



**FAVORISER LE PARCOURS DE VIE DES PERSONNES  
ÂGÉES DÉPENDANTES SUR LE TERRITOIRE, QUEL QUE  
SOIT LEUR LIEU DE VIE, EN CRÉANT LES CONDITIONS DE  
LA CONTINUITÉ DE LEUR ACCOMPAGNEMENT**

Le SSIAD : acteur du lien entre le domicile et les EHPAD

*Isabelle GOVEN*

2014

*cafdes*



---

# Remerciements

---

A l'équipe du SSIAD. Les salariées font la force du service. Leur expérience est sa richesse

A l'ensemble des partenaires du SSIAD.

A Monsieur Philippe Bérrou, directeur de l'EHPAD La Villa Saint Joseph de Plélan-Le-Grand pour son accueil en stage

A Madame Maïté Salgues, directrice de l'EHPAD Les grands Champs de Maxent pour ses encouragements et les données fournies dans le cadre de ce mémoire

A Monsieur Renan Derieux, chargé de mission santé du Syndicat Mixte du Pays de Brocéliande de Montauban de Bretagne, pour son accueil en stage et Madame Sylvia Croix Marie, directrice de service pour sa relecture experte

A Madame Colette Hubert, ancienne comptable du SSIAD qui m'a soutenu tout le long de ce processus de formation et a pris du temps, sur sa retraite, pour relire ce mémoire attentivement.

A Madame Isabelle Debray qui, depuis longtemps, me sert de lectrice « naïve » ; son amitié n'empêche jamais un avis sincère.

Enfin, des remerciements très appuyés et tout mon amour, à mes enfants Katel et Yann et à mon mari qui ont souffert mon absence et mon investissement long dans cette formation. Leur soutien a été le plus précieux.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Un SSIAD qui répond mal à l'évolution d'une partie de ses usagers.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Une population rurale, à faibles revenus et à la mobilité restreinte .....</b>	<b>3</b>
1.1.1 Une population vieillissante et dont la dépendance à domicile est importante .....	3
1.1.2 Une population issue majoritairement du milieu agricole, à faible revenus .....	3
1.1.3 Une mobilité restreinte, qui limite l'utilisation optimale des services.....	4
<b>1.2. Des patients de SSIAD à pathologies diverses dont l'autonomie reste difficile à évaluer mais dont la charge en soin augmente .....</b>	<b>7</b>
1.2.1. Une autonomie délicate à définir .....	7
1.2.2. Des pathologies diverses qui génèrent une charge en soins accrue.....	9
1.2.3 Les limites du domicile souvent posées par la fragilité des aidants .....	11
<b>1.3 Des acteurs en place, une offre de service satisfaisante mais qui peine à s'articuler.....</b>	<b>15</b>
1.3.1 Des services professionnels pour répondre à des besoins relevant historiquement de la sphère familiale .....	15
1.3.2 Le SSIAD : acteur du réseau de maintien à domicile mais des articulations fragiles entre partenaires.....	18
<b>2 Permettre une continuité d'accompagnement par l'appui sur une équipe expérimentée et un travail de partenariat avec des acteurs décroisés..</b>	<b>23</b>
<b>2.1 Passer d'une sécurité ressentie dans le lieu à une sécurité renforcée par le lien.....</b>	<b>23</b>
2.1.1 Un ancrage identitaire par le lieu interrogé par la présence des intervenants du domicile .....	23
2.1.2 Apprivoisement et rites : quand la leçon du renard au petit prince s'applique dans un SSIAD .....	25
<b>2.2 Une situation interne, stable, permettant le changement mais dont la logistique et l'organisation peuvent être améliorées .....</b>	<b>28</b>
2.2.1 Un conseil d'administration récemment renouvelé .....	28
2.2.2 Une équipe stable et mobilisée.....	30
2.2.3 Des aspects logistiques et des temps de regroupement pouvant être optimisés	32
<b>2.3 Un contexte extérieur qui encourage le maintien à domicile et incite à mutualiser.....</b>	<b>35</b>
2.3.1 Une homogénéité européenne dans la priorité donnée au domicile.....	35

2.3.2	Une évolution législative Française des 15 dernières années qui tend au décloisonnement des acteurs et à une place renforcée des usagers .....	37
2.3.3	Des EHPAD aux habitudes de mutualisation déjà amorcées.....	39
<b>3</b>	<b>Renforcer les liens pour un accompagnement optimal quel que soit le lieu de vie.....</b>	<b>43</b>
<b>3.1</b>	<b>Améliorer notre présence auprès des patients et de leurs aidants.....</b>	<b>43</b>
3.1.1	Personnaliser le parcours des personnes fragilisées .....	43
3.1.2	Proposer des solutions concrètes pour mieux soutenir les aidants.....	46
<b>3.2</b>	<b>Mobiliser les ressources du territoire autour de valeurs communes pour une continuité d'accompagnement .....</b>	<b>48</b>
3.2.1	Affirmer nos valeurs dans nos écrits .....	48
3.2.2	Majorer le rôle du SSIAD au sein du réseau à domicile .....	50
3.2.3	Permettre le partage d'expérience entre les personnels du domicile et des EHPAD .....	52
<b>3.3</b>	<b>Mutualiser les moyens et assurer la pérennité du SSIAD .....</b>	<b>54</b>
3.3.1	Fusionner le SSIAD et l'EHPAD de Maxent et mutualiser certains postes notamment administratifs. ....	54
3.3.2	Améliorer l'organisation logistique pour mieux maîtriser les charges.....	58
3.3.3	A moyen terme, envisager une spécialisation des structures locales .....	60
<b>3.4</b>	<b>Programmation et évaluation .....</b>	<b>61</b>
	<b>Conclusion .....</b>	<b>65</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>67</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>
	<b>Annexe 1 : évolution de la dépendance.....</b>	<b>I</b>
	<b>Annexe 2 : Des revenus plutôt bas .....</b>	<b>I</b>
	<b>Annexe 3 : répartition des pathologies rencontrées .....</b>	<b>II</b>
	<b>Annexe 4 : équipement du soutien au maintien à domicile par pays .....</b>	<b>II</b>
	<b>Annexe 5 : organigrammes.....</b>	<b>III</b>
	<b>ANNEXE 6: tableau d'analyse des forces et faiblesses .....</b>	<b>IV</b>

Ps : mettre à jour via la touche F9



---

## Liste des sigles utilisés

---

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AVS : Auxiliaires de Vie Sociale

BTS : Brevet de Technicien Supérieur

CA : Conseil d'Administration

CCAS : Conseil Communal d'Action Sociale

CCN BAD : Convention Collective Nationale Branche à Domicile

CDAS : Centre Départemental d'Action Sociale

CDD : Contrat à Durée Déterminée

CDI : Contrat à Durée Indéterminée

CESU : Chèque Emploi Service Universel

CG : Conseil Général

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

DLA : Dispositif Local d'Accompagnement

DRJSCS : Direction Régionale Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

DUERP : Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personne Agées Dépendantes

ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer

ESMS : Etablissement Social et Médico-Social

ETP : Equivalent Temps Plein

GIR : Groupe Iso-Ressources

GMP : GIR Pondéré Moyen

HAD : Hôpital A Domicile

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

IDEC : Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice

MAÏA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

MSA : Mutualité Sociale Agricole

PACS : PActe Civil de Solidarité

PAERPA : Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie

PASA : Pôle d'Activité et de Soins Adaptés

PASS : Parcours Santé Senior

SAD : Service d'Aide à Domicile

SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

UNA : Union Nationale d'Aide et de soins à domicile

## Introduction

Le vieillissement et la dépendance ne sont devenus un problème sociétal que très récemment. Avant le 20<sup>ème</sup> siècle, les conditions de vie, de travail faisaient parfois devenir vieux avant 45 ans. On mourait avant de devenir vieux. La personne non productive, était alors effacée, niée, voire bannie. Elle était souvent placée dans des hospices en attendant la mort. A contrario, dans d'autres sociétés, le vieux occupait la position de sage, de conseil. On lui devait le respect et les soins. Après la seconde guerre mondiale, le baby-boom a fait entrevoir une explosion possible du nombre d'âgés dans la société européenne. En France, l'état-providence se développait via les différents systèmes de protection sociale. La reconstruction était menée dans un esprit globalement optimiste. La croissance économique et le plein-emploi encourageait celui-ci. Dans la même période, les progrès de la médecine ont permis l'accroissement de la durée de vie. La notion de dépendance est également apparue rapidement. Se posait alors la question des conditions de vie pour les retraités, de l'accompagnement de cette dépendance.

L'eau courante et son utilisation pour la toilette date d'un peu plus d'un siècle. Pour les soins d'hygiène, longtemps, la solidarité familiale a prédominé. En campagne, on gardait les anciens à la maison et en prendre soin incombait aux femmes. Aujourd'hui, les aides professionnelles sont recherchées et l'offre se diversifie : Service d'aide, de soins, SPASAD, équipe spécialisée Alzheimer...Les structures d'hébergement se spécialisent elles aussi pour tenter de mieux répondre à une dépendance toujours accrue des personnes âgées.

Dans ce contexte, je dirige, depuis 2010, un petit service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) sur 2 cantons à l'ouest du département d'Ille et vilaine, aux frontières du Morbihan. Le service, ouvert en 1990, pour 20 patients, s'occupe aujourd'hui de 40 personnes de plus de 60 ans et de 5 personnes en situation de handicap. En 1990, la prise en soins des personnes âgées dépendantes se posait souvent entre le « jusqu'au bout à domicile » ou l'entrée en institution. Le SSIAD accompagnait alors, ceux qui avaient fait le choix du domicile. Depuis, la population du SSIAD a évolué vers des situations plus complexes. La situation particulière des patients ou la fragilité des aidants sont pointées et provoquent parfois des drames. Les aides familiales comme professionnelles sont différentes. Aujourd'hui, on voit parfois apparaître des limites au maintien à domicile.

Alors que ces limites sont détectées par les services du domicile, la majorité des entrées en EHPAD suivent une hospitalisation. Ces personnes n'ont jamais été en contact avec un établissement d'hébergement. Cette entrée en EHPAD est, alors, empreinte de culpabilité, ou de sentiment d'échec, car non anticipée. Elle est vécue par la personne



âgée comme une rupture fondamentale, c'est la « fin annoncée ». Elle peut aussi, par crainte, être retardée à l'extrême, engendrant un épuisement majeur de l'aidant.

**Comment, dans ce contexte, accompagner le parcours de vie des personnes prises en charge ? Quelle place le SSIAD a-t-il au sein du réseau ? Quel rôle peut-il tenir dans un nécessaire renforcement des liens entre le domicile et les EHPAD ?**

Dans un premier temps, je développerai les spécificités des usagers du SSIAD Vivons Chez Nous. Je m'appuierai sur des exemples concrets de personnes suivies par le service et montrerai que leurs faibles revenus, leur absence de mobilité ainsi qu'une certaine fragilité des aidants engendrent des problématiques spécifiques qui interrogent l'offre actuelle du territoire.

Dans un second temps, je montrerai en quoi un renforcement des liens humains permet un changement de lieu moins déstructurant et un accompagnement, dans la continuité, pour les personnes âgées dépendantes. Je développerai les opportunités offertes par le contexte législatif actuel et les forces internes mobilisables.

Enfin, je présenterai un plan d'action qui visera une amélioration des conditions d'accompagnement de nos usagers. Une mutualisation de personnel et de moyens sera notamment proposée pour parvenir à un renforcement des articulations entre le domicile et les EHPAD du territoire. Ainsi, une vraie logique de parcours sera travaillée entre le patient, ses proches et les différents partenaires professionnels.

# **1 Un SSIAD qui répond mal à l'évolution d'une partie de ses usagers**

## **1.1 Une population rurale, à faibles revenus et à la mobilité restreinte**

### **1.1.1 Une population vieillissante et dont la dépendance à domicile est importante**

L'ensemble de la population européenne et française vieillit. Certains scénarii existent, plus ou moins réalistes mais tous s'accordent à dire que: le nombre de personnes âgées dépendantes augmentera dans les années à venir. En Ille et Vilaine, nous disposons d'un diagnostic récent. En septembre 2013, le conseil général<sup>1</sup> a, en effet, présenté aux acteurs des pays un état des lieux exhaustif des établissements et services accompagnant la perte d'autonomie et les dernières prévisions démographiques.

Aujourd'hui, le constat est clair : la population âgée de plus de 60 ans représente plus de 20 % de la population départementale. Elle représente 23% sur le canton de Maure de Bretagne. La dépendance, déjà importante, devrait, selon les prévisions, augmenter à l'horizon 2020 de plus de 20%. Cette évolution devrait être plus conséquente sur le territoire du SSIAD que dans le reste du département comme le montre le tableau présenté en annexe 1. Le nombre de personnes grabataires (GIR1 et GIR2), déjà supérieur, augmentera donc encore. A cette échéance, près d'un quart des personnes bénéficiaires de l'APA à domicile sera extrêmement dépendant.

### **1.1.2 Une population issue majoritairement du milieu agricole, à faible revenus**

Les habitants des cantons desservis par le SSIAD<sup>2</sup> ont des revenus globalement inférieurs à la moyenne départementale et régionale, notamment sur le canton de Maure de Bretagne<sup>3</sup>. Le nombre de foyers imposables y est également moindre. De plus, la part des CDI est également moins élevée que dans le reste de la Bretagne<sup>4</sup> (66.3% contre

---

<sup>1</sup> CONSEIL GENERAL D'ILLE ET VILAINE, septembre 2013, *Schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, portrait de territoire, codem du pays de Brocéliande*, [consulté en ligne le 25 Juillet 2014], disponible sur internet : <http://www.ille-et-vilaine.fr/fr/article/portrait-territoire-broceliande>.

CONSEIL GENERAL D'ILLE ET VILAINE, septembre 2013, *Schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, portrait de territoire, codem des valons de vilaine*, [consulté en ligne le 25 Juillet 2014], disponible sur internet : <http://www.ille-et-vilaine.fr/fr/article/portrait-territoire-vallons-vilaine>

<sup>2</sup> Chiffres INSEE consultés le 23 Juillet 2014

<sup>3</sup> Voir Annexe 2

<sup>4</sup> REGION BRETAGNE , 10 juillet 2013, *Quel développement pour le pays de Brocéliande en Bretagne pour les prochaines années ?*, Montauban de Bretagne, [consulté en ligne le 24 juillet

73.6%). Il en va de même pour le niveau de formation. **Les problématiques financières entrent donc plus facilement en jeu dans les choix opérés pour l'accompagnement des aînés.**

La population âgée du territoire est majoritairement issue du milieu agricole. En 1990, à la création du SSIAD, c'est d'ailleurs la caisse MSA qui a été retenue pour servir de caisse pivot car elle couvrait le plus grand nombre d'usagers. Aujourd'hui, 9.1% des emplois du pays de Brocéliande relèvent encore de l'agriculture contre 3.6%<sup>5</sup> pour l'ensemble de la Bretagne. Près de ¾ des bénéficiaires de l'APA à domicile sont des femmes. Celles-ci ont, pour beaucoup, travaillé sur l'exploitation agricole familiale sans être déclarées. Elles touchent aujourd'hui une petite retraite. Propriétaires de leur maison, elles ont peu de dépenses. Elles vivent majoritairement de ce que produit leur jardin. Leurs faibles ressources, l'image qu'elles ont de la vie en hébergement collectif et de son coût les amènent à revendiquer clairement une vie à domicile jusqu'au bout.

Les aménagements des domiciles sont parfois limités au strict minimum. Nous voyons encore des personnes ne disposant pas de toilettes dans l'habitation ou plus fréquemment, chauffant leur maison au poêle à bois. Ce mode de chauffage engendre lors de l'entrée en dépendance des besoins conséquents soit en travaux soit en aides humaines.

### **1.1.3 Une mobilité restreinte, qui limite l'utilisation optimale des services**

#### A) Une mobilité réduite

Le SSIAD Vivons Chez Nous travaille aujourd'hui sur deux cantons qui jouxtent la frontière du Morbihan et se situent à environ 40 km de Rennes. Le territoire desservi, s'étend sur environ 40 km soit 30 à 40 minutes de trajet. Le redécoupage actuel des cantons entraîne une mouvance des frontières locales. Plélan-le-Grand et Maure-de-Bretagne ont la particularité d'être éloignés des centres décisionnels et des centres hospitaliers. Les plus proches sont ceux de Montfort-sur-Meu, Saint-Méen le Grand, Bain de Bretagne et Redon.

Comme le précise Laurence Hardy<sup>6</sup> *se limiter à la distinction entre milieu urbain et milieu rural, c'est oublier qu'il existe des variations importantes en fonction, d'une part des territoires et d'autre part, des cultures locales très spécifiques liées aux « pays »*. Les exploitations agricoles ont évolué vers de grosses fermes entraînant l'abandon des

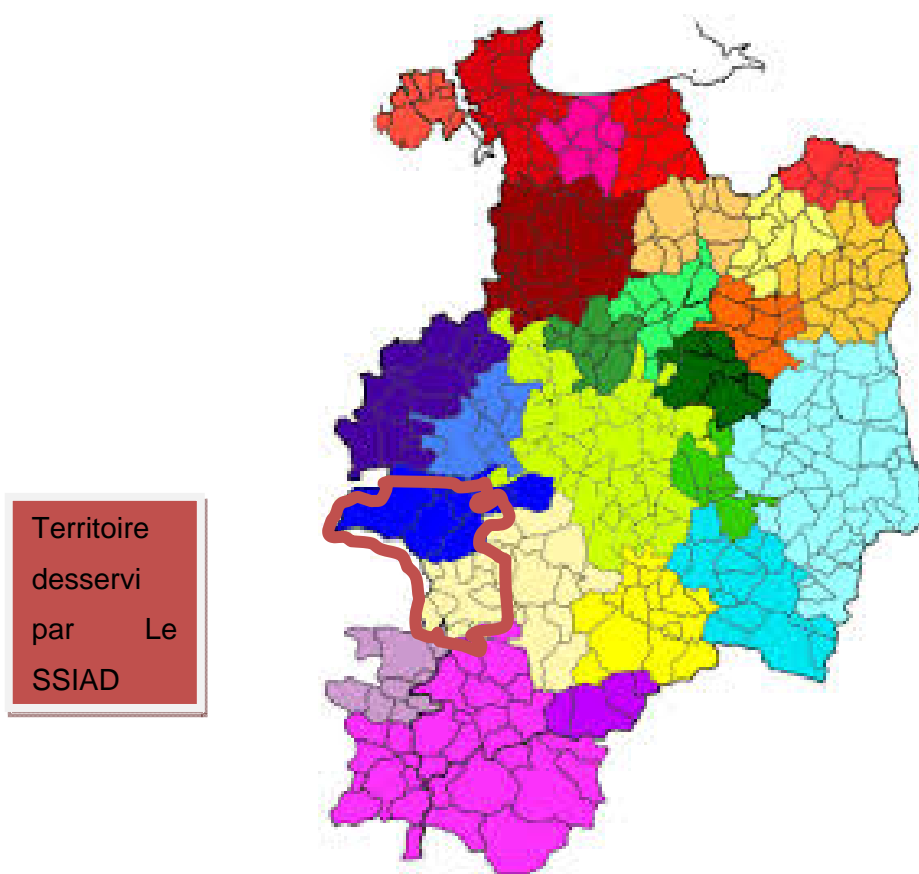
---

2014], p 11. disponible sur internet [http://www.pays-broceliande.com-ContratPays\\_Diaporama-Debat-vision-partagee-Broceliande\\_Cpte-rendu.pdf](http://www.pays-broceliande.com-ContratPays_Diaporama-Debat-vision-partagee-Broceliande_Cpte-rendu.pdf)

<sup>5</sup> Idem, p 9.

<sup>6</sup> HARDY.L., 2011, « accompagner en milieu rural : inscription dans des territoires spécifiques » *Domicile, vie sociale et animation*, doc éditions, coll doc gérontologie, p 14-16.

petites. Plusieurs générations vivaient autrefois dans la même maison ou à proximité. Désormais, les jeunes partent plus fréquemment travailler en ville. Un diagnostic de 2011 de la communauté de communes de Brocéliande montre des mobilités professionnelles conséquentes notamment vers la capitale bretonne. Seuls 1984 actifs restent sur le territoire alors que 4866 le quittent. Les jeunes générations peuvent alors difficilement prendre soin de leurs aînés au quotidien. Comme nous le verrons plus loin, leur rôle se situe désormais dans l'organisation de l'aide professionnelle autour de leurs parents. Des anciens se retrouvent, aujourd'hui, très isolés dans des villages reculés. Laurence Hardy rappelle que certains habitants *ont vécu en quasi-autarcie*. Ces habitudes de vie antérieures expliquent, qu'encore aujourd'hui, les déplacements de ces anciens sont réduits au strict nécessaire.



Carte des intercommunalités d'Ille et Vilaine<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Liste des intercommunalités d'Ille et vilaine, site wikipédia le 6Mars 2014

## B) Des services jugés trop à distance

L'exemple des CLIC pour examiner la tendance importante à la sédentarisation est intéressant. Aujourd'hui, une famille qui habite Paimpont et qui souhaite rencontrer le CLIC en dehors de la demi journée de permanence à Plélan le Grand doit se rendre à Montauban de Bretagne, soit 30 minutes de trajet. Les aidants étant majoritairement les conjoints (44% des patients en 2013) ils sont aussi âgés et ne souhaitent pas faire une heure de voiture aller-retour. Il n'existe pas de transport collectif sur le territoire et le transport à la demande, bien que présent dans les discours politiques, peine à se mettre en place. L'éloignement des services rend moindre leur utilisation par les usagers. Par exemple, des groupes d'aide aux aidants ont été proposés aux familles en 2011 par le CLIC mais n'ont pas suscité l'adhésion des familles.

Le choix d'EHPAD est tout aussi significatif. Par exemple, Mme D, habitant Plélan depuis 25 ans, a préféré l'EPHAD de Paimpont : « Je connais tout le monde là-bas car j'y ai tenu un commerce ». Les enfants de monsieur L, quant à eux ont beaucoup hésité. Leur maman venait de décéder et une place en urgence était disponible à Plélan le Grand pour leur papa. « Oui mais les anciens de Biriby, notre village, sont plutôt à Paimpont. ». Je précise ici, que Plélan le Grand et Paimpont ne sont séparés que de 7 km. Quelle réaction alors, quand la proposition porte sur une place disponible à Rennes ou Ploërmel ?

## C) La particularité de l'accès aux soins

Les consultations de spécialistes éloignés posent cette même problématique. L'équipe spécialisée Alzheimer, mise en place en 2012, a parfois du mal à obtenir un diagnostic de gériatres car ceux-ci consultent à Rennes et les patients refusent de se déplacer. Depuis peu, les médecins généralistes tentent d'organiser des rendez-vous dans leur propre cabinet.

Conscients de leur éloignement des grands centres hospitaliers (Ploërmel, Rennes), les professionnels de santé se sont regroupés en pôles de santé à Plélan-le-Grand et à Maure-de-Bretagne. L'objectif essentiel est de pérenniser l'offre médicale et de faire venir des spécialistes. Ainsi, le groupe de jeunes médecins de Plélan-le-Grand, en cours d'installation, propose un projet original : la communauté de communes financera, au sein de la future maison médicale, trois bureaux qu'elle mettra, pour un loyer modique, à la disposition des spécialistes de dermatologie, de rhumatologie, ou de gériatrie. Un système de visioconférence est également à l'étude pour des aides au diagnostic ou des consultations à distance. Une bonne organisation permettra alors aux patients d'éviter des transports inutiles vers les grands centres.

En résumé, certains anciens sortent très peu de leur domicile. Ils ne sont en lien avec la vie locale que par les personnes qu'ils accueillent chez eux : enfants, aides à domicile,

facteur, poissonnier ou épicier ambulants. Ils peinent à se déplacer hors des limites du territoire y compris pour des rendez-vous médicaux. Cette particularité est primordiale car afin de bien cibler les actions et améliorer la coordination des différents partenaires, *le territoire doit être pris en considération, tout comme la spécificité de la population qui y vit*<sup>8</sup>.

## **1.2. Des patients de SSIAD à pathologies diverses dont l'autonomie reste difficile à évaluer mais dont la charge en soin augmente**

Outre les freins culturels et financiers qui limitent les déplacements, l'autonomie et les pathologies des personnes ont aussi leurs conséquences.

### **1.2.1. Une autonomie délicate à définir**

Je donnerai deux définitions différentes de l'autonomie:

A. *L'autonomie peut être la capacité et le droit d'une personne à choisir elle-même les règles de sa conduite, l'orientation de ses actes et les risques qu'elle est prête à courir*<sup>9</sup> ,.

M L, myopathe de 38 ans correspond à cette première définition. Ses capacités motrices sont limitées à une partie de la tête et le majeur de la main droite. Une personne extérieure, ne le connaissant pas, serait rapidement dans le tragique en parlant de sa situation. Pourtant, comme le précise Sylvie Pandelé<sup>10</sup> *il faut qu'il y ait perturbation de cette faculté de discernement, d'initiative, de cet espace de liberté où l'on va évaluer, jauger le « soi-même » pour décréter la perte d'autonomie*. Ainsi, M. L, bien que très dépendant (GIR 1), est en fait très autonome. Il maîtrise l'ensemble de son environnement et des acteurs l'entourant. Il est par exemple, en capacité d'organiser, une réunion avec l'ensemble des acteurs professionnels, où il précise son rôle d'employeur, le fait qu'**IL** décide des tâches à accomplir...Il a d'ailleurs plusieurs fois refusé la proposition de l'infirmière coordinatrice du SSIAD d'un passage du soir pour l'aide aux soins. Autre exemple, un jour, qu'il était sur un champ de courses lors d'une manifestation hippique, quelqu'un lui a dit : « les handicapés devraient rester chez eux ». La personne s'en est mordu les doigts car

---

<sup>8</sup> HARDY.L, 2011, « Accompagner en milieu rural : inscription dans des territoires spécifiques » *Domicile, vie sociale et animation*, doc éditions, coll doc gérontologie, p 14.

<sup>9</sup> ENNUYER B, 2002, *Les malentendus de la dépendance*, Paris : Dunod, p 99, 298p.

<sup>10</sup> PANDELE.S,2010, *La grande vulnérabilité : fin de vie, personnes âgées, handicap*, 2ème édition, ed Seli Arslan, p 43, 188p.

M. L lui a tranquillement roulé sur les pieds avec son fauteuil. Qui oserait encore penser qu'il n'est pas autonome ?

La meilleure façon de le respecter est de lui reconnaître cette autonomie décisionnelle.

*B. L'autonomie est la possibilité pour une personne d'effectuer sans aide les principales activités de la vie courante*<sup>11</sup>

C'est la définition que donne Monsieur Tout le Monde de la notion d'autonomie. Ainsi, Madame L, malade Alzheimer, peut physiquement effectuer tous les actes (GIR 4) mais oublie qu'il faut se laver, s'habiller et peut se montrer agressive avec quiconque lui imposerait la toilette.

Mme M quant à elle, est charmante, pleine d'entrain. A l'arrivée de l'aide-soignante, elle sort l'apéritif, met en route un disque. Après plusieurs minutes, l'aide-soignante expérimentée, l'accompagne vers la salle de bain où Mme M lui tend le liquide vaisselle pour faire son shampoing. Une minute d'inattention et elle a eu le temps de mettre du vernis à ongles sur ses sourcils pour « se faire belle pour aller danser ». Au moment du choix du soutien gorge, Mme M sort une écharpe car elle ne sait plus ... Notre rôle est alors de *murmurer aux malades qu'une perte de maîtrise n'est pas une perte de dignité*<sup>12</sup> La disponibilité doit être complète et l'accompagnement de cette dame prend parfois plus d'une heure malgré le fait qu'elle soit identifiée en GIR 3 par la grille d'évaluation. La charge en soins est plus importante que si elle nécessitait une toilette complète au lit.

L'exemple de Monsieur D est également probant. A l'entrée dans le SSIAD, sa belle-fille dit : « Vous savez, il a eu une période où il fallait que je le suive dans le bourg toute la journée car il se perdait et entraînait dans des angoisses majeures. Aujourd'hui qu'il ne peut plus marcher, c'est plus simple pour moi ». Nous voyons encore dans cet exemple que bien que plus dépendant, Monsieur D n'est pas plus difficile à accompagner pour ses proches. Par contre, l'apparition de l'incontinence, de l'immobilité, des difficultés de transfert, peuvent entraîner des complications qu'il s'agit d'anticiper en mettant en place une équipe paramédicale capable de repérer ces problèmes et d'y réagir rapidement. L'équipe du SSIAD a alors également vocation à installer du matériel et à accompagner les proches dans cette présence au quotidien. Je développerai plus loin l'importance de ce soutien des aidants.

---

<sup>11</sup> ENNUYER B, 2002, *Les malentendus de la dépendance*, Paris : Dunod, p 99, 298p.

<sup>12</sup> PANDELE.S, 2010, *La grande vulnérabilité : fin de vie, personnes âgées, handicap*, 2ème édition, ed Seli Arslan, p 18, 188p

### 1.2.2. Des pathologies diverses qui génèrent une charge en soins accrue<sup>13</sup>

En 2010, les pathologies Alzheimer et apparentées représentaient 35% des prises en soins du SSIAD<sup>14</sup>. Ces patients sont aujourd'hui vus par le SSIAD beaucoup plus tardivement, et ce, pour deux raisons principales : l'ESA ou équipe spécialisée Alzheimer s'occupe des patients en début de pathologie, accompagne les proches dans l'appréhension de la maladie. Les demandes de prises en charge par le SSIAD traditionnel arrivent donc moins tôt. D'autre part, Les services d'aide commencent à subir de plein fouet la concurrence et ont formé leur personnel à ce type de pathologie, nous avons donc moins de demandes de relais.

Alors qu'antérieurement les demandes émanaient de personnes présentes au domicile qui entraient progressivement dans la dépendance, depuis 3 ans, les demandes les plus fréquentes, concernent des retours à domicile précoces suite à une hospitalisation. Les familles nous appellent en urgence dans le cadre d'une sortie exigée par les services hospitaliers. Elles se sentent démunies face à une situation qu'elles n'avaient pas anticipée. C'est notamment le cas pour les patients ayant fait un AVC ou un problème cardiaque. En rapport avec ces sorties précoces et sans entrer dans les détails, il est intéressant d'examiner la charge en soins, et notamment l'évolution du nombre de soins infirmiers de ces dernières années.<sup>15</sup>

	2011	2012	2013
Nombre de patients pris en charge dans l'année	73	67	66
GIR pondéré moyen	664,38	665,97	664
Dont GIR 1 et 2	43%	47,76%	42,42%
importance en soins infirmiers et pédicures (à mettre en rapport avec tableau des pathologies)	3601 actes= 37516 euros	5091 actes = 51028 euros	6613 actes= 68495 euros

<sup>13</sup> Rapport d'activité 2013 présenté en assemblée générale le 1 er Juillet 2014

<sup>14</sup> Annexe 3

<sup>15</sup> Rapport d'activité 2013 présenté en assemblée générale le 1 er Juillet 2014



Le GIR est un mode d'évaluation partagé par beaucoup d'acteurs malgré ses défauts pointés par Ennuyer. Sur les trois dernières années, le GIR pondéré moyen (GMP) a peu évolué (moyenne de l'ensemble des GIR des patients accueillis). Il est sensiblement au même niveau que le GMP de l'ensemble des SSIAD français. Le nombre de prises en soins relevant du GIR 1 et 2 également. Celui-ci est aux alentours de 45% depuis trois ans ce qui indique une part importante de patients grabataires. La durée moyenne de séjour est, elle-aussi, restée stable (de 888 jours en 2011 à 908 en 2013) ce qui montre que le service met l'accent sur les prises en charge au long court.

Cependant, les soins infirmiers sont, eux, en augmentation constante. Le nombre d'actes a presque doublé en 3 ans. Cet élément s'explique, en grande partie, et surtout depuis 2009 et la loi HPST<sup>16</sup> (Hôpital Patient Santé Territoire) par la volonté claire et affirmée des hôpitaux de sortir les patients de plus en plus rapidement vers les domiciles. L'analyse plus fine des situations des patients en 2013, montre que ceux-ci ne relevaient pas d'une hospitalisation à domicile. Les symptômes rencontrés étaient stables, l'espérance de vie longue. En fait, les difficultés de cette augmentation des soins infirmiers sont principalement d'ordre financier. En effet, et c'est une particularité de la tarification des SSIAD, lors d'une prise en soins, le SSIAD reçoit une dotation globale avec laquelle il doit financer les soins d'hygiène, les frais de structures et les soins infirmiers. La rémunération des infirmiers est donc comprise dans l'enveloppe globale. L'augmentation importante des soins infirmiers met donc à mal, à lui seul parfois, l'équilibre financier de nos structures.

Par ailleurs, l'état de santé des aidants devient une source de préoccupation majeure. Les aspects médicaux sont plus présents qu'antérieurement, le sentiment d'insécurité plus fort. En effet, la vigilance des aidants est souvent sollicitée par les soignants qui attendent d'eux de savoir repérer certains symptômes, d'avoir une action préventive en terme de dénutrition, de déshydratation, d'altération cutanée...Les informations fournies les rassurent mais elles font aussi porter sur eux, en permanence, une responsabilité dont les soignants n'ont pas toujours conscience et qui alourdit encore la charge ressentie.

---

<sup>16</sup> LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, journal officiel, n°0167, 22 juillet 2009. [consultée le 25 juillet 2014], disponible sur internet [http:// www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

### 1.2.3 Les limites du domicile souvent posées par la fragilité des aidants

D) Des aidants poussant au maximum leurs propres limites

Le projet de loi de l'adaptation de la société au vieillissement<sup>17</sup> donne une définition de l'aidant : *son conjoint, partenaire PACS, concubin, parent, allié, personne résidant avec elle ou entretenant des liens étroit et stables, qui lui vient en aide de manière régulière à titre non professionnel pour accomplir tout ou partie des actes de la vie quotidienne.*

D'après le centre d'analyse stratégique<sup>18</sup>, *les aidants familiaux, parmi lesquels on compte deux tiers de femmes, assurent près de 80 % des heures d'aide et de soins délivrées aux personnes âgées dépendantes.*

En 2013, 67 personnes ont été prises en charge dans le service de soins Vivons Chez Nous de Plélan le Grand. Le conjoint est l'aidant principal dans 43 % des cas. 48 % des patients a plus de 85 ans. Les aidants ont donc majoritairement le même âge.

Selon Caudron<sup>19</sup>, *50% des personnes ne sont aidés que par leurs proches. A noter, en tout cas, dit-il, la nécessité en termes de santé publique d'aider ces proches car le taux de morbidité chez les sujets aidants un patient est majoré de 63% par rapport à un sujet non aidant..* Plusieurs exemples du service de soins viennent étayer ces chiffres :

- Mme J, était présentée par l'équipe du SSIAD comme extrêmement fatiguée depuis plusieurs semaines. Son époux, très demandeur au quotidien refusait toute proposition d'hébergement temporaire. Il est entré en EHPAD de façon permanente car Mme a été hospitalisée en urgence. Les enfants ont choisi cette entrée en EHPAD pour préserver la vie de leur maman.
- Mme L, a accompagné son époux ayant fait un AVC sévère et nécessitant une prise en soins conséquente (GIR1, diabétique). Une première alerte cardiaque ne l'a pas convaincue d'accepter les hébergements temporaires que nous propositions pour son mari : elle est décédée du deuxième arrêt cardiaque. Son époux est resté au domicile, sa fille et son fils alternant les jours et les nuits pour une présence 24/24. Ils s'épuisaient eux-aussi. M. L est décédé un mois après son épouse.

---

<sup>17</sup> ANDRE. S, MAHRANI . K, TAMERIO. F, 27 juin 2014, « Le projet de loi de l'adaptation de la société au vieillissement », ASH, n°2866, p 53-74

<sup>18</sup> CENTRE D ANALYSE STRATEGIQUE, juin 2011, *les défis de l'accompagnement du grand âge, perspectives internationales*, [en ligne sur [www. Strategie.gouv.fr](http://www.Strategie.gouv.fr)]

<sup>19</sup> CAUDRON, , colloque « l'aide à domicile aujourd'hui : enjeux, pratiques et perspectives », 5 Avril 2012, IRTS Rennes.

Le mécanisme de la demande d'aide est bien souvent complexe<sup>20</sup>. Il est le résultat de longues « négociations ». Il dépend à la fois de la place de la personne âgée au sein de sa famille et de toutes les représentations familiales de ce que doit être l'aide apportée par les proches. Ainsi, il y a 20 ans, le mode de prise en charge des anciens pouvait se résumer ainsi : « on garde les vieux à la maison et les femmes s'occupent des vieux »<sup>21</sup>. Cette conception a aujourd'hui évolué, avec d'une part, le travail accru des femmes autrefois astreintes à ces tâches d'entraide familiale et d'autre part l'exode des enfants vers un « travail en ville ». La mobilité géographique, les temps passés dans les trajets, ont réduit les possibilités pour les enfants de s'occuper au quotidien de leurs parents vieillissants. Les obligations ressenties par les enfants sont aujourd'hui passées « du faire » auprès de leur parent, au « faire faire » par des professionnels. Leur obligation est aujourd'hui d'organiser le réseau formel. Il en résulte que, quand l'offre d'aide est insuffisante ou inadéquate, la charge ressentie par les aidants est plus importante car non choisie. Une étude récente<sup>22</sup> montre qu'au Québec, confier les soins aux proches après les y avoir formés, a engendré une recrudescence de mal-être chez ces proches. Ils décrivent, en particulier, un profond sentiment d'insécurité. La proportion de personnes âgées jouant ce rôle d'aidant au sein du SSIAD Vivons Chez Nous est ici primordiale. Ils ont de grandes difficultés à appréhender la maladie et à comprendre les soins. Ils ont souvent peur de ne pas voir quelque chose, de ne pas appeler le bon interlocuteur au bon moment, de ne pas entendre un appel la nuit... Cette hyper-vigilance permanente renforce l'insécurité ressentie. Elle génère une dépense d'énergie colossale chez ces aidants.

Au service Vivons Chez Nous, la demande d'aide peut intervenir relativement tôt. Les proches n'hésitent pas à faire appel aux services en place. Ceci est d'ailleurs confirmé par la durée moyenne de séjour (908 jours en 2013).

Cependant, même si les familles appellent tôt et acceptent l'aide de professionnels pour les soins, elles sont elles-mêmes en première ligne pour la gestion du quotidien. En effet, au maximum, le SSIAD peut intervenir pour deux passages quotidiens. Le service d'aide (SAD), quant à lui, peut intervenir jusqu'à 60 heures par mois dans le cadre de l'APA

---

<sup>20</sup> VEZINA et MENDRANO in CLEMENT S., LAVOIE J-P, Avril 2005, *Prendre soin d'un proche âgé, les enseignements de la France et du Québec*, coll pratiques gérontologiques, ed ERES, p 187-251.

<sup>21</sup> Citation récente du fils de Monsieur M, pris en charge dans le service depuis 20 ans, agriculteur.

<sup>22</sup> VEZINA et MENDRANO in CLEMENT S., LAVOIE J-P, Avril 2005, *Prendre soin d'un proche âgé, les enseignements de la France et du Québec*, coll pratiques gérontologiques, ed ERES, p 187-251.

(aide personnalisée à l'autonomie). Le reste du temps, les proches assument les tâches quotidiennes. On constate que la plupart des aidants, même s'ils peuvent être soutenus par le reste de la famille, sont seuls à vivre avec leur proche malade. *L'aidant peut alors s'enliser dans l'automatisme de l'habitude dont Albert Camus, au travers de ses œuvres a souligné le risque de deshumanisation.*<sup>23</sup>

Un risque majeur existe en effet, que l'aidant perde de vue qu'il est avant tout le mari, le fils, le neveu du patient mais aussi simplement un homme, une femme.

Pour ces aidants, l'une des missions principales du SSIAD est d'aider à éviter l'entrée en maison de retraite. La plupart se représente l'entrée en EHPAD comme un échec. Il est courant d'entendre une épouse dire « tant que je peux encore, je préfère qu'il reste là » ;et ce, même, quand les intervenants professionnels, les enfants, reconnaissent et s'inquiètent de l'épuisement de cette femme. On sait que plus tôt les services interviennent, plus tôt des solutions de répit pour les aidants par l'hébergement temporaire, par les accueils de jour, par les services de soins de suite et de rééducation sont proposées. Pourtant, Mme L, ne dormant pas depuis deux semaines du fait des hallucinations nocturnes de son époux, dit aux soignants qui l'incitent à demander une hospitalisation : « vous savez, on a vécu le meilleur alors maintenant, c'est le pire. » Les épouses sont nombreuses à « porter leur croix ». La vision judéo-chrétienne du devoir conjugal est encore dans la population rurale du SSIAD très forte. Cette représentation du devoir chez les couples explique souvent le jusqu'au-boutisme de certains aidants malgré l'insécurité ressentie.

La réalité des chiffres est là : En 2013, 6 patients du SSIAD sont entrés de façon permanente en EHPAD soit près de 10% des patients pris en charge au cours de l'année. Ce n'est pas anecdotique. C'est une proportion qui tend, à augmenter, depuis quelques années. Devons-nous alors considérer ces entrées en EHPAD comme des échecs ? Devons-nous nier ces entrées et leurs impacts psychologiques sur les patients et leurs aidants ? Ou devons-nous questionner notre accompagnement pour qu'il prenne en compte cette nouvelle réalité des parcours de vie ?

E) Un sentiment d'insécurité qui pousse à l'entrée en EHPAD

Le sentiment d'insécurité est particulièrement présent chez les enfants éloignés. Il l'est aussi progressivement chez certains patients.

---

<sup>23</sup> PANDELE.S,2010, *La grande vulnérabilité : fin de vie, personnes âgées, handicap*, 2ème édition, ed Seli Arslan, p 70, 188p

*La question des risques consentis ou inacceptables apparaît comme un élément central des processus qui participent à rompre avec les orientations majeures du maintien à domicile et à l'orientation de certaines personnes vers une structure de type EPHAD<sup>24</sup>*

Cette prise de risque peut être de deux natures :

➤ **Les risques inhérents à la situation du patient.**

Madame H, souffrant de pathologie Parkinson associée à des troubles cognitifs, oubliait régulièrement toutes les recommandations de sécurité. Les moyens de prévention ne suffisaient pas à limiter les chutes. Elle était retrouvée au sol plusieurs fois par jour. Très vite, les professionnels ont préconisé une entrée en EHPAD. Après plusieurs mois, la décision d'entrée en EHPAD a été prise « à contrecœur » par son fils suite à une fracture de jambe.

La fille de madame M, quant à elle, a, d'abord, choisi de laisser sa maman se promener dans le petit bourg. « Pour l'instant, elle retrouve la maison, et comme tout le monde la connaît, il y a toujours quelqu'un à avoir un œil sur elle. ». Une telle prise de risque serait jugée inacceptable dans d'autres familles. Elle a finalement demandé un hébergement suite à de multiples sorties nocturnes où le risque routier était conséquent.

La gestion du risque est donc, et on le voit par ces exemples, famille-dépendante et patient-dépendant. Le risque devient important quand la conscience de celui-ci devient trop anxiogène pour le patient et ses proches.

Il en va de même pour l'isolement. Monsieur J, par exemple, a toujours vécu seul, célibataire, dans l'ancienne ferme de ses parents. Au sein du village, il avait des copains. Il allait au bourg, une fois par semaine, pour ses courses. Il voyait le facteur tous les jours. Avec l'âge, Monsieur J a eu besoin d'une aide-ménagère 3 fois par semaine. Malgré l'augmentation de la présence autour de lui, à un moment, monsieur J a commencé à s'inquiéter la nuit. Aucun élément objectif ne justifiait cette inquiétude. Pourtant, dès lors, il n'a plus été serein au domicile. Après quelques mois, il a lui-même décidé qu'il « serait plus en sécurité à la maison de retraite où, au moins, la nuit, il y a du monde si on a besoin ».

➤ **Les risques liés aux défaillances du réseau informel**

Malgré toutes les aides en place, les aidants familiaux sont, on l'a déjà souligné, fortement sollicités lors du maintien à domicile d'un parent. Ils sont présents en permanence. Les professionnels servent alors souvent de vigies, de sentinelles. Les enfants, éloignés, attendent d'eux qu'ils alertent en cas de défaillance, de mise en danger de l'aidant. Madame R, fille de monsieur P, patient du SSIAD appelle l'infirmière coordinatrice : « Je m'inquiète pour maman. Elle a fait le sacrifice de le reprendre et tant

---

<sup>24</sup>MANTOVANI, novembre 2008, étude sur les conditions d'entrée en institution et les limites du maintien à domicile, DRESS, n°83, p27.

qu'elle refuse de le placer, on ne veut pas lui imposer...vous comprenez ? ». Madame R, a finalement pris la décision d'une entrée en institution pour son papa suite à l'hospitalisation de sa maman en cardiologie. Aujourd'hui, le couple va bien et a retrouvé une relation saine. Mme rend visite à monsieur tous les après-midi.

Cette protection de l'aidant est souvent l'argument principal utilisé pour légitimer une entrée en EHPAD et l'isolement social peut également être un argument fort. Il faut cependant se montrer prudent car *pour nous protéger, la médecine exploite notre peur de mourir et nous fait mourir de peur*<sup>25</sup>. Il s'agit d'éviter de générer des angoisses par nos questions et plutôt d'accompagner les questionnements des personnes et de leurs proches.

### **1.3 Des acteurs en place, une offre de service satisfaisante mais qui peine à s'articuler**

*Mettre en place des services en faveur des personnes âgées résidant dans les zones rurales nécessite une nouvelle approche du territoire : il s'agit de travailler à l'échelle du canton ou d'un regroupement de communes. Les enjeux en terme de partenariat et de coordination, se posent d'une façon encore plus accentuée*<sup>26</sup>. Aujourd'hui, les cantons de Plélan-le-Grand et de Maure de Bretagne appartiennent à des réseaux gérontologiques différents, des pays différents. Les partenaires des services sociaux et médico-sociaux du SSIAD se multiplient donc : deux CLIC (centre local d'information et de coordination), deux équipes CDAS (centre départemental d'action sociale), deux services d'aide (ADMR) principaux, deux pôles santé, deux CMP, cinq EHPAD... L'enjeu d'une bonne articulation est donc majeur.

#### **1.3.1 Des services professionnels pour répondre à des besoins relevant historiquement de la sphère familiale**

##### A) Historique des services à domicile

A partir du milieu du siècle dernier, les associations d'aide à domicile (ADMR en particulier) voient le jour pour accompagner, dans un premier temps, les familles dans leurs besoins quotidiens. L'aide aux personnes âgées, qui représente aujourd'hui 85 % de l'activité de l'ADMR de Plélan le grand par exemple, n'arrive que bien plus tard.

En 1962, le rapport Laroque vient poser les bases : il faut encourager le maintien à domicile et l'inscription des personnes âgées dans leur milieu de vie habituel. C'est à ce

---

<sup>25</sup> BENSÄÏD R, 1981, *La lumière médicale, les illusions de la prévention*, ed seuil : Paris, p34.

<sup>26</sup> HARDY.L, 2011, « Accompagner en milieu rural : inscription dans des territoires spécifiques » *Domicile, vie sociale et animation*, doc éditions, coll doc gérontologie, p 14

moment, également, qu'apparaissent, réellement, les soins d'hygiène. Le métier d'aide-soignant, même s'il nait en 1956, est encore très axé sur les soins hospitaliers. Durant ces années, la répartition des tâches reste donc extrêmement floue. Les familles, les services d'aide, les infirmiers, font les toilettes des personnes âgées. C'est au cours de ces années 1970/1980 que l'entrée en dépendance et le vieillissement de la population sont réellement identifiés comme un « problème » sociétal. Les avancées fondamentales de la médecine, couplées à l'évolution démographique de l'après-guerre s'entremêlent dans les analyses pour faire apparaître une crainte majeure : ce vieillissement et cette dépendance seront bientôt une charge conséquente pour la société.

C'est dans ce contexte que les SSIAD ou services de soins infirmiers à domicile sont créés par le décret du 8 Mai 1981. Ils permettent d'assurer des soins « infirmiers et d'hygiène générale ». *Ils ont notamment pour vocation d'éviter l'hospitalisation des personnes âgées lors de la phase aiguë d'une affection pouvant être traitée à domicile, de faciliter les retours au domicile à la suite d'une hospitalisation, de prévenir ou retarder la dégradation progressive de l'état des personnes et leur admission dans les services de long séjour ou dans les sections de cure médicale des établissements sociaux.*<sup>27</sup>. Les SSIAD sont alors autorisés par le préfet et exercent sur prescription médicale.

Ce premier texte de 1981 ne donne cependant que peu de pistes sur le fonctionnement effectif de ces services nouveaux. Il faut attendre le décret du 25 juin 2004<sup>28</sup> relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SSIAD, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile. Ce texte vient abroger le décret fondateur de 1981. Il cite les professionnels rencontrés dans ces structures et leurs missions respectives. Le texte précise notamment celles de l'infirmier coordonnateur. Il donne également la possibilité pour les services d'aide et les services de soins de se coordonner au sein d'un SPASAD (Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile). Enfin, il est rappelé que le conventionnement avec les infirmiers libéraux est possible. La fonction essentielle de coordination des SSIAD y est primordiale. Les services sont clairement identifiés aux frontières du secteur sanitaire, d'où sont issus ses professionnels, et du secteur social. Ce texte couplé à la loi fondamentale de 2002 sur la place de l'utilisateur dans les établissements sociaux et

---

<sup>27</sup> ° Décret n°81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées [en ligne]. Journal officiel, JORF du 9 mai 1981 page 1308. [consultée le 22 juin 2014], disponible sur <http://legifrance.gouv.fr/>

<sup>28</sup> Décret n°2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile [en ligne] Journal officiel, JORF du 25 juin 2004 [consultée le 22 juin 2014], disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/>

médico-sociaux permet de reconnaître la nécessité d'une prise en charge globale de la personne et le rôle essentiel des SSIAD dans ce domaine.

#### B) Une réponse locale des élus du territoire

Suite à la parution du texte fondateur de 1981, le maire de Plélan le Grand a vite été convaincu de la plus-value d'un tel service pour ses concitoyens. Il s'est alors rapproché, dès 1982, de ses collègues de Maure-de-Bretagne. La démographie nécessaire à la création d'un SSIAD imposait, en effet, ce rapprochement. Face à une vive opposition des infirmiers libéraux du secteur qui craignaient pour leur travail, les élus ont créé l'association Vivons Chez Nous en intégrant d'emblée et, à part égale, ces libéraux au conseil d'administration. Un travail de plusieurs années s'est alors engagé à la fois pour déterminer la répartition des actes entre les professionnels (aux infirmiers libéraux les actes techniques, aux aides-soignants du SSIAD les soins d'hygiène) et pour obtenir l'autorisation d'ouverture. Il a été décidé de façon ferme de ne pas recruter d'infirmier de soin et de ne travailler qu'avec les libéraux. C'est dans ce contexte règlementaire et local, que le service Vivons Chez Nous a ouvert le 1<sup>er</sup> Juin 1990. Il était autorisé par le préfet pour la prise en soins de 20 personnes de plus de 60 ans. Le personnel était de 4 aides-soignantes à temps partiel et d'une infirmière coordinatrice également à temps partiel.

Il a ensuite évolué, par extensions successives, jusqu'en 2007. Depuis, il est autorisé pour la prise en soins de 40 personnes âgées de plus de 60 ans et 5 personnes de moins de 60 ans en situation de handicap. En 2012, le service a également créé une Equipe Spécialisée Alzheimer en partenariat avec le SSIAD de Guichen (plus proche voisin).

Le service a rejoint à l'UNA (union national d'aide et de soins à domicile). Ce réseau permet de fédérer nos réflexions. Chaque association est maîtresse de ses décisions. Des aides logistiques notamment pour les aspects qualité et règlementaires permettent de prendre de la distance face à la pratique quotidienne. La force du réseau est également incontestablement politique puisqu'il fait partie des grandes organisations consultées lors des discussions qui concernent le maintien à domicile.

Les valeurs de l'équipe Vivons Chez Nous, développées au projet de service 2013-2018, sont : *le respect, la temporalité offerte, l'attention aux aidants, l'attachement à une globalité de prise en charge, l'attachement au territoire...*<sup>29</sup> Notre force réside également dans le regard soignant, l'inclusion dans la vie sociale et le travail en partenariat.

Le message de chacun des actes de soins est « vous êtes quelqu'un qui mérite notre attention quotidienne, notre relation, qui a de l'intérêt pour nous ». Le respect, c'est aussi, de toujours reconnaître les patients comme acteurs responsables de leur vie. Nous portons donc une attention particulière à la préservation de l'autonomie décisionnelle et à

---

<sup>29</sup> Projet de service « Vivons Chez Nous », 2013-2018



la liberté d'agir. Ainsi, monsieur D s'est fâché avec l'aide-soignante car elle avait repris le rasoir après que monsieur se soit déjà rasé. L'important pour Monsieur D n'était pas, en effet, qu'il ne reste plus un poil sur le menton mais bien qu'il ait fait seul ce qu'il considère comme relevant de son autonomie.

Cette préservation de l'autonomie nécessite une disponibilité, une temporalité offerte. Le respect de leur rythme nécessite parfois des mois pour voir émerger un changement. Monsieur T en Mai 2013, disait de son épouse : « elle m'a toujours dit qu'elle ne voulait pas être un légume ». Il n'était pas favorable à la pose d'une trachéotomie pour son épouse et ne voyait, alors que sa « déchéance ». Un an après, le couple est récemment sorti au concert de Christophe Mahé. Le regard des soignants sur son épouse, la relation qu'ils ont préservés au sein du couple ont fait évoluer sa vision des choses. Les soignants ont beaucoup insistés sur la relation encore possible et son importance. Nous avons accompagné l'évolution de ce couple sans rien imposer et sans juger. Notre connaissance des habitudes de vie, des petites manies, des relations familiales sont autant d'éléments qui nous permettent d'appivoiser et d'être appivoisés par les patients et leurs familles. Nous développerons l'importance de cet appivoisement dans la partie 2. Le fait que les soignants soient également issus du même territoire permet de maintenir dans la vie sociale. Ainsi, il n'est pas rare que les aides-soignants parlent de ce qui se passe dans le bourg, des petits évènements territoriaux : la fête communale, la kermesse des écoles... Ceci favorise les échanges, permet aux patients d'être toujours inscrits dans la vie locale.

L'attention aux aidants, quant à elle, est comprise comme l'opportunité de créer un tiers dans la relation aidé/aidant. Le regard soignant permet de reconnaître à l'aidant la difficulté de sa position et du coup, de désamorcer certains conflits liés à l'épuisement. L'œil vigilant et bienveillant des soignants permet d'assurer une veille rassurante pour les enfants parfois éloignés.

Le SSIAD attache beaucoup d'importance également au respect des compétences en place. L'aide-ménagère, qui donne le repas à madame R, tous les soirs, depuis 3 ans, a autant de légitimité à donner son avis sur son devenir que le médecin qui la voit une fois par mois, pour le renouvellement de médicaments.

### **1.3.2 Le SSIAD : acteur du réseau de maintien à domicile mais des articulations fragiles entre partenaires**

L'association est reconnue au niveau local. Je participe aux travaux des pôles-santé sur les thèmes qui concernent le maintien à domicile et aux travaux du Pays de Brocéliande sur la fluidité de parcours. Cette participation aux différents groupes permet d'être connu

et reconnu par les professionnels du secteur. Cependant, l'articulation avec les partenaires reste encore fragile.

C) Au domicile : une pratique quotidienne de travail en commun...

Les aides-soignantes travaillent régulièrement avec les auxiliaires de vie de l'ADMR. Les interventions sont organisées de façon à éviter les chevauchements ou, au contraire, pour des interventions en binôme chez les patients les plus dépendants. Les infirmiers libéraux, les pédicures sont appelés ou rencontrés chez les patients dès qu'une inquiétude sur l'état général ou l'état cutané des patients apparaît.

Des réunions de coordination avec l'équipe de l'APA du conseil général (médecin et assistant de gérontologie), le CLIC et le service d'aide qui s'occupe de la personne sont instituées une fois tous les deux mois sur chaque canton. Ces réunions sont l'occasion d'une mise à plat du plan d'aide. Lors de ces réunions, le SSIAD peut être sollicité par les partenaires pour des prises en charge complexes. Les libéraux sont parfois présents pour donner leur avis sur la situation. Cependant, cette présence reste rare. Les partenaires sociaux sont rémunérés pour cette réunion par leur employeur. La présence des libéraux pose question de ce point de vue. En effet, ils sont souvent en surcharge de travail et cette absence de rémunération de leur temps de coordination complique leur présence. Les médecins souffrent également de la même difficulté. Tous ces libéraux sont cependant convaincus de la nécessité d'un tel travail. En effet, les projets de pôles-santé mettent l'accent sur la nécessité d'augmenter la coopération interprofessionnelle par des échanges plus réguliers au sein de groupes de réflexion éthique et, au cas par cas, par le partage d'informations (messagerie sécurisée) sur les personnes vulnérables. Des réunions de coordination autour des cas complexes sont également prévues mais non effectives aujourd'hui.

Lors des réunions de coordination avec les acteurs du social, je fais donc le lien avec les libéraux. Mon implication au sein des pôles de santé me permet, en effet, de connaître l'ensemble des intervenants libéraux ce qui facilite les contacts. Ainsi, M L ne pouvait pas entrer dans le SSIAD, faute de place. Son infirmier libéral, sollicité en amont de la réunion, ne pouvait pas non plus augmenter ses passages. J'ai contacté un cabinet un peu plus éloigné qui a pu prendre en charge le patient, en attendant une place au SSIAD. Six mois après, le patient a pu entrer dans le SSIAD et retrouver ses anciens infirmiers libéraux. La collaboration s'est passée en toute courtoisie puisqu'ensemble nous avons trouvé une solution satisfaisante pour le patient.

Je peux aussi être sollicitée par les acteurs sociaux pour évaluer la pertinence d'un retour à domicile après une hospitalisation ou l'adaptation matérielle nécessaire d'un domicile. Dans ces situations de plus en plus fréquentes, le SSIAD joue, un rôle de lien entre les acteurs médico-sociaux et le secteur sanitaire.

D) ...En apparence, un bon taux d'équipement ...

Du côté domicile privé, le territoire dispose de deux services d'aide historiques ADMR et plusieurs services nouveaux sont en cours d'installation. Ainsi, 9 services d'aide sont répertoriés par le CLIC des Vallons de vilaine comme intervenant sur le canton de Maure de Bretagne. De nouvelles sociétés à but lucratif entrent sur le territoire pour développer des services toujours renouvelés. Avec le dispositif simplifié des CESU (chèques emploi service), certaines familles font également appel au gré à gré. Ainsi, le nombre de partenaires de l'aide à domicile évolue sans cesse. Du côté médical, le constat est le même, il existe de nombreuses sociétés de prestations allant de la simple location de matériel à la prestation complète avec formation des infirmiers. Chacun arrive alors avec ses habitudes de travail, son dossier à remplir. On assiste souvent à un cumul des outils qui est parfois délétère pour un suivi rigoureux des patients. Il y a parfois des pertes d'informations faute de travail en amont sur les coordinations.

Du côté des dispositifs soutenant le maintien à domicile<sup>30</sup>, le schéma de territoire du conseil général<sup>31</sup> montre un bon taux d'équipement en établissements et services médico-social (ESMS). Le Pays de Brocéliande présente ainsi le septième taux d'équipement du département en nombre de places d'hébergement permanent. Le Pays des vallons de vilaine est au 11<sup>ème</sup> rang départemental.

Cependant, un œil sur les différentes cartes présentées sur le schéma départemental met en évidence également une autre réalité : les cantons de Plélan et de Maure sont situés à distance des grands centres. Même si les pays disposent globalement d'un bon taux d'équipement, les répartitions de ces équipements sont disproportionnées. Ainsi, sur l'ensemble du territoire du SSIAD, il n'existe que 6 places d'hébergement temporaire (3 à Plélan-le-Grand et 2 à Maxent et 1 à Maure de Bretagne) et deux places d'accueil de jour à Maxent. Cela génère donc des déplacements pour profiter des équipements sur d'autres cantons. Certains patients sont vus en accueil de jour à Iffendic, à Guer ou à Guichen. J'ai déjà signalé l'attachement des personnes âgées à leur commune, à leur canton. Le peu d'équipement sur les cantons ajoute donc à la difficulté que nous avons à convaincre les aidants de l'intérêt du dispositif. « Vous savez, s'il faut aller jusqu'à

---

<sup>30</sup> Annexe 4

<sup>31</sup> CONSEIL GENERAL D'ILLE ET VILAINE, septembre 2013, *Schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, portrait de territoire, codem du pays de Brocéliande*, [consulté en ligne le 25 Juillet 2014], disponible sur internet : <http://www.ille-et-vilaine.fr/fr/article/portrait-territoire-broceliande>.

CONSEIL GENERAL D'ILLE ET VILAINE, septembre 2013, *Schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, portrait de territoire, codem des vallons de vilaine*, [consulté en ligne le 25 Juillet 2014], disponible sur internet : <http://www.ille-et-vilaine.fr/fr/article/portrait-territoire-vallons-vilaine>

Iffendic, pour l'emmener, ça me prend déjà pas mal de temps, et prendre un taxi, ça coûte, alors...»

Pour ceux qui ont passé le cap et accepté cet accompagnement dans des centres expérimentés comme Guer ou Guichen, il faut noter que la satisfaction des aidants comme des patients est réelle.

En résumé, à domicile, nous voyons chaque jour des aidants qui s'épuisent et ne savons pas comment les préserver. De leur côté, les acteurs des EHPAD ont à disposition certains outils qui ne sont pas aujourd'hui optimisés et ils ne savent pas comment mieux toucher les personnes concernées.

E) ...en fait, des lacunes importante dans la formalisation des partenariats et dans la coordination des acteurs

Des conventions sont signées entre les libéraux et le SSIAD. Celles-ci déterminent notamment le mode de rémunération des infirmiers par le SSIAD. Elles n'abordent pas le fonctionnement du partenariat.

Aucune convention n'encadre aujourd'hui les relations avec nos partenaires des services d'aide. Nous travaillons beaucoup par téléphone et l'entente est déterminée par l'interconnaissance des acteurs et la bonne volonté de chacun. Les relations sont donc moindres avec les services d'aide émergents. Des questions se posent également parfois quant à la responsabilité des actes. Les AVS peuvent-elles distribuer les médicaments si l'infirmière les a préparés ? L'aide-soignante dirige t'elle le soin quand elle travaille au transfert d'un patient avec le personnel de l'ADMR ?

Nous faisons également parfois appel aux professionnels des centres médico-psychologiques du territoire (CMP) ou à l'équipe mobile de soins palliatifs du CHU de Pontchaillou ou à l'HAD (Hôpital à Domicile). Cependant, aucun partenariat n'est formalisé sous forme de convention.

Lors des réunions de coordination et de certaines discussions des pôle-santé, nous déplorons parfois, de revenir plusieurs fois, sur les mêmes situations en l'absence de solution pérenne. Notre détection des personnes parvenues aux limites du domicile, notamment, bien qu'effective, est rarement suivie d'actions concrètes. Il n'existe que très peu de liens avec les acteurs des EHPAD. Les liens actuels se résument à une connaissance des horaires d'accueil de jour quant il y en a ou des dates de passage vers l'hébergement temporaire. Je suis également amenée à appeler mes collègues directeurs d'EHPAD pour soutenir des demandes d'entrée. Nous n'avons que peu de transmissions entre les services lors des entrées et sorties d'EHPAD. Ce sont souvent les familles qui font le lien, ajoutant de nouveau à la charge ressentie.

Un regard vers les partenariats en place au sein du SSIAD met donc en évidence une interconnaissance des acteurs du domicile mais une méconnaissance encore importante avec les acteurs des EHPAD. Vu le taux global d'équipement et les volontés politiques d'harmoniser les dotations au sein des territoires, on peut présumer que le territoire du SSIAD ne sera pas prioritaire dans les prochaines années par les autorités de tarification pour la création de nouvelles structures ou de nouvelles places.

**L'évolution prévisible de la dépendance à l'horizon 2020 nous invite donc à anticiper l'avenir par une réflexion sur l'aménagement nécessaire des équipements et une majoration des coordinations avec les multiples acteurs du domicile et des EPHAD car au final, ce sont bien les mêmes bénéficiaires.**

«Ne pourrait-on pas mieux articuler, mieux conjuguer l'offre de service à domicile en direction des personnes âgées et celle offerte par les établissements d'hébergement? La conjugaison des énergies de ces deux systèmes sur un territoire donné ne favoriserait elle pas l'émergence d'une réponse qualitative plus grande, au bénéfice des personnes âgées et de leur famille ? » se questionne Paul Heulin<sup>32</sup>.

L'objectif affiché des familles lors de l'entrée en SSIAD est le maintien à domicile. Pourtant, nous constatons que, parfois, les conditions de ce maintien à domicile ne sont plus réunies. L'entrée en EHPAD est alors souvent mal vécue. Comment alors accompagner les patients sur leur chemin de vie ?. Quel rôle peut tenir le SSIAD dans cette transition vers un possible hébergement en EHPAD ? Quelle place a-t-il au sein du réseau ?

***Devant la réalité des parcours de vie des patients, comment le SSIAD peut-il assurer la continuité de l'accompagnement quel que soit le lieu de vie ?***

---

<sup>32</sup> HEULIN, P, domicile, vie sociale et animation, coll doc gérontologie, 2011, p19

## **2 Permettre une continuité d'accompagnement par l'appui sur une équipe expérimentée et un travail de partenariat avec des acteurs décloisonnés**

### **2.1 Passer d'une sécurité ressentie dans le lieu à une sécurité renforcée par le lien**

#### **2.1.1 Un ancrage identitaire par le lieu interrogé par la présence des intervenants du domicile**

A) La maison, lieu de souvenirs de toute une vie

Pour beaucoup, la maison est la réserve de souvenirs de toute une vie. Elle rappelle les bons moments, la croissance des enfants, l'endroit où chacun rentre le soir. La maison est historiquement l'abri qui préserve des tempêtes, l'endroit où, enfin libre, on redevient soi. *Il n'est pas une seule maison, si modeste soit-elle et apparemment banale, qui ne soit la concrétisation d'une part de rêve, d'un sentiment, l'expression d'une idéologie, d'une conception du monde*<sup>33</sup>. Comme je l'ai dit précédemment, les usagers du SSIAD sont à la fois d'origine agricole et modeste. Quand ils ne vivent pas dans l'ancienne ferme familiale, ils ont travaillé durement et longtemps pour se payer une maison. Cette propriété représente le sacrifice d'une partie de leur vie. La tradition accorde encore une importance capitale à pouvoir transmettre ce bien. La conception ancrée dans beaucoup d'esprits est alors : « Qu'aurai-je fait de ma vie s'il ne reste rien après moi ? Le sens de toute ma vie de labeur est bien de pouvoir transmettre »...Transmettre le bien est alors transmettre une partie de soi. Parfois aussi, la maison habitée est celle de l'enfance, elle contient encore les fantômes d'une vie passée. La quitter serait trahir la mémoire de ces fantômes. *Ces lieux symboliques permettent à chacun de se rattacher à ces événements passés et surtout de maintenir un lien avec les personnes qui en étaient les acteurs*<sup>34</sup>. Mme G, par exemple n'avait qu'une peur : voir sa maman mourir dans le même lit que celui où était décédé son mari. Notre connaissance de ce détail a permis de faire hospitaliser sa maman quand l'agonie approchait.

B) La maison, outil de construction identitaire

De même, la maison est contenant de l'identité. Son agencement, son ordonnancement est signe, à la fois, des relations internes à la famille, de la place de chacun, mais aussi

---

<sup>33</sup> BONETTI M., 1994, habiter, le bricolage imaginaire de l'espace, coll re-connaissances, ed hommes et perspectives, Marseille, p22.

<sup>34</sup> Idem, p 36

d'un certain ordre intérieur, plus profond, plus psychologique. Elle porte en elle les signes de la position sociale de son propriétaire. *Pour exister, chacun doit en effet se constituer, ou à défaut, se représenter comme une entité à peu près cohérente, quelles que soient les failles et les fractures qui le traversent et l'habitat participe de cette construction*<sup>35</sup>...Lorsqu'on la quitte, toute une partie de cette identité risque alors de s'effondrer. *La perte des repères spatiaux, des signes valorisant l'identité sociale, d'un environnement dans lequel on était ancré et dans lequel s'inscrivaient de multiples pratiques ritualisées, fait éclater les supports de référence et d'étayage qui soutenaient l'identité.*<sup>36</sup>

### C) La maison qui sécurise les liens

La maison est aussi, et surtout, source de sécurité, d'apaisement car *la possibilité qu'a l'homme d'habiter le monde est corrélative de celle de s'en retirer dans l'intimité d'un « chez soi »*<sup>37</sup> *L'habitat permettrait de se protéger contre les perturbations et l'insécurité induites par la violence des changements sociaux en se fabriquant une représentation d'un univers à l'abri des vicissitudes*<sup>38</sup>.

Lors de l'appel à un système d'aide, on ouvre l'espace intérieur pour laisser entrer le dehors. Cet intérieur, qui était auparavant vécu comme protecteur, se trouve envahi par les intervenants de l'aide. C'est ce sentiment d'envahissement qu'il s'agit d'éviter car alors *la situation est arrivée à un stade où l'organisation mise en place au domicile paraît contre-productive. Le chez-soi devient place publique, lieu de passage des professionnels et non plus lieu intime et rassurant*<sup>39</sup>. Aussi, l'ouverture de l'espace privé est en général progressive: deux heures de ménage, puis un petit coup de main pour le repas...L'appel au SSIAD fait de nouveau progresser cette ouverture de l'espace privé en touchant la sphère intime. Les patients du SSIAD se laissent voir, se dénudent, ils confient leur corps aux aides-soignants. Un tel rapport fonde, avec le temps une confiance, une capacité à dire, à se dire... *Ce face à face est la structure première de la sociabilité...la relation à l'autre s'accomplit dans le « moi-toi » relation d'unique à unique*<sup>40</sup> C'est la construction et l'entretien de ce lien qui peut être notre fil d'Ariane pour la construction de l'avenir.

---

<sup>35</sup> BONETTI M., 1994, *habiter, le bricolage imaginaire de l'espace*, coll re-connaissances, ed hommes et perspectives, Marseille, p 214.

<sup>36</sup> idem, p 120.

<sup>37</sup> PANDELE.S, 2010, *La grande vulnérabilité : fin de vie, personnes âgées, handicap*, 2ème édition, ed Seli Arslan, p 153, 188p

<sup>38</sup> BONETTI M., 1994, *habiter, le bricolage imaginaire de l'espace*, coll re-connaissances, ed hommes et perspectives, Marseille, p 219

<sup>39</sup> MANTOVANI, *étude sur les conditions d'entrée en institution et les limites du maintien à domicile*, DRESS, n°83, novembre 2008, p24

<sup>40</sup> Idem, p147

## 2.1.2 Apprivoisement et rites : quand la leçon du renard au petit prince s'applique dans un SSIAD

### A) « Apprivoise-moi »

Pour parler de ce lien, de sa construction et de son entretien, j'ai choisi de faire un petit détour poétique. En effet, j'ai relu récemment un classique : Le Petit Prince. J'ai trouvé dans son histoire des éléments qui m'ont semblés très parlants pour traduire la relation soignante au sein du SSIAD.

Dans l'histoire du Petit Prince de Saint-Exupéry<sup>41</sup>, le renard nous donne une grande leçon : « on ne connaît que les choses que l'on apprivoise » et pour apprivoiser explique t'il, il faut du temps et des rites. « il faudra être patient, répondit le renard. Tu t'assoiras d'abord un peu loin de moi...je te regarderai du coin de l'œil... Mais chaque jour, tu pourras t'asseoir un peu plus près... ». Si on assimile cette leçon et qu'on la reporte à l'échelle d'un SSIAD, on s'aperçoit que la durée de prise en charge relativement longue (parfois plusieurs années) encourage cet apprivoisement, cette connaissance de l'autre. Le temps est, ici, un allié certain pour la constitution d'un lien de confiance. Ainsi, Monsieur B, alcoolique chronique, refusait notre intervention. Il avait l'habitude de Madame M, AVS, qu'il rémunérait de la main à la main. Seulement, Mme M, n'ayant pas de formation aide-soignante demandait qu'on l'aide car la situation ne relevait plus de sa compétence. Monsieur B a été vu trois fois en deux mois par l'infirmière coordinatrice avant qu'il n'autorise un passage par semaine. Madame M faisait toujours la douche. Après 3 mois de prise en charge, M. B a accepté 3 passages du SSIAD. Enfin, après 5 mois de prise en soins, M. B a aménagé son domicile, cassé une cloison, fait venir un verticalisateur... Cette évolution n'a été possible que parce que nous avons pris notre temps. M. B n'a pas senti qu'il était brusqué. Nous avons, à chaque étape, respecté son rythme et il a senti que nous proposons, de gagner en sécurité et que surtout, sa situation était importante pour nous.

### B) Les rites : ciment du lien

Les patients du SSIAD sont parfois très exigeants au niveau des horaires de passage. Le renard donne, dans le Petit Prince, une réponse qui me parle.

Lors de la venue du petit prince le lendemain<sup>42</sup>, « il eût mieux valu revenir à la même heure, dit le renard. Si tu viens, par exemple, à quatre heures de l'après-midi, dès trois heures je commencerai d'être heureux. Plus l'heure avancera, plus je me sentirai heureux. A quatre heures déjà, je m'agiterai et m'inquiéterai ; je découvrirai le prix du

---

<sup>41</sup> DE SAINT-EXUPERY A, 1946, *Le petit Prince*, ed Gallimard, Bourges, p 69.

<sup>42</sup> DE SAINT-EXUPERY A, 1946, *Le petit Prince*, ed Gallimard, Bourges, p 70.



bonheur ! Mais si tu viens n'importe quand, je ne saurai jamais à quelle heure m'habiller le cœur...il faut des rites.

- Qu'est-ce qu'un rite ? dit le petit prince.

- ...c'est ce qui fait qu'un jour est différent des autres jours, une heure des autres heures. »

Sans tomber dans le côté fleur bleue, le renard signale ici l'importance d'un fonctionnement identique chaque jour. Le moment particulier de la toilette, pour ces personnes âgées qui, parfois, n'ont pas d'autres visites dans la journée est important. Il leur faut des heures régulières pour « s'habiller le cœur », ne pas s'inquiéter.

L'« apprivoisement » des aides-soignants du SSIAD par les personnes âgées, la mise en place de rites solides fait ici lien et c'est sur ce lien que l'on peut s'appuyer pour aider au basculement identitaire du lieu vers le lien. Ainsi, *La vigilance éthique de celui qui a pour mission de prendre soin de cette personne devra s'employer à la ré-amarrer à ce port d'attache qu'est le monde des hommes et à consolider les liens aux fins qu'elle s'y maintienne*<sup>43</sup>

Ce « laissez-entré » dans la sphère de l'intime est à utiliser dans l'accompagnement. Les aides-soignants, et les aide-ménagères, qui passent beaucoup de temps avec les personnes, sont les mieux placés pour accompagner les patients dans leur reconstruction identitaire. En effet, ce sont eux qui connaissent les rites, les habitudes importantes et les capacités relationnelles. Ils sont les mieux placés pour repérer les fêlures, les fragilités liées à une perte et les déprises en cours. C'est elles qui sauront dire quel levier utiliser pour étayer un éventuel déménagement.

Ainsi, Mme M, dont nous avons parlé dans le chapitre consacré à l'autonomie, a un discours très souvent inadapté. Elle utilise un mot pour un autre, vous tend une fourchette pour écrire et sort en pyjama dans la rue après que les aide-ménagères soient passées. Elle s'invite à déjeuner chez des habitants de la commune et tient à ce que les aide-ménagères présentes à midi déjeunent avec elle. Lorsque nous regardons de plus près la vie de Mme M, nous découvrons qu'elle était extrêmement connue dans son village. Avec son mari, décédé il y a trois ans, ils animaient les bals à papa et autres thé-dansants. Malgré sa maladie, Mme M garde ce besoin de contacts avec les autres. Avec les acteurs du domicile et au vu de sa prise de risque récurrente (sorties nocturnes, argent liquide distribué, utilisation de fer dans le micro-onde...) une discussion s'est engagée avec sa fille. Celle-ci culpabilisait énormément d'avoir à prendre une décision d'entrée en EHPAD car sa maman continuait de refuser à chaque fois qu'elle lui posait la question. L'appui sur ses capacités relationnelles restantes nous a permis de faire comprendre à cette fille que, l'entrée en institution par l'augmentation des liens quotidiens et des moments d'animation

---

<sup>43</sup> PANDELE.S, *la grande vulnérabilité : fin de vie, personnes âgées, handicap*, ed Seli Arslan, p149

serait plutôt bien vécue par Mme. Cette entrée en EHPAD est en accord avec ce qu'est fondamentalement sa maman. Mme M est en EHPAD depuis Avril 2014 et participe activement à la vie de l'EHPAD où le personnel sait apprécier son enthousiasme. Il s'agissait pour nous de *permettre que la personne en perte grave de cohérence et de repères puisse retrouver les chemins perdus ou oubliés de son habitation au monde*<sup>44</sup>. L'accompagnement de Mme M peut ici surprendre car les acteurs sont passés outre la volonté exprimée de rester au domicile. Nous avons tenu compte de tous les signes, notamment comportementaux qui nous indiquaient le contraire du discours formalisé. Cette femme allait chercher le contact humain en permanence. Elle était déstabilisée et en souffrance dès que ce contact se faisait moins présent. Notre connaissance de ce qu'elle était, nous a permis de trouver une solution en collaboration avec sa fille où Mme M gardait toute sa place de sujet.

C) Le lien, ce fil d'Ariane qui maintient en vie

*Le vieillir... est un procès de transformation complexe de recherche d'équilibres successifs dans lequel les personnes vieillissantes sont amenées à se déprendre d'activités et de relations antérieures, pour mieux tenir sur l'essentiel, sur les relations et pratiques privilégiées*<sup>45</sup>.

Avant un éventuel transfert vers un autre lieu d'habitation, la reconnaissance du lien doit être travaillée. Cette sécurité par le lien permettra d'opérer un déménagement de lieu en préservant l'identité si cela est, un jour nécessaire. En effet, des habitudes peuvent être transférées sur un lieu différent. Les rites également.

Imaginons que l'on souhaite changer le support d'un puzzle car celui-ci, avec les années, s'est abimé. On commence par enlever tranquillement le cadre qui l'entoure, puis avec l'aide d'un soutenant, on retourne le puzzle. Ensuite, on change le support usager pour un support neuf et on le remet à l'endroit. Enfin, on le ré-encadre. Dans cette opération, le puzzle est un peu bousculé et s'il pouvait parler, il nous dirait que ce n'est pas une opération anodine. Mais, si toutes les étapes sont opérées avec délicatesse, il est entier à l'arrivée, sa globalité est préservée et au final, le support est plus sécuritaire. Pour les patients qui finiront leur vie en EHPAD contrairement à ce qu'ils avaient initialement prévu, l'équipe du SSIAD peut jouer le rôle de l'opérateur délicat. Les acteurs du domicile et la famille sont le support de ce changement. Si chacun va dans le même sens, le résultat sera bénéfique à la personne dépendante.

Dans cette comparaison avec le puzzle, la personne âgée a toute sa place. Notre facilité à l'accompagner dans ce changement dépendra, en effet, de la façon dont elle a construit

---

<sup>44</sup>PANDELE.S, *la grande vulnérabilité : fin de vie, personnes âgées, handicap*, ed Seli Arslan, p155

<sup>45</sup>MANTOVANI, étude sur les conditions d'entrée en institution et les limites du maintien à domicile, DRESS, n°83, novembre 2008, p39

sa vie, solidarisé les morceaux entre eux. Les différentes failles, faiblesses de cette construction nécessiteront un étayage que nous ne ferons pas, seuls, de l'extérieur. C'est son puzzle, pas le nôtre. Nous ne sommes pas là pour changer fondamentalement ce que représente le puzzle, mais bien pour le préserver, l'accompagner dans le temps, telle que la personne elle-même a souhaité le construire.

La majoration des liens représente alors un levier permettant de travailler une continuité, d'éviter les ruptures. C'est dans ce travail que nous trouverons, ensemble, une définition commune de la notion de parcours, de continuité de prise en soins. Pour cela, il est important de s'appuyer sur une équipe d'expérience et prête à inventer de nouveaux modes d'exercice.

## **2.2 Une situation interne, stable, permettant le changement mais dont la logistique et l'organisation peuvent être améliorées**

### **2.2.1 Un conseil d'administration récemment renouvelé**

#### A) Composition du CA et petit historique

En 2014, le président historique du SSIAD a quitté ses fonctions. Très impliqué dans la création du SSIAD et extrêmement charismatique, il a décidé de quitter la présidence suite à son déménagement à plus de 100 km du SSIAD. Il souhaitait également passer le relai à une équipe, jeune, plus en lien avec les besoins actuels de la population. Le 3 juillet 2014, l'ancien vice-président, très impliqué dans le fonctionnement du SSIAD et présent au sein du bureau de l'UNA départemental l'a remplacé. La vice-présidente est désormais une infirmière libérale, anciennement secrétaire de l'association. La trésorière, qui devait quitter son poste, a finalement renouvelé son mandat municipal et est donc également toujours présente. Les 3 postes essentiels du conseil d'administration sont donc tenus par des personnes connaissant déjà le fonctionnement du SSIAD ce qui permet d'assurer une réelle continuité. Le reste du conseil d'administration est fortement renouvelé. Des libéraux, jusqu'alors difficiles à mobiliser, ont répondu présents après sollicitation des pôles-santé. La présidente de l'ADMR du canton de Maure de Bretagne fait également partie du conseil. Les usagers, quant à eux, ont deux représentants dont un au sein du bureau. Cette présence est à souligner car cet objectif était clairement identifié, en juin 2013, dans notre rapport d'évaluation interne. Sa mise en œuvre reste à travailler mais la présence de famille au sein du bureau est un bon point de départ et un gage de l'attention qui sera celle du bureau à la place des usagers dans le dispositif.

Le conseil d'administration a été peu sollicité depuis 2012. Le service stable et ne souffrant pas de difficultés particulières, le bureau prenait la plupart des décisions courantes. Les administrateurs autres que ceux du bureau se sentaient peu concernés et ne venaient pas aux rares réunions proposées. Par exemple, le conseil d'administration

du 5 décembre 2013 qui précédait l'assemblée générale a compté 4 personnes (président/vice-président et représentants du personnel).

#### B) Vision pour l'organisation future

Le nouveau président souhaite une implication plus forte des membres du CA dans les choix politiques. Ainsi, les nouveaux membres ont été sollicités individuellement par le président et moi-même avec une explication, à chacun, des enjeux futurs. Des réunions de CA devraient avoir lieu tous les 2 mois et des réunions de bureau tous les mois. Le président et moi-même les préparons en amont. Les horaires seront déterminés en concertation avec les membres, de façon à répondre au mieux aux disponibilités. Le sommet stratégique, lors des processus d'évaluation a accentué sa conscience de la complexité de la gestion d'un SSIAD et notamment des aspects règlementaires de plus en plus contraignants. Certains membres du conseil d'administration ont d'ailleurs demandé un exemplaire du projet de service réécrit en 2013, après avoir rencontré les évaluateurs externes. Un renforcement de la régularité des réunions permettra de bénéficier d'une équipe forte et informée pour prendre les décisions les plus pertinentes possibles. La compétence renforcée du CA augmentera sa réactivité quant aux décisions sur les possibles évolutions pour le service. En effet, les décisions devront être suffisamment réfléchies et anticipées pour pouvoir être prises dans l'urgence. Ceci peut paraître paradoxal mais, ce n'est qu'en ayant travaillé sur les valeurs associatives par exemple, que nous pourrons déterminer, très vite, si la réponse à tel ou tel appel à projet est judicieuse.

Le système actuel des appels à projets (mis en place par la loi HPST) nous invite de plus, d'ores et déjà, à questionner la taille de notre structure. L'association ne porte aujourd'hui que le SSIAD et prend en charge 45 usagers. Le seuil, couramment utilisé par l'ARS pour répondre aux appels à projets, est de 60 places. En effet, les services doivent être suffisamment solides *financièrement pour supporter un éventuel déficit* disait le cahier des charges à la création des ESA<sup>46</sup> (équipe spécialisée Alzheimer) Les services plus petits, sont donc dans l'obligation de mutualiser leurs réponses. Ainsi, si nous souhaitons que la population bénéficie de tous les services nouveaux, le SSIAD Vivons Chez Nous ne peut pas, aujourd'hui, être porteur de projet. Nous dépendons des coopérations possibles. De plus, les ARS ne prévoient souvent que 90 jours de délai pour la réponse. Les grandes organisations ont alors la possibilité d'anticiper la préparation des dossiers de candidatures. Elles ont des dossiers « clé en main » prêts à être simplement adaptés à l'appel à projet. Elles ont, aussi, plus de possibilités financières pour recourir à un intervenant extérieur ou la possibilité de dégager une personne en exclusivité à cette

---

<sup>46</sup> ARS, Cahier des charges pour l'appel à projet ESA en 2012

réponse. Dans une petite structure, comme le SSIAD Vivons Chez Nous, l'infirmière coordinatrice est aussi la directrice. Le cumul des rôles freine la disponibilité pour le montage de ce type de dossier. En effet, le quotidien vient, sans cesse, perturber l'écriture et la réflexion. Management, gestion des urgences auprès des patients ou des familles ne souffrent pas d'indisponibilité pleine de l'infirmière coordinatrice pour cause de réponse à appel à projet.

### **2.2.2 Une équipe stable et mobilisée**

#### **A) Une ligne hiérarchique éclaircie**

Depuis 2005, l'organisation des liens hiérarchiques était bi-céphale. L'infirmière coordinatrice était chargée de la gestion des patients et du personnel. La comptable s'occupait de tout l'aspect administratif ainsi que de la gestion budgétaire et des relations aux autorités de tutelle. Concrètement, à mon arrivée en 2010, la comptable occupait un poste de direction même si aucune reconnaissance officielle ne le confirmait. L'intervenante qui avait accompagné l'équipe dans l'écriture du projet de service en 2008, l'avait, d'ailleurs, signalé. Il existait donc un réel flou dans la ligne hiérarchique y compris pour l'équipe d'aides-soignantes. Les liens fonctionnels étaient quotidiens mais les défaillances de l'infirmière coordinatrice entretenaient des tensions entre les deux « têtes » de l'encadrement. La comptable se trouvait dans une position inconfortable et tentait de pallier ces défaillances tout en soutenant le personnel soignant. Les liens avec le sommet stratégique étaient sporadiques et les relations basées sur ce conflit. Le climat délétère entre l'infirmière coordinatrice et l'équipe de soins s'est accentué jusqu'à la démission de cette dernière, en juin 2010.

En 2011, face à la nécessité réglementaire de me former au moins au niveau 2, le bureau, a décidé de favoriser une formation de directeur. En effet, la formation de niveau 1 étant obligatoire dans un bon nombre de structures, le bureau souhaitait garder une certaine liberté de choix sur l'avenir du service. Il a souhaité ne pas être gêné dans ses évolutions par mon manque de formation. La comptable, consciente de son futur départ en retraite a joué le jeu de ce déplacement de responsabilités et a soutenu fortement le processus de formation. Ainsi, à son départ en mai 2014, c'est naturellement que les positions hiérarchiques ont été redessinées. La nouvelle comptable est placée sous ma responsabilité directe et assure l'intérim de l'encadrement de l'équipe en mon absence. Cette fonction d'intérim est spécifiée sur sa fiche de poste. Cependant, elle n'est pas soignante. Elle n'a pas non plus de formation de cadre. Les évaluations infirmières des patients sont donc confiées aux libéraux moyennant rémunération après signature d'une convention et les organisations de tournées sont travaillées avec les aides-soignantes présentes. Ce maillon de la chaîne hiérarchique est donc fragile même si cette dernière est globalement clarifiée.

Un organigramme est présenté en annexes 5

B) Une équipe aux conditions de travail préservées et une organisation du travail en amélioration

a) *Des mouvements peu importants au sein de l'équipe*

Aujourd'hui, l'équipe du SSIAD se compose de 13 aides-soignantes dont un CDI de remplacement pour 9.42 équivalents temps pleins (ETP). Deux aides-soignantes travaillent également en tant qu'assistantes de soins en gérontologie au sein de l'ESA (équipe spécialisée Alzheimer) ouverte en 2012 avec le SSIAD de Guichen. Pour cela, elles sont mises à disposition de l'ESA pour 0.5 ETP. Il n'y a pas de turn-over dans l'équipe. Deux des quatre aides-soignantes qui étaient présentes en 1990, à la création du service, le sont toujours. Les autres sont parties en retraite. L'équipe s'est peu à peu étayée au fil des extensions. Il y a également eu deux démissions en 2008 et 2009 suite à des conflits avec l'infirmière coordinatrice. Cependant, il est à signaler que ces deux salariées sont revenues travailler pour le SSIAD en CDD, suite au départ de cette dernière, ce qui démontre globalement une bonne qualité de vie au travail ressentie par les salariés. Des élèves infirmiers et autres CDD sont recrutés pour les remplacements de congés. Ces recrutements sont compliqués par le peu d'heures proposées et par le travail en coupures. L'été est souvent une période où nous travaillons à flux tendu et où le moindre arrêt de travail devient problématique. Il n'y a aucun salarié en congé maladie de longue durée. Deux salariées sont actuellement en congé parental total et donc remplacées par des salariées fidélisées.

b) *Une organisation marquée par le temps partiel*

Aucune aide-soignante ne travaille à temps plein. Les temps de travail vont de 128 heures par mois à 88 heures. Le choix de ce temps partiel s'explique à la fois par la difficulté physique du travail, par les coupures et par la volonté des salariées de concilier travail et vie de famille. Le bureau a fait le choix de la mensualisation. Les soignants voient entre 4 et 6 patients chaque matin, jusque 7 le week-end et le soir. L'organisation choisie permet aux aides-soignants de consacrer environ 45 minutes à chaque patient. Le matin, les tournées de soins commencent à 7h30 et se terminent à 12h. Le soir, elles commencent à 16h30 et terminent à 20h30. En semaine, il y a 8 tournées le matin et 3 le soir ; le week-end, 4 tournées le matin et 4 le soir. Ainsi, chaque salariée ne travaille pas plus de trois soirs par semaine et un week-end sur trois. Cette organisation permet de concilier vie privée et vie professionnelle et a été prévue dans ce sens avec les salariées.

### **2.2.3 Des aspects logistiques et des temps de regroupement pouvant être optimisés**

- A) Une gestion des véhicules avantageuse pour les salariées mais qui peut être questionnée

Afin d'éviter les kilomètres superflus, le bureau a fait le choix en 2007, face à l'augmentation des coûts de carburant, de scinder l'équipe par canton d'intervention. Ainsi, madame R habitant le canton de Maure de Bretagne, travaille majoritairement sur ce canton. Depuis la création du service, les salariées sont également autorisées à rentrer à leur domicile avec le véhicule du service. Les véhicules restent cependant à usage professionnel exclusif. Cette mise à disposition des véhicules jusqu'au domicile, constitue un argument de recrutement intéressant pour les remplacements d'été et explique, peut-être en partie, la stabilité des effectifs.

Cependant, ce choix du bureau implique une location de 13 véhicules pour 8 tournées effectives ce qui engendre un surcout non négligeable : 7100 euros sur les locations par an. Le surcout lié à l'entretien et aux assurances est également à prendre en compte. En 2012, le poste entretien des véhicules était de 9266 euros. Les assurances véhicules représentaient quant à elles, 4930 euros. Toutefois, il est, aujourd'hui, difficile d'évaluer ce que représenterait le retour des véhicules sur les parkings du service en terme d'augmentation des kilomètres et donc du carburant. Hors km personnels, le compte carburant représente un gros poste budgétaire soit 13 155 euros pour 2012 pour 179755 kilomètres parcourus.

- B) Des locaux vétustes

Nous disposons actuellement de deux lieux de regroupement. Le siège de l'association est à Plélan-Le-Grand. Nous y avons deux bureaux (direction, comptable) d'environ 12 mètres carrés, une cuisine avec micro-onde et un petit frigo, des sanitaires et une salle de réunion pouvant contenir environ 12 personnes que nous partageons avec l'ADMR, voisin du rez-de-chaussée. Les locaux sont situés à l'étage, sans ascenseur, et posent, donc, une question d'accessibilité. Les charges de ces locaux sont faibles. En effet, ils sont loués à la mairie de Plélan-le Grand pour 175,65 euros par mois. Ils sont vétustes, non isolés, fenêtres bois fermant mal, tapisserie se décollant. Les sols ont été réalisés en 2011 et 2012 pour remplacer une ancienne moquette par un revêtement type linoléum. Les factures d'électricité et de chauffage sont divisées entre l'ADMR et le SSIAD à hauteur de 30% pour le SSIAD (soit 1129 euros en 2012). L'eau est prise en charge par la mairie. Bien que globalement vétustes, ces locaux sont fonctionnels, permettent l'accueil du public, et la confidentialité des échanges si besoin. L'évaluation externe de 2014 a pointé, tout de même, le manque de visibilité à la fois au niveau de la ville et du bâtiment.

A Maure de Bretagne, un ancien local technique d'environ 20 m<sup>2</sup> nous est loué par la mairie. Il dispose de toilettes, et est accessible à chacune des soignantes via un boîtier à clé sécurisé. Ce local est vétuste et peu convivial. Il ne permet pas de réunion à plus de 5 ou 6 personnes. Il est inoccupé pour l'instant par la mairie qui est cependant susceptible de l'utiliser pour une autre fonction après rénovation. L'installation du SSIAD s'est faite en juin 2011 pour une durée qu'on annonçait courte. La location mensuelle actuelle est de 85 euros charges comprises. Lorsque les besoins sont présents, les réunions se passent depuis mai 2014 dans une salle confortable et adaptée, mise à disposition par la communauté de communes de Maure de Bretagne. Cette salle est également celle où se déroulent les réunions de coordination avec l'équipe du CDAS et les services d'aide. Elle manque, cependant, d'espace de convivialité (cafetière, micro-onde, frigo). L'équipe, travaillant sur ce canton, souligne les difficultés engendrées par ces locaux inadaptés. Certaines soignantes pensent que cette inadaptation explique en partie un sentiment d'abandon, de solitude ressentit par certains. En effet, l'espace loué à la mairie n'engage pas au regroupement, au partage de moments conviviaux. L'équipe de Maure ne peut pas « accueillir » les collègues de Plélan par exemple. Contrairement à Plélan-Le-Grand, et bien que disposant du matériel nécessaire, l'équipe de Maure ne partage jamais de café, ou de repas. Le président cherche actuellement une solution pour remédier à moindre coût à ce problème. La contrainte budgétaire freine cependant fortement cette recherche.

C) Des soignants isolés et des temps de regroupement insuffisants pour maintenir une cohésion d'équipe

Jusqu'en septembre 2014, les salariées se réunissaient une fois par semaine, le lundi midi, pendant deux heures, sur chaque canton. Ceci limitait les contacts entre les salariées et avec l'infirmière coordinatrice. Les transmissions passaient alors beaucoup par téléphone. Il en résultait à la fois des pertes d'informations et des failles dans la cohérence de l'équipe. L'évaluation externe a pointé fortement les risques présentés par cette organisation quant à la qualité de prise en charge ce qui m'a permis de faire évoluer cette organisation historique. En effet, les évaluateurs préconisent très vivement une majoration des regroupements.

De plus, une partie de l'équipe, lors de réunions, organisées de mai à juillet 2014, sur le thème général de l'organisation du travail, a appuyé sur la nécessité de se voir plus souvent. Partager son expérience quotidienne, communiquer de visu les informations importantes...sont autant d'éléments que l'équipe souhaite majorer afin de se « sentir moins seul » dans le travail quotidien, de renforcer le sentiment « qu'on est une vraie équipe ». Ce sentiment de solitude dans le travail est surtout présent à Maure de Bretagne, notamment depuis la scission de l'équipe en 2007. La volonté de partage,



d'analyse de pratiques est également présente à Plélan-Le Grand. En effet, comme nous l'avons vu plus haut, les mouvements de patients au sein du service sont, depuis quelques années, plus importants, leur état de santé fluctuant. Les hospitalisations sont courantes et une réunion par semaine ne permet plus de réactivité suffisante. De plus, le planning de base prévoit que certaines salariées n'assistent qu'à peu de réunions (fonction du temps de travail). La complexification des situations des patients nécessite donc, des regroupements plus fréquents et des analyses plus fines.

Depuis septembre 2014, une nouvelle organisation est donc en place. Les salariées se regroupent, deux fois par semaine, pendant une heure pour les transmissions de fin de matinée à 12h. Les soignantes ont privilégié cette organisation au regroupement d'une demi-heure 4 fois par semaine, que j'avais proposé, parce qu'elles souhaitent conserver des réunions où la convivialité et le temps ont leur place. Je suis présente une fois sur deux (lundi à Plélan, jeudi à Maure). La rédaction des transmissions tourne entre les aides-soignantes présentes.

De plus, afin d'affiner certaines situations, des réunions ont lieu une fois par mois. Après une demi-heure d'informations descendantes, la situation de deux patients est examinée par l'équipe. Chaque situation est présentée par l'aide-soignant référent du patient. Ces réunions peuvent également être l'occasion de faire venir un psychologue si cela s'avère nécessaire.

Enfin, une réunion semestrielle est programmée pour aborder les soucis organisationnels. L'ordre du jour est fixé par les salariés 15 jours avant la réunion. Nous bâtissons la réunion sur le mode : problème détecté, causes envisagées, solutions proposées. Chaque salarié est invité à préparer cette réunion en amont. L'objectif est clairement d'examiner, ensemble, et à froid, différents dysfonctionnements, et de proposer des solutions qui conviennent à chacun. Si nécessaire, ces réunions mettent en place un groupe de travail chargé de mettre en procédure les solutions envisagées.

La conclusion du rapport d'évaluation externe déposé à l'ARS le 20 Aout 2014<sup>47</sup> résume assez bien, à mon sens, la situation interne actuelle : *un SSIAD qui s'inscrit dans une dynamique d'évolution de ses pratiques en cohérence avec les missions d'une structure médico-sociale : un conseil d'administration porteur d'une politique dynamique de développement, une IDEC compétente, disponible et assurant un management participatif, une équipe d'aides-soignantes compétente et motivée s'inscrivant dans une logique d'entraide*

---

<sup>47</sup> ANALYS SANTE, rapport d'évaluation externe SSIAD Vivons Chez Nous, Aout 2014.

Les enjeux qui se présentent au conseil d'administration et à l'équipe sont donc forts. La détermination des acteurs l'est tout autant. Les bases semblent aujourd'hui posées, pour accompagner un changement important dans les mois à venir.

## **2.3 Un contexte extérieur qui encourage le maintien à domicile et incite à mutualiser**

### **2.3.1 Une homogénéité européenne dans la priorité donnée au domicile**

Un rapport<sup>48</sup> de 2011 confirme que l'ensemble des pays européens a fait le choix de privilégier la prise en charge des personnes âgées à leur domicile. Les pays nordiques (Danemark, Suède, Pays bas) ont développé cette prise en charge dès les années 1960. Pour d'autres, il a fallu attendre les années 1990. Les auteurs rappellent que *l'objectif de maîtrise des dépenses est globalement partagé et conduit à privilégier le maintien à domicile*. Paradoxalement, seuls les pays scandinaves consacrent une part égale de leur budget aux soins à domicile et aux soins en institution. Les autres pays n'y consacrent en moyenne que 25%. On imagine donc tout le travail qui reste à accomplir pour que les réalités rejoignent bientôt les discours. Les différents pays observés mettent notamment l'accent sur les dispositifs de soutien aux aidants. En effet, en Europe *les aidants familiaux, parmi lesquels on compte deux tiers de femmes, assurent près de 80 % des heures d'aide et de soins délivrées aux personnes âgées dépendantes*. Certains pays ont, comme au Danemark, privilégié le guichet unique dans un souci revendiqué de simplification des procédures d'accompagnement. Alors qu'en Italie, par exemple, le rôle de coordination des acteurs revient souvent aux proches, dans les pays nordiques, ce rôle est dévolu à des professionnels. En France, on peine encore à s'organiser même si quelques tentatives existent : les infirmiers coordinateurs de SSIAD ou plus récemment, les gestionnaires de cas complexes dans les MAIA.<sup>49</sup> Dans certains départements français, ce rôle peut également être tenu par les CLIC. Sur le territoire du SSIAD, ceux-ci ont essentiellement un rôle informatif et de soutien administratif pour l'établissement des dossiers. Il faut, tout de même, signaler que les CLIC du territoire sont également relai de la MDPH et qu'il y a là, un premier effort, pour s'éloigner de la notion d'âge et se rapprocher de la notion d'autonomie. Cette imprécision dans le rôle de chacun gêne la

---

<sup>48</sup>CENTRE D'ANALYSE STRATEGIQUE, juin 2011, les défis de l'accompagnement du grand âge, perspectives internationales, [en ligne sur [www. Strategie.gouv.fr](http://www.Strategie.gouv.fr)]

<sup>49</sup> MAIA : le sigle signifiait encore récemment maison de l'autonomie pour l'intégration des patients Alzheimer mais il est en cours d'évolution pour concerner bientôt l'ensemble des pathologies et des patients en situations complexes à domicile, il deviendra avec l'application du projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement « méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie »

lisibilité pour les personnes et leur famille. La coordination présente dans tous les discours est encore difficilement visible dans son effectivité. Les solutions sont multiples et, là encore, les notions de territorialités et de prises en comptes des cultures sont essentielles. Ainsi, l'attachement à la famille des italiens a fait privilégier le dédommagement des aidants au renforcement du réseau de professionnels. Au contraire, au Danemark, la vision de l'autonomie fait accentuer l'anticipation par les personnes elles-mêmes, avec une organisation des aides humaines qui seront nécessaires voire un déménagement et un recours à la domotique supérieur.

Le rapport vient, aussi, confirmer au niveau européen la baisse du soutien direct de la part des aidants familiaux, que nous avons constaté au niveau local. Cette baisse des aides directes fait craindre une augmentation des aides professionnelles nécessaires. Ainsi, souligne le rapport, *le recours aux services professionnels d'aide et de soins de longue durée, pour les personnes dépendantes est en hausse dans tous les pays à revenus élevés*. Il existe alors partout un réel enjeu dans la coordination de ces acteurs du domicile et dans l'adaptation des domiciles et l'offre de logements adaptés. Ainsi, depuis 10 à 20 ans selon les pays, les habitats regroupés, les maisons intergénérationnelles, les villages à vocations sociales et d'adaptation à l'autonomie se développent. Dans le même temps, les places en institution stagnent voire baissent. Les maisons de retraite sont de plus en plus réservées à la prise en charge de la très grande dépendance. Ces établissements qui se revendiquaient des lieux de vie deviennent peu à peu des lieux de fin de vie. Les animations anciennement occupationnelles, ont désormais des intentions de maintien des liens relationnels. Ainsi, Charlotte, animatrice à l'EHPAD de Plélan-Le Grand se réjouit-elle lors d'une animation de chant avec l'accordéoniste habituel car madame J, grabataire (en GIR 1) bat la mesure au fil des chansons. L'enjeu de ces établissements est alors de parvenir à adapter leurs ressources aux besoins accrus en soins (accroissement de la masse salariale soignante) tout en maintenant des moments où la relation est privilégiée. Ce n'est qu'en répondant à cet enjeu que ces institutions ne se résumeront pas à des mouiroirs mais à des endroits où la flamme de vie reste détectable dans les yeux des personnes accompagnées.

Ces institutions sont donc invitées dans tous les pays d'Europe à s'ouvrir, à établir des liens avec le domicile. Ainsi, en France, le choix d'accorder de l'APA pour le financement de l'hébergement temporaire est significatif. Il permet d'établir un lien. L'objectif est clairement affiché : permettre aux aidants de se reposer et provoquer un premier contact avec l'établissement au cas où la vie à domicile parviendrait à ses limites.

En résumé, même si les solutions divergent dans chaque pays, le choix du maintien à domicile est fait dans toute l'Europe. Derrière des préoccupations financières, se pose également un souci de maintien dans la communauté. L'heure est globalement à l'inclusion dans la vie habituelle.

### **2.3.2 Une évolution législative Française des 15 dernières années qui tend au décloisonnement des acteurs et à une place renforcée des usagers**

- A) La loi de 2002<sup>50</sup> : l'utilisateur trouve une place dans les dispositifs d'accompagnement

La loi du 02 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a amorcé un premier mouvement : le rappel que les établissements n'existent que pour répondre à des besoins et que les usagers ont donc leur mot à dire sur leur prise en charge. Les personnes sont en droit d'attendre un certain service, une certaine qualité. Suite à cette loi, on parle de moins en moins de patients et de plus en plus d'usagers. Les personnes ne sont plus à la disposition des personnels médicaux, elles ont désormais le droit à l'impatience. La mise en place des démarches qualité et des systèmes de contrôles des établissements (évaluations internes et externes) ont été en cela révolutionnaires puisqu'ils ont retourné la situation antérieure. Il est désormais inscrit dans la loi que ce n'est plus aux usagers de « patienter » mais bien aux institutions de s'adapter. Les prises en charge doivent désormais être individualisées. Cette loi précise également pour la première fois que les personnes doivent avoir le choix entre des prestations à domicile ou en établissement. Pour la première fois, on parle de participation directe de l'utilisateur à son projet. Non seulement, il a le droit d'être informé de ce qu'on lui fait mais, en plus, il peut donner son avis sur la pertinence de ces choix. Il faut, cependant, attendre la loi Léonetti en 2007 pour que l'avis de la personne prédomine l'avis de son médecin quant à son accompagnement pour sa fin de vie. Ainsi, jusqu'alors, le médecin restait seul décideur quant à un éventuel arrêt thérapeutique.

Une autre loi du secteur social est fondamentale dans cette reconnaissance de l'utilisateur : celle de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées<sup>51</sup>. Bien qu'elle ne s'adresse qu'aux personnes en situation de handicap, pour la première fois, on reconnaît, dans le droit français, un droit à la compensation. Cela peut paraître anodin. Pourtant, c'est sur cet aspect de la loi que certains acteurs s'appuient pour obtenir des prises en charges particulières. Ainsi, Madame T souffrant de sclérose latérale amyotrophique, a-t-elle eu besoin après la pose d'une trachéotomie et d'une gastrostomie d'une présence auprès d'elle en 24h/24. Ce droit à la compensation a été notre argument principal, dans la constitution du dossier de

---

<sup>50</sup> Loi 2002-02 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JORF du 3 Janvier 2002, p124, [consultée en ligne 15 juin 2013] disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

<sup>51</sup> Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées [consultée en ligne le 10 Aout 2014] disponible sur [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

demande auprès du conseil général. Ainsi, nous avons obtenu une prise en charge du service d'aide par le conseil général (13 000 euros mensuels) et une prise en charge du surcout en soins infirmiers par l'ARS (22 000 euros annuel). On perçoit ici, l'influence macro-économique que ce type de prise en charge peut représenter et des questions éthiques peuvent surgir. La société pourra t'elle se permettre des couts de cette hauteur pour toute personne le demandant ? Devrons-nous, un jour, déterminer en fonction du cout engendré, que telle ou telle personne ne peut pas bénéficier d'une trachéotomie ?... Malgré toutes ces questions, les possibilités actuelles démontrent l'importance accordée dans la loi, à l'individuation des accompagnements.

B) Loi HPST de 2009 : les contraintes budgétaires invitent à réorganiser le système et rapprocher les secteurs social et sanitaire

En 2009, une nouvelle étape est franchie. Les contraintes budgétaires imposent une réorganisation. Le coût des forfaits hospitaliers est conséquent. Le constat de l'engorgement des services des urgences par les personnes âgées par exemple est fortement questionné. Cette loi vise à désengorger le système sanitaire de toutes les personnes qui relèvent du secteur social. Ainsi, elle insiste sur la nécessité de renforcer la fluidité des parcours et l'anticipation des impossibilités de maintien à domicile. Cependant, dans le texte lui-même, le législateur appuie très fortement sur l'hospitalisation à domicile (HAD) et parle très peu des SSIAD. Il oublie en cela que les missions de l'HAD ne sont pas de participer au maintien à domicile. L'HAD ne concerne pas les patients stabilisés du point de vue médical et nécessitant « juste » des soins d'hygiène. Seuls les SSIAD répondent à une demande de prise en soins de longue haleine. L'omniprésence de l'HAD dans les discours comme dans les textes peut inquiéter les dirigeants de services du domicile. En effet, notre absence de visibilité voire de militantisme risque de limiter l'apport de fonds financiers qui seraient pourtant nécessaires. L'UNA a ici, tout son rôle à jouer.

La multiplicité des transferts entre les établissements de soins et le domicile habituel est délétère pour les personnes désorientées notamment. Tous les acteurs du domicile qu'ils soient service d'aide, de soins, libéraux ainsi que les établissements d'hébergement sont donc sommés de s'organiser pour faciliter les sorties d'hospitalisation rapides et organiser les parcours du domicile vers les entrées en EHPAD sans passer par « la case hôpital ». Depuis 2009, les rapports Aquino, Broussy et Pinville ont développé un panel de propositions pour améliorer le maintien à domicile de nos anciens. Outre l'adaptation de l'habitat à la dépendance, le maintien du lien social est un élément qui y est développé. Dans le rapport Aquino par exemple, les intervenants du domicile sont identifiés comme les mieux placés pour « Développer le rôle de repérage, d'alerte des situations de rupture

et de suivi »<sup>52</sup>. Le rapport Pinville quant à lui, préconise des visites préventives systématiques à un certain âge tel que les pratiquent déjà des pays comme le Danemark ou la Suède. Ces visites visent principalement au repérage précoce des personnes fragiles. L'accent est mis dans ce rapport sur l'aspect préventif. Il est ainsi rappelé, par exemple, qu'un travail sur la musculation, sur la prévention des chutes permet de réduire considérablement celles-ci et donc leurs conséquences en termes de perte d'autonomie. La loi de financement de la sécurité sociale de 2013 a également permis la mise en place d'expérimentations PAERPA : personnes âgées en risques de perte d'autonomie. Ainsi, le territoire de Saint-Méen le grand, voisin de Plélan-le-Grand a été retenu au niveau national. Une réflexion est notamment en cours pour l'accompagnement des sorties d'hospitalisation afin de sécuriser les retours à domicile et d'éviter les ré hospitalisations.

La loi d'adaptation de la société au vieillissement prévue pour 2014 appuie également sur cet aspect préventif dans un de ses premiers articles. Il est, par exemple, prévu que la revalorisation de l'APA soit la première action menée pour soutenir les démarches au domicile. Cette loi renforcera également le rôle du CNSA afin de limiter le nombre d'interlocuteurs. Ainsi, les ARS et le conseil général seront sous sa houlette et devront renforcer leurs liens. La coordination des acteurs comme de la gouvernance est devenue le maître-mot. Il s'agit à l'heure des impératifs budgétaires de plus en plus contraints de renforcer notre efficience.

Concrètement, l'action vers les prises en charge à domicile est clairement revendiquée à la fois au niveau européen et au niveau Français. Le décloisonnement des acteurs, leur coordination sont valorisés. L'idée est alors d'accompagner les personnes dans leur parcours en évitant les ruptures, en les anticipant et en évitant les hospitalisations.

### **2.3.3 Des EHPAD aux habitudes de mutualisation déjà amorcées**

Il y a 4 EHPAD sur le territoire desservi par le SSIAD. Chacun a ses spécificités.

- A Paimpont, la gestion dépend du CCAS et l'établissement qui accueille 44 résidents ne dispose ni d'accueil de jour, ni d'hébergement temporaire. Les locaux ont été récemment réhabilités (fin des travaux 2013). Le choix a été fait d'aménager une cuisine centrale afin de desservir la cantine et le foyer de vie. L'établissement est dans une dynamique d'ouverture sur le bassin de vie.
- « La Villa Saint-Joseph » de Plélan-Le-Grand dépend d'une association. L'EHPAD accueille 85 résidents dont 3 en accueil temporaire. Depuis Juin 2014,

---

<sup>52</sup> Rapport Aquino, p 92

l'établissement dispose d'un parcours santé senior (PASS) permettant une activité physique aux personnes âgées. Celle-ci doit être accompagnée dans ce parcours par un professionnel éducateur sportif, spécialisé. L'EHPAD en lien avec un regroupement d'employeurs et dispose donc d'un éducateur en fonction des besoins sur la semaine. L'objectif est de limiter le risque de chute et de retrouver de l'autonomie. L'ARS a soutenue le projet financièrement. Jouxant ce parcours, un circuit de déambulation accueillant et rassurant a été aménagé pour les personnes souffrant de troubles cognitifs.

L'EHPAD participe à beaucoup d'actions locales notamment organisées par la médiathèque de Plélan-Le-Grand et le centre social (expo photo, témoignages sur la guerre, sur les vieux métiers, accueil des jeunes du centre de loisir pour des gouters en commun...).

L'EHPAD de Plélan, lors de son évaluation externe, en 2014, questionne d'ailleurs le maintien de son dispositif d'hébergement temporaire devant le taux d'occupation de celui-ci (52% en 2010). L'évaluation externe de 2014 a mis en évidence une désertion de l'hébergement temporaire (25% de taux d'occupation) qui fait l'établissement s'interroger sur la pertinence du système. La pression pour transformer ces places en hébergement classique est forte au vu des contraintes organisationnelles représentées par les entrées/sorties de l'hébergement temporaire.

- L'EHPAD de Maure de Bretagne est un établissement médico-social public autonome. Il dispose de 56 places dont une place d'hébergement temporaire. En juin 2013, l'établissement a également ouvert un PASA de 15 places permettant de proposer aux personnes désorientées un accueil et un accompagnement social spécifique. Le médecin coordonnateur de l'EHPAD a une formation en gérontologie et vient d'entrer dans le conseil d'administration du SSIAD.
- L'EHPAD de Guer bien qu'appartenant au département voisin draine une partie des habitants du canton de Maure et travaille en commun avec les 4 autres. C'est un établissement médico-social public autonome. et dispose de 65 places dont 10 pour les personnes désorientées. Il dispose de 4 places d'hébergement temporaire et d'un accueil de jour. Un Pole d'activité et de soins adaptés (PASA) est en projet. La direction est commune avec l'EHPAD de Maure de Bretagne. L'EHPAD a inscrit la mutualisation avec les autres établissements médico-sociaux dans son projet d'établissement dès 2012.
- Enfin, la situation de l'EHPAD de Maxent est à approfondir. Il est, en effet, au centre du territoire du SSIAD. Il vient d'agrandir sa capacité à 52 résidents et est géré par une association. Malgré cette augmentation, il reste aux limites de la rentabilité selon son président et sa directrice. L'EHPAD bénéficie

d'une autorisation pour deux places d'accueil de jour et deux hébergements temporaires qui ne sont pas optimisées. Les autorités insistent beaucoup, aujourd'hui, pour que les établissements accueillent au moins 6 personnes en accueil de jour. C'est selon elles, le seuil minimal pour un projet spécifique et de qualité mis en œuvre efficacement. La directrice de l'EHPAD de Maxent, quant à elle, reconnaît la difficulté qu'il y a à organiser un groupe cohérent et à avoir un vrai travail d'accompagnement avec deux places d'accueil de jour. Les animations sont communes avec les autres résidents de l'EHPAD. Les locaux actuels, pourtant neufs, n'ont pas été conçus pour accueillir plus de personnes en accueil de jour. Aujourd'hui, l'accompagnement « se résume souvent à de la garde » dit-elle. Les projets d'animation et d'établissement restent à écrire.

L'EHPAD de Maxent participe à des réunions des directeurs avec Plélan, Paimpont, Maure et Guer et des mutualisations de personnel sont déjà en place. Ainsi, Maxent a recruté un agent d'entretien à temps plein, il refaiture des prestations aux EHPAD de Guer, de Plélan le Grand et de Maure de Bretagne pour le transport de linge. Inversement, l'EHPAD de Plélan a recruté une lingère et investi dans du matériel plus conséquent que nécessaire afin de traiter le linge de Maxent. Une convention prévoit la compensation financière en rapport. Maxent n'a donc pas équipé ses locaux en matériel de lingerie. Par ailleurs, Plélan met également à disposition son véhicule adapté au transport des personnes dépendantes. Des discussions sont en cours pour majorer également les moments d'animation entre les structures. Le parcours de santé senior de Plélan est ainsi accessible aux résidents des autres EHPAD. Le cabinet dentaire de Maxent est également mis à disposition des autres structures. La mutualisation entre ces différents établissements passe également par l'utilisation d'un groupement d'achat commun. Les démarches d'évaluation externe et certaines formations sont également prévues par les directeurs en collaboration.

En résumé<sup>53</sup>, le SSIAD Vivons Chez Nous, bien implanté sur le territoire, joue un rôle reconnu dans le maintien à domicile. La coordination s'organise avec les services d'aide et les soignants libéraux en place sur le territoire. Cependant, Malgré le souhait des patients de rester « à la maison jusqu'au bout », le risque inacceptable apparaît parfois et engendre une entrée en EHPAD. Celle-ci est souvent traumatique pour le patient et culpabilisante pour les proches. Le cloisonnement avec ces institutions est aujourd'hui

---

<sup>53</sup> Voir tableau d'analyse stratégique en annexe 6



trop important. Un lien manque entre les structures du domicile et l'hébergement en EHPAD.

De plus, l'injonction des autorités à mutualiser pousse à faire grandir les petites structures. Les ressources humaines du SSIAD sont suffisamment solides pour envisager un renforcement du réseau, une adaptation de l'offre à l'évolution des besoins.

Il existe aujourd'hui, une réelle volonté dans les établissements du secteur de mettre en œuvre le maximum de coopération. Nous avons la possibilité d'un rapprochement choisi avec l'EHPAD de Maxent au centre du territoire du SSIAD Je vois, là une double opportunité : pérenniser l'EHPAD et le SSIAD en améliorant l'organisation par l'atteinte d'une taille suffisante et offrir aux usagers une meilleure coordination entre le domicile et les EHPAD. La mise en place d'une organisation tenant compte des habitudes du domicile à l'EHPAD, les allers/retour domicile /EHPAD sont de nature à faire évoluer les représentations en limitant les ruptures d'accompagnement.

### 3 Renforcer les liens pour un accompagnement optimal quel que soit le lieu de vie

Après avoir examiné les améliorations possibles de l'offre actuelle du SSIAD auprès des patients et de leurs aidants, je proposerai des actions pour accentuer le rôle du service, sa légitimité au sein du réseau des acteurs du domicile. Je développerai ensuite des propositions pour rapprocher les professionnels travaillant à domicile et en EHPAD en m'appuyant sur le postulat que le partage d'expériences communes est de nature à faire évoluer les représentations des uns et des autres. Enfin, je montrerai en quoi une fusion avec l'EHPAD de Maxent représente une opportunité forte dans l'objectif de proposer une vraie continuité de parcours de vie aux personnes accompagnées.

#### 3.1 Améliorer notre présence auprès des patients et de leurs aidants

##### 3.1.1 Personnaliser le parcours des personnes fragilisées

###### A) Anticiper les limites du domicile

Aujourd'hui, les personnes accueillies au SSIAD réfléchissent peu leur projet de vie. Les plus autonomes sont capables, comme M. L, de nous dire ce qu'ils désirent mais nous ne disposons pas de recueil suffisant de ces désirs. Au mieux, il faut remonter l'ensemble des informations du dossier pour détecter des éléments inscrits au coup par coup. La plupart des personnes souhaite un maintien à domicile. Alors, certains ont tendance à fuir la discussion. La question des limites du domicile est souvent posée dans l'urgence. Je propose donc de mettre en place un document appelé **projet de vie**. Celui-ci sera constitué avec les représentants des patients au CA et quelques patients volontaires. Certains jeunes patients (moins de 60 ans) pourraient notamment être concertés car ils ont, souvent plus de capacités à « dire leurs souhaits » et sont souvent plus mobiles que les anciens. Les personnes âgées ne souffrant pas de troubles cognitifs seront également sollicitées. Le groupe sera constitué de 5 à 6 personnes ce qui est raisonnable pour travailler sur un document de ce type. Le lieu de réunion devra être accessible et nous solliciterons donc les communautés de communes pour qu'elles nous mettent à disposition une salle adaptée.

De plus, pour les personnes ne pouvant plus exprimer aussi facilement leurs désirs, nous **inscrirons au règlement de fonctionnement la désignation d'une personne de confiance** en majorant notre pédagogie auprès des patients et des aidants. Nous couplerons à cette désignation de la personne de confiance, la possibilité pour les familles de **participer aux réunions de coordinations** avec nos partenaires des CDAS lorsque la situation de leur proche sera étudiée. En cas de limites au maintien à domicile détectées,

nous ferons appel, au coup par coup et si besoin, au **psychologue** déjà engagé à l'ESA. Celui-ci formé à l'accompagnement des personnes âgées et démentes, travaille à la fois pour l'ESA et pour certains EHPAD. Il est donc capable d'une transversalité intéressante à utiliser. L'intervention de ce psychologue se fera dans le cadre d'un exercice libéral avec accord préalable des familles concernées.

Pour les patients les plus autonomes comme pour les plus dépendantes, l'anticipation des limites du domicile sera de mise. La question devra être examinée le plus sereinement possible dans le projet de vie. Pour certains, les directives anticipées pourront également être rédigées. Ce travail sera animé par l'infirmière coordinatrice qui aura à cœur de mobiliser les ressources individuelles des personnes en s'appuyant sur les capacités restantes. Notre conception de l'autonomie nous permettra d'encourager les personnes à rester acteurs de leur vie, à en garder un certain contrôle, une certaine maîtrise.

#### B) Majorer la relation privilégiée avec les référents aides-soignants

Afin de répondre à l'objectif que nous nous sommes fixés de majoration des liens, le rôle des aides-soignants référents sera renforcé. Ceux-ci devront être connus des patients.

**L'écriture et la révision des plans de soins seront faits au domicile du patient avec lui et ses proches.** Les objectifs globaux de prises en soins apparaîtront plus clairement. Pour ce faire, des formations complémentaires à celle suivie par l'équipe en 2012 seront inscrites au plan de formation avec une régularité de deux soignants par an. Les soignants seront accompagnés par l'infirmière coordinatrice dans un premier temps.

Les aides-soignants référents seront également chargés de présenter la situation des personnes dont ils ont la charge lors des réunions mensuelles. Ceci obligera à une recherche un peu plus approfondie des origines de la prise en soins et des antécédents médicaux. Cette recherche ainsi que l'analyse plus poussée de la situation familiale et sociale est de nature à majorer encore la connaissance des aides-soignants. Un compte-rendu des réunions mensuelles sera rédigé par les aides-soignants qui ont présenté la situation. Ainsi, nous inscrirons dès que possible, les habitudes, manies mais aussi fragilités détectées chez les personnes suivies. Ce document sera annexé au dossier de soins présent dans le bureau de l'infirmière coordinatrice et transmis aux services amenés à prendre notre relai si besoin. Je solliciterai les AVS de service d'aide lors de ces réunions afin d'être le plus exhaustif possible sur la connaissance de la personne. Ces réunions seront inscrites au règlement de fonctionnement afin que chacun en ait connaissance.

Lors d'entrée en EHPAD, l'aide-soignante référente du patient accompagnera l'IDEC pour les transmissions au lieu d'accueil. Une réunion d'une heure sera programmée dans ce but avec le médecin coordonnateur, l'infirmier du service accueillant et les aides-

soignants. Les documents internes du SSIAD seront alors transmis et expliqués. **Cet effort de connaissance, de reconnaissance de la personne permettra de s'appuyer sur ses forces et d'être attentif à ses faiblesses lors de toute évolution notable de sa prise en charge.** Ainsi savoir que Mme G a toujours mené une vie très autonome et s'est peu occupée de ses enfants, permettra de mieux comprendre que ceux-ci ne réagissent pas immédiatement lors d'une hospitalisation. Savoir, que dans la famille R, les femmes ne sont jamais autorisées à donner leur avis sur des questions financières permet de mieux comprendre pourquoi, lorsque la question d'une entrée en EHPAD émerge, on voit apparaître le fils de Paris dont nous n'avions jamais entendu parler.

- C) Réduire les risques de chutes par des actions de prévention menées avec le support logistique de l'EHPAD de Plélan

Le parcours senior (PASS) récemment mis en place à l'EHPAD de Plélan le Grand est de nature à prévenir de façon adaptée les risques de chutes et même à faire retrouver de l'autonomie à certains. Il entre dans le cadre de recommandations posées par le rapport Pinville. Monsieur B, patient souffrant d'encéphalopathie Hépatique manque d'équilibre. Les soignants utilisent désormais un verticalisateur et il voit son kiné deux fois par semaine. Monsieur H souffrant de cirrhose et des séquelles neurologiques liés à l'alcool a déjà chuté plusieurs fois. Il est hospitalisé régulièrement après être tombé à terre. **Je propose que l'accès du parcours PASS soit élargi aux personnes suivies par le SSIAD.** Pour des questions d'assurance, un éducateur sportif encadrera le groupe. L'EHPAD fait appel à un groupement d'employeurs pour ce personnel mais nous disposons au centre social de Plélan-le-grand d'un éducateur qui répond à toutes les conditions de formation nécessaire. Il ne travaille pas aujourd'hui à temps plein. Le recrutement de celui-ci pour encadrer un groupe de 3 à 4 personnes me semble intéressant car il permet de ne pas axer l'action sur le soin ou la dépendance mais bien sur l'activité physique. Les personnes seront pris en charge durant  $\frac{3}{4}$  d'heures. Un accord sera passé avec l'EHPAD pour bénéficier ensuite d'un petit goûter pris en commun. L'heure consacrée par l'éducateur sportif et le goûter seront refacturés aux familles. Un avenant au contrat du SSIAD et une convention avec l'EHPAD seront nécessaires. L'organisation des horaires sera prévue entre les directions. Selon le docteur Michel Trégaro qui participait à l'inauguration du PASS à Plélan, un appel à projet s'adressant aux personnes prises en charge à domicile pourrait prochainement être lancé conjointement par l'ARS et la DRJSCS (direction régionale jeunesse et sport). En Bretagne, les petits SSIAD comme le notre pourront tout de même répondre. Je maintiendrai donc une veille importante afin de saisir l'opportunité et ainsi proposer ce service à moindre coût aux personnes accompagnées. Cette proposition entre pleinement

dans les préconisations du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement. L'utilisation du personnel du centre social est de plus de nature à ouvrir le monde de la dépendance à la société civile. De plus l'action poursuivie entre réellement dans une dynamique de prévention. L'ARS Bretagne parle désormais de consacrer environ 5% de son budget à ces actions préventives.

### 3.1.2 Proposer des solutions concrètes pour mieux soutenir les aidants

#### A) Mobiliser les moyens locaux pour améliorer la problématique des transports

Les EHPAD de Maxent/ Plélan /Maure et Guer mutualisent parfois les animations ou les transports des résidents à celles-ci. Ces habitudes ne sont pas généralisées aux hébergements temporaires et aux accueils de jour. Comme nous l'avons montré en première partie, les usagers du SSIAD sont de conditions modestes avec des habitudes sédentaires. Les familles signalent, de façon récurrente, le coût représenté par les transports vers l'accueil de jour. C'est souvent la raison évoquée pour leur moindre utilisation. Certains EHPAD, réfléchissent à une internalisation du système de transport afin de réduire les coûts supportés par les familles. La commune de Maxent réfléchit à la possibilité de mettre à disposition le transport scolaire pour le transport des personnes vers l'accueil de jour ou encore, de l'hébergement vers un rendez-vous à Plélan, vers le super U, vers la médiathèque de Plélan ...Le personnel municipal sollicité pour les transports du matin est, en effet , disponible en dehors de ces horaires spécifiques. Une organisation de ce type pourrait répondre à une volonté d'inclusion dans la vie sociale locale. **Les collectivités seront donc sollicitées pour mettre en place des transports plus efficaces.** L'accompagnement vers le parcours PASS, les consultations médicales et dentaires et éventuellement, la participation à des actions collectives ultérieures comme une rencontre annuelle des bénéficiaires autour d'un goûter pourront alors plus facilement être envisagées. Une convention avec l'EHPAD de Plélan pour l'utilisation de son véhicule adapté, sera envisagée pour le transport des personnes les plus dépendantes et bénéficiaires de l'accueil de jour.

#### B) Des « cafés des aidants à domicile » pour retrouver l'intérêt des groupes de pairs en tenant compte de nos réalités territoriales

Afin de répondre au côté casanier de certains aidants, nous organiserons également avec le CLIC « **des cafés des aidants à domicile** ». Nous impliquerons les représentants des familles au CA du SSIAD dans cette organisation. Ils seront notamment chargés de prendre contact avec les personnes concernées et de leur expliquer le fonctionnement prévu. Il sera proposé aux personnes qui le souhaitent d'accueillir, chez elles, 3 à 4 aidants voisins. Les personnes aidées seront alors prises en charge par du personnel du

service d'aide dans le cadre du plan APA. La psychologue, mandaté par le CLIC animera le groupe. Ce groupe sera également ouvert aux usagers des SAD. Les aidants d'usagers entrés en EHPAD pourront également faire part de leur expérience. Les CVS (Conseil à la vie Sociale) seront sollicités en ce sens. En résumé, le groupe sera ouvert à tout proche de personne entrée en dépendance. Le système sera mis en place sur le modèle des réunions « tupperware », chacun accueillant l'autre à tour de rôle. L'échelle communale semble, au vu de notre population, la plus adaptée et de nature à majorer le soutien par les pairs. La proximité sera utilisée. La prise en charge financière de ce groupe, outre le psychologue, sera à envisager via l'APA et l'ouverture qui est faite dans le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement<sup>54</sup> pour le soutien aux aidants (500 euros de plus que le plafond par an)

- C) Développer une offre de balluchonnage pour que les aidants puissent se reposer sans culpabiliser

Le département a signalé lors de son diagnostic de fin 2013 que le dispositif de **balluchonnage** hérité du Québec, bien que difficile à mettre en œuvre de par la législation française, fera prochainement l'objet d'appels à projet expérimentaux. Le principe est de mettre à disposition, à domicile, une personne pendant plusieurs jours, qui remplacera l'aidant en son absence. **La personne aidée ne voit alors qu'un visage ce qui permet de limiter la désorientation. L'aidant, pour sa part peut partir plus sereinement sans culpabiliser d'avoir déplacé son proche.** Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement<sup>55</sup> confirme cette orientation. Des expérimentations devraient prochainement permettre de déroger au droit du travail en mettant à disposition la même personne jusque 6 jours d'affilée. Le personnel devra être volontaire et bénéficiera par la suite d'un repos compensateur. Cette expérimentation sera réservée aux salariés d'établissements sociaux et médico-sociaux. (ESMS). Ceux-ci seront alors soumis au régime d'autorisation ou d'agrément. Il s'agira alors de saisir des opportunités quant aux propositions possibles. Sur les cantons de Plélan et Maure, ce service nouveau pourrait être porté par les services d'aide déjà autorisés, avec une mutualisation du personnel avec les EHPAD et le SSIAD. En fonction des besoins, une AVS ou une aide-soignante volontaire et disponible serait détachée pour ce balluchonnage. Un partenariat avec les EHPAD les plus proches du domicile des personnes gommerait les difficultés liées au gré à gré actuel. En effet, les remplacements en cas d'absence seront pourvus grâce au potentiel de ressources en personnel plus

---

<sup>54</sup> ANDRE. S, MAHRANI . K, TAMERIO. F, 27 juin 2014, « Le projet de loi de l'adaptation de la société au vieillissement », ASH, n°2866, p 53-74.

<sup>55</sup> idem

important du fait d'un réseau mobilisé. De plus, en cas de nécessité future d'entrée en hébergement temporaire ou permanent, les personnes seront déjà connues du personnel rencontré. Là encore, le maillage du lien prend tout son sens.

## **3.2 Mobiliser les ressources du territoire autour de valeurs communes pour une continuité d'accompagnement**

### **3.2.1 Affirmer nos valeurs dans nos écrits**

- A) Fonder un projet associatif en lien avec le projet de service et les attentes des usagers

Il est prévu, avant la fin 2014, d'écrire le projet associatif. Un accompagnement DLA (dispositif local d'accompagnement) serait alors intéressant. Ce dispositif d'accompagnement des petites structures, financé par le conseil régional, est entièrement gratuit lors de sa première utilisation. Il permet d'être accompagné par un animateur extérieur à la structure et de bénéficier d'un diagnostic complètement objectif. L'écriture de ce projet associatif est en effet, une des actions prioritaires prévues lors de l'évaluation interne de 2013. Son importance est également pointée par l'évaluation externe de 2014. **Tout changement d'organisation, montée en puissance ou diversification d'activité ne peut se faire qu'après avoir déterminé les valeurs associatives et les grandes orientations. Dans notre monde associatif en mouvance permanente, il faut une gouvernance qui donne des grandes orientations claires à ses dirigeants.** Depuis 2010, au sein du SSIAD, nous avons parlé de rapprochement avec un autre SSIAD, de création de SPASAD, de rapprochement d'EHPAD, nous avons créé une ESA... Nous avons envisagé de signer des conventions de partenariat avec les services d'aide... Cependant, l'absence de discussions approfondies sur ce qui fonde les valeurs de l'association Vivons Chez Nous entraîne une stagnation des discussions. Aucune de ces idées n'a été approfondie pour en faire un projet. Les différentes valeurs indiquées dans le projet de service ont émergé des discussions de l'équipe de soins pendant l'évaluation interne et l'écriture du projet de service. La proposition a été faite au conseil d'administration du 5 Décembre 2013 de s'en emparer comme d'un point de départ pour le travail qui incombe désormais aux administrateurs. Cette formalisation accompagnée par un DLA (dispositif local d'accompagnement) permettra d'impliquer pleinement les nouveaux élus du CA, de « les mettre dans le bain ». Nous profiterons de leur connaissance importante des besoins des personnes âgées. Ils sont impliqués et ont envie d'améliorer les accompagnements. Le DLA, permettra d'obtenir un document écrit, finalisé, et d'harmoniser la vision de chacun. Le deuxième avantage de l'écriture de ce projet associatif sera de préciser l'avenir pour l'équipe. Son implication dans les

démarches d'évaluation et mon management participatif ont fait prendre conscience à certaines de la multitude de possibilités qui existent. Cela génère un questionnement voire une certaine anxiété. Ainsi, Mme X disait récemment « on se demande ce qu'on va devenir, à quelle sauce on va être mangé ». Elles ont besoin d'être rassurées sur la direction qui sera prise.

Des services d'aide employant des aides-soignants émergent. Contrairement à notre service, ils dépendent souvent d'une aide du conseil général via l'APA et font bénéficier leurs usagers de crédits d'impôts. Leur action est parfois proche de la notre et ils n'ont pas, comme nous de liste d'attente. Ils peuvent s'occuper de toutes les personnes qui en font la demande et qui ont les moyens financiers de les rémunérer. L'appel à ces services peut donc être tentant pour des proches démunis. Se pose alors la question de l'équité de traitement entre les usagers et de la prise en charge par le conseil général de soins d'hygiène auparavant financés par les caisses de sécurité sociale. Une certaine concurrence pourrait s'installer.

Les réalités de parcours de nos usagers ont beaucoup évolué. La culture d'accompagnement des familles n'est plus la même. Nous sommes sollicités par nos partenaires dans les situations de plus en plus complexes. Les attentes envers le SSIAD changent. Notre connaissance des acteurs locaux, notre capacité à la coordination, la qualité reconnue de nos soins permettent au service Vivons Chez Nous de bénéficier d'une très bonne image locale. Notre plus-value dépasse la simple prise en charge par la sécurité sociale et nous devons la mettre en avant. Notre projet associatif devra proposer des réponses adaptées. **Notre éthique de prise en soins, notre capacité, notre expérience de l'approvisionnement des patients guideront les propositions pour une évolution de nos pratiques encore plus individualisées.** C'est ce qui maintiendra notre légitimité auprès de nos partenaires et des autorités de tarification.

B) Montrer nos valeurs par la formalisation de pratiques sous forme de procédures

L'évaluation externe de 2014 souligne la bonne qualité de l'accompagnement proposé par le SSIAD. Les patients, leur famille sont satisfaits. Cependant, les pratiques d'aujourd'hui sont à harmoniser. La mise en procédure sera accélérée. C'est, en partie, le but recherché par la mise en place d'une réunion-bilan qui aura lieu tous les 6 mois. Préparée en amont par les salariés, ils détecteront les dysfonctionnements, les causes de ceux-ci et feront des propositions pour y remédier. Les éléments ressortis de ces réunions feront ensuite l'objet d'un groupe de travail plus restreint qui sera chargé de mettre en procédure la proposition avant diffusion. L'implication des salariées dans la démarche qualité, bien amorcée aujourd'hui, doit passer à la vitesse supérieure. La taille de la structure limite les possibilités internes. Nous demanderons l'aide de la coordinatrice qualité de l'UNA pour un accompagnement de cette démarche dans le respect des recommandations des



bonnes pratiques de l'ANESM. De plus, les EHPAD de Maxent, Plélan-le Grand et Maure de Bretagne envisagent de recruter en commun une infirmière hygiéniste. Celle-ci pourrait être mise à disposition pour tout ce qui concerne les protocoles de soins. Cette réflexion sera également étendue à un infirmier et/ou un médecin du CA pour ce qui concerne les protocoles de surveillance du transit, de l'état cutané, de la tension... Cette implication dans les travaux concrets permettra de majorer l'interconnaissance des salariés et des membres du CA, tout en profitant de leurs compétences professionnelles. Je veillerai à changer régulièrement les salariés et les administrateurs sollicités afin de mobiliser chacun. Ces travaux ne se feront, ceci dit, que sur la base du volontariat.

Un travail plus en profondeur et multi-acteurs sera également amorcé avec les acteurs du domicile sur la bientraitance. Nous travaillerons notamment à l'établissement d'une procédure commune de signalement des maltraitances. Les partenaires du CDAS, des services d'aide, et des pôles santé seront sollicités. Ce travail ne peut, en effet, être efficace que s'il appartient au réseau. Le pôle de santé de Plélan-le-Grand ayant choisi le repérage des personnes vulnérables comme axe prioritaire devrait accueillir favorablement cette proposition. La participation des partenaires libéraux fera donc l'objet d'une demande de financement par l'ARS dans le cadre du pôle santé.

### **3.2.2 Majorer le rôle du SSIAD au sein du réseau à domicile**

#### A) Travailler à une coordination reconnue

Le SSIAD doit renforcer son rôle de coordination au sein du réseau.

Au niveau des Pôles santé, tout d'abord, l'expérience de 25 ans du SSIAD dans le maintien à domicile peut être valorisée. Les professionnels libéraux manquant de temps et parfois d'expérience dans l'animation de réunions et l'écriture de projet, je proposerai aux deux pôles santé un temps de l'infirmière coordinatrice. Comme nous le verrons par la suite, l'organigramme du SSIAD pourrait rapidement évoluer. Le travail sur les problématiques du maintien à domicile sera alors facilité. Les pôles désirent notamment proposer un groupe de réflexion éthique, un travail sur les entrées et sorties d'hôpital. Les thématiques semblent suffisantes pour envisager 3 heures hebdomadaires entre les deux pôles santé pour l'infirmière coordinatrice. Cette proposition permettra de plus de **favoriser l'interconnaissance des pôles sur les projets en cours et de faire le lien avec les acteurs du domicile qui relèvent plutôt du secteur social (CDAS, SAD, CLIC...)** Concernant, le Pays de Brocéliande, le SSIAD, déjà impliqué, continuera sa participation au groupe travaillant sur la fluidité de parcours afin de garder une connaissance de ce qui s'envisage au plan départemental.

Outre sa participation aux réflexions des pôles-santé, le SSIAD peut utiliser ses compétences internes. A Maure de Bretagne, nous avons la chance de bénéficier d'une structure au sein de l'EHPAD qui accompagne les personnes souffrant de la pathologie

Alzheimer. Les liens avec l'Equipe Spécialisée Alzheimer peuvent être resserrés. Depuis juin 2013, cette majoration est prévue dans le projet de santé du pôle. Nous souhaitons, en effet, un accompagnement personnalisé de ces patients à troubles cognitifs tout au long de leur maladie par des professionnels en contact les uns avec les autres. Les prises en charge de l'ESA et les objectifs poursuivis seront partagés, en particulier, avec le médecin coordonnateur de l'EHPAD. **Un bistrot-mémoire sera proposé au sein de l'EHPAD, co-animé par des personnels de l'ESA et de l'unité Alzheimer.** Ce premier contact avec l'institution sera rassurant pour les patients puisqu'il se fera accompagné par les aidants et sera suivi d'un retour à domicile. La présence des aidants entre dans le projet de loi de l'adaptation de la société au vieillissement. Cette aide, considérée comme du soutien aux aidants, pourra monter jusqu'à 500 euros pris en charge annuellement au-delà du plan APA<sup>56</sup>.

#### B) Finaliser nos conventionnements

Le travail en commun est déjà effectif avec les services d'aide notamment sur Maure de Bretagne. Les salariées travaillent parfois en binôme chez les patients les plus dépendants ce qui amène un confort majoré pour les salariés comme pour les patients. Nous détectons cependant des décalages dans les heures et des kilomètres effectués à la fois par les véhicules du SSIAD et les salariées du service d'aide. Je propose de **signer en particulier avec l'ADMR de Maure, dans un premier temps, une convention de partenariat qui encadrera nos activités communes.** Celle-ci prévoira le transport par le SSIAD des salariées du SAD et une tournée complète en binôme après accord des familles concernées. Cette spécificité sera indiquée dans le plan APA. Les salariées du SSIAD n'attendent plus leurs collègues du SAD ou inversement. Nous aurons alors gagné en efficacité auprès des patients. A moyen terme, la constitution d'un SPASAD pourra être réfléchi. Se posera alors la question du maintien de la neutralité actuelle du SSIAD dans la multitude de services d'aide émergents.

**Une convention sera signée également avec l'HAD et l'équipe mobile de soins palliatifs afin de mieux accompagner la fin de vie à domicile.** Cet accompagnement fait partie des souhaits des patients et de leur famille mais pose parfois des limites au SSIAD, notamment financières. Un conventionnement prévoyant, l'accompagnement psychologique et l'expertise médicale de l'équipe de soins palliatifs sera bénéfique au patient. L'équipe du Docteur Morel au CHU de Rennes a d'ores et déjà validé le principe de cette signature. Une meilleure préparation de relai avec l'HAD est également à examiner, voire une intervention commune lorsque la loi aura évolué dans ce sens.

---

<sup>56</sup> ANDRE. S, MAHRANI . K, TAMERIO. F, 27 juin 2014, « Le projet de loi de l'adaptation de la société au vieillissement », ASH, n°2866, p 53-74.

C) S'associer aux discussions de l'UNA, du conseil général, des ARS

Des discussions sont en cours actuellement autour de futurs appels à projets MAIA. Je participe avec le groupe sur la fluidité de parcours du Pays de Brocéliande à ces discussions. Elles sont pourtant très chronophages. Cependant, elles permettent d'être informée le plus en amont possible d'éventuels appels à projets futurs et donc de les préparer. Elles permettent également d'être acteur des choix opérés par les autorités. Le SSIAD, par sa présence peut, là encore, jouer un rôle de relai au sein du réseau. Ces réunions sont un peu plus politiques mais la présence des financeurs est importante. Si nous souhaitons avoir de vraies relations de partenariats avec ceux-ci, nous devons répondre à leurs sollicitations. Ils ont la pertinence de rechercher la participation des acteurs de terrain aux réflexions avant de lancer des appels à projets. Même si les enveloppes sont aujourd'hui restreintes, ce n'est pas en fuyant ces réunions que nous avancerons. **Nous avons, en tant qu'acteurs de terrain, la co-responsabilité de ce qui sera construit. Les ARS ne doivent pas être juste un organisme de contrôle. Nous devons nous impliquer pour que les relations relèvent un peu plus du partenariat.**

L'UNA représentant une force politique importante, notre participation est également à maintenir. Tout ne pouvant reposer sur les seules épaules de la directrice, la présence de notre président aux discussions départementales et nationales est essentielle. Le soutien logistique concernant la démarche qualité et les aspects règlementaires seront densifiés. L'infirmière coordinatrice participera aux réunions organisées avec les autres infirmières coordinatrices afin de partager les expériences concrètes et surtout les solutions trouvées par les uns ou les autres. Je continuerai, pour ma part, de participer aux réunions des directeurs organisées trois fois dans l'année. Cette participation à l'UNA est essentielle pour rester militants pour un maintien à domicile renforcé et en veille sur l'évolution des appels à projet.

### 3.2.3 Permettre le partage d'expérience entre les personnels du domicile et des EHPAD

A) Favoriser l'émergence d'une identité commune

Aujourd'hui, les relations entre les personnels d'EHPAD et de SSIAD sont extrêmement réduites. Les représentations des salariées du SSIAD sont assez négatives sur la vie en EHPAD. Cette représentation transpire parfois dans les mots utilisés par les soignants et majore donc les craintes de certaines personnes quant à la vie en EHPAD. Une évolution de représentations est difficile à décréter. Cependant, les représentations évoluent parfois avec l'expérience. Majorer l'interconnaissance des équipes participera à l'amélioration de leur représentation mutuelle. Je proposerai donc à mes collègues des EHPAD et des

services d'aide, la constitution d'un groupe de réflexion associant des personnels de chaque établissement sur des thèmes aussi variés que la liberté d'aller et venir/la sécurité, le respect, l'autonomie ; l'alimentation, l'animation ou l'occupation, l'utilisation du toucher... Ces groupes se feront sur la base du volontariat, seront ouverts aux personnes de l'extérieur. Ils ne relèveront pas d'un temps de travail. Ils seront animés dans un premier temps par un sociologue, président du centre social de Plélan-le-Grand dans le cadre de leur contrat de territoire. Les universités de Rennes pourront, par la suite, être sollicitées en fonction des thèmes souhaités par les participants. Ce type de groupe fonctionne déjà sur Plélan-Le-Grand sur d'autres thèmes plus larges comme la mondialisation, le rôle des bénévoles... Cette démarche « schmilblick » est portée par le centre social depuis plusieurs années. Les réunions se dérouleront dans un lieu neutre comme les locaux du centre social. Cette proposition aura le double intérêt **d'ouvrir le « monde de la dépendance » à la société et de faire émerger une identité commune chez les professionnels travaillant dans ce champ d'intervention.**

B) Créer un pool de remplaçants CDI pour faire du lien

Dans la même optique de consolider des liens et harmoniser la réponse sur le territoire, je proposerai aux EHPAD associatifs (Maxent et Plélan-le-Grand) et aux services d'aide la création d'un pool de remplacement CDI pour les aides-soignants et les agents. Le simple remplacement des congés annuels des uns et des autres nécessite entre ces services 10 ETP d'agents et 4 ETP d'aide-soignante. Un équivalent temps plein pourrait être ajouté afin de répondre aux besoins ponctuels et pour le balluchonnage dont nous avons parlé plus haut. Un groupement d'employeurs de droit privé sera donc créé. La répartition des personnels me fait préconiser l'utilisation de la convention collective de la branche d'aide à domicile (CCN BAD). Ces éléments juridiques devront cependant être précisés par le recours au cabinet comptable Geirec qui accompagne déjà 3 des structures concernées (le SSIAD et les EHPAD de Plélan le Grand et de Maxent). Un audit social complet semble en effet indispensable pour préciser l'action juridique la plus pertinente.

Le personnel de ce pool interviendra en fonction des besoins des structures. Ce pool pourra, dans le temps, être renforcé en fonction des besoins. Le partage de relations de travail régulières est de nature à créer des liens entre les personnels et là encore, à majorer le partage d'une culture commune. Ce pool ne gommara pas complètement les besoins en CDD cependant, la fidélisation de certains personnels par l'accès à des CDI ainsi que la polyvalence proposée est un atout fort pour le maintien de la qualité des prestations proposées. Il permet de plus, de pérenniser les emplois et donc les compétences au niveau local et de profiter, encore une fois, de l'inclusion des personnels

dans la vie locale. Cet aspect est important dans le souhait que nous avons de majorer les liens des patients avec ce qui se passe dans la commune, le canton, le quartier...

De plus, la présence de ces salariés à la fois aux domiciles et dans les établissements permettra aux personnes âgées de retrouver en cas d'hébergement temporaire ou permanent des visages connus, des personnes qui les connaissent et les reconnaissent. La transmission des habitudes de vie en sera facilitée. L'appréhension des personnes sera minorée. Là encore, nous nous appuyerons sur les liens humains où le temps d'accompagnement prend tout son sens.

### **3.3 Mutualiser les moyens et assurer la pérennité du SSIAD**

#### **3.3.1 Fusionner le SSIAD et l'EHPAD de Maxent et mutualiser certains postes notamment administratifs.**

L'examen de l'organisation existant à l'EHPAD et au SSIAD, de l'organigramme et de son évolution future fait entrevoir des opportunités à court terme.

##### A) Une fusion création

Vues les politiques actuelles, il y a une pertinence à envisager un regroupement de structures. Les ressources seront restreintes dans les années futures et nous devons donc les rendre plus efficaces possible. Les autorités de tarification encouragent tout rapprochement qui leur permet de limiter le nombre d'interlocuteurs et d'accompagner les continuités de parcours pour les personnes âgées. Le territoire desservi par l'EHPAD de Maxent, bien que légèrement plus restreint que celui du SSIAD, englobe lui aussi des communes du canton de Plélan-le-Grand et du canton de Maure-de-Bretagne. Les personnes accueillies sont les mêmes à des étapes de vie différentes. Le SSIAD est reconnu comme acteur fort du maintien à domicile. L'EHPAD est impliqué dans une réelle mutualisation de moyens avec les autres EHPAD du territoire. Les valeurs développées par les associations Vivons Chez Nous et Les Grands Champs sont proches. Sans vouloir présumer du projet associatif du SSIAD et des décisions de son conseil d'administration, il me semble aujourd'hui important de réfléchir à un rapprochement des deux structures. Nous savons que, toutes deux, sont de taille trop petite. Maxent dispose de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire et est donc déjà axé sur le soutien du maintien à domicile. Il est au centre du territoire du SSIAD. Bien que représentant un bond conséquent dans les esprits, une fusion création est la plus pertinente. Elle pérennisera les deux structures et augmentera leur légitimité et visibilité sur le territoire. Nous disposerons alors d'une assise suffisante pour développer un accompagnement ambitieux quelque soit le lieu de vie de la personne accompagnée. La nouvelle structure rassurera les autorités. En outre la gestion du personnel, de la logistique seront

également simplifiés par une fusion. Je développerai donc, dans la suite de cette partie, mon argumentaire sur la base de cette fusion.

B) Une mutualisation des postes administratifs pour mettre en place un vrai support logistique efficient

a) *Un flou dans la répartition des postes qui mérite d'être éclairci*

A l'EHPAD de Maxent, l'organisation a gardé une forme très horizontale. Il existe une ligne hiérarchique extrêmement raccourcie. Tout le monde dépend directement de la directrice. Pour donner un exemple, l'homme d'entretien n'est pas relié à un responsable direct, il n'y a pas de chef de cuisine et la responsabilité est donc diluée. Concernant les personnels en lien direct avec les usagers, une infirmière coordinatrice vient d'être recrutée à 60%, cependant les plannings sont gérés par la comptable et une partie de la comptabilité par la directrice. Ce flou s'explique par l'évolution récente de l'organisation. L'association historique prenait en charge seulement 20 résidents. L'équipe était alors restreinte et l'organisation en foyer de vie encourageait la polyvalence des salariés. La dépendance était moindre et l'inclusion dans une vie « normale » plus aisée qu'aujourd'hui. La récente extension, le déménagement dans des locaux neufs a nécessité un investissement conséquent du conseil d'administration et de la directrice. Pourtant, cette organisation familiale trouve aujourd'hui ses limites. La complexité des contraintes législatives notamment, entraîne une surcharge de travail conséquente pour la directrice et l'équipe administrative. L'arrivée de l'infirmière coordinatrice ouvre l'opportunité d'une répartition des rôles plus en phase avec les fiches de postes officielles. Il semblerait en effet, judicieux que celle-ci, organise désormais les plannings. Du temps serait alors dégagé pour la personne chargée de la comptabilité.

b) *Un support administratif plus sécurisé et efficient*

Concernant les postes administratifs, le SSIAD a recruté en mai une comptable diplômée BTS. A l'EHPAD, le personnel ne dispose pas de diplôme spécifique. Une mutualisation semble alors possible. La comptable du SSIAD sera mise à disposition de l'EHPAD pour une partie de son temps de travail. Les paies, jusqu'alors externalisées et donc coûteuses pour l'EHPAD seront réinternalisées. Au SSIAD, la comptable effectue les virements de salaires. Elle ne peut prendre ses congés qu'en fonction des dates de ces virements. La moindre défaillance entraîne alors un blocage délétère. De plus, aujourd'hui, il n'existe pas de contrôle par la direction de ces virements, il n'y a pas de contre signature. La complémentarité entre les deux postes comptables permettra donc des départs en congés plus sécurisés. Le temps dégagé par l'IDEC pour la comptable de l'EHPAD par la récupération des plannings sera utilisé pour la récupération des tâches de comptabilité effectuées aujourd'hui par la directrice. Celle-ci pourra alors se consacrer plus aux autres

tâches qui lui incombent : mise en conformité de l'établissement, DUERP, écriture projet associatif, écriture projet d'animation accueil de jour, rester en veille sur les évolutions règlementaires. Sa disponibilité pour la gestion des problèmes quotidien en sera facilitée. La comptable du SSIAD passe une partie de son temps dans la réponse téléphonique aux patients et aux personnels. Le secrétariat d'accueil de l'EHPAD via un standard commun sera donc également mutualisé. Les réponses pour des pré-admissions, pour des inscriptions sur liste d'attente est courant au SSIAD. La secrétaire chargée des admissions à l'EHPAD pourrait remplir ce rôle également pour le SSIAD. Une formation au secrétariat médical, afin de répondre aux obligations légales de confidentialité des données médicales sera alors organisée. Les deux personnes travaillant au poste de secrétariat et de comptabilité de l'EHPAD étant toutes deux en fin de carrière. C'est dans le cadre des renouvellements de postes, donc progressivement, que cette nouvelle répartition se mettra en place. A terme, un véritable support logistique pour les deux services sera effectif et placé sous la responsabilité de la comptable. L'homme d'entretien gérant les livraisons et le chef cuisinier seront également inscrit dans ce pôle et sous la même responsabilité.

C) Deux infirmières coordinatrices pour renforcer une véritable équipe de cadres

Comme nous l'avons montré, les valeurs développées par l'EHPAD de Maxent et le SSIAD sont proches. En l'état actuel de son budget, le SSIAD ne dispose pas des possibilités financières pour un temps plein de direction. Celui-ci n'est d'ailleurs pas nécessaire. Au même titre que la taille de l'EHPAD nécessite aujourd'hui une meilleure répartition des rôles, il est important au SSIAD de mettre en œuvre la dernière étape pour clarifier la ligne hiérarchique : le rôle d'infirmière coordinatrice et celui de directrice doivent être tenus par deux personnes différentes si cela est possible.

A l'EHPAD, l'infirmière coordinatrice occupe, depuis peu, un poste à 60 %. Au SSIAD, la séparation des deux rôles permettrait un poste d'infirmière coordinatrice à 80 % plus ou moins complété par la présence au niveau des pôles santé, dont nous avons déjà parlé. Un regroupement des structures permettra une meilleure sécurisation des absences de l'une et de l'autre. En effet, comme nous l'avons vu plus haut, au SSIAD c'est la comptable qui assure l'intérim de la gestion d'équipe en mon absence. Dans le cadre d'un regroupement à moyen terme, les deux infirmières coordinatrices pourraient alterner leur départ en congé. Ainsi, une cadre soignante sera toujours présente sur la structure ce qui clarifiera les prises de décision pour les salariés. Cette organisation permettra, de plus, de constituer un véritable système d'astreinte entre les infirmières coordinatrices et la directrice. La continuité de service ne pèsera plus alors sur une seule tête mais sur trois.

Cette astreinte entrera alors dans le cadre de la réglementation du travail et devra donner lieu aux compensations prévues par la loi.

Enfin, des commissions d'admission avec le médecin coordonnateur, le psychologue de l'EHPAD, la directrice et les deux IDEC permettront une approche enrichie des problèmes rencontrés. Le lien entre le domicile et l'entrée en EHPAD sera facilité par la participation de l'infirmière coordinatrice du SSIAD aux réunions de coordination du territoire et donc par sa connaissance antérieure des situations délicates.

#### D) Une direction commune

Ma collègue, directrice de Maxent part en retraite en décembre 2015. Vu la nouvelle organisation en deux services, je propose que 80% de mon temps de travail soit consacré à l'EHPAD et 20% au SSIAD.

Le but premier de mon départ en formation était, pour le bureau, de garder un certain contrôle de l'évolution des événements, d'avoir toute liberté pour saisir les opportunités. Le bureau a toujours souhaité jouer un rôle conséquent dans le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. L'arrivée d'une directrice qui bénéficie de 4 ans d'expérience au SSIAD à la direction de l'EHPAD me semble de nature à garantir cette volonté politique. « Un pied à l'EHPAD, un pied au SSIAD et la tête à une continuité de parcours des personnes accompagnées ». Cela pourrait être la prochaine devise de notre structure. Il s'agira alors de communiquer efficacement sur la plus value de cette nouvelle structure auprès des professionnels et de la population. Nous pourrions clairement revendiquer notre attachement à une logique d'accompagnement de parcours de vie.

Les conséquences de cette nouvelle organisation sur les contrats de travail devront être approfondies par un avis juridique. En effet, comme nous l'avons déjà dit, celle-ci nécessitera une réflexion notamment sur la convention collective à appliquer. Le personnel de l'EHPAD est actuellement sous un accord d'entreprise issu de la convention 51 alors que le SSIAD dépend de la CCN BAD. L'impact financier ainsi que les évolutions de la structure à plus long terme devront être travaillés avec l'appui du cabinet comptable. En effet, la mutualisation d'un pool de remplacement avec les SAD et l'EHPAD de Plélan, la création de balluchonnage sont autant de propositions qui influenceront sur le choix opéré. Cette réflexion doit appartenir au futur conseil d'administration.

Selon une première estimation très approximative, 25 000 euros seront nécessaires pour étudier et mettre en œuvre cette fusion : Les autorités de tutelle, ARS et conseil général seront sollicitées dans ce sens. Le projet entre pleinement dans leur logique actuelle. En cas de nécessité, d'autres financements, notamment locaux seront à rechercher.

Dans la partie suivante, nous verrons que la mutualisation de personnel peut, associée à une mutualisation de moyens avoir toute sa pertinence du point de vue logistique.



### 3.3.2 Améliorer l'organisation logistique pour mieux maîtriser les charges

- A) Des locaux pour servir la majoration des regroupements de l'équipe du SSIAD et une meilleure accessibilité

L'EHPAD de Maxent a récemment procédé à des travaux de rénovation ; l'ancien appartement du directeur, annexe de l'EHPAD, est aujourd'hui libéré. Cet appartement fait d'environ 80 m<sup>2</sup> dispose d'une grande pièce de 45 m<sup>2</sup>, d'un petit bureau de 12 m<sup>2</sup>, de sanitaire et de deux autres pièces pouvant servir de bureau ou de salle d'archive (anciennement des chambres). Ces locaux se situent au premier étage, on y accède par un escalier étroit de 80 cm de large. La pièce principale bénéficie d'une baie vitrée offrant une luminosité et une clarté chaleureuse. De petits travaux de rénovation seraient nécessaires (2 cloisons en placo-plâtre) afin d'isoler cette pièce principale de la montée de l'escalier. Cette salle chaleureuse sera utilisée pour les réunions d'équipe. Les salariées seront invitées à participer à son aménagement en pièce commune, pratique et conviviale. Les réunions de bureaux et de conseil d'administration y seront également organisées.

Même si le SSIAD organise les rendez-vous à domicile lorsque les personnes se déplacent en fauteuil roulant, il est préférable de prévoir un bureau accessible au rez-de-chaussée. Les autres pièces de l'étage ne seront donc pas réservées au SSIAD. Par contre, un ancien garage, se situant en dessous de la pièce principale, sera aménagé pour le bureau de l'infirmière coordinatrice. La pose d'une baie vitrée et l'isolation de cet espace sont des travaux n'entraînant pas un investissement conséquent. On peut en effet les estimer à 10000 euros. Une subvention d'investissement pour la mise en fonctionnalité des locaux sera demandée aux deux intercommunalités. Après rénovation, les locaux seront utilisés par le SSIAD pour un loyer affecté au budget du SSIAD d'environ 10 euros le mètre carré. Seule la grande pièce de réunion et l'ancien garage seront loués ce qui représente environ 80 m<sup>2</sup> pour une somme de 800 euros. Les locaux actuels de Plélan le Grand et de Maure de Bretagne bénéficient de loyers modérés de la part des mairies (aide en nature). Une subvention de fonctionnement correspondant au surcoût annuel du changement de locaux (7000 euros annuels) sera demandée aux deux intercommunalités. Ayant inscrit les services à la population dans leurs axes prioritaires, notre projet de prise en charge accentuant l'aide aux aidants et le travail de réseau ; nous entrons dans ces axes prioritaires. C'est l'argument qui sous-tendra notre demande de subventions. Les locaux pourront par ailleurs, être mis à disposition des pôles Santé pour des réunions en groupe de travail.

L'augmentation globale du loyer sera en partie également compensée par une mutualisation de la gestion des téléphones et de l'informatique. Le contrat de téléphonie de l'EHPAD dispose en effet de plusieurs lignes non utilisées à ce jour. Le raccordement

du SSIAD serait, selon le prestataire, assez aisé et faciliterait la réponse aux appels prévue dans la nouvelle organisation du secrétariat.

B) Des parkings à disposition permettant de faciliter les échanges de véhicules pour le SSIAD

Comme nous l'avons expliqué plus haut, le SSIAD dispose de 13 véhicules. Utiliser les locaux et parkings de l'EHPAD, réduire la flotte de véhicule à 10 serait envisageable. Au vu de l'organisation en temps partiel, il arrive fréquemment que certains véhicules passent plusieurs jours sans rouler. Les charges afférentes à cette gestion sont à examiner. Il s'agit là d'une problématique extrêmement épineuse. En effet, comme je l'ai déjà dit, cette mise à disposition du véhicule jusque le domicile est historique. Elle est comprise par les salariées comme un avantage individuel acquis auquel elles sont très attachées. Certaines n'ont pas de deuxième véhicule. C'est également un argument fort de recrutement. De plus, le retour au domicile avec le véhicule permet de s'assurer que le véhicule démarrera le matin. Il réduit le risque lié à l'utilisation par le personnel d'un véhicule ancien ou à l'entretien incertain. Le confort du système est important et cristallise beaucoup de craintes. Le gain financier pour le service d'un retour des véhicules serait d'environ 7000 euros annuels (sur le seul poste location) car seuls 10 véhicules seraient nécessaires. Cependant, le risque de conflit engendré par ce changement, même avec compensation financière, est selon moi, trop important. Proposer aujourd'hui une telle révolution risquerait de provoquer un mouvement majeur de contestation de l'ensemble du projet de rapprochement avec l'EHPAD par les salariées du SSIAD. Cela serait de nature à remettre en cause l'équilibre de l'équipe et la bonne dynamique aujourd'hui constatée.

Aujourd'hui les échanges de véhicules pour les remplacements au sein du SSIAD se font dans le cadre d'une procédure relativement complexe. La distance éloignant les salariés complique parfois ces échanges de véhicules. La comptable met en place une organisation sur tableau excel et tente de limiter les kilomètres parcourus. Cependant, nos bureaux actuels ne disposent pas de parking sécurisés, nous ne pouvons donc pas laisser les véhicules trop longtemps sur ces emplacements. A Maure comme à Plélan les salariés s'assurent de venir rapidement récupérer les véhicules. La localisation centrale de l'EHPAD de Maxent est importante. Un simple enclos et une autorisation de la mairie suffiront pour profiter de parkings sécurisés. Donc, tant que nos finances permettront cette organisation, je propose de maintenir la gestion des véhicules en l'état en sécurisant et simplifiant tout de même les échanges durant les congés par l'utilisation des parkings de l'EHPAD.

### **3.3.3 A moyen terme, envisager une spécialisation des structures locales**

L'hébergement temporaire sur Maxent fonctionne bien. Les trois lits sont régulièrement occupés. Le taux d'occupation actuel avoisine les 80%. L'organisation, la logistique nécessaire notamment administrative pour ces entrées/sorties ne pose pas de difficultés dans la structuration actuelle. Les familles font souvent appel à l'EHPAD pour des hébergements temporaires longs (deux mois). Contrairement à Plélan le Grand qui souffre d'un taux d'occupation moindre, les lits d'hébergement temporaire à Maxent ne sont jamais occupés pour de l'hébergement permanent. En cas de non occupation, ils sont laissés libres dans l'attente d'une urgence. L'EHPAD n'a pas, aujourd'hui, communiqué sur cette détermination auprès des CLIC et des services hospitaliers. On peut cependant présumer que ceux-ci seront extrêmement réceptifs à cette information.

L'une des faiblesses de l'EHPAD de Maxent est son parc restreint. Un étang sympathique jouxte l'établissement mais celui-ci n'a pas été aménagé pour l'accessibilité des personnes à mobilité réduite. Il ne peut donc pas, aujourd'hui, être utilisé de façon optimale. Ces abords extérieurs freinent certaines familles à demander un hébergement permanent à Maxent. A Plélan, au contraire, le parc est clairement identifié comme une force mais l'organisation actuelle peine à optimiser les hébergements temporaires (25% de taux d'occupation).

De plus, l'EHPAD « Les Grands Champs » de Maxent a toujours du mal à se détacher de l'image d'un « foyer logement ». Le projet de fusion permettra à l'EHPAD de bénéficier de la réputation positive du SSIAD. De plus, la municipalité de Maxent réfléchit à préempter un terrain proche de l'EHPAD pour y construire une « maison de l'aidant ». L'idée est récente et n'a pas encore été travaillée pour devenir projet. Cependant, la volonté politique représente une opportunité pour la future structure d'accentuer sa contribution dans le domaine. Une spécialisation de l'EHPAD dans ses liens avec le domicile sera à valoriser auprès de la population. Après validation des autorités de tutelle, un accord avec Plélan-le-Grand et Maure-de-Bretagne pourrait alors être envisagé pour transférer les places d'hébergement temporaire à Maxent pour l'ensemble du bassin de vie. Une discussion autour des places d'accueil de jour pourrait alors s'amorcer avec les autorités pour optimiser le système actuel. Le projet de l'accueil de jour sera en effet, écrit à plusieurs mains. Il s'enrichira de l'expérience de chacun. Le territoire manquant réellement de place d'accueil de jour, notre logique de parcours pourrait être valorisée.

Les atouts de chaque structure seraient alors des forces pour l'ensemble du territoire : Maxent et ses liens avec le domicile, Plélan et ses atouts dans la prévention de la perte d'autonomie et l'hébergement permanent, Maure dans ses compétences particulières auprès des personnes à troubles cognitifs. Le partage de pratiques, le pool CDI, les retours d'expérience des équipes, les liens avec les libéraux et les professionnels de service d'aide permettront de bénéficier d'un pôle gérontologique relativement complet.

### 3.4 Programmation et évaluation

Afin de clarifier la mise en action, il m'a paru important de synthétiser le plan d'action dans le tableau suivant. J'y ai inscrit les acteurs concernés, les échéances, le financement ainsi que les critères d'évaluation envisagés. Concernant, l'évaluation, certaines actions, comme le café des aidants à domicile donneront lieu à une évaluation annuelle. Pour la plupart des autres, nous profiterons des prochaines échéances d'évaluation interne en 2018. En effet, nous travaillons avec de l'humain, nous souhaitons faire évoluer des représentations. Ce type d'action demande du temps.

Concernant, l'éventuelle fusion avec l'EHPAD de Maxent, les conseils d'administration devront se positionner rapidement. Le SSIAD devra clairement définir s'il souhaite majorer son engagement dans cette logique d'accompagnement de parcours des personnes dépendantes. Un audit social demande plusieurs mois. Une analyse financière plus fine de l'impact de cette fusion est nécessaire et un contact avec les autorités demande également de prendre son temps. Ainsi, si nous souhaitons être prêts lors du départ en retraite de ma collègue fin 2015, les décisions importantes devront être prises dans les prochains mois.

Action	Acteurs concernés	Dates	Financement	Critères d'évaluation
Ecrire le projet associatif	- CA Vivons chez Nous - Animateur DLA	Sept 2014 Déc 2014	DLA (région)	Effectivité de l'écriture du projet associatif
Mise en procédures	- Salariées SSIAD - Coordinatrice qualité UNA - IDE hygiéniste EHPAD - Médecin, IDEL du CA du SSIAD	Janvier 2015 Septembre 2017	Demande de financement ARS pour la partie liée aux pôles santé	Nombre de protocoles écrits en partenariat
Café des aidants à domicile	- SAD - CLIC, psychologue - Représentants de famille au CA - aidants	Janvier 2015 Décembre 2015	APA après entrée en application nouvelle loi d'adaptation société au vieillissement	Nombre de groupes réunis Enquête de satisfaction
Baluchonage	- groupement d'employeurs	Janvier 2016 Décembre 2016	APA après entrée en application	Nombre de personnes ayant bénéficié du service

			nouvelle loi d'adaptation société au vieillissement	
Créer des relations entre les équipes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ensemble du personnel SSIAD, SAD, EHPAD</li> <li>- centre social</li> </ul>	Janvier 2015 Septembre 2017	Contrat de territoire Personnel volontaire non rémunéré	Nombre de réunions effectives
Pool CDI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- agents</li> <li>- aides-soignants en CDD</li> </ul>	Septembre 2016 Septembre 2017	Groupement d'employeur à réfléchir Gains sur le moindre recours au CDD et à l'intérim	Etude de l'évolution des charges
Formalisation des projets de vie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- usagers</li> <li>- aides-soignants référents</li> <li>- représentants des familles au CA</li> </ul>	Janvier 2015 Septembre 2017	Mise à disposition d'une salle par les collectivités territoriales	Enquête de satisfaction Nombre de projets écrits avec patient
Réunions de coordination participatives	<ul style="list-style-type: none"> <li>- partenaires clic cdas, sad</li> <li>- familles</li> <li>- psychologue ESA</li> </ul>	Janvier 2015 Septembre 2017	Financement libéral de l'intervention du psychologue	Nombre de réunions réalisées avec présence de famille
Majoration des plans de soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aide-soignants référents</li> <li>- AVS</li> <li>- IDEC</li> </ul>	Janvier 2015 Septembre 2017	Formations à inscrire au plan	Enquête de satisfaction soignants et patients
Augmenter notre action dans la prévention des chutes (PASS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Educateur Sportif centre social</li> <li>- AVS de SAD</li> <li>- Transport à la demande</li> </ul>	Janvier 2015 Décembre 2015	Prestation facturée à la famille ou réponse à prochain appel à projet	Nombre de bénéficiaires Nombre de chutes constatées
Réfléchir les transports à la	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SSIAD</li> <li>- EHPAD</li> </ul>	Janvier 2015 Mars 2018	Collectivités locales	Satisfaction des aidants nombre de bénéficiaires

demande	- SAD - Collectivités locales	(mandat électoral)		d'accueil de jour au SSIAD
Travailler à une coordination reconnue	- Pôle santé - IDEC SSIAD - Pays de brocéliande - EHPAD Maure	Sept 2014 Sept 2017	Projet de santé ARS Temps IDEC idem aujourd'hui	Enquête de satisfaction des partenaires Evaluation interne 2018
Un conventionnement à accentuer	- CA ADMR de Maure - CA SSIAD - HAD - EMSP pontchaillou	Juin 2015 Janvier 2016	Temps de directrice et des administrateurs	Effectivité des conventions Nombre de prise en charge conjointes
S'associer aux discussions de l'UNA, du conseil général, de l'ARS	- Directrice SSIAD - Président SSIAD - IDEC - UNA départemental	Juin 2015 Septembre 2017	Temps de directrice et des administrateurs	Nombre de réunion où le SSIAD est représenté
Fusionner SSIAD et EHPAD de Maxent	- Les CA - ARS - Conseil général - Cabinet d'expertise	Juin 2015 Juin 2016	Etude de faisabilité financière et audit social (avocats) : minimum 25000 euros Autorités de tarification	
Mutualiser les postes administratifs	- Comptabilité - Direction - Secrétariat - IDEC	2016 après fusion	A budget constant Effectifs, masse salariale stable	Répercution budgétaire des charges en fin d'exercice
Deux IDEC référentes pour une équipe de cadres soignants	- 2 IDEC - directrice	2016 après fusion	Astreintes en fonction de la convention collective de la nouvelle structure Formation informatique	A inclure dans la réflexion sur la fusion
Locaux et	- SSIAD	Fin 2014	Subvention	

parkings	<ul style="list-style-type: none"> <li>- EHPAD</li> <li>- Collectivités territoriales</li> </ul>		d'investissement et de fonctionnement Gains sur les charges logistiques	
----------	--	--	--	--

Depuis 1990, jamais les pratiques n'avaient été formalisées, théorisées en équipe. La qualité des soins était reconnue sans qu'on tente de la prouver. Le service a demandé des extensions mais n'a jamais diversifié son activité. En 2013, l'évaluation interne a pour la première fois, d'interrogé les pratiques anciennes et ancrées. L'équipe s'est sentie valorisée par cette analyse des pratiques. L'équipe s'est mise en mouvement. Les évolutions proposées à l'issue de l'évaluation ont permis une orientation commune de l'action. Les salariées ont compris qu'une évaluation ne juge pas leur travail mais permet de projeter notre action en fonction des besoins détectés, d'améliorer encore notre prestation. Lors de l'évaluation externe, l'équipe était, de fait, rodé à cette introspection. Certains administrateurs ont pris conscience de leur rôle après avoir rencontré les évaluateurs externes. Les propositions de ceux-ci font écho aux faiblesses déjà détectées lors de l'évaluation interne. Le plan d'actions gagne donc en force. Certaines orientations sont légitimées. Nous avons été le premier SSIAD d'Ille et Vilaine à déposer notre rapport d'évaluation interne à l'ARS en 2013. Nous sommes de nouveau, les premiers pour le rapport d'évaluation externe de 2014. Ceci montre notre réactivité, la mise en mouvement effective de l'équipe et des administrateurs du SSIAD.

Nous sommes donc, aujourd'hui, dans une position qui permet un changement fondamental, nous sommes prêts pour cette évolution. Notre capacité à remettre en cause nos pratiques sereinement est une force. La prochaine évaluation interne est prévue pour 2018. Nous y examinerons notre panel de réponses. Elle sera un nouveau point d'étape sur lequel appuyer les développements futurs. Les critères d'évaluation se veulent simples d'utilisation. Il s'agit de trouver des critères accessibles et pertinents. Les actions vers le domicile et le répit des aidants pourront être évaluées tôt car elles sont proches de notre pratique actuelle. Elles n'impliquent pas d'évolution des représentations et sont complémentaires de nos actions historiques. En ce qui concerne le renforcement des liens entre les équipes du domicile et des EHPAD, l'évolution sera plus progressive et l'évaluation faite dans 4 ans pointera certainement des défaillances du dispositif ici ou là. Pourtant, le mouvement relève aujourd'hui d'un cercle vertueux d'évolution dans lequel il me faudra accompagner l'équipe et les administrateurs. Nous pourrons en cela nous appuyer sur l'expérience positive vécue à chaque évaluation. Nous savons, aujourd'hui que nous en sortons, chaque fois, renforcés.

## Conclusion

Alors que le nombre de personnes dépendantes augmente et qu'il augmentera encore dans les 20 ans à venir, les impératifs budgétaires nationaux, les politiques de convergence voire de restriction imposent aux établissements de « faire plus avec moins ». Depuis 1997, avec l'arrivée des premières conventions tripartites dans les EHPAD, les moyens alloués sont conditionnés par la mise en place d'un certain nombre d'outils de suivi. Plus récemment, l'arrivée d'HAPI (Harmonisation et partage d'information) confirme les messages antérieurs : les ressources devront être réparties équitablement entre les territoires et entre les établissements. L'avènement des ARS et des appels à projets montrent que les établissements seront désormais comparés entre eux. Depuis la loi HPST de 2009, les structures sont également invitées à décloisonner les acteurs, à allier, à coordonner le social, le médico-social et le sanitaire. Les procédures d'appels à projet imposent une réactivité importante. Ainsi, les services de petite taille doivent se réunir pour répondre de façon efficiente aux besoins des usagers. La complexification des situations vécues au domicile et la situation précaire de certains aidants rendent nécessaires une articulation supérieure. Alors que les personnes faisaient antérieurement un choix entre la vie à domicile et la vie en EHPAD, ils vivent aujourd'hui des changements de lieux qu'ils n'auraient pas d'emblée souhaités. Au fil de ma réflexion, j'en suis arrivée à la conclusion que nous pouvons accompagner ce changement de lieu en renforçant les liens. La continuité de parcours qui pêchait jusqu'alors entre les EHPAD et les acteurs du domicile peut être renforcé à la fois par le travail en commun des équipes et par la mise en place d'actions concrètes qui permettront une meilleure approche des personnes et de leurs aidants. Il s'agit de s'approprier mutuellement et de prendre, pour cela, le temps nécessaire.

A l'heure de la promotion de la domotique, je revendique la possibilité pour les services comme le notre, de miser sur les relations entre les personnes. Il nous appartient de ne pas nous laisser déborder par les contraintes budgétaires et législatives. C'est à nous, professionnels de direction, de porter cette volonté ferme. Ce n'est qu'à cette condition que nous proposerons, pour demain, une société ouverte à tous et réellement axée sur des accompagnements individualisés.



---

## Bibliographie

---

ANDRE. S, MAHRANI . K, TAMERIO. F, 27 juin 2014, « Le projet de loi de l'adaptation de la société au vieillissement », ASH, n°2866, p 53-74

BENSAÏD R, 1981, *La lumière médicale, les illusions de la prévention*, ed seuil : Paris, p34.

BONETTI M., 1994, *habiter, le bricolage imaginaire de l'espace*, coll re-connaissances, ed hommes et perspectives, Marseille, p22

CAUDRON, , colloque « l'aide à domicile aujourd'hui : enjeux, pratiques et perspectives », 5 Avril 2012, IRTS Rennes.

CENTRE D ANALYSE STRATEGIQUE, juin 2011, *les défis de l'accompagnement du grand âge, perspectives internationales*, [en ligne sur [www. Strategie.gouv.fr](http://www.Strategie.gouv.fr)]

CONSEIL GENERAL D'ILLE ET VILAINE, septembre 2013, *Schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, portrait de territoire, codem du pays de Brocéliande*, [consulté en ligne le 25 Juillet 2014], disponible sur internet : <http://www.ille-et-vilaine.fr/fr/article/portrait-territoire-broceliande>.

CONSEIL GENERAL D'ILLE ET VILAINE, septembre 2013, *Schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, portrait de territoire, codem des valons de vilaine*, [consulté en ligne le 25 Juillet 2014], disponible sur internet : <http://www.ille-et-vilaine.fr/fr/article/portrait-territoire-vallons-vilaine>

DE SAINT-EXUPERY A, 1946, *Le petit Prince*, ed Gallimard, Bourges, p 69.

ENNUYER B, 2002, *Les malentendus de la dépendance*, Paris : Dunod, p 99, 298p.

HARDY.L, 2011, « accompagner en milieu rural : inscription dans des territoires spécifiques » *Domicile, vie sociale et animation*, doc éditions, coll doc gérontologie, p 14-16.

HEULIN, P, *domicile, vie sociale et animation*, coll doc gérontologie, 2011, p19

Loi 2002-02 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JORF du 3 Janvier 2002, p124, [consultée en ligne 15juin 2013] disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées [consultée en ligne le 10 Aout 2014] disponible sur [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

MANTOVANI, *étude sur les conditions d'entrée en institution et les limites du maintien à domicile*, DRESS, n°83, novembre 2008, p24

PANDELE.S,2010, *La grande vulnérabilité : fin de vie, personnes âgées, handicap*, 2ème édition, ed Seli Arslan, p 43, 188p

REGION BRETAGNE , 10 juillet 2013, *Quel développement pour le pays de Brocéliande en Bretagne pour les prochaines années ?*, Montauban de Bretagne, [consulté en ligne le 24 juillet 2014], p 11. disponible sur internet [http://www.pays-broceliande.com-ContratPays\\_Diaporama-Debat-vision-partagee-Broceliande\\_Cpte-rendu.pdf](http://www.pays-broceliande.com-ContratPays_Diaporama-Debat-vision-partagee-Broceliande_Cpte-rendu.pdf)

VEZINA et MENDRANO in CLEMENT S., LAVOIE J-P, Avril 2005, *Prendre soin d'un proche âgé, les enseignements de la France et du Québec*, coll pratiques gérontologiques, ed ERES, p 187-251

## Liste des annexes

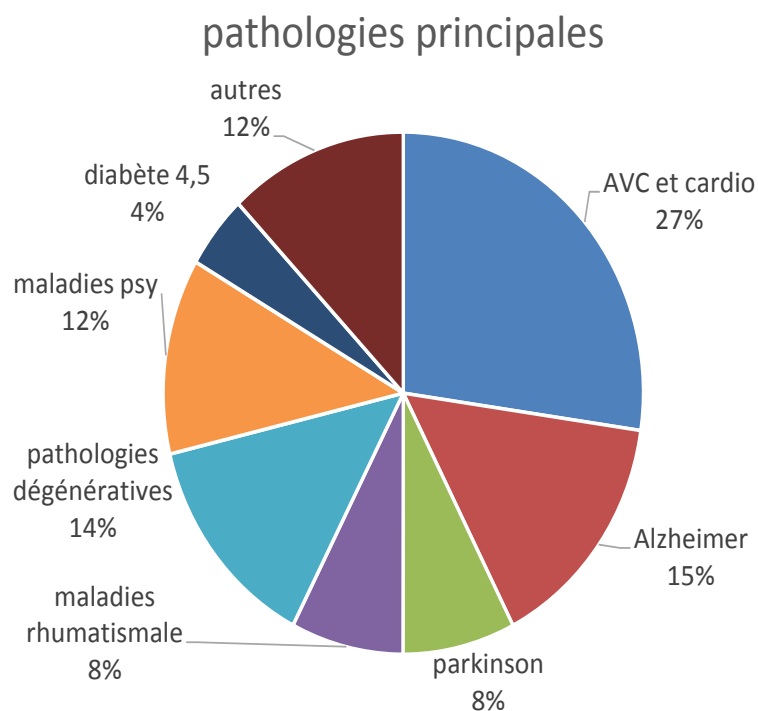
### Annexe 1 : évolution de la dépendance

	Pays de brocéliande	Pays des vallons de vilaine	Ille et vilaine
Population de plus de 60 ans	19% de la population du canton de Plélan	23% de la population du canton de Maure de bretagne	19.7%
Augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes entre 2010 et 2020	+28.4%	+25.6%	23.6%
Bénéficiaires de l'APA versée à domicile	611	548	7932
Dont GIR1 et GIR2	19.2%	17.8%	17.2%
Dont femmes	66%	73%	71%
Agés des bénéficiaires	83.95	83.5	83.35

### Annexe 2 : Des revenus plutôt bas

	Canton de Plélan	Canton de Maure	Ille et vilaine	Bretagne
Revenu net déclaré moyen	23100	20629	23698	22577
Foyers imposables	58.5%	49.9%	55%	52.8%

### Annexe 3 : répartition des pathologies rencontrées

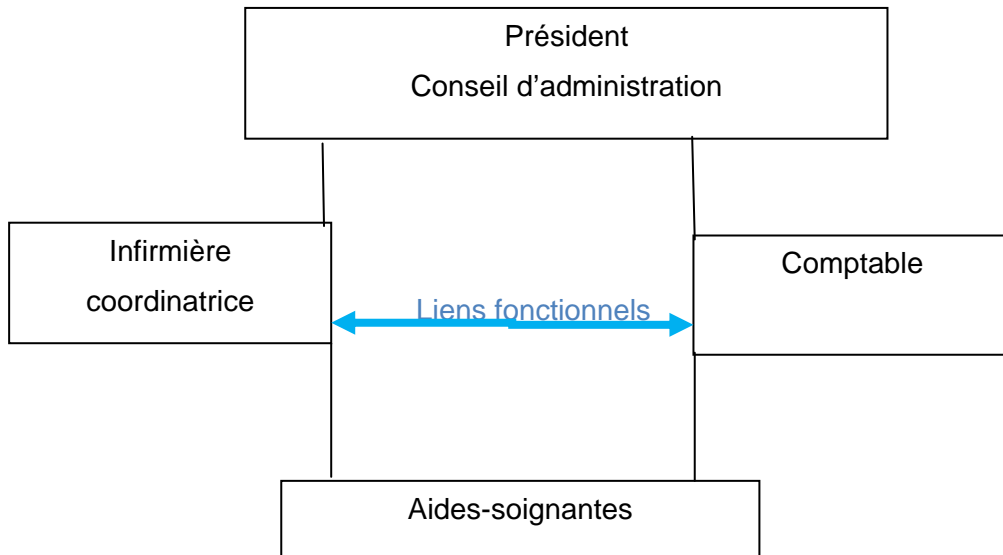


### Annexe 4 : équipement du soutien au maintien à domicile par pays

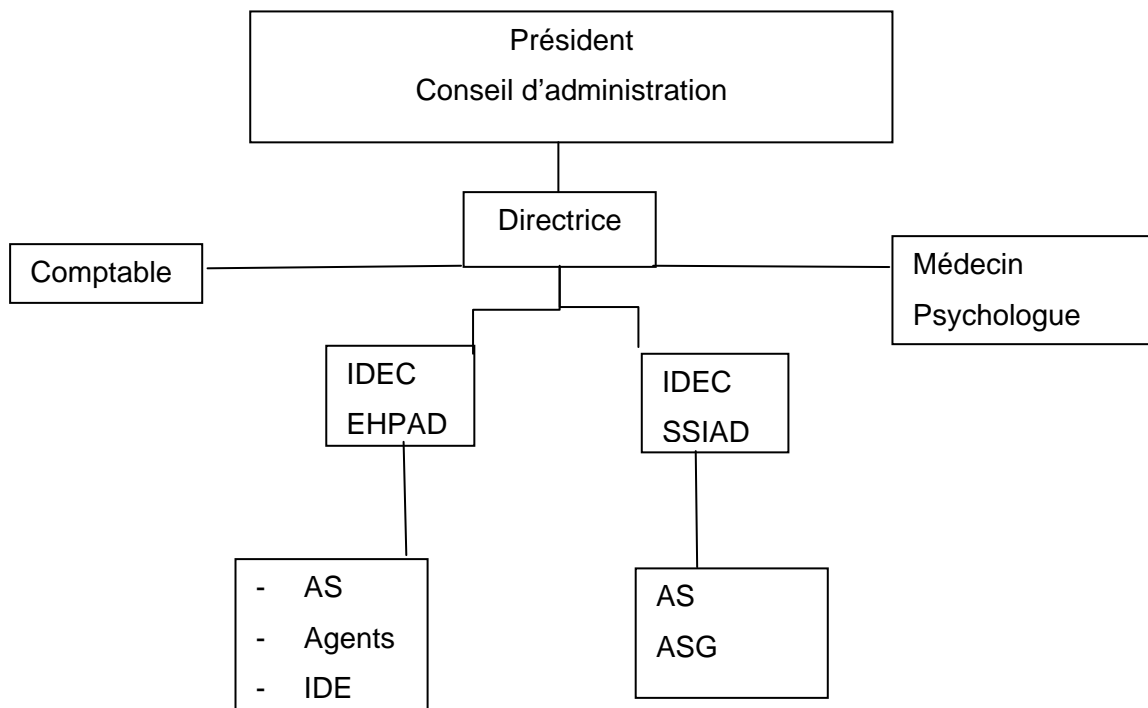
	Pays de Brocéliande	Pays des vallons de Vilaine	Territoire desservi par le ssiad
Accueil de jour	18	16	2
Hébergement temporaire	21	9	5
Hébergement permanent	964	568	245

## Annexe 5 : organigrammes

### Organigramme antérieur à 2014



### Organigramme après fusion (horizon 2016)



## ANNEXE 6: tableau d'analyse des forces et faiblesses

<b>Contexte interne</b>	
<b><u>Forces</u></b>	<b><u>faiblesses</u></b>
<b>Accompagnement des patients</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• valeurs associatives en cours de questionnement (projet associatif)</li> <li>• création ESA : compétences ASG et rééquilibrages contrats de travail</li> <li>• expertise des soins à domicile basée sur expérience de 20 ans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• familles difficiles à mobiliser pour le CA,</li> <li>• mode d'élection au CA des familles en inadéquation avec réalité service</li> </ul>
<b>Management et ressources humaines</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Équipe entrée dans la démarche qualité en 2010</li> <li>• management participatif</li> <li>• entrée en formation de directrice de l'IDEC</li> <li>• équipe prête au changement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ligne directrice, orientation stratégique difficile à établir</li> <li>• pas de document unique de délégation</li> <li>• ligne hiérarchique brouillée car condensée (directrice /infirmière coordinatrice+ comptable au même niveau)</li> <li>• management anémique jusque 2010</li> </ul>
<b>organisation</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CA conscient de la nécessité de changement</li> <li>• départs du CA et secrétaire comptable représentent potentiel d'évolution de l'organisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisation de petite taille (historique) gênant mise en place d'outils pratiques</li> <li>• logistique nécessitant réorganisation pour faire baisser les charges</li> </ul>
<b>Partenariat et réseau</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• organisation ancrée et légitime sur le territoire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• partenaires difficiles à mobiliser pour le CA,</li> <li>• gros impacts de certains postes sur les charges globales d'exploitation</li> </ul>

<b>Contexte externe</b>	
<b>Opportunités</b>	<b>Menaces</b>
<b>accompagnement</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• travail sur la fluidité des parcours</li> <li>• coordination et transversalité des prises en charges</li> <li>• accompagnement des aidants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• absence de liens directs entre les EHPAD et le domicile malgré 1/3 des sorties SSIAD</li> <li>• entrées en EHPAD peu préparées</li> <li>• travail avec les accueils de jours et hébergements temporaires à majorer (aide à l'aidant)</li> </ul>
<b>Partenariat réseau</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lois et textes incitent au décloisonnement et à la complémentarité (HPST, Schéma territorial)</li> <li>• territorialité de l'offre de service encouragée</li> <li>• ARS et CG travaillent de plus en plus ensemble (ex évaluation interne)</li> <li>• partenariats avec acteurs du domicile en place (CDAS, Pôle santé)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• arrivées importantes de nouveaux services d'aide sur le territoire : coopération à majorer, nouveaux liens à créer, neutralité à majorer</li> </ul>
<b>organisation</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• incitation à la mutualisation</li> <li>• orientation vers le soutien du maintien à domicile</li> <li>• préparation des sorties d'hôpitaux (PAERPA + HPST), désengorgements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HAD prend beaucoup de place dans les textes</li> <li>• ARS et appels à projets incitent à grosses structures (impossibilité des répondre aux besoins de la population si absence de mutualisation)</li> </ul>



GOVEN

Isabelle

Septembre 2014

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement  
ou de service d'intervention sociale**

**ETABLISSEMENT DE FORMATION : ASKORIA-RENNES**

**FAVORISER LE PARCOURS DE VIE DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES SUR  
LE TERRITOIRE, QUELQUE SOIT LEUR LIEU DE VIE, EN CREANT LES  
CONDITIONS DE LA CONTINUITE DE LEUR ACCOMPAGNEMENT**

***Résumé :***

Toutes les politiques publiques actuelles incitent au maintien à domicile des personnes âgées. Nous faisons pourtant un constat : il existe parfois des limites à ce maintien à domicile qui obligent à une entrée en institution. Ce changement de lieu de vie, non choisi est souvent traumatisant car insuffisamment préparé. Les personnes âgées et leurs aidants sont à accompagner dans la singularité de leur parcours quel que soit le lieu de vie. Pour cela, les acteurs du domicile et des EHPAD doivent mieux coordonner leur action. La création de liens entre les personnels et entre les structures est à encourager. De plus, les autorités de tarification prônent le regroupement des petites structures et le décloisonnement du secteur sanitaire et du secteur social. La situation particulière d'un SSIAD et d'un EHPAD trop petits, au sein d'un même territoire rural offre l'opportunité d'une meilleure articulation. La mutualisation de personnel et de certains moyens logistiques améliorera la continuité et donc la qualité des accompagnements. Elle permettra également par une augmentation de la taille de la structure de gagner en efficacité.

***Mots clés :***

Aidants, parcours, partenaires, lieu, liens, territoire, maintien à domicile

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*