

6<sup>e</sup> Congrès international  
AIFRIS

7-10 Juillet 2015

ISSSP  
Porto

*Multiplication des précarités : quelles interventions sociales ?*

**La coordination autour des personnes âgées en situation de précarité :  
comment l'intégrer dans la formation des travailleurs sociaux ?**

**Frédéric Sandron\*, Emmanuel Souffrin\*\***

\* Démographe, Directeur de Recherche à l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD),  
UMR 196 CEPED, IRD Réunion  
frederic.sandron@ird.fr  
*Auteur de correspondance*

\*\* Anthropologue, Chargé de mission au Pôle Ressources Régional de Recherche et d'Étude pour la  
Formation et l'Action Sociale (PREFAS) de La Réunion  
ei.esoi@sfr.fr

**Mots-clés**

Coordination, formation, intervention sociale, personnes âgées, La Réunion

## 1. Introduction

Les spécificités des personnes âgées en matière de précarité peuvent aboutir à des situations individuelles préoccupantes. En effet, les causes de précarité touchant les seniors sont le plus souvent multiples et cumulatives : perte d'emploi précoce, logement inadapté, rupture familiale, problèmes de santé physique et mentale (Louage 2002). De plus, malgré les systèmes de protection sociale, la nécessité croissante pour les personnes âgées de devoir assumer des dépenses privées pour leurs soins peut grever lourdement leurs budgets et augmenter leur précarité financière (Scheil-Adlung et Bonan 2013). Dans le cas de personnes dépendantes, ces précarités peuvent aboutir en outre à ce que Gaucher *et al.* (2003) nomment des « vulnérabilisations en miroir » touchant les professionnels et les familles qui se retrouvent à la fois partenaires et concurrents dans l'aide.

Confrontée à ces sources multiples de précarité et à la montée des incertitudes, l'intervention sociale s'est transformée d'une relation de service classique en une approche territorialisée et partenariale (Castel 2009). Face à ces mutations qualitatives, auxquelles se surajoutent le vieillissement de la population et l'accroissement du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques, une coordination efficace des acteurs et des dispositifs du sanitaire, social et médico-social est de plus en plus nécessaire (Bloch et Hénaut 2014). Les directives de la DGCS (2010) sont assez claires en la matière : « On attend de plus en plus des travailleurs sociaux qu'ils soient capables de mobiliser et combiner différentes techniques professionnelles (individuelle ou collective) et de passer d'une logique historiquement centrée sur l'aide à la personne à une intervention plus globale sur le milieu social [...]. Les conditions d'exercice ont donc évolué : les travailleurs sociaux travaillent davantage en partenariat et en coordination avec des acteurs divers, parfois porteurs de cultures et de logiques différentes ».

Dans ce contexte, le rôle de l'intervention sociale dans la coordination est fréquemment questionné. Nous proposons ici d'en tracer les contours à l'île de La Réunion en analysant le rôle des travailleurs sociaux dans la coordination mais aussi en livrant quelques réflexions sur le rôle de la formation dans l'apprentissage de la notion de « coordination » par les travailleurs sociaux.

## 2. Identifier les pratiques de coordination : aspects méthodologiques

L'objectif de cette recherche est de recueillir des indicateurs formels de la coordination au domicile des personnes âgées (cahiers, réunions, échanges téléphoniques, référent-coordonateur) ainsi que des données sur les éléments non formalisés caractéristiques de ces échanges (post-it, échanges informels) afin de mieux comprendre comment les enjeux de la coordination peuvent se décliner au quotidien.

Pour ce faire, dans le cadre des formations AVS (Auxiliaire de Vie Sociale) et AMP (Aide Médico-Psychologique), nous avons fait réaliser une enquête pour identifier les pratiques de coordination sur cette question. Innovante sur cette thématique, la démarche proposée couple ce questionnaire délivré à 32 personnes âgées en mars et avril 2015 à une observation de type ethnographique. En outre, nous avons réalisé des entretiens semi-directifs avec six formateurs du travail social et deux entretiens de groupe avec des professionnels de service à domicile. La taille de l'échantillon étant trop faible pour tirer des analyses statistiques, nous resterons donc ici pour ces premiers résultats à un niveau qualitatif de description.

L'objectif de ce dispositif méthodologique est donc d'interroger les pratiques réelles de coordination à domicile à savoir :

- Identifier le réseau des personnes qui sont considérées comme des « relations régulières », vivant ou non à proximité, sur qui la personne peut compter, qui peuvent se rendre disponibles. Il s'agit en général des membres du ménage à savoir conjoint, compagnon, ou enfant(s) mais aussi les voisins, amis ou d'autres membres de la parenté
- Recenser et observer les cinq fonctions suivantes :
  - « se déplacer-aller à la rencontre des personnes »
  - « faire les courses »
  - « aider au ménage »
  - « aider à la toilette »
  - « aider aux démarches administratives »

Pour chaque fonction, nous pouvons trouver un ou plusieurs intervenants et des changements liés à l'évolution du niveau de dépendance. Les fonctions « aider au ménage » ou « à la toilette » semblent par exemple aujourd'hui souvent renvoyées sur l'aidant, familial ou professionnel, même si sa fonction ne se réduit pas à ces activités de base, l'aide à domicile pouvant également transporter la personne pour faire ses courses ou aider à des démarches administratives.

- Révéler également des relations, dont on sait bien quels rôles elles jouent du point de vue du *care*, avec des associations sportives ou socioculturelles, des clubs du 3<sup>ème</sup> âge ou des groupes religieux. Évidemment, plus la dépendance ou le handicap de la personne est faible et plus grande est la possibilité de participer à ces activités associatives, même si nos observations révèlent, au-delà du handicap, la très faible participation aux manifestations culturelles, essentiellement le plus souvent pour des questions d'horaires des manifestations. Une qualification plus fine de ces interactions reste toutefois à mener.

### **3. La coordination dans le contexte réunionnais**

À La Réunion, nous avons pu identifier à la fois une volonté politique et un enjeu économique associés aux désirs des personnes âgées de rester à domicile le plus longtemps possible (Département de la Réunion, 2013 ; Sandron, 2014).

Différents constats liés à ce contexte sont à l'origine de cette démarche :

- À La Réunion, comme ailleurs, le vieillissement de la population conduit à une augmentation de la diversité des soins et des prestations, sous la forme « cure » et « *care* » au domicile des personnes âgées
- cette diversité des tâches et interventions à domicile mêle ou maille des intervenants professionnels et non-professionnels (aidants familiaux, voisins, amis, etc.) des agents du secteur sanitaire, médicosocial et social
- des évaluations menées dans des services et établissements SAD (Services d'aide à domicile) et SSIAD (Services de soins infirmiers à domicile) laissent apparaître un manque d'outils de coordination des actes « cure » et « *care* » ou la présence d'outils incapables de rendre compte de la diversité des interventions

- les entretiens avec les formateurs du travail social soulignent une volonté de remédier à l'absence de modules de formations davantage ciblés sur la coordination à domicile
- les entretiens avec les professionnels du service à domicile rapportent la faible place accordée aux personnes bénéficiaires dans cette coordination
- enfin, la remarque de Bloch et Henaut (2014, p.270) soulignant, au sujet de l'aide à domicile, que « le plus fréquemment, ce n'est pas tant une personne en situation chronique qu'il faut accompagner, mais un 'système familial' signifiant la complexité et la diversité des situations à traiter ».

#### **4. Quels outils pour la coordination à domicile ?**

Au domicile, de nombreuses références soulignent la complexité de la gestion des interventions liées au nombre et à la grande différence des statuts des intervenants (Gilles *et al.*, 2013 ; Think Tank Économie Santé, 2013). Nos observations révèlent que les principaux outils pouvant servir de coordination sont l'usage de l'écrit avec au mieux un « cahier de liaison » et la transmission orale des informations sans traçabilité écrite dans la majorité des cas. En somme, nous ne sommes pas si éloignés des pratiques médicosociales pour lesquelles, malgré les moyens déployés pour informatiser la coordination, un récent rapport de l'IGAS (Blanchard *et al.*, 2014, p.111) note « la persistance des outils et méthodes d'échange d'information 'papier' ».

L'utilisation des cahiers de liaison est assez hétérogène. Le cahier peut être imposé par une partie des intervenants pour une démarche « qualité ». Il peut ne servir qu'à relever la coordination d'un seul groupe d'intervenants (SSIAD ou SAD par exemple). Il peut être organisé de façon chronologique impliquant ou non l'ensemble des intervenants, qui sont en général les professionnels, les aidants familiaux étant peu impliqués dans cette démarche. Enfin, il est parfois utilisé de manière thématique, par exemple pour les soins infirmiers ou la kinésithérapie.

Les transmissions orales comprennent quant à elles les échanges verbaux, ceux passant par le téléphone fixe et le téléphone portable. Notons que ce dernier est utilisé essentiellement comme téléphone en priorité, les communications par SMS étaient encore dans notre échantillon très limitées. Les téléphones fixe et portable restent les équipements possédés par la majorité des personnes âgées, les tablettes et ordinateurs étant encore très peu utilisés dans notre échantillon. Le téléphone est donc utilisé pour communiquer avec les enfants et également avec les aides à domicile et les infirmières, mais les informations restent d'autant plus volatiles que les compétences de mémorisation des personnes sont aléatoires.

Les outils gérontechnologiques peuvent à certains égards jouer un rôle dans la coordination, à commencer par un outil assez simple permettant les échanges patient-bénéficiaire vers une plateforme ou un professionnel. La téléassistance permet ainsi de garantir une relation constante avec une tierce personne qui est en général désignée dans l'entourage de la personne. Si l'on peut imaginer que le taux d'équipement va se développer, à partir d'un abonnement mensuel proposé par des sociétés d'assurance par exemple, l'usage réel reste encore à étudier. Deux aspects identifiés peuvent freiner la diffusion de ces outils : leur coût, qui est de l'ordre de celui d'un abonnement de téléphonie portable mais pour un service jugé moindre, et leur acceptabilité car ces techniques peuvent venir au contraire compliquer le quotidien au lieu de le simplifier.

Le cahier, qui est surtout aujourd'hui utilisé comme un cahier de transmission d'informations, reste donc l'outil le plus accessible *a priori* pour l'ensemble des intervenants et pour le bénéficiaire, et ce malgré le taux important de personnes illettrées à La Réunion qui est de 39% pour la tranche d'âge 60-65 ans et sans aucun doute supérieur pour les 65 ans et plus (Insee, 2013). L'avantage du cahier est aussi qu'il permet de rendre compte d'une grande partie des interventions « non professionnelles », voire informelles, qui sont développées au domicile.

## 5. Les difficultés au quotidien de la coordination

Trois difficultés principales ont été identifiées pour assurer de manière efficiente la fonction de coordination :

➤ la qualité et la nature des informations transmissibles sont peu définies et pas codifiées. Quelle est l'information qui doit ou peut être transmise ? Nos premiers résultats révèlent des relations et échanges entre professionnels qui échappent souvent au contrôle des bénéficiaires. Sans rentrer dans le contenu même des informations, du fait de la segmentation forte des intervenants professionnels, et de la place occupée par le bénéficiaire dans son parcours de soin, on ne peut pas assurer que des échanges d'informations entre professionnels existent

➤ l'absence de « régulateur » ou de « coordinateur autorisé » à proposer des réajustements d'interventions en lien avec ces informations. En effet, la multiplicité des acteurs rend difficile l'organisation de temps d'échange sur des pratiques telles que cela se déroule dans le secteur médical ou médicosocial, avec les groupes d'analyse des pratiques par exemple. Les difficultés du secteur ont justement été soulignées dans un rapport de l'IGAS (Blanchard *et al.*, 2014, p.111) au sujet du Dossier Médical Partagé (DMP) ou du dossier pharmaceutique (DP) : « *dans la majorité des coordinations que la mission a rencontrées et dans les réponses des ARS à son questionnaire, les outils informatiques et bureautiques coexistent avec les procédures papiers qui perdurent. La mission a rencontré une coordination en totalité 'papier' en dehors de sa bureautique de base. Ce retard dans l'adoption d'outils modernes augmente les difficultés pratiques de coordination et doit être compensé par la multiplication de contacts physiques, aussi bien pour organiser et suivre les parcours que pour la gouvernance de la structure d'appui ('réunionite'). Dans certaines coordinations, il a été précisé à la mission que le temps passé en réunion pouvait représenter les 2/3 du temps de travail des professionnels. Il convient aussi de considérer les frais et le temps liés au transport des participants à ces réunions. Le retard technologique a un coût* »

➤ Une troisième difficulté doit également être prise en compte, celle de la légitimité de l'acteur coordinateur. Certes les médecins peuvent, dans de nombreux cas de figure tenir ce rôle mais il nous semble que, comme pour d'autres acteurs du secteur santé ou médicosocial, la qualité, les compétences et les pratiques des aides à domicile restent globalement méconnues (Avril, 2014).

## 6. Enseigner la coordination

La coordination pénètre les métiers des travailleurs sociaux de trois façons, ce qui oblige à repositionner le travail social, aussi vaste que puisse être la définition du Travail Social :

➤ une mission ou fonction de coordination « inter » à l'échelle du territoire, avec une coordination de

missions ou d'acteurs et une coordination d'actions (coordination de projets par exemple) au sein d'un programme et/ou d'un réseau

➤ une mission de coordination « intra » à l'échelle d'un établissement, avec la coordination des services, ou la coordination d'actions/projets individuels

➤ une mission de coordination « au domicile » avec l'augmentation très importante du nombre d'intervenants.

Ces missions peuvent se combiner bien sûr mais il nous semble très important de ne pas négliger dans l'approche « formation » l'impact qu'une « bonne » coordination peut avoir tant sur l'aspect économique que social.

En effet, la coordination est une mission dont l'absence ou l'inefficacité peut se traduire par des déséconomies d'échelle sur la redondance et le traitement de l'information, d'autant plus à La Réunion où la coordination au domicile concerne neuf personnes dépendantes sur dix (Insee, 2014). Nous avons pu relever dans nos enquêtes des postures délicates et des formes d'organisation en difficulté dans de nombreuses situations. On observe par exemple des conflits de légitimité, des conflits liés aux contrats à domicile, des absences de procédures ainsi que des absences d'outils de coordination.

Au domicile, les travailleurs sociaux ne sont pas forcément les coordonnateurs des interventions, mais parfois, *a minima*, ils observent des situations qui fonctionnent bien par échange verbal lorsque le nombre des intervenants est limité. D'autres fois, les coordinations peuvent être très formalisées avec une fiche de présence, un badge de pointage, un système de recueil informatisé de données ou encore un bilan pluridisciplinaire. Mais en général, ce sont plutôt les dysfonctionnements ou les surcoûts liés à l'absence d'outils et de procédures de coordination, ou d'espace pour une transaction sociale des interventions, qui semblent les plus courants.

Un autre point important est que toutes ces nouvelles missions ne s'apprennent pas seulement en formation, si l'on se réfère aux entretiens des professionnels. Le constat s'applique de manière beaucoup plus large à l'ensemble du travail social (Jay, 2013) mais semble prendre un caractère particulièrement aigu en matière de coordination où l'enseignement doit être utilement complété par l'expérience et la confrontation à une multiplicité des situations étant donné l'essence même de la tâche de coordination.

En matière de formation de base, la coordination apparaît par exemple dans les référentiels des métiers des Assistantes sociales (AS) et dans celui des Éducateurs spécialisés (ES). Pour valider le Domaine de Certification 3 « Communication professionnelle en travail social », le candidat doit être en mesure de participer à une coordination fonctionnelle dans une équipe et d'élaborer un plan d'action avec la personne en coordonnant différentes démarches en lien avec différents acteurs. Cette notion réapparaît dans la plupart des référentiels des formations continues, pour des niveaux de qualifications très différents comme le Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale (CAFDES) ou le Certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale (CAFERUIS) mais également à destination du Brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport (BPJEPS).

## Conclusion

La définition de la coordination proposée dans les « Recommandations de bonnes pratiques professionnelles » de l'Anesm (2012, p.78) permet d'identifier « un processus qui consiste à améliorer la cohérence de plusieurs actions par rapport à l'utilisateur, à son parcours, à son accompagnement, à l'évolution de la prise en charge. Elle implique une communication entre les différents intervenants (professionnels du service, bénévoles, partenaires, aidants familiaux) afin de s'entendre sur les objectifs et de s'accorder sur la manière de les atteindre ».

Les compétences nécessaires pour que les pratiques rentrent dans ce cadre vertueux doivent donc pouvoir être à la fois préparées lors des formations initiales et renforcées lors des mises en situation. Sans décliner ici un plan de formation, il nous semble à partir de nos enquêtes et observations, utile d'inclure des méthodes et des outils à destination des intervenants :

- Apprendre à observer ce qui n'est pas de l'ordre du formel dans les transmissions de pratiques et d'informations
- Caractériser les informations à transmettre qui peuvent faciliter le travail des différents intervenants
- Définir des protocoles simples pour assurer une coordination à domicile associant l'ensemble des parties, des acteurs
- Désigner un référent légitime pour les acteurs pour signaler un besoin de réajustement des interventions (en qualité et quantité)
- Innover dans la création d'outils, papiers ou informatiques, qui assurent à la fois la circulation des informations et la coordination des interventions
- Utiliser la recommandation des bonnes pratiques éditées par l'Anesm, plus particulièrement l'axe 4 « La continuité de l'accompagnement et la coordination des interventions »
- Co-construire des formes de coordination adaptées « en situation » à partir des besoins et des expériences des intervenants, professionnels ou non
- Associer les travailleurs sociaux autant que les bénéficiaires aux innovations technologiques afin qu'ils puissent les maîtriser et les faire évoluer.

## Bibliographie

Anesm, 2012, *L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes*, Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, Saint-Denis, 110 p.

Avril C., 2014, *Les aides à domicile : un autre monde populaire*, Paris, Éditions La Dispute, 288 p.

Blanchard P., Eslous L., Yeni I., Louis P., 2014, *Évaluation de la coordination d'appui aux soins*, Rapport n°2014-010R, Inspection générale des affaires sociales, 13 p.

Bloch M.-A., Hénaut L., 2014, *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Dunod, Paris, 336 p.

Castel R., 2009, « Les ambiguïtés de l'intervention sociale face à la montée des incertitudes », *Informations sociales*, n°152, pp.24-29.

Département de La Réunion, 2013, *Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-Sociale. Personnes Âgées*, Département de La Réunion, 114 p.

DGCS, 2010, *Guide des activités et des métiers du secteur social, médico-social et petite enfance*, Direction générale de la cohésion sociale, 37 p.

Gilles L., Alberola E., Galdemar V., Petit M., 2013, « Prévention, aidants, coordination : comment passer du maintien au soutien à domicile des personnes âgées ? », *Cahier de Recherche du CREDOC*, n°310, 67 p.

Insee, 2013, « 116 000 personnes en situation d'illettrisme en 2011 », *Insee Partenaires*, n°27, La Réunion, 4 p.

Insee, 2014, « Deux fois plus de personnes âgées dépendantes en 2030 à La Réunion », *Insee Partenaires*, n°29, La Réunion, 4 p.

Jay E., 2013, « Dépasser l'opposition entre théorie et pratique pour penser la place de l'expérience dans la formation des travailleurs sociaux », *European Journal of Social Education*, n°24-25, pp.64-76.

Louage Y., 2002, « L'âge, facteur aggravant de l'exclusion », *Gérontologie et société*, n°102, pp.183-192.

Sandron F., 2014, « Vieillir chez soi à La Réunion. Dynamiques sociales et logiques institutionnelles en matière d'habitat des personnes âgées », in Nowik L., Thalineau A. (eds.), *Vieillir chez soi - Quelles alternatives ? L'habitat intermédiaire, une nouvelle forme de maintien à domicile*, Presses Universitaires de Rennes, Rennes, pp.117-129.

Scheil-Adlung X., Bonan J., 2013, « Insuffisances de la protection sociale en matière de soins de santé et de soins de longue durée en Europe: les personnes âgées risquent-elles la faillite ? », *Revue internationale de sécurité sociale*, vol.66, n°1, pp.27-52.

Think Tank Économie Santé, 2013, *La recommandation. Une nouvelle organisation des soins et une plateforme territoriale de coordination*, Les Échos Conférence, Rapport 2013, 19 p.