

La valeur de la coordination adaptative dans le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes

Par Didier VINOT

Professeur des universités en sciences de gestion, Magellan EA 3713, iaeLyon / Chaire « Valeurs du soin » / Université Lyon 3

Elisa CHELLE

Chercheuse postdoctorale, Chaire « Valeurs du soin » / Université Lyon 3 / LIEPP de Sciences Po

et Jean RIONDET

Ancien cadre de direction au CHU de Lyon, vice-président d'un réseau de santé gérontologique

Le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes est désormais un objectif affiché de l'action publique sociale et sanitaire. Les besoins spécifiques de cette population sont complexes. À la fois médicaux, sociaux et psychologiques, ils sont souvent relayés à la marge des institutions traditionnelles. C'est encore à la marge d'un système de santé hospitalo-centré que se trouve une solution adaptée pour ces personnes dépendantes : les réseaux associatifs de coordination gérontologique. Leur point de départ est la personne âgée, prise dans son environnement et selon son système de valeurs. Leur structure est faible, au sens où les interactions entre acteurs se recomposent selon la situation. Cette forme organisationnelle permet le déploiement d'une coordination adaptative, formule à même de penser et d'agir le soin de manière personnalisée. Cet article propose d'analyser la valeur d'une forme de coordination adaptative à partir d'un réseau de coordination gérontologique de la métropole lyonnaise. Établie à partir d'une méthodologie inductive d'observation *in situ* et de notes de terrain, une série de cas individuels met en avant le caractère singulier et complexe des problématiques rencontrées. Ces situations sont marquées par l'incertitude. Leur résolution se heurte à la résistance des personnes elles-mêmes. Le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes appelle une intervention rapide et coordonnée, pourtant dévalorisée par les acteurs traditionnels du soin et donc sous-financée. La forme en réseau permet de mobiliser les ressources utiles pour répondre à des besoins croissants. L'efficacité de ces interventions par le réseau tient à la mise en convergence des intérêts différenciés des acteurs traditionnels, par un acteur associatif lui-même à la marge de ce système. La fluidification de la circulation des données de santé, la conciliation des expertises et la mise en place d'une tarification adaptée sont les trois enjeux cruciaux dans ce domaine.

Introduction

Sur-médication, dénutrition, polyopathologies, isolement social : les problématiques d'un public âgé et dépendant sont complexes. La prise en charge traditionnelle de cette population relève d'une approche strictement médicale, curative ou palliative. Dans une société à l'épreuve du vieillissement et de la dépendance, ces besoins ne peuvent que croître et appellent une réponse

débordant l'organisation actuelle du système de soins français. La coordination adaptative mise en œuvre par un réseau associatif est une réponse adaptée à ces nouveaux défis. Cet article en présente les principes de fonctionnement, en souligne la pertinence organisationnelle malgré (ou peut-être en vertu de) sa marginalisation du système de soins et dessine des pistes d'amélioration de son efficacité.

Les origines de cette approche élargie de la prise en charge de la personne âgée peuvent être identifiées dans le rapport Laroque de 1962 (HAUT COMITÉ CONSULTATIF DE LA POPULATION ET DE LA FAMILLE, 1962). Celui-ci préconisait une politique vieillisse substantielle par la mise en place de transferts monétaires ainsi que d'une intervention sociale et médico-sociale. Un accent est dès lors mis sur le maintien à domicile. Vingt-cinq ans plus tard, le rapport Braun de 1988 formule la dépendance comme problème politique spécifique. Les réseaux associatifs de coordination gérontologique se développent dans la continuité de cet intérêt politique, dans les années 1990⁽¹⁾, mettant ainsi en tension les logiques sanitaires et territoriales (ARGOUD, 2010). Les politiques gérontologiques s'ancrent historiquement au niveau local (ARGOUD, 2014), raison pour laquelle on observe diversité et disparité dans l'offre de services gérontologiques.

Si le vieillissement est une condition pouvant occasionner d'importantes problématiques médicales, un regard sociologique est utile à l'élaboration de solutions organisationnelles. Alors que la tendance est à valoriser les nouvelles technologies (LAPERCHE, 2016), nous tâcherons de mettre en lumière l'apport d'une compréhension globale et contextualisée de la personne. Il ne s'agira donc pas de chercher à rendre économiquement attractive une population inactive et donc considérée comme inutile dans une société « jeuniste » (SAUVEUR, 2013), mais bien de penser l'articulation des différents acteurs dans un projet d'accompagnement de la personne âgée dépendante (STICKER, PUIG & HUET, 2014 ; BLOCH & HÉNAUT, 2016). La coordination gérontologique est en quelque sorte un cas d'école en ce qu'elle pose simultanément des questions de pratiques professionnelles, d'organisation de dispositif, de mise en œuvre d'intervention... en fonction de l'usager (RÉGUER & RENO-LAVERSANNE, 2013, p. 391).

Le réseau lyonnais CORMADOM (Coordination maintien à domicile) est né en 2015 d'un rapprochement de trois réseaux de santé préexistants (CORMADOM, réseau de santé gérontologique, SPIRO pour les malades atteints d'insuffisance respiratoire et SOURCE en cancérologie). Quelles modalités organisationnelles permettent-elles de développer une coordination adaptative centrée sur la personne ? Sur la base d'une étude de cas collectés par les professionnels du terrain, nous avons procédé à l'analyse du processus de coordination. Après avoir rappelé le positionnement de ce type d'organisation dans le schéma général des institutions, nous présenterons des situations concrètes illustrant la valeur de la coordination adaptative, enfin nous tâcherons de dessiner quelques pistes d'évolution de cette prise en charge coordonnée des personnes âgées à domicile dans le cadre d'une « gestion de la singularité à grande échelle » (MINVIELLE, 1998).

⁽¹⁾ Ils sont clairement encouragés par le législateur avec la loi du 4 mars 2002.

Une action aux marges des institutions

Bien que le secteur associatif joue un rôle important dans la réorientation des politiques publiques de dépendance, il reste un acteur « de dernier recours » pour les institutions traditionnelles de la santé et dans l'organisation classique des parcours de soin.

Le recours aux associations : une nécessité sous contraintes

Les schémas institutionnels classiques ne parviennent pas à s'adapter aux besoins spécifiques des populations âgées dépendantes (DURU, 2005), notamment en ce qu'ils ne favorisent pas une gouvernance en réseau (BERCOT & DE CONINCK, 2006, p. 47 *sqq.*). Si la prise en charge médico-sociale des personnes âgées existe depuis la création des Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) par la loi de 1978, elle reste secondaire par rapport à une approche biomédicale dominante dans le champ de la dépendance. Cette offre ne peut convenir aux personnes les plus dépendantes, qui nécessitent une formule de soins globale et personnalisée (FROSSARD, 2002).

Le maintien à domicile est la solution la moins coûteuse et la plus à même de répondre aux besoins spécifiques de la personne âgée vulnérable. La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement réaffirme le maintien à domicile comme une priorité (CAPPELLARI, 2016). Or, compte tenu de la perte d'autonomie de ces publics, une intervention tierce est indispensable pour coordonner cette action, dépassant les capacités ou les ressources des proches aidants. La coordination des soins semble se justifier d'abord comme une nécessité sous contraintes avant d'être reconnue comme source de valeur ajoutée organisationnelle (VINOT & VINOT, 2017).

En 2012, le ministère de la Santé recensait environ 700 associations de coordination de soins gérontologiques. Leur positionnement entre État et marché, don et contrat, bénévolat et professionnalisation (HÉLY, 2009) se traduit dans les formes organisationnelles adoptées. Recrutements de salariés faiblement qualifiés, à bas revenus, et pour un temps de travail variable : ce tiers-secteur reste faiblement professionnalisé. Ce fonctionnement a permis de répondre à un double besoin social : celui de personnes âgées pauvres et celui d'une catégorie majoritairement féminine, précaire et peu qualifiée. Un double défi se pose donc à ces associations : s'adapter aux spécificités de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et reconnaître la qualification des salariés impliqués.

Une faible structuration, la force d'adaptation aux situations

L'organisation des soins en réseaux coordonnés est une manière de réorganiser l'action sanitaire autour du patient (GRENIER, 2006). La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé traduit une volonté de l'État d'encourager la création de réseaux de soins (art. 84, « Réseaux de

santé »). Ceux-ci sont particulièrement adaptés à des publics âgés, dépendants et polypathologiques. Les besoins des personnes âgées dépendantes reposent sur différents types de professionnels (MANIÈRE *et al.*, 2005). Leur coordination est donc essentielle à la prise en charge de ces publics. Par la multiplication des acteurs ou le manque de communication, la coordination est une source majeure de dysfonctionnement des politiques publiques gériatriques (AMYOT, 2002).

Nous présentons ici une étude de cas constituée à partir d'un réseau de santé gériatrique de la métropole lyonnaise. Entièrement financé par des fonds publics (ARS Rhône-Alpes), le réseau CORMADOM coordonne les soins et les services à la personne réalisés par des associations d'aide à domicile ou organisations de santé préexistantes. Ses fondateurs sont issus du milieu associatif de l'économie sociale et solidaire⁽²⁾. L'action de cette association loi 1901 concerne environ 250 personnes par an, dont 120 nouveaux patients chaque année. Ces derniers sont orientés vers le réseau par des professionnels (assistantes sociales des hôpitaux, sociétés de matériel médical, associations d'aide à domicile, infirmiers libéraux...) qui n'ont plus de solution d'accompagnement classique. Les permanents de l'association, au nombre de cinq (une directrice, une assistante administrative, trois coordinatrices de formation sociale ou médicale), ont pour rôle de centraliser les informations reçues par téléphone ou collectées lors des visites dans un logiciel informatique. Des soignants à temps partiels complètent cette force de travail (0,1 médecin généraliste, 0,5 psychologue clinicienne, 0,4 professionnels vacataires tels qu'un kinésithérapeute).

Les personnes dépendantes sont notamment définies par leur degré de perte d'autonomie, condition et modalité de perception de l'Allocation personnalisée d'autonomie. Pour les personnes maintenues à domicile, ce degré est établi par une équipe composée d'au moins un médecin et un travailleur social, et objectivé par un indicateur socio-économique. La grille d'évaluation AGGIR (« Autonomie, gérontologie, groupes iso-ressources »), proposée au début des années 1990, arrête six niveaux de dépendance (de GIR1 le plus élevé à GIR6 le moins important), renvoyant à différents montants de transferts sociaux et à un tarif de prise en charge. Cet outil administratif national montre néanmoins des limites lorsqu'il s'agit de prendre en compte les réalités du terrain, c'est-à-dire les besoins des personnes rapportés à leurs capacités mentales et à leur lieu de vie (COUTTON, 2001).

⁽²⁾ Le réseau est une émanation de l'Association pour le développement des services médico-sociaux créée en 1996.

Une lecture globale de situations individuelles complexes

Le présent matériau a été recueilli dans le cadre d'une activité professionnelle du coordinateur du réseau de gérontologie ici à l'étude. La méthodologie utilisée consiste en une démarche inductive ancrée dans le terrain. Le corpus d'analyse est construit à partir d'analyses de dossiers, d'observations et de notes de l'enquêteur et des intervenantes professionnelles collaborant avec celui-ci. Les cas rapportés mettent en avant des situations-types de problématiques rencontrées par les patients et faisant obstacle au soin. Ils sont extraits de la base de cas de nouveaux entrants dans le réseau (n=120) sur l'année 2015. Un suivi systématique a été mis en place au sein de l'association dans le recueil d'information de l'histoire des personnes, de leur famille et de leur prise en charge. L'enquêteur a pu accéder aux dossiers anonymisés des personnes dont la trajectoire est relatée ici.

Les cinq cas présentés ci-après mettent en avant l'apport d'une compréhension de sciences sociales de la maladie appliquée à l'échelle de la personne. Ces problématiques sont complexes pour des raisons médicales : la présence de polypathologies est récurrente. Il s'agit alors de gérer la situation de quelqu'un dont les capacités physiques et cognitives sont altérées, tout en sollicitant son consentement. Cette complexité est plus ou moins accentuée selon le type d'intervention pratiquée. L'accompagnement se fait toujours dans le cadre d'un maintien à domicile, c'est-à-dire dans l'intimité d'une personne fragilisée. Tous ces cas présentent cette complexité multi-factorielle, raison pour laquelle ces patients sont mal intégrés dans les circuits de soin classiques, et qui souligne la pertinence de la coordination adaptative pour gérer une situation d'incertitude.

Résoudre un conflit familial par la médiation et l'organisation de l'habitat

La personne âgée dépendante, même présentant des signes de démence, reste très sensible à son environnement direct, à la fois spatial (son lieu de vie) et familial (les interactions avec et entre ses proches). C'est l'habitat au sens le plus compréhensif du terme (VEYSSET, 1989, p. 31 *sqq.*) qui doit être pris en compte comme véritable facteur de santé (DÉOUX, MASSOT & GIRARD, 2011).

Mme Goulvestre⁽³⁾ a 85 ans, elle est atteinte de la maladie de Parkinson. Elle est en catégorie GIR 1, très dépendante, avec troubles cognitifs, risque d'escarres et de dénutrition. Réunir les conditions matérielles d'une intervention professionnelle extérieure est rendu difficile par la combinaison de ses problématiques. Ses proches ne parviennent pas à gérer la situation. Elle a trois enfants. Sa première fille est absente et sa seconde fille présente de clairs signes d'épuisement. Son fils de 55 ans vit avec elle, mais ne peut l'aider. L'appartement est encombré de ses maquettes.

⁽³⁾ Les noms ont été modifiés.

CORMADOM élabore avec la fille et le fils un programme médico-social de réaménagement de l'environnement de vie de la vieille dame impliquant membres de la famille et intervenants professionnels. Les enfants sont en charge de libérer de la place dans l'appartement, et notamment dans la salle de bain devenue difficile d'accès. Une nutritionniste propose une composition de repas mixés et de boissons gélifiées (pour éviter les fausses routes, cause importante de décès). C'est le fils qui sera en charge des courses et de la préparation des repas. Un matelas spécifique est prescrit en prévention du risque d'escarres. Cette répartition des rôles a désamorcé les conflits entre les membres de la famille. Mme Goulvestre accepte désormais de s'alimenter et de recevoir des soins.

La coordination des soins à domicile se place à l'interface des sphères publique et privée. Soigner une personne chez elle n'est pas neutre. De façon générale, l'expérience du chez-soi est un lieu d'expression du moi. Dans le grand âge, cette expérience est marquée par l'incertitude : quant au fait de partir ou rester, quant à la capacité d'assumer le vécu quotidien (MEMBRADO & ROUYER, 2013). Le soignant se trouve, pour sa part, dans un cadre inhabituel, et donc demandant une capacité d'adaptation particulière. Il ne travaille plus dans le cadre contrôlé des hôpitaux ou des établissements. Il doit intégrer la présence plus ou moins coopérante des proches (COUTURIER, SALLES & BELZILE, 2010). De son côté, le patient doit accepter et gérer cette « intrusion » dans son chez-lui (ENNUYER, 2017). Le domicile, lieu privé par excellence, cristallise une histoire familiale et un mode de vie. Autour de celui-ci, le voisinage et le quartier forment un second cercle social d'importance, et tout spécifiquement dans les milieux populaires. Le réseau d'intervention ne s'adresse donc pas à une personne considérée isolément, mais à une personne insérée dans un environnement social dans lequel la « culture du domicile » (DJAOUI, 2011) occupe une place importante.

Intégrer le système de valeurs d'un couple appartenant à une autre culture

L'intervention d'un réseau de coordination peut se heurter à une forme d'extériorité culturelle, créant un malentendu sur le sens de la situation vécue. La prise de recul sur les valeurs de la personne et de son entourage peut ouvrir sur un mode de prise en charge adapté. Le cas d'un couple sino-vietnamien nous permet d'éclairer l'indispensable prise en compte de la dimension culturelle.

M. Lee a 72 ans. Depuis un accident vasculaire-cérébral, sa dépendance est forte (GIR 2). Son épouse a 42 ans. Ils ont eu ensemble quatre enfants, dont le dernier est âgé de trois mois. Ils n'ont pas de famille ou d'amis, hormis la présence de la communauté chinoise qui « aide ». M. Lee suit un programme de kinésithérapie en cabinet, ce qui lui permet de récupérer une autonomie satisfaisante. L'alimentation reste un problème. Son épouse refuse de lui donner de la nourriture mixée, ne lui sert que du riz avec des baguettes. Résultat : M. Lee fait régulièrement des

fausses routes, « il tousse et crache partout », selon les termes de son épouse.

Mme Lee rejette violemment son mari et toute forme d'aide venant de l'hôpital. L'assistance sociale hospitalière constate un risque de violence de l'épouse envers son mari, ses enfants et potentiellement contre elle-même. Une expertise psychiatrique fait ressortir une tendance suicidaire en phase paroxystique. La Protection maternelle et infantile (PMI) est saisie lorsque Mme Lee refuse d'assumer le nourrisson.

Les différents intervenants médico-sociaux sont dans l'incompréhension du comportement de Mme Lee, qui rejette concomitamment mari et enfants. Le réseau CORMADOM fait appel à un sinologue pour tenter de comprendre ce qui est en jeu. M. et Mme Lee forment un mariage d'intérêt dont les modalités culturelles sont les suivantes : M. Lee assume les charges matérielles du quotidien. En échange, son épouse lui doit un fils. Le garçon qui naîtra de leur union arrivera de manière tardive, en quatrième position (c'est le nourrisson). L'âge du mari est alors avancé. Depuis son accident vasculaire-cérébral, il n'est plus en mesure de respecter les termes du « contrat ». Il est devenu un vieillard invalide. Dans la culture chinoise, c'est l'épouse qui est considérée comme la victime, alors que d'un point de vue occidental, c'était elle la maltraitante.

La compréhension du système de valeurs de cette dame va permettre de concevoir une prise en charge adaptée au couple. M. Lee entre dans un EHPAD six mois plus tard, au grand soulagement de son épouse (« *Quand il était là, j'étais en colère parce qu'il était malade, maintenant qu'il n'est plus là, il me manque. Il faudra me montrer comment je peux aller le voir avec les enfants* »). Le travail de coordination a permis de trouver une solution adaptée, qui en l'occurrence consistait en un placement en établissement.

Stabiliser une personne souffrant de polyopathie aggravée par une composante psychiatrique

Le public âgé peut être un public difficile. La résistance au soin peut être l'un des derniers lieux d'affirmation de l'indépendance dans une situation de dépendance avancée, si bien que les aidants professionnels comme familiaux peuvent rapidement se trouver démunis.

Lorsque les besoins sont nombreux et multiples, aucun intervenant n'est à lui seul à même d'apporter des solutions.

Mme Charles a 89 ans. Elle a une dépendance forte (GIR 2). Elle présente un tassement vertébral (occasionnant douleurs et limitation de la marche), une myocardiopathie, un diabète, une broncho-pneumopathie, ainsi qu'une dépression chronique. Ses problèmes psychologiques se traduisent en troubles du comportement, causant un épuisement de son fils qui somatise (il vit à proximité) et des soignants. En l'espace de 18 mois, six cabinets infirmiers ainsi qu'un kinésithérapeute ont renoncé à rendre visite à Mme Charles faute de coopération de sa part.



Photo © LA COLLECTION

Vincent Van Gogh (1853-1890), *Le vieil homme triste*, huile sur toile, avril-mai 1890, Otterlo, Musée Kröller-Müller.

« Le public âgé peut être un public difficile. La résistance au soin peut être l'un des derniers lieux d'affirmation de l'indépendance dans une situation de dépendance avancée, si bien que les aidants professionnels comme familiaux peuvent rapidement se trouver démunis. »

Le réseau de coordination demande une évaluation géronto-psychologique pour des prescriptions adaptées. Il fait intervenir en urgence une psychologue clinicienne, qui permet au fils de prendre la distance nécessaire vis-à-vis de cette situation. Toutes les exigences de Mme Charles ne pouvant être satisfaites, la pression sur les épaules de l'aidant familial retombe. Un suivi professionnel plus adapté est mis en place. Le réseau fait en sorte que cette dame soit maintenue dans un parcours de soins (suivi des rendez-vous). Celle-ci n'ayant pas de médecin traitant, c'est un médecin du réseau qui renouvelle ses ordonnances. Les consultations à l'hôpital sont organisées par transport ambulancier, pris en charge par l'Assurance maladie. La situation se stabilise. Le fils ne tombe plus régulièrement malade.

De la même manière que les infirmières peuvent éprouver une « fatigue de la compassion » allant parfois jusqu'au *burn-out*, les aidants familiaux connaissent l'épuisement d'assister un proche âgé et malade (ENNUYER, 2013). Ce sont donc souvent les parents qui prennent l'initiative de la demande d'accompagnement en cas de difficultés récurrentes, qu'elles soient économiques ou logistiques.

Organiser une consultation médicale d'urgence pour une personne isolée

L'isolement social des personnes très âgées est un phénomène identifié et connu (PITAUD, 2007). Le délitement du lien social n'est pas sans conséquence, non seulement sur l'état de santé général, mais sur la capacité à trouver des solutions pour se soigner. Tel est le cas de Mme Beaufile, 86 ans. Son niveau de dépendance moyen (GIR 3) est aggravé par une situation familiale délétère : l'une de ses filles s'est suicidée, une autre a disparu à l'étranger, les contacts avec son fils habitant la région sont distants.

Mme Beaufile présente des troubles cognitifs et comportementaux. Elle chute régulièrement. Elle a des problèmes liés à la dénutrition. Vivant seule, elle ne parvient plus à gérer le quotidien. Mme Beaufile a été placée sous protection juridique, avec son consentement ainsi que celui de son fils. Le réseau de coordination met en place deux visites quotidiennes : une infirmière pour l'observance du traitement et la surveillance du poids, une auxiliaire de vie pour la prise des repas. Le fils, soulagé de cette prise en charge, reprend des contacts plus réguliers avec sa mère.

Mme Beaufile reste malgré tout isolée à son domicile, ce qui va demander une intervention spécifique en cas de problème de santé aigu. Ainsi, un jour où elle sera anormalement essouffée, son infirmière appellera la plateforme téléphonique du réseau CORMADOM, dont l'infirmière spécialisée en gériatrie suspecte un œdème aigu du poumon. L'aide à domicile est alors contactée pour venir plus tôt. Le réseau joint le médecin traitant qui ne peut quitter son cabinet ; SOS médecin demande huit heures de délai et le SAMU n'a pas de camion disponible dans un délai inférieur à quatre heures. Le SAMU demande au réseau de gérer en direct la situation à moins de faire prendre en charge Mme Beaufile par les pompiers pour l'emmener aux urgences.

Le service hospitalier où cette patiente est traitée habituellement accepte de la recevoir en urgence si son retour à domicile est organisé pour l'après-midi, ce qui sera fait. Une ambulance est commandée, l'Assurance maladie est saisie pour autoriser une prise en charge (en consultation, le transport ambulancier n'est pas remboursé). Moins d'une heure et demie après l'appel de l'infirmière, la patiente a pu être admise en consultation. Cette personne, en d'autres circonstances, aurait été transportée aux urgences puis hospitalisée. La consultation hospitalière immédiate dans un service de soins a suffi pour équilibrer la situation médicale et un suivi adapté a été mis en place.

Mettre sous protection juridique la personne âgée vulnérable quand l'entourage est défaillant

La vulnérabilité est au cœur de la problématique de la maladie (PIERRON, 2010). Celle-ci ne se manifeste pas seulement sous le jour de fonctions physiologiques défaillantes, mais aussi par un entourage dont la protection fait défaut.

Mme Rouard est assez peu dépendante (GIR 3/4), mais son environnement familial est peu stabilisant voire toxique. Ses trois maris successifs sont décédés, les deux premiers étaient alcooliques et violents. Elle vit à son domicile avec le fils adoptif de son premier mari (56 ans, cardiaque, insuffisant respiratoire et alcoolique) ainsi que deux animaux domestiques (un chien et un chat). Bien que déclaré « aidant naturel », ce fils ne peut assumer la gestion du quotidien. Une « amie » garde de temps en temps le chien de Mme Rouard pour 15 euros de l'heure ou 50 euros par jour. L'infirmière de Mme Rouard suspecte l'« amie » de « vider les comptes ». Le médecin traitant ne pouvant être joint car ayant été lui-même victime d'un très grave accident, elle signale cette situation au réseau CORMADOM.

L'intervention consiste dans un premier temps en une recherche de proches susceptibles d'aider. Un frère cadet ainsi qu'une cousine éloignée sont identifiés. Le chien de Mme Rouard meurt. L'« amie », ayant perdu une rente, s'éloigne. Le réseau fait accepter par Madame l'idée d'une demande de mise sous protection simple. Le dossier est constitué par la cousine. Dans le même temps, le fils est brièvement hospitalisé suite à une présence de sang dans les selles. Le réseau demande à l'Assurance maladie l'autorisation de suivre le fils (l'autorisation pour CORMADOM porte sur les personnes de 60 ans ou plus).

Un bilan gériatrique est proposé à Mme Rouard, qui accepte puis refuse. Elle finit par y consentir à la condition que celui-ci soit réalisé à domicile. Un médecin gériatre est sollicité. Au vu de la situation, une mesure de protection d'urgence est demandée au procureur sur la base de témoignages écrits. Un équilibre relativement précaire est maintenu. À l'automne de la même année, l'état de santé de Mme Rouard se dégrade jusqu'à laisser indiquer une fin de vie. Un accompagnement en soins palliatifs est réalisé à domicile. Mme Rouard décède dans le courant du mois de décembre suivant.

La coordination est envisagée sous l'angle de la résolution de problèmes⁽⁴⁾. Ces situations attestent l'importance de l'environnement familial et du voisinage dans l'organisation des soins à domicile. Une coordination médicale ne saurait donc faire l'économie d'une dimension sociale. Une telle attention requiert des compétences spécifiques. Les professionnels interviennent dans un espace privé contraint, et variable. L'imprévisibilité des comportements des acteurs est une difficulté identifiée de l'intervention à domicile par un réseau de santé (BRUYÈRE, 2009, p. 165). C'est l'une des raisons pour lesquelles toutes ces personnes avaient été rejetées par le système de soins classique.

C'est donc bien la reconnaissance de leur spécificité qui est en jeu ici. L'approche de *coordination adaptative* part de l'analyse de l'environnement domestique pour qualifier la nature de ces relations, et construire une réponse personnalisée. La mise en œuvre d'une démarche qualité (équipe pluridisciplinaire, recherche de l'information, sollicitation des services hospitaliers, traçabilité des appels téléphoniques, suivi des délais, analyse des dysfonctionnements, gestion des réclamations, partage d'informations entre professionnels) consolide la définition d'un mode de vie soutenable pour la personne, ses proches ainsi que les professionnels impliqués. Nous qualifions cette coordination faite d'ajustements contextuels « coordination adaptative ».

La reconnaissance d'intérêts divergents pour atteindre des objectifs partagés

Chaque situation personnelle nous a permis de montrer les conditions d'élaboration d'une stratégie adaptative par un réseau de coordination. La notion de *coordination adaptative* diffère de celle de *partenariat intégré* en ce qu'elle ne cristallise pas des relations institutionnelles. Elle se rapproche du modèle de l'adhocratie développé par Henry Mintzberg (MINTZBERG, 1982), une organisation très souple dans laquelle des experts travaillent par projets, créant des solutions adaptées à chaque situation. Mettre en œuvre une coordination centrée sur le patient ne doit pas faire négliger les facteurs environnementaux et réglementaires de l'organisation de santé. Nous proposons ici trois enjeux traçant autant de pistes d'optimisation de l'efficacité de l'accompagnement des personnes : la fluidification de la circulation des données patients, la conciliation des expertises, la mise en place d'une tarification adaptée.

⁽⁴⁾ Au-delà de la résolution d'un problème aigu, l'association peut poursuivre l'accompagnement de la personne sur une base plus routinisée. Les sorties du réseau sont dues à trois raisons d'occurrence équivalente : reprise d'autonomie de la personne ou de ses aidants, entrée en établissement de type EHPAD, décès.

La collecte et le partage des données de santé individuelles

La collecte d'informations est une activité centrale et complexe dans le travail en réseau (BERTEZENE & DUBRION, 2017, p. 79). Si certains éléments sont codifiés (ordonnances, examens, documents administratifs...), d'autres touchent aux relations humaines (qui est qui, qui fait quoi, de quel droit, dans l'intérêt de qui ?). Une fois l'information viabilisée, les situations limites doivent être repérées, puis analysées. Une vérification de l'adéquation des pratiques professionnelles aux réalités inter-organisationnelles est alors effectuée (itérations à des rythmes variables, quotidiens, hebdomadaires... entre les aides à domicile, les infirmières et autres professionnels de santé).

Chaque situation fait l'objet d'une recherche d'informations médicales, sociales, économiques et tout est consigné dans un dossier informatisé. Le réseau CORMADOM a obtenu de l'Agence des systèmes d'informations partagés de santé (ASIP Santé) une carte d'établissement de santé et des cartes de professionnels de santé pour chacun de ses collaborateurs, ce qui les autorise à collecter les informations médicales nécessaires. L'outil juridique qui permet cette collecte est le cadre des réseaux de santé⁽⁵⁾. Rappelons que si le plan de soins est élaboré avec les professionnels, il l'est sur la base de l'expression des souhaits de la personne accompagnée.

Cette information doit être analysée entre les membres de l'association de coordination, chacun avec ses outils professionnels, puis un programme d'intervention est proposé aux diverses parties. Une fois ajusté et acté, il est distribué à tous avec les références téléphoniques de tous pour que des contacts directs soient possibles le cas échéant. L'information est redistribuée à chacun des professionnels selon les besoins de ses interventions, tous étant soumis au secret professionnel.

Le système d'information doit en outre être connecté avec la comptabilité analytique, pour assurer la gestion et donner une lisibilité de l'activité qui sera retranscrite dans les canons du rapport d'activité annuel transmis à l'Agence régionale de santé (ARS) pour valider les comptes et engager les financements futurs. Il doit également pouvoir se connecter avec le système d'échange régional. Enfin, il s'agit de pouvoir en extraire les éléments nécessaires à chacun des professionnels, en les leur communiquant sous une forme adaptée.

La mise en place de systèmes d'échanges d'informations automatisés au niveau régional est encadrée par les ARS. Un système de centralisation possède son infrastructure et sa logique propres. Il ne peut être la somme des systèmes particuliers de chacun des réseaux. Aussi, un système d'échange ne peut pas répondre « à » et donc se confondre « avec » la diversité des modalités de gestion de chacun des réseaux. Il s'agit donc de distinguer clairement un système de gestion de l'activité, qui est un outil métier, d'un système de partage de l'information qui est un outil d'échange. La transmission des informations aux

⁽⁵⁾ Code de la Santé Publique, art. D6321-4.

opérateurs du soin et aux instances régionales est un objectif demandant encore un approfondissement de la démarche de coordination.

La conciliation des expertises

Deuxième défi d'un réseau de coordination : l'horizontalisation des relations entre professionnels de statuts différents. Le niveau croissant de dépendance des publics couverts renforce le besoin de coordination entre professionnels de différents statuts, sans pour autant effacer leur hiérarchisation implicite.

Le médecin généraliste joue un rôle essentiel dans le maintien à domicile (GHADI *et al.*, 2011). La démographie médicale libérale de ville est dynamique : les effectifs de médecins n'ont jamais été aussi importants⁽⁶⁾. Pourtant, l'inégalité de répartition géographique ainsi que l'évolution de la manière de pratiquer conduisent à des difficultés d'accès aux médecins généralistes pour les personnes âgées dépendantes. Un réseau de coordination gérontologique tel que CORMADOM fait gagner du temps aux médecins généralistes grâce à la connaissance fine du terrain qu'il met à leur disposition, à la traduction de la demande du patient en des termes plus directement accessibles au corps médical, et, enfin, grâce à la réalisation de tâches non rémunérées. La patientèle prise en charge par le réseau est de fait la plus redoutée par les médecins de ville : personnes âgées isolées et/ou atteintes de troubles psychiques, patients ayant des difficultés économiques et une faible observance des traitements prescrits.

Lorsqu'il est jugé nécessaire par l'équipe de coordinateurs du réseau, le passage par l'hôpital peut être simplifié et/ou réduit à de l'ambulatoire. Cela entre dans les intérêts de services hospitaliers engorgés, et tout particulièrement en ce qui concerne les urgences. Les professionnels du soin sont plus enclins à accepter la prise en charge de situations déjà encadrées par un réseau, alors qu'elles auraient été jugées ingérables autrement. À titre d'exemple, lorsqu'un retour à domicile paraissait « risqué » selon l'association de coordination, la possibilité d'une ré-hospitalisation était négociée avec le service concerné. Une coordination spécifique a pu être instaurée entre l'association et des services de gériatrie de la région. Ces derniers ont accepté d'admettre un patient en urgence, sous condition d'un retour à domicile dans la journée. Des situations critiques peuvent ainsi être traitées par une consultation, sans attendre la dernière minute ou l'hospitalisation. Le réseau peut alors négocier un transport ambulancier pris en charge par la Sécurité sociale en tiers payant, normalement acquitté en intégralité par le patient pour une consultation simple.

Le réseau a également intégré les contraintes des professionnels pour construire des prises en charge croisées, par exemple en planifiant la co-présence infirmier / auxiliaire de vie lors d'interventions auprès de personnes en surcharge pondérale. La prescrip-

tion d'un lève-malade s'accompagnait d'un contrôle de compétences des intervenants avec à la clef une offre de formation financée. Un fonctionnement horizontalisé peut aussi faire des aides à domicile, non seulement des appuis à l'infirmière, mais des pourvoyeurs d'actes et d'informations. Ce sont les deux types de soignants au plus près des personnes accompagnées.

La valeur d'un réseau associatif n'est pas évidente pour tous les acteurs impliqués. Dans le secteur de la santé, se réclamer de la coordination est un lieu commun (AMYOT, 2010). Au niveau local, l'association est en concurrence avec une méthode de coordination élaborée de manière centralisée. Les Méthodes d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie (abrégiées sous l'acronyme de MAIA) ont été mises en œuvre par les Conseils départementaux à partir de 2008. Leur principe est d'appliquer un modèle national au niveau local, selon une double logique *top-down* et de partenariats institutionnalisés. La coordination adaptative du réseau associatif relève quant à elle d'une dynamique *bottom-up*, qui part non pas d'un cadre général mais de la situation du patient. Elle mobilise certaines ressources en fonction du problème à traiter, non en vertu de relations institutionnelles routinisées. Les MAIA sont une solution plus institutionnalisée, donc mieux financée, mais moins adaptée au terrain. Les Conseils départementaux avaient néanmoins intérêt à créer ces structures pour y placer un certain nombre de leurs cadres, jugés surnuméraires dans leurs instances d'origine. Cet « essaimage » a permis aux Conseils départementaux d'afficher à nouveau un certain équilibre budgétaire dans leur masse salariale.

Qu'en est-il de l'articulation entre coordination institutionnalisée et coordination adaptative ? Pour des raisons tant politiques que techniques, les partenariats entre réseaux associatifs et collectivités territoriales sont peu répandus. Si le département possède un leadership en matière de dépendance depuis la création de la Prestation spécifique dépendance (PSD) dans les années 1990 (FRINAULT, 2009, p. 107 *sqq.*), la santé ne relève pas de ses compétences. En outre, le statut associatif des réseaux est un frein à leur implication. Juridiquement, les collectivités sont indéfiniment responsables financièrement en cas de défaillance de l'association. Certes, les collectivités peuvent verser des subventions aux réseaux de santé, mais l'organisation d'un partenariat qui implique la collectivité dans le pilotage du réseau est rendue difficile par ces seules modalités retenues par les textes.

La mise en place d'une tarification adaptée

L'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône Alpes estime à 10 000 le nombre de personnes potentiellement concernées par les services de coordination gérontologique ; elle en finance 200. Ce secteur se trouve donc sous-financé, dans un contexte où les associations dépendent essentiellement de financements publics. Traditionnellement, le financement des réseaux est issu du Fonds d'intervention régional (FIR),

⁽⁶⁾ Au 1^{er} janvier 2016, exercent 223 500 médecins (109 000 généralistes dont 68 500 libéraux et mixtes). En 2014, on compte 600 000 infirmières, dont 98 000 libérales ou mixtes (source : INSEE, DREES).

une dotation régionale issue de la loi de financement de la Sécurité sociale votée annuellement. Le réseau reçoit une dotation forfaitaire. Cela signifie qu'il n'existe pas de mécanisme budgétaire soutenant le développement de ses activités.

Les soins gériatriques sont étroitement associés à l'accompagnement de fin de vie. Cela suppose la tarification d'actes spécifiques, qui ne sont pas toujours prévus par la nomenclature. Par exemple, les certificats de décès ne sont rémunérés que depuis le décret n° 2017-1002 du 10 mai 2017. Avant cela, il était très difficile de trouver des médecins qui acceptaient de faire un certificat médical de décès. Il s'agissait d'un acte non rémunéré, et nécessairement réalisé au lit du décédé. La réponse de l'Ordre des médecins fut de solliciter des médecins en retraite, mais dont aucune liste n'était établie. Ces médecins étaient donc injoignables. Les difficultés de la coordination peuvent donc être liées à un défaut de tarification.

La coordination des soins gériatriques est un marché peu rentable soumis à un cloisonnement des financements. Chronicité des pathologies et précarité des aidés poussent les acteurs associatifs à trouver des formules financièrement contraintes et à faire preuve de « bricolage » dans le montage consolidé des prises en charge. Les réseaux de santé sont financés par des subventions de collectivités territoriales. Cette logique d'économie administrée dissocie la performance des structures de leur dynamique de développement. À cela s'ajoute une pression concurrentielle croissante émanant du secteur tertiaire à but lucratif, aussi appelé « tertiaire relationnel ». Les compagnies d'assurance expérimentent, par exemple, des solutions de télémédecine. La part des « géronto-technologies », avec ses logements connectés grâce à l'informatique ubiquitaire, est appelée à s'accroître dans les décennies à venir.

Le réseau de coordination relève d'un régime de financement différent de l'Hospitalisation à domicile (HAD), schéma dans lequel les soins sont intégralement couverts⁽⁷⁾, ainsi que des produits de confort et des heures d'aide à domicile. L'HAD est soumise à la tarification à l'activité (T2A). Par ses pratiques de soins, son mode d'organisation et de financement, elle reproduit le mode de prise en charge de l'hôpital. L'Assurance maladie remboursant d'abord les soins hospitaliers, puis les soins de ville, il n'existe pas d'incitation pour les assureurs privés à financer des réseaux de coordination pouvant réduire le risque d'hospitalisation.

Pour la personne accompagnée, l'Aide personnalisée à l'autonomie, prestation dispensée par le Conseil départemental sous condition de ressources, couvre une partie des besoins⁽⁸⁾. Les soins à domicile sont en partie couverts par l'Assurance maladie, mais surtout par les organismes complémentaires. Les services d'aide collectifs (aides à domicile, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes...) et les solidarités familiales contribuent également à compenser la perte d'autonomie.

Conclusion

Une coordination adaptative peut être mise en œuvre par un réseau associatif, autonome dans son organisation et suffisamment souple dans sa structure pour recomposer un plan d'accompagnement pour chaque personne. Les cas traités sont d'une singulière complexité : fragilité psychologique, médical indissociable du social, environnement familial délétère. L'intervention auprès de personnes âgées dépendantes est prise dans un paradoxe : au grand besoin se confronte une grande résistance. Les professionnels doivent s'immiscer dans l'espace privé sans être reconnus comme intrus et gagner la confiance de personnes qui ont parfois gardé un lien ténu avec le monde réel. Or, les structures de soin classiques ne sont pas organisées pour s'atteler à ce type de problématiques. Une organisation réticulaire, quant à elle, doit pouvoir offrir la souplesse de partir de la situation de vie du patient.

La coordination adaptative est un mode d'organisation sans système de commandement. Le processus décisionnel normé laisse place au pilotage de la diversité des acteurs impliqués (GRENIER, 2009). Dans un secteur peu rentable et peu valorisé socialement, cette coopération ne saurait simplement se fonder sur des valeurs partagées. La prise en compte du patient comme déterminant du schéma de soins peut fédérer des acteurs aux intérêts hétérogènes, sur un modèle de coordination adaptative plus que formalisée (ROBELET, SERRÉ et BOURGUEIL, 2005). À l'heure où sont envisagés des modèles de coordination citoyenne (ENNUYER, 2014), institutions et professionnels du soin pourraient se saisir d'une approche centrée sur la personne, soucieuse des valeurs du soigné et créatrice de valeur à l'échelle du territoire.

Au final, qu'est-ce qui fait la valeur d'un tel réseau dans l'accompagnement des personnes âgées dépendantes ? Ces publics sont, on l'a vu, à la périphérie du système de soins traditionnel. Un réseau comme celui de CORMADOM occupe, lui aussi, une position marginale dans le jeu des acteurs. Considéré comme un dernier recours et sous-financé, ce type d'organisation à la marge est, paradoxalement, par une sorte d'homologie structurale, le plus à même de répondre aux besoins de populations écartées des parcours de soins classiques.

⁽⁷⁾ En hospitalisation à domicile, l'infirmière libérale est payée 100 % du tarif pour tous les soins. La même infirmière libérale avec le même patient, mais dans le cadre juridique de la coordination, sera payée selon la Nomenclature générale des actes professionnels, soit 100 % pour le premier soin, 50 % pour le second et 0 pour les suivants. Cette situation évolue progressivement vers des forfaits liés au patient et non à la structure.

⁽⁸⁾ En 2016, le montant maximum de l'APA était de 1713,08 €.

Bibliographie

AMYOT J.J. (2006), *Développer la coordination gérontologique : stratégies, dispositifs et pratiques*, Paris, Dunod.

AMYOT J.J. (2010), « Les tribulations de la coordination gérontologique : des stratégies aux usagers », *Vie sociale*, n° 1, pp. 25-42.

ANCHISI A. *et al.* (2014), « Situations de soins à domicile : discontinuité des trajectoires », *Recherche en soins infirmiers*, n° 118, p. 26-37.

ARGOUD D. (2010), « Approche historique des dispositifs gérontologiques en France », *Gérontologie et société*, n° 132, pp. 103-110.

ARGOUD D. (2014), « Les politiques gérontologiques locales : la difficile constitution d'un espace autonome entre territorialisation et recentralisation », in HUMMEL C., MALLON I. & CARADEC V. (dir.), *Vieillesse et vieillissements. Regards sociologiques*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, pp. 49-60.

BERCOT R. & DE CONINCK F. (2006), *Les réseaux de santé, une nouvelle médecine ?*, Paris, L'Harmattan.

BERTEZENE S. & DUBRION B. (2017), « La coopération dans les réseaux de santé en gérontologie. Un éclairage simonien », *La revue des sciences de gestion*, n° 283, pp. 73-84.

BLANCHARD N. (2004), « Du réseau à la coordination gérontologique : un nouveau paradigme pour le secteur médicosocial ? », *Retraite et société*, n° 43, pp. 165-186.

BLOCH M.-A. & HÉNAUT L. (2014), *Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris, Dunod.

BRAUN T. & STOURM M. (1988), *Les personnes âgées dépendantes : Rapport au Secrétaire d'État chargé de la Sécurité sociale*. Collection des Rapports Officiels. Paris, La Documentation française.

BRUYÈRE C. (2009), « Les réseaux gérontologiques : une réponse organisationnelle aux nouveaux défis du système de santé ? », *Management et Avenir*, n° 26, pp. 160-176.

CAPPELLARI A. (2016), « Le maintien à domicile dans la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement : continuité ou renouveau ? », in VIRIOT-BARRAL D. (dir.), *Une nouvelle politique sociale du vieillissement. Histoire et prospective d'un défi*, Aix-en-Provence, Presses Universitaires d'Aix-Marseille, pp. 161-208.

COUTTON V. (2001), « Évaluer la dépendance à l'aide de groupes iso-ressources (GIR) : une tentative en France avec la grille AGGIR », *Gérontologie et société*, 24(99), pp. 111-129.

COUTURIER Y., SALLES M. & BELZILE L. (2010), « Contribution des proches aidants à la coordination des services destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie », *Vie sociale*, n° 4, pp. 63-80.

DÉOUX S., MASSOT O. & GIRARD V. (2011), « L'habitat, facteur de santé des trente dernières années de vie des aînés ? », *Gérontologie et société*, 34(136), pp. 91-103.

DJAOUI E. (2011), « Approches de la «culture du domicile» », *Gérontologie et société*, 34(136), pp. 77-90.

DURU G. (dir.) (2005), dossier « La dépendance : de l'hôpital à la ville », *Revue Santé et systémique*, 8(3-4).

ENNUYER B. (2013), « Les aidants familiaux. En finir avec l'idéologie de l'aide naturelle des familles auprès de leurs parents dits «âgés dépendants» », in COUM D. (dir.), *La famille, ressource ou handicap ?*, Toulouse, Érès, pp. 91-102.

ENNUYER B. (2014), *Repenser le maintien à domicile : enjeux, acteurs, organisation*, Paris, Dunod.

ENNUYER B. (2017), « L'accompagnement à domicile : mission impossible ? », *Vie sociale*, 17(1), pp. 71-80.

FRINAULT T. (2009), *La dépendance. Un nouveau défi pour l'action publique*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

FROSSARD M. (2002), « Coordination, intégration, réseaux de services. Enjeux pour la gestion des politiques publiques en direction des personnes âgées », *Gérontologie et société*, n°100, pp. 35-48.

GHADI V. *et al.* (2011), « Rôle d'interface d'un réseau gérontologique entre les acteurs du sanitaire et du maintien à domicile », *Santé Publique*, 23(4), pp. 317-328.

GRENIER C. (2006), « Apprentissage de la coordination entre acteurs professionnels : le cas d'un réseau de santé », *Gérer et Comprendre*, n°83, pp. 25-35.

GRENIER C. (2009), « Le réseau de santé : une lecture constructiviste par la notion de gouvernance conceptive », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 27(1), pp. 73-89.

HAUT COMITÉ CONSULTATIF DE LA POPULATION ET DE LA FAMILLE (1962), *Politique de la Vieillesse. Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse présidée par Monsieur Pierre Laroque*, Paris, La Documentation Française.

HÉLY M. (2009), *Les métamorphoses du monde associatif*, Paris, PUF.

JOËL M.-È. & MARTIN C. (1998), *Aider les personnes âgées dépendantes : arbitrages économiques et familiaux*, Rennes, Presses de l'ENSP.

LAPERCHE B. (dir.) (2016), *Géront'innovations. Trajectoires d'innovation dans une économie vieillissante*, Bruxelles, Peter Lang.

MANIÈRE D. *et al.* (dir.) (2005), *Interprofessionnalité en gérontologie. Travailler ensemble : des théories aux pratiques*, Ramonville Saint-Agne, Érès.

- RÉGUER D. & RENOU-LAVERSANNE A., « Politiques publiques de coordination gérontologique. Espaces et territoires, objectifs et enjeux », in MAREC Y. & RÉGUER D. (dir.) (2013), *De l'hospice au domicile collectif. La vieillesse et ses prises en charge de la fin du XVIII^e siècle à nos jours*, Mont-Saint-Aignan, Presses universitaires de Rouen et du Havre, pp. 391-408.
- MARTIN C. (dir.) (2003), *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe ?*, Rennes, Presses universitaires de Rennes / Éd. de l'ENSP.
- MEMBRADO M. & ROUYER A. (dir.) (2013), *Habiter et vieillir. Vers de nouvelles demeures*, Toulouse, Érès.
- MINTZBERG H. (1982), *Structure et dynamique des organisations*, Montréal / Paris, Agence d'Arc / Éd. d'Organisation.
- MINVIELLE É. (1998), « Gérer la singularité à grande échelle », *Gestions hospitalières*, n°373, pp. 129-145.
- PIERRON J.-P. (2010), *Vulnérabilité. Pour une philosophie du soin*, Paris, PUF.
- PITAUD P. (dir.) (2007), *Solitude et isolement des personnes âgées. L'environnement solidaire*, Toulouse, Érès.
- ROBELET M., SERRÉ M. & BOURGUEIL Y. (2005), « La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles », *Revue française des affaires sociales*, n°1, pp. 233-260.
- SAUVEUR Y. (2013), *Images de la vieillesse dans la France contemporaine. Ambiguïtés des discours et réalités sociales*, Dijon, Éd. Universitaires de Dijon.
- STICKER H.J., PUIG J. & HUET O. (2014), *Handicap et accompagnement. Nouvelles attentes, nouvelles pratiques*, Paris, Dunod.
- VEYSSET B. (1989), *Dépendance et vieillissement*, Paris, L'Harmattan.
- VINOT D. & VINOT A. (2018), « Le management au défi du stress des professionnels dans les établissements d'accueil des personnes âgées dépendantes », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 35(4), pp. 159-177.