

Michel MARTINEZ
 Directeur de l'hôpital
 de Neuville-sur-Saône

MOTS-CLÉS
 coordination
 filière gériatrique
 moyen séjour
 SIAD
 service d'aide à domicile

La filière sanitaire et sociale

Saluée par tous les professionnels, la circulaire du 18 mars 2002¹ relative à l'organisation de la filière gériatrique marque une avancée incontestable dans le domaine de la prise en charge hospitalière des personnes âgées : consultations gériatriques, équipes mobiles, courts séjours gériatriques, filières courtes d'admission, promotion des hôpitaux locaux, etc. Cette circulaire, et le dispositif qu'elle promeut, se présente comme une base de réflexion pour l'élaboration des SROS 3. C'est dans cette perspective que s'inscrit cette contribution. Elle propose d'introduire, dans le débat d'idées précédant la définition de la politique sanitaire relative aux personnes âgées, des arguments en faveur de la constitution d'une filière sanitaire et sociale.

1. Circulaire DHOS02/DGS/SD5D/n°2002/157.

Le facteur idéologique dans une organisation en réseau

La question de la coordination dans les organisations

On assiste depuis quelques années à une promotion sans précédent de la coordination dans les politiques publiques : intercommunalité, politique de la ville, aménagement du territoire, planification sanitaire et sociale. Président à cela des raisons techniques (gestion des ressources) et politiques (égalitarisme). Mais à force d'être invoquée en toute occasion, la coordination finit par apparaître comme une évidence, un but en soi. Il n'est donc pas inutile de commencer par une critique épistémologique de cette notion. Sur un marché, la coordination des opérateurs résulte de l'ajustement mutuel des comportements en fonction de l'offre et de la demande. C'est un équilibre de nature systémique, qui ne fait pas appel à une volonté collective. La coordination au sein d'une organisation est en revanche subordonnée à une production collective. Les interventions individuelles s'intègrent dans l'activité globale de l'organisation concernée. Aussi la coordination réalisée dans ce

cadre ne peut-elle être évoquée sans référence aux objectifs visés ; ce sont eux qui lui confèrent légitimité et pertinence. Postuler au contraire la coordination *a priori*, puis chercher ensuite des objectifs susceptibles de lui donner un contenu, présuppose une croyance inconditionnelle aux vertus de l'organisation, que rien ne permet d'étayer. Les organisations ont aussi leurs limites et leurs effets pervers.

Par ailleurs, plutôt que de se présenter comme une solution universelle, la coordination est toujours apparue comme le problème central de toute organisation. De la ligne de commandement (Fayol) à l'ordonnancement des tâches (Taylor), de la gestion par objectifs au management par projets, de la planification aux organisations en réseaux, la question reste toujours la même : comment coordonner les acteurs ? C'est une entreprise suffisamment difficile pour avoir inspiré en ce siècle de nombreuses théories, et nous inciter à la prudence.

Ces théories ont mis en évidence de nombreux facteurs susceptibles de favo-

QU'EST-CE-QUE VOUS PRÉFÉREZ:
UNE DISCONTINUITÉ DES SOINS?
UN CHEVAUchement DES COMPÉTENCES
OU UNE PRISE EN CHARGE INADAPTÉE?



riser - ou contrarier - le fonctionnement des organisations. Trois sont déterminants : la subordination hiérarchique (pouvoir), l'incitation économique (intérêt) et l'adhésion aux objectifs (participation). Toute organisation réalise un dosage subtil de ces facteurs en fonction des époques et des lieux, de la culture interne, du niveau scolaire et du degré d'apprentissage, de la taille et du type d'industrie. L'organisation taylorienne par exemple, conçue pour un personnel de niveau scolaire bas et homogène (masse), repose sur une subordination hiérarchique forte, un intéressement partiel (rémunération à la pièce) et une participation nulle. La coordination dans les organisations est donc complexe. Elle ne peut être appréhendée indépendamment de ses objectifs, ni du mode d'organisation possible compte tenu des relations de pouvoir, du jeu des intérêts et de la participation des acteurs. Aussi convient-il, avant de considérer les modalités de la coordination sanitaire et sociale, de déterminer ses objectifs et ses conditions de réalisation.

Les objectifs et les conditions de la coordination sanitaire et sociale

La coordination sanitaire et sociale a pour fin de promouvoir une prise en charge globale de la population âgée, à la fois médicale et sociale, et de mettre ainsi un terme aux dysfonctionnements liés au cloisonnement des secteurs ambulatoire, social et sanitaire. Quels sont ces dysfonctionnements? Ils peuvent être rangés en trois classes : la discontinuité des soins, les chevauchements de compétences, les prises en charge inadaptées. La discontinuité des soins se manifeste en amont de l'hospitalisation par l'encombrement des services d'urgence, et en aval par les retours précipités à domicile pour libérer un lit. Elle constitue pour l'hôpital une cause de désorganisation et, pour la personne, un risque d'aggravation de son état.

Les chevauchements de compétences traduisent en quelque sorte le défaut inverse. Au manque d'articulation entre les pratiques succède leur confusion. C'est le cas lorsque les coordinateurs

de réseaux, en élaborant des plans d'aide, empiètent sur le territoire des infirmières coordinatrices des SIAD, des coordinatrices des services d'aide à domicile ou des équipes médico-techniques du conseil général. La collusion croissante des SIAD et des services d'aide à domicile pour les soins à la personne entre également dans cette catégorie. Les chevauchements de compétences ont un effet démobilisateur sur les professionnels, qui s'épuisent dans des conflits de pouvoir et la recherche de leur identité. C'est un facteur d'abaissement de la productivité. Enfin, les prises en charge inadaptées, troisième classe de dysfonctionnements, résultent d'un défaut d'orientation ou de la saturation des services compétents. On signale généralement dans cette catégorie les parcours erratiques dans le système hospitalier, mais il faut mentionner aussi le confinement à domicile sans dispositif de soutien paramédical suffisant, qui débouche sur une dégradation de l'état général. La discontinuité des soins, les chevauchements de compétences et les prises



en charge inadaptées sont préjudiciables à la qualité des soins et au bon fonctionnement de la filière. L'institution d'une coordination sanitaire et sociale vise à réduire ces dysfonctionnements en articulant les pratiques les unes aux autres. En réalité ce projet n'est pas nouveau. La coordination est évoquée depuis longtemps. Pourquoi tarde-t-elle à voir le jour? Intervient ici la considération des relations de pouvoir, des incitations économiques et des volontés de participation, c'est-à-dire des conditions de réalisation de la coordination.

Depuis quelques années, le parti a été pris de confier la responsabilité de la coordination aux acteurs eux-mêmes. Comptant sur leur bonne volonté, leur dynamisme, l'apprentissage collectif, on attend d'eux qu'ils formulent un projet commun et qu'ils articulent leurs pratiques dans l'intérêt de l'utilisateur. Tel est le principe de la constitution des réseaux: un projet collectif à but non lucratif sur la base du volontariat. Le réseau est un mode d'organisation sans hiérarchie, aux incitations économiques faibles, fondé essentiellement sur l'adhésion des acteurs à des valeurs communes et aux objectifs de l'organisation.

Sur le plan institutionnel, il est clair que l'intégration rampante qui accompagne la restructuration hospitalière n'est pas de nature à rassurer les acteurs indépendants et à les inciter à intégrer une orga-

nisation en réseau. De même, sur le plan économique, l'incertitude qui entoure les réseaux, savoir s'ils doivent recevoir un financement ou au contraire entraîner une diminution des dépenses de santé, inspire plutôt la méfiance et la parcimonie. Mais l'obstacle majeur à la coordination sanitaire et sociale est d'ordre idéologique. En apparence, un consensus existe entre les professionnels face à la dépendance. Il s'agit de la prévenir, de la contenir, voire de la réduire, en stimulant

toutes les fonctions susceptibles de préserver et de restaurer une certaine autonomie. Tout le monde s'accorde sur le fait qu'une personne âgée doit pouvoir, chaque fois que la situation le permet, finir ses jours à son domicile, dans son environnement social et familial. C'est

une demande émanant de la société civile. Mais sous le consensus s'opposent en réalité deux philosophies qui déploient des valeurs et des objectifs concurrents. Cette incompréhension est largement responsable du défaut de coordination sanitaire et sociale.

Le concept fédérateur de la filière sanitaire et sociale

La divergence idéologique entre les approches sanitaire et sociale

Le consensus existe sur les objectifs généraux, mais une incompréhension réciproque sépare les équipes hospitalières et les acteurs du champ social. Cette incompréhension découle d'une divergence relative à la compréhension du phénomène de la dépendance. L'analyse du concept de handicap permet de situer le point de divergence². Ce concept articule trois niveaux: la déficience physique ou psychique, l'incapacité fonctionnelle et le désavantage social. Tel qu'il a été conçu par son créateur (Woods), ce concept exprime une causalité linéaire qui subordonne le désavantage social à la déficience. C'est de cette manière qu'il est compris dans le milieu médical.

progrès médical. Le champ médico-social est ainsi le double négatif du champ médical, puisque son territoire est défini par les limites du pouvoir technologique et scientifique. Ce n'est pas le lieu d'une parole propre, d'un discours susceptible de rivaliser avec le discours scientifique, c'est plutôt un domaine à conquérir. On peut interpréter de cette manière les recommandations du rapport Girard sur la maladie d'Alzheimer: diagnostic médical et prise en charge médico-sociale, faute de mieux.

Les représentants du secteur social effectuent l'analyse inverse. S'appuyant sur une conception morale de l'individu et de ses différences, le désavantage social est rapporté non pas à une déficience originelle, mais aux déterminants environnementaux. Le handicap exprime la difficulté d'une personne à s'adapter dans un milieu. Dans cette perspective l'accent est mis sur l'hostilité du milieu et plus généralement l'organisation de la société, parce que celle-ci exclut les minorités et en particulier les populations fragilisées. De là découlent l'intégration des problématiques du handicap et de la dépendance dans le dispositif de lutte contre l'exclusion, et le caractère militant de l'action sociale qui revendique une société plus solidaire.

Mais en assimilant, au sein de la problématique d'insertion, la dépendance au handicap ou à une catégorie du handicap, le caractère instable et involutif de la perte d'autonomie liée au vieillissement est éludé. Prépondérante dans l'appréhension de la déficience, l'intervention

L'obstacle majeur à la coordination sanitaire et sociale est d'ordre idéologique.

Face au handicap, l'objectif est de soigner ce qui peut être soigné, de réduire l'infirmité autant que le permet la science, et de compenser les incapacités restantes par la rééducation fonctionnelle. On traite les organes et stimule les fonctions. De ce point de vue, la prise en charge médico-sociale apparaît comme un pis-aller, un dispositif provisoire qui tire son existence de l'impuissance momentanée de la science, voué à diminuer avec le

Face au handicap, l'objectif est de soigner ce qui peut être soigné, de réduire l'infirmité autant que le permet la science, et de compenser les incapacités restantes par la rééducation fonctionnelle. On traite les organes et stimule les fonctions. De ce point de vue, la prise en charge médico-sociale apparaît comme un pis-aller, un dispositif provisoire qui tire son existence de l'impuissance momentanée de la science, voué à diminuer avec le

médicale est alors réduite à un élément adjuvant, à un simple élément constitutif de la qualité de vie.

Chacune de ces approches a sa légitimité. Leur défaut réside non dans ce qu'elles affirment, mais dans le fait que, suivant la pente de leur logique respective, elles tendent à s'exclure mutuellement. La difficulté ne vient pas du contenu mais de la radicalité des discours, qui interdit la compréhension réciproque nécessaire à l'élaboration d'un projet commun. Toute tentative d'ouverture à l'autre se rapporte à une extension de la rationalité de l'un sur le domaine de l'autre, c'est-à-dire, à la limite, à sa suppression.

L'entente possible sur une approche empirique de la dépendance

C'est évidemment en adoptant une position de compromis, qui à la fois comprend et surplombe les lectures médicale et sociale du handicap, que les volontés hégémoniques peuvent s'estomper, et qu'une rencontre peut s'opérer. Pour ce faire, il faut retourner à la complexité du processus de la perte d'autonomie observable sur le terrain.

La notion de fragilité exprime bien cette approche empirique. L'état de fragilité se définit par un processus de perte des fonctions vitales (la marche, l'alimentation, l'hygiène, la communication), aboutissant à une rupture de l'équilibre de la personne dans son milieu de vie. Ce processus résulte de l'interaction de différents facteurs biologiques (alimentation, surdité, vue, motricité, pathologies, démences), sociaux (logement, confort, mode de vie, entourage, services d'aide) et psychologiques (contexte familial, maltraitance, histoire personnelle, isolement). Ces facteurs se renforcent mutuellement, sans qu'il soit possible de dire lequel est à l'origine du processus. Admettre la pluralité des facteurs de la dépendance et la complexité qui en découle, tel est le socle sur lequel une reconnaissance mutuelle peut être envisagée. Tant qu'une hiérarchie des déterminants est maintenue, quel que soit son ordre, le conflit sur la dignité relative des pratiques se perpétuera, empêchant

l'accord sur les objectifs de la coordination au sein d'une organisation en réseau. Il est certainement utopique d'attendre une réconciliation des points de vue du simple fait qu'elle est conceptuellement possible. Il peut être plus judicieux de concevoir, sur la base de ce consensus probable, un cadre organisationnel susceptible de constituer une infrastructure pour des pratiques coordonnées et des échanges culturels. C'est au fond ce

que préconise implicitement l'économie des conventions: la force de l'apprentissage culturel. S'en tenant à la cohérence au niveau général des missions, de manière que les complémentarités soient mises en évidence et pour ainsi dire orchestrées au sein de la filière, toute la place doit être laissée aux initiatives, aux consensus et aux contextes locaux, sur lesquels repose en dernière instance l'effectivité de la coordination.

L'organisation de la filière sanitaire et sociale

La filière gériatrique

La circulaire du 18 mars 2002 a donné les grands axes de l'organisation hospitalière pour faire face à l'accroissement des patients gériatriques: développement des consultations, des équipes mobiles et des services de courts séjours gériatriques, aménagement de filières courtes d'admission et des passages aux urgences, spécialisation en gériatrie de services de soins de suite et de réadaptation, promotion des hôpitaux locaux et de l'HAD dans la perspective des SROS troisième génération. Cette organisation est centrée sur le plateau technique, car il s'agit d'une organisation interne de l'hôpital. Toutefois, en se plaçant du point de vue de l'utilisateur, c'est-à-dire de la finalité de la prise en charge, il est possible d'intégrer cette organisation dans un dispositif plus vaste, un dispositif sanitaire et social.

De ce point de vue, le service de moyen séjour gériatrique apparaît comme un service pivot articulant sanitaire et social. Qu'est-ce qu'un moyen séjour gériatrique? Cette notion est parfois employée dans les SROS, mais de façon marginale. Il s'agit plutôt d'une appellation factuelle. Elle désigne les services de moyen séjour dont la moyenne d'âge des usagers est supérieure à 80 ans. Aucune mission propre n'est attachée à cette spécificité. Il s'agit d'une définition négative, qui

qualifie les services de moyen séjour recevant une population âgée mais ne sont pas des services de rééducation fonctionnelle. Le concept de fragilité permet cependant d'énoncer un critère positif sur lequel définir leur mission.

L'objet de la médecine physique et de réadaptation, créée par H.A. Rusk dans les années 1950, est la rééducation fonctionnelle. Son principe n'est pas d'agir sur la déficience, mais de s'appuyer sur les capacités restantes de l'individu³. Il est possible, en prolongeant cette définition, de formuler pour les moyens séjours gériatriques une mission articulée sur celle des courts séjours gériatriques et des SIAD. Elle consiste à s'appuyer sur les capacités restantes ou récupérables du point de vue de leur mise en œuvre dans l'environnement. L'environnement est alors pris en compte de façon concrète dans le travail de réadaptation. Sans cette prise en compte, le retour à domicile est aléatoire, car les conditions de vie ne sont considérées qu'au moment de la sortie et de façon périphérique. Comment en effet faire abstraction de ces conditions pendant la phase de réadaptation, alors que ce sont précisément celles-ci qu'il s'agit de restaurer?

Les éléments contextuels doivent être considérés au regard du diagnostic médical et infirmier dès le début de la prise en

2. Ennuyer B., «Dépendance et handicap: pour une clarification des concepts», VII^e conférence internationale des

systèmes dans le domaine des services socio-sanitaires pour les personnes âgées et les handicapés, Grenoble, 1999.

3. «La réadaptation ambulatoire», C. Hamonet, *Gestions hospitalières*, n° 393.



charge, afin d'élaborer, chaque fois que cela est possible, une stratégie individualisée globale de réinsertion à domicile. C'est ensuite de l'étroite collaboration des moyens séjours gériatriques et des SIAD, ceux-ci poursuivant à domicile le travail commencé à l'hôpital, que dépendra pour une grande part la réussite du retour à domicile. En amont, les moyens séjours gériatriques intègrent l'environnement dans les projets individuels, en aval les SIAD mettent en œuvre ces projets à domicile. L'unité du projet centré sur la personne garantit la continuité des soins. Cela suppose l'intégration de la dimension sociale dans la prise en charge, et donc la collaboration de l'hôpital et des services médico-sociaux sur la base de valeurs communes. Une telle évolution plaide pour une implantation locale des moyens séjours gériatriques, notamment en zones rurales.

L'articulation des SIAD et des services d'aide à domicile

La coordination des moyens séjours gériatriques et des SIAD suppose que ceux-ci sachent préserver une certaine disponibilité. Actuellement, la durée moyenne de prise en charge est de l'ordre de trente mois. Il va sans dire qu'avec une rotation aussi faible, les SIAD ne sont pas en mesure de décongestionner la filière gériatrique de l'hôpital. Il leur faut gérer leurs flux internes. Les prises en charge au long cours doivent être limitées. La possibilité pour les SIAD d'exercer leur activité dans le cadre de la filière sanitaire et sociale impose une répartition des tâches avec les services d'aide à domicile, laissant à ceux-ci la prise en charge des personnes dépendantes dont l'état est (provisoirement) consolidé, de manière à ménager pour eux-mêmes une dispo-

C'est la toilette aux patients qui constitue un acte infirmier, parce qu'elle comprend notamment des soins et une fonction de surveillance. Mais une personne dépendante n'est pas nécessairement un patient. La dépendance n'est pas une maladie. Elle exprime le fait d'être tributaire d'autrui pour les actes courants de la vie. Tous les professionnels le disent : il n'y pas de lien direct entre le besoin de soins et la dépendance. Il faut par conséquent distinguer les soins accomplis à domicile par les infirmières et les SIAD, des soins à la personne effectués par les auxiliaires de vie.

Cette distinction ne doit pas s'opérer sur la base d'une liste respective d'actes que les uns et les autres seraient autorisés à exécuter, mais à partir de la situation et de l'état médical de la personne. La clarification ne se joue pas au niveau de l'explicitation des compétences sous forme d'actes autorisés, mais sur la définition des missions. La définition des compétences par inventaire facilite la délimitation juridique des responsabilités, mais elle rigidifie la pratique en empêchant son adaptation aux réalités du terrain. La définition des compétences par les missions, juridiquement plus incertaine, laisse au contraire place au dynamisme et à l'initiative des acteurs, qui peuvent procéder localement aux ajustements nécessaires.

La définition des compétences par les missions, juridiquement plus incertaine, laisse place au dynamisme et à l'initiative des acteurs.

À défaut, l'environnement ne peut être appréhendé de façon concrète, en raison d'une part de l'éloignement des problèmes, d'autre part de la difficulté de se coordonner avec les SIAD et les services d'aide à domicile qui, hors agglomération, sont en général organisés au niveau cantonal. Ainsi se trouve confirmée la place que revendiquent les hôpitaux locaux dans la filière sanitaire et sociale, mais dans un sens différent de celui invoqué habituellement. Le caractère de proximité des services publics ressortit en principe à la problématique de l'aménagement du territoire. L'enjeu réside dans l'égalité d'accès aux services en question. Telle n'est pas l'argumentation présentée ici. La décentralisation des moyens séjours n'est pas justifiée par un souci égalitaire, mais pour des motifs opérationnels. Car l'éloignement détermine des soins qui, par la nature des choses, font abstraction des conditions réelles de vie, et reconduit ainsi le travers que tout le dispositif de la filière a pour fin d'éviter.

nibilité dans le cadre de retours à domicile difficiles. Autrement dit, la coordination des moyens séjours gériatriques et des SIAD suppose celle des SIAD et des services d'aide à domicile, et celle-ci suppose à son tour une extension des compétences des auxiliaires de vie. C'est d'ailleurs en ce sens que les choses évoluent avec le nouveau diplôme des auxiliaires de vie sociale. Comment pourrait-il en être autrement? D'un côté, la courbe démographique des professionnels de santé est à la baisse, de l'autre les aides à domicile financées par l'APA envahissent le marché des personnes âgées, où les besoins ne cessent de croître.

La toilette est-elle un soin infirmier? C'est la question sur laquelle achoppe la discussion des compétences respectives (avec celle de l'aide à la prise des médicaments). La toilette n'est évidemment pas un acte infirmier. Personne n'imagine mettre en œuvre une compétence infirmière en prenant sa douche le matin.

Aussi les compétences des SIAD peuvent-elles être simplement rapportées à leur caractère paramédical. Les soins qu'ils dispensent seraient réservés aux personnes dépendantes satisfaisant au moins une des conditions suivantes : besoin de réadaptation à domicile, besoin de surveillance médicale, dépendance douloureuse, prise en charge technique, fin de vie. Les SIAD acquièrent ainsi la dimension sanitaire nécessaire à la coordination avec les services hospitaliers. Quant à la compétence des services à domicile, elle est ramenée à une compétence de droit commun. Les soins à la personne qui ne relèvent pas du SIAD, c'est-à-dire qui ne présentent pas de caractère paramédical, relèvent des auxiliaires de vie sociale. ■