

Cet article est disponible en ligne à l'adresse :

[http://www.cairn.info/article.php?ID\\_REVUE=&ID\\_NUMPUBLIE=&ID\\_ARTICLE=](http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=&ID_NUMPUBLIE=&ID_ARTICLE=)

---

## La coordination gérontologique. Pour qui, pourquoi, comment ?

par Alain COLVEZ, Marie GAY, Nathalie BLANCHARD et Dominique FAGES

| Fondation Nationale de Gérontologie | *Gérontologie et société*

2002/ - n° 100

ISSN 0151-0193 | pages 25 à 34

---

Pour citer cet article :

– Colvez A., Gay M., Blanchard N. et Fages D., La coordination gérontologique. Pour qui, pourquoi, comment ?, *Gérontologie et société* 2002/, n° 100, p. 25-34.

---

Distribution électronique Cairn pour Fondation Nationale de Gérontologie.

© Fondation Nationale de Gérontologie. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



# LA COORDINATION GÉRONTOLOGIQUE

*Pour qui, pourquoi, comment ?*

**ALAIN COLVEZ \*, MARIE GAY \*, NATHALIE BLANCHARD \*,\*\*,  
DOMINIQUE FAGES \***

\* INSERM UNITÉ 500 - EPIDÉMIOLOGIE DES MALADIES CHRONIQUES ET DU VIEILLISSEMENT  
(MONTPELLIER)  
\*\* INSTITUT RÉGIONAL DE FORMATION AUX FONCTIONS DE DIRECTION  
(MONTPELLIER)

*La conjonction du vieillissement de la population et de la croissance des maladies chroniques invalidantes impose de revoir complètement les logiques de la prise en charge. De nouveaux modes de pratiques doivent être initiés qui concernent autant les acteurs sociaux que médicaux. Parmi les essais de travail en réseau, la coordination gérontologique est sans doute celui qui est le plus proche d'être opérationnel à grande échelle. Il faut le voir comme le premier « grand chantier » d'une indispensable réforme en profondeur de notre système de santé.*

GERONTOLOGICAL CO-ORDINATION:  
FOR WHOM, WHY AND HOW?

The conjunction of population ageing and the increase in chronic, invalidating diseases implies a complete rethinking of the taking in charge of patients. New methods must be put into practice from both a social and medical point of view. Amongst the various trials carried out at network level, gerontological co-ordination is certainly the closest to becoming operational on a large scale. It should be seen as the first great "workshop" related to the profound changes essential to our health system.

L'idée, qu'en gérontologie la qualité du travail passe par une synergie multiprofessionnelle, est maintenant intégrée par la plupart des acteurs. Dans le même temps, l'ambition d'un corps professionnel, qu'il s'agisse des médecins ou des travailleurs du secteur social, d'avoir une certaine exclusivité sur la gestion des problèmes des personnes âgées, tend à décroître. Enfin, dans le domaine politique et administratif on considère aussi que l'avenir est au pluralisme des solutions.

Dans ce foisonnement d'idées, d'intérêts et de solutions, il n'est pas surprenant que l'idée de coordination fasse son chemin et finisse par émerger. Le récent développement des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) est la traduction la plus récente de ce mouvement.

L'objet de cet article est de tenter de montrer que cette nouvelle démarche de coordination en gérontologie ne correspond pas à une mode transitoire mais qu'elle représente, au contraire, une voie d'adaptation de notre système de santé à un nouveau paysage épidémiologique.

### **UNE NOUVELLE SITUATION DE LA SANTÉ DE LA POPULATION**

La notion la plus souvent avancée pour justifier la nécessité de changer les pratiques dans le système de soin est celle du vieillissement de la population. Il est certain que ce phénomène a des implications quantitatives pour le système de santé (plus d'hospitalisations, plus de recours aux médecins), mais en fait le changement le plus important est lié à un processus, plus fondamental encore, qui est le changement de la répartition des maladies au sein de la population. Cette « transition épidémiologique » a des conséquences qualitatives sur les pratiques de soins dont les professionnels n'ont pas encore pris la mesure et qui dépasse la seule question du nombre des personnes âgées.

Si l'on compare la situation épidémiologique de 1945, année pendant laquelle a été créée la Sécurité sociale, avec celle qui prévaut actuellement, le changement est très frappant. Les maladies infectieuses n'ont pas disparu, mais elle ne tiennent plus la première place des problèmes que les médecins considèrent. En revanche, bien qu'elles ne soient pas apparues au cours de cette dernière

---

décennie, les maladies chroniques invalidantes sont en croissance rapide ; ces évolutions étant, bien entendu, majorées par la croissance de l'effectif des personnes d'âge élevé, qui lui résulte essentiellement des « classes pleines » nées après chacune des deux guerres mondiales.

Les abords des maladies chroniques et des maladies aiguës sont très différents. Alors que celles-ci sont faites d'épisodes soudains et dramatiques, dont l'issue se situe au terme de quelques jours ou au maximum de quelques semaines, les maladies chroniques s'inscrivent dans le temps. Elles ne doivent pas seulement être soignées, elles doivent aussi être gérées et cette gestion se fait au long cours, dans la vie quotidienne du sujet. Elles connaissent des variations dans leurs conséquences qui peuvent prendre autant d'importance que la gestion technique des aspects étiologiques. Enfin il s'agit d'états dont on n'évalue pas l'évolution en « tout ou rien » mais obligatoirement sous forme quantitative.

Tout problème de santé qui ressemble, de près ou de loin, au schéma des maladies aiguës, notre système de santé sait le prendre en charge avec une efficacité qui s'est améliorée sans cesse ; ce qui est logique puisque qu'il a été conçu pour faire face à ce type de situations. Quand on s'éloigne de ce modèle, le rendement de notre organisation de santé s'effondre. Or le nombre de situations de santé correspondant au modèle des maladies aiguës décroît, pour faire place à des états chroniques, plus ou moins invalidants, qui se présentent de manière fort différente. Il est donc évident que l'inadaptation de notre système de soins va apparaître chaque année plus importante.

Le système actuel de prise en charge, structuré autour du paiement à l'acte, n'est adapté qu'aux épisodes courts qui peuvent être traités en quelques interventions médicales. Transposé aux maladies chroniques, ce système va les aborder en découpant leur évolution en une série de contacts indépendants les uns des autres, du moins au regard de leur paiement, chacun relevant, en théorie, de la démarche « signe – diagnostic – traitement ». Un tel système n'est pas totalement inapte à la gestion des états chroniques puisque c'est aujourd'hui de la sorte que l'on travaille, mais il a de nombreux défauts. Il isole *a priori* l'action de chaque professionnel, chacun dans son acte et ne favorise donc pas la communication interprofessionnelle. Il est inapte à gérer les inter-

actions médical/social qui sont pourtant au centre de l'action visant à réduire le désavantage des personnes ayant une maladie d'étiologie non curable. Il rejette volontiers hors du champ médical les aspects sociaux. Il part volontiers à la dérive en cas d'étiologie non définie ainsi qu'en présence de pluri-pathologie.

Dans un premier temps, la fréquence des maladies et des états chroniques était relativement modérée et le système, bien que volontiers inflationniste, restait adapté à la majorité des situations ; mais avec le temps, cette « transition épidémiologique » va se compléter et s'accélérer avec le changement de structure par âge de la population, et l'inadaptation sera chaque année plus patente. Aussi, si les pratiques ne changent pas, c'est de « faillite » dont on parlera bientôt.

Pour les problèmes de santé des personnes âgées, tous les défauts que nous avons soulignés concernant la gestion des états chroniques apparaissent de manière caricaturale. Bien que globalement, vue à l'échelle de la population, les personnes âgées soient chaque année en meilleure santé, que leur espérance de vie augmente, et vraisemblablement aussi leur espérance de vie sans incapacité, leur consommation médicale explose. En 1975, elles consultaient en moyenne 10 à 12 fois le médecin chaque année, actuellement c'est le double et le nombre de médicaments qu'elles absorbent ne cesse de monter. D'autre part, avec une telle fréquentation médicale on ne peut pas considérer qu'elles sont abandonnées par la médecine et pourtant à la première difficulté sérieuse rien ne peut être fait que d'hospitaliser. En outre, à l'hôpital, on considère très souvent que les personnes âgées n'entrent pas dans le champ des compétences techniques où il doit se cantonner et l'on cherche par tous les moyens à minimiser ce flux indu de personnes âgées ou à leur prévoir des circuits spéciaux pour ne pas encombrer les services techniques.

Qu'il s'agisse donc du paiement à l'acte ou de l'organisation hospitalière centrée sur sa composante la plus technique, se fixant d'intervenir dans un temps minimum, tout est en contradiction avec la logique des états chroniques.

...  
...

---

## **DES ORGANISATIONS INSTITUTIONNELLES DE PLUS EN PLUS INADAPTÉES MAIS TRÈS DIFFICILES À CHANGER**

Le nombre des états chroniques, plus ou moins invalidants, va inexorablement augmenter avec le nombre des personnes âgées et très âgées qui va doubler d'ici dix ans. Ni la consultation de ville acte par acte, ni la haute technicité de l'hôpital ne sont vraiment adaptées à ce type de pathologies :

- La personne est à son domicile, les conditions de son environnement prennent donc une importance capitale : les conditions de logement et surtout l'entourage.
- La situation doit être gérée sur le long terme et les solutions transitoires, qui se mettaient en place sur les quelques jours ou quelques semaines pour une maladie aiguë, s'épuisent rapidement. Les enfants doivent reprendre leur activité, les aides doivent être apportées au quotidien et sur des années.
- Le critère d'évaluation du résultat n'est plus le dosage biologique ni la radiographie, mais les progrès dans les activités de la vie quotidienne, la sortie du logement, la rupture de l'isolement social.

Pour atteindre ce résultat, l'action du seul médecin généraliste reste bien insuffisante et laisse des situations bien insatisfaisantes. Ici, l'infirmière doit intervenir moins souvent pour piquer que pour les soins corporels, le logement doit être adapté à la nouvelle situation. Il faut une aide aux tâches domestiques, des relais pour que l'aidant familial puisse être soulagé. La prise en charge est donc d'évidence multiprofessionnelle.

Il n'est pas impossible d'organiser ce type de prise en charge dans le cadre actuel du système de santé, et la remarque de certains médecins indiquant qu'il existe déjà des réseaux informels et que ceux-ci fonctionnent déjà pour assurer ces problèmes est exacte. Il suffirait en effet que ces médecins généralistes puissent y consacrer le temps nécessaire avec beaucoup d'énergie car le système de santé n'est pas adapté à ces prises en charge. De plus la formation médicale n'a pas été faite dans ce sens. La grande majorité des participants aux enseignements post-universitaires découvre, pour la première fois, en 2002, les concepts de base de l'évaluation des conséquences des maladies et états chroniques invalidants – pourtant développés depuis les années 70 (par des médecins). De

même les notions élémentaires de sociologie (la famille, les représentations de la vieillesse, de la maladie, etc.) ne font pas partie du *curriculum* de formation du généraliste. Tout est donc à construire en gérontologie. Jusqu'à l'enseignement de la gériatrie qui n'est prévue dans l'enseignement de base que depuis deux ans.

### **LA VOIE TERRITORIALE POUR CHANGER LES PRATIQUES**

Quelles réponses, quelles orientations prendre devant une telle situation? La logique du travail en réseau est sûrement l'un des éléments de réponse aux problèmes chroniques. Mais devant cette situation complexe, impliquant plusieurs professionnels, plusieurs institutions de tutelle, des acteurs publics et privés, il y avait besoin d'un point d'ancrage pour essayer de redéfinir de nouveaux modes de pratiques.

Le territoire et sa population représentaient une voie intéressante qui a plusieurs avantages. Après l'âge de la cessation d'activité le lien privilégié de la personne avec son environnement social n'est plus l'appartenance professionnelle mais le lieu d'habitat. C'est à ce niveau que les premières aides seront recherchées. Le territoire de proximité est celui qui va offrir plus ou moins de support, selon les cas. Enfin, cette approche par territoire débouche sur une démarche de santé publique en ce sens qu'elle implique une approche populationnelle d'une question de santé. L'accord entre les institutions impliquées dans la gérontologie est indispensable au travail de qualité et le dessin de territoires pertinents pour la gestion des problèmes des personnes âgées est l'occasion d'un premier lien entre les institutions concernées.

### **L'ÉQUIPE LOCALE DE COORDINATION MÉDICALE ET SOCIALE EST LA BASE D'UN TRAVAIL CONCRET AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES**

Ce qui manquait aussi, de façon criante, aux personnes âgées en difficultés était un lieu de recours local. Que faire quand un événement morbide fait progressivement ou soudainement perdre à une personne son indépendance? Le médecin généraliste était le plus souvent le premier alerté, mais ses capacités d'action étaient des plus réduites. La Mairie était en général le lieu où les personnes et leurs proches cherchaient du secours ou du moins des

---

informations utiles. Mais il n'y avait aucun lieu unique à proposer, seulement des dispositifs éclatés, des permanences d'institutions ne gérant qu'un aspect du problème. Ne trouvant pas assez rapidement des réponses il ne restait plus au médecin généraliste qu'à hospitaliser la personne pour attendre et avoir le temps de s'organiser. Mais dans ce système hospitalier ayant pris l'option de la technique appliquée dans le minimum de temps, cette demande n'était absolument pas en correspondance avec les objectifs de la structure, évaluée sur sa capacité à appliquer dans un minimum de temps de séjour des procédures diagnostiques et curatives. L'objectif était la sortie la plus précoce possible et à défaut le passage dans un lieu d'accueil temporaire de rééducation et d'attente. Le problème du retour à domicile se posait de toutes façons au bout de quelques semaines et c'est de l'hôpital ou depuis le service de soins de suite que se faisait l'organisation des conditions de réinsertion. Dans le plus mauvais des cas, le problème pouvait ne pas avoir changé et c'était la réhospitalisation. Le résultat était, de toutes les façons, péjoratif pour la personne et il n'était pas rare que ce soit le début d'un cycle d'exclusion avec une entrée en institution non préparée.

La mise en place d'équipes de coordination gérontologique, au niveau de territoires définis paraît donc le moyen de résoudre deux difficultés majeures qui pénalisaient le système actuel d'aide aux personnes âgées en situation de dépendance pour les actes élémentaires de la vie quotidienne : la parcellisation des prestations délivrées et sur le terrain l'insuffisante coordination des professionnels. Ces structures doivent permettre la mise en cohérence des prestations, actuelles ou à venir, pour les personnes âgées ayant des difficultés dans les actes de la vie quotidienne. Il s'agit d'un nouveau service qui doit s'exercer au plus près de la personne concernée, sur un mode personnalisé, afin d'harmoniser les réponses qui sont fournies par les professionnels en créant les synergies nécessaires à un travail de qualité. En outre ces structures sont susceptibles de développer un travail en amont qui peuvent contribuer à prévenir les états de dépendance. Enfin, par leur situation de proximité avec la vie locale, les CLIC pourraient constituer des instruments précieux pour identifier et préciser les problèmes présents sur un territoire.

D'abord est venu le temps des expérimentations. Ainsi, la Prestation Expérimentale Dépendance était accompagnée d'un



dispositif d'équipes médico-sociales chargées de coordonner les réponses données que permettait la PED. Parmi les enseignements que l'on tira de l'application de cette prestation il apparaissait que la mise en place d'équipes de coordination avait été au moins aussi importante que la prestation elle-même pour améliorer la situation des personnes. Dans les années précédentes plusieurs autres expériences de coordinations locales au niveau territorial se développèrent (le Bouscat à Bordeaux, Athis-Mons, Lorient, Lunel). Celles qui purent être dotées d'un processus d'évaluation montrèrent le bénéfice que les personnes pouvaient tirer de tels dispositifs. Ainsi, à Lunel, outre la satisfaction des usagers et des professionnels, l'évaluation montrait qu'il avait été possible d'améliorer globalement la cohérence des aides distribuées à l'échelle de la population. Un meilleur ciblage des services dans ce bassin expérimental apparaissait par rapport à une zone témoin observée de façon identique et où rien ne paraissait avoir bougé.

### **LES CONDITIONS ACTUELLES DU DÉVELOPPEMENT DE LA COORDINATION**

Même si le dispositif des CLIC paraît cohérent, son développement ne se fera pas du jour au lendemain. Il s'agit d'une grande opération qui doit se faire progressivement. L'option prise par le Ministère est de favoriser le développement des initiatives locales préexistantes afin qu'une fois celles-ci bien implantées, elles constituent des pôles de compétence, sur lesquels les partenaires de chaque département pourront s'appuyer pour réussir le « maillage » de l'ensemble du territoire.

Ce processus peut réussir mais plusieurs difficultés doivent être surmontées :

- Il faudra que les coordinations puissent avoir la capacité d'intervention qui soit en rapport avec le travail attendu. Le niveau requis est de trois professionnels (secrétariat-animateur, assistant du service social et infirmier). Il est important de l'atteindre très vite pour que chaque structure CLIC puisse remplir sa mission. Sinon, le manque de moyen en personnel bloquera le développement de la coordination et mettra l'initiative en danger d'étouffement par épuisement et découragement.
- Il faudra viser une véritable coordination qui réunisse les acteurs du secteur médical sanitaire et du secteur social. Il ne faudrait pas

---

que dans le cadre d'une appropriation des coordinations par le secteur social, par exemple, on ne renonce, de fait, à la composante « sanitaire ». Il est indéniable que les acteurs médicaux, en particulier libéraux, sont difficiles à mobiliser dans la situation actuelle. Nous pensons toutefois qu'il faut veiller à l'équilibre de la composante médicale dans les équipes de coordination. Celle-ci doit se faire avec l'implication d'infirmières, et même de médecins, car ces derniers seront mieux à même d'assurer le lien avec les autres membres du corps sanitaire (libéraux et hospitaliers).

- Pour réussir à s'implanter dans son environnement, une coordination doit assurer, le plus rapidement possible, des réponses aux cas les plus lourds, c'est-à-dire aux personnes ayant des états de dépendance. Si cela n'était pas le cas, en particulier par manque de moyens en personnels, il y a un risque que le travail du CLIC s'arrête à l'information. À terme, cela mettra en danger l'existence même du CLIC car son action ne sera comprise ni par les usagers, ni par les professionnels du terrain. En revanche, quand cette première fonction sera assurée et que par là même le CLIC se sera rendu indispensable, il aura toute la légitimité pour développer les autres missions qui sont, bien sûr, tout aussi indispensables d'un point de vue de santé publique.

- Les CLIC devront être intégrés dans les dispositifs généraux de services aux personnes âgées. L'appropriation de la fonction CLIC par l'ensemble des institutions n'est pas encore acquise. Le CLIC ne peut être ni l'instrument spécifique d'une institution, ou d'une prestation, ni le bureau d'informations sur l'action de différentes institutions, ni totalement autonome de tous.

---

Les professionnels du secteur médical n'ont pas encore pris la mesure des maladies chroniques, ni réalisé à quel point les logiques de prise en charge étaient différentes de celles des maladies pour lesquelles ils ont été formés.

On dit souvent en ce moment que nous avons le meilleur système de santé du monde. Dans son principe d'égalité d'accès aux soins, sans doute ; et il serait injuste de médire de la Sécurité sociale cette « bonne fille » si mal aimée des soignants. Mais si notre système de

santé a pu être considéré comme un bon système dans sa structure actuelle il ne l'est sans doute déjà plus et son inadéquation à la réalité épidémiologique sera de plus en plus évidente chaque année qui passe.

De nouveaux modes de pratiques doivent être initiés qui concernent autant les acteurs sociaux que médicaux. Parmi les essais de travail en réseau, la coordination gérontologique pour les réponses aux personnes âgées qui ont besoin d'aide dans la vie quotidienne est sans doute celui qui est le plus proche d'être opérationnel à grande échelle. Il faut le voir comme le premier « grand chantier » d'une indispensable réforme en profondeur de notre système de santé.

■