mesure où le réseau gérontologique bagnolais n'est pas coordonné à un réseau de soins gérontologique formalisé. Ainsi le CLIC intervient en aval, mais il n'existe pas en amont de dispositif d'intervention formalisé, d'où la difficulté, de mettre en place à domicile, une démarche de prévention.

Selon la coordinatrice du CLIC « Point Vermeil », la charte de réseau est avant tout une charte de partenariat, portant sur l'aide à domicile. Elle aurait pour objet essentiel de formaliser le réseau préexistant, sans avoir les moyens pour l'instant d'articuler son action avec le secteur sanitaire.

#### **d) – Quelle adaptation de l'offre hospitalière aux évolutions des besoins ?**

Les décideurs politiques et institutionnels ont clairement affirmé une volonté d'adapter l'offre hospitalière aux besoins par le développement de lits de court séjour gériatrique. La circulaire DHOS/DGS relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique rappelle que « à l'occasion de leur séjour hospitalier, les patients gériatriques présentent des risques particuliers de décompensation, pouvant révéler des pathologies chroniques et invalidantes, risquant d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une dépendance ». Elle souligne que les personnes âgées rentrent encore trop souvent dans le circuit de soins par les urgences et qu'elles sont parfois dirigées vers des services de spécialités en fonction des lits disponibles, plutôt qu'en fonction de leurs besoins réels.

---

<sup>27</sup> Livret à l'attention des partenaires du « réseau gérontologique animé par le CLIC Point Vermeil »

Pour mieux répondre à leurs besoins spécifiques et éviter un allongement injustifié des séjours hospitaliers, la circulaire rappelle aux ARH l'importance de transformer des lits hospitaliers existant en services ou unités de court séjour gériatrique.

Le développement des soins de suite ou de réadaptation est un objectif fixé en cohérence avec la volonté de privilégier des hospitalisations de courte durée, moins « fragilisant » pour le patient âgé et de disposer de structures d'accueil post-hospitalisation, lorsque le retour au domicile n'est pas directement possible.

### **e) – Un nombre trop faible de structures de soins à domicile**

Les services à domicile recouvrent une grande diversité de prestations et font intervenir de nombreux professionnels.

Selon les dispositions de l'article 1<sup>er</sup> du décret du 25 Juin 2004 « les SSIAD assurent, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de bases et relationnels, auprès : de personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes ; de personnes adultes de moins de soixante ans présentant un handicap ; de personnes adultes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques ou présentant une affection comportant un traitement prolongé et une thérapie coûteuse ».

En revanche, l'hospitalisation à domicile (HAD) est avant tout une « alternative à l'hospitalisation ». Elle est prescrite par un médecin hospitalier ou libéral et permet d'assurer au domicile du malade des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Elle a pour but d'améliorer le confort du patient dans de bonnes conditions de soins. Elle ne répond pas aux mêmes besoins que les SSIAD, mais à des situations dans lesquelles des soins plus techniques et complexes sont nécessaires.

Force est de constater que le nombre de places disponibles en services de SSIAD demeure trop faible et l'HAD reste encore insuffisamment développée en France : 76 structures d'HAD disposant de 4 000 places étaient recensées en novembre 2000. De surcroît, l'implantation de ces structures est inégale sur le territoire national : un département sur trois n'est toujours pas équipé<sup>28</sup>. La carence en structure d'HAD entraîne ainsi, un report des patients relevant de ce type de

---

<sup>28</sup> RAFFY-PIHAN N., Com-Ruelle L. L'hospitalisation à domicile, une réalité économique. CREDES, 15 décembre 2000. <http://www.credes.fr>

services vers les SSIAD, plus particulièrement adaptés à la prise en charge des patients gériatriques et qui de ce fait ne peuvent satisfaire l'ensemble de la demande.

### **1.2.2.Des efforts d'adaptation aux besoins de prise en charge des personnes âgées : le travail en réseau et la démarche de filière de soins gériatriques**

En l'état actuel de l'organisation de la coordination sur le terrain se pose d'emblée la question de savoir, pourquoi la coordination gérontologique revient ainsi sur le devant de la scène.

En premier lieu, la phase d'innovation-structuration de l'action gérontologique a pratiquement disparu au profit d'une évolution des services et des prestations, en partie portée par une volonté accrue d'efficacité. Rendre compte, s'inscrire dans une démarche qualité, être contraint à des objectifs de rentabilité, nécessitent de se centrer sur son pôle de compétences et, en conséquence, d'être plus acquis à des stratégies de partenariat plutôt qu'à un développement de nouveaux services et prestations.

En second lieu, la coordination gérontologique reprend du service avec la création du 5<sup>ème</sup> risque et la réforme de l'Hôpital, qui ont contribué à restructurer la coordination de la prise en charge de la dépendance et à redéfinir les relations entre le secteur médico-social et l'Hôpital, avec la mise en place des Agences Régionales de Santé<sup>29</sup>.

En effet, la refonte du dispositif de solvabilisation public sous tend le passage à une autre logique d'évaluation, non plus basée sur l'incapacité à laquelle fait référence l'évaluation de la dépendance, mais sur les besoins de la personne âgée prise en charge, et une modification de la procédure de demande d'aide, qui aboutirait à la mise en place d'un plan personnalisé de compensation.

Dès lors, les fondements de la coordination gérontologique actuelle seraient remis en cause et l'articulation entre le sanitaire et le social redéfini<sup>30</sup>. En effet, les

---

<sup>29</sup> Rapport de la Commission de concertation sur les missions de l'Hôpital, présidée par M. Gérard LARCHER

<sup>30</sup> Construire le cinquième risque : le rapport d'étape de M. Alain VASSELLE, fait au nom de la Mission Commune d'information dépendance n°447 Tome I (2007-2008) – 08 Juillet 2008 « La réflexion autour du 5<sup>ème</sup> risque et de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées sont aujourd'hui entrées dans une phase active ».

difficultés des acteurs à se coordonner sur le terrain démontrent que le dualisme entre le sanitaire et le social a atteint ses limites. Cela résulte non seulement de la remontée en puissance des thématiques de la prise en charge globale, et de la prise en compte de l'individualité de la personne qui conduisent à décroiser les modes opératoires, mais aussi des contraintes financières qui obligent à optimiser les moyens, à éviter les doublons, à être à la fois plus efficace et plus efficient.

Cette question a l'intérêt de permettre de réinterroger, au moins partiellement, les référentiels sectoriels (celui de l'hospitalocentrisme), ainsi que les modes de construction et de management des différentes politiques sociales sectorielles.

Le cloisonnement a été poursuivi par la construction des politiques sociales, sur un mode sectoriel et vertical. Même les réformes successives de décentralisation et la logique de nouvelle partition en « blocs de compétences » n'ont pas pu casser cette logique verticale. Les financements et responsabilités croisés perdurent.

De sorte, que la question de l'articulation sanitaire-social est constamment posée dans le cadre des politiques publiques sociales, avec plus ou moins d'acuité selon les domaines et les périodes.

La montée en puissance des coordinations et des réseaux a conduit d'ailleurs à renouveler l'approche de l'articulation.

Les professionnels de santé considèrent que la valeur ajoutée du réseau repose sur la transversalité sanitaire-social, alors que les professionnels sociaux sont très partagés sur le développement des relations grâce au réseau. Car le dispositif est très centré sur les soins.

En effet, les médecins constituent le noyau dur du réseau. Ils sont les interlocuteurs privilégiés de la personne âgée, coordonnant l'accompagnement médical et le suivi social avec l'assistante sociale. Ils détiennent ainsi deux positions clés : celle qui consiste à être le référent de l'utilisateur et celle qui les situe en amont et en aval des autres professionnels. Un tel positionnement interroge sur la place laissée pour une autre vision de la coordination gérontologique voire de la vieillesse, si bien vieillir signifie bien se faire soigner.<sup>31</sup>

---

<sup>31</sup> DUMOULIN PH., DUMONT R., BROSS N., MASCLÉ G., Travailler en réseau, Méthodes et pratiques en intervention sociale, Paris, Dunod, 2003 p.19.

### **1.3. Le réseau, comme moyen d'action du directeur d'EHPAD sur le champ de la prévention de la dépendance**

L'idéologie du secteur médico-social veut que sans partenariat, il n'y ait pas d'amélioration, ni de qualité. Le partenariat serait un mode naturel de fonctionnement : la manière dont est mise en œuvre les coordinations semble reposer sur « un tel présupposé ».

Aussi il est difficile de ne pas revenir sans cesse aux modèles de la coordination et du réseau qui, dès lors qu'ils se concrétisent perdent leurs attraits ; perdent également leur capacité à répondre aux objectifs d'une gérontologie qui ne se retrouve que très imparfaitement dans les impératifs et les stratégies des pouvoirs administratifs et politiques, comme d'ailleurs dans la logique sanitaire. Une approche aussi limitative de la coordination ne peut qu'interroger sur l'existence d'une troisième voie.

C'est dans la coopération et la concurrence, qu'il faut tenter de saisir l'idée de coordination et son actualisation au quotidien.

En effet, elle permet à des coordinations en phase de création ou, plus généralement, en fonctionnement, de proposer à ses membres de s'interroger sur ce qui, d'après eux, est le plus à même de la caractériser ou qui devrait en être la colonne vertébrale. Pour reprendre l'expression de NEWCOMB<sup>32</sup>, « quelle sorte de destin commun les protagonistes imaginent-ils à partir de leur propre situation ? »

Parce que le fonctionnement en réseau ne se justifie qu'autant que le service rendu se trouve nettement amélioré, seul le questionnement sur l'engagement des partenaires peut permettre de surmonter les clivages institutionnels (1.3.1) et de proposer à la personne âgée une prise en charge globale et coordonnée, gage pour un directeur d'EHPAD de la maîtrise de sa politique d'admission et de sa politique d'accueil (1.3.2).

#### **1.3.1. Le réseau, forme achevée de l'articulation des champs sanitaire et social**

L'objet du réseau est ancré dans la mise en œuvre des politiques territoriales. Son action s'analyse comme la construction d'une réponse pluridisciplinaire à un besoin

---

<sup>32</sup> NEWCOMB T.M, TURNER R.H, CONVERSE P.E., Manuel de psychologie sociale, Paris, PUF, 1970, p.434.

identifié. Il fonctionne généralement sur la base du rapport offre-demande dans une logique de services aux utilisateurs, la dimension usager-problème étant dominante. Dans l'histoire des réseaux de santé<sup>33</sup>, il est très vite apparu que ne parvenaient à subsister et à se développer que ceux qui s'étaient dotés d'un certain nombre d'outils, au premier rang desquels figurait la formation des divers professionnels, au départ technique puis rapidement « transprofessionnelle ».

La mise en œuvre de formations à la coopération autour d'enjeux communs constituait donc une des solutions pour favoriser les prises de conscience et l'apprentissage du « travailler ensemble », par des approches distinguant des points de vue spécifiques des métiers sur des aspects communs, repérant les points d'articulation de compétences complémentaires, optimisant la qualité de l'intervention de chacun.

Surmonter les cloisonnements institutionnels, afin de faciliter la promotion des droits des personnes âgées, va impliquer donc non seulement de privilégier la cohérence et la convergence entre les différents niveaux institutionnels et les multiples acteurs (a), mais aussi de délimiter des territoires d'intervention pertinents facilitant la conduite d'action articulant social et santé (b), ainsi que de baser le fonctionnement du réseau sur un mode de réponse adapté aux besoins des usagers, et sur des logiques transprofessionnelles (c).

### **a) - Privilégier la cohérence et la convergence entre les différents niveaux institutionnels et les multiples acteurs**

Distinguer entre les cloisonnements à éviter ou à contourner et les limites ou repères structurants, à maintenir et renforcer est une question qui se pose d'emblée. Egalement, se pose la question de la portée de cette « cloison » ou de cette « limite » à l'égard de la santé ou du social.

L'analyse des « situations problèmes » démontre que la solution repose sur une approche globale des dysfonctionnements, car leurs causes sont mêlées, rendant nécessaire le maillage de compétences et de rôles divers.

Dans le secteur social et médico-social, la logique de sectorisation n'est pas contraire à la territorialisation de l'action, puisqu'elle permet de clarifier les logiques d'acteurs de terrain en définissant pour chacun son champ de compétence et son

---

<sup>33</sup> JAEGER M., L'articulation du sanitaire et du social, Paris, Dunod, 2000.

territoire d'intervention. En fait, les cloisons évitables sont celles qui constituent une entrave à la mise en œuvre de réponses opérationnelles définies en adéquation avec les besoins identifiés par les acteurs de terrain.

La convergence de l'encadrement réglementaire et des flux financiers réguliers, la liaison et la cohésion entre les multiples niveaux sont autant de facteurs concourant à faciliter la synergie entre les acteurs et les interventions en faveur du sanitaire et du social, et à dépasser les cloisonnements institutionnels.

### **b)- Délimiter des territoires d'intervention pertinents facilitant la conduite d'actions articulant social et santé**

Pour traiter de problèmes collectifs et définir une action pour y répondre, la délimitation d'un territoire est indispensable<sup>34</sup>.

En santé publique, le territoire retenu prioritairement dans l'approche épidémiologique et programmatique de la loi récente est la région.

En action sociale et médicosociale, le territoire de référence est principalement le département. Cette unité reste prioritaire pour l'organisation de l'action globale. Cependant, l'action est éclatée dans des schémas distingués par l'objet, et ensuite seulement par unité territoriale.

Déterminer un territoire pertinent comme cadre des actions prenant en compte les questions et les dimensions sanitaires et sociales est une des conditions pour faciliter leur articulation sur le terrain.

L'approche par bassin de vie incite à concevoir « à partir du terrain » - celui du problème traité, des acteurs impliqués - un territoire ad hoc pour les usagers-patients, dont la délimitation est à considérer avec souplesse pour échapper aux sectorisations multiples.

Parce que les actions partent du territoire et de ses acteurs, elles privilégient comme mode opératoire : les méthodes d'intervention sociale d'intérêts collectifs et de travail communautaire en santé publique, et doivent s'inscrire dans la pérennité pour atteindre leurs objectifs.

La concertation et la coordination institutionnelles entre les acteurs des différents domaines, sanitaire, social et médicosocial sont autant d'éléments moteurs pour

faciliter les actions conduites à l'échelle du territoire ad hoc pour les usagers-patients.

La territorialisation de l'action contribue ainsi à réduire les disparités territoriales et à rendre plus lisible les dispositifs d'articulation sanitaire, sociale et médico-sociale au sein des schémas départementaux.

### **c) – Baser le fonctionnement du réseau sur un mode de réponse professionnelle adapté aux besoins des usagers, et sur des logiques transprofessionnelles**

Déterminer si surmonter les cloisonnements est un gage de l'opérationnalité du réseau<sup>35</sup>, est une question qui se pose d'emblée pour comprendre son fondement. Car c'est de la volonté des acteurs de terrain de dépasser les clivages institutionnels que naît la légitimité du travail en réseau.

Traiter les problèmes dans une logique de travail en réseau constitue en effet une « compétence collective » strictement adaptée à la problématique du décroisement et de l'articulation du sanitaire et du social, et un mode professionnel de réponse sans cesse en amélioration, qui correspond aux évolutions du contexte et des besoins des usagers.

La pratique du travail en réseau implique la complémentarité et la mise en commun de compétences, sans qu'il y ait empiètement sur le domaine d'intervention des différents membres du réseau. L'objet du travail en réseau s'inscrit généralement dans une démarche de prévention, parce qu'elle participe à la logique d'articulation du sanitaire et du social et de pérennité de l'action.

La construction d'un partenariat repose sur des références éthiques partagées entre les professionnels des champs sanitaire et social, ainsi que sur des croyances communes. Les questions éthiques et déontologiques<sup>36</sup> sont sans doute les premiers éléments de culture professionnelle, à partager entre les professionnels des champs sanitaire ou social. Car c'est sur la base d'une compréhension mutuelle de l'intérêt et des besoins de l'utilisateur, que se perçoit le sens de l'intervention professionnelle, et se fonde le respect d'un savoir-faire, motivant la volonté de

---

<sup>34</sup> « Travail en réseau et territoires d'action », Les Cahiers de l'Actif, n°324-325

<sup>35</sup> Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS), Les passerelles entre les emplois du secteur sanitaire et social, Paris, 1993

coopérer entre acteurs de compétences différentes, tout en étant engagés dans une même mission.

La démarche de travail en réseau tire sa légitimité d'une vision extensive du social et de la santé, qui déborde le sanitaire, en rappelant l'acceptation large du terme social et privilégie le travail en multipartenariat à tous les niveaux, comme l'exige la résolution des problèmes et comme le souhaitent les acteurs de terrain, en dépassant l'approche bilatérale qu'affectionnent les gestionnaires.

En fait, le travail en « réseau » ou en « coordination » n'est qu'une des phases d'un processus, et cette démarche n'a d'intérêt pour les acteurs de terrain, qu'autant qu'elle s'inscrit dans une stratégie du lien évolutif et adaptatif. Or, dans les dispositifs publics de coordination, ces aspects essentiels des relations humaines, de la constitution d'un groupe, de la mise en œuvre d'une dynamique sont considérés comme acquis.

L'exemple qui suit, évoque la démarche mise en place par l'EHPAD « Les Lavandines », pour devenir acteur de sa politique d'admission et de sa politique d'accueil. Elle est l'illustration d'une démarche de travail en réseau.

### **1.3.2. Devenir acteur de sa politique d'admission et de sa politique d'accueil, grâce au travail en réseau : l'exemple de l'EHPAD « Les Lavandines »**

En 2004, l'EHPAD « Les Lavandines » a conduit une enquête de satisfaction auprès des familles des résidents concernant la prise en charge de l'accueil. Les résultats de l'enquête ont révélé un taux de satisfaction de 80% parmi les familles sondées. Ce résultat, au demeurant honorable, avait été remis en cause par l'ensemble de l'équipe soignante qui convenait à l'unanimité que « les entrées en urgence » avaient souvent déclenché des situations de crise.

Les résultats de l'audit qualité réalisés en 2005 dans le cadre de la convention tripartite (CTP), sur la base du référentiel angélique devait mettre en évidence des carences dans la coordination, non seulement entre l'EHPAD « Les Lavandines » et les services intervenants sur le domicile et le Centre Hospitalier de proximité, mais

---

<sup>36</sup> Ward J., Santé : intervention sociale, Paris, Masson, 1997.

aussi en interne entre les services chargés d'organiser l'accueil du nouveau résident.

La conduite d'une enquête de terrain et l'organisation de deux groupes de travail pluridisciplinaire, dans le cadre de mon stage de professionnalisation de directeur d'établissement sanitaire et social (DESS) devaient aboutir à la construction d'un plan d'actions correctives.

### **A) – Présentation de l'EHPAD « Les Lavandines »**

Implantée en zone semi-urbaine, aux limites Gard/Vaucluse, sur le canton de Roquemaure, berceau des Côtes du Rhône, l'établissement « Les Lavandines », relève du bassin de vie du Gard Rhodanien<sup>37</sup>. Territoire, qui se caractérise à la fois par le vieillissement relatif de sa population et par son dynamisme économique. La population des plus de 65 ans ne représente que 21% de la population totale du bassin de vie du Gard Rhodanien, contre 24% pour la population totale du Gard. De plus, si les recettes fiscales sont assez élevées grâce aux taxes professionnelles collectées sur l'industrie du territoire, la pression fiscale est en revanche relativement faible, compte tenu de la nature plutôt résidentielle du territoire. Le vieillissement relatif de la population n'a pas été pour autant, un frein au développement de l'offre de prise en charge en EHPAD, qui s'est spécialisée dans l'accueil des personnes âgées psycho-dépendantes, qu'il s'agisse des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou des psychiatriques vieillissants.

L'EHPAD « Les Lavandines » a ouvert ses portes le 20 novembre 1990. Etablissement public autonome d'une capacité autorisée de 90 lits d'hébergement permanent, l'établissement accueille des personnes âgées semi-valides et psycho-dépendantes, d'où l'ouverture dès sa création d'une unité de vie sécurisée de type canton de 14 lits.

Cette offre de prise en charge est complétée par des accueils séquentiels de type accueil de jour et hébergement temporaire, dans une logique d'aide aux aidants familiaux, à hauteur de 5 places d'accueil de jour et de 2 lits d'hébergement temporaire.

---

<sup>37</sup> Mise en place du Pays du Gard Rhodanien, diagnostic flash réalisé par le cabinet Ernest et Young – Juillet 2006 (le Pays du Gard Rhodanien se substitue au territoire CLIC Bagnolais)

Ouvert sur l'extérieur, l'EHPAD « Les Lavandines » assure également aux personnes âgées vivant à domicile la livraison des repas en liaison froide et une prise en charge en soins infirmiers à hauteur de 40 places.

Dès son ouverture l'EHPAD « Les Lavandines » s'est spécialisée dans l'accueil des personnes âgées psycho-dépendants, d'où une volonté d'adapter l'organisation des soins à la logique évolutive de la maladie d'Alzheimer. En effet, l'articulation des différentes unités de vie répond à une logique interne de filière. Répartie sur deux étages, elle comprend une unité de vie pour personne âgée valide et semi-valide, un accueil de jour thérapeutique, une unité de vie pour personnes âgées désorientées et une unité de vie sécurisée de type cantou.

La signature de la convention tripartite en 2006 a permis de médicaliser le cantou. Le personnel soignant représente désormais 44% de l'effectif global, qui est de 57 équivalents temps plein. La prise en charge globale et individualisée des résidents est assurée par une équipe pluridisciplinaire, chargée d'évaluer régulièrement ses besoins de prise en charge, dans le cadre d'un projet de vie individualisé. L'équipe soignante et paramédicale est composée : d'un médecin coordonnateur, d'un cadre de santé, d'une psychologue clinicienne, d'infirmières, d'aides soignantes et d'agents des services hospitaliers (ASH).

La difficulté d'apporter une réponse adaptée aux besoins de soins et d'accompagnement social des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, a conduit l'EHPAD « Les Lavandines » à conduire une réflexion dans le cadre de « la démarche Humanitude » sur la pratique soignante, afin de lui redonner sa dimension relationnelle, qui avait disparu derrière l'acte de soins.

Aussi la conduite d'une démarche d'amélioration de la qualité de l'accueil m'a-t-elle permis de donner toute son ampleur à l'analyse des pratiques professionnelles, en incitant l'ensemble du personnel à engager une réflexion sur sa pratique professionnelle.

## **B) – Méthodologie d'action**

La démarche méthodologique que j'ai conduite, avait un double objet : comprendre pourquoi le directeur de l'EHPAD « Les Lavandines » avait tout intérêt au regard des enjeux de territoire et de la réglementation en vigueur à s'engager dans une démarche de travail en réseau ? Et déterminer dans quelle mesure celle-ci pouvait lui permettre d'inscrire sa politique d'admission dans une démarche de prévention, et sortir sa politique d'accueil de la logique de gestion de crise ?

Les premières investigations ont tendu à prendre connaissance de l'actualité juridique de la démarche de travail en réseau et des enjeux qu'elle soulève, lorsqu'elle est entreprise par un directeur d'EHPAD.

Afin d'avoir une vision globale de la prise en charge des personnes âgées sur le bassin gérontologique bagnolais, les investigations que j'ai conduites sur le terrain, ont concerné tant les directeurs du champ sanitaire et du champ médico-social, que le CLIC et les intervenants à domicile qu'il s'agisse des libéraux, du SSIAD, des associations d'aide à domicile. Elles ont été complétées par l'audition de familles et des personnes âgées aidées à domicile et hébergées sur l'EHPAD « Les Lavandines », afin de vérifier si les entrées tardives en EHPAD ne résultaient pas d'une carence de l'action des intervenants à domicile.

J'ai conduit ses auditions sur la base d'entretiens semi-directifs, à partir de grilles d'entretien comportant des items portant sur l'articulation de l'action du CLIC « Point Vermeil » avec les acteurs de terrain relevant des champs sanitaire, médico-social et social, et sur son rôle dans l'orientation de la prise en charge.

### **a) – Recensement des liens formels et informels existants entre l'EHPAD « Les Lavandines » et les acteurs gérontologiques bagnolais**

Les premières investigations ont permis de vérifier l'existence de partenariats informels entre l'EHPAD « Les Lavandines » et certains acteurs locaux.

En premier lieu, elles ont permis d'établir que l'EHPAD « Les Lavandines » n'avait pas formalisé ses relations avec le Centre Hospitalier de proximité concernant non seulement la gestion des demandes d'entrée en EHPAD, et des retours après hospitalisation, mais aussi concernant les possibilités de recours au plateau technique. La collaboration avec l'équipe mobile de gériatrie du Centre Hospitalier de Bagnols sur Cèze, ainsi qu'avec le neuropsychologue du centre de consultation mémoire reposait essentiellement sur des liens informels.

En second lieu, elle a permis de vérifier l'existence de liens conventionnels avec le Centre Hospitalier « Le Mas Careiron » qui est l'établissement psychiatrique du secteur, concernant la prise en charge en phase aiguë des personnes âgées présentant une pathologie somatique nécessitant une prise en charge globale et l'intervention d'une équipe de secteur sur site ;

Enfin, elles ont permis de conclure à l'absence de liens conventionnels entre l'EHPAD « Les Lavandines » et le CLIC « Point Vermeil », qu'il s'agisse de l'adhésion au réseau gérontologique ou de la coordination entre le SSIAD et le CLIC. Pourtant, l'équipe soignante de l'EHPAD « Les Lavandines » participe régulièrement aux réunions de synthèse et de coordination organisées par le CLIC.

### **b) – Vérification de l'existence d'un réseau de soins gérontologiques sur le bassin de vie bagnolais**

L'enquête que j'ai conduite auprès du CLIC « Point Vermeil » a permis de déterminer, si le travail en réseau était effectif sur le bassin gérontologique bagnolais. Elle a mis en évidence que sur le département du Gard, un seul réseau de soins gérontologiques a été labellisé, celui couvrant le bassin alésien : le réseau RESEDA. La mise en place sur le bassin gérontologique bagnolais, d'une Charte de réseau est surtout l'expression de la volonté, d'une prise en main du secteur par les professionnels participant à la prise en charge de la personne âgée.

### **c) - Diagnostic portant sur la coordination effective de l'ensemble des acteurs participant à la prise en charge globale de la personne âgée**

Par ailleurs, elle a permis d'établir que l'articulation de l'action du CLIC avec les acteurs gérontologiques locaux n'est pas effective. Car l'articulation avec les professionnels libéraux, le secteur sanitaire et les EHPAD ne fait pas partie intégrante de l'action des équipes médico-sociales, chargées d'évaluer les besoins d'accompagnement de la personne âgée à domicile. La mise en place du plan d'aide ne repose que sur l'évaluation réalisée par la coordinatrice du CLIC, et ne privilégiera que le volet social de la prise en charge de la personne âgée.

### **d) – Définition des hypothèses de travail et construction d'un plan d'actions correctives**

Les groupes de travail pluridisciplinaire, que j'ai mis en place en intra sur le thème « de l'amélioration de la qualité de l'accueil en EHPAD » m'ont permis à partir du diagnostic portant sur la prise en charge actuelle des nouveaux résidents et des données recueillies sur le terrain, de dégager des hypothèses de travail et de construire un plan d'actions correctives.

Le plan d'actions correctives, proposé par les deux groupes de travail pluridisciplinaire que j'ai conduit, devait répondre à deux objectifs : la mise en place d'une politique d'admission et d'une politique d'accueil, garantissant au résident

nouvellement accueilli le respect de ses droits d'usager ; l'organisation de l'accueil individualisé du nouveau résident.

Le plan d'actions a tendu à la formalisation de la coordination et à l'organisation de l'accueil individualisé de la personne âgée. Il a pour ambition d'aboutir à la restructuration du SSIAD « Les Lavandines », à la mise en place d'une commission d'admission pluridisciplinaire travaillant en lien direct avec les acteurs du domicile, à la formalisation des relations existant entre le Centre Hospitalier de Bagnols sur Cèze et l'EHPAD « Les Lavandines », à l'adhésion de l'EHPAD « Les Lavandines » au réseau gérontologique bagnolais, à la formalisation par écrit des différentes étapes de la procédure d'admission et de la procédure d'accueil du nouveau résident, et à son évaluation en situation réelle sur la base du référentiel angélique.

L'analyse qui suit, basée sur les enquêtes de terrain conduites sur le bassin gérontologique bagnolais, démontre qu'à partir du moment où la politique d'admission de l'EHPAD « Les Lavandines » va s'inscrire dans une démarche de prévention, sa politique d'accueil va pouvoir sortir de la logique de gestion de crise, et garantir au nouveau résident le respect de ses droits d'usager.

## **2. L'impact de la démarche du travail en réseau sur la politique d'admission et sur la politique d'accueil conduite par le directeur de l'EHPAD « Les Lavandines »**

Conçu comme un dispositif de prise en charge complétant les interventions des aides à domicile, le SSIAD géré par l'EHPAD « Les Lavandines » a avant tout, un rôle d'interface<sup>38</sup> entre le domicile et l'EHPAD. Créé par arrêté préfectoral en date du 25 octobre 1993, il couvre les neuf cantons de Roquemaure, à hauteur de 40 places pour personnes âgées. Ce service, dont les interventions sont normalement coordonnées à celles découlant du plan d'aide mis en place par le CLIC « Point Vermeil », assure aux personnes âgées vivant à domicile, à raison de quatre tournées par jour, la continuité des soins prescrits et programmés au regard de leur état de santé.

Les entretiens que j'ai conduits, ont eu pour finalité d'identifier les causes de dysfonctionnement de la coordination et de dégager des solutions opérationnelles,

---

<sup>38</sup> Objectif fixé par le projet d'établissement de l'EHPAD « Les Lavandines »

dont la mise en œuvre était subordonnée à leur validation par le groupe de travail pluridisciplinaire.

La lecture des comptes rendus des réunions de synthèse organisées hebdomadairement, m'a permis de constater à travers les signalements faits par les aides soignantes, non seulement l'absence d'articulation dans la prise en charge des personnes âgées entre le SSIAD et l'EHPAD « Les Lavandines », mais aussi des logiques de fonctionnement concurrent, entre l'équipe soignante du SSIAD et le personnel soignant travaillant en institution.

L'IDE coordinatrice, que j'ai interrogée sur son rôle de coordinatrice, reconnaissait que ces réunions, dont la vocation est d'évoquer les cas nécessitant une orientation de la prise en charge, n'étaient pas élargies au cadre soignant de l'institution.

Seule, la psychologue intervenant à temps plein sur l'EHPAD, participait épisodiquement aux tournées des aides soignantes. Elle intervenait généralement sur la base d'une prescription médicale ou à la demande de la famille, pour apporter un soutien thérapeutique ou réaliser un bilan neuropsychologique.

Comme la psychologue le soulignait, les dysfonctionnements de la coordination entre le SSIAD et l'EHPAD desservaient souvent son intervention. Elle ne pouvait dès lors éviter, que la personne âgée soit orientée tardivement vers une prise en charge en accueil de jour (AJ) ou en hébergement temporaire (HT). Elle avouait, qu'il était particulièrement difficile à domicile, de mettre en place une démarche de prévention. Ainsi l'orientation en accueil de jour ou en hébergement temporaire, lorsqu'elle était proposée à la famille comme solution alternative à la prise en charge à domicile, n'était déjà plus une réponse adaptée au regard de l'évolution des troubles du comportement de la personne âgée. Elle avait souvent le caractère « d'une entrée définitive déguisée ». De plus, comme elle le reconnaissait, dans la mesure où l'entrée était souvent réalisée dans l'urgence, elle n'était pas sans incidences, non seulement sur le comportement de la personne âgée, qui pouvait être très déstabilisée, mais aussi sur l'organisation soignante, qui pouvait être bouleversée.

Ces dysfonctionnements m'ont interrogé dès lors, sur les modalités d'inscription de la politique d'admission de l'EHPAD « Les Lavandines » dans une démarche de prévention (2.1), et sur la démarche managériale susceptible d'être adoptée pour sortir la politique d'accueil de la logique de gestion de crise (2.2).

## **2.1. L'Inscription de la politique d'admission de l'EHPAD « Les Lavandines » dans une démarche de prévention : une démarche devenue possible grâce au travail en réseau**

L'analyse des causes de dysfonctionnement de la coordination entre le SSIAD et l'EHPAD a mis en évidence que l'inscription de la politique d'admission de l'EHPAD « Les Lavandines », dans une démarche de prévention doit passer non seulement par la réappropriation de la trajectoire de soins de la personne âgée (2.1.1), mais aussi par l'engagement dans une démarche d'orientation de la prise en charge en EHPAD, dès la prise en soins de la personne âgée à domicile par le SSIAD (2.1.2).

### **2.1.1. Une étape importante : la réappropriation de la trajectoire de soins de la personne âgée entrant en institution**

De fait, la réappropriation de la trajectoire de soins de la personne âgée entrant en institution implique non seulement la mise en place de passerelles entre le domicile et l'EHPAD (2.1.1.1), mais aussi entre l'Hôpital et l'EHPAD (2.1.1.2).

#### **2.1.1.1. Une nécessité : décroisonner pour maintenir la continuité dans la prise en charge entre le domicile et l'EHPAD**

##### **a) - Historique de la coordination gérontologique sur le département du Gard et caractéristiques de la procédure du plan d'aide**

L'enquête de terrain que j'ai réalisée auprès des équipes du CLIC « Point Vermeil » a mis en évidence, non seulement les difficultés du CLIC à surmonter le cloisonnement entre le domicile et les institutions, mais aussi à se coordonner avec les autres intervenants à domicile dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'aide. Elle a souligné ainsi la difficulté des équipes du CLIC à répondre aux besoins des personnes âgées, et à accompagner les familles.

Les premières investigations ont révélé, que la coordination gérontologique existait depuis 1994 sur le département du Gard. En effet, elle émane à la fois d'une volonté des élus locaux et des acteurs de terrain d'avoir une approche globale de la prise en charge de la personne âgée, et d'agir en conséquence sur l'organisation des dispositifs, pour que la coordination des interventions soit plus efficace et cohérente.

Le CLIC essaie ainsi de rassembler, de mettre en relation, de fédérer l'ensemble des acteurs sanitaires et sociaux impliqués dans l'accompagnement de la personne

âgée, de façon à proposer des projets visant à améliorer la qualité de vie des seniors et de leurs familles. Car la mission du CLIC est de mieux prendre en compte les situations individuelles, d'informer, d'évaluer, d'orienter, d'organiser les interventions, de mobiliser les acteurs pour plus de cohérence dans la structuration des interventions.

A cette fin, la coordination est munie d'un dispositif d'évaluation des besoins de la personne âgée, ce qui lui permet de proposer des plans d'aide personnalisés en concertation avec l'utilisateur et sa famille, mais aussi d'en assurer la mise en œuvre et l'adaptation. Ce travail a vocation à s'effectuer en collaboration avec les acteurs de terrain intervenant auprès de la personne âgée, l'objectif étant d'améliorer la prise en charge de la personne âgée vivant à domicile.

La coordinatrice du CLIC « Point Vermeil » précise ainsi que les équipes du CLIC délivrent des informations portant non seulement sur les aides et les prestations existantes au niveau du maintien à domicile (APA, aide ménagère...), mais aussi sur les services : aide à domicile, garde de jour et de nuit, soins à domicile, mesure de protection, portage de repas, mise en place d'une téléalarme, transports, aménagement de l'habitat, accueil de jour et hébergement temporaire. Elle ajoute qu'en revanche, elles n'ont pas suffisamment de lisibilité sur les prestations proposées par les EHPAD, pour délivrer aux familles une information pertinente.

Elle regrette toutefois, que la procédure du plan d'aide reste limitée au volet social, car cette approche limitée de l'évaluation des besoins d'aide contribue à remettre en cause la coordination de l'action du CLIC avec celle des autres intervenants.

Comme le souligne la coordinatrice du CLIC, la procédure APA et la procédure du plan d'aide sont des procédures complexes, qui vont aboutir à soumettre la personne âgée à deux évaluations successives très contraignantes. L'une aura pour objet d'évaluer son niveau de dépendance sur la base de la grille AGGIR (GIR 1 à 4), l'autre d'évaluer son besoin d'aide dans une perspective essentiellement sociale sur la base de la même grille.

En effet, la procédure APA et la procédure du plan d'aide sont deux procédures disjointes, si l'évaluation de la dépendance est réalisée sur le département du Gard par une assistante sociale de secteur mandatée par le conseil général, l'évaluation au domicile des besoins d'aide de la personne âgée est réalisée en revanche par la coordinatrice du CLIC. Cette dernière est chargée non seulement d'évaluer et de lancer la procédure d'appel d'offres pour choisir le prestataire d'aide à domicile, mais aussi de procéder une fois par an à la réévaluation du plan d'aide. C'est ainsi,

qu'après un entretien dans les locaux ou au domicile de la personne âgée, la coordinatrice du CLIC va sélectionner avec le concours de la famille, les solutions qui vont être les plus adaptées à la situation de la personne âgée.

Comme le reconnaît la coordinatrice du CLIC, compte tenu qu'elle n'a pas de vision globale des besoins de prise en charge de la personne âgée, elle ne propose jamais en première intention ni une consultation gériatrique, ni une prise en charge en accueil de jour en EHPAD. Ce type de réponse ne correspond pas d'ailleurs, aux attentes des familles, qui veulent avant tout être écoutée et soutenue psychologiquement.

L'enquête révèle ainsi, que la procédure du plan d'aide est une démarche, qui a des difficultés à s'articuler, non seulement avec une prise en charge en EHPAD, mais aussi avec le volet soins de la prise en charge des personnes âgées. Bien souvent, le médecin généraliste prescrit à l'initiative des familles, l'intervention d'un SSIAD, lorsque l'état de santé de la personne âgée compromet son maintien à domicile. Le SSIAD intervient alors, dans un contexte de situation de crise.

La coordinatrice ajoute, que le CLIC « Point Vermeil » organise régulièrement à l'initiative des acteurs de terrain des réunions de synthèse ou de suivi de coordination, qui aboutissent souvent à la révision du plan d'aide. Elle précise qu'à l'origine ces réunions n'avaient pas vocation à gérer des situations de crise, qu'elles devaient juste permettre de dégager des propositions d'orientation de la prise en charge. Or, dans la mesure où les familles dépassent souvent le seuil de rupture, les intervenants à domicile se retrouvent souvent à agir dans un contexte de situation de crise. Le CLIC « Point Vermeil » a donc eu recours aux interventions de l'EMG, pour trouver une solution alternative à la prise en charge à domicile. Désormais, le CLIC ne dispose plus de cette option, l'EMG ne pouvant plus intervenir à domicile, faute de moyens financiers.

### **b) – des interventions au domicile parcellisées : pas de liaison entre le SSIAD « Les Lavandines » et les autres intervenants**

L'enquête que j'ai conduite a révélé par ailleurs, que la complémentarité de la prise en charge entre le SSIAD « Les Lavandines » et les autres intervenants n'est pas toujours effective, qu'il s'agisse tant des aides à domicile, que des professionnels du secteur sanitaire. Cette situation explique, qu'il n'y a pas de relais en aval avec l'EHPAD « Les Lavandines ». Ce constat réalisé, j'ai orienté les propositions du

groupe de travail pluridisciplinaire, pour que soient mises en place des solutions susceptibles de pallier aux défaillances de la coordination.

En effet, comme l'a constaté l'équipe de direction, lorsque le SSIAD intervient, la coordination avec le dispositif du plan d'aide n'est pas toujours effective, si bien que le plan de soins n'est pas toujours arrêté en cohérence avec les autres prises en charge, dont bénéficie la personne âgée.

Ainsi *Madame B.*, qui a fait l'objet d'un signalement auprès des services sociaux parce qu'elle s'égarait régulièrement, bénéficiait des services d'une aide à domicile (AD), qui intervenait dans le cadre d'un plan d'aide. Lorsque le SSIAD est intervenu sur prescription médicale, il n'a pas eu le réflexe de contacter le CLIC pour vérifier son existence, si bien qu'il n'a pas pu articuler ses interventions avec celles de l'AD et réduire les plages horaires où *Madame B.* était seule.

De plus, comme l'a ajouté l'équipe de direction, dans la mesure où la famille était particulièrement hostile à une prise en charge en accueil de jour, le SSIAD a dû poursuivre la prise en charge, sans pouvoir garantir la sécurité de *Madame B.* Comme le déplorait l'équipe de direction, l'orientation de *Madame B.* en accueil de jour sur l'EHPAD « Les Lavandines », n'a été finalement que la conséquence de son passage par les urgences, suite à une fracture du bras.

En outre, comme elle l'a souligné, dans la mesure où la transmission du dossier de soins au cadre soignant de l'institution n'est pas la procédure courante, *Madame B.* a été orientée à tort en accueil de jour classique. Cette situation a eu pour effet, non seulement d'augmenter l'anxiété de *Mme B.*, mais aussi de déstabiliser l'équipe soignante qui n'a pu l'apaiser.

L'équipe de direction a évoqué également le cas de *Monsieur M.*, qui souffrait d'une cardiopathie avec insuffisance respiratoire, et qui a fait l'objet récemment d'une intervention chirurgicale. Elle a regretté qu'il ne soit pas fait mention de son retour après hospitalisation, dans le dossier de soins infirmiers. Le CLIC avait pourtant facilité la coordination avec le réseau Ville/Hôpital, par la mise en place de fiches de liaison portant sur l'entrée à l'hôpital et le retour à domicile.

Enfin, elle a déploré l'absence de coordination entre le SSIAD et les équipes psychiatriques de secteur. Car certaines personnes âgées prises en charge par le SSIAD, ont un profil psychiatrique Il aurait été nécessaire, non seulement de les adresser à un centre médico-psycho-pédagogique (CMPP), mais aussi d'envisager dans les cas extrêmes un séjour de rupture en géronto-psychiatrie. Leur orientation en psychiatrie aurait été d'autant plus facilitée, qu'une équipe de secteur en

provenance du Centre Hospitalier « Le Mas Careiron » intervient sur l'EHPAD « Les Lavandines ».

### **c) – difficulté pour le SSIAD « Les Lavandines » d'éviter les chevauchements de compétence**

L'enquête de terrain a mis par ailleurs en évidence, que lorsque l'état de santé de la personne âgée s'aggravait, le SSIAD avait des difficultés, sous la pression des familles, à passer le relais. Il acceptait ainsi des prises en charge lourdes nécessitant le recours à un plateau technique, faute de pouvoir les adresser à une structure d'hospitalisation à domicile.

### **d) – une volonté de pousser la logique du domicile jusqu'à l'épuisement des ressources**

Finalement, comme le révèle l'enquête de terrain, le plan d'aide ne sert que la logique du domicile, au détriment de l'orientation de la prise en charge en institution, même lorsqu'elle est n'est pas définitive. La volonté des aidants familiaux de maintenir la personne âgée à domicile, au détriment souvent de sa sécurité, explique que les intervenants au domicile de la personne âgée peinent à mettre en place une démarche de prévention, qui éviterait les entrées « en urgence » souvent définitives.

Les évaluations successives, auxquelles est soumise la personne âgée, n'aboutissent pas à une orientation de la prise en charge. Ceci s'explique d'autant plus, que les différents plans d'intervention mis en place, manquent souvent de cohérence. Cette situation rend difficile le suivi et la réactualisation du projet de vie de la personne âgée vivant à domicile, surtout lorsque son état de santé s'aggrave.

### **e) – l'entrée en EHPAD : une solution évoquée uniquement dans les situations d'urgence**

Comme le déplorait l'équipe de direction, l'entrée en institution n'est évoquée que dans les situations d'urgence, lorsque le plan d'aide a épuisé toutes les solutions d'aides à domicile. Les alternatives au domicile proposées ne sont déjà plus des solutions de prise en charge adaptées, car elles ne s'inscrivent pas dans la continuité du projet de vie de la personne âgée vivant à domicile, ni d'un projet de soins cohérent.

De fait, le SSIAD « Les Lavandines » ne participe pas à l'orientation des personnes âgées vers une prise en charge en EHPAD, car son intervention reste dépendante de la logique des politiques de maintien à domicile, qui favorisent le cloisonnement

entre les acteurs intervenant à domicile et ceux travaillant en institution. Cette logique est d'ailleurs encouragée par les médecins généralistes, car les interventions du SSIAD sont très dépendantes de la logique libérale. En effet, depuis la signature de la convention tripartite, les IDE libérales ne peuvent plus intervenir en institution.

### **f) – Les propositions d'actions correctives**

Les propositions d'actions correctives dégagées par le groupe de travail pluridisciplinaire, que j'ai animé, ont mis surtout l'accent sur la nécessité, d'inscrire l'action du SSIAD dans une démarche de prévention. Ainsi le SSIAD « Les Lavandines » doit coordonner son action avec le CLIC « Point Vermeil », dès qu'il accepte une prise en charge à domicile, afin d'arrêter un plan de soins, dont les objectifs seront fixés en cohérence avec ceux du plan d'aide.

En effet, l'évaluation des besoins d'accompagnement social et médico-social doit être effectuée en lien direct avec l'ensemble des intervenants concernés, qu'il s'agisse du médecin traitant, du responsable du service d'aide à domicile, de l'IDE coordinatrice, des IDE libérales, de la famille, de l'assistante sociale de secteur, de la coordinatrice du CLIC, des représentants de l'EHPAD.

L'IDE coordinatrice doit inciter le CLIC à élargir les solutions de prise en charge au médico-social et au sanitaire, surtout lorsque la personne âgée est psycho-dépendante ou polypathologique. La collaboration du SSIAD avec l'EMG est ainsi essentielle pour prévenir la survenance de pathologies lourdes ou dépister la maladie d'Alzheimer, grâce à une évaluation gériatrique globale. Car l'évaluation gériatrique va permettre non seulement le dépistage d'un état polypathologique, mais aussi de justifier une prise en charge en accueil séquentiel ou une entrée en hébergement définitif.

En fait, le SSIAD a pour mission d'assurer la transition entre le domicile et l'EHPAD. Son action s'inscrit donc dans une démarche de prévention, plutôt que d'intervention concurrente. De fait, il doit coordonner son intervention à celle des autres intervenants (EMG/Médecin Généraliste/IDE Libérale/AD/CLIC/EHPAD), et assurer le suivi de la prise en charge à domicile, mais aussi signaler les anomalies pour réévaluation du plan d'aide et du plan de soins, et pour orientation vers une autre solution de prise en charge.

Les interventions du SSIAD doivent répondre à deux types de situations différentes : celles des phases aiguës de maladie sans gravité, et celles de dépendance. Dans les deux cas, les soins sont dispensés par du personnel infirmier et aide soignant, et

ne requièrent pas l'utilisation d'un plateau technique. En conséquence, dès que les patients trop lourds relèvent de l'HAD ou des soins palliatifs selon les critères définis réglementairement, le SSIAD doit passer le relais aux équipes d'HAD.

Ainsi développer des complémentarités entre l'HAD du Centre Hospitalier de Bagnols sur Cèze et le SSIAD « Les Lavandines » par voie conventionnelle, permettrait de mettre en place d'une part un relais avec l'HAD, pour les malades en SSIAD, dont la prise en soins nécessite le recours à un plateau technique et les moyens d'intervention de l'HAD, et d'autre part, un relais avec le SSIAD pour les malades dont l'état de santé ne justifie plus un séjour en HAD, mais nécessitent des prestations de soins infirmiers à domicile. La mise en œuvre de la convention reposerait alors sur l'engagement des partenaires à évaluer les besoins des malades de manière régulière et dès l'admission du malade, afin de vérifier l'adéquation de la prise en charge avec le service et l'organisation du relais.

En pratique, le passage d'une structure à l'autre resterait sous la responsabilité du médecin traitant – qui apprécierait cliniquement la prise en charge nécessaire aux besoins de son patient – en concertation avec le médecin coordonnateur et l'infirmier coordinateur du SSIAD, sous réserve de l'adéquation aux structures existantes. Les prestations fournies par l'HAD se termineraient lors de la sortie du service. Le relais serait alors pris par les prestations fournies par la structure SSIAD.

Préalablement à la refonte des outils de prise en charge du SSIAD (à savoir la réactualisation du contrat individuel de prise en charge, la formalisation du protocole de prise en charge et du dossier de soins, la mise en place d'un cahier de transmission et de fiches d'intervention, et la signature de conventions de partenariat avec le CLIC et le CH de Bagnols sur Cèze), j'ai amené le groupe de travail pluridisciplinaire a proposé d'une part, que l'organigramme du SSIAD et ses missions soient redéfinis dans une logique de continuité de la prise en charge avec l'EHPAD, et d'autre part, que les équipes soignantes du SSIAD et de l'EHPAD développent des complémentarités au quotidien dans leur pratique soignante.

J'ai ainsi convaincu le groupe de travail pluridisciplinaire, de la nécessité d'une reprise en main de la gestion du SSIAD par la direction. Car l'autonomie, dont bénéficiait ce service n'a pas facilité le développement de complémentarités entre le SSIAD et l'EHPAD.

J'ai considéré que l'informatisation de l'ensemble des services, avec la mise en place du logiciel hygitrace, pourrait être l'occasion de reprendre en main la gestion des plannings hebdomadaires du SSIAD. Elle permettrait par ailleurs, de modifier

les pratiques professionnelles en élargissant les réunions de synthèse aux cadres de l'institution. Enfin, elle favoriserait l'inscription de l'action du SSIAD dans la démarche qualité par la saisie informatique du dossier de soins, des transmissions et des modifications apportées au plan de soins.

J'ai précisé au groupe de travail pluridisciplinaire que la reprise en main de la gestion du SSIAD par la direction, va impliquer que le plan de soins arrêté par l'IDE coordinatrice soit désormais validé par la direction. Cette procédure sera également applicable aux modifications apportées au plan de soins. Elle permettra ainsi, à la direction d'avoir un contrôle à la fois sur les admissions et sur le suivi de la prise en charge. De même, la récupération de la gestion des plannings va permettre de recadrer les temps d'interventions des aides soignantes à domicile, qui non seulement n'étaient pas toujours cohérents au regard des besoins de prise en soins des personnes âgées, mais favorisaient des glissements de tâches. En pratique, les couchers étaient souvent anticipés pour faciliter les interventions des IDE libérales. Enfin, la formalisation des protocoles de soins va être l'occasion de redéfinir le champ de compétence de tous les intervenants, pour éviter tout dérapage dans la prise en soins.

Afin de favoriser la confrontation des pratiques soignantes entre l'équipe soignante du SSIAD et celles travaillant en institution, je conviens avec le groupe de travail pluridisciplinaire de la possibilité d'une mise en situation d'une semaine en intra dans le cadre du stage sur « la démarche Humanitude ». Ce stage aura pour objectif d'harmoniser l'organisation des soins, et de repositionner l'offre de prise en charge SSIAD en cohérence avec les objectifs fixés par le projet d'établissement.

Aussi délicate soit l'étape de la reprise en main de la gestion du SSIAD, le groupe de travail pluridisciplinaire admet qu'elle est nécessaire. Car elle permettra non seulement de redynamiser la coordination, mais aussi de garantir à la personne âgée une prise en charge globale et coordonnée. Le groupe de travail considère que cette démarche n'est pas en contradiction avec la mise en place de partenariats avec les intervenants au domicile de la personne âgée.

### **2.1.1.2. Un objectif : sortir de la logique du contrat d'adhésion pour établir des relations d'équilibre avec l'Hôpital**

#### **a) – l'offre de soins proposée en gériatrie par le Centre Hospitalier de Bagnols/Cèze**

L'enquête de terrain révèle que si la labellisation d'un réseau de soins gérontologique n'est pas d'actualité sur le bassin gérontologique bagnolais, le Centre Hospitalier de Bagnols sur Cèze dispose néanmoins d'une filière de soins gériatriques. L'objectif principal est de développer une prise en charge sanitaire des personnes âgées globale, continue, coordonnée, graduelle et préventive en articulation avec les secteurs ambulatoire, social et médico-social.

Au regard du témoignage du cadre de santé et du médecin coordonnateur, son existence interroge cependant, sur la persistance de difficultés dans la coordination avec les EHPAD. En effet, après une admission ou un retour après hospitalisation, la continuité des soins est toujours difficile à assurer, non seulement les fiches de liaison ne sont pas renseignées, mais le dossier de soins est minimaliste.

Pourtant, le Centre Hospitalier de Bagnols/Cèze devrait disposer de la possibilité non seulement d'éviter les erreurs dans l'orientation de la prise en charge de la personne âgée, mais aussi de travailler en réseau. Car la mise en place d'une filière gériatrique devrait lui permettre, de coordonner ses interventions à la fois avec celles du CLIC « Point Vermeil » dans un objectif de prévention, et avec celles des USLD et des EHPAD, lorsque le maintien à domicile ne sera plus possible.

En effet, le Centre Hospitalier de Bagnols/Cèze va disposer de la possibilité, avec la création de lits de courts séjours gériatriques d'éviter le passage indû des personnes âgées aux urgences, et d'améliorer le transfert en structure médico-sociale avec l'intervention de l'équipe mobile de gériatrie. Car la mission de l'EMG, qui intervient sur la base d'une évaluation gériatrique, dès les premières 48 heures d'hospitalisation de la personne âgée fragile, est avant tout de préparer la sortie de la personne âgée par le biais notamment des CLIC. Cette évaluation gériatrique peut donner lieu le cas échéant à un bilan neuropsychologique, en vue du dépistage de la maladie d'Alzheimer.

De plus, avec la mise en place de consultations avancées gériatriques, le CH de Bagnols/Cèze va disposer de la possibilité d'inscrire l'action de la filière gériatrique dans une démarche de prévention. Car elles ont vocation à articuler leurs

interventions, non seulement avec le CLIC, mais aussi avec la médecine ambulatoire.

En revanche, l'effectivité de l'articulation entre les filières d'aval médico-sociales et les filières d'amont, et la médecine libérale sera à rechercher dans la définition de critères d'admission reposant sur une conception partagée par tous les acteurs.

Enfin, le Centre Hospitalier de Bagnols/Cèze va disposer de six places d'HAD, qui vont lui permettre de faciliter la coordination entre les structures d'amont et les structures d'aval médico-social, pour assurer la prise en charge des patients âgés lourds nécessitant le recours à un plateau technique. Ces places vont le conduire à court terme, à passer des conventions de coopération avec les établissements de proximité du territoire, qui n'en sont pas porteurs. Comme le constatait le médecin coordonnateur de l'EHPAD « Les Lavandines », si le territoire de Nîmes-Bagnols sur-Cèze a été considéré par le SROS III comme prioritaire, les EHPAD n'ont pas été pour autant encouragés à signer des conventions.

En fait, l'articulation difficile entre les services du Centre Hospitalier de Bagnols/Cèze et l'EHPAD « Les Lavandines » met en évidence, que les EHPAD peinent à trouver leur place au sein du réseau de soins gériatriques bagnolais, qui n'est semble-t-il pas encore opérationnel. En effet, les EHPAD s'inscrivent en bout de trajectoire, et ont pour l'instant des difficultés à se coordonner à la filière de soins gériatriques, même si à l'avenir, les interventions de l'EMG devraient faciliter l'orientation en accueil de jour et en hébergement temporaire.

### **b) – les enjeux du partenariat avec le Centre Hospitalier de Bagnols sur Cèze**

L'évocation avec le groupe de travail pluridisciplinaire, des modalités de négociation d'une convention de coopération avec le CH de Bagnols/Cèze, m'a conduite à lui soumettre plusieurs questions. Est-il légitime que le médecin coordonnateur soit l'unique interlocuteur du CH de Bagnols/Cèze comme le prévoit la convention type, alors que la prise en charge globale de la personne âgée repose sur l'expertise technique d'une équipe pluridisciplinaire ? Un tel positionnement n'aura-t-il pas d'incidences sur l'organisation des soins de l'EHPAD, compte tenu que le médecin coordonnateur n'intervient qu'à temps partiel ? Enfin, comment faire coïncider les objectifs de prise en charge du CH de Bagnols/Cèze avec ceux fixés par le projet d'établissement de l'EHPAD « Les Lavandines » ?

Les membres du groupe de travail étaient intervenus, pour mettre en évidence les difficultés de la mise en place d'un partenariat avec l'Hôpital. Cette démarche devait me conduire à orienter leur réflexion, vers des solutions pour les surmonter.

Le groupe de travail pluridisciplinaire reconnaissait, qu'une lecture restrictive des relations avec l'Hôpital, serait susceptible de perturber en interne l'organisation des soins. En effet, un dialogue essentiellement médical, aboutirait à réserver la maîtrise du parcours de soins de la personne âgée au seul corps médical, alors que la qualité de la prise en soins repose sur la réappropriation de la trajectoire de soins de la personne âgée, par l'ensemble de l'équipe soignante. Il serait ainsi une source de dysfonctionnements, et compromettrait la possibilité d'une prise en charge globale et coordonnée, dans la mesure où certains acteurs n'auraient pas accès à l'information. De fait, l'articulation avec les services de soins en interne serait perturbée.

De plus, il redoutait que les objectifs de prise en charge de l'Hôpital ne soient difficilement conciliables avec la mise en place d'une politique d'admission par l'EHPAD « Les Lavandines ». En effet, l'impossibilité de trouver des critères communs d'admission risquerait, d'aboutir à une remise en cause de la politique d'admission. Cette remise en cause validerait ainsi, le principe que la politique d'accueil ne puisse sortir de la logique de situation de crise. Aussi dans quelle mesure un EHPAD pourrait-il mettre en place une démarche qualité, s'il n'a plus prise sur ses objectifs de prise en charge ?

Le groupe de travail convenait que si l'expertise technique de l'équipe soignante de l'EHPAD « Les Lavandines » concernant la prise en charge des personnes âgées psycho-dépendantes était reconnue par l'EMG, il convenait d'en faire l'un des enjeux de la convention de coopération avec le Centre Hospitalier de Bagnols/Cèze, pour sortir de la logique du contrat d'adhésion et établir enfin, des relations d'équilibre avec l'Hôpital.

### **2.1.2. Un défi à relever par la commission d'admission pluridisciplinaire : l'orientation de la prise en charge de la personne âgée**

L'inscription de la politique d'admission dans une démarche d'orientation de la prise en charge, implique que l'entrée en institution s'inscrive, dans la continuité du projet de vie, poursuivi à domicile par la personne âgée (2.1.2.1). Dès lors, la construction d'une relation de confiance avec la personne âgée, favorisera non seulement

l'acceptation de l'entrée en EHPAD, mais permettra aussi à la personne âgée de rester actrice de son projet de vie (2.1.2.2).

### **2.1.2.1. L'acceptation de l'entrée en EHPAD : une démarche engagée dès l'étape de la prise en charge à domicile, pour préserver les repères identitaires de la personne âgée**

Les propositions d'actions correctives, que j'ai soumises au groupe de travail pluridisciplinaire concernant la procédure d'admission, ont tendu d'une part, à la mise en place d'une commission d'admission pluridisciplinaire, et ont mis l'accent d'autre part, sur la nécessité d'une collaboration de la commission d'admission pluridisciplinaire<sup>39</sup> avec les services de maintien à domicile, en amont de l'entrée en EHPAD, lorsque la personne âgée bénéficie d'une prise en charge à domicile.

Elles ont privilégié par ailleurs, la construction d'une relation de confiance avec la personne âgée, afin que l'examen de la demande d'entrée en institution reste avant tout, une démarche de proposition de prise en charge. L'enjeu est que la personne âgée conserve la maîtrise d'œuvre de son projet de vie.

La procédure d'examen de la demande d'entrée implique ainsi que l'IDE coordinatrice du SSIAD, transmette à la commission d'admission pluridisciplinaire, le dossier complet de la personne âgée prise en charge par le SSIAD, mais aussi que le cadre de santé soit associé à la réévaluation du plan de soins et du projet de vie.

La sortie du dispositif de prise en charge à domicile ne devant pas s'inscrire dans un contexte de situation de crise, l'entrée en EHPAD doit s'inscrire, non seulement dans la continuité du projet de vie à domicile, mais aussi dans la continuité d'un parcours de soins cohérent. Le cadre de santé vérifiera alors, non seulement que le projet de prise en charge s'inscrit bien dans une démarche de prévention, mais que la logique du maintien à domicile n'a pas prévalu sur la décision d'orientation de la prise en charge.

La procédure d'admission a vocation à être une procédure souple et adaptable en fonction du contexte et du profil de la personne âgée. Ainsi, lorsque la personne âgée est désorientée, et qu'il y a des doutes sur la nature de la prise en charge,

l'équipe pluridisciplinaire ne doit pas exclure la possibilité de se déplacer à domicile pour procéder à une évaluation multidimensionnelle et pluridisciplinaire, qui va permettre à partir d'une évaluation du contexte social et du besoin de prise en charge de la personne âgée, de se prononcer sur l'orientation de la prise en charge.

L'enjeu de la procédure d'admission est de respecter la volonté de la personne âgée, et d'éviter autant que possible, que l'entrée en EHPAD ne compromette la poursuite de son projet de vie. C'est pour cette raison que la procédure d'admission a vocation à être une démarche progressive, mise en place avec la collaboration étroite de la famille, et surtout de la personne âgée. Car le projet d'entrée en institution doit être avant tout celui de la personne âgée. La préparation de l'entrée en institution, dès l'étape de la prise en charge à domicile permet ainsi, de faire tomber les tensions psychologiques, et de redonner à la personne âgée sa place de sujet, qui disparaissait souvent derrière la maladie.

#### **2.1.2.2. La construction d'une relation de confiance avec la personne âgée : une condition à la mise en place d'un projet de vie, dont elle conservera la maîtrise d'œuvre**

Le cadre de santé m'a particulièrement encouragé à insister sur « l'idée de construction d'une relation de confiance avec la personne âgée ». C'est pour cette raison, que j'ai proposé au groupe de travail la possibilité d'une visite à domicile de l'équipe pluridisciplinaire, dans le cadre de la procédure d'admission.

Cette visite aura pour objectif d'évaluer le contexte social et affectif, dans lequel évolue la personne âgée, mais aussi ses besoins d'accompagnement. L'objectif est non seulement qu'elle participe autant que possible à la mise en place de son projet de vie en EHPAD, mais aussi qu'à partir du recueil de données soins, de l'évaluation médicale et d'une analyse clinique globale, l'équipe soignante puisse construire avec elle une relation de confiance.

Cette démarche qui restera limitée aux personnes âgées non communicantes, aura le mérite de permettre à la personne âgée de témoigner à travers son environnement immédiat de ses habitudes de vie et de son histoire de vie. Elle sera l'occasion, non seulement d'une véritable rencontre avec les représentants de

---

<sup>39</sup> La Commission d'Admission Pluridisciplinaire est composée d'une équipe pluridisciplinaire (le Médecin Coordonnateur, le Cadre de Santé, le Psychologue et l'Ergothérapeute). Ces décisions sont validées par la Direction de l'Etablissement.

l'institution, mais aussi de la mise en place d'une relation de confiance avec la personne âgée. Cette relation de confiance permettra ainsi, à la procédure d'admission de rester une démarche de proposition de prise en charge. L'objectif est que la personne âgée reste actrice de son projet de vie.

Afin de faciliter son accompagnement, le Cadre de santé saisira dans un premier temps les données recueillies sur le logiciel de soins OSIRIS. Ces données auront vocation à être accessibles à l'ensemble des services participant à l'accueil du futur résident, afin qu'ils puissent se coordonner entre eux. Le Cadre de santé présentera en staff dans un second temps le futur résident, sur la base de l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire.

Cette évaluation servira alors de base à son orientation en interne. L'objectif est de permettre aux équipes soignantes d'adapter autant que possible leur prise en soins en fonction de l'évolution de la maladie, et que celle-ci ait un retentissement limité sur la qualité de vie de la personne âgée.

Ainsi, la réappropriation par l'équipe soignante, de la trajectoire de vie et du parcours de soins de la personne âgée, va faciliter la conduite d'une démarche managériale permettant de sortir de la logique de gestion de crise.

## **2.2. Sortir de la situation de crise par la personnalisation de l'accueil : une démarche facilitée par le travail en réseau**

L'accueil des personnes âgées venant vivre « aux Lavandines » a fait l'objet d'une réflexion collective, dans le cadre du groupe travail pluridisciplinaire que j'ai animé, motivant l'ensemble du personnel.

A partir du diagnostic des conditions de prise en charge actuelle des nouveaux résidents, j'ai proposé des actions correctives pour redonner à la personne âgée sa place dans la procédure d'accueil. Car comme l'admet le groupe de travail, « l'accueil est avant tout l'affaire de tous et nécessite un esprit d'équipe ».

Parce que l'entrée en institution est l'étape de la prise de risques et de l'expérimentation, autant pour la personne âgée, que pour le personnel, elle nécessite de faire reposer l'organisation de la prise en charge, sur une démarche managériale, privilégiant l'accompagnement personnalisé de la personne âgée (2.2.1). Aussi cette démarche ne sera le gage du respect de ses droits d'usager, que dans la mesure où la procédure mise en place respectera sa volonté (2.2.2).

## **2.2.1. Une méthode de management au service de la politique d'accueil**

L'accompagnement de la personne âgée n'est possible, qu'autant que le personnel soignant respecte ses habitudes et son histoire de vie, tout en ayant une bonne connaissance de son parcours de soins (2.2.1.1). Il permet ainsi de redonner à la personne âgée sa place de sujet dans la relation avec le personnel soignant (2.2.1.2).

### **2.2.1.1. L'accompagnement du nouveau résident : une démarche facilitée par le travail en réseau**

Le groupe de travail le reconnaît, c'est une fausse évidence de considérer que l'absence de rupture dans la continuité du projet de vie et du projet de soins facilitera l'accompagnement de la personne âgée le jour de son accueil. Pourtant, c'est la prise de connaissance par l'ensemble du personnel, des habitudes et de l'histoire de vie du futur résident, qui permettra au personnel d'adopter « une démarche de vigilance bienveillante à son égard » le jour de son entrée.

La réflexion conduite avec le groupe de travail, sur l'organisation de l'accueil, m'a conduite à leur demander d'évoquer des situations où l'accueil du nouveau résident avait été un facteur de stress tant pour la personne âgée, que pour le personnel. Travaillant sur la base de leur ressenti à l'égard de leur pratique professionnelle, j'ai orienté alors leurs propositions d'actions correctives vers des solutions d'accompagnement de la personne âgée.

Les situations évoquées ont mis en évidence, que le personnel était souvent déstabilisé, parce qu'il était dépassé. La réponse apportée n'était pas adaptée, pour apaiser l'anxiété de la personne âgée. L'impuissance du personnel contribuait alors, à renforcer l'agitation de la personne âgée, surtout lorsqu'elle présentait des troubles du comportement. Car la personne âgée souffrait d'être dans une relation très déshumanisante, où elle ne pouvait être entendue, ni comprise.

Le groupe de travail a ainsi admis que le fondement même de l'accompagnement, c'est la relation avec la personne âgée. Travailler sur l'approche relationnelle, permet donc de repenser non seulement l'organisation de la prise en charge, mais aussi de ne plus être seulement dans l'acte. Comme l'a fait remarquer l'un des membres du groupe de travail « pour un patient, la question de la qualité de vie se pose, dès lors que le regard manque de vitalité. En revanche, pour un soignant, la qualité de l'acte de soins se pose, dès lors que le regard se détourne de la personne soignée ».

Le groupe de travail l'a reconnu, réintroduire du relationnel dans l'organisation de la prise en charge, permet de redonner à la personne âgée sa place de sujet et de changer son regard à son égard. En effet, comme l'a souligné l'un des membres du groupe de travail « peu de soignants savent que les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ne voient plus sur les côtés, mais ont une vision en tunnel. Le savoir oblige ainsi à modifier son approche et surtout à se mettre à niveau, à prolonger le regard ».

Dès lors, le personnel l'admet sortir des situations de stress nécessite de se questionner sur le bien fondé de sa pratique professionnelle, pour ne pas tomber dans la mécanisation de l'acte. Car c'est ce processus qui conduit à vivre comme une violence l'agitation des personnes âgées désorientées.

#### **2.2.1.2. Un objectif : organiser la prise en charge en la basant sur la relation avec la personne âgée comme « sujet »**

J'ai conduit dès lors, le groupe de travail à admettre que l'accompagnement personnalisé de la personne âgée nécessite que l'ensemble des services soient parties prenantes, et soient dans une logique d'anticipation des besoins du futur résident.

Aussi partageant l'avis de l'un des membres du groupe de travail, j'ai insisté sur le fait que l'organisation de la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles du comportement repose avant tout, sur la communication qu'elle soit verbale ou gestuelle. Car comme il l'a remarqué « la communication suffit souvent à permettre à la personne âgée désorientée de ne plus manifester d'agitation pathologique ».

Il a précisé d'ailleurs, à l'égard du personnel soignant «qu'il est important de s'interroger sur la qualité de sa pratique soignante pour avoir la bonne démarche face à une personne âgée « difficile » du fait de son agressivité, de sa souffrance ou de la lourdeur de sa pathologie. Car plus une personne âgée est « difficile », plus le comportement du soignant risque d'être inadapté, violent, en totale contradiction avec sa démarche initiale ».

J'ai proposé ainsi au groupe de travail de valider, que l'accompagnement personnalisé de la personne âgée soit la démarche adoptée par l'ensemble des services, pour accueillir le nouveau résident. J'ai mis l'accent sur le fait qu'une telle démarche va contribuer à réduire les facteurs de stress pour le personnel, et par conséquent à diminuer « l'agressivité des personnes âgées désorientées ». Car

comme l'a souligné l'un des membres du groupe de travail « l'agressivité des personnes âgées désorientées est en réalité une agitation de défense – notamment chez celles présentant des signes de démence sénile ou de pathologie type Alzheimer ».

J'ai ajouté que l'objectif de cette démarche est d'introduire de la dignité, non seulement dans l'organisation de la prise en charge, mais aussi dans la relation avec la personne âgée. Elle favorisera ainsi, la mise en place d'une relation de confiance entre la personne âgée et le personnel.

Car comme l'a précisé l'un des membres du groupe de travail, « prévenir les comportements d'agitation pathologique implique de connaître la personne âgée et ses pathologies, sans tomber dans une surprotection médicale, et encore moins dans une uniformisation ». Il a poursuivi, en ajoutant qu'il est important que le personnel respecte son monde, et adapte en conséquence son milieu de vie à sa pathologie, pour diminuer les sources d'angoisse. En effet, il est d'autant plus important que la personne âgée soit accompagnée chaleureusement, que l'entrée en institution est pour elle génératrice d'émotions et d'appréhensions, comme toute nouvelle situation plongeant l'individu dans l'inconnu et l'incertitude.

### **2.2.2. Une politique d'accueil au service de la personne âgée**

Organiser la prise en charge de l'accueil du futur résident, en lui redonnant sa place de sujet implique de respecter sa volonté (2.2.2.1), et de lui permettre de conserver la maîtrise d'œuvre de son projet de vie (2.2.2.2).

#### **2.2.2.1. L'individualisation de la prise en charge de l'accueil : une démarche pour sauvegarder l'intégrité de la personne âgée, en la rendant actrice de son entrée en EHPAD**

Les propositions d'actions correctives, que j'ai soumises au groupe de travail concernant l'organisation de l'accueil ont plusieurs objectifs. Elles tendent à inscrire autant que possible l'entrée en EHPAD dans la continuité du projet de vie, poursuivi par la personne âgée à domicile. Elles mettent l'accent sur la nécessité de dédramatiser le passage du domicile à l'institution. Elles insistent sur la nécessité de fédérer l'ensemble du personnel autour du partage de valeurs éthiques communes.

Leurs mises en œuvre associent de fait, la Direction (dans une démarche de coordination générale de l'ensemble des services), le Cadre de Santé (dans une

démarche d'orientation et de contrôle de la prise en charge effective du futur résident, lors de l'accueil de pré-admission et le jour de l'entrée), le Médecin Coordonnateur (dans une démarche de coordination des soins), la Psychologue (dans une démarche d'accompagnement du futur résident/de médiation entre l'Institution et les proches du futur résident), le Soignant « référent » (dans une démarche de personnalisation de l'accueil du futur résident), l'IDE de service (pour la gestion du traitement, pour le recueil des premières données de soins, dans le cas d'une entrée après hospitalisation), et l'ensemble des services (dans une démarche d'aide à la prise en charge globale du futur résident).

La procédure d'accueil s'adresse ainsi, aux futurs résidents qui sont susceptibles d'être accueillis en accueil de jour (thérapeutique ou classique), en hébergement temporaire ou en hébergement définitif. L'effectivité de sa mise en œuvre se justifie d'autant plus, que l'accueil du futur résident constitue une étape déterminante, et que le rôle de l'ensemble des services sera fondamental, pour faciliter l'intégration du sujet âgé à la vie de l'institution.

J'ai insisté sur le fait que la démarche d'accueil repose avant tout, sur l'élaboration d'une relation de confiance avec le futur résident et sa famille, et que cette relation de confiance est basée sur l'écoute, l'empathie, l'apaisement, le conseil et le professionnalisme. J'ai mis l'accent sur le fait, que la personnalisation de l'accueil réside non seulement, dans la possibilité offerte à la personne âgée et à sa famille de personnaliser son lieu de vie, mais aussi dans la possibilité de désigner un soignant « référent ».

Le soignant « référent » aura ainsi un rôle pivot, puisqu'il sera chargé d'assurer l'installation et le suivi du futur résident. De fait, il aura la responsabilité de faire remonter les données le concernant à l'équipe de direction, et de saisir le premier plan de soins arrêté par l'équipe pluridisciplinaire. Il aura pour mission l'accueil et la prise en charge du nouveau résident et de sa famille. Il sera chargé de l'enclenchement de la démarche du projet de vie et de son suivi.

Le jour de l'accueil, il sera ainsi chargé d'introduire le futur résident auprès de l'équipe de soins pour compléter le recueil de données, et de faciliter la prise en soins lors de la première nuit. Il le présentera également aux résidents, qui occupent les chambres voisines et réalisera l'inventaire de son trousseau.

Sa mission lui confèrera auprès du futur résident, le rôle de personne ressource, qui sera chargée du suivi de sa prise en charge, tout en étant indépendante dans l'exercice de sa fonction, non seulement à l'égard du futur résident, mais aussi à l'égard de la famille de celui-ci. En outre, il sera « le garant » du respect des libertés

et des droits fondamentaux du nouveau résident, et sera chargé en conséquence d'adapter le projet de vie du nouveau résident en fonction de ses besoins de prise en charge et de son parcours de vie, dans le respect de la démarche qualité.

J'ai précisé par ailleurs, que la personnalisation de l'accueil est de la responsabilité de l'ensemble du personnel. Elle tend, non seulement à faciliter la prise de contact du futur résident et de sa famille avec l'institution, mais aussi à faciliter son installation le jour de l'entrée et à rassurer sa famille. Elle se traduira par un accompagnement personnalisé, assuré non seulement par un soignant référent, mais aussi par l'ensemble des services participant à l'accueil du nouveau résident.

#### **2.2.2.2. La mise en place du projet de vie individualisé : une condition à l'intégration de la personne âgée, dont l'enjeu est le respect de ses droits, par la conduite continue d'une réflexion sur les pratiques professionnelles**

J'ai proposé au groupe de travail de valider les missions et les obligations du soignant « référent ».

J'ai précisé que le soignant « référent » est chargé du suivi du projet de vie du futur résident, et qu'il n'agit pas par délégation d'autorité de l'équipe de direction. Il a ainsi l'obligation d'informer le Cadre de santé de toute aggravation de l'état de santé du nouveau résident, de respecter le secret médical, de respecter la procédure applicable aux résidents placés sous un régime de protection juridique (tutelle/curatelle/sauvegarde de justice), d'assurer la mise en lien systématique avec les membres de l'équipe de direction pour toute gestion de conflits concernant le nouveau résident, de signaler toute anomalie constatée sur le plan de la santé, de l'hygiène, de l'alimentation, de la mobilité ainsi que sur le plan des fonctions cognitives, et de veiller aux conditions favorables de son bien être, tant concernant son environnement social que matériel.

Enfin, j'ai proposé au groupe de travail de valider les modalités de suivi de l'accueil du futur résident. J'ai précisé que le contrôle de sa mise en œuvre effective relève de la responsabilité du cadre de santé. Il doit contrôler, non seulement la participation effective des services concernés au bon déroulement de l'accueil, mais aussi délivrer à la famille un compte rendu téléphonique du déroulement de la première nuit.

Il lui appartient également, de contrôler les planifications (le plan de soins, le passage pour les douches, toilette évaluative, la participation aux ateliers thérapeutiques, l'élaboration du projet de vie, les consultations externes, les visites

du kinésithérapeute), et de surveiller que soient respectés les droits fondamentaux du nouveau résident, les bonnes pratiques de soins, l'application de la démarche qualité, le règlement de fonctionnement par les intervenants externes, le matériel installé, la coordination de l'ensemble des services, et enfin que soit réalisée l'évaluation régulière des pratiques professionnelles.

J'ai précisé par ailleurs au groupe de travail, que le psychologue est chargé d'accompagner psychologiquement le nouveau résident, afin de faciliter son intégration au sein de l'institution. Il relève ainsi de sa responsabilité, de mettre en place un soutien thérapeutique en cas de problématique dépressive avérée. La toilette évaluative sera ainsi un moyen dès les premiers jours de l'accueil, d'affiner son analyse des troubles de la personnalité et de déterminer le degré de dépendance du nouveau résident.

En outre, j'ai conclu en ajoutant que le suivi de la prise en charge globale, relève également de la responsabilité de l'équipe de soins. En effet, celle-ci sera chargée non seulement d'élaborer le pictogramme de soins et de la réévaluation du plan de soins, mais aussi de la saisie des transmissions concernant les capacités motrices et cognitives du résident. Elle réalisera le cas échéant, une fiche de synthèse de son séjour, afin de faciliter la coordination avec les intervenants au domicile (dans le cas d'une prise en charge en accueil de jour ou en hébergement temporaire).

La prise en charge de l'accueil du nouveau résident sera ainsi l'affaire de tous. Car le respect de ses libertés et de ses droits fondamentaux nécessite l'engagement de tous.

## **Conclusion**

Le travail en réseau contribue à donner plus de crédibilité à la politique d'accueil mise en place par les directeurs d'EHPAD. En effet, l'accompagnement personnalisé du nouveau résident ne sera possible, que dans la mesure où son entrée en EHPAD s'inscrit dans la continuité de son parcours de vie et de son parcours de soins. La construction d'une relation de confiance avec la personne âgée sera alors d'autant plus facilitée, que la démarche d'accompagnement personnalisé aura contribué à fédérer le personnel autour du partage de valeurs éthiques communes. Car si l'accueil du nouveau résident repose avant tout sur un esprit d'équipe, ses libertés et droits fondamentaux seront d'autant plus respectés qu'une analyse régulière des pratiques professionnelles a été engagée.

En outre, le travail en réseau permet de donner une autre dimension à la politique de prise en charge des EHPAD, et surtout de repositionner leur offre de services en amont de l'entrée en institution. Ils peuvent ainsi inscrire leur politique d'admission, dans une démarche de prévention. Dès lors, l'entrée en EHPAD n'est plus l'étape ultime de la fin de vie pour la personne âgée, mais plutôt une alternative à la prise en charge à domicile. Car l'entrée en EHPAD n'a pas eu pour effet de la déposséder de la maîtrise d'œuvre de son projet de vie.

---

# Bibliographie

---

## **Les ouvrages de référence :**

AMYOT J.J, « *Pratiques professionnelles en gérontologie* » édition DUNOD, Paris, 2007. 1456 p.

DARNAUD T. « *L'entrée en maison de retraite : une lecture systémique du temps de l'accueil* » édition ESF, Paris, 1999, 186 p.

MIRAMON J.M, « *Manager le changement dans l'action sociale* » édition ENSP, RENNES, 2001, 99 p.

PELLISSIER J. et GINESTE Y. « *L'Humanitude, comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux* » édition Armand Colin, Paris, 2007, 320 p.

ZAY N. « *Dictionnaire-manuel de gérontologie sociale* », Québec, Les Presses de l'université Laval, 1981, 311 p.

## **Les articles :**

BLANCHARD N., « *Du réseau à la coordination gérontologique : un nouveau paradigme pour le secteur médico-social* », *Retraite et société*, n°43, La Documentation française, oct. 2004, p. 166-186.

COLVEZ A., GAY M., BLANCHARD N., FAGES D., « *La coordination gérontologique, Pour qui, pourquoi, comment ?* » *Gérontologie et société*, n°100, mars 2002, p.26

ENNUYER B., « *La Coordination, un mythe ?* », *Gérontologie*, n°113, 2000, p.13 à 19.

JOLLY D., « *Alliances interentreprises, Entre concurrence et coopération* », Paris, Vuibert, 2001, p.19

PELLERIN J., « *Quel est l'intérêt des concepts de filières et de réseaux de soins pour les établissements hospitaliers gériatriques ?* », *Le Courrier de l'évaluation en santé*, n°15, juin 1999, p.15-18.

PHILIBERT M., « *De la coordination dans les secteurs d'action gérontologique* », Grenoble, Université des Sciences sociales, 1981, 4 p.

## **Les thèses qui ont servi de support à la réalisation du mémoire :**

DARNAUD T., « *L'Alzheimérien et l'aidant, Une histoire à trois ? L'impact familial de la maladie d'Alzheimer, l'émergence d'un modèle* », Thèse pour le Doctorat en Psychologie : Université Lumière – Lyon 2 – Institut de Psychologie, 03 nov. 2006, 199 p.

RIMBERT G., « *Placement et déclassement en maison de retraite, la gestion professionnelle du vieillissement social* », DEA de sociologie de l'EHESS, sept. 2002, 150 p.

## **Les Enquêtes :**

BARMEZ S., « *Conclusions de l'Enquête intitulée : Protocoles d'Ethnologie des organisations* », édition Maison des Sciences et de l'Homme, Paris, Mars 2006, 300 p.

BRAUN T. et STOURM M. « *Commission nationale d'étude sur les problèmes des personnes âgées dépendantes* », Paris, s.d, p. 49.

FELTESSE H., « *La coordination gérontologique : démarche d'hier, enjeu pour demain* », Années-documents CLEIRPPA, n°215, juillet 1992, p.1 1 à 14.

Pr JEANDEL C. et le Docteur BONNEL, « *Le Livre Blanc de la Gériatrie Française* », Enquêtes réalisées par l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne, édition ESV, Paris, 2004, 431 p.

Rapport de la Cour des comptes remis au président de la République « *Les personnes âgées dépendantes* », novembre 2005, 500 p.

ROCHE F., « *Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social* » édition ENSP, 2006, Conseil Supérieur du Travail Social, 116 p.

TOULY V., Tableau de bord santé n°3 « *Les enjeux du vieillissement* » *Quelle prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes âgées en 2003 ? Quelle anticipation des besoins futurs ?*, Edition de Santé, 2003, 268 p.

---

# ANNEXE 1

---

L'enquête conduite sur le bassin gérontologique bagnolais a été réalisée sur la base d'entretiens semi-directifs. Elle avait pour objet de déterminer l'effectivité du travail en réseau sur le bassin gérontologique bagnolais, et d'identifier les causes de dysfonctionnement de la coordination.

Un échantillon de populations composées d'intervenants au domicile des personnes âgées, d'usagers et de représentants des établissements du secteur a été auditionné sur les lieux de leur activité ou dans les locaux du CLIC pour les usagers, sur la base de quatre grilles d'entretien.

## **Grille d'entretien n°1 (Les Usagers) :**

- Pourquoi avez-vous recours aux services du CLIC Point Vermeil ? Quelles sont ses missions ?
- Relevez-vous d'un dispositif de plan d'aide ? Si oui, êtes-vous satisfait des prestations proposées ?
- Les conseils du CLIC, vous permettent-ils d'avoir de meilleures relations avec les autres intervenants à domicile ?
- Le CLIC Point Vermeil, vous a-t-il communiqué des informations sur les prestations proposées par les EHPAD, sur le volet prise en charge à domicile ?

## **Grille d'entretien n°2 (les directeurs d'établissements) :**

- Savez-vous combien de personnes âgées entrant en EHPAD ou en USLD relèvent d'un dispositif de plan d'aide ?
- Connaissez-vous le CLIC Point Vermeil ? Si oui, collaborez-vous avec lui, dans le cadre des admissions ? Connaissez-vous ses missions ?
- Avez-vous mis en place une politique d'admission et une politique d'accueil ? Si non, pourquoi ?
- Avez-vous entrepris une démarche de travail en réseau et signé des conventions de coopération avec les établissements de santé du secteur, comme le prévoit la convention tripartite ? Si non, pourquoi ?

## **Grille d'entretien n°3 (les professionnels intervenants à domicile) :**

- Connaissez-vous le CLIC Point Vermeil ? Quelles sont ses missions ?

- Participez-vous aux réunions de synthèse organisées par le CLIC ?
- Savez-vous si la famille de la personne âgée aidée a recours à d'autres prestataires à domicile ?
- Lors de la phase d'évaluation du plan d'aide ou du plan de soins contactez-vous vos collègues ?

**Grille d'entretien n°4 (Le CLIC Point Vermeil) :**

- Quelles sont les missions du CLIC Point Vermeil ?
- Les personnes âgées et les professionnels ont-ils recours facilement à vos services ?
- Etes-vous facilement identifié par les familles et les professionnels ?
- Collaborez-vous souvent avec les directeurs d'EHPAD et les directeurs d'Hôpitaux ?
- Les EHPAD font-ils appel à vous pour remplir leurs établissements, lorsqu'ils ont une baisse de leur taux d'occupation ?
- Comment se déroule la procédure du plan d'aide ?
- Quel est l'objet des réunions de synthèse ? Dans quel climat se déroulent ces réunions ?
- Quelle est la vocation de la charte de réseau gérontologique bagnolais ?
- Comment se déroule la coordination avec les intervenants à domicile et avec les EHPAD et le Centre Hospitalier de Bagnols/Cèze ?

**Synthèse des réponses :**

- Le CLIC Point Vermeil a été identifié par toutes les personnes ayant participé aux entretiens. En revanche, elles ont plus de difficulté à évoquer ses missions.
- Les usagers font appel au CLIC Point Vermeil pour avoir des conseils sur des démarches administratives. Ils ne font pas appel au CLIC Point Vermeil en première intention, dans le cadre d'une demande d'entrée en EHPAD. C'est la réputation de l'EHPAD sur le secteur, qui sera déterminante dans le choix de la structure.
- Les professionnels intervenants au domicile des personnes âgées sont relativement satisfaits des services proposés par le CLIC Point Vermeil, et considèrent que c'est l'un des CLIC les plus dynamiques du département du Gard.
- Ils sont relativement mitigés sur l'efficacité du travail en réseau, surtout avec les professionnels relevant d'autres secteurs.
- Les directeurs d'EHPAD ne travaillent pas systématiquement avec les équipes du CLIC, dans le cadre de la procédure d'admission. Les demandes d'entrée provenant du domicile résultent bien souvent « du bouche à oreille ».

- La coordination entre le CLIC et le Centre Hospitalier de Bagnols/Cèze est devenue plus difficile, depuis que l'Equipe Mobile de Gériatrie ne peut plus intervenir sur le domicile. La coordination avec l'ensemble des acteurs de terrain en a souffert