

**ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE**

**CAFDES – 2001**

**I.R.T.S. AQUITAINE**

**GERER LA COMPLEXITE DE LA COORDINATION**

**DEPARTEMENTALE**

**POUR APPORTER UNE REPONSE GLOBALE**

**A LA PERSONNE AGEE DEPENDANTE**

**MARY Guy**

# SOMMAIRE

	Page
<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b>	4
<b>INTRODUCTION</b>	6
<b>1ère Partie : LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES EN CHARENTE-MARITIME</b>	8
<b><u>I.1 - Le vieillissement de la population française</u></b>	8
I.1.1 Un défi majeur lancé à notre société	8
I.1.2 Un problème crucial : la montée de la dépendance	9
<b><u>I.2 - Une préoccupation constante des pouvoirs publics</u></b>	10
I.2.1 Le rapport Laroque : socle de la politique vieillesse	10
I.2.2 La place grandissante des départements	12
I.2.3 La prestation spécifique dépendance	13
<b><u>I.3 - La Charente-Maritime : l'exception régionale</u></b>	14
I.3.1 Une région où l'on vit vieux	14
I.3.2 Une situation particulière	15
I.3.2.1 Un afflux massif de retraités	15
I.3.2.2 Le dispositif départemental	16
I.3.3 Un taux d'équipement satisfaisant	19
I.3.3.1 Des services de maintien à domicile diversifiés	19
1.3.3.1.1 L'aide à la vie quotidienne	20
1.3.3.1.2 L'aide aux soins	21
I.3.3.2 Des établissements nombreux et de tous types	21
I.3.3.3 Le développement du placement familial	24
I.3.4 Des problèmes non résolus	24

<b>I.4 - <u>La coordination gérontologique : entre mythe et réalité</u></b>	28
I.4.1 Une notion ancienne	28
I.4.2 L'impact de la décentralisation	30
I.4.3 L'apport de la loi du 24 janvier 1997	31
<b>IIème Partie : ENTENDRE LA COMPLEXITE POUR MIEUX                             AGIR</b>	34
<b>II.1 – <u>Introduction à la complexité</u></b>	35
<b>II.2 – <u>Comprendre la complexité de la personne</u></b>	39
II.2.1 La notion de vieillissement	39
II.2.1.1 Une notion "floue et fluctuante"	39
II.2.1.2 Dépendance et autonomie : au cœur de la "dialogie"	41
II.2.2 La représentation sociale négative des vieillards	42
II.2.2.1 Une évolution récente	42
II.2.2.2 L'importance de la "prégnance" médicale	43
<b>II.3 – <u>Saisir la complexité de l'environnement</u></b>	46
II.3.1 L'absence de culture commune des partenaires	46
II.3.1.1 Entre assurance et assistance	46
II.3.1.2 Une absence de lisibilité de l'offre gérontologique	47
II.3.2 Les stratégies particulières des acteurs	49
II.3.2.1 Les logiques d'intérêt	49
II.3.2.2 Des logiques divergentes	51
<b>II.4 – <u>Interroger la notion de coordination</u></b>	53
II.4.1 La "fin donnée" à la coordination	53
II.4.2 Les réseaux informels	56

<b>IIIème Partie : LA COORDINATION : UN PROCESSUS</b>	59
<b>PLAÇANT LA PERSONNE AGÉE AU CENTRE DU PROJET</b>	
<b><u>III.1 – Stratégie pour s'inscrire dans une démarche partenariale</u></b>	59
III.1.1 De la place où je suis	59
III.1.2 M'inscrire dans une démarche partenariale	62
<b><u>III.2 – Faire vivre la coordination</u></b>	65
III.2.1 La personne âgée au centre du dispositif	66
III.2.2 La détermination des territoires	67
III.2.3 S'associer au développement des réseaux	70
<b><u>III.3 – Formaliser la démarche</u></b>	74
III.3.1 Installer et piloter une instance de coordination départementale	74
III.3.2 Elaborer un schéma départemental	76
III.3.3 Créer des postes de conseillers en gérontologie	80
<b><u>III.4 - Coût et évaluation</u></b>	82
III.4.1 Calendrier	82
III.4.2 Coût	82
III.4.3 Evaluation	85
<b>CONCLUSION</b>	87
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	89
<b>ANNEXES</b>	94

## LISTE DES ABREVIATIONS

ACTP :	Allocation Compensatrice Tierce Personne
ADMR :	Association d'Aide à Domicile
AGGIR :	Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressources
ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
APA :	Allocation Personnalisée à l'Autonomie
ARH :	Agence Régionale d'Hospitalisation
ARIM :	Agence Régionale Immobilière
CAFAD :	Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Aide à Domicile
CAFAS :	Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Aide Soignante
CAL :	Centre d'Aide pour le Logement
CANTOU :	Centre d'Animations Naturelles Tirées d'Occupations Utiles
CCAS :	Centre Communal d'Action Sociale
CCMSA :	Caisse Commune de Mutualité Sociale Agricole
CFAS :	Code de la Famille et de l'Aide Sociale
CIDHPA :	Centre d'Information Départemental sur l'Hébergement des Personnes Agées
CLIC :	Centres Locaux d'Information et de Coordination
CNAVTS :	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés
CNCG :	Comité National de Coordination Gérontologique
CNFPT :	Centre National de la Fonction Publique Territoriale
CODEM :	Comité d'Observation de la Dépendance et de la Médiation
CODERPA :	COmité DEpartemental des Retraités et Personnes Agées
CRAMCO :	Caisse Régionale d'Assurance Maladie du Centre Ouest
CROSS :	Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale
DAS :	Direction des Affaires Sociales
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDTE :	Direction Départementale du Travail et de l'Emploi
DETAS :	Délégation Territoriale d'Action Sociale

DSD :	Direction de la Solidarité Départementale
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ETP :	Equivalent Temps Plein
EMS :	Equipe Médico-Sociale
GIR :	Groupe Iso Ressources
GMP :	Gir Moyen Pondéré
IDE :	Infirmière Diplômée d'Etat
MAPA :	Maison d'Accueil pour Personnes Agées
MARPA :	Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées
MSA :	Mutualité Sociale Agricole
ODAS :	Observatoire National d'Action Sociale
PAP :	Programme d'Action Prioritaire
PED :	Prestation Expérimentale Dépendance
PIB :	Produit Intérieur Brut
PSD :	Prestation Spécifique Dépendance
RAI :	Rail Assesment Instrument
RDAS :	Règlement Départemental d'Aide Sociale
RVH :	Réseau Ville Hôpital
SSIAD :	Service de Soins Infirmiers à domicile
SROS :	Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire
UDASSAD :	Union Départementale des Associations et des Services d'Aide à Domicile
UNCCAS :	Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale
URCAM :	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML :	Union Régionale des Médecins Libéraux
USLD :	Unité de Soins de Longue Durée

## INTRODUCTION

Chef de service contractuel au sein de la Direction de la Solidarité Départementale du Conseil Général de la Charente-Maritime, je suis chargé de la tarification des établissements qui reçoivent des bénéficiaires de l'aide sociale.

Je suis responsable également du contrôle et de la programmation des établissements dans le cadre de la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales.

Par ailleurs, en application de la loi n° 89-475 du 10 juin 1989, j'assure l'organisation de l'hébergement des personnes âgées en famille d'accueil.

De plus, depuis 1993, le service gère le Centre d'Information Départemental sur l'Hébergement des Personnes Agées (CIDHPA). Doté d'un numéro vert, ce service gère l'information et l'orientation des personnes âgées à la recherche de solutions d'hébergement.

Enfin, dans le cadre de la mise en place de la loi du 24 janvier 1997, portant création de la prestation spécifique dépendance, le directeur de la Direction de la Solidarité Départementale m'a confié la responsabilité de la coordination gériatrique.

Ce cadre administratif m'a plus particulièrement sensibilisé aux problèmes rencontrés par les personnes âgées dites dépendantes.

L'image de la vieillesse, reflétée le plus souvent par ses propres parents, renvoie à une vieillesse autonome et dynamique.

Cependant, chacun un jour a été confronté à la question de la perte d'autonomie des personnes âgées.

Le traitement social de la vieillesse est une notion récente. Du moyen âge au milieu du vingtième siècle, cette notion a pu être assimilée à celle de la marginalité et de la pauvreté.

Ce n'est qu'à partir de la généralisation de la protection sociale et des systèmes de retraite, que la vieillesse est apparue comme un thème majeur de notre société.

Le département de la Charente-Maritime a attiré et attire toujours beaucoup les personnes âgées, qui viennent s'installer pour y passer leur retraite.

La société s'est-elle donnée la capacité de prendre en compte leurs problèmes spécifiques ? Que se passe-t-il en particulier quand l'environnement familial disparaît et que la personne âgée se trouve "dépendante ?"

Je constate que les dispositifs de prise en charge ne répondent que partiellement aux problèmes soulevés et le service que je gère enregistre régulièrement des plaintes de personnes âgées ou de leur famille, en situation très douloureuse. Peut-on améliorer leur situation ? Quel dispositif peut-on mettre en place pour faire face à ce problème ?

Je formule l'hypothèse qu'en organisant au niveau départemental la coordination des prestations servies à la personne âgée dépendante, je contribuerai à lui apporter, sans attendre que le phénomène s'amplifie, une réponse globale et de qualité.

Dans une première partie, j'ai analysé la situation de la Charente-Maritime à la fois au regard des textes fondateurs de la politique de la vieillesse et des spécificités du département.

Cette analyse m'a permis de prendre conscience de la complexité des problématiques rencontrées par les personnes âgées et les personnes qui s'en occupent.

J'ai tenté dans une deuxième partie de comprendre, à la lumière d'une approche sociologique de la complexité et des organisations, les raisons qui pouvaient expliquer les difficultés de mise en œuvre d'une réponse appropriée, coordonnée et de qualité à la demande exprimée par des personnes âgées en difficulté.

Enfin, fort des enseignements retenus de ces approches, comme directeur de projet social, j'essaie en troisième partie, de la place où je suis, de développer les conditions qui peuvent permettre de mettre en place une organisation départementale susceptible de coordonner avec efficacité, et efficience, les prestations servies aux personnes âgées en perte d'autonomie.



# **lère Partie : LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES EN CHARENTE-MARITIME**

## **I.1 -LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION FRANCAISE**

### **I.1.1 Un défi majeur lancé à notre société**

Les résultats du recensement, par tranche d'âge, de 1999 devraient confirmer le vieillissement de la population française, déjà constaté au recensement de 1990.

L'augmentation importante du nombre de personnes âgées n'est pas propre à la France. Ainsi, en 1960, 15,5 % de la population des pays de l'Union Européenne était âgée de 60 ans ou plus. En 1990, cette proportion atteint 19 %.

"Le vieillissement démographique européen est le défi lancé à notre société européenne, à l'aube de ce troisième millénaire" <sup>1</sup>

Il se traduit en effet par :

- une augmentation du nombre de personnes âgées en chiffre absolu,
- une augmentation de la part des personnes âgées dans la population totale,
- une continuelle évolution de l'âge moyen de l'ensemble de la population.

Deux causes principales fondent ce processus :

- la baisse du taux de fécondité.

Repéré dès le début du siècle dans la plupart des pays européens, il semble stabilisé en France autour de 1,71 (en 1997). Ce taux néanmoins ne permet pas le renouvellement des générations.

- l'allongement de l'espérance de vie.

L'espérance de vie moyenne en France était de 77 ans en 1997 et elle continue à progresser d'environ un trimestre par an. Le décalage entre l'espérance de vie pour les hommes et les femmes reste considérable :

En 1997 :	Hommes : 74,7
	Femmes : 82,3

---

<sup>1</sup> "Les personnes âgées dans la communauté européenne" - Présent et avenir - Fondation IPSEN - p. 94  
Guy MARY – Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - 2001

Plusieurs facteurs ont contribué à augmenter l'espérance de vie :

- les progrès médicaux,
- l'absence de guerre en Europe occidentale ces quarante dernières années,
- les progrès technologiques qui ont permis d'améliorer les conditions de vie, de travail,
- une protection sociale accrue.

La population âgée est en majorité féminine. Deux personnes sur trois âgées de 75 ans ou plus sont des femmes. Ce phénomène est fortement lié à la surmortalité masculine.

Les projections effectuées jusqu'en 2050 montrent l'accroissement de la part des personnes âgées dans la population totale. Dès 2010 la France comptera plus de 10 millions de personnes de 65 ans ou plus. A partir de 2020, selon les prévisions de l'INSEE, la population âgée de 60 ans ou plus dépassera en effectifs et en proportion la population des moins de 20 ans. (Voir annexe 1).

### **I.1.2 Un problème crucial : la montée de la dépendance**

Le vieillissement de la population pose en France comme dans tous les pays de l'Union Européenne des problèmes cruciaux touchant la vie économique et sociale et notamment :

#### *- le financement des retraites*

Le nombre d'actifs risque de devenir inférieur au nombre de retraités posant la question du mode de financement des retraites. Cette tendance devrait être particulièrement marquante à partir des années 2005 au moment où les générations nées après la deuxième guerre (le baby-boom) partiront en retraite.

#### *- la consommation de soins*

Avec le vieillissement s'accroissent les problèmes de santé qui peuvent compromettre la capacité à effectuer certains actes de la vie courante. Les plus de 65 ans représentent environ 15 % de la population mais "consomment environ 30 % des médicaments"<sup>2</sup>, sachant que les dernières années sont celles où la consommation est la plus importante. En France, à 65 ans les hommes ont une espérance de vie sans incapacité de 10 ans et les femmes de 12 ans. Toutefois, le meilleur état de santé de la population âgée et la progression du niveau moyen de

ses revenus sont à l'origine de la croissance de la consommation de biens et services, y compris médicaux.

- *la dépendance*

Si on appelle "autonomie", le pouvoir de décider soi-même la conduite de sa vie (selon la définition de l'Encyclopaedia Universalis), la dépendance concerne l'obligation de recourir à l'aide d'un tiers pour effectuer un à plusieurs actes de la vie quotidienne.

A l'origine de la dépendance, on trouve :

- des causes médicales entraînant des limitations de la mobilité motrice et/ou des aptitudes intellectuelles (fractures, affections invalidantes,...)

- des causes psychologiques liées à la non-acceptation de la dépendance physique du corps. "Il n'est pas facile de vivre lorsqu'on devient pour soi un objet de haine" (Charlotte Herfray, citée par l'Encyclopaedia Universalis).

- des causes sociales liées à l'isolement, l'absence de voisinage aidant, l'éloignement de la famille.

Le nombre approximatif de personnes âgées de plus de 65 ans souffrant de dépendance lourde est estimé aujourd'hui à 700 000 soit environ 270 000 hébergées en établissement et 430 000 vivant à domicile.

*La vieillesse et aujourd'hui la dépendance, constituent un enjeu majeur de notre société contemporaine. Comment les pouvoirs publics ont-ils traité la question ?*

## **I.2 - UNE PREOCCUPATION CONSTANTE DES POUVOIRS PUBLICS**

### **I.2.1 Le rapport Laroque : socle de la politique vieillesse**

Jusque dans les années soixante, il n'y a pas de politique d'action sociale spécifiquement centrée sur la vieillesse, elle se résume pour l'essentiel en l'attribution ponctuelle d'aides en espèce ou en nature par les associations caritatives.

---

<sup>2</sup> Butler Robert - "La révolution de la longévité" - Courrier UNESCO - 1999 - p. 3

Le début des années soixante voit apparaître l'aide ménagère pour les tâches domestiques et les soins à la personne, prestation développée par ces associations auxquelles se joignent des médecins libéraux et auxiliaires médicaux et essentiellement mises en place pour tenter d'éviter des hospitalisations inutiles.

Au même moment, est installée une commission d'étude des problèmes de la vieillesse présidée par un des pères fondateurs de la sécurité sociale : Pierre Laroque. Elle est chargée d'effectuer un bilan des charges publiques liées au vieillissement démographique, de ses conséquences et de dégager les lignes directrices d'une politique en faveur des personnes âgées. Cette commission détermine, après un long travail de consultation et d'enquête, que la vieillesse est synonyme de marginalité et d'exclusion sociale.

Les membres de la commission refusant cette situation, vont développer une nouvelle conception de la vieillesse centrée sur l'autonomie et la participation à la vie sociale, passant ainsi d'une logique d'exclusion à une démarche de maintien des personnes âgées dans leur environnement.

Cette politique se veut globale et coordonnée avec un partage des responsabilités décisionnelles et financières.

Toutefois, la mise en œuvre de ces propositions ambitieuses et novatrices fut lente, et ce n'est que dix années plus tard à l'occasion des cinq et sixième plans quinquennaux de développement économique et social (1970-1974 et 1975-1979) que ces propositions prennent en partie forme.

Dans le même temps deux grandes lois étaient votées. La loi du 31 décembre 1970 dite "loi hospitalière" qui exclut les hospices du secteur sanitaire et la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales qui offre un cadre juridique à la transformation des hospices en autorisant la création d'établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Le bilan reste cependant mitigé et témoigne selon Jean Claude. Henrard<sup>3</sup> de "l'absence de politique globale" en la matière. En effet, les crédits d'Etat n'ont été engagés que partiellement et les actions prévues sur le logement n'ont pas été mises en œuvre.

La préparation du septième plan (1979-1982) donne l'occasion à un groupe de travail de faire le point sur la politique vieillesse et tente d'établir des

---

<sup>3</sup> Jean-Claude Henrard - "Gérontologie et société" - n° 81 - juin 1997 - p. 46

prospectives pour la prochaine décennie. Le rapport "Vieillir demain" publié en 1982 souligne, entre autres, que la priorité du maintien à domicile ne s'est pas traduite dans les faits. Parallèlement, les établissements sociaux sont insuffisamment médicalisés pour les personnes invalides.

Une partie des propositions de ce rapport sera reprise à partir de 1981 à l'occasion de la nomination d'un secrétaire d'Etat aux personnes âgées qui publiera une circulaire en avril 1982 (la circulaire Francheschi). Cette dernière définit les objectifs et le dispositif de mise en œuvre d'une politique sociale et médico-sociale tenant compte du projet de décentralisation aux départements de l'aide et de l'action sociale destinée aux personnes âgées.

Durant quelques années, on assiste à une rénovation des logements et à la construction de petites unités collectives d'hébergement. La réglementation des services de soins infirmiers leur offre une rapide expansion que connaissent également les services d'aide ménagère devenant accessibles à un plus grand nombre de personnes âgées. Des postes de coordinateurs seront créés dans le but d'améliorer les liens entre les services. La médicalisation des places en institution se poursuivra dans le même temps que le mouvement de la transformation des hospices.

Cette période que Jean Claude Henrard qualifie de "parenthèse gérontologique" prend cependant fin assez vite.

### **I.2.2 La place grandissante des départements**

En effet, dès 1983 la situation économique se détériorant, les dépenses de protection sociale se voient restreintes au nom de la rigueur budgétaire. Certains voient à l'époque les premières conséquences de l'abaissement de l'âge de la retraite à soixante ans qui pèse sur les finances de la caisse nationale d'assurance vieillesse contraignant dans le même temps à une gestion plus rigoureuse des fonds de l'assurance maladie.

En 1985, le rapport Benoît présenté au conseil économique et social<sup>4</sup> affirme la nécessité d'orienter la politique gérontologique en direction des personnes âgées dépendantes tout en tenant compte de l'évolution des finances publiques. Les lois portant décentralisation ont, dans le même temps, donné au Conseil Général une

---

<sup>4</sup> D. Benoît - "Les problèmes médicaux et sociaux posés par les personnes âgées dépendantes" - rapport - 1985  
Guy MARY – Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - 2001

compétence de droit commun en matière d'aide sociale (lois du 22 juillet 1983 et du 20 janvier 1986), l'Etat ne conservant qu'une compétence d'attribution recouvrant des prestations en nombre limité, et notamment en ce qui concerne la santé et le handicap mental, relevant de la solidarité nationale. Il est intéressant de noter que ce transfert ne concerne pas les prestations sociales facultatives pouvant être créées aussi bien par les départements que par les communes (ceci est largement le cas pour les personnes âgées) ni les interventions des régimes de sécurité sociale. Pour ce qui touche aux personnes âgées, le président du Conseil Général reçoit des attributions en matière de création, d'habilitation et de tarification des établissements sociaux et médico-sociaux régis par la loi n° 75-535 du 30 juin 1975. Le département est également chargé d'établir un schéma départemental des services et institutions sociales. Etant compétent pour l'aide sociale aux personnes âgées au titre de l'article 157 du CFAS (code de la Famille et de l'Aide Sociale) le président du Conseil Général peut déterminer les conditions d'attribution et le montant des prestations dès lors qu'elles sont fixées à un niveau plus favorable que celui prévu par le CFAS.

### **I.2.3 La prestation spécifique dépendance**

De ces années de réflexion et de production normative, le bilan est mitigé quant à la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Au début des années 1990, il est difficile d'affirmer qu'existe une politique globale et efficiente en la matière. Les plus anciens sont confrontés, souvent avec leurs familles, à la complexité d'un système qui, pour une large part, les dépassent.

Il semble toutefois que cette question retienne désormais l'intérêt des gouvernements, encouragés, il est vrai par les élus de terrain confrontés quotidiennement à ce problème. En 1991, le commissariat général au plan est une nouvelle fois sollicité pour diriger une commission cette fois intitulée "dépendance des personnes âgées" chargée de rendre des propositions concrètes en la matière.

Les conclusions du rapport Schopflin sont novatrices et ambitieuses : elles préconisent en effet, l'instauration d'une prestation nouvelle en espèces en sus du dispositif existant, une réforme de la tarification proposant des forfaits en fonction de l'état de santé des pensionnaires et non du statut juridique de l'établissement, une modernisation du maintien à domicile. Est également prévue la création d'un service

départemental de soins relayé par des équipes locales dont la mission serait d'attribuer les prestations et de coordonner les organismes de prise en charge tout en évaluant l'efficacité du service rendu. Ce rapport suscite la critique mais aboutit à la présentation de plusieurs projets de loi à partir de 1992, et c'est finalement par la loi du 25 juillet 1994 qu'est lancée une expérimentation dans douze départements, autour de la mise en place d'une prestation expérimentale dépendance (PED).

Cette expérimentation, après une tentative de projet législatif avorté en 1995, se traduira par l'adoption le 24 janvier 1997 d'une loi "tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance" (PSD). Le département est chargé de la gestion de ce dispositif. Sur la base d'une évaluation effectuée à l'aide d'une grille nationale (la grille AGGIR - Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources) la personne âgée bénéficie d'un plan d'aide destiné à prendre en charge sa dépendance. La PSD est attribuée, sous condition de ressources (6 250 F/mois au 13 mars 2000), récupérable sur succession, et versée au service prestataire (aide ménagère, aide à domicile, aide à l'habitat, portage de repas...) ou directement à la personne âgée si celle-ci salarie une tierce personne (qui ne peut pas être son conjoint). Les soins infirmiers, quant à eux, ne sont pas considérés comme relevant de la prise en charge de la dépendance.

Si la loi a été votée le 24 janvier 1997, les décrets d'application n'ont été publiés qu'en avril 1998, de sorte que le dispositif n'a réellement été mis en œuvre qu'au dernier trimestre 1998.

Examinons plus précisément comment les politiques sociales ont été appliquées en Charente-Maritime et les caractéristiques spécifiques de ce département.

### **I.3 - LA CHARENTE-MARITIME : L'EXCEPTION REGIONALE**

#### **I.3.1 Une région où l'on vit vieux**

Au dernier recensement, la population régionale comptait 1 640 068 habitants soit + 2,74 % par rapport au recensement précédent.

Le Poitou-Charentes est une des régions de France où l'on compte le plus de personnes âgées ; le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans y

représente en effet, 8,66 % de la population totale (6,62 % moyenne nationale). De plus la région Poitou-Charentes est la région où l'espérance de vie est la plus longue. Paradoxalement, entre 1990 et 1999, la proportion des personnes âgées de 75 à 84 ans a diminué de 8,47 % dans la période, en conformité avec les chiffres nationaux, montrant bien ainsi l'impact du déficit des naissances des "classes creuses" (c'est à dire des personnes qui ne sont pas nées pendant la guerre).

## **I.3.2 Une situation particulière**

### **I.3.2.1 Un afflux massif de retraités**

Au recensement de 1999, le département comptait 557 024 habitants soit un taux de progression de 5,67 % par rapport au recensement de 1990. C'est le taux d'augmentation le plus fort de la région, un des plus importants de France. Ce taux de progression important cache néanmoins des réalités dissemblables. "Dans la France entière la tendance est à la désertification des campagnes et les deux secteurs les plus ruraux de Charente-Maritime n'échappent pas à la règle"<sup>5</sup>.

En effet, les arrondissements de Jonzac et Saint Jean d'Angély perdent des habitants. "Les tendances lourdes observées depuis 1982 autorisent l'esquisse de ce que pourrait être la Charente-Maritime dans les vingt, trente ou cinquante années à venir : un département attractif mais fortement déséquilibré entre une bande littorale de plus en plus urbanisée et un secteur rural de plus en plus déserté"<sup>6</sup>.

Ceci est particulièrement remarquable sur deux points.

Contrairement aux autres départements de la région (et même au regard de la moyenne nationale), le nombre de personnes âgées de 75 à 84 ans n'a pratiquement pas diminué (-3,10 %) dans le département alors qu'en moyenne les autres départements voyaient cette population diminuer de plus de 11 %. "Les villes moyennes semblent donc attirer une population en quête d'un cadre de vie agréable. Lors du précédent recensement nous avons constaté qu'un grand nombre de retraités choisissait les zones côtières. Ce phénomène ne semble pas se démentir". La zone de Royan en est un exemple significatif.

"Avec un taux de variation annuel de son solde apparent des entrées-

---

<sup>5</sup> Stéphane Guillebaud - "La locomotive Poitou-Charentes" - Sud-Ouest - 7 Juillet 1999

<sup>6</sup> Sud-Ouest - 7 juillet 1999 - Réf. 5



sorties de 1,3 %, l'agglomération de Royan est celle qui est la plus attractive. Mais avec un taux de variation annuel de son solde naturel de -0,7 %, on peut dire que cette agglomération serait particulièrement convoitée par les personnes âgées"<sup>7</sup>.

Par ailleurs, les personnes âgées qui viennent s'installer dans le département appartiennent aux classes moyennes qui peuvent acquérir une résidence secondaire. "En effet, le passage à la retraite n'est plus en général synonyme de perte de niveau de vie : déjà en 1990, le niveau de vie des ménages de plus de 60 ans était en moyenne, de 10 % plus élevé que celui des ménages de moins de 60 ans"<sup>8</sup>.

La Charente-Maritime est à cet égard, comparable aux départements de la bordure méditerranéenne (Pyrénées Orientales, Var, Alpes Maritimes).

Trois caractéristiques rassemblent ces départements :

- Pourcentage important de personnes âgées de plus de 75 ans (au premier janvier 1998)
- Faible taux de médicalisation des structures d'hébergement
- Grand nombre d'établissements d'accueil de personnes âgées relevant du secteur privé à but lucratif.

### **I.3.2.2 Le dispositif départemental**

La population, objet de notre étude, se situe dans la tranche des plus de 75 ans. Avant 75 ans, en effet, nous avons vu que les individus vivent généralement sans incapacité (1 % des personnes de moins de 75 ans sont admis en Unité de Soins de Longue Durée, USLD).

Nous savons de plus, que cette tranche d'âge va connaître une progression considérable après le déficit actuel lié à l'absence des naissances pendant la guerre 1914/18. Sur la base du recensement de 1990, les personnes âgées de plus de 75 ans représentaient pratiquement 10 % de la population départementale (environ 50 000 personnes) c'est à dire déjà plus que les perspectives en 2010 de l'INSEE. Une étude rapide effectuée sur les aides apportées par le Conseil Général montre que si 2,5 % des personnes âgées de plus de 60 ans bénéficient d'une aide, cette proportion double pour les plus de 75 ans.

Au premier octobre 1999, 3 314 personnes âgées bénéficiaient d'une

---

<sup>7</sup> INSEE Poitou-Charentes - "Décimal" juillet 1999 - n° 196 - p. 5

<sup>8</sup> Bodier Marceline - "Les effets d'âge et de génération..." - Economie et statistique n° 324-325 - 1999

aide du Conseil Général au titre :

- de la prestation spécifique dépendance
- de l'hébergement en établissement
- de l'aide ménagère
- du placement familial.

Les aides du Conseil Général sont réparties à peu près équitablement entre l'aide à domicile et l'aide à l'hébergement.

Les hommes sont moins nombreux que les femmes à bénéficier de l'aide sociale (33 % de la population étudiée).

Si, dans la tranche d'âge des personnes âgées de moins de 75 ans, les hommes sont autant aidés que les femmes, dans la tranche d'âge des personnes âgées de plus de 85 ans, ils ne représentent plus que 15 % de la population aidée.

Ce constat est conforme à la moyenne nationale qui montre la prédominance de la population féminine dans la tranche d'âge des plus de 85 ans.

Il ressort de l'analyse de la situation géographique des personnes âgées aidées, qu'elles résident (ou résidaient) à 70 % en milieu rural.

Afin de gérer les différentes aides sociales, en 1995, le Conseil Général de Charente-Maritime a "déconcentré" ses services sociaux, répondant au souci de permettre à l'usager d'être au plus près des lieux de décision le concernant.

Sept délégations territoriales d'action sociale ont été calquées sur la couverture géographique des principales communautés de communes ou de villes, les pays tels que définis par la loi Pasqua sur l'aménagement du territoire.

En ce qui concerne la mise en œuvre de la PSD, dans chaque délégation, une équipe médico-sociale, composée d'un travailleur social spécialisé<sup>9</sup>, infirmier diplômé d'Etat (IDE) ou assistante sociale, d'un médecin coordonateur (généralement un praticien hospitalier gérontologue du centre hospitalier général voisin) et de personnel administratif, évalue à domicile ou en établissement, les personnes âgées qui souhaitent bénéficier de la PSD. Participent également aux réunions de l'équipe médico-sociale, des élus du Conseil Général, ainsi que des représentants des organismes d'assurance maladie, à qui sont confiés les dossiers des personnes âgées qui n'appartiennent pas aux groupes GIR aidés par la PSD.

---

<sup>9</sup> Par commodité et par usage dans le département, nous employons le terme de travailleur social spécialisé pour désigner les agents qui exercent leurs missions dans le cadre de la PSD et de l'accueil familial, qu'ils soient effectivement travailleur social (assistant social) ou non (IDE)

Les aides financières accordées par le Département au titre de la PSD sont réparties ainsi :

- à domicile : 2 784 F (moyenne nationale : 3 300 F)
- en établissement : 2 368 F (moyenne nationale : 1 800 F)

Cet écart pourrait traduire un niveau de revenus supérieur dans le département et expliquer le nombre peu important des personnes aidées. Cela pourrait expliquer en particulier le fait que le nombre de personnes aidées par le Conseil Général en établissement est relativement peu élevé (20 %) par rapport au nombre de lits existants, sachant également que le tarif mensuel moyen demandé (environ 8 000 F) apparaît supérieur au revenu moyen des personnes âgées.

L'aspect dissuasif des aides départementales, la différence pouvant exister entre les revenus de la personne âgée et ses ressources réelles et surtout l'importante solidarité familiale, semblent être à l'origine de cet écart. D'un montant annuel supérieur à 160 M.F., les aides du Conseil Général aux personnes âgées représentent 20 % des dépenses sociales brutes et plus de 10 % du budget de fonctionnement du Département.

La prise en charge de la dépendance à travers la PSD fait l'objet de critiques importantes. On lui reproche en effet son caractère inégalitaire et restrictif.

Les derniers résultats nationaux montrent qu'à domicile, le fonctionnement est plutôt satisfaisant. L'évaluation à domicile et le plan d'aide permettent d'appréhender assez finement les problèmes des personnes âgées. 75 % des demandes sont satisfaites.

En établissement, la situation est très variable d'un département à un autre - justifiant ainsi en partie - la mauvaise image de la PSD.

En Charente-Maritime, avec des tarifs journaliers conséquents :

GIR 1 =	86 F
GIR 2 =	81 F
GIR 3 =	73 F

le nombre de personnes âgées aidées est important.

La réforme de la tarification engagée par la loi du 24 janvier 1997 n'est pas encore appliquée, qu'une "réforme de la réforme" définit de nouvelles données tendant à en réduire les effets négatifs induits. La charge financière pour les départements devrait augmenter par la prise en compte des GIR 4 et par le probable relèvement des plafonds (ressources et recours). Par ailleurs, le rapport Sueur remis à Mme Aubry, Ministre de l'Emploi et de la Solidarité, en mai 2000, préconise le remplacement de la PSD par une "allocation personnalisée à l'autonomie" (l'APA), allocation nationale unique, toujours gérée par les départements, pour les groupes 1, 2 et 3 et par les organismes d'assurance maladie pour les 4 à 6, mais dont les critères d'attribution seraient plus généreux pour les personnes âgées.

*La population âgée du département bénéficie en général de revenus suffisants. Il y a néanmoins une grande différence de revenus entre une veuve d'exploitant agricole dans un canton rural et un jeune cadre retraité venu s'installer dans l'île de Ré. Cette population est venue massivement s'installer sur la zone côtière pour profiter d'un cadre de vie privilégié.*

*Les services créés dans le département afin de prendre en charge les personnes âgées permettent-ils de satisfaire les demandes ?*

### **I.3.3 Un taux d'équipement satisfaisant**

#### **I.3.3.1 Des services de maintien à domicile diversifiés**

Ils relèvent de deux missions distinctes :

- l'aide à la vie quotidienne
- l'aide aux soins

### I.3.3.1.1 L'aide à la vie quotidienne

L'aide à la vie quotidienne consiste à aider la personne âgée pour faire les courses, le ménage, les repas. Pour cela, il peut être fait appel à une aide ménagère, à une aide à domicile, et si cela existe, au service de portage de repas à domicile.

#### *a) Les services d'aide ménagère :*

Ils peuvent être gérés par des CCAS (Centre Communal d'Action Sociale), des associations à but non lucratif, de type loi 1901 ou encore par des communautés de villes ou de communes.

En Charente-Maritime, 42 CCAS, 19 associations dites "d'aide à domicile en milieu rural", fédérées en une Association Départementale, 2 communautés de communes, ainsi que 10 associations diverses autonomes, offrent des services d'aide ménagère aux personnes âgées. Du fait du déconventionnement par la Caisse Régionale de l'Assurance Maladie du Centre Ouest (CRAMCO), certains CCAS ont confié en 1995 la gestion de services d'aide ménagère à des associations.

Toute personne âgée peut faire appel à ces services, moyennant paiement. Mais il existe des possibilités de prise en charge financière par les organismes de retraite si la personne âgée dispose de revenus supérieurs à 43 947 F/an pour une personne seule et 76 977 F/an pour un ménage (taux au premier janvier 2000), et par le Conseil Général s'ils sont inférieurs (aide sociale). C'est un apport important, auquel les personnes âgées ont recours de plus en plus souvent.

#### *b) Les services d'aide à domicile :*

L'aide à domicile a été mise en place dans le département, dans le cadre de la PSD. Les aides à domicile bénéficient d'une qualification particulière du type CAFAD (Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile) leur permettant d'effectuer des tâches ménagères auprès de la personne âgée, y compris la toilette. Pratiquement tous les services d'aide ménagère du département offrent cette prestation. A ce type de services assurés par des associations ou des CCAS, il conviendrait d'ajouter les services d'auxiliaires de vie (2 en Charente-Maritime) qui assurent principalement les gardes à domicile et les services mandataires (dans le département) qui permettent à la personne âgée de salarier du personnel, en se

substituant à elle comme employeur.

*c) Les services de portage de repas à domicile :*

Actuellement, sur le département, fonctionnent 32 services de portage de repas. L'ensemble des communes du département est couvert. Créés à partir des CCAS, ils ont également des supports privés à but lucratif ou de type associatif. Le service le plus important "Resto chaud" est une association constituée sur la base de l'offre de diversification de la Mutualité Sociale Agricole (MSA).

*d) La télé-assistance :*

A la fois aide à la vie quotidienne et aux soins, la télé-assistance permet à une personne âgée de pouvoir prévenir quelqu'un en cas de malaise ou de chute, par déclenchement d'une alarme qu'elle porte en permanence.

Aujourd'hui, 9 services couvrent l'ensemble des communes du département.

#### I.3.3.1.2 L'aide aux soins

L'autre condition pour pouvoir continuer de vivre chez soi, c'est de bénéficier de soins sans avoir à se déplacer spécialement à cet effet. Bien sûr, l'appel au médecin et à l'infirmier libéral existe et permet ce service. Cependant, en ce qui concerne les soins, la sécurité sociale a pensé qu'il était possible de minimiser les coûts d'intervention des infirmiers, et aussi de couvrir de façon peut être plus pragmatique la totalité du territoire, en créant des services de soins infirmiers à domicile.

Le service de soins infirmiers à domicile a pour fonction principale de dispenser aux personnes, sur prescription médicale, les soins infirmiers et d'hygiène.

Au premier janvier 2000, onze services gèrent 685 places, ce qui apparaît notoirement insuffisant par rapport aux besoins exprimés.

#### **I.3.3.2 Des établissements nombreux et de tous types**

*a) Les logements-foyers :*

Prévu dans le cadre de l'application de la loi 75-535 du 30 juin 1975, le logement-foyer est une structure d'hébergement collectif pour personnes âgées valides, voire semi-valides ; entendons par ce dernier mot : ayant des difficultés à se déplacer, mais encore mobiles. Il n'est pas conçu pour une personne dépendante ou

grabataire.

Les logements-foyers sont gérés soit par des CCAS soit par des promoteurs privés, soit par des établissements autonomes ou hospitaliers. Au nombre de 30 dans le département, ils permettent au premier janvier 2000 l'accueil de 1411 personnes âgées. L'âge d'entrée moyen y est de 77 ans et le taux de dépendance très faible. A noter cependant une différence notable entre la zone rurale où la population, principalement locale par obligation (le logement-foyer est la seule structure existante), est aujourd'hui de plus en plus dépendante, et la zone urbaine où la population très valide parfois originaire d'autres régions choisit ce type d'hébergement. Ne sont pas comptabilisés sous cette rubrique les "résidences services" qui ne sollicitent pas une autorisation de fonctionner au titre de la loi du 30 juin 1975.

b) *Les maisons de retraite :*

Egalement prévue par la loi 75-535 du 30 juin 1975, la maison de retraite permet d'accueillir des personnes âgées valides, semi-valides ou dépendantes. Elle est gérée par des hôpitaux ou des CCAS (structures publiques) ou par des gérants libres ou des associations de type loi 1901 (structures privées). Elle dispose parfois d'une section de cure médicale, c'est à dire de lits permettant aux personnes âgées dépendantes, ayant besoin de soins, de rester dans la structure plutôt que d'être momentanément hébergées à l'hôpital.

➤ la maison de retraite publique :

Elles sont gérées soit par des hôpitaux, soit par des CCAS ou par des établissements publics autonomes. Elles sont 26 dans le département et permettent l'accueil, au premier janvier 2000 de 2 277 personnes âgées.

➤ la maison de retraite privée :

Leur nombre a beaucoup augmenté depuis 1985. Au nombre de 111, dont seulement 5 sont gérées par des organismes à but non lucratif, elles accueillent 3 832 personnes âgées au premier janvier 2000. A l'inverse de l'implantation des maisons de retraite publiques, les maisons de retraite privées sont implantées en majorité sur la façade atlantique, ainsi que sur le nord du département. 52 maisons de retraite privées sont des structures familiales d'une capacité inférieure à 20 lits, posant le problème de la pérennité de l'organisation mise en place.

➤ Les sections de cure médicale :

L'article 5 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 précise que les établissements d'hébergement pour personnes âgées peuvent comporter des sections de cure médicale.

Elles sont présentes dans les maisons de retraite annexées à des hôpitaux et dans les établissements publics autonomes ou gérés par des CCAS. Au premier janvier 2000, elles accueillent 1 566 personnes âgées dépendantes.

L'absence quasi totale du secteur privé dans ce dispositif pose un problème important quant à la qualité médicale de la prise en charge des personnes âgées, qui est palliée pour l'instant par la présence du secteur libéral. La médicalisation des maisons de retraite en Charente-Maritime est très faible (84ème département français soit un taux de médicalisation de 39,29 % au premier janvier 1998), alors que le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans est très important (17ème département français soit 9,41 %). En Creuse par exemple, département où la proportion de personnes âgées de plus de 75 ans est la plus importante (12,77 %), le taux de médicalisation est de 86,86 %.

c) *Les Unités de Soins de Longue Durée :*

La loi du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière, dispose que les établissements de santé ont pour objet de dispenser : "des soins de longue durée comportant un hébergement à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien."

Nécessitant la présence d'un plateau technique médical, ces services sont, en Charente-Maritime en totalité, rattachés à des centres hospitaliers ou hôpitaux locaux publics soit 9 établissements et 545 places.

Avec un taux d'équipement proche de la moyenne nationale, le département répond actuellement à la demande. L'articulation avec le domicile de la personne âgée reste très marginale malgré le développement actuel de places d'accueil de jour, d'hébergement temporaire, d'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

### **1.3.3.3 Le développement du placement familial :**

La loi du 10 juillet 1989 a réglementé l'accueil au domicile des particuliers,



à titre onéreux, des personnes âgées ou handicapées.

Cette pratique - accueillir chez soi une personne âgée, moyennant rémunération - existait bien entendu avant 1989. Mais la loi a voulu protéger la personne âgée, en donnant au Président du Conseil Général un pouvoir de contrôle des conditions d'hébergement, de la rémunération de la famille d'accueil, et un suivi médico-social de la personne âgée ainsi que la formation de ces familles. Au premier janvier 2000, 298 familles étaient agréées permettant l'accueil de 513 personnes âgées, faisant de la Charente-Maritime le premier département français en matière d'accueil à domicile.

*Tous ces services permettent un maillage relativement complet du département. Les agents instructeurs du Conseil Général, lors de l'élaboration du plan d'aide de la PSD, peuvent y faire appel.*

*Que se passe-t-il, pour les personnes âgées qui ne veulent pas solliciter cette aide ou qui ne la connaissent pas ?*

### **I.3.4 Des problèmes non résolus**

L'importance du dispositif, et l'engagement du personnel n'empêchent pas l'expression d'un certain nombre de plaintes, et de problèmes non résolus qui aboutissent dans mon service.

Sans que des chiffres puissent être produits, il a paru néanmoins intéressant de recenser les situations les plus courantes et les plus frappantes.

Ces plaintes ou problèmes peuvent être illustrés par les exemples suivants, regroupés par catégories :

#### **- Hospitalisation d'une personne âgée par méconnaissance des dispositifs**

*C'est le cas notamment de Madame X, 80 ans vivant seule à son domicile citadin. Elle vient de passer trois semaines dans un centre de moyen séjour. Son fils et elle-même expriment le désir du maintien à domicile.*

*Une demande de PSD est sollicitée. L'élaboration du plan d'aide fait apparaître les difficultés du maintien à domicile. Il semble souhaitable pour les personnes présentes lors de l'évaluation qu'un séjour en famille d'accueil soit profitable.*

*Passage du médecin traitant qui sans concertation, hospitalise la personne âgée.*

*Le fils appelle le service pour protester. La décision étant prise, nous n'avons pu intervenir.*

Apparemment dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, le médecin traitant méconnaît les services existants sur le secteur, qui auraient pu permettre de mettre en œuvre une solution alternative de type accueil familial.

Comment éviter cette situation traumatisante pour la personne et sa famille, coûteuse pour la société ?

- Retour d'hospitalisation non préparé.

*Madame Y, 83 ans, retraitée aisée a été hospitalisée à la suite d'une chute liée à un problème de cécité partielle.*

*L'assistante sociale du centre hospitalier appelle le service le vendredi après-midi à la recherche d'une famille d'accueil - Le retour à domicile semble difficile et la personne est provisoirement transférée dans une maison de repos et convalescence, contre sa volonté.*

De nombreux cas semblables semblent avoir pour origine principale, la méconnaissance des compétences des intervenants habituels de la personne âgée et une certaine forme d'action dans l'urgence. Nous savons qu'il n'est pas souvent nécessaire d'agir dans l'immédiateté. La plupart du temps, les pathologies développées par les personnes âgées résultent d'évolutions chroniques et généralement lentes. Il est donc possible de préparer le retour de la personne âgée, en ayant avec les autres services sociaux présents localement (CCAS, DSD,...) analysé les conditions de ce retour.

Comment l'organiser ?

- Isolement de la personne âgée au moment du départ, de l'hospitalisation du conjoint.

*Cas de Monsieur A et Madame B, 79 ans et 82 ans vivant dans des maisons mitoyennes en zone rurale. La vie quotidienne est vécue en commun. Madame B fait une chute, se casse le col du fémur et doit être hospitalisée. Son retour pourra être organisé. Monsieur A pendant ce temps, est livré à lui-même, il ne se nourrit plus tous les jours. La mairie appelle le service à la recherche d'une*

*solution urgente.*

La mairie ne peut faire face seule à ce problème, faute de moyens financiers et de personnel. Pourtant dans la plupart des cas, des services existent à proximité : services de l'ADMR, services de portage de repas à domicile. La mairie n'a pas forcément connaissance de ces services, ni de leurs conditions d'intervention. Une meilleure information des communes serait de nature à mettre en relations les partenaires.

Comment les informer ?

- Inadaptation du logement en raison de l'aggravation de l'état de dépendance.

*La maison est située dans un hameau de cinq foyers. Toutes les personnes qui vivent dans ce hameau sont âgées. Madame C, 89 ans, vit seule dans une petite maison dans laquelle on accède par des marches. La chambre est à l'étage. Madame C est autonome, mais un problème d'arthrose lui rend très difficile la montée et la descente de l'escalier. Le service d'aide ménagère, qui intervient deux fois par semaine, appelle le service à la recherche d'une solution.*

Dès lors qu'une demande est effectuée, le Conseil Général de Charente-Maritime, à travers la PSD, peut contribuer à financer l'amélioration de l'habitat. La personne âgée doit être éligible au versement de la prestation qui reste limitée à 10 % du montant de l'aide. Le Centre d'Aide au Logement (CAL) et l'Agence Régionale Immobilière (ARIM) peuvent également participer au financement de l'habitat.

Comment les intégrer au dispositif ? Comment trouver les compétences professionnelles susceptibles de permettre la résolution de problèmes qui ne sont pas que matériels ?

- Absence d'aide aux aidants naturels entraînant un sentiment d'épuisement voire d'impuissance.

*Madame D, 79 ans, veuve depuis 3 ans vit chez un de ses fils qui a repris l'exploitation agricole. D'importants problèmes d'ostéoporose l'empêchent de vaquer librement à ses occupations. Son fils et sa belle-fille vivant sous le même toit, travaillent tous les deux et sont très peu présents. C'est une fille habitant dans le même village qui s'occupe de sa mère. Une aide ménagère intervient. La fille épuisée moralement et physiquement (elle travaille dans une*

*entreprise distante de 25 km) appelle le service à la recherche d'aides supplémentaires qui ne relèvent pas forcément de sa compétence.*

Il s'agit d'apporter une aide aux aidants naturels. Aucun dispositif n'est développé afin de répondre à cette demande. L'intervention de psychologues, la création de centres d'accueil de jour, pourraient aider les aidants à "souffler" régulièrement.

Comment soutenir les aidants ?

- Absence d'information des personnes âgées sur les dispositifs existants.

Le service (par l'intermédiaire du Centre d'Information Départemental sur l'Hébergement des Personnes Agées : CIDHPA) gère les places disponibles d'hébergement pour personnes âgées. Il doit très régulièrement répondre à la demande de personnes âgées ou de leurs familles à des questions relatives :

- aux droits des personnes âgées en matière d'héritage, de donations, de succession,
- aux curatelles, tutelles des biens,
- aux différentes aides favorisant le maintien à domicile (différence entre la prise en charge des heures ménagères, de la PSD, des soins infirmiers à domicile, etc.).

Les dispositifs humains et financiers apparaissent complexes aux personnes âgées et à leurs familles. Elles ne comprennent pas, bien souvent, pourquoi les toilettes sont parfois prises en charge par le département qui gère le dispositif et qui le finance, et parfois par l'assurance maladie, sans qu'il y ait de raisons apparentes au choix défini.

Comment harmoniser les dispositifs existants ?

*Les équipements créés sur le département permettent globalement de satisfaire la demande actuelle. L'origine des problèmes non résolus n'est donc pas liée à l'absence de services, ni à la diversité des prestations servies, mais en partie certainement, à l'absence de coordination entre ces services. Les difficultés de relations entre les établissements publics et privés, médicalisés et seulement d'hébergement, entre les partisans de l'institution et les partisans du maintien à domicile, entre la prédominance médicale et l'approche sociale, contribuent à créer des filières, dont les finalités échappent certainement à la personne âgée, et qui ne permettent pas, de par la spécificité de chacun, de traiter globalement la*

*question.*

## **I.4 - LA COORDINATION GERONTOLOGIQUE, ENTRE MYTHE ET REALITE**

### **I.4.1 Une notion ancienne :**

Parler de coordination, c'est faire référence selon la définition du dictionnaire à "un agencement des parties séparées d'un tout pour constituer un ensemble cohérent selon un plan logique et ce pour une fin déterminée". La coordination a pour objectif d'éviter son contraire : le désordre et les dysfonctionnements.

Il est d'usage de partir du rapport Laroque quand on envisage la coordination gérontologique d'un point de vue historique.

Le rapport de 1962 préconisait deux types de coordination :

- la première, la coordination administrative, se situant au niveau départemental, s'effectue sur l'initiative du préfet. Le principal objectif de cette coordination est celui de la planification, (traduite par le schéma départemental) elle implique une concertation entre tous les partenaires de l'action sociale vieillesse, et vise à une meilleure adéquation entre besoins des personnes et réponses à ces besoins.

- la seconde, la coordination sociale se situe, quant à elle, au niveau local, son objectif étant celui de l'orientation de l'utilisateur vers le service.

D'après ce rapport, la coordination permet un maillage du territoire : il s'agit de répartir les tâches, de les articuler afin d'éviter les chevauchements de compétence générateurs de confusion, de dispersion et de coûts supplémentaires.

Les circulaires de 1972 et 1977 portant sur le maintien à domicile, inscrites dans les sixième et septième plan, insistent sur cette notion de coordination.

Dans la circulaire Affaires Sociales (AS) n° 5 du 5 février 1972, la coordination est un des thèmes centraux. Ce texte dégage deux niveaux de coordination : une coordination initiale et une coordination plus poussée pour les secteurs les plus évolués. Cependant la circulaire reste floue sur cette coordination et son fonctionnement bien que des crédits y aient été affectés.

Dans le septième plan, le Programme d'Action Prioritaire (PAP) n° 15 sur le maintien à domicile des personnes âgées laisse libres les acteurs de terrain de fixer eux-mêmes le secteur qui leur paraît le plus adéquat (canton, commune, quartier) à la mise en place de la coordination et ce dans un esprit tenant compte des notions d'animation, de concertation, d'information et de liaison. Sa circulaire d'application du 28 janvier 1977 (circulaire Lenoir) propose un contrat type de coordination sectorielle qui cherchera à développer progressivement cette coordination interne en vue d'une action globale et d'un travail en commun plus poussé.

Cependant à l'époque, "l'impérieuse nécessité de la coordination"<sup>10</sup> n'aboutit pas, les acteurs de terrain ne l'ayant pas reprise.

En fait c'est à partir de 1981 que la coordination devient une notion clef de la politique vieillesse. C'est tout d'abord la circulaire de septembre 1981 qui crée 500 postes de coordinateurs dont la mission est d'assurer la liaison entre les services et les établissements pour personnes âgées. La circulaire du 7 avril 1982 est celle que d'aucuns considèrent comme le texte fondateur de l'idée de coordination gérontologique, où les termes "cohérence" et "concertation" reviennent régulièrement. Ce texte dresse un bilan négatif des expériences passées sur le thème "souvent évoqué, rarement concrétisé".

En plus des dispositifs de concertation mis en place à tous les niveaux de décision, un plan gérontologique départemental doit faire le point sur la coordination des actions, participer à ce grand mouvement et renforcer la cohérence de l'ensemble. Enfin la notion de secteur est renforcée.

Le bilan de la coordination gérontologique avant le transfert de compétence consécutif aux lois de décentralisation révèle surtout une absence de volonté politique d'instaurer au sein de la politique vieillesse un esprit de cohésion et d'harmonisation des actions. En effet, si l'on retrouve l'idée de coordination dans tous

---

<sup>10</sup> "La coordination des actions en faveur des personnes âgées dépendantes" - Actes du colloque Fondation de France -

les principaux textes, on a assisté dans le même temps à une incitation des pouvoirs publics à la création de services. Cette attitude a contribué pour une large part à rendre le secteur des personnes âgées pour le moins dispersé et inorganisé que ce soit dans l'hébergement collectif ou le maintien à domicile.

Les autorités "contrebalancent cette incitation à la création en insistant sur la nécessité d'une coordination"<sup>11</sup>. Des termes comme rationalisation, mise en ordre de ce foisonnement et de ces initiatives désordonnées reviennent sans cesse dans les textes et déclarations de l'époque.

Ainsi, la coordination apparaît comme un terme flou et elle est considérée comme une "forme organisationnelle imaginée par le pouvoir central pour rationaliser et contrôler ses réseaux périphériques"<sup>12</sup>.

#### **I.4.2 L'impact de la décentralisation**

Le transfert de compétences issu des lois de décentralisation a modifié complètement la problématique attachée à la coordination gérontologique en rendant le département principal responsable de l'action sociale vieillesse.

Le rapport Théo Braun du "comité d'étude sur les personnes âgées dépendantes", qui sera remis en décembre 1987, pose notamment le principe de la création d'une structure gouvernementale coordonnant les différentes administrations compétentes dans le secteur. Ici c'est l'idée de coordination de proximité qui prévaut. Ce rapport ne connaîtra pas de suite et ce sont deux autres rapports, ceux de messieurs Boulard<sup>13</sup> et Schopflin<sup>14</sup> qui vinrent rappeler en 1991 la nécessité d'une coordination des actions gérontologiques.

La loi du 25 juillet 1994 sur la sécurité sociale instaure à titre expérimental un projet de coordination des actions en faveur des personnes âgées dépendantes et la mise en place de la PED.

Une quinzaine d'années après la décentralisation, il est prudent de

---

novembre 1988 - cité par Monique Legrand in "vieillir dans la ville" - MIRE - L'Harmattan - 1992 - p. 61.

<sup>11</sup> Veyssset Puijalon Bernadette, Bouquet Brigitte : "La coordination gérontologique : demande d'hier, enjeu pour demain" - Fondation de France - Dijon - 1992 - 163 pages - p. 22

<sup>12</sup> La coordination gérontologique - Réf. 11 - p. 24

<sup>13</sup> Rapport "Vivre ensemble" présenté devant la commission des affaires culturelles familiales et sociales de l'Assemblée Nationale le 20 juin 1991 par Jean-Claude Boulard, député de la Sarthe.

<sup>14</sup> Rapport de la commission "dépendance et solidarités, mieux aider les personnes âgées" présenté en septembre 1991 devant le commissariat général au plan par M. Pierre Schopflin, inspecteur général des affaires sociales.

reconnaître que le bilan de la mise en œuvre de cette notion n'est pas des plus glorieux et que la coordination apparaît comme un "challenge impossible"<sup>15</sup>.

Aujourd'hui, le SROS (Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire) Poitou-Charentes, revu en septembre 1999, distingue plusieurs niveaux de coordination, dans le chapitre consacré aux pathologies du vieillissement :

- le premier niveau représente le réseau de proximité.
- le deuxième niveau regroupe les représentants des différents acteurs de l'action gérontologique.

- le troisième niveau correspond à la coordination inter-institutionnelle des décideurs à l'échelle d'un département.

Par ailleurs, à travers le rapport<sup>16</sup> de Mme Paulette Guinchard-Kunstler remis en septembre 1999 au Premier Ministre et relatif à la vieillesse, il apparaît que la coordination gérontologique soit située principalement à deux niveaux :

- un niveau local
- un niveau départemental

Compte tenu de l'approche globale que suppose la prise en charge des personnes âgées et des compétences propres des Conseils Généraux en matière de coordination gérontologique, l'implication et la participation de ces derniers paraissent une évidente nécessité dans les différents niveaux de coordination.

### **I.4.3 L'apport de la loi du 24 janvier 1997**

Pour la première fois dans l'histoire des politiques sociales, le pouvoir législatif, à travers la loi du 24 janvier 1997 relative à la mise en place de la PSD, a défini dans son titre premier la notion de coordination. Les départements doivent, en effet, conclure des conventions avec les organismes de sécurité sociale suivant un triple objet :

- favoriser la coordination des prestations servies aux personnes âgées dépendantes.
- accomplir les tâches d'instruction et de suivi de ces prestations
- préciser les modalités de gestion de cette coordination.

---

<sup>15</sup> Monique Legrand - Réf. 10 - p. 77.

<sup>16</sup> Paulette Guinchard-Kunstler - "Vieillir en France Enjeux et besoins..." - 1999 - 102 pages.



En Charente-Maritime, les conventions entre le Département et les organismes de sécurité sociale ont été signées le 11 juin 1998. La convention signée a pour finalités, de dresser un inventaire exhaustif des prestations servies par chacun des signataires en précisant les modalités d'application et de financement et de mettre en œuvre les "modalités d'une coopération institutionnelle" autour de 2 axes :

- "assurer la continuité de traitement des situations des personnes âgées par la transmission des données".

- "favoriser la cohérence des actions menées par les différents partenaires auprès des personnes âgées".

Enfin, le suivi du maintien à domicile des personnes âgées doit être vérifié par un comité de pilotage, dont les missions ne sont pas définies, et qui n'est pas installé à ce jour.

Il existe sur le département plusieurs réseaux de différents types :

- un réseau ville-hôpital (RVH) tentant de fédérer les autres réseaux sans véritable reconnaissance, en raison principalement de la diversité des thèmes de coordination définis (toxicomanie, personnes âgées,...).

- la Mutualité Sociale Agricole, dans le cadre de la mise en place des filières de soins vient d'obtenir l'autorisation de créer un réseau de soins sur le territoire de la communauté de communes de la Haute Saintonge.

- L'Union Régionale des Médecins Libéraux développe également un projet en partenariat avec le Conseil Général.

Les réseaux ne sont pas reliés entre eux, malgré pour certains, leur adhésion au RVH et sont centrés sur des objectifs différents.

Les élus du Conseil Général sont peu convaincus par ailleurs, de l'utilité de la coordination gérontologique, compte tenu de la rivalité potentielle entre les réseaux, plus visible qu'une volonté de collaboration.

Les organismes d'assurance maladie semblent intéressés principalement par la mise en place du dispositif de la PSD, et des effets de ce dispositif sur leurs finances. De plus, les caisses de retraite et le Conseil Général n'ont pas l'habitude de travailler ensemble et n'ont pas la même culture partenariale. La DDASS observe la coordination gérontologique au travers des propositions des établissements sanitaires (SROS : pathologie du vieillissement).

Enfin, le CODERPA (dont les Présidents sont le Préfet et le Président du Conseil Général) ne joue pas de rôle actif en la matière.

Nul doute que la coordination, entendue comme une réponse à l'éclatement, soit une coordination "à posteriori". Elle souffre d'une grave limite en faisant l'impasse sur l'harmonisation des financements", alors que c'est précisément là qu'existe "la plus grande dispersion"<sup>17</sup>. Ne doit-on pas se poser la question de la volonté réelle des gouvernements successifs de mettre en œuvre une véritable coordination des actions gérontologiques d'autant plus qu'ils n'ont pas démontré qu'ils "dominaient le processus" mais bien plus qu'ils l'accompagnaient ?

*Malgré la volonté affichée des pouvoirs publics de prendre en charge les problèmes liés à la montée de la dépendance, je constate en Charente-Maritime un certain nombre de dysfonctionnements. L'absence de coordination des prestations qui sont servies aux personnes âgées dépendantes semble être à leur origine. Pourtant les pouvoirs publics ont développé depuis plus de trente ans la nécessité de la coordination, sans que des expériences pérennes et concluantes puissent être distinguées. Devant l'importance actuelle et future du nombre de personnes âgées, devant le nombre et la complexité des dispositifs installés dans le département, il convient de réagir et de mettre en place les bases d'une coordination gérontologique efficiente.*

---

<sup>17</sup> La coordination gérontologique - Réf. 11 - p. 22

## **11ème Partie : ENTENDRE LA COMPLEXITE POUR MIEUX AGIR**

Entre les besoins exprimés par les personnes âgées dépendantes, et les réponses qui leur sont apportées, tant individuellement, qu'au plan de l'organisation départementale, des écarts sont constatés qui renvoient à la mise en œuvre de mécanismes complexes.

Les demandes des personnes âgées qui forment de fait un groupe hétérogène, sont le plus souvent "floues, imprécises, multiformes". Il ne s'agit pas d'un problème d'information, car les personnes âgées connaissent généralement les dispositifs, mais lorsque apparaît la dépendance, la sollicitation des services n'est pas la première démarche effectuée. Tout se passe comme si une stratégie "d'évitement" était mise en place, justifiée d'abord par une question de dignité (refus de la déchéance, du vieillissement). La première organisation de l'aide, de fait, est familiale et de type informel.

Quand l'aide informelle ne suffit plus, la personne âgée se trouve "contrainte" de faire appel aux services spécialisés et ces demandes d'aide formalisée sont motivées par des raisons diverses : épuisement, rejet, peur du risque...

La situation de dépendance ne suffit donc pas à homogénéiser le groupe des personnes âgées.

La demande dite "socialisée", se heurte alors à l'absence d'acteur collectif clairement identifié. L'intervention des infirmières parallèlement aux services de soins, la création de résidences privées, l'apparition de nouveaux opérateurs en matière d'hébergement, les travailleurs sociaux au titre de la PSD, constituent autant d'acteurs qui modifient en permanence le paysage de l'offre et brouillent les frontières du service gérontologique labellisé.

Quant aux professionnels, leur homogénéité n'est qu'apparente y compris au sein même d'une corporation. Leurs intérêts, aussi bien économiques que symboliques, ne sont pas convergents et les stratégies adoptées varient selon leurs intérêts personnels, leurs perceptions de la situation, leurs représentations de la vieillesse et les modes de gestion de la dépendance.

De plus, la multiplicité des intervenants favorise l'éparpillement des décisions, sans qu'une hiérarchie soit clairement identifiable.

Paradoxalement, ce n'est pas toujours l'événement-rupture qui détermine la décision d'attribution d'une prestation, mais "l'entrecroisement" de plusieurs éléments.

Ainsi donc, aucun des acteurs du dispositif ne peut prétendre disposer d'un ensemble d'éléments objectifs d'évaluation lui permettant d'apprécier la situation lorsqu'une décision s'impose.

Coordonner les prestations servies aux personnes âgées n'est donc pas une opération simple qui peut "se décréter" et s'appliquer par simple volonté.

*Situé dans la chaîne de l'action gérontologique comme un "transformateur de ressources" ainsi que le définit Martine Tanguy-Mauffret, mon rôle tend à organiser et à assurer la cohérence de l'action des intervenants auprès de la personne âgée.*

*A l'éclairage de la définition de la complexité et des effets qu'elle induit dans la perception des dispositifs, il m'a semblé intéressant dans un premier temps de comprendre ce qui rendait complexe la coordination gérontologique au niveau des personnes au regard de la notion de vieillissement et de la représentation sociale du groupe.*

*Ensuite, j'ai cherché à expliquer les mécanismes complexes que pouvait générer la coordination au niveau des intervenants en interrogeant leurs cultures particulières et leurs stratégies.*

*Enfin, j'ai interrogé la notion de coordination et les différentes formes qu'elle peut prendre.*

## **II.1 -INTRODUCTION A LA COMPLEXITE**

Nous parlons bien de complexité. La différence entre processus compliqués et processus complexes a été définie par Edgar Morin, sociologue, dans son ouvrage "Introduction à la pensée complexe"<sup>18</sup>. Compliqué relève de l'ordre de l'enchevêtré, de ce qui est mêlé, mais qui peut être démêlé. L'exemple du tableau de bord d'un avion moderne illustre cette définition : toutes les connexions peuvent être

reliées. Complexe renvoie à ce qui nous échappe, à l'image de certains programmes informatiques qui comportent des phases aléatoires.

Est complexe, selon la définition des dictionnaires, ce qui ne peut se résumer en un maître mot, ce qui ne peut se ramener à une loi, ce qui ne peut se réduire à une idée simple.

L'étude de la "complexité" a pour objectif de rendre compte de toutes les "articulations possibles" d'une organisation. En cela, la pensée complexe s'écarte de la méthode de pensée "disjonctive" promue par Descartes. Ce principe a isolé, en effet, radicalement les uns des autres, les champs de la connaissance scientifique pendant des siècles.

La complexité est un tissu (*complexus* : ce qui est tissé ensemble) de constituants hétérogènes inséparablement associés : "elle pose le paradoxe de l'un et du multiple"<sup>19</sup>. L'image du tissu, de la tapisserie rend assez bien compte de l'idée de complexité. La tapisserie est assemblée par un ensemble de fils de composition variée. Pour connaître cette tapisserie, il serait intéressant de connaître la composition de chacun des fils. Cette connaissance s'avère pourtant insuffisante à la compréhension de l'objet réalisé. Ainsi "le tout est plus que la somme des parties qui la constituent"<sup>20</sup>. Inversement quand on examine une tapisserie, on peut oublier de s'intéresser à chacun des fils qui la composent : "le tout est alors moins que la somme des parties".

Et s'il nous est difficile de concevoir en même temps la tapisserie dans sa totalité et dans chacun de ses composants, c'est parce que le "tout est à la fois plus et moins que la somme des parties".

La notion de coordination gérontologique, est en quelque sorte, notre tapisserie. Composée de multiples "fils" (les partenaires), la coordination est plus que la somme des énergies de chacun de ces acteurs. Considérée d'un point de vue "institutionnel", la coordination est moins que ce qu'elle représente. En même temps au sein de la coordination, chaque intervenant contient une partie de l'image du tout.

Ainsi que le précise Edgar Morin, la difficulté de la pensée complexe est qu'elle doit affronter "le jeu infini des inter-rétroactions"<sup>21</sup> des phénomènes entre eux,

---

<sup>18</sup> Edgar MORIN - "Introduction à la pensée complexe" - ESF éditeur - Paris - 1990 - 158 pages

<sup>19</sup> Edgar Morin - Réf. 18 - p. 21

<sup>20</sup> Edgar Morin - Réf. 18 - p. 114

<sup>21</sup> Edgar Morin - Réf. 18 - p. 23

au sein d'une organisation. Ce jeu infini des inter-rétroactions doit nous conduire à considérer la coordination, non pas comme un système fermé équilibré, autonome et indépendant mais comme un système ouvert, fondé sur un "déséquilibre rattrapé ou compensé"<sup>22</sup>. L'intelligibilité de la coordination peut alors être trouvée dans le système mais aussi dans sa relation à l'environnement "parce que cette relation n'est pas une simple dépendance, elle est constitutive du système"<sup>23</sup>.

Nous comprenons mieux pourquoi la coordination gériatologique est difficile à mettre en œuvre. Pourquoi par exemple "un ensemble d'institutions ou d'organismes, dans des situations et avec des objectifs affichés similaires, sinon identifiés, ne constitue pas nécessairement une entité capable d'action"<sup>24</sup> ou encore que "l'addition, la juxtaposition sur un même territoire d'une maison de retraite, d'un service de soins infirmiers à domicile, d'un hôpital, d'un service d'aide ménagère, travaillant tous auprès des personnes âgées, ne constitue pas un tout"<sup>25</sup>.

Edgar Morin définit trois principes pour aider à comprendre la complexité :

- le principe dialogique qui nous permet de maintenir la dualité au sein de l'unité. Dans un système, une organisation, cohabitent en permanence des forces à la fois complémentaires et antagonistes.

En matière de coordination, nous le verrons, ces notions sont très présentes, dans le sens où chacun des acteurs peut être facteur d'ordre ou de désordre, d'incertitude ou de contradiction. La personne âgée y contribue dans l'expression de ses demandes (le besoin d'aide, et le sentiment de la perte de dignité). Les intervenants également, pris entre le réflexe de l'assistance (sociale) et le souci de la rentabilité (économique), les partenaires institutionnels encore, qui oscillent entre la volonté de tout gérer (ordre), et le sentiment d'impuissance (désordre).

- le principe de récursion organisationnelle ou de récursivité, introduit l'idée que nous sommes en même temps les produits et les producteurs de l'organisation. La coordination gériatologique, selon ce principe, doit être considérée à la fois comme un produit (une réponse à la demande des personnes âgées) et un effet (l'institutionnalisation de cette réponse). Ceci pourrait expliquer, en

---

<sup>22</sup> Edgar Morin - Réf. 18 - p. 31

<sup>23</sup> Edgar Morin - Réf. 18 - p. 31

<sup>24</sup> Monique Legrand - "La coordination, des procédures, un processus" - Services urbains et personnes âgées dépendantes - MIRE - 1991 - p. 85

<sup>25</sup> Monique Legrand - Réf. 24 - p. 86

tout état de cause, la constante dichotomie des pouvoirs publics, persuadés de la nécessité du dispositif et bloqués sur la mise en œuvre de son application.

- le principe hologrammatique renvoie à l'exemple de la tapisserie que nous avons déjà abordé. Ces trois principes ne peuvent être dissociés sachant "qu'on peut enrichir la connaissance des parties par le tout, et du tout par les parties dans un même mouvement producteur de connaissances"<sup>26</sup>.

Au terme de cette approche de la complexité, il me semble que nous pouvons en retirer des informations positives.

Tout d'abord "l'approche sereine des situations complexes suppose d'admettre l'incertitude comme un élément permanent de la réalité"<sup>27</sup>. Cette attitude d'esprit permet de relativiser et d'accueillir les éléments imprévus comme autant d'opportunités à exploiter.

Ensuite, il apparaît que la compréhension de la complexité limite l'action directe simplificatrice. Il faut pour conduire la coordination, développer des actions indirectes, s'entraîner aux différentes situations possibles. Les systèmes complexes sont instables et n'évoluent pas de façon linéaire. Ainsi, une infime fluctuation peut entraîner un comportement du système tout différent du comportement usuel.

Enfin, la cohérence d'un dispositif ne doit pas être mise en cause si y coexistent des logiques "dialogiques". Exemple : logique sociale et logique économique - logique individuelle et logique institutionnelle.

La coordination gérontologique répond en effet, à la nécessité formelle de coordonner les actions de multiples intervenants, afin d'apporter une réponse cohérente et de qualité aux personnes âgées en se préoccupant en même temps de la pertinence de la demande, de la pertinence de la prestation, et de son coût.

---

<sup>26</sup> Edgar Morin - Réf. 18 - p. 101

<sup>27</sup> Dominique Genelot - "Manager dans la complexité" - INSEP - Paris 92 - 327 pages - p. 78

*Comment contribuer à améliorer la représentation sociale des personnes âgées tout en mettant en œuvre la coordination des prestations qui leur sont servies ? Ne convient-il pas de chercher à saisir la complexité de la personne âgée elle-même ?*

## **II.2 - COMPRENDRE LA COMPLEXITE DE LA PERSONNE**

### **II.2.1 La notion de vieillissement**

#### **II.2.1.1 Une notion floue et fluctuante**

Pour reprendre Charlotte Herfray et pour rappeler la complexité de la condition humaine, il convient d'affirmer que "les forces mortifères sont à l'œuvre au sein même de la vie"<sup>28</sup>. Edgar Morin précise : "vivre c'est sans cesse mourir et se rajeunir. Autrement dit, on vit de la mort de ses cellules comme une société vit de la mort de ses individus, ce qui lui permet de rajeunir"<sup>29</sup>. Le temps exerce son effet sur tous les êtres vivants et l'individu est soumis à ce phénomène que la gérontologie, la science du vieillissement a pour mission d'étudier. A la différence de la gériatrie qui ne s'intéresse qu'à l'aspect clinique de ce processus, la gérontologie s'intéresse aux effets biologiques, psychologiques et sociaux du vieillissement chez la personne âgée vue dans sa globalité.

Ainsi, le vieillissement de la personne peut-il être envisagé de plusieurs points de vue :

- chronologiquement au regard de la définition de la vieillesse par les années écoulées depuis la naissance. Dans ce cadre, la légalisation de l'âge de la retraite à 60 ans officialise le début de la vieillesse, sans tenir compte d'autres facteurs entrant dans le vieillissement.

- physio-biologiquement, si l'on tient compte de raisons génétiques et écologiques. On constate de "grandes différences interindividuelles de vitesse de sénescence"<sup>30</sup> qui font que tous les membres d'une population donnée ne vieillissent pas au même rythme. Le vieillissement est dit différentiel de sorte qu'il apparaît difficile de préciser à quel âge une personne est physiquement vieille.

---

<sup>28</sup> Charlotte Herfray - "La vieillesse : une interprétation psychanalytique" - Desclée de Brouwer - Paris - 1988 - 229 pages - p. 26

<sup>29</sup> Edgar Morin - Réf. 18 - p. 85

<sup>30</sup> Encyclopaedia Universalis - article "gérontologie"



- psychologiquement, au fil des modifications du comportement et de la personnalité apparaissant en fonction des événements que la personne traverse. La mort du conjoint, la retraite sont souvent des éléments contributifs de l'évolution de l'individu.

- socialement enfin, en fonction de la place, du rôle et de la fonction que l'on occupe aux différents âges de la vie.

Il résulte de ces quatre points de vue que la notion de vieillissement est fluctuante, à la fois pour les individus eux-mêmes et pour la société dans son ensemble.

Ainsi, peut-on dire comme Evelyne Bertin<sup>31</sup>, qu'au plan économique on est vieux de plus en plus jeune et qu'au plan chronologique on est vieux de plus en plus tard. On peut conclure sans se tromper que la période de vieillesse est de plus en plus longue. Cette dualité a pour conséquence directe que "la catégorie" personne âgée recouvre un nombre de personnes de plus en plus important, avec des objectifs et des potentialités très sensiblement différentes.

De nombreuses publications sont consacrées aux personnes âgées dont on ne sait plus très bien comment les nommer : troisième âge, quatrième âge, seniors, aînés...

Mais "la retraite aisée ne rime pas toujours avec vieillesse heureuse"<sup>32</sup>.

L'image des retraités jeunes, dynamiques sportifs, voyageurs, participants à de multiples activités, ne doit pas masquer l'autre réalité de la vieillesse. Celle de la finitude de la vie, associée à la dépendance et à l'isolement.

A partir de 80 ans, 28 % des personnes âgées qui vivent chez elles, principalement des femmes, manquent d'autonomie dans certains gestes essentiels de la vie quotidienne. "On est vraiment vieux quand on a besoin des autres, d'équipements, de soins, et de personnels spécifiques"<sup>33</sup>.

Les situations de précarité, d'isolement des personnes âgées s'accroissent avec l'âge. Une étude sur la "sociabilité des personnes âgées"<sup>34</sup> montre que si le degré d'isolement augmente avec l'âge, la baisse de la sociabilité des personnes âgées est moins à rechercher dans "une rigidité comportementale" due à

---

<sup>31</sup> Evelyne Bertin - "Gérontologie, psychanalyse et déshumanisation, silence vieillesse" - L'Harmattan - Paris - 1999 - 95 pages - p. 9

<sup>32</sup> Evelyne Bertin - Réf. 31

<sup>33</sup> Colette Chambelland - " Vieillesse et dépendance" - T.S.A. N° 602 - Juin 1996

<sup>34</sup> INSEE N° 644 - "La sociabilité des personnes âgées" - Mai 1999

la vieillesse que dans la "réduction prosaïque du champ de leurs contacts potentiels".

Le fonctionnement du sujet peut être "dialogiquement" perçu comme recouvrant une dimension "interne" qu'il considère comme son domaine propre, et une dimension "externe" où le sujet "regroupe ce qu'il considère comme extérieur à son domaine, donc appartenant à la sphère de l'échange"<sup>35</sup>

Tout se passe comme si progressivement la personne âgée volontairement ou non, diminuait le nombre de ses relations sans que l'on puisse affirmer que l'élément actif soit plus le repli sur soi que la réduction des interlocuteurs au fil des décès.

### **II.2.1.2 Dépendance et autonomie : au cœur de la "dialogie"**

La notion de dépendance a été choisie dans nos sociétés pour qualifier le besoin des personnes âgées en difficulté, plutôt que celle de perte d'autonomie. Cette notion qualifie l'ensemble de troubles moteurs et psychologiques touchant le corps, l'esprit et impliquant pour l'individu la nécessité de faire appel à une personne pour l'aider dans les actes de la vie. Cette incapacité (définie comme une réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans des limites considérées comme normales pour un être humain) aurait pu être appréhendée comme un risque et être intégrée dans l'économie de l'assurance.

En l'occurrence, la loi sur la PSD a mis en avant le concept de dépendance, "provisoirement et en attendant le vote d'une loi sur l'autonomie". Le rapport Sueur, aujourd'hui, avance en ce sens, sans toutefois aller jusqu'au bout de la démarche. "L'architecture proposée repose sur une conception de gestion moderne, celle où de multiples partenaires gèrent un droit de manière souple et où la définition d'un droit national n'est pas antinomique avec une gestion de proximité<sup>36</sup>". La proposition "dialogique" de l'auteur du rapport se situe dans un compromis à mi-chemin de la gestion d'un risque selon le principe assurantiel de la protection sociale, et de l'aide sociale relevant du principe assistantiel de la charité.

Ce détour sur la dépendance et sur la façon dont les pouvoirs publics l'ont

---

<sup>35</sup> Jean-Michel Larrasquet - "Le management à l'épreuve du complexe" -l' Harmattan - Paris - 1999 - 2 tomes - 599 pages - p 306

<sup>36</sup> Rapport Sueur - "L'aide personnalisée à l'autonomie, un nouveau droit, fondé sur le principe d'égalité" - Jean-Pierre Sueur - page 40

prise en compte en France, peut expliquer les difficultés que peuvent avoir les personnes âgées à exprimer leur désarroi au moment où ce problème se pose à elles: sur le plan intellectuel d'abord, en raison du regard dévalorisant porté sur elle, et au plan pratique ensuite dans l'expression du besoin. Dans son rapport, Mme Guinchart-Kunstler a en effet, bien mis en lumière les causes de la complexité des aides que la société peut leur apporter : le morcellement des financements, la dilution des responsabilités et des compétences, se traduisent finalement par des inégalités de prise en charge.

Le vieillissement de la personne est une notion floue et complexe. Il n'y a pas d'âge pour entrer dans la vieillesse, sinon que le début de la perte d'autonomie constitue dans la plupart des cas le facteur "intégratif".

La notion de dépendance est également une notion floue et complexe. A l'image essentiellement négative de l'incapacité traduite dans la loi sur la PSD, les pouvoirs publics tentent aujourd'hui de la revaloriser à travers l'APA développée dans le rapport Sueur.

La complexité de la notion de vieillesse est accentuée par l'image globalement négative des personnes âgées, véhiculée par notre société contemporaine.

## **II.2.2 La représentation sociale négative des vieillards**

### **II.2.2.1 Une évolution récente**

La vieillesse est présentée comme une perte des fonctions physiologiques, biologiques, psychologiques, tous termes qui renvoient à des prises en charge médicales ou médico-sociales.

Le statut de la personne âgée a évolué toutefois, selon les siècles ou les sociétés. Dans la société tribale africaine, (et comme il n'y pas encore si longtemps dans nos campagnes), la personne âgée est toujours porteuse de connaissances et de sagesse. Au terme de sa vie, sa position sociale est prédominante.

En France, au dix-huitième siècle, il en était pratiquement ainsi. La littérature de l'époque et les arts débordent d'illustrations positives des vieillards. Patrice Bourdelais s'est attaché à analyser les causes des modifications intervenues dans la perception des "vieux". Il considère qu'au tournant du siècle (le vingtième) de nombreux facteurs contribuent ainsi à déprécier le rôle social et économique de la

personne âgée<sup>37</sup>. Il ajoute " : héritée du dix-neuvième siècle, l'image négative de la vieillesse a été entièrement réinvestie dans ce qui se présente comme une réflexion démographique moderne"<sup>38</sup>. Il précise que la connotation très sombre ainsi attachée au vieillissement, notion issue du discours scientifique, a été appliquée et propagée dans les milieux dirigeants et dans l'opinion, pesant sur les représentations contemporaines et "sur les pratiques sociales qui en découlent"<sup>39</sup>. Selon lui, la vieillesse est différente du troisième âge. La vieillesse, c'est un état de dépendance qui réclame un appui social important de la part de la collectivité.

Fallait-il pour autant traiter les problèmes de la vieillesse comme des problèmes spécifiques nécessitant des réponses particulières ? Nous retrouvons là l'interrogation formulée par certains sur l'opportunité de "catégoriser" cette tranche de population. "La création en 1981 d'un secrétariat d'Etat chargé des personnes âgées vient (...) sanctionner l'enfermement et la ségrégation du groupe personnes âgées défini comme un groupe à problème"<sup>40</sup>, précise Bernard Ennuyer et il constate que "le filet des prises en charges s'est peu à peu resserré autour des personnes âgées qui ont la malchance de mal vieillir, celles que l'on stigmatise sous le vocable "personnes âgées dépendantes"

"Le monde vers lequel nous nous dirigeons sera à l'image du sort qu'il réservera à ses vieillards" annonce Lucien Israël en préface du livre de Charlotte Herfray<sup>41</sup>. Si nous devons tenir compte de cette affirmation, force est de constater qu'à l'heure actuelle, la culture gérontologique est faiblement développée en raison principalement de la "prégnance médicale".

### **II.2.2.2 L'importance de la "prégnance" médicale**

Nous vivons encore en effet, dans la sphère de la "toute puissance médicale" issue des croyances, des progrès techniques de la chimie et des systèmes informatisés.

Cette toute puissance, nous dit Edgar Morin, peut être expliquée par l'hyper-spécialisation actuelle des techniques. Les médecins sont des organistes qui savent de plus en plus parfaitement traiter les organes de l'individu mais qui ont des

---

<sup>37</sup> Patrice Bourdelais - "L'âge de la vieillesse" - Edition Odile Jacob - Paris - 1993 - 437 pages - p. 359

<sup>38</sup> Patrice Bourdelais - Réf. 37 - p. 361

<sup>39</sup> Patrice Bourdelais - Réf. 37 - p. 361

<sup>40</sup> Bernard Ennuyer - "La coordination, un mythe ?" - in Gérontologie - n° 113 - p. 14 à 19

<sup>41</sup> Charlotte Herfray - Réf. 28

difficultés à "intégrer" la globalité de sa personne.

Selon Edgar Morin, entre la pensée disjonctive de Descartes et celle de Pascal ("je tiens pour impossible de connaître les parties sans connaître le tout, non plus que de connaître le tout sans connaître particulièrement les parties"), l'histoire de la médecine s'est inspirée de la philosophie de Descartes, générant les institutions s'y rapportant. Descartes a "disjoint" le domaine du sujet réservé à la philosophie, à la méditation intérieure et d'autre part le "domaine de la chose dans l'étendue"<sup>42</sup>, domaine de la connaissance scientifique. Ce principe a séparé progressivement dans le temps, la philosophie et la science créant ainsi des cultures différentes. Pour Edgar Morin la première, fondée sur la réflexion, "ne peut plus s'alimenter aux sources du savoir objectif", la seconde, fondée sur la spécialisation du savoir, "ne peut se réfléchir ni se penser elle-même".

L'étude du dispositif de la PSD est, à ce titre, intéressante. La dichotomie entre la dépendance et l'autonomie ne renvoie pas seulement à des problèmes de définition mais à des notions profondes qui nous gouvernent. La notion de dépendance s'appuie sur les incapacités de la personne sur un plan principalement physiologique, elle relève fondamentalement d'un regard "organique" conférant à la personne âgée une position d'objet, voire de corps-objet et non une position d'acteur susceptible de manifester du désir ou d'investir son corps et les activités qu'il autorise de manière différenciée. A cet égard, le fait que la grille d'évaluation de la dépendance (la grille AGGIR) ait été conçue et validée par des médecins hospitaliers, n'est pas neutre. Elle ne traduit pas les besoins de la personne mais la somme de travail nécessaire à la prise en compte du niveau de dépendance.

Quand il prend en charge la "dépendance", le personnel travaille dans le registre de la perte. Le travail sur la préservation de l'autonomie le situerait dans un registre différent ouvert sur le maintien des acquis. Dans la médecine chinoise, il est intéressant de constater que le médecin est d'abord perçu comme un philosophe ayant une approche globale de la personne, en privilégiant, par exemple, des techniques d'intervention chirurgicales non invasives.

En établissement également, le principe cartésien de disjonction, à travers la réforme de la tarification, nous montre sa "perversité". Les financements de l'Assurance Maladie et du département devraient être octroyés par établissement en

fonction du GIR Moyen Pondéré (GMP) c'est à dire en fonction du niveau moyen de dépendance dans l'établissement, évalué par la grille AGGIR. L'établissement qui, par souci de rentabilité économique, "fait à la place de" des tâches que la personne âgée aura tendance à ne plus faire correctement, aura un GMP important (les personnes âgées "ne font pas"), alors que l'établissement qui essaie de préserver l'autonomie des résidents par une mobilisation du personnel sur le "faire-faire" aura un GIR plus faible (les personnes âgées "font"). Ceci se traduira par une dotation moins importante pour cette structure qui nécessite d'employer plus de personnel plus qualifié. La "réforme de la réforme" devrait corriger ce paradoxe par la création d'un forfait de points de prévention, sans toutefois revenir sur la conception même du dispositif.

Ne doit-on pas considérer comme Bernard Ennuyer que : "la personne devient l'otage de la coordination et le faire-valoir de l'expertise médico-sociale scientifique"<sup>43</sup> ?

Cependant, tous les acteurs s'accordent à dire que la prise en charge des personnes âgées dépendantes devrait reposer sur des connaissances médicales approfondies. Ce n'est semble-t-il, pas le cas puisque "lors de la formation médicale organisée à Lunel, les médecins généralistes découvraient pour la première fois jusqu'aux concepts de base concernant l'incapacité, le handicap, la dépendance"<sup>44</sup> comme le précisent les auteurs de l'article sur Lunel<sup>45</sup>.

Ce déficit est signalé également par Paulette Guinchard-Kunstler dans le rapport "Vieillir en France" : "Notre pays souffre d'un défaut de culture gérontologique qui s'exprime par l'absence de prise en compte globale de la personne âgée et par une focalisation sur les questions strictement médicales"<sup>46</sup>.

La complexité de la personne âgée nous montre que ses demandes, ses attentes ne sont pas identiques et nécessitent des approches différentes. L'environnement présente-t-il la même hétérogénéité ?

---

<sup>42</sup> Edgar Morin - Réf. 18 - p. 103

<sup>43</sup> Bernard Ennuyer - Réf. 40 - p. 14 à 19

<sup>44</sup> Colvez Alain, Ridez Simone, Royer Anne Charlotte - "Le vieillissement comme processus" - Revue française des affaires sociales - n° Hors Série - oct. 1997

<sup>45</sup> Larmignat Valérie- "Réseaux gérontologiques : le temps de la maturité ?" - ASH n° 2164 du 28 avril 2000.

<sup>46</sup> Paulette Guinchard-Kunstler - "Vieillir en France" - Réf. 15

## **II. 3-SAISIR LA COMPLEXITE DE L'ENVIRONNEMENT**

### **II.3.1 L'absence de culture commune des partenaires**

#### **II.3.1.1 Entre assurance et assistance**

Il est possible de tenter de trouver une explication historique à l'absence de culture commune des partenaires de la coordination gérontologique.

La culture, "système structuré de valeurs fondamentales, de codes et de représentations"<sup>47</sup>, permet aux acteurs de "penser leurs actions" et participe à la construction de l'identité autant en interne qu'à l'extérieur de l'individu, du groupe, de l'établissement ou du service. La présence de culture commune peut constituer un élément possible de mobilisation et de cohésion des acteurs autour d'un projet. En revanche, si elle procède de la sédimentation des usages, elle risque de contribuer à la perte du sens de l'intervention. Selon Eric Delavallée<sup>48</sup>, le concept de culture ne doit pas servir à expliquer le fonctionnement des organisations, il doit permettre aussi de préparer l'action. En ce sens, la culture influence les possibilités de réponse à un problème donné, et en tant qu'élément du champ de la décision, elle constitue le cadre cognitif de référence de l'organisation.

Déjà, les débats du Comité de mendicité en 1791 faisaient apparaître les divergences culturelles profondes entre les partisans d'une société basée sur une protection sociale établie sur le droit et les partisans d'une société basée sur la charité solidaire et l'assistance aux plus démunis. Si la loi du 19 mars 1793 précisait que "tout homme a le droit à sa subsistance par le travail s'il est valide, par les secours gratuits s'il est hors d'état de travailler", il a fallu attendre pratiquement un siècle pour qu'elle soit appliquée, et les débats ne sont pas clos. Selon Robert Castel, au dix-neuvième siècle, le quasi-interdit opposé en France au développement de la "charité-légale a pour contrepartie des stratégies complexes fondées sur la recherche de réponses non-étatiques à la question sociale"<sup>49</sup>. La mise en place de la PSD en est une illustration frappante. Aux partisans de la prise en charge de la dépendance comme un cinquième risque, au même titre que la maladie, les accidents du travail, la maternité et la vieillesse, le gouvernement, en l'assimilant à

---

<sup>47</sup> Lemoigne Jean-Louis - "La modélisation des systèmes complexes" - Dunod Paris - 1990 - cité par philippe Ducalet dans le Nouveau mascaret n° 54 - p. 24

<sup>48</sup> Eric Delavallée - "Pour ne plus gérer sans la culture" - Revue française de gestion - Sept-Oct 1996 - p. 6

une prestation d'aide sociale, sur proposition des sénateurs, a fondé le texte sur le principe de l'assistance.

Dans ce contexte, le partenariat entre les différents protagonistes est difficile et complexe, puisqu'il repose sur des acteurs issus de cultures différentes voire opposées. La sécurité sociale peut être définie à travers la culture de la protection envisagée comme la gestion d'un risque. L'aide sociale départementale repose sur la culture de l'accompagnement.

Nous pouvons également retrouver cette "dialogie" chez les intervenants autour de la personne. Les médecins se situent sur le plan de la gestion organique, les infirmiers sur le plan de l'accompagnement médico-social. En fait, on observe que "l'action sociale est encore marquée par l'idée d'assistance au sens négatif du terme et considérée encore à bien des égards comme le domaine de la bienfaisance et du bénévolat notamment en matière d'aide aux personnes âgées."<sup>50</sup>

Cette absence de conception commune est bien pratique, elle permet souvent de dissimuler une profonde résistance aux changements dans les pratiques professionnelles et un manque de motivation pour l'action gérontologique en général de la part des acteurs sociaux.

### **II.3.1.2 Une absence de lisibilité de l'offre gérontologique**

Une attention particulière, à cet égard, peut être portée aux différents partenaires de l'intervention à domicile. Recensés en première partie, les différents services et leur multiplicité peuvent être analysés également au travers de leur utilisation par la personne âgée en termes de décision, de missions, et de qualification du personnel. (Voir annexe 2).

La décision de faire appel à ces différents services qui ont des missions similaires voire complémentaires, ne relève pas de la même autorité (le médecin, la personne, le travailleur social). Pour fonctionner les services ne sollicitent pas les mêmes autorisations aux mêmes autorités (Préfet, DDTE...). L'aide potentielle ne procède pas des mêmes financements (la personne, l'assurance maladie, l'aide sociale). Les intervenants n'ont pas les mêmes objectifs (les soins, l'accompagnement, la vente de services), ni la même culture (médicale, sociale,

---

<sup>49</sup> Robert Castel - "Les métamorphoses de la question sociale" - Fayard - Paris - 1995 - 490 pages - p. 233

<sup>50</sup> Martine Tanguy Mauffret - "La coordination gérontologique, guide de réflexion et d'action" - Chronique sociale - 1994 - 200 pages - p. 131



économique) ni les mêmes qualifications. Les services sont très divers à la fois dans leur organisation, leur taille et leur prix de revient. Il existe de grandes disparités dans les moyens et les méthodes de travail, les intervenants étant peu ou pas formés. La continuité du service en fin de semaine n'est pas toujours assurée, les aides ménagères en congé ou en maladie ne sont pas toujours remplacées et les emplois sont précaires et insuffisants.

Le développement de ces services, issus de la mise en place progressive des stratégies des pouvoirs publics favorisant le maintien à domicile, me semble procéder de l'incapacité à définir une conception claire de l'intervention autour de la personne, en l'absence de lieu et d'instance de décision unique, et du fait de l'absence de culture commune des partenaires de l'action sociale.

Actuellement dans le département, on assiste à un mouvement "dialogique" : d'un côté, les services privés associatifs ou publics essaient de se regrouper comme par exemple, au sein de l'UDASSAD (Union Départementale des Associations et Services d'Aide à domicile) afin de rechercher une légitimité de leur activité par les financeurs (dont la CRAMCO, à travers la répartition des heures ménagères), de l'autre, la CRAMCO, qui n'hésite pas à déconventionner ces services, au motif qu'ils ne garantissent pas la qualité de la prestation servie à la personne âgée, notamment en raison de l'absence de qualification du personnel.

Le bénéfice de l'agrément qualité devient un enjeu politique et financier important auquel est forcément attentif le Conseil Général, et cela à plus d'un titre. Tout comme la CRAMCO, le Conseil Général a intérêt à ce que les services disposent d'un personnel en nombre et qualifié, ne serait-ce que dans l'application de la PSD. Par ailleurs, il doit veiller à ce que des transferts de prise en charge induits par la non-reconnaissance (ou la confusion) des compétences, ne viennent pas alourdir les finances départementales.

## **II.3.2 Les stratégies particulières des acteurs**

### **II.3.2.1 Les logiques d'intérêt**

La stratégie des acteurs que nous avons pu observer, peut s'analyser à travers leurs logiques d'intérêts. La notion d'acteur renvoie ici à un courant de la sociologie né dans les années 60 : la sociologie des organisations. Ce courant s'est attaché notamment à l'étude des comportements de l'individu dans l'entreprise et les stratégies qu'il mettait en œuvre. L'approche systémique repose sur l'analyse du jeu

des acteurs - par analogie avec le théâtre. Les outils méthodologiques ont été élaborés principalement par deux sociologues, MM. Michel Crozier et Ehrard Friedberg dont l'ouvrage "L'acteur et le système", publié en 1977 nous sert de référence.

L'analyse des stratégies d'actions s'appuie sur un certain nombre de concepts :

*" - acteur : celui (individu ou groupe) qui participe à une action et qui a des intérêts communs pour cette action,*

*- enjeu : valeur que chacun attribue à une action ; ce qu'il peut gagner ou perdre au-delà des objectifs de cette action.*

*- rationalité : capacité d'ajuster les moyens aux fins. Il n'y a jamais (...) une seule rationalité car il y a toujours plusieurs moyens pour atteindre les objectifs recherchés (...) or toute conduite obéit toujours à une rationalité partielle (rationalité limitée).*

*- zone d'incertitude : toute organisation est soumise en permanence à des masses d'incertitudes très élevées, techniques, commerciales, humaines, financières, etc. Celui qui les maîtrise le mieux par ses compétences et son réseau de relations-communication, qui peut donc prévoir les incertitudes, détient la plus grande ressource de pouvoir.*

*- pouvoir : capacité d'un acteur de se rendre capable de faire agir un autre acteur"<sup>51</sup>.*

Tous les acteurs au sein des organisations mobilisent des pouvoirs divers, et à quelque niveau hiérarchique que ce soit, dépendent d'autres acteurs, à travers des relations qui impliquent des jeux de pouvoir. Celui qui maîtrise les relations avec l'environnement et les communique à l'organisation - le "marginal sécant" - détient de fait un pouvoir lié à sa connaissance des réseaux. L'action gérontologique locale est polymorphe ainsi que nous avons pu le constater. Elle met en jeu des professionnels, des élus, des usagers, des représentants d'usagers et des bénévoles.

Ces acteurs ont des objectifs et des modalités d'actions qui participent de logiques, ne reposant pas toujours sur les mêmes fondements. Si ces logiques

---

<sup>51</sup> Philippe Bernoux - "La sociologie des organisations" - Paris Point Seuil - 1985 - cité par M. Tanguy Mauffret - Réf. 50 - p. 105

peuvent s'appuyer sur des intérêts proches ou complémentaires, elles peuvent aussi s'inscrire dans des rapports de clivages, de rivalités ou de concurrence.

Pour MM. Crozier et Friedberg, "l'intervention d'une instance extérieure est donc cruciale à la fois pour coordonner les unités entre elles et pour permettre à chacun d'elles d'obtenir l'accès au centre"<sup>52</sup>. Selon ces auteurs, toutefois, "si l'on résiste à la coordination au sommet, ce n'est pas parce qu'on ne se connaît pas ou parce qu'on est trop loin l'un de l'autre, c'est parce qu'on fait partie d'un système qui a d'autres formes de coordination qui sont elles, a demi-conscientes mais d'autant plus efficaces"<sup>53</sup>.

De plus, chaque acteur a sa propre vision des besoins des personnes âgées et sa conception des réponses à apporter, celle-ci étant souvent liée à des intérêts particuliers. La logique d'intérêt semble déterminante, et peut servir de base d'explication aux freins liés à la mise en œuvre de la notion de coordination. L'importance donnée aux logiques d'intérêts s'explique par le fait que les personnes âgées représentent à la fois des consommateurs de biens et services, une force électorale non négligeable et aussi un coût social important.

Elles sont tout d'abord "consommateurs" ; elles intéressent (du moins quand elles sont aisées), les promoteurs de résidences et de maisons de retraite privées à but lucratif.

La personne âgée est également l'objet d'enjeux électoraux. Il ne faut cependant pas considérer que les efforts accomplis par les collectivités ne l'ont été qu'en vertu d'intérêts électoraux, ce serait en effet nier toute liberté de choix aux personnes âgées en la matière et laisser penser que l'action sociale n'est guidée que par ce type d'intérêts. Il importe toutefois d'en tenir compte.

Ces enjeux électoraux peuvent bloquer toute évolution au niveau de la prise en charge, car les élus ressentent parfois les travailleurs sociaux comme des concurrents, dès lors qu'ils tentent de traduire la parole des personnes âgées et leurs besoins, selon leurs visions de la situation.

Il n'est pas aisé par ailleurs, de convaincre les élus de s'inscrire dans une logique de coordination, si celle-ci ne démontre pas l'impact politique et les économies afférentes à l'amélioration des conditions de vie des usagers. Cette

---

<sup>52</sup> Michel Crozier, Ehrard Friedberg "L'acteur et le système" - PUF - Paris - 1977 - p. 256.

considération est pourtant primordiale dès que l'on souhaite amorcer une démarche coordinatrice.

Le coût de l'action sociale gérontologique constitue également un frein, dans le sens où l'institution qui finance le plus, s'estime dépositaire d'une légitimité vis-à-vis des autres institutions, créant ainsi un jeu complexe d'intérêts. Du fait de ce critère de financement, les acteurs ne pèsent pas le même poids dans l'action gérontologique. Les objectifs n'étant pas les mêmes pour tous, ceux qui pèsent le plus lourd peuvent avoir intérêt à rester en dehors du processus ou des instances mises en place dans le cadre d'une démarche de coordination.

Cette complexité faite d'intérêts particuliers, freine le débat sur une coordination qui implique pourtant, une réflexion d'ensemble et un rapprochement des intérêts particuliers autour d'un objectif commun.

Il ne faut cependant pas résumer cette apparente paralysie à ce jeu d'intérêt. L'absence de conception commune de ce que peut être la coordination, peut être également déterminante. Il semble que le secteur de l'action gérontologique n'a pas un "a priori" favorable de cette notion. Cette appréhension se dissimule souvent derrière le "flou juridique" qui s'y attache, même s'il convient de nuancer ce propos depuis la loi du 24 janvier 1997.

### **II.3.2.2 Des logiques divergentes**

La coordination est "repoussée" par le secteur gérontologique car elle implique de mettre "à plat" les compétences de chacun, déclenchant immédiatement la crainte de l'ingérence dans les fonctions de chaque acteur, même si tous reconnaissent que les diverses actions sont juxtaposées et sans cohérence. De plus ces mêmes acteurs, une fois convaincus qu'en se regroupant dans un objectif de concertation, il leur sera plus facile de résoudre les problèmes, n'en ont pas la même vision.

Certains la voient comme permettant des liaisons et des transmissions individuelles entre acteurs, chaque service restant rigoureusement indépendant.

Les élus voient une structure permettant la médiation, d'autres un moyen pour réunir les intérêts de chacun. La coordination est également envisagée comme se rapportant à des notions d'efficacité, d'économie par regroupement de moyens.

---

<sup>53</sup> Michel Crozier - Réf. 52 - p. 254

Les responsables estiment généralement que le problème de la coordination peut être résolu par la création d'une instance spécifique sous la forme d'une association partenariale et/ou d'une instance locale de coordination.

Les professionnels sociaux souhaitent souvent la participation des professionnels de la santé et notamment l'hôpital. La réciprocité n'est pas de mise : ainsi par exemple, le CCAS de Rochefort était très intéressé par une démarche de coordination sur son territoire. Cette démarche impliquait la participation des médecins gériatres du centre hospitalier local, qui ont refusé de se "mettre sous la coupe" du CCAS et au-delà, du secteur social, considérant que la réponse à apporter aux problèmes de la dépendance étaient exclusivement sanitaires. Une réunion a eu lieu récemment, afin de créer un réseau Ville-Hôpital dans lequel l'assistante sociale de l'hôpital serait le pivot. L'initiative a toutes les chances d'échouer, alors que le SROS prévoit ce type même de coordination.

Les régimes de retraite, quant à eux, se sont investis dans le financement des heures d'aide-ménagères pour des montants très importants, devenant ainsi des partenaires de "poids" que ne peuvent plus ignorer les départements. Ainsi, s'agissant de l'amélioration de l'habitat des personnes de plus de soixante ans, les organismes de sécurité sociale ont-ils choisi d'orienter leur politique sur cet aspect, complétant ainsi, sans concertation préalable, la compétence du département.

Nous reprenons à notre compte la conclusion de l'article de Monique Legrand dans "Vieillir dans la ville" : "Nos observations et l'analyse de plusieurs documents révèlent que la coordination formelle ou les structures qui en portent le nom ne peuvent pas être de véritables espaces de coordination, parce qu'elles sont les lieux de démonstration des enjeux, et produisent par conséquent des blocages".<sup>54</sup>

A ce stade de notre réflexion, nous devons nous interroger sur la notion même de coordination. Qui coordonne qui et pourquoi ?

## **II. 4 - INTERROGER LA NOTION DE COORDINATION**

### **II.4.1 La "fin donnée" à la coordination**

Le dictionnaire (Le Petit Robert) nous donne une définition de la coordination qui nous semble fondamentale au regard de notre problématique

---

<sup>54</sup> Monique Legrand - Réf. 9 - p. 72

d'ensemble. Ce terme a pour base latine "*coordinatio*" qui signifie mise en ordre et ce qu'on oppose usuellement à la coordination s'avère être la confusion et le désordre. "Coordination" est tirée du verbe coordonner qui, étymologiquement se compose du préfixe "co" et du radical "ordonner", "co" signifiant "avec" sous-entendu lien ou union ; "ordonner" voulant dire, soit mettre en ordre ou ranger, soit commander ou prescrire. La définition du terme coordination vient affiner notre analyse puisque la coordination est "une action de commandement ou de prescription, produite par plusieurs autorités, laquelle action agence des éléments pour donner une cohérence à un ensemble"<sup>55</sup>. La coordination devrait donc s'opposer au désordre et à la confusion contre laquelle, dans quelque domaine que ce soit, elle est censée lutter. Comme nous l'avons observé en amont, la coordination est utilisée depuis plus de trente ans dans les principaux textes et rapports de l'action sociale vieillisse. Elle apparaît comme "remède miracle à tous les maux" du secteur<sup>56</sup>.

On peut penser que cet usage répété découle du fait que la coordination reste un "terme flou et suspect(...) notion tantôt brandie pour justifier des fins diverses, et qu'il n'en a jamais été donné de définition précise. La variation des contextes historiques où elle a été prônée, la diversité des objectifs qui lui ont été assignés font qu'elle est devenue un mot passe-partout, auquel on peut toujours se référer pour justifier sa démarche sans grand risque d'être contredit"<sup>57</sup>. Le terme, malgré les définitions données ci-dessus et, peut-être aussi à cause d'elles, recouvre les significations les plus diverses. Il peut présenter une manifestation d'autorité, un commandement venu "d'en haut", c'est-à-dire du pouvoir politique, tel qu'il peut être perçu à travers l'article premier de la loi du 24 janvier 1997 relative à la PSD. Cet article prévoit que le département conclut avec les organismes de sécurité sociale des conventions afin de favoriser notamment, la coordination des prestations servies aux personnes âgées dépendantes.

Dans cette hypothèse, il s'agit à travers la coordination, de mettre en ordre, soumettre à une règle, et nous assistons à la mise en œuvre d'une coordination décrétée, réglementée et formalisée. Nous nous retrouvons donc dans la situation, sinon inextricable du moins ambiguë, où nous avons un terme défini, (celui de

---

<sup>55</sup> J. Hopp in "la coordination de l'action sociale" - Mémoire DSTS - Aix 1990 - cité par Martine Tanguy Mauffret - Réf. 50 - p. 95

<sup>56</sup> B. Ennuyer - Réf. 40

<sup>57</sup> La Coordination gérontologique - Réf. 11 - p. 22

coordination) des expériences concrètes sur le terrain, rarement pérennes et auxquelles chacun a donné un sens et une application selon ses convenances.

Suite aux définitions données précédemment, il semble qu'il faille, s'agissant de l'article premier de la loi du 24 janvier 1997, pencher pour l'approche ordonnatrice et considérer, comme Bernard Ennuyer, que cette coordination est réglementée et formaliste. En reprenant la définition de la coordination, impliquant un arrangement des parties d'un tout selon un plan logique pour une fin donnée, il convient alors de s'interroger sur cette "fin donnée" qui sous-tend l'article premier de la loi précitée.

La lecture du rapport présenté au sénat pour la Commission des Affaires Sociales concernant la dite loi, nous permet de saisir les objectifs sous-tendus de la coordination, alors qu'à ce stade le conventionnement obligatoire entre les départements et les organismes de Sécurité Sociale n'était encore placé qu'à l'article 11 de la loi. Le rapporteur, dans la lecture des articles qu'il proposait à la commission d'adopter, précisait "qu'à un moment où les ressources financières sont plus que jamais restreintes et alors que le nombre de personnes âgées ne fera que croître, il a semblé nécessaire d'optimiser l'existant et de centrer les moyens dont disposent les différents intervenants autour des besoins de la population concernée, pour une plus grande satisfaction de cette dernière". Et de rappeler que "le fonds d'action sociale de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés (CNAVTS), s'élevait l'an passé à plus de trois milliards dont la plus grande partie était consacrée à l'aide ménagère".<sup>58</sup>

On note que la fin donnée à la coordination, même si elle n'apparaît pas dans la loi elle-même, est l'utilisation rationnelle des moyens mis à la disposition des personnes âgées. Cette finalité gestionnaire vient malheureusement contredire, sur le fond, la volonté de "mettre les personnes âgées au centre du dispositif". Cela vient également conforter les détracteurs de la notion de coordination qui y voient la solution qu'a trouvé l'Etat pour rationaliser les dépenses sociales en matière de soutien au vieillissement.

Il est important de tenir compte de ce constat car il est de nature à vicier tout dispositif de coordination institutionnelle, pour peu que les acteurs ne soient déjà

---

<sup>58</sup> SENAT rapport de M. Alain Vasselle sur la proposition de loi sénatoriale tendant à l'institution de la PSD. (1997)

pas convaincus ou motivés par l'action gérontologique et encore moins par sa nécessaire coordination. De plus il ne faut pas perdre de vue "l'omniprésence de l'illusion ontologique"<sup>59</sup> qui, parce qu'une forme d'organisation est décrétée, celle-ci existe *ipso facto* sur le terrain.

La pertinence du territoire sur laquelle elle s'applique renvoie à des logiques complexes. Le département est-il le territoire critique intéressant pour la gestion de la coordination ? Nous avons vu, en première partie, que trois niveaux de coordination sont généralement préconisés. Le niveau des pratiques professionnelles autour de la personne, le niveau infra-départemental, autour d'un organisme (CCAS, hôpital ou maison de retraite) et le niveau départemental de type "organisationnel". Chaque niveau possède son seuil de pertinence et ses limites. Le département et à travers lui, le conseil général présente l'avantage et l'intérêt d'être présent à ces trois niveaux. En Charente-Maritime, par l'intermédiaire des travailleurs sociaux des DETAS, il est directement impliqué au premier niveau, dans la prise en charge des personnes âgées, en détenant la compétence en matière de gestion de la PSD. En tarifant et contrôlant les établissements d'accueil de personnes âgées, en étant partenaires des CCAS en matière d'instruction et de gestion de dossiers, il est présent au deuxième niveau. Enfin, il est le "partenaire incontournable " du troisième niveau, de par les compétences données par les lois (aide sociale aux personnes âgées, PSD et schémas départementaux) et de son engagement financier. La place du conseil général n'est d'ailleurs pas remise en question par les autres partenaires situés aux différents échelons territoriaux. L'échelon départemental apparaît donc comme celui qui permet d'appréhender l'ensemble de la tapisserie, tout en en constituant, selon le principe hologrammatique, un des fils. Pourtant cet échelon ne risque-t-il pas à terme de disparaître au profit soit des régions, soit des communautés de communes ou pays, dans le cadre d'une gestion européenne des projets et des territoires ?

#### **II.4.2 Les réseaux informels**

On peut trouver également une coordination qui émerge "par le bas", à partir des pratiques et des soucis quotidiens des professionnels. Le terme de réseau est alors utilisé. Le réseau gérontologique informel construit au fil des années et

---

<sup>59</sup> Jean-Michel Larrasquet - Réf. 35 - p 216



grâce à une culture gériatrique commune, des passerelles et un chaînage d'offres de services indépendamment des clivages institutionnels. Le réseau gériatrique informel a une double fonction. Il participe à l'élaboration et à la diffusion d'une culture du vieillissement. Il montre également, que la coordination ne se comprend pas seulement dans un sens d'opérationnalité et d'efficacité mais aussi dans une perspective de régulation des institutions.

A la DETAS de St Jean d'Angély, le travailleur social spécialisé chargé de l'évaluation des personnes âgées dans le cadre de la PSD (une infirmière) a développé depuis son arrivée dans ce service, un réseau informel composé des principaux prestataires de service aux personnes âgées (médecins libéraux, IDE libérales, directeurs d'établissements, services à domicile...). Ce travail en équipe permet par exemple, la présence du médecin traitant, au domicile de la personne âgée, lors de l'évaluation. C'est le seul cas dans le département où les médecins s'associent volontairement à un tel dispositif.

La question posée en l'espèce est la suivante : "Doit-on formaliser ce réseau au risque de le voir disparaître ? Ne sommes-nous pas dans un phénomène de récursivité ? Plus le réseau est informel, plus à la limite il est pertinent. Plus il est formalisé, plus le risque de perdre sa spécificité est grand. Tout se passerait comme si l'institutionnalisation de la réponse était un frein à son efficacité. Le réseau comme ensemble des relations variées perçues pertinentes qu'une unité d'organisation tisse avec son environnement ou que son environnement tisse avec elle, ne peut-il pas être considéré comme un "concept fondamental de la pensée complexe"<sup>60</sup> ?

En ce sens le réseau est à différencier de la notion de "filiale". La filiale de soins, définie par le dictionnaire comme une "succession ordonnée de consultations parfois imposée par l'administration", correspond de fait à un réseau d'adressage "un parcours type préalablement défini de nature permanente"<sup>61</sup>. La filiale renvoie à une notion "marchande" dans le sens où les objectifs visent une organisation efficace pour répondre aux besoins et attentes. La filiale est prédéterminée et rigide. A l'inverse, le réseau ne devrait avoir "ni sommet, ni centre, ni début, ni fin"<sup>62</sup>.

Si le réseau peut être caractérisé par les notions de fluidité et de flexibilité, dans cette hypothèse, le pouvoir organisationnel n'est pas du côté de la

---

<sup>60</sup> Jean-Michel Larrasquet - Réf. 35 - p 263

<sup>61</sup> Marie-Gabrielle Vaissière - "Les réseaux de soins : un effet de mode" - Lettre de l'Union - n° 57 - Avril 99

<sup>62</sup> Marie-Gabrielle Vaissière - Réf. 61

structure. "Le concept de réseau dérange nos représentations classiques d'une situation ordonnée en sous-ensembles articulés en arborescence"<sup>63</sup>. Il peut réaliser un grand nombre de connexions et est fédérateur des professionnels puisqu'il est caractérisé par la libre circulation et la libre communication. Le réseau "fait appel à des logiques floues, des redondances, des ajustements itératifs, des hiérarchies enchevêtrées et temporaires, des frontières molles et poreuses"<sup>64</sup>, tous termes qui connotent la complexité.

Selon Dominique Genelot, le fonctionnement en réseau peut constituer "une réponse au moins partielle au défi de la complexité"<sup>65</sup>. Cependant cette fluidité nécessite pour durer, une "forme minimale de gestion collective"<sup>66</sup>, et dans cette perspective la pertinence du territoire qu'il couvre n'est pas sans importance.

La coordination est un processus, "elle n'est pas à envisager uniquement en termes de procédures. Elle est également un processus à l'œuvre entre des acteurs institutionnels"<sup>67</sup>.

*En conclusion de ce chapitre, il ressort que la coordination gérontologique est difficile à mettre en œuvre. En tant "qu'instrument institutionnel" elle se heurte tout d'abord, à l'absence de culture commune des partenaires (assurance/ assistance). Parce qu'elle vient "d'en haut" elle n'est reconnue ni par les personnes âgées en raison de l'absence de lieu et d'instance unique de décision, ni par les acteurs qui ne reconnaissent pas, en raison de leurs cultures (social/médical) et des stratégies qui les fondent (social/économique) la légitimité d'une institution fédératrice comme par exemple le Conseil Général.*

*La notion même de coordination, analysée sous l'angle de la complexité, nous montre qu'à partir d'une logique de réseau fondée sur le lien concret existant entre les intervenants, sur la capacité à nouer de nouveaux rapports professionnels, les pouvoirs publics ont développé une logique de*

---

<sup>63</sup> Dominique Genelot - Réf. 27 - p. 231

<sup>64</sup> Dominique Genelot - Réf. 27 - p. 231

<sup>65</sup> Dominique Genelot - Réf. 27 - p. 234

<sup>66</sup> Bernard Ennuyer - Réf. 48

<sup>67</sup> Monique Legrand - Réf. 24 - p. 87

*coordination ou la "fin donnée" affichée, c'est à dire la qualité de la prestation servie à la personne pouvait ne pas correspondre à la "fin donnée" cachée c'est à dire la rationalisation des coûts.*

*Toutefois, si la politique sociale n'est plus perçue sur le terrain en tant que choix rationnel ou comme un système complexe de compromis et de négociations entre acteurs autonomes, mais en tant que résultat du fonctionnement des institutions et organisations intervenant dans le processus de production de cette politique, on s'aperçoit que la coordination gérontologique existe souvent concrètement, même si elle ne peut être analysée comme telle.*

*Les différents acteurs, étant autonomes mais interdépendants, produisent, par une dynamique informelle basée sur des réseaux, filières et relations personnelles, une coordination de leurs actions fondée sur une adaptation permanente et réciproque aux dispositifs existants.*

*A partir de ces constats, il me faut maintenant, de la place où je suis, avec humilité et modestie, développer une stratégie afin de créer en Charente-Maritime une coordination gérontologique des prestations servies, conçue comme une réponse globale aux problèmes rencontrés par les personnes âgées dépendantes.*

## **IIIème Partie : LA COORDINATION : UN PROCESSUS PLAÇANT LA PERSONNE AGÉE AU CENTRE DU PROJET**

### **III.1 - STRATEGIE POUR S'INSCRIRE DANS UNE DEMARCHE PARTENARIALE**

#### **III.1.1 De la place où je suis**

En tant que chef de service à la DSD, je dépends hiérarchiquement du Directeur de la Solidarité Départementale qui lui-même doit rendre des comptes au Directeur Général des Services du Département. Cette organisation administrative est elle-même placée sous l'autorité du Président du Conseil Général, des vice-présidents et des Présidents de commission.

Ainsi pour ce qui me concerne, je dois rendre compte de mon activité aux personnes suivantes :

- directeur-adjoint de la DSD,
- directeur de la DSD,
- directeur général des services,
- président de la huitième commission (dite commission des affaires sociales),
- vice-président chargé des affaires sociales,
- président du Conseil Général.

Ce contexte interne très hiérarchisé est, nous l'avons vu précédemment, rendu complexe par une multitude de partenaires extérieurs avec lesquels les relations reposent également sur des ressorts hiérarchisés ou protocolaires indéniables. Ainsi en est-il prioritairement avec la DDASS, qui exerce le contrôle de légalité des délibérations du Conseil Général, entre autres, en matière sociale ou médico-sociale, et avec qui, conjointement des contrôles sont effectués dans les établissements. Les relations avec les organismes de sécurité sociale (principalement la CRAMCO), les associations gestionnaires, les directeurs d'établissements sont établies également sur ce mode subtil des relations interdépendantes.

Des stratégies d'alliance sont à rechercher avec ces partenaires. Une longue habitude d'œuvrer en commun existe en Charente-Maritime, facilitant les contacts et permettant d'envisager, malgré la diversité des enjeux, des actions collectives. Cette pratique de travail en partenariat repose sur l'histoire du département, sur sa capacité à s'organiser collectivement.

La Charente-Maritime se caractérise, en effet, par le développement ancien de l'esprit coopératif (la première coopérative laitière date du milieu du dix-neuvième siècle) de la mise en communauté (les CUMA, coopératives d'utilisation de matériel agricole sont très importantes) et de la solidarité (premières mutuelles maritimes datant de la fin du dix-neuvième siècle).

Dans ce cadre, comme directeur de projet, face à l'épreuve de l'instabilité et de l'évolution de l'environnement, je dois questionner en permanence le mode de construction de mes connaissances et les modalités de communication avec l'extérieur.

Les enjeux assignés à la coordination gérontologique visent la prise en charge de la dépendance des personnes âgées tout en maintenant la cohésion sociale par une réponse territorialisée. Je me dois donc d'élaborer une approche globale du soutien au vieillissement, qui ne doit pas se laisser enfermer dans une vision purement sanitaire et sociale. La demande des personnes âgées est polymorphe, la réponse doit être de même.

Nous l'avons vu en première partie (page 10), la dépendance n'est pas uniquement la conséquence de troubles fonctionnels, elle peut aussi résulter de facteurs environnementaux et sociaux. Ainsi, en matière de dépendance, les progrès dus à la médecine sont en partie neutralisés par les difficultés produites par la déliquescence du lien social. C'est particulièrement le cas s'agissant de la dépendance psychique. De nos jours, la mort sociale précède souvent la mort physique. La coordination gérontologique doit être le lieu de convergence des énergies, des idées et des financements afin de lutter contre toutes les formes d'exclusion liées à l'âge et au handicap.

Une étude de l'ODAS montrait récemment que la première demande des personnes âgées de plus de 75 ans vivant à domicile était de pouvoir préserver leur vie sociale. Il est donc nécessaire d'apporter une réponse globale à cette question, et non plus la traiter de manière spécifique. Il est également indispensable de privilégier une approche territoriale des politiques vieillesse.

La coordination gérontologique doit en être un des instruments. La territorialisation de la politique d'action sociale facilite l'adaptation aux spécificités locales et permet de préserver les personnes âgées au sein d'un environnement qui leur est familier. La coordination doit être l'occasion, par ailleurs, de porter un regard neuf sur l'aspect économique-financier de la prise en charge de la dépendance : économique tout d'abord, car c'est l'opportunité de favoriser la création d'emplois par une utilisation nouvelle des ressources ; l'accompagnement à la vie sociale est peut être la première génération d'emplois à court terme répondant ainsi à une demande forte des personnes âgées ; financier ensuite puisque au cours des prochaines années, il faudra faire face à l'afflux de retraités et la coordination gérontologique doit donc s'inscrire aussi dans le long terme.

L'objectif de la coordination doit, enfin, être conçu comme un moyen de détermination d'une "culture commune" de la prise en charge, illustrée par la définition d'une méthodologie dans l'élaboration des plans d'action, non exclusifs les uns des autres, et fondement de toute démarche de coordination, qu'elle soit l'émanation des professionnels du maintien à domicile ou de l'accueil en établissement.

"Entendre" la complexité de ces enjeux, invite à se doter de modes d'appréhension de la réalité qui ne la simplifie pas et qui ne l'épuise pas. Dans ce contexte, l'action doit être fondée sur la capacité à mobiliser l'initiative des partenaires, c'est à dire à encourager leur responsabilisation et non plus la conformité à un mode opératoire, à développer la capacité de chacun à trouver et à mettre en œuvre des solutions originales.

Cette approche relève d'une démarche de management partenarial où la communication interactive des hommes sous-entend la construction de représentations communes des objectifs à atteindre et des moyens d'y arriver.

### **III.1.2 M'inscrire dans une démarche partenariale**

Le projet de réforme de la loi du 30 juin 1975 positionne le partenariat comme "règle du jeu de la production d'actions sociales"<sup>68</sup>. L'action sociale a en effet introduit la notion de transversalité et de territorialité comme mode de résolution des problèmes. Les dispositifs d'intervention sont conçus depuis une vingtaine d'années autour de la contribution des acteurs et de la mobilisation des ressources disponibles en application de la maxime "penser globalement, agir localement". Dans ce cadre, le partenariat peut être lu à la fois comme une intention et un moyen, de la part des promoteurs de l'action sociale.

Ma démarche reprend ce principe, sachant que si les objectifs que nous avons définis sont identiques pour la grande majorité des interlocuteurs, les formes du partenariat passent obligatoirement par la collaboration des institutions publiques et privées, dans un dispositif de "veille sociale" ou d'observatoire, afin de pouvoir mettre en commun des analyses, de "proposer des réponses moins segmentées à partir d'outils communs conçus comme la base d'un véritable partenariat"<sup>69</sup>.

La démarche partenariale est confrontée à des obstacles et des résistances. Elle se heurte à des légitimités, des cultures et des pouvoirs en place qui peuvent empêcher l'émergence de nouveaux rapports entre les acteurs. La démarche passe par de nouvelles élaborations culturelles relevant à la fois de l'éthique et du management, défini comme la conduite d'une action collective. Selon Maurice Thévenet, il y a management parce qu'il faut "conduire ce processus miraculeux qui rend efficace et productive l'action commune d'un groupe de personnes"<sup>70</sup>.

En matière de coordination, l'action des départements, maître d'œuvre de la politique en faveur des personnes âgées, est fortement limitée par l'intervention croissante d'autres acteurs. Par exemple, les services de soins à domicile échappent, comme nous l'avons montré (page 48), au contrôle du département, étant donné que leur financement est assuré par les régimes d'assurance maladie et que

---

<sup>68</sup> Patrick Lefèvre - "Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social" - Dunod - Paris - 1999 -305 pages - p. 50.

<sup>69</sup> Patrick Lefèvre - Réf. 68 p. 51.

<sup>70</sup> Maurice Thévenet - "Le management participatif : un problème plutôt qu'une solution" - Revue française de gestion - 1er trimestre 1992.

la décision relative à leur création appartient aux services de l'Etat. Or, la présence sur le terrain de ces services est indispensable puisqu'ils permettent l'intervention des aides-soignantes à domicile, ce qui, dans la prise en charge de la dépendance, est aujourd'hui déterminant.

A cet égard, le Conseil Général de la Charente-Maritime bénéficie de l'apport d'une culture du travail en commun tout à fait particulière. Un partenariat effectif a permis que se traduisent sur le terrain des actions collectives basées sur la complémentarité des acteurs, et sur la création d'équipes pluridisciplinaires.

Exemples :

à Saint Savinien sur les problèmes de garde d'enfants en bas âge

à Aigrefeuille sur la restructuration d'un ensemble locatif

à Gémozac sur la question de l'isolement des femmes en milieu rural

à Saint Jean d'Angély sur le maintien à domicile des jeunes handicapés.

La stratégie que j'entends développer intègre cette réalité. En matière de coordination, l'action ne sera cohérente que si elle repose sur la prise en compte de la complexité du dispositif à mettre en place. En effet, "la pensée complexe ne refuse pas du tout la clarté, l'ordre, le déterminisme. Elle les sait insuffisants, elle sait que l'on ne peut pas programmer la découverte, la connaissance ni l'action"<sup>71</sup>. En ce sens la notion de stratégie s'oppose à celle de programme, "séquence d'actions prédéterminées qui doit fonctionner dans des circonstances qui en permettent l'accomplissement. Si des circonstances sont modifiées, le programme s'arrête"<sup>72</sup>. La stratégie, elle, permet, à partir d'une décision initiale, d'envisager un certain nombre de scénarios pour l'action, scénarios qui pourront être modifiés selon les informations reçues en cours d'action et selon les aléas qui peuvent survenir.

Si "l'action est stratégie"<sup>73</sup>, il faut admettre également qu'une fois démarrée, l'action peut échapper à nos intentions dès lors que le jeu des interactions la fera évoluer. L'action suppose la complexité. C'est à dire "aléa, hasard, initiative, décision, conscience des dérives et des transformations"<sup>74</sup> et nous pouvons ajouter incertitude.

---

<sup>71</sup> Edgar Morin - Réf. 18 - p. 110

<sup>72</sup> Edgar Morin - Réf. 18 - p. 119

<sup>73</sup> Edgar Morin - Réf. 18 - p. 106

<sup>74</sup> Edgar Morin - Réf. 18 - p. 107



Dans ce contexte, où les jeux des acteurs évoluent en permanence sans qu'il soit possible de préciser qui, à un moment donné détient le pouvoir d'initier la coordination des prestations servies aux personnes âgées dépendantes, j'estime qu'il est possible de conduire une stratégie de coordination basée sur l'action collective.

M'appuyant sur une culture départementale de l'action sociale collective, sur les analyses de l'école de la sociologie fonctionnaliste des organisations issues des travaux de Michel Crozier dont nous avons déjà développé les grands axes en deuxième partie, et à la lumière d'une approche microsociologique de l'action collective<sup>75</sup> je justifie ma démarche par la nécessaire adaptation de l'action locale aux changements portant sur les rapports entre acteurs et organisateurs, mais également sur l'apport de dynamiques plus larges reposant sur les ressorts des groupes d'action.

Ma démarche intègre la notion d'action sociale collective à travers le développement local, par la mise en œuvre de projets visant à développer la vie sociale sur un territoire déterminé, grâce à la "mobilisation de réseaux qui le traversent"<sup>76</sup>.

Cette démarche nous fait passer d'une logique d'interventions sociales à une logique d'action collective. Les différences sensibles entre ces modes opératoires ont été analysées par Bernard Dumas et Michel Séguier<sup>77</sup>. Il ressort que l'action collective valorise les réponses concrètes et les résultats obtenus alors que l'intervention sociale peut avoir pour finalité non recherchée, la valorisation du partenariat institutionnel plus ou moins informel.

L'action sociale collective suppose une participation active des populations concernées qui est le but recherché. Dans cette approche, l'ensemble des acteurs devra accepter de sortir de ses "murs", accepter l'instauration de communications transversales, et le développement "d'une vision complexe du

---

<sup>75</sup> Bernard Dumas, Michel Segulier - "Construire des actions collectives" - Chronique sociale - Lyon - Sept 1999 - 226 pages - p. 53.

<sup>76</sup> "Travail social : l'envolée du collectif" - Journal action sociale - Septembre 1999 - p. 19

<sup>77</sup> Dumas, Séguier - Réf. 75 - p. 176

social"<sup>78</sup>.

Il me semble intéressant, en préalable, d'appuyer ces actions par l'organisation périodique "d'assises gérontologiques" dont la finalité première reste l'évaluation des potentialités existantes dans le département, et la confrontation des acteurs.

### **III.2 - FAIRE VIVRE LA COORDINATION**

A travers l'approche complexe des mécanismes de coordination, et de l'action sociale collective, une organisation départementale semble s'imposer. La coordination gérontologique peut s'établir sur plusieurs niveaux. La coordination institutionnelle apparaît incontournable. Développée au plan départemental, elle est un lieu d'élaboration de culture commune en matière de gérontologie.

Elle permet en particulier d'installer une démarche de schéma, qui est un des outils fondamentaux d'élaboration d'une politique départementale en faveur des populations fragiles.

Mais cette coordination institutionnelle et départementale, sera, pour être opératoire, impérativement et nécessairement relayée au plan local.

Des expériences de réseaux existent et il convient de les lier et de les intégrer à la démarche globale. Implantés sur des territoires (les pôles gérontologiques), ils sont autant de points d'ancrage de la connaissance des problèmes de la personne âgée dépendante.

Le lien entre les réseaux existants et l'échelon départemental sera effectué par des conseillers en gérontologie implantés en DETAS.

Animateurs des pôles gérontologiques, ils constituent la cheville ouvrière de la coordination, en permettant que soit créé localement un lieu d'accueil d'information et de conseil, et, par la prise en compte d'une approche pluridisciplinaire, en articulant l'action sociale collective autour de la coordination.

La mise en œuvre de ce projet en Charente-Maritime sera donc, axée autour de quatre actions s'inscrivant dans une démarche partenariale fondée sur la notion d'action sociale collective, afin de :

- s'associer aux réseaux et privilégier le travail en équipe pluridisciplinaire
- installer et promouvoir le comité départemental de coordination gériatologique,
- promouvoir la notion de schéma départemental non programmatique,
- créer des postes de conseillers gériatologiques.

Certaines de ces actions peuvent paraître paradoxales au regard des conclusions relatives à une approche de la complexité. En matière de coordination gériatologique, tout semble se passer un peu comme si chaque acteur savait ce qu'il ne fallait pas faire, et le faisait quand même. Ainsi, ai-je constaté que la coordination ne se décrétait pas et ai-je développé l'idée d'installer un comité départemental et de créer des postes de conseillers en gériatologie.

L'approche de la complexité nous a appris, dans le même temps, que nous devons accepter "l'inséparabilité des contradictoires".

### **III.2.1 La personne âgée au centre du dispositif**

Des expériences menées aux constats effectués, il est sûr qu'il ne peut exister qu'un seul centre d'interprétation de la coordination des services autour de la personne : la personne âgée elle-même. Plus précisément, la coordination doit avoir pour finalité le renforcement du pouvoir décisionnel de la personne âgée et non celui des professionnels.

Cet objectif de la coordination suppose une articulation des complémentarités, une mise en commun des observations, le support d'une organisation permanente de la pluridisciplinarité.

En Charente-Maritime, les rencontres avec les acteurs de terrain, les textes publiés par les promoteurs de réseaux, m'ont permis de constater que la notion de coordination semble reposer sur "un principe commun supérieur, tel qu'il a pu être défini dans la théorie des conventions"<sup>79</sup>, et qui permet la cohérence des actions. La plupart des acteurs appartient en effet, au "monde civique" où l'intérêt collectif prime sur l'intérêt particulier. Même les acteurs de la sphère "marchande" ont

---

<sup>78</sup> Patrick Lefevre - Réf. 68 - p. 54

<sup>79</sup> Amblard Henri, Bernoux Philippe, Herreras Gilles, Livian Yves-Frédéric - "Les nouvelles approches sociologiques des organisations - Seuil Paris - 1996 - 245 pages - p. 84.

intégré ce paramètre à travers la notion "d'intérêt général".

Dans le département, cette notion peut constituer le moteur de l'action sociale collective, qu'elle soit menée par des individus, des groupes d'individus, des institutions. Cette organisation transversale se substitue régulièrement aux rapports hiérarchiques ou de dépendance habituels (par exemple médecin/travailleur social, ou médecin/IDE) qui régissent les spécialités techniques ou fonctionnelles. Les soins et le ménage, l'animation, les repas, l'accompagnement psychologique peuvent s'inscrire alors, dans un projet conçu globalement pour "la promotion et la sauvegarde"<sup>80</sup> de la personne considérée.

Comment, à partir de ces principes, organiser la coordination autour de la personne ? En particulier, quel territoire est pertinent pour garantir une coordination efficace ?

### **III.2.2 La détermination des territoires**

La mise en œuvre de pôles gérontologiques me semblent illustrer cette question.

Dans le Haut-Rhin par exemple, le premier pôle gérontologique a été mis en place en 1992 dans le cadre d'une réflexion départementale sur l'aménagement du territoire au cours de laquelle un atelier cantonal avait été constitué, rassemblant les principaux acteurs gérontologiques locaux afin de se pencher sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées du canton.

Le pôle gérontologique est un regroupement informel constitué sur la base du volontariat sur un territoire donné de tous les intervenants auprès de la personne âgée. C'est à la fois un lieu d'accueil, d'information et de conseil pour les personnes âgées, les retraités et leurs familles, une instance de concertation entre les partenaires, un lieu d'observation des besoins et de conception des projets gérontologiques. Le pôle gérontologique vise à favoriser la complémentarité entre acteurs locaux dans un cadre territorialisé et dans un contexte de partenariat. Le pôle gérontologique offre ainsi un service social spécialisé de proximité.

Le pôle est constitué d'un bureau de coordination composé d'un "travailleur social" et de sa secrétaire. Il coordonne tous les services d'aide

---

<sup>80</sup> Aymé Ségolène, Colvez Alain, Henrard Jean-Claude - Handicap et vieillissement - INSERM - Paris - 1996 - 332 pages -

individuelle à la personne mais également la participation des différents partenaires aux actions collectives menées par le pôle.

Selon le directeur-adjoint de la Direction de la Solidarité du Conseil Général du Haut-Rhin, "le pôle est un mode d'organisation évolutif en ce sens que les objectifs qu'il poursuit permettent une meilleure connaissance du champ gérontologique dans sa diversité et sa richesse"<sup>81</sup>. Il permet plus de débats et plus d'échanges entre professionnels. Les travailleurs sociaux peuvent, dans ce cadre, harmoniser leurs pratiques professionnelles en adoptant une approche de travail plus collective. L'instauration de ces pôles est de nature à mieux informer la personne âgée et son entourage par la réalisation de guides d'information qui rendent celle-ci accessible au plus grand nombre. Les animateurs de ces instances locales peuvent ainsi recenser et analyser les besoins des personnes âgées, qui sont retravaillés au plan départemental dans le cadre du dispositif départemental dans lequel les membres des instances locales ont leur expérience de terrain à apporter...

En Charente-Maritime, l'organisation en DETAS serait de nature à favoriser la constitution des pôles gérontologiques. Chaque DETAS couvre un territoire sur lequel la population âgée est plus ou moins importante. (Voir annexe 3). Les DETAS constituent une force incontestable et incontestée dans l'expression du pouvoir délocalisé. Elles sont le lieu de connaissances des problématiques et elles ont la capacité de décision (donc d'intervention) au plus près des usagers.

Nous savons, et cela reste confirmé par la circulaire portant expérimentation des CLIC (Centres locaux d'information et de coordination), que le bassin de vie intégrant un pôle gérontologique devrait prendre en charge une population âgée de plus de 60 ans comprise entre 10 000 personnes en milieu rural et 15 000 personnes en milieu urbain.

Cette répartition ne correspond qu'imparfaitement au découpage traditionnel par canton (à l'exemple du découpage du Haut-Rhin) ou par "pays". Ainsi, à l'image du Bureau d'Information et de Coordination Gérontologique de Lunel (Hérault), qui, selon le directeur de l'hôpital de Lunel, initiateur du projet, est "un lieu d'accueil, d'écoute, d'information et d'orientation pour la personne âgée, sa famille et

les professionnels, mais aussi un lieu d'évaluation de la situation de la personne dans son environnement, puis un lieu d'élaboration d'un plan d'aide en collaboration étroite avec le secteur médical et social"<sup>82</sup>, il s'agit de mettre en place un échelon de proximité conçu comme un véritable lieu d'accueil et d'écoute des personnes en perte d'autonomie et de leur famille afin d'offrir les réponses appropriées et de mettre en œuvre les services nécessaires.

A travers l'expérimentation des CLIC, la Direction des Affaires Sociales (DAS) a retenu cette idée. Les CLIC seront installés pour permettre aux personnes âgées menacées de perte d'autonomie et à leur famille "d'exposer leurs inquiétudes et d'obtenir des informations répondant à leurs besoins"<sup>83</sup>. Vingt cinq sites pilotes ont été désignés correspondant à des projets émanant aussi bien de CCAS, d'associations, que de départements. Il convient de s'inscrire dans cette perspective et, au sein de l'organisation départementale avec les partenaires concernés, de développer leur création.

L'installation des CLIC répond, en effet, à la volonté de disposer d'un réseau national d'information, d'aide de proximité correctement implanté, clairement identifié par les usagers comme le "lieu-ressource" où l'information dont ont besoin les personnes âgées et leur entourage, est disponible. L'agglomération, le canton ou le regroupement de cantons devraient être le périmètre le plus fréquent d'une telle sectorisation en tenant compte des réalités de terrain et notamment des formes de coopération intercommunale en voie de développement rapide. Un cahier des charges détaillé résultera de l'observation des 25 sites expérimentaux et de l'évaluation de leurs actions. Il servira de base à la délivrance d'un label CLIC. (Annexe 4). A terme, c'est à un niveau de labellisation 3 que doivent tendre tous les CLIC.

Il semble que les pouvoirs publics aient tenu compte des expériences des réseaux gérontologiques existants et des limites qu'elles ont fait apparaître. Sans sortir totalement d'un modèle de coordination décrétée, la circulaire introduit la liberté d'action des acteurs.

Il est en effet, précisé que "l'Etat n'a pas vocation à faire directement mais

---

<sup>81</sup> Actes du Colloque de Strasbourg - "La personne âgée au coeur de la coordination institutionnelle - sept. 99 - p. 59

<sup>82</sup> in "Vieillir en France" - Réf. 17 - p. 43

<sup>83</sup> Circulaire DAS du 6 juin 2000 relative aux CLIC

à inciter, à mettre en cohérence, à garantir l'égalité d'accès et la pérennité de dispositifs de prise en charge : ses apports financiers doivent aider à la diffusion de formules de coordination de proximité éprouvées, susciter et structurer la fédération d'un réseau national ; par conséquent l'ensemble des autres financements disponibles devra être sollicité (CCAS, conseils généraux, caisses de retraite, fonds d'aide à la qualité des soins de ville destinés aux réseaux de soins coordonnés...) et le sera d'autant mieux que les partenaires auront la garantie du respect de procédures et de bonnes pratiques, définissant les comportements jugés par consensus comme ceux à suivre et à développer".

*Examinons comment les expérimentations en place dans le département sont concrètement traduites.*

### **III.2.3 S'associer au développement des réseaux**

A ce jour le Conseil Général de Charente-Maritime soutient la mise en place de deux projets expérimentaux de réseaux de soins dans le département ; leur concept est identique et leur mise en œuvre ne semble pas facilitée par le contexte local.

Les deux projets reposent sur l'objectif de permettre à la personne âgée de maintenir ses potentiels physiques et psychiques chez elle, le plus longtemps possible.

Qu'il soit projeté par la MSA pour l'un et qu'ils soient tous les deux cofinancés par la CRAMCO, ils ont reçu la certitude du département de bénéficier de la présence de travailleurs sociaux dans les équipes de coordination.

#### **L'URML : un projet centré sur le médecin.**

L'union régionale des médecins libéraux (URML), a proposé la création de sites de coordination gérontologique animés par des médecins.

L'objectif étant selon le docteur Bataillon, chargé de mission auprès de l'URML, de couvrir à terme l'ensemble du département en y associant d'une part les acteurs paramédicaux et les structures de soins existantes et d'autre part le conseil général par l'intermédiaire des travailleurs sociaux.

L'URML propose que cet effort de coordination ne porte que sur cinq à huit

patients par médecin dans un premier temps, puisque cette opération revêt un caractère expérimental et qu'il convient de pouvoir en évaluer les résultats.

Les critères retenus pour la sélection des patients reposent tout d'abord, sur le patient lui-même (volontariat/GIR 1 à 4/perspective de prise en charge inscrite dans la durée c'est à dire que l'on écarte les patients en fin de vie/environnement familial et institutionnel favorable). Ils reposent également sur l'accord des professionnels intervenant chez le patient. La présence des travailleurs sociaux se justifie par l'objectif même de cette coordination résidant dans le souhait de mettre en articulation la prise en charge effectuée d'un point de vue médical et celle opérée d'un point de vue social.

Cette expérience devrait être l'occasion de dresser le bilan des carences et dysfonctionnements dans le traitement de la dépendance des personnes âgées à domicile et par suite de démontrer les bienfaits d'une telle coordination au niveau local tant au regard de la perception du patient que de celle des professionnels.

On peut noter à travers la lecture des objectifs définis par l'URML, la prédominance médicale donnée au projet. C'est le médecin qui est au centre du dispositif et non la personne âgée. C'est lui en particulier qui décide de l'intégration des personnes. Le fait d'employer la grille RAI et non la grille AGGIR devrait également constituer un frein dans le fonctionnement de ce réseau, les autres acteurs devant employer par ailleurs, une autre grille d'évaluation. Le financement du réseau au terme de l'expérimentation n'est pas résolu et posera la question de sa pérennité.

Ces observations ont également été formulées par les délégués territoriaux concernés par le projet. La participation du travailleur social spécialisé de la DETAS aux réunions de coordination n'est pas remise en cause, mais elle devra être intégrée dans la réflexion globale de la démarche de coordination.

### **La MSA : un projet centré sur la démarche de soins.**

La Mutualité Sociale Agricole (MSA) a proposé, quant à elle, dans le cadre de l'ordonnance relative aux filières et réseaux de soins, un projet de "réseau gériatrique de soins".



La "Commission Soubie" a donné son feu vert à cette expérimentation de prise en charge "innovante" de la dépendance, ouverte à l'ensemble des ressortissants des différents régimes d'assurance maladie.

Maillon essentiel du réseau, l'hôpital de proximité est l'endroit où est effectué le bilan gériatrique nécessaire à l'entrée de la personne âgée dans le dispositif. Réalisé par et sous la responsabilité du médecin traitant, le bilan gériatrique implique l'intervention de personnels paramédicaux de l'hôpital et permet de dresser l'état le plus exact possible des déficiences fonctionnelles et de la dépendance.

La personne âgée entrant dans le réseau s'engage à contacter le médecin généraliste qu'elle a choisi, pour toute demande de soins, et à ne pas faire appel à d'autres professionnels que ceux intervenant dans le cadre du réseau.

Le médecin généraliste est, là encore, le pivot du dispositif. Coordinateur du réseau pour ses patients, il réunit, dans les quarante-huit heures qui suivent le bilan initial, l'ensemble des acteurs du réseau : l'assistante sociale, les paramédicaux ayant contribué au bilan gériatrique et l'ensemble des professionnels de santé appelés à intervenir auprès de la personne dépendante.

La gestion de ce réseau repose sur une association loi 1901 rassemblant les acteurs de terrain et les décideurs locaux (hôpital de proximité, médecins généralistes, paramédicaux, établissements sanitaires privés, structures d'hébergement de personnes âgées, caisses d'assurance maladie, Conseil Général, associations intervenants à domicile...).

Le site retenu en Charente-Maritime est centré sur le centre hospitalier général de Jonzac et regroupe 7 cantons. Ce site fédère 70 % des médecins généralistes du secteur et a présenté une convention signée avec le Conseil Général faisant apparaître la participation de ce dernier au volet social. La caisse régionale d'assurance maladie jouera le rôle de caisse pivot et assurera le lien entre le secrétariat de l'association et les différents régimes concernés par la prise en charge des assurés adhérant au réseau.

Le projet de Haute-Saintonge repose sur l'adhésion d'un grand nombre de médecins généralistes, rouages indispensables au fonctionnement d'un

réseau. Il repose également sur la participation des professions paramédicales, des associations de services, de directeurs d'établissements, regroupés auparavant dans une association de coordination.

Des réalisations sont à l'actif de cette association, comme la conception et la distribution de plaquettes d'information. L'esprit "réseau" est présent et il me semble cohérent d'utiliser cet acquis pour pérenniser le projet.

### **La CAF : un projet d'action sociale collective**

Une autre initiative est issue de la mise en œuvre de la convention cadre signée en février 1996 entre la CAF et le Conseil Général, et où il est prévu que la CAF doit assurer entre autres, les missions de développement social local.

Dans ce cadre, avec la DETAS du Pays d'Aunis, une étude a été réalisée sur la communauté de communes de Courçon, nouvellement créée, faisant apparaître un besoin de coordination gérontologique.

Un groupe de pilotage a été constitué, auquel je viens d'être associé.

Les objectifs ne sont pas clairement définis, sachant que les partenaires locaux en sont encore aux prémices de la définition des besoins et des moyens à mettre en œuvre.

Cette initiative doit se traduire par la signature d'un contrat d'objectifs comportant plusieurs volets - dont la coordination gérontologique, entre le Président de la communauté de communes, la CAF et le Président du Conseil Général.

Même si l'on peut s'interroger sur la compétence de la CAF en matière de coordination gérontologique, la participation à cette opération m'apparaît intéressante, car elle s'inscrit complètement dans le cadre de l'action sociale collective.

*S'associer à ces expérimentations répond à la volonté de dynamiser les réseaux. Même s'il est possible de considérer qu'ils ne répondent que partiellement à la demande de la personne âgée dépendante, ils ont le mérite d'exister et dans ce cadre, ils s'inscrivent dans une stratégie objective d'alliance et constituent, par le biais du fonctionnement en équipe pluridisciplinaire, autant de leviers pour l'élaboration d'une culture commune de la coordination.*

### **III.3 - FORMALISER LA DEMARCHE**

Au préalable, il m'apparaît fondamental d'obtenir l'autorisation du Président du Conseil Général afin de s'engager dans une démarche de coordination. Un rapport devra donc lui être soumis, présentant les axes d'une politique départementale en faveur des personnes âgées dépendantes. Les objectifs et les enjeux de la coordination y seront définis, ainsi que le coût financier induit. Il est bien évident, dans ce contexte, que l'adhésion des autres partenaires hiérarchiques, associés ou divers est également requise.

Le projet s'établit sur les actions suivantes :

#### **III.3.1 Installer et piloter l'instance de coordination départementale**

Cette démarche s'appuiera sur la convention signée le 11 juin 1998 dans le cadre de la mise en œuvre de la PSD.

Cette convention est limitée dans son application à la gestion du dispositif de la PSD. Il m'apparaît opportun que les signataires se rencontrent, conformément à l'article 2 de la dite convention, au sein d'un comité de pilotage.

Les partenaires ont été désignés lors de la signature de la convention entre le Conseil Général, la CRAMCO et les principales caisses de retraite.

Ce sera l'occasion de "dessiner" un projet de coordination découlant d'une volonté commune, sans que pour autant chaque acteur ait l'impression de perdre une partie de son pouvoir.

Ce projet repose sur des éléments dynamiques couvrant le territoire départemental. Il permet de se situer au-delà d'une simple harmonisation ou concertation, telle qu'entendue par la convention du 11 juin 1998. En ce sens c'est une démarche active et participative pour laquelle il n'est pas facile de démontrer les retombées immédiates en terme d'économie et de qualité.

Cependant, à terme, l'action ainsi considérée, serait de nature à briser les habitudes, les contraintes, à lever les freins, les résistances... et ne pas y participer pourrait se révéler préjudiciable pour l'institution restée en dehors.

Une fois engagés, les partenaires dégageront une phase de diagnostic et d'analyse des projets existants.

Cet "état des lieux" sera l'occasion de cerner la motivation des partenaires pressentis, d'évaluer les forces et les faiblesses d'un projet de coordination, de comptabiliser et d'analyser les réseaux du département.

Intitulée "Comité départemental de coordination gérontologique", cette instance sera articulée autour des structures suivantes :

### **Le comité de pilotage départemental :**

Sa composition se veut volontairement restreinte aux principaux financeurs et décideurs de l'action sociale gérontologique.

Cela répond à deux objectifs :

- tenter d'harmoniser les décisions importantes prises par l'ensemble des partenaires visées dans l'exercice de leurs fonctions.

- être en mesure de répercuter les nouvelles législations dans des conditions optimales et parvenir ainsi à une meilleure application des dispositifs, quitte à les adapter au niveau départemental.

Ce comité comprend les représentants du département, de l'Etat, des organismes de sécurité sociale et un représentant des principales communes. Au niveau du département, les acteurs institutionnels articulent leur partenariat autour de grands projets en s'appuyant sur les pôles gérontologiques installés au niveau local. Poursuivant la démarche d'observation initiée dans le cadre du schéma ou de toute autre action d'évaluation et de prospective, ce comité définit les conditions favorables à une démarche d'observation partagée et assure la permanence dans la conduite des travaux engagés.

- Il valide les axes de recherche et le cadre méthodologique général.

- Il discute et entérine le diagnostic social découlant des études menées et des projets engagés au niveau local.

- Il arrête les grandes orientations d'un schéma départemental.

Il convient de rappeler que ce comité ne dispose pas de pouvoir au sens juridique, il n'édicte pas d'actes et il ne signe pas de contrats, c'est un organe d'impulsion et de réflexion, dont l'animation m'incombera principalement.

Ce comité sera relayé par deux structures de réflexion et d'exécution.

### **Le comité technique :**

Organe fonctionnel assurant l'organisation et le relais entre le comité de pilotage et les groupes de travail, le comité technique, émanation du comité de pilotage, comprend les représentants des services de référence pour les personnes âgées ainsi que les personnes-ressources des institutions représentées dans le comité de pilotage, les personnes chargées du pilotage des différents groupes de travail et les responsables des pôles gérontologiques.

Ce comité supervise le travail des groupes de travail, synthétise les informations recueillies, et propose un diagnostic complet assorti de propositions au comité de pilotage qui pourra se prononcer.

### **Les groupes de travail :**

Ils associent, autour de thèmes qui sont arrêtés par le comité de pilotage, les représentants d'associations dans tous les domaines : en matière sociale, en matière d'accès aux transports publics, à l'habitat, à la politique culturelle, en matière de prévention de l'isolement, de prévention de la dépendance, ...

Ces groupes de travail tenteront de réunir également les représentants d'établissements sanitaires et sociaux.

Le nombre de participants dans chaque groupe sera limité afin que la dimension opérationnelle soit respectée.

## **III.3.2 Elaborer un schéma départemental**

Le département est caractérisé par l'absence de schéma départemental des établissements et services.

Ce document qui doit être signé conjointement par le Président du Conseil Général et le préfet n'est pas publié. Le Président du Conseil Général n'a pas souhaité, en effet, s'engager dans une programmation financière dans la mesure où l'Etat ne s'engageait pas sur le même terme et à des montants suffisants.

Ce point de vue, qui n'est pas particulier à la Charente-Maritime, est le résultat des conflits de pouvoir et de la maîtrise des engagements financiers, que se livrent, depuis la mise en place de la décentralisation, les élus et le représentant de l'Etat.

Le schéma départemental des établissements et services sociaux et médico-sociaux peut être défini comme un document d'observation, d'orientation et de perspective. Il doit permettre de dégager "des propositions d'action afin d'améliorer et de renforcer l'aide en faveur des personnes âgées, ceci de manière coordonnée et en articulation avec l'ensemble des acteurs concernés"<sup>84</sup>.

L'élaboration d'un tel document est l'occasion de réunir les acteurs de l'action gérontologique au sein du comité de pilotage, comité technique ou groupe de travail, créé dans le cadre de la coordination départementale. Ce travail de réflexion, d'analyse et de proposition peut s'appuyer sur des enquêtes sur le terrain afin d'identifier les besoins. La préparation du schéma est l'occasion de régler les difficultés liées à la circulation de l'information, tout d'abord entre les partenaires eux-mêmes, puis entre les partenaires et les personnes âgées.

Le schéma des Pyrénées Atlantiques fait, par exemple, apparaître les contraintes que doit respecter le département quand il s'engage dans une démarche d'élaboration de schéma. Les premières contraintes sont imposées par le cadre juridique, postérieur aux lois de décentralisation. Le schéma met en avant le fait que, dans une phase de concertation, le Conseil Général doit respecter le cadre fixé par la loi, même si celui-ci peut constituer un frein à une action cohérente.

En effet, ces lois ont confié une compétence de droit commun en la matière au département, sans enlever aux autres institutions leur pouvoir, entraînant un éparpillement institutionnel, et nécessitant un effort de coordination. Le département est responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre du schéma, mais son action doit s'inscrire dans une logique de concertation avec ses partenaires légitimes.

Ce schéma doit ensuite tenir compte des contraintes budgétaires. Toute évolution en matière d'action gérontologique doit être entreprise avec ce souci qui préoccupe tous les partenaires financiers du département.

---

<sup>84</sup> Schéma départemental en faveur des personnes âgées - nov. 1999 - Pyrénées Atlantiques

Enfin, le document doit être suffisamment "souple" pour intégrer aisément l'évolution législative et réglementaire en matière de prise en charge de la dépendance (exemple : la tarification des EHPAD).

Par ailleurs, l'intérêt du schéma réside dans ce qu'il permet d'élargir le champ de réflexion des acteurs en dépassant l'étude des seuls besoins. Il peut être un document de base pour l'aménagement du territoire ou la reconstruction des liens sociaux (notamment en milieu rural). Ce devrait être l'occasion en particulier d'articuler l'offre d'accueil en établissements et le maintien à domicile. Le développement de places d'accueil de jour, d'hébergement temporaire, favorise l'ouverture des structures d'hébergement sur l'extérieur. Ce peut être l'occasion également de promouvoir de nouvelles formes de prise en charge de la dépendance entre établissement et domicile, comme dans le sanitaire avec l'hospitalisation à domicile, voir l'émergence de nouveaux métiers comme ceux relatifs à la prise en charge du handicap. La promotion d'actions de prévention de la dépendance pourrait sûrement être intégrée à la démarche, comme par exemple, la promotion du programme "Equilibre". On ne pourra pas ainsi reprocher au schéma de n'être qu'un recensement des richesses et des manques.

Ce doit être également un outil d'aide à la décision pour amorcer une démarche efficace et durable de coordination gérontologique. En tenant compte de la complémentarité entre l'hébergement et le maintien à domicile, il est nécessaire d'asseoir le schéma sur des principes directeurs arrêtés avec les différents partenaires concernés.

Il doit en effet faire apparaître la situation des personnes âgées dans le département, en termes de condition et niveau de vie, de ressources, de santé, de modes de vie...

Il convient également de recenser l'ensemble des aides et des services existants en s'efforçant de décrire exhaustivement l'offre du département en matière de prise en charge des personnes âgées.

Cette information figure dans les différents schémas que j'ai examinés, mais elle s'avère souvent insuffisante. Cela peut résulter de la "frilosité" des partenaires à s'engager dans une politique coordonnée et transparente ou du manque d'ambition du travail de conception d'un schéma, dont tout le bénéfice reviendrait au département.

Sans que cela apparaisse directement, cette étape constitue la part la plus importante de ma stratégie. Elle devrait favoriser l'engagement des acteurs de l'action sociale gérontologique et donc de leur promptitude à répondre positivement à toute démarche volontaire de coordination.

Ce diagnostic en deux volets, où sont pointés les atouts et les dysfonctionnements du système de prise en charge des personnes âgées dans sa globalité, permet de dégager les orientations afin d'améliorer cette prise en charge. Les mesures envisagées, afin qu'elles ne restent pas qu'une incitation au changement, doivent engager les principaux financeurs de l'action sociale vieillesse.

A cet égard, la lecture du schéma des Pyrénées Atlantiques permet d'observer que toute mesure décidée dans le cadre d'un schéma départemental doit respecter des conditions préalables :

- une capacité à communiquer et à informer
- une capacité à évaluer les dispositions retenues en tenant compte de la diversité du territoire, des besoins et des contraintes qui se manifestent au niveau local, et de leur évolution.

Il est possible, par ailleurs, d'éviter le "piège" d'une programmation reposant sur un engagement "a minima" des partenaires financiers. Et plus particulièrement pour ce qui concerne les structures d'hébergement pour personnes âgées dont la construction est souvent souhaitée par les élus locaux. Une gestion informatisée des flux de demandes d'hébergement permet, par exemple, de connaître assez précisément l'évolution de l'offre et la demande sur un secteur donné.

Cette expérience a été mise en place dans le département de l'Ille et Vilaine. Chaque établissement d'accueil de personnes âgées renvoie systématiquement et mensuellement, les entrées et sorties de la structure ainsi que les demandes nominatives d'entrée. Un programme informatique permet de lire ensuite, à l'échelon d'une commune, d'un canton ou d'un secteur, sur une période donnée, les mouvements réels d'entrées et de sorties en établissements.



Ainsi, à un maire qui sollicite la construction d'un établissement, est-il possible de préciser :

- le nombre de personnes âgées de sa commune ayant sollicité une place d'hébergement,
- la structure qu'elles ont choisie en priorité,
- la période d'attente avant intégration,
- la provenance géographique des personnes âgées entrant dans l'établissement le plus proche.

Ce programme, dont les performances sont limitées (historique à créer, saisie importante, marge d'erreur significative) présente néanmoins l'avantage de pouvoir dresser précisément la carte des mouvements des personnes âgées sur une zone considérée.

Outil d'aide à la décision, et conçu comme élément de concertation avec les autres partenaires, il permet de gérer l'évolution des demandes dans une démarche non programmatique. Il présente également l'avantage de tenir compte de l'évolution de la demande des personnes âgées en maîtrisant les contraintes d'un effet mécanique généré par l'augmentation des naissances après la première guerre mondiale.

### **III.3.3 Installer des conseillers en gérontologie**

Comme dans le département de l'Ille et Vilaine, à travers la création des CODEM (Comité d'Observation de la Dépendance et de la Médiation), il convient de relayer l'instance départementale par des instances locales.

En Ille et Vilaine, les CODEM ont été constitués, sur la base de réseaux existants ou en cours de création.

Le relais local peut être soit :

- un directeur de CCAS en site urbain,
- un directeur d'établissement en site rural,
- un coordinateur gérontologique départemental.

Nous sommes, en Ille et Vilaine, dans le cadre d'un fonctionnement "à priori" de la coordination. La structure est créée sans tenir compte de l'expression d'un besoin clairement exprimé.

Le directeur du CCAS développera le réseau au regard de ses préoccupations et notamment en matière de logement. Le directeur d'établissement se montrera intéressé par les logiques d'hébergement et le coordinateur personnes âgées par la pérennité de son poste.

A aucun moment, la globalité de la réponse à apporter à la personne n'est conçue comme une priorité et sur la base d'un territoire pertinent. Toutefois, il me semble possible d'animer les pôles gérontologiques par des conseillers en gérontologie à l'image de l'expérience menée dans le Territoire de Belfort et dans l'esprit de la circulaire sur les CLIC.

Dans ce département, le conseiller en gérontologie est un travailleur social spécialisé, de formation initiale d'assistant social, d'infirmier ou de conseiller en économie sociale et familiale, motivé par le travail avec les personnes âgées. Il s'est spécialisé dans le cadre de la formation continue, dans l'approche des questions liées au vieillissement. La mission qui lui a été confiée au départ est double :

- l'une est directement liée à la gestion de cas individuels :

\* accueil et information (par une permanence largement ouverte au public),

\* évaluation globale de la situation par des visites à domicile, sur le lieu de vie de la personne âgée, et à apporter une réponse personnalisée (dispositif PSD),

\* coordonner les interventions des services de soutien à domicile (services prestataires ou mandataires - SIAD - autres),

\* gérer les placements familiaux.

- l'autre implique l'organisation d'actions collectives au niveau du bassin couvert par le pôle gérontologique.

Le conseiller en gérontologie se situe au sein d'un réseau très large, en partenariat avec de nombreux professionnels. Il s'adresse à une personne (la personne âgée) elle-même inscrite dans un réseau social. Au niveau du Conseil Général, le conseiller en gérontologie présente la personne âgée à aider. Il rapporte le niveau de dépendance. Il valorise le plan d'aide et le propose à la commission. Il participe à la décision finale d'attribution après vérification des ressources par le contrôleur de l'aide sociale.

En Charente-Maritime, à l'image de ce qui a été installé dans le territoire de Belfort, et en application de la circulaire des CLIC, dans le cadre d'une concertation avec les partenaires locaux et en particulier les CCAS, je propose donc de créer un poste de conseiller gérontologique par DETAS, avec comme objectif initial de recenser les besoins et moyens existant sur le secteur. Relais de la coordination départementale et de la démarche de schéma, son rôle s'inscrit en complémentarité de la mise en œuvre du dispositif de la PSD et de l'accueil familial.

Le recrutement sera envisagé de plus dans le cadre de la réflexion sur l'évolution du dispositif PSD. La réforme de la PSD introduisant, en effet, des conditions d'accès plus favorables aux personnes âgées (relèvement du plafond de ressources, du seuil de recours sur donations, prise en charge du GIR 4), il est évident que la charge supplémentaire induite nécessitera de nouveaux moyens en personnel.

### **III.4 - COUT ET EVALUATION**

#### **III.4.1 Calendrier**

La mise en œuvre de ce programme d'action peut s'effectuer suivant le calendrier suivant :

- s'associer aux réseaux : immédiat
- installation du comité départemental de coordination gérontologique : premier trimestre 2001.
- démarche de schéma départemental : deuxième trimestre 2001.
- mise en route d'un logiciel d'analyse des flux des entrées et sorties en établissement : 2001.
- création des CLIC et de postes de conseillers gérontologiques : 2002

#### **III.4.2 Coût**

Il est difficile d'appréhender les coûts directs et indirects de la mise en œuvre de ce plan d'action.

L'installation du comité départemental de coordination, ainsi que l'instauration de la démarche de schéma ne comporte pas de coût en personnel particulier.

Le coût administratif (courriers, rapports) difficilement chiffrable devra être supporté sur le budget du service.

Mettre en place une démarche de schéma est un processus de longue haleine, reposant sur le respect d'étapes qui ne pourront être définies qu'une fois les partenaires réunis et d'accord sur les objectifs.

La création d'un logiciel d'analyse des jeux d'entrée et sortie des structures d'hébergement, peut être liée à une concertation établie et définie par le comité départemental. Comme en Ile et Vilaine, le service que je gère peut assurer cette tâche. Le poste informatique existe et l'agent chargé du CIDHPA peut assurer cette mission.

Cela serait d'autant plus aisé, si les missions du CIDHPA étaient, en partie, assurées par les DETAS, dans la perspective de la création de postes de conseillers gérontologiques.

Il est certain, par ailleurs, que la participation des travailleurs sociaux spécialisés aux réunions de coordination des réseaux expérimentaux nécessite du temps qu'il est possible d'évaluer.

Réseau URML : 3 réunions d'évaluation par an de 3 heures par patient suivi.

3 heures X 40 patients X 3 fois = 360 heures

1 réunion mensuelle

+ réunions diverses (préparation, comité de pilotage, etc.)

Soit un total de 416 heures correspondant à 0,25 agents ETP, réparti sur les 7 délégations territoriales.

Il peut être admis que le temps d'évaluation est déjà compris dans la charge de travail du travailleur social spécialisé.

## Réseau MSA

1 réunion mensuelle

3 réunions d'évaluation

autres réunions

Il est difficile de déterminer le nombre d'heures car à la différence du projet URML, le nombre de personnes âgées intégrées dans le dispositif n'est pas connu. Au pire, il est possible d'imaginer que le nombre de personnes âgées par médecin ne dépassera pas le nombre fixé par l'URML soit 5 personnes âgées/médecin.

Sachant qu'une vingtaine de médecins participe actuellement au réseau, nous obtiendrons :

3 heures X 100 patients X 3 fois = 900 heures

3 heures X 12 mois = 36 heures

autres réunions = 20 heures

---

956 heures

Soit 0,59 agents ETP réparti sur une seule délégation.

Il apparaît normal de recruter cet agent dès lors que l'expérience est commencée, sur la base du recrutement des conseillers en gérontologie développée par ailleurs.

Le recrutement de conseillers gérontologiques et le budget de fonctionnement nécessaire peut être appréhendé ainsi :

- 1 conseiller en gérontologie par délégation soit 7 postes de "travailleurs sociaux spécialisés" recrutés sur la base d'une qualification d'IDE, assistant socio-éducatif (assistante sociale) ou conseiller en économie sociale et familiale, en milieu de carrière, soit par poste (charges sociales et primes comprises) : 225 000 F.

Le coût de fonctionnement en année pleine comprend :

- acquisition de matériel informatique : 15 000 F par poste

- frais de déplacement : 5 000 F/an (véhicule de service utilisé)

- fournitures de bureau : 6 000 F/an

- frais de gestion courante (téléphone, affranchissement) : 5 000 F/an.

Un financement dans le cadre de l'expérimentation des CLIC sera recherché.

Une réflexion sera menée sur le rattachement hiérarchique des conseillers. Devront-ils être placés sous l'autorité des délégués territoriaux au titre de la proximité et des activités effectuées par ailleurs, ou sous mon autorité au titre de la coordination gérontologique ? Actuellement, le travailleur social spécialisé dépend du délégué territorial pour ce qui concerne la PSD et de mon service pour l'accueil familial.

Le problème de locaux ne doit pas non plus, être évacué. Dans chaque DETAS, le travailleur social spécialisé dispose d'un bureau - parfois trop étroit - et une concertation avec le délégué territorial sera nécessaire pour que soient attribués aux deux "travailleurs sociaux spécialisés", un bureau plus important permettant l'accueil du public.

Enfin, il convient de prévoir un volet concernant la formation du personnel. Dans ce cadre, une réflexion particulière sera menée avec le Centre National de la Fonction Publique Territoriale (CNFPT).

Un tableau récapitulatif général des engagements financiers figure en annexe 5.

### **III.4.3 Evaluation**

Une fois les objectifs de la coordination acceptés et mis en œuvre par les partenaires au travers des différentes actions développées, il reste à en vérifier l'effectivité. Il est indispensable, en effet, de suivre au plus près l'avancée de la réflexion et de l'action.

La procédure d'évaluation du fonctionnement de la coordination peut être réalisée par le comité départemental de la coordination. Ce comité serait alors chargé d'élaborer un référentiel portant sur l'appréciation de l'efficacité et l'efficience des actions engagées.

Il s'agit de mesurer l'évolution au plan départemental du travail des groupes de réflexion mais également au niveau local la traduction factuelle des mesures mises en œuvre (fréquentation des lieux d'accueil, origine des appels, services demandés, etc.).

Les "principes d'évaluation des réseaux de santé" développés par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), permettent de dégager un certain nombre d'axes qui pourraient être appliqués à la coordination gérontologique. L'évaluation des actions de coordination doit, en effet, répondre à six questions d'égale importance :

- La coordination atteint-elle ses objectifs ?
- Quelle est la qualité des processus mis en œuvre et des résultats atteints ?
- Quel est l'apport de l'organisation en réseau dans le degré d'atteinte des objectifs, la qualité des processus et les résultats ?
- Quels sont les coûts engendrés par la coordination ?
- Quels sont les effets indirects induits par l'organisation ?

Chacune des questions est distincte et non exclusive des autres. Elle suppose une série d'indicateurs permettant de représenter de façon claire une réalité complexe. Ces indicateurs doivent reposer sur leur pertinence en termes de description et d'interprétation, leur caractère comparable, leur fiabilité et leur inscription dans la durée.

La démarche d'évaluation consiste également à informer régulièrement les partenaires de l'état d'avancée du projet. Ainsi, documents officiels de communication, rapports d'activités seront-ils adressés systématiquement à l'ensemble des acteurs concernés.

L'évaluation et le suivi des personnes âgées ont fait l'objet d'études, en particulier dans les pays anglo-saxons, liées à la mise en place d'instances de coordination.

Les résultats ont fait apparaître :

- l'amélioration des scores des capacités fonctionnelles cognitives et d'humeur des personnes âgées de 35 % à 50 %.
- une diminution des hospitalisations en court séjour de 30 % environ avec des durées d'hospitalisation réduites,
- une diminution de plus de 20 % par an, des dépenses relatives aux hospitalisations et aux hébergements médico-sociaux.
- une réduction de la mortalité de 25 % à 5 %<sup>85</sup>.

---

<sup>85</sup> Catherine Pion - "création d'un réseau gérontologique en milieu rural" - L'infirmière en gériatrie - N° 11  
Guy MARY – Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - 2001

## CONCLUSION

Au terme de ce mémoire, nous avons pu nous apercevoir qu'en Charente-Maritime, la population âgée était importante. Concentrée sur la bande côtière et dans les villes, dotée de revenus conséquents, elle n'aspire qu'à vivre de façon autonome et dynamique sans qu'on la stigmatise par une appellation particulière.

En milieu rural, où la désertification est plus marquée, la condition des femmes seules, veuves agricoles bien souvent, apparaît plus délicate. L'isolement, la pauvreté y sont plus fréquents.

Les situations de dépendance nivellent tout. Que l'on soit riche ou pauvre, en ville ou à la campagne, la dépendance - vécue comme une déchéance personnelle - fait entrer dans un autre univers.

Si elle était déjà l'objet d'enjeux importants auparavant, la personne âgée, quand elle devient dépendante, est confrontée à des dispositifs dont les objectifs et les mécanismes ne lui sont plus accessibles.

Les acteurs de la dépendance sont animés de logiques différentes, qui parfois s'opposent et souvent se neutralisent dans des logiques complexes.

Nous avons pu en effet, constater qu'entre le médecin promouvant une démarche de soins, l'IDE située dans l'accompagnement, les prestataires de services et directeurs d'établissements privés servant une logique économique, les directeurs d'établissements publics se réclamant d'une mission de service public, la coordination était difficile car ne reposant pas sur la définition d'une culture commune, sur l'objectif à atteindre au regard de la demande de la personne âgée.

A travers l'approche de la complexité et comme nous y invite Edgar Morin, j'ai appris à "combattre deux illusions, celle de croire que la complexité conduit à l'élimination de la simplicité et celle consistant à confondre complexité et complétude"<sup>86</sup>. La connaissance complète est impossible, "le total est non-vérité"<sup>87</sup>.

---

Cité par Lydie Rouille - mémoire CAFDES - 1998

<sup>86</sup> Edgar Morin - Réf. 18 - p. 11

<sup>87</sup> Edgar Morin - Réf. 18 - p. 93



Fort de ces enseignements, j'ai construit un plan d'action.

En Charente-Maritime, une longue expérience de l'action sociale collective, permet d'envisager concrètement les bases d'une coordination de l'action gérontologique, malgré les difficultés liées aux enjeux de pouvoirs entre les différents partenaires institutionnels de l'action gérontologique.

Centré sur la globalité de la réponse à apporter à la personne âgée, le dispositif que je propose, s'établit sur une articulation de la coordination à plusieurs niveaux. Le niveau départemental doit traiter de l'organisation, de la réflexion, de l'évaluation de la coordination. Ce niveau doit être impérativement relayé par des instances locales - calquées sur les CLIC.

Un des premiers objectifs qui doit être développé est celui de l'instauration d'un schéma départemental. Conçu comme un outil de la coordination, il a pour finalité de rassembler les énergies autour de la demande de la personne âgée, et dans une connaissance des problèmes liés à la dépendance, de poser les bases d'une culture commune des réponses à y apporter. Cette culture gérontologique ne trouvera son véritable sens qu'à travers le fonctionnement d'équipes pluridisciplinaires au sein des réseaux.

Au regard des enjeux assignés à la coordination, cet objectif peut apparaître dérisoire, tout en étant difficile à réaliser. Sachant, toutefois, que les expériences précédentes d'élaboration départementale de schémas ont été vouées à l'échec, et que la coordination est souvent conçue comme un "challenge impossible", c'est un objectif qui, s'il est atteint, devrait permettre d'ouvrir d'autres perspectives.

Une coordination de l'action en faveur d'autres populations (enfants et adultes handicapés, enfants et adultes en difficulté sociale) conçue sur la même démarche pourrait être envisagée.

## BIBLIOGRAPHIE

### Textes législatifs et réglementaires

Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, JO, 3 janvier 1971.

Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, JO, 1er juillet 1975.

Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 17 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat, JO, 23 juillet 1983.

Loi n° 86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétence en matière d'aide sociale et de santé, JO, 8 janvier 1986.

Loi n° 89-475 du 10 juillet 1989 relative à l'accueil par des particuliers à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes, JO, 12 juillet 1989.

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JO, 2 août 1991.

Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la Sécurité Sociale, JO, 27 juillet 1994.

Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance, JO, 25 janvier 1997.

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

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Décret n° 97-427 du 28 avril 1997 fixant la composition et les attributions du CNCG, JO, 30 avril 1997.

Arrêté du 22 mai 1997, Cahier des charges prévu à l'article 1er de la loi du 24 janvier 1997 instituant une prestation spécifique dépendance.

Circulaire n° 5 AS du 5 février 1972 relative à la mise en place du programme

finalisé pour le maintien à domicile des personnes âgées.

Circulaire n° 9 AS du 28 janvier 1977 relative à la mise en place du programme d'action prioritaire n° 15 : Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées.

Circulaire du 7 avril 1982 relative aux retraités et personnes âgées : politique sociale et médico-sociale.

Circulaire DAS du 6 juin 2000 relative aux CLIC.

### **Rapports :**

Haut Comité consultatif de la population et de la famille, *Politique de la vieillesse*. Rapport de la Commission d'études des problèmes de la vieillesse, présidée par Pierre Laroque, la Documentation française, 1962.

Commissariat général du plan, *Vieillir demain*, Rapport du groupe de travail présidé par R. Lion pour la préparation du 7ème plan (1981-1985), La Documentation française, 1982.

Rapport *Les problèmes médicaux et sociaux posés par les personnes âgées dépendantes*, D. Benoist, Conseil Economique et social, 1985.

Rapport *Les personnes âgées dépendantes*, Théo Braun, La Documentation française, 1988.

Commissariat général du plan, *Dépendance et solidarités : mieux aider les personnes âgées*, Rapport de la commission présidée par Pierre Schopflin, La Documentation française, 1991.

Rapport, *La décentralisation en matière d'aide sociale*, de la Cour des Comptes au Président de la République, 1995.

Mutualité sociale agricole, *Projet d'organisation d'un réseau gérontologique*, Rapport, 1997.

Rapport du comité de pilotage de l'Année Internationale des personnes âgées, prés. M. Thierry, 1999.

*Vieillir en France : enjeux et besoins*, Paulette Guinchard-Kunstler, Rapport au Premier Ministre, septembre 1999.

Rapport du Comité National de la Coordination Gérontologique, 15 octobre 1999.

Rapport *L'aide personnalisée à l'autonomie, un nouveau droit fondé sur le principe d'égalité*, Jean-Pierre Sueur, mai 2000.

Rapport Vaisselle, *Proposition de loi tendant à l'institution de la prestation autonomie*, Sénat, 1997.

## Ouvrages généraux, revues, articles de presse :

**Amblard** Henri, Philippe Bernoux, Gilles Herreras, Yves-Frédéric Livian, *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Seuil, Paris, 1996, 245 pages.

**Aubry** Martine, discours de clôture l'Année Internationale de la Personne Agée, 30 novembre 1999.

**Aymé** Ségolène, **Colvez** Alain, **Henrard** Jean-Claude, *Handicap et vieillissement*, INSERM, Paris, 1995, 332 pages.

**Bertin** Evelyne, *Gérontologie, psychanalyse et déshumanisation, silence vieillesse*, l'Harmattan, Paris, 1999, 95 pages.

**Bodier** Marceline, *Les effets d'âge et de génération sur le niveau et la structure de consommation*, Economie et statistique n° 324-325.

**Bourdelaïs** Patrice, *L'âge de la vieillesse*, Editions Odile Jacob, Paris, 1993, 437 pages.

**Butler** Robert, *La révolution de la longévité*, Courrier UNESCO, 1999.

**Castel** Robert, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat* - Fayard - Paris - 1995 - 490 pages.

**Chambelland** Colette, *Vieillesse et dépendance*, TSA, n° 602, juin 1996.

**Colvez** Alain, **Ridez** Simone, **Royer** Anne-Charlotte, *Le vieillissement comme processus*, Revue française des affaires sociales, n° Hors Série, octobre 1997.

**Crozier** Michel, **Friedberg** Ehrard, *L'acteur et le système*. Seuil - Paris - 1977

**Delavallée** Eric, *Pour ne plus gérer sans la culture*, Revue française de gestion, septembre-octobre 1996, page 6.

**Ducalet** Philippe, *Le directeur, la qualité et le management des ressources humaines*, Le nouveau Mascaret, Revue n° 54, 4ème trimestre 1998.

**Dumas** Bernard, **Séguier** Michel, *Construire des actions collectives*, Chronique sociale, Lyon, septembre 1999, 226 pages.

**Ennuyer** Bernard, *La Coordination , un mythe ?*, Gérontologie, n° 113, janvier 2000.

**Génelot** Dominique, *Manager dans la complexité*, INSEP édition, Paris, 1992,

327 pages.

**Guillebaud** Stéphane, *La locomotive Poitou-Charentes*, Sud-Ouest, 7 juillet 1999

**Guillemard** Anne-Marie, *Le déclin du social*, PUF, 1986, 396 pages.

**Henrard** Jean-Claude, *Du rapport Laroque à la loi sur la prestation spécifique dépendance*, *Gérontologie et société*, n° 81, juin 1997.

**Herfray** Charlotte, *La Vieillesse : une interprétation psychanalytique*, Desclée de Brouwer, Paris, 1988, 229 pages.

INSEE n° 644, *La sociabilité des personnes âgées*, mai 1999.

**ION** Jacques, *Le travail social à l'épreuve du territoire*, *Pratiques sociales*, Privat, 1990, 174 pages.

**Larmignat** Valérie "Réseaux gérontologiques : Le temps de la maturité?" *ASH*, n° 2164, 28 avril 2000.

**Larrasquet** Jean-Marie, *Le management à l'épreuve du complexe*, l'Harmattan, Paris, 1999, 2 tomes, 599 pages, page 216.

**Lefevre** Patrice, *Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social*, Dunod, Paris, 1999, 305 pages.

**Legrand** Monique, **Schleret** Yves, *La coordination : des procédures, un processus*, in *vieillir dans la ville*, MIRE, l'Harmattan, 1992.

**Legrand** Monique, **Schleret** Yves, *La coordination : des procédures, un processus*, in *services urbains et personnes âgées dépendantes*, MIRE, l'Harmattan, 1991.

**Memmi** Albert, *La dépendance*, Gallimard, Paris, 1979, 199 pages.

**Morin** Edgar, *L'homme et la mort*, Seuil, Paris, 1970, 373 pages.

**Morin** Edgar, *Introduction à la pensée complexe*, ESF éditeur, Paris, 1990, 158 pages.

**Pitaud** Philippe, **Vercauteren** Richard, *Acteurs et enjeux de la gérontologie sociale*, Collection ERES, 143 pages.

Revue INSEE Poitou-Charentes, *Décimal*, juillet 1999; n° 196

**Rosanvallon** Pierre, *La nouvelle question sociale*, Le Seuil, Paris 1995, 223 pages.

**Tanguy-Mauffret** Martine, *La coordination gérontologique, Guide de réflexion et d'action*, Chronique sociale, Lyon, 1994, 201 pages.

**Thévenet** Maurice, *Le management participatif : un problème plutôt qu'une solution*, Revue française de gestion, 1er trimestre 1992.

*Travail social : l'envolée du collectif*, Journal Action Sociale, septembre 1999, page 19.

**Vaiss re** Marie-Gabrielle, *Les réseaux de soins : un effet de mode*, Lettre de l'Union, n  57, avril 1999.

**Veysset** Bernadette, *Dépendance et vieillissement*, Logiques sociales, l'Harmattan, 1989, 171 pages.

**Veysset-Puijalon** Bernadette et **Bouquet** Brigitte, *La coordination gérontologique : démarche d'hier, enjeu pour demain*, Fondation de France, Dijon, 1992, 163 pages.

### **Actes des collectivités territoriales et autres organismes :**

Règlement Départemental d'Aide Sociale du département de Charente-Maritime.

*La personne âgée au cœur de la coordination institutionnelle*, Actes du colloque de Strasbourg du 6 septembre 1999.

Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de Poitou-Charentes, (partie : pathologie du vieillissement), septembre 1999.

Schéma départemental en faveur des personnes âgées, Pyrénées Atlantiques, novembre 1999.

### **Mémoires :**

**Rouillé** Lydie : *La maison de retraite, pivot de la coordination cantonale du maintien à domicile*, IRTSA, CAFDES, 1998

## **ANNEXES**

**ANNEXE 1 : Accroissement de la part des personnes âgées dans la population totale.**

**ANNEXE 2 : Tableau récapitulatif des services d'intervention à domicile.**

**ANNEXE 3 : Répartition de la population âgée par Délégation Territoriale d'Action Sociale.**

**ANNEXE 4 : Les différents niveaux du label CLIC.**

**ANNEXE 5 : Récapitulatif général des engagements financiers**

### Accroissement de la part des personnes âgées dans la population totale

---

1995	60 ans ou plus :	20 %
	75 ans ou plus :	7 %
	85 ans ou plus :	1,8 %
2010	60 ans ou plus :	22,8 %
	75 ans ou plus :	8,9 %
	85 ans ou plus :	2,5 %
2050	60 ans ou plus :	33,7 %
	75 ans ou plus :	15,2 %
	85 ans ou plus :	6,9 %

Diverses sources INSEE

Ces projections ont été effectuées sur la base des indices moyens connus aujourd'hui (natalité, mortalité, PIB,...).



## ANNEXE 2

### Services d'intervention à domicile

Type de services	Autorisation	Agrément	Financement	Décision d'intervention	Qualification du personnel	Observations
Services de soins infirmiers à domicile	Préfet		Dotation de l'assurance maladie	Médecin traitant	Infirmières D.E. Aides-soignantes	
Services d'auxiliaires de vie	Préfet		Etat au titre de l'action sociale Personne âgée ou subsidiairement aide sociale	Personne âgée EMS dans le cadre de la PSD	agents titulaires du CAFAD, CAFAS et sans qualification	
Services d'aide à domicile		Agrément simple ou qualité	Personne âgée Organisme de sécurité sociale ou subsidiairement aide sociale	Personne âgée Assistante sociale de la caisse de retraite EMS dans le cadre de la PSD	agents titulaires du CAFAD, CAFAS et sans qualification	

Type de services	Autorisation	Agrément	Financement	Décision d'intervention	Qualification du personnel	Observations
Services d'aide ménagère		Agrément simple ou qualité	Personne âgée Organisme de sécurité sociale ou subsidiairement aide sociale	Personne âgée Assistante sociale de la caisse de retraite EMS dans le cadre de la PSD	agents titulaires du CAFAD, CAFAS et sans qualification	
Services mandataires		Agrément simple ou qualité	Personne âgée ou subsidiairement aide sociale PSD	Personne âgée	Aucun diplôme exigé	
Associations intermédiaires		Agrément simple ou qualité	Personne âgée ou subsidiairement aide sociale PSD	Personne âgée	Mise à disposition de personnes sans emploi	

## Répartition de la population âgée par Délégation Territoriale d'Action Sociale

Délégations	Population âgée de plus de 60 ans	% dans population totale	Population âgée de plus de 75 ans	% dans population totale	Population totale	Variation 90/99
Pays Rochelais	29 872	22,5	10 284	7,8	132 212	+ 17,84 %
Pays d'Aunis	11 592	20,5	4 344	7,7	56 558	+ 8,37 %
Pays Rochefortais	12 463	22,3	4 661	8,3	55 714	+ 3,12 %
Pays Vals de Saintonge	15 024	29,3	5 764	11,3	51 140	- 1,67 %
Pays Royan-Marennes-Oléron	31 593	32,3	11 570	11,8	97 788	+ 7,11 %
Pays Saintonge Romane	18 958	27,1	6 169	8,8	70 084	+ 4,06 %
Pays Haute Saintonge	14 071	22,1	6 637	10,4	63 733	- 1,84 %
Total	135 455	25,7	49 429	9,4	527 229	+ 5,43 %

Chiffre INSEE 1990

## Les différents niveaux du Label CLIC

---

**Label niveau 1** : il correspond aux missions d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux familles. Il suppose l'existence d'un local de permanence facilement repérable, d'un accueil téléphonique au-delà des heures ouvrables, d'une base de données compilant les demandes, les attentes, les besoins et les confrontant aux offres disponibles. Il doit proposer à la fois une information sur les aides et prestations disponibles ainsi que, chaque fois que possible, les dossiers de demande nécessaires à leur obtention et l'orientation de la personne âgée vers le dispositif d'offre de services approprié.

**Label niveau 2** : il prolonge le niveau 1 par les missions d'évaluation des besoins et d'élaboration du plan d'aide personnalisé en concertation avec la personne âgée et son entourage. La palette de services qu'il propose est partielle - groupes de paroles, actions de formation-information, actions de prévention - et le suivi de la mise en œuvre du plan d'aide, s'il existe, n'est pas systématique.

**Label niveau 3** : il prolonge le niveau 2 par les missions de mise en œuvre, de suivi et d'adaptation du plan d'aide personnalisé. Il aide à la constitution des dossiers de prise en charge. Il permet d'actionner les services de soins infirmiers à domicile, les services d'aide ménagère, l'accueil de jour, le portage de repas, les aides techniques, les services de transport, de menus travaux... Le partenariat avec les établissements sanitaires et médico-sociaux est formalisé par convention. La palette des services est complète, le suivi organisé, les situations d'urgence gérées.

## Récapitulatif général des engagements financiers (en KF)

---

	Coût 2001	Coût 2002	Coût 2003
7 conseillers en gérontologie	135	135	135
0,60		1 440	1 440
6,40			
Coût de fonctionnement annuel (y compris investissement)		217	114
TOTAL	135	1 792	1 689