

**Fédérer les offres des services à domicile, sur le pays
d'Ancenis, autour des personnes âgées, pour sécuriser leur
parcours, à partir d'un SSIAD.**

Laurence DUBOURG

2016

Remerciements

Je remercie Mme Armelle Moison, Directrice Générale de l'association soins et soutiens intercantonale Erdre et Loire (ASSIEL), qui a généreusement partagé avec moi toutes les informations qu'elle avait en sa possession, a répondu à mes questions, lu ce mémoire et m'a conseillée sur de nombreux aspects. Je remercie Annie Carel, Irène Giboire, Paule Moron, Christine Stewart et Julie Quesne qui ont lu mon travail et suggéré des corrections, toutes plus valides les unes que les autres.

Je remercie également les personnels des SSIAD, de l'ESA, du portage de repas et du lien social et soutien aux aidants pour leur temps, ainsi que les responsables du CLIC, de la MAIA et du Pôle PA-PH pour le temps qu'ils m'ont accordé.

Et enfin, les conseils de Mr Lherbiez, Mme Blanchard et Mr Géraud, IFORIS, Angers, m'ont beaucoup aidée dans la réalisation de ce travail.

Sommaire

Liste des sigles utilisés	1
Introduction	1
1. Le contexte	3
1.1. La personne âgée au sein de la société.....	3
1.2. L'économie vermeil.....	5
1.3. Les services du territoire d'Ancenis	6
1.3.1. Les services à domicile sur le territoire d'Ancenis.....	7
1.3.2. L'hôpital d'Ancenis et l'association soins et soutiens intercantonale Erdre et Loire	9
1.3.3. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et l'association soins et soutiens intercantonale Erdre et Loire	10
1.3.4. Le tissu associatif, les bénévoles	10
1.4. Le contexte juridique et réglementaire	11
1.5. L'Association Soins et Soutiens Intercantonale Erdre et Loire	12
1.5.1. L'Origine de l'association soins et soutiens intercantonale Erdre et Loire	12
1.5.2. Le projet de service de l'association de soins et soutiens inter-cantonal Erdre et Loire, 2015-2020	13
1.5.3. Le tableau de bord de l'agence nationale d'appui à la performance sur l'activité du SSIAD	24
2. L'identification des besoins des usagers et des enjeux organisationnels	31
2.1. Des services fédérés autour du parcours de l'utilisateur.....	32
2.2. L'âge et le parcours.....	32
2.3. Les entretiens avec les usagers, les aidants et les parties prenantes	33
2.3.1. La méthodologie.....	33
2.3.2. L'utilisateur informé, accompagné et serein face à sa fin de vie.....	34
2.3.3. Les impacts financiers sur l'utilisateur et les services	36
2.3.4. La veille sanitaire, sociale et psychologique des usagers	38
2.4. L'analyse stratégique.....	40
2.4.1. Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces.....	40
2.4.2. Le travail en réseau	42
2.5. Les enjeux.....	45
2.5.1. Les réponses aux besoins des usagers.....	45
2.5.2. Qualité et prévention, des enjeux pour les SAD.....	49
2.5.3. L'intelligence émotionnelle	53
2.5.4. L'accompagnement du changement.....	54

3. La construction du projet	59
3.1. Une mission, une vision et des valeurs.....	59
3.1.1. La vision	59
3.1.2. La mission.....	59
3.1.3. Les valeurs	60
3.2. La fédération des parties prenantes.....	60
3.2.1. Le comité de pilotage.....	61
3.2.2. Les alliés.....	63
3.2.3. Les résistances.....	64
3.2.4. Le rôle du médecin dans le réseau	65
3.2.5. La journée d'échange et de brainstorming collectif.....	66
3.2.6. La communication par un dossier médical partagé	68
3.3. Le plan d'action.....	69
3.3.1. Les jalons et les coûts du projet.....	69
3.3.2. Le plan d'action détaillé.....	70
3.3.3. La hiérarchisation des actions.....	76
3.3.4. Un diagramme de GANTT avec les grandes lignes du projet.....	77
3.3.5. Les indicateurs mesurant les avancées du projet.....	77
Conclusion	79
Bibliographie.....	81
Liste des annexes.....	I
Annexe 1 : Personnes âgées, données INSEE	I
Annexe 2 : Questionnaire des entretiens.....	I
Annexe 3 : Bilan financier moyen pour l'utilisateur	II
Annexe 4 : Model de changement Kotter.....	III
Annexe 5 : Model de changement BEER	IV
Annexe 6 : Calcul du GMP	IV
Annexe 7 : Trame de Plan DUERP.....	V
Annexe 8 : Écoles de management stratégique, Mintzberg	VI
Annexe 9 : Test de maîtrise de soi	VIII
Annexe 10 : Programme de la journée d'échange et de brainstorming collectif	IX

Liste des figures et tableaux

Figure 1 : Comparaison entre coûts SAD et EHPAD.....	37
Figure 2 : Organisation des invitations pour la journée de brainstorming collectif.....	66
Tableau 1 : Projection par âge, en France (site gouvernement.fr).....	3
Tableau 2 : Services à domicile principaux et leurs rôles.....	7
Tableau 3 : Répartition des activités principales HAD, en France.	10
Tableau 4 : Organigramme d'ASSIEL.....	12
Tableau 5 : Tableau des effectifs et résumé du GPEC 2016-2017.....	21
Tableau 6 : Chaîne de valeur – Services autour de l'utilisateur et l'aidant.	31
Tableau 7 : Entretiens réalisés pour ce projet.....	33
Tableau 8 : Phases du parcours de l'utilisateur.....	36
Tableau 9 : Coûts pour un utilisateur aux revenus <700€ / mois.....	37
Tableau 10 : Veille sanitaire, sociale et psychologique.....	39
Tableau 11 : Méthode de changement « KOTTER » avec aspects clés du projet.....	56
Tableau 12: Coordination des soins, services impliqués.....	60
Tableau 13 : Plan d'action détaillé 2016-2019.....	71

Liste des sigles utilisés

ADIL	Agence départementale pour l'information sur le logement
admr	Aide à Domicile en Milieu Rural (1976) ; maintenant Service à la Personne
AGGIR	Autonomie Gérontologie-Groupe Iso-Ressources
aicmd	Association Inter-cantonale de Maintien à Domicile
AFP	Association de Paralysés de France
AMD	Association de Maintien à Domicile
AMP	Aide Médico-Psychologique
anaes	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ANAH	Agence Nationale de l'Habitat
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANCV	Agence Nationale des Chèques Vacances
ANESM	Agence Nationale d'Évaluation de la qualité des Établissements et services Sociaux et Médico-Sociaux
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignant
ASG	Assistant de Soins en Gérontologie
ASSIEL	Association Soins et Soutiens Inter-Cantonale Erdre et Loire
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
BAC	Baccalauréat
BEPC	Brevet d'Études du Premier Cycle
CASF	Code de l'action Sociale et des Familles
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CD	Conseil Départemental (remplace le Conseil Général)
CDD	Contrat à Durée Déterminé
CDI	Contrat à Durée Indéterminée
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CNAMTS	Caisse Nationale Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNAV	Caisse Nationale Assurance Vieillesse
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COMPA	Communauté des Communes du Pays d'Ancenis
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM	Contrat Pluri-Annuel d'Objectifs et de Moyens
CREAI	Centre Régional de l'Enfance et Adolescence Inadaptée
CRES	Chambre Nationale de l'Économie Sociale
CROSMS	Commission Régionale et d'Organisation Sociale et Médico-Sociale
DUERP	Document Unique Évaluation des Risques et Prévention
DLA	Dispositif Local d'Accompagnement
DMP	Dossier Médical Partagé
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées
EMS	Établissement Médico-Social
ETP	Équivalent Temps Plein
ESA	Équipe Spécialisée Alzheimer
FEHAP	Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés non lucratifs
GCsMS	Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
GIR	Groupes Iso-Ressources
GMP	GIR Moyen Pondéré
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
HAD	Hôpital à Domicile
HPST	Hôpital Patient Santé et Territoire
IDE	Infirmière Diplômée d'État
IDEC	Infirmière Diplômée d'État Coordinatrice
IDEL	Infirmière Diplômée d'État Libérale
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IRM	Imagerie à Résonance Magnétique

MAIA	Maison pour L'Autonomie et l'Intégration des maladies Alzheimer
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
NAO	Négociations Annuelles Obligatoires
PASA	Pôle Activité et Soins Adaptés
PRIAC	Programme Interdépartemental de la perte d'Autonomie
PUI	Pharmacie à Usage Unique
Pôle PA-PH	Pôle Personnes Âgées et Personnes Handicapées
PRS	Plan régional de Santé
RH	Ressources Humaines
SAD	Services à Domicile
sap	Services à la Personne
SIVOM	Syndicat Intercommunal à VOcations Multiples
SPASAD	Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile
SSIAD	Services de soins Infirmiers à Domicile
T2A	Tarifcation à l'activité
UDSSIAD	Union Départementale des Services de soins Infirmiers à Domicile
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

Introduction

Ma formation au Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Établissement Social ou Médico-Social, a plusieurs motivations. La première est une reconversion du sanitaire vers le médico-social. Après avoir géré des blocs opératoires dans le sanitaire depuis 1996, le besoin de changer d'orientation professionnelle m'est apparu essentiel. L'expérience dans ces fonctions a consisté à accompagner les équipes pluridisciplinaires, gérer l'activité et résoudre les conflits. Ce qui a été très formateurs. La seconde motivation, après 20 ans de vie professionnelle en Australie, est de clarifier et mettre à jour mes connaissances du système français. Finalement, le développement des services à domicile et le libre choix des usagers de rester à domicile sont des aspects qui m'intéressent énormément. Je saurais y contribuer ayant acquis de l'expérience en Australie. En effet le retour et le maintien à domicile sont des aspects du système de santé dans lesquels les Australiens ont de l'avance sur nous.

Dans la première partie de ce mémoire, je décris le contexte attaché au territoire d'Ancenis et de Bonnoeuvre en Loire-Atlantique. Je présente la personne âgée, en usager des services à domicile, et qui n'est plus un fardeau sociétal. La personne âgée devient moteur d'une économie vermeil¹ et est créatrice d'emplois. Les services existants sur le territoire sont aussi décrits ainsi que l'association soins et soutiens intercantonale Erdre et Loire (ASSIEL). Je suis directrice à ASSIEL, sur le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD). ASSIEL s'est donné la mission de « *permettre à chacun de rester chez soi...* » et propose, en plus du SSIAD, un service de portage de repas, un service de lien social et soutien aux aidants, et une équipe spécialisée Alzheimer.

Le contexte inclut aussi une revue du projet d'établissement et du tableau de bord de l'agence nationale d'appui à la performance pour le SSIAD. En effet ce tableau de bord permet un parangonnage avec d'autres SSIAD.

En seconde partie, je présente un descriptif de la situation actuelle. Je présente aussi la problématique que ce projet veut gérer. Des entretiens avec des usagers et des partenaires sur le territoire sont une première appréciation des besoins insatisfaits. En effet, les entretiens me font appréhender les parcours de la personne en perte d'autonomie en 3 phases. La phase du début avec un logement pas adapté aux pertes d'autonomie, un usager mal informé sur les services existants, ou des informations contradictoires et une absence totale d'indication des coûts des services à domicile. À l'incompréhension des coûts, s'ajoute le manque d'explication sur les aides financières disponibles. En résumé, l'usager a un début de parcours difficile.

¹ L'Économie vermeil, traduction de l'anglais « silver economy » ou « économie argentée » ; économie concernant les personnes aux cheveux gris.

En phase 2, quand les services sont en place, la veille sanitaire, sociale et psychologique se fait si un service à domicile, en l'occurrence le SSIAD, est impliqué quotidiennement. C'est seulement dans ce cas-là que les accidents de la vie sont prévenus plus efficacement.

En phase 3, la fin de vie, 68 % des usagers sont hospitalisés, contre leur gré pour beaucoup. Cette phase est mal coordonnée et génère l'anxiété chez l'usager, l'aidant, le médecin traitant et le personnel du SSIAD. Une insatisfaction qui poursuit les aidants, bien après le décès de leur « aidé ».

En dernière partie, je propose un projet sur 3 ans avec une vision de travail en réseau, une mission et des valeurs. L'une d'elles étant que l'usager soit et reste toujours décisionnaire de son parcours. L'objectif du projet est de mieux accompagner les usagers. Je pose 4 jalons à la réalisation de ce projet : la création d'un comité de pilotage, l'organisation d'une journée d'échange et de brainstorming collectif, des évaluations communes auprès des usagers et un suivi financier.

Le comité de pilotage est un aspect essentiel, car c'est avec ce comité de pilotage que les parties prenantes seront fédérées. Parfois je m'appuie sur les supports hiérarchiques beaucoup mieux connectés politiquement que moi, parfois, j'implique mon encadrement pour des actions de terrain pertinentes sur le SSIAD que je dirige. À chaque fois, cependant, je suis à l'initiative des actions.

En conclusion, je crois à la faisabilité de ce projet en tant que maillon d'une chaîne de services à domicile (SAD). Développer le réseau et la logique de travailler en réseau est approprié et opportun. Les dernières avancées, telles que le dossier médical partagé et la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement² sont des opportunités à ne pas manquer. L'aspect prévention des accidents de la vie, en anticipant les besoins et en renforçant la veille sanitaire, psychologique et sociale des foyers de personnes âgées, est intégré dans ce travail.

² Loi ASV : Adaptation de la société au vieillissement. (MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE 2015).

1. Le contexte

Le contexte autour de ce projet concerne les personnes âgées qui choisissent de rester à domicile, malgré une perte d'autonomie, la solitude, la peur de tomber, la peur de mourir et l'incapacité à survivre sans aide. Le contexte concerne aussi les services à domicile (SAD), la description de leurs prestations et la raison pour laquelle, en 2016, leurs multiples développements les rendent incontournables.

1.1. La personne âgée au sein de la société

L'espérance de vie a augmenté en un siècle. Elle est passée de 47 ans, en 1900, à 80 ans en 2016³. L'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), en supposant un maintien des tendances démographiques actuelles, émet le postulat que la France métropolitaine compterait 70 millions d'habitants, en 2050. Ce serait 9,3 millions de plus qu'en 2005. En outre, en 2050, un habitant sur trois serait âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005. La part des jeunes diminuerait, ainsi que celle des personnes d'âge actif. En 2050, 69 habitants sur 100 seraient âgés de 60 ans, soit deux fois plus qu'en 2005.

Alors que ces hypothèses sont basées sur une courbe statistique, l'INSEE confirme que, quel que soit le scénario statistique choisi, aucun scénario ne remet en cause l'inéluctabilité du vieillissement de la population. Les données publiées, par région, INSEE 2013, montrent le vieillissement des populations des pays de la Loire avec une moyenne des plus de 75 ans légèrement supérieure au reste de la France (+0.4 %) ⁴. Le tableau ci-dessous résume les statistiques gouvernementales publiées en 2016, celles-ci abondent dans le sens de l'INSEE.

Tableau 1 : Projection par âge, en France (site gouvernement.fr)

	Aujourd'hui	2030	2050	2060
+ de 60 ans	15 millions	20 millions		24 millions
+ 75 ans	5,7 millions			12 millions
+ 85 ans	1,4 million		4,8 millions	

L'augmentation du nombre des personnes âgées impose des changements sociétaux. Ce sont notamment les objectifs de la loi *adaptation de la société au vieillissement (ASV)*⁵. Cette loi ASV, promulguée le 28/12/2015, a été publiée au journal officiel du 29/12/2015 et est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016⁶. Cette loi a la vertu de

³ (INSTITUT NATIONAL STATISTIQUE ET ETUDES ECO 2006)

⁴ Voir annexe 1 : Personnes âgées, données INSEE.

⁵ Loi ASV : Adaptation de la société au vieillissement. (MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE 2015).

⁶ (TOURAINÉ et BOISTARD 2016)

changer la situation « fardeau » de la personne âgée en un secteur d'activité porteur et créateur d'emploi : l'économie vermeil⁷. La loi 2015-1776 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) propose des stratégies concrètes telles que la revalorisation de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et l'adaptation des logements à la perte d'autonomie. Pour l'aménagement du logement, l'agence nationale de l'habitat (ANAH)⁸ accorde des aides financières aux usagers ayant des revenus modestes. Dans ce même but, l'usager peut contacter sa caisse de retraite et peut aussi solliciter la caisse nationale assurance vieillesse (CNAV). Les collectivités locales, notamment le département de Loire-Atlantique, allouent des aides via l'agence départementale pour l'information sur le logement (ADIL) qui assure une permanence mensuelle sur Ancenis. Des microcrédits et des crédits d'impôts sont aussi mis en place pour aider les personnes âgées à adapter leur logement au vieillissement.

Avec la loi ASV, des *résidences à l'autonomie*, anciennement foyers-logements, seront créées avec un accès à la restauration et la blanchisserie. La loi impose trois objectifs stratégiques: la prévention, l'augmentation de l'autonomie et le renforcement des droits et libertés de choix des personnes âgées. C'est à cet effet que j'ai réfléchi sur le terme utilisé pour décrire la personne âgée, utilisatrice d'un service à domicile. Pour moi, cette personne âgée est une cliente du service dans le contexte où le client est défini par le Larousse : « *personne qui reçoit d'une entreprise, contre paiement, des fournitures commerciales ou des services ...* ». Cependant, les services concernés par ce projet attribuent un nom différent à la personne âgée selon le service rendu. Les infirmières diplômées d'état libérales (IDEL) et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) voient la personne âgée comme un patient. Les services à la personne (SAP)⁹, le centre local d'information et de coordination (CLIC)¹⁰ et la maison pour l'autonomie et l'intégration des maladies Alzheimer (MAIA) lui donnent le nom d'usager. Le conseil départemental, plus spécifiquement le pôle personnes âgées et personnes handicapées (pôle PA-PH), qui attribue l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), voit la personne âgée comme un bénéficiaire. Si l'existence de la relation économique me fait favoriser le terme « client », je suis aussi consciente, que ce terme irrite dans le secteur médico-social où la relation commerciale n'est pas acceptée volontiers. En conséquence, soucieuse de fédérer plutôt que de polémiquer, je choisis d'utiliser le terme « usager ». Le dictionnaire Larousse décrit l'usager comme une « *personne qui a recours à un service, en particulier à un service*

⁷ Rapport de la commission européenne sur la « silver economy », terme repris dans la loi ASV 2015-1776.

⁸ ANAH aide avec des projets logements tels que mieux chauffer, rénover, anticiper mieux vieillir chez soi, adapter le logement au handicap et rénover les parties en co-propriété. Des critères de revenus moyens sont définis (AGENCE NATIONALE DE L'HABITAT 2016).

⁹ Les services à la personne (SAP) concernent les travaux ménagers, l'aide aux repas, l'aide aux courses et au transport.

¹⁰ CLIC, Centre Local d'information et de coordination, rôle d'information et de coordination autour de l'usager et de l'aidant

public, ou qui emprunte le domaine public »¹¹. L'utilisateur des services à domicile participe activement à l'économie vermeil.

1.2. L'économie vermeil

L'économie vermeil est générée par les activités des personnes aux cheveux gris, argentés ou vermeil. Pour les personnes âgées de 65 ans, ce sont des activités de loisir et quand la perte d'autonomie commence, ce sont des activités des services dont ils ont besoin. L'économie vermeil a fait l'objet d'un rapport de la commission européenne. Il définit les personnes âgées en trois groupes : actives, fragiles et dépendantes¹² et révèle les opportunités économiques portées par chacun des groupes¹³. L'économie vermeil serait, en 2016, d'après Merrill Lynch¹⁴, équivalente à 7 billions¹⁵ de dollars américains par an, ce qui en fait la troisième plus large économie au monde, après les États-Unis¹⁶ et la Chine¹⁷. Elle sera à près de 15 billions de dollars américains en 2020. La France, 9^{ème} économie mondiale, est à 2 billions de dollars américains par an.

En France, l'économie vermeil¹⁸, entrainerait la création de 300 000 emplois médico-sociaux, le développement d'appareillages domotiques¹⁹ et la création de robotiques pour compenser les pertes d'autonomie. Le rapport 2013 « *la silver économie, une opportunité de croissance pour la France* » rédigé par le commissariat général à la stratégie et la prospective, à l'intention du Premier ministre, avance six propositions :

1. L'économie vermeil prend maintenant son essor, dans un premier temps, avec les personnes âgées plus aisées, qui financent les développements, puis une fois ces développements réalisés, les outils peuvent être produits en « masse » et devenir moins onéreux.
2. Mettre en place, d'une manière rationalisée, des bouquets de services domotiques et robotiques abordables pour ceux qui ont peu de moyens.
3. Réformer le viager pour lui donner de l'essor. Il s'agirait de créer un fond mutualisé de viagers qui permettrait un investissement pour l'acheteur et offrirait une rente au propriétaire tout en garantissant l'anonymat.

¹¹ (LAROUSSE 2016)

¹² (EUROPEEN COMMISSION 2015) page 3.

¹³ Oxford Economics operationally defined the Silver Economy as 'the sum of all economic activity serving the needs of those aged 50 and over including both the products and services they purchase directly and the further economic activity this spending generates'.

¹⁴ (EUROPEEN COMMISSION 2015), page 7

¹⁵ 7 trillions dans le texte anglais ; en français = 7 billions = 7000 milliards.

¹⁶ 14 billions de dollars américains

¹⁷ 10 billions de dollars américains

¹⁸ Ou « silver economy ». (BERNARD, HALLAL et NICOLAÏ Décembre 2013).

¹⁹ Appareillage de sécurité dans la maison, portes automatiques, télésurveillance, alarmes diverses, contrôles de la consommation énergétique et des appareils domestiques.

4. Encourager les banques à la création de produits financiers dits « économie vermeil ».
5. Donner du support à la recherche et au développement de la domotique et la robotique au service des personnes âgées ou en perte d'autonomie.
6. Encourager le développement national et international de lieux de vie équipés de domotique et de robotique dès la construction. Construire les nouveaux logements avec des considérations robotiques et domotiques.

En effet, rénover et adapter les logements des personnes âgées à leur perte d'autonomie, est la norme aujourd'hui. Compte tenu du caractère inévitable du vieillissement, l'idée est d'équiper les logements beaucoup plus tôt dans la vie de la personne, voire construire des maisons et des immeubles en intégrant ces développements dès la construction. De ce fait, les personnes âgées se familiariseraient avec le fonctionnement de ces appareillages bien avant qu'ils ne deviennent indispensables. La loi ASV, qui reprend l'économie vermeil comme une opportunité économique créatrice d'emplois, est une orientation stratégique qui va dans le sens des personnes âgées désireuses de rester à domicile. C'est une opportunité pour les services à domicile (SAD) en général.

1.3. Les services du territoire d'Ancenis

Dans son rapport sur la Bourgogne, publié par la fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP), Sophie Roch²⁰ structure les services à domicile (SAD) en service infirmier diplômé d'état libéral (IDEL), service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)²¹, et service à la personne (SAP)²². Ces SAD sont des parties prenantes dans le parcours de soins des personnes âgées. Ils interviennent seuls ou en complément les uns des autres selon les besoins. Le travail en partenariat devient incontournable. Le tableau, page suivante, résume les d'activités entreprises par ces trois principaux²³ SAD.

²⁰ (ROCH 2014) Page 3, FEHAP, Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne.

²¹ Services de soins à Domicile (services prodigués par des aides -soignantes et renforcés par l'achat de soins IDE)

²² Services à la personne (services prodigués par des agents, impliqués dans le ménage, des soins d'hygiène basiques, accompagnant l'usager faire des activités.

²³ Principaux, car ils sont utilisés par pratiquement tous les usagers du SSIAD.

Tableau 2 : Services à domicile principaux et leurs rôles

PRINCIPAUX SERVICES A DOMICILE (SAD)		
SERVICE A LA PERSONNE (SAP)	INFIRMIER DIPLOMÉ D'ÉTATS LIBÉRAUX (IDEL)	SERVICE DE SOIN INFIRMIER A DOMICILE (SSIAD)
Ménage Hygiène simple Cuisine Courses Transport	Piluliers Pansements complexes Douche hebdomadaire Soins spécialisés : diabète, cardio, eschares, gestion de la douleur, injections médicamenteuses, suivi clinique : poids, tension artérielle, symptômes divers.	Achats soins IDEL Et soins aides-soignantes (AS), aides médico-psychologiques (AMP) et assistants de soins gériatologiques (ASG) : Soins d'hygiène Levés - couchés Accompagnements divers vers une meilleure autonomie ou si perte d'autonomie Veille journalière sanitaire, sociale et psychologique. Coordination clinique par les infirmiers diplômés d'état coordinateurs (IDEC) ²⁴ . Ils résolvent les problèmes mis à jour par les aides-soignants.

D'autres SAD s'ajoutent, selon les besoins, mais ils sont moins fréquents : kinésithérapie, ergothérapie, soins palliatifs et hôpital à domicile.

Sur la région, les autres partenaires sont le centre local d'information et de coordination (CLIC)²⁵, le pôle Personnes âgées – personnes handicapées, (pôle PA-PH)²⁶, la maison pour l'autonomie et l'intégration des maladies Alzheimer (MAIA)²⁷, l'hospitalisation à domicile (HAD)²⁸, l'hôpital et tous les médecins, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers. La communication entre les partenaires est une priorité pour établir un réseau coordonné, des services interconnectés et des usagers bien accompagnés. Cette interconnexion, visant à communiquer et travailler ensemble, est un des objectifs d'ASSIEL depuis sa création. Le travail en réseau est un objectif stratégique porté avec détermination par le conseil d'administration et la directrice générale. Le projet, que je présente ici, consiste à renforcer certains aspects de ces partenariats.

1.3.1. Les services à domicile sur le territoire d'Ancenis

Dans son rapport, Sophie Roch²⁹ identifiait une forte augmentation de l'utilisation des SAD sur le plan national. De plus, elle comparait les régions et les dotations de

²⁴ IDEC = Infirmier D.E. Coordinateur dont le rôle est d'accompagner les équipes aides-soignantes, de mettre en place le matériel et les aides à la mobilité diverses et de chercher de l'aide auprès du SAP, IDEL, médecins ou autres professionnels à l'extérieur du SSIAD

²⁵ Impliqué dans l'information aux personnes âgées sur les services et les aides disponibles sur le territoire.

²⁶ Pôle PA-PH = Conseil départemental, Pôle personnes âgées et personnes handicapées attribut l'aide à l'autonomie – APA.

²⁷ MAIA = Maison pour L'Autonomie et l'Intégration des maladies Alzheimer, a un rôle de coordination territoriale et gestionnaire de cas complexe et pluridisciplinaire.

²⁸ HAD, hospitalisation à domicile. Ce service est géré par l'hôpital.

²⁹ (ROCH 2014) page 3,

ressources SAD par région et selon elle, les Pays de la Loire auraient des dotations moyennes, ce qui implique peu de marge de progression dans l'attribution de ressources supplémentaires. S. Roch a aussi étudié les relations entre les SAD et indique que si ces services travaillent en lien, ils sont aussi souvent en compétition pour les ressources³⁰. Elle ajoute qu'ils travaillent souvent en silo et que travailler en silo ne favorise pas le partage d'expériences, la confiance, la qualité et la complémentarité des soins. Elle conclut en insistant sur le besoin de renforcer et de rendre visible la complémentarité des SAD pour améliorer l'accessibilité³¹ et la compréhension des usagers. Cette accessibilité exige proximité, coordination, rapprochement entre les différentes catégories de services, confiance, valeurs partagées et connaissance des fonctions des uns et des autres. Les obstacles juridiques ou financiers, s'ils existent, doivent être résolus. Par exemple, il y a des barrières à la mise à disposition des aides-soignants entre le SSIAD et l'HAD. En effet 3 obstacles existent : le droit du travail, le financement et la fiscalité. Le droit du travail rend la mise à disposition de personnel du SSIAD et de l'HAD impossible. Les objectifs nationaux des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)³² sont incompatibles entre les services sanitaires et médico-sociaux. Finalement, la mise à disposition de personnel peut être considérée comme de l'intérim donc soumise à certaines taxes. Souvent les échanges de personnels se heurtent à des conventions différentes, donc, des salaires différents. Pourtant, des aides-soignants du SSIAD qui continueraient à prendre soin d'un usager sous l'égide HAD, assureraient la continuité des soins, pour la satisfaction de l'usager. Les régulateurs et les financeurs doivent faciliter les échanges de personnels³³ entre les SSIAD et l'HAD.

Les SAD doivent travailler en partenariats avec les médecins traitants, les médecins spécialistes, les agents de portage de repas, les services d'animation divers des mairies, les infirmiers diplômés d'état libéraux, les kinésithérapeutes, les orthoptistes, les orthophonistes, les audioprothésistes, les consultations mémoires, les équipes spécialisées Alzheimer (ESA), les centres médicaux sociaux, les CLIC et les MAIA pour nommer les plus courants.

Les partenariats entre ces services sont généralement établis, souvent étayés par une convention. Le partenaire le plus important, l'hôpital, est probablement celui qui demande à être développé.

³⁰ (ROCH 2014) page 21.

³¹ (ROCH 2014) page 4.

³² L'objectif national de dépense d'assurance maladie (ODAM) ne constitue pas un budget, mais est un indicateur de maîtrise des dépenses de santé. Il est voté en parlement chaque année.

³³ (ROCH 2014) page 21.

1.3.2. L'hôpital d'Ancenis et l'association soins et soutiens intercantonale Erdre et Loire

L'hôpital d'Ancenis est un acteur important. Non seulement il accepte les urgences après des chutes ou des accidents vasculaires cérébraux (AVC), mais il offre des services complémentaires. Les services hospitaliers sur lesquels s'appuie le SSIAD incluent les consultations de gérontologie, de l'équipe mémoire, cardiologie, diabétologie, dermatologie et médecine générale. Quand le besoin est identifié, l'hôpital de jour, le service courts séjours, les services de rééducation, l'HAD, les soins palliatifs à domicile sont des services hospitaliers proposés aux usagers des SAD. En échange, l'hôpital a besoin des SAD, après un séjour à l'hôpital, pour aider avec le retour à domicile. En effet, le système de financement des hôpitaux, avec la tarification à l'activité (T2A), exige des efficacités. Le financement d'une activité liée à un diagnostic demande une prise en charge rapide, une thérapeutique efficace et, finalement une sortie dès que possible. À chaque diagnostic correspond une durée de séjour prédéfinie. Si le séjour est inférieur à la norme, l'hôpital est avantagé financièrement, si le séjour est plus long que la norme, l'hôpital est désavantagé. En effet, les jours au-delà de la durée moyenne ne sont pas financés. Un partenariat solide avec l'hôpital demande que l'hôpital prenne en charge les usagers du SSIAD qui en ont besoin et que le SSIAD prenne en charge les usagers qui sortent de l'hôpital sans délai. L'importance de ce partenariat est quantifiée dans les données d'utilisation du tableau de bord de l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP)³⁴. En effet, 39 % des entrées au SSIAD viennent de l'hôpital et 68 % des sorties du SSIAD vont à l'hôpital. J'ignore, à ce jour, si quelques-unes des sorties pourraient être évitées en renforçant le partenariat entre l'HAD et le SSIAD. C'est cependant une hypothèse à vérifier, car si l'on compare par exemple aux EHPAD, ce pourcentage de sortie, vers l'hôpital, est très élevé.

En Pays de la Loire l'HAD, 2014, est un secteur de soins infirmiers lourds qui représente 11,6 %³⁵ de l'activité hospitalière totale contre 6,8 %³⁶ en moyenne au niveau national. En France, selon le rapport de l'agence régionale de santé (ARS), 2014, les principales activités HAD sont les soins palliatifs, les pansements complexes, la nutrition entérale et les soins infirmiers lourds. Le tableau, page suivante, décrit la répartition de ces activités en Pays de la Loire.

³⁴ Voir le chapitre intitulé « Le tableau de bord de l'agence nationale d'appui à la performance », p. 24

³⁵ (AGENCE REGIONALE DE SANTE, L'Hospitalisation à Domicile en Pays de la Loire 2014), p. 8.

³⁶ Ibid.

Tableau 3 : Répartition des activités principales HAD, en France.

Services	% Utilisation
Soins palliatifs	27,6 %
Pansements complexes	21,8 %
Nutrition entérale	7,2 %
Soins Infirmiers Lourds	6,8 %

L'hôpital est de plus en plus appelé à aider l'utilisateur quand sa vulnérabilité, sa fragilité, le nombre de polyopathologies augmentent. Les allers-retours, entre l'hôpital et le domicile, même avec le support du SSIAD, deviennent de plus en plus fréquents et critiques. À ce moment-là, une question se pose sur l'entrée, de l'utilisateur, en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD).

1.3.3. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et l'association soins et soutiens intercantonale Erdre et Loire

Les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) s'ajoutent, en parties prenantes, du parcours de la personne âgée. De plus, l'importance de l'accueil temporaire, que ce soit en EHPAD ou dans des accueils dédiés, avec la loi, 2015-1776, ASV, est valorisée pleinement car il donne le droit de répit aux aidants. Sur le territoire d'Ancenis, il y a 704 places d'EHPAD, réparties sur 10 établissements. De plus, il existe 57 places de foyers-logements réparties sur deux sites et un accueil temporaire³⁷. À ASSIEL, 24 % des usagers quittent le SSIAD pour aller en EHPAD (19 %) et en hébergement adapté (5 %). De plus, les EHPAD offrent souvent des possibilités de rééducation, comme des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA). Les PASA ont un rôle éducatif et proposent des activités sociales et thérapeutiques, pour améliorer les capacités fonctionnelles, les fonctions cognitives, sensorielles et offrent de la relaxation. Ils sont souvent sous-utilisés et pourraient accepter, en accueil de jour, les usagers des SSIAD. Ces usagers se familiariseraient avec l'EHPAD, ce qui les aiderait à faire une transition graduelle entre le domicile et l'EHPAD.

Après les SAD, l'hôpital et les EHPAD, d'autres services, plus humbles, mais néanmoins utiles, existent, les services associatifs.

1.3.4. Le tissu associatif, les bénévoles

Un annuaire associatif existe sur le site de la mairie d'Ancenis, pour le territoire, mais il est difficile de retrouver les associations avec une description précise des services. Rechercher une association sur les *pages jaunes*® est encore préférable. Il faut rechercher les associations avec les intitulés tels qu'associations caritatives, associations culturelles et associations sportives.

³⁷ (MOISON 2009)

Le tissu associatif est important sur le secteur d'Ancenis. ASSIEL les sollicite peu et c'est bien dommage. Je pense que certaines missions, au service des usagers en perte d'autonomie, pourraient attirer leur support. Par tissu associatif, je vois la Croix-Rouge Française, les Restaurants du Cœur, l'association Secours Catholique-Caritas, l'association Emmaüs France, ainsi que les associations sportives et culturelles, les pompiers, les universités, collèges techniques et généraux. De plus, les clubs tels que les Lions Club, le Rotary, pourraient être intéressés par des projets en partenariat avec le lien social et soutien aux aidants. Ces stratégies ne sont pas incluses dans le projet de services 2015-2020. J'inclus cette alternative dans le projet actuel.

1.4. Le contexte juridique et règlementaire

À l'association soins et soutiens intercantonale Erdre et Loire (ASSIEL), nous respectons la loi 2002-02 relative à la rénovation de l'action sociale et médico-sociale, article 12. Un projet d'établissement définit les objectifs des services notamment en matière de coordination et de coopération. Une évaluation interne a été conduite, 2015, et une évaluation externe est programmée, 2017. De plus, de nombreuses conventions ont été mises en place entre les SAP, les IDEL et l'Hôpital conformément à l'article 21. À ASSIEL les droits des usagers sont respectés et ils consentent à tout service proposé, respectant ainsi pleinement la loi 2002-303, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. De plus, les outils, exigés par la loi 2002-2, dont le livret d'accueil, le plan personnalisé de soins, le projet de vie, le conseil de vie sociale élu, sont en place et continuellement évalués. Une enquête de satisfaction des usagers du SSIAD montre un haut niveau de satisfaction des usagers (96 %). La loi HPST, 2009-879, relative à la réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et au territoire, dont les objectifs sont, de contribuer à réduire les inégalités territoriales, assurer un meilleur accès aux soins, une organisation des parcours de soins en fonction des usagers et assurer une meilleure efficacité des dépenses de santé concerne ASSIEL. En effet, cette loi est en support d'une continuité des soins entre le sanitaire et le médico-social.

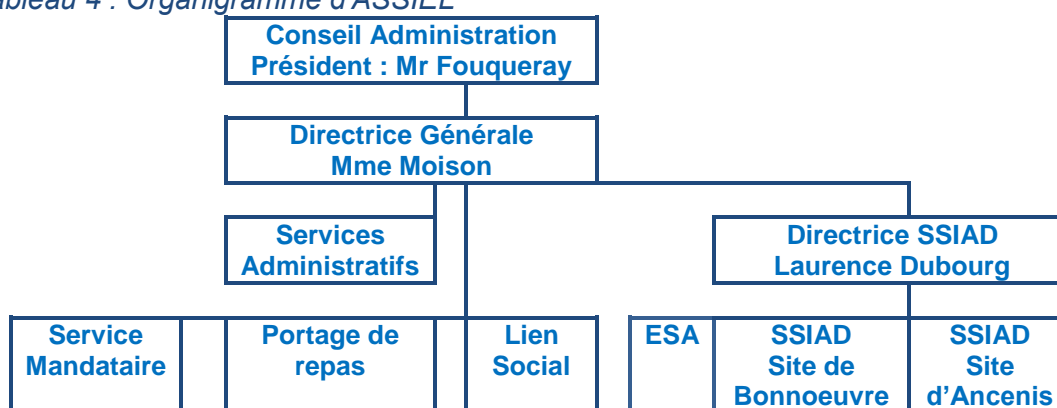
Les objectifs du *Plan Régional de Santé (PRS)*³⁸ prônent une évolution de l'offre d'accompagnement des personnes âgées, en lien avec le conseil départemental. Ce dernier, pour permettre à l'usager de rester chez lui, offre des services de proximité, des subventions et co-finance la téléassistance pour un support en cas d'urgence. En 2017, une révision du plan de gérontologie est prévue pour en redéfinir les grandes lignes. Je compte envoyer un courrier pour solliciter des renforts sur la coordination, des SAD, au niveau local.

³⁸ (AGENCE REGIONALE DE SANTE, Projet Régional de Santé des Pays de la Loire 2012-2016 2012)

1.5. L'Association Soins et Soutiens Intercantonale Erdre et Loire

L'association soins et soutiens intercantonale Erdre et Loire (ASSIEL), association à but non lucratif de statut loi 1901, est un SAD composé d'un SSIAD, d'un service de portage de repas, d'un service de lien social et soutien aux aidants et d'une équipe spécialisée Alzheimer (ESA). Un service mandataire existe avec un projet de transformation à long terme. Le SSIAD a 100 places réparties sur deux sites et dédiées aux personnes âgées voulant rester à domicile. Il couvre un territoire de 30 000 habitants : Bonnoeuvre 13 620³⁹ et Ancenis 17 000 habitants⁴⁰. Ce dernier service bénéficie de la plus-value que sont les autres services ASSIEL.

Tableau 4 : Organigramme d'ASSIEL



1.5.1. L'Origine de l'association soins et soutiens intercantonale Erdre et Loire

ASSIEL est issue de la mutualisation de deux associations réunies par un projet de coopération sociale et médico-sociale en 2013⁴¹. L'association intercantonale de maintien à domicile (AICMD) avait été créée en 1986 à Ancenis et comprenait un SSIAD de 60 places, un service de lien social et soutien aux aidants et un service de portage de repas. L'autre association, Association de Maintien à Domicile (AMD), SSIAD de Bonnoeuvre, créé en 2001, comprenait 40 places.

Dans un premier temps, les deux SSIAD ont partagé le service de lien social et soutien aux aidants et le portage de repas. Établir ce lien entre les deux établissements a permis aux directrices de construire un plan de mutualisation après avoir échangé sur les valeurs. Les valeurs communes telles que proximité de réponse aux besoins des usagers, usager au centre du dispositif, coordination du sanitaire, du social, du médico-social et adhésion à la même logique de parcours les caractérisent. Les conseils d'administration

³⁹ (INSTITUT NATIONAL DE STATISTIQUES 2008)

⁴⁰ (INSTITUT NATIONAL DE STATISTIQUES 2008)

⁴¹ (MOISON 2009)

respectifs ont entériné ce projet de mutualisation et décidé d'unir leurs associations avec un groupement de coopération sociale et médico-sociale. Le conseil d'administration a aussi pris en charge la politique liée à cette mutualisation, notamment avec les mairies. En effet, les élus locaux craignaient une diminution de la qualité des services, donc d'encourir des reproches de leurs électeurs. Le projet devait donc maintenir la qualité liée au service de proximité, d'où la conservation des 2 sites. Si à l'origine l'idée était de mutualiser tous les moyens tels que services administratifs, le lien social et soutien aux aidants, le portage de repas et le personnel, nous nous sommes heurté à l'opposition de ces derniers. La mutualisation des moyens s'est donc arrêtée aux services administratifs, portage de repas et lien social et soutien aux aidants, les espaces et l'équipement. En 2016, il en résulte une gestion à meilleurs coûts, qualité et sécurité pour les usagers. Les indicateurs de qualité ANAP⁴², l'évaluation interne et externe, les formations, les activités ressources humaines (RH) telle que la *gestion prévisionnelle des emplois et des compétences* (GPEC) et le *document unique d'évaluation des risques et de prévention* (DUERP), ont aussi permis une optimisation entre les 2 sites. Par contre, le personnel refuse d'effectuer des remplacements, d'un site à l'autre, ce qui impose deux services de pool.

1.5.2. Le projet de service de l'association de soins et soutiens inter-cantonal Erdre et Loire, 2015-2020

Le projet de service a été réalisé, en 2015⁴³. Sa construction a duré six mois, a impliqué le conseil d'administration, l'encadrement et les employés au travers de groupes de travail. La directrice générale a coordonné ce travail important. Finalement, elle l'a résumé en un document disponible dans tous les services. J'ai pu vérifier auprès des employés qu'ils connaissent et utilisent ce document dans leur vie professionnelle. Je l'utilise moi-même dans la construction de ce projet. Les groupes de travail ont été organisés autour des thématiques inhérentes à ASSIEL. Les outils tels que le livret d'accueil, les fiches d'évènements indésirables ont été revus. Un souci d'amélioration continue est le fil conducteur du document structuré en quatre parties. La première partie décrit les services, le portage de repas, le SSIAD, l'ESA et le lien social et soutien aux aidants. Le document ne s'étend pas sur le service mandataire, car l'objectif stratégique d'ASSIEL est de le transformer à long terme. Une réflexion sur ce service est planifiée pour le début de 2017. La seconde partie rapporte les résultats des enquêtes de satisfaction qui sont très encourageants. La troisième partie identifie les objectifs opérationnels à court, moyen et long terme. Enfin, la quatrième partie concerne l'évaluation interne et annonce l'évaluation externe au début de l'année 2017.

⁴² (MOISON 2009)

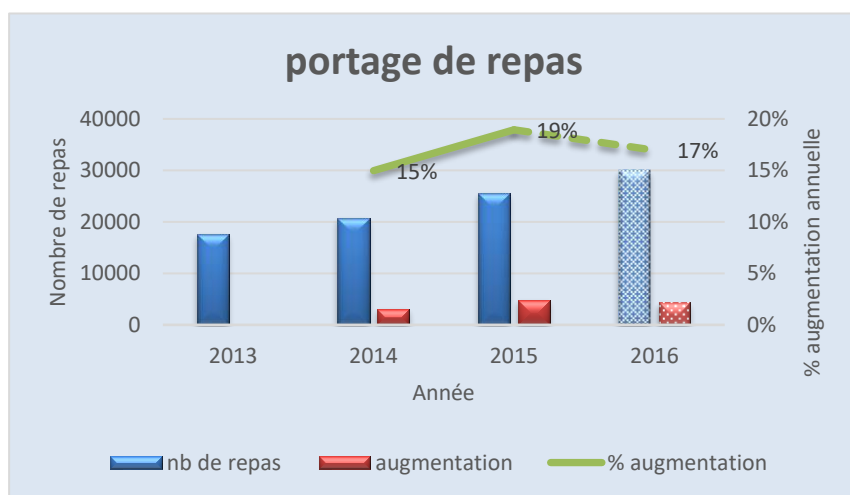
⁴³ Idem

Je vais résumer ce projet de service ASSIEL en décrivant l'activité du portage de repas, du SSIAD, de l'ESA et du lien social et soutien aux aidants.

a) PORTAGE DE REPAS

Le service de portage de repas offre des repas deux fois par jour, 7 jours sur 7. Les livraisons sont effectuées 3 fois par semaine. Lors des livraisons, la nouvelle nourriture est mise au réfrigérateur et la consommation des repas précédents est vérifiée. Ceci permet une vigilance nutritionnelle. Si les repas précédents ne sont pas consommés, une discussion se fait avec l'utilisateur, pour savoir pourquoi, et des suggestions d'amélioration sont mises en place et peuvent concerner le goût, la quantité, la texture des aliments, l'assaisonnement et les choix d'aliments. Tout est axé sur la personnalisation du service.

Le service de portage de repas est en augmentation constante. Le diagramme ci-dessous montre la courbe du nombre de repas annuels avec une projection d'activité pour 2016 (au prorata de l'activité au 30/06/2016).



En 2015, un poste à temps partiel a été ajouté pour assurer les surplus de livraisons. Pour 2016, je fais l'estimation que nous pouvons anticiper une augmentation moyenne de 17 %. Les

augmentations annuelles nécessitent des revues annuelles des effectifs, de l'organisation et du contrat avec le prestataire fournissant les repas.

J'ai accompagné un agent de service sur les livraisons du vendredi. Cela m'a permis d'évaluer la charge de travail, l'organisation, l'ergonomie et la sécurité du personnel. La charge de travail du vendredi est conséquente et l'organisation est optimisée sans marge de manœuvre. Il ne sera pas possible d'absorber une éventuelle augmentation de repas. D'un point de vue ergonomique : l'entrée, la sortie et la manipulation des chariots, sur lesquels l'agent dépose les plateaux, sont à améliorer. Un des objectifs du projet de service ASSIEL est de missionner l'ergothérapeute pour trouver des solutions ergonomiques afin de prévenir les risques d'accidents musculo-squelettiques inhérents à cette activité. La rampe de chargement des chariots est très inégale, ce qui ajoute à la problématique. L'amélioration de cette rampe est de la responsabilité du fournisseur de repas.

Pendant la tournée, les risques psycho-sociaux, rencontrés ce jour-là, étaient liés aux chiens qui semblaient agressifs. L'agent a confirmé que ceci se répétait souvent et

qu'une procédure était en cours de réalisation. Nous avons inclus cet aspect dans le DUERP et changeons les termes des contrats d'usagers, de façon à améliorer la sécurité en exigeant que le chien dangereux soit retenu dans la maison pendant la livraison. Il est à noter que tous les SAD sont confrontés aux chiens dangereux.

Le portage de repas est un service très important pour ASSIEL, en effet, il génère un profit qui permet de financer, partiellement, l'animateur à mi-temps du lien social et soutien aux aidants. La qualité de ce service est continuellement évaluée et les retours montrent une satisfaction des usagers. En effet, une fois qu'ils ont testé les repas, les usagers deviennent fidèles. La qualité de la prestation est renforcée par l'implication d'une diététicienne qui définit les parts, les menus et tient compte des besoins de chaque usager. Des régimes sans sel et diabétiques sont disponibles ainsi que des repas mixés pour ceux qui ne peuvent pas mâcher. Les goûts des usagers sont pris en compte et les repas changés en fonction des desideratas. Les services vétérinaires ont évalué l'organisation de ce service, la chaîne du froid et la protection des barquettes pendant le transport. Ils ont validé toute l'organisation. Le camion est réfrigéré et les repas sont livrés dans le réfrigérateur de l'utilisateur. Lors de la livraison, si les repas livrés précédemment n'ont pas été consommés, l'IDEC est prévenue. Elle organise alors un suivi du poids de l'utilisateur auprès des aides-soignantes, d'un IDEL ou du médecin traitant selon la vulnérabilité de l'utilisateur. Cette vigilance nutritionnelle est importante pour la sécurité des usagers.

b) LE SERVICE LIEN SOCIAL ET SOUTIEN AUX AIDANTS

Le lien social et soutien aux aidants a pour objectifs de créer, comme son nom l'indique, du lien social et du soutien aux aidants. À cet effet, des activités sont organisées autour de l'utilisateur, avec les aidants. Le rapport d'activité 2015, du service lien social et soutien aux aidants, indique les objectifs du service⁴⁴ qui sont de :

1. Resocialiser les personnes présentant une dépendance en rompant leur isolement ; en leur permettant de retrouver un sentiment d'utilité et un sentiment d'appartenance.
2. Favoriser l'autonomie de la personne soignée en maintenant une activité physique et psychique avec des activités intellectuelles ; en les rendant acteurs des activités plutôt que receveurs passifs ; en soulageant les aidants naturels⁴⁵.

⁴⁴ (ANIMATRICE ASSIEL 2015), page 3

⁴⁵ En leur permettant de bénéficier d'apprentissages en vue de retarder l'épuisement, d'accéder à un temps de répit et de se ressourcer, de consacrer « le possible » de la vie sociale et familiale, de maintenir le lien social avec leurs amis, d'échanger avec d'autres aidants

3. Faire de la prévention et apporter un soutien psychologique aux personnes et à leur entourage direct en impliquant les services territoriaux (personnels d'ASSIEL, CLIC, MAIA, pompiers, Croix-Rouge).
4. Permettre aux professionnels de mieux appréhender la dimension relationnelle de leur métier et leur rôle d'accompagnateur.

Dans le bilan d'activité 2015, l'animatrice identifie la participation de 493 usagers et aidants, soit 88 familles. Sur 46 semaines les activités proposées ont inclus : 2 pique-niques, un séjour de répit de 5 jours à Noirmoutier, 48 activités individuelles en extérieur, 12 activités individuelles au domicile, 19 activités collectives en extérieur, 2 activités collectives en voyage et 2 repas festifs. Cela fait un total de 90 activités, soit environ 2 activités par semaine avec une animatrice à mi-temps.

Le résultat de l'enquête de satisfaction des usagers et des aidants montre une évaluation très satisfaisante. Les usagers apprécient l'implication des aides-soignants du SSIAD et des élèves des écoles. Ce mélange intergénérationnel est à double sens, l'on raconte sa vie et l'on s'étonne de la vie des enfants.

ACTIVITÉ	TAUX DE SATISFACTION
Organisation autour de l'activité	96 %
Organisation du transport	84 %
Activité a répondu à l'attente	87 %
Serait prêt à refaire l'activité	74 %
Autres sources de satisfaction	94 %
Moyenne de satisfaction	90 %

Le séjour de répit est une autre activité du service lien social et soutien aux aidants. Le répit est défini comme un « repos, une interruption dans une occupation absorbante ou contraignante »⁴⁶. Ce séjour est, d'une part, encadré par les recommandations pratiques et théoriques réalisées par l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux (ANESM) en mars 2011⁴⁷. D'autre part, la loi ASV reconnaît l'action des aidants et leur accorde des droits. L'aidant peut être le conjoint, le partenaire, un parent, un allié ou une personne résidant avec l'aidé. Afin de soutenir les aidants, le répit devient un droit et est intégré à l'APA, pour financer un séjour en accueil de jour ou en hébergement temporaire. L'APA finance, jusqu'à 992 €, une aide ponctuelle si l'aidant est hospitalisé.

Le séjour de répit organisé par ASSIEL se fait annuellement. Il inclut l'aidant et l'aidé, et chacun peut s'impliquer dans des activités différentes. En effet l'utilisateur est pris en charge par les bénévoles et le personnel d'ASSIEL. En 2015, il y a eu 25 participants pour un séjour

⁴⁶ (LAROUSSE 2016)

⁴⁷ (AGENCE NATIONALE DE L'ÉVALUATION ET DE LA QUALITÉ Mars 2011)

qui a commencé un lundi et s'est terminé le vendredi. Certaines personnes étaient à mobilité très réduite avec des aidants qui n'avaient pas pris de vacances depuis des années. Chaque jour, les participants avaient le choix entre des activités diverses le matin, l'après-midi et la soirée.

Les sources de financement du service lien social et soutien aux aidants sont multiples. Le tableau ci-dessous résume le bilan financier qui est déficitaire.

Financements	Coûts	Déficit
86 417€ ⁴⁸	96 663€	10 246€

Le déficit est comblé par les excédents du portage de repas. Les contributions viennent de différents fonds : une subvention d'exploitation par l'ARS, un soutien du conseil départemental, du syndicat intercommunal à vocations multiples (SIVOM), des communes et de l'agence nationale des chèques vacances (ANCV). Les participants contribuent aux coûts des activités. Bien que déficitaire, en raison des retombées de satisfaction des usagers et des aidants, ce service a le soutien d'ASSIEL et des adhérents. En effet, lors de l'assemblée générale, ces derniers ont voté en faveur d'une augmentation de la participation financière des usagers. Celle-ci passe de 5 € 30 à 6 € 50.

En ce qui concerne les activités 2016, les usagers demandent une reconduction du programme 2015 avec en ajout des cours d'informatique et une amélioration des transports. En effet, l'utilisation de chauffeurs privés augmente les coûts organisationnels.

Ce mélange d'activités collectives et individuelles est une formule qui permet de satisfaire les usagers. En effet, si rester socialisé et offrir du répit sont des objectifs du service lien social et soutien aux aidants, le groupe des usagers ayant des troubles cognitifs graves a des difficultés à prendre part à des activités collectives et dans ce cas des activités individuelles sont nécessaires. C'est la mission de l'équipe spécialisée Alzheimer (ESA) d'accompagner ces usagers souffrant de troubles cognitifs.

c) L'ÉQUIPE SPÉCIALISÉE ALZHEIMER

L'équipe spécialisée Alzheimer (ESA) d'ASSIEL a 10 places. Elle développe, avec l'aidant et l'utilisateur, des stratégies pour stabiliser, voire améliorer, les actes de la vie quotidienne, désorganisés par les troubles cognitifs. Les usagers avec une pathologie Alzheimer sont éligibles pour ces interventions ainsi que ceux avec une maladie apparentée⁴⁹.

La prise en charge commence par une évaluation de l'infirmier diplômé d'état coordinateur (IDEC) pour vérifier la pertinence de l'admission. Une évaluation

⁴⁸ Ce financement ne couvre pas les frais de personnel

⁴⁹ Les maladies apparentées, telles que dégénérescences lobaires fronto-temporales, maladie à corps de Lewi, démences vasculaires et mixtes, se manifestent par des troubles cognitifs similaires à la maladie d'Alzheimer.

ergothérapique est ensuite réalisée pour améliorer le logement et mettre en place un projet thérapeutique non médicamenteux. Le programme comporte 10 séances thérapeutiques⁵⁰ organisées par l'ergothérapeute puis dispensées par l'assistant de soins en gérontologie (ASG)⁵¹. L'ESA a un taux d'occupation inférieur à 100 %, bien que les demandes soient constantes. À noter qu'il couvre tout le nord-est de la Loire-Atlantique, ce qui est un très large territoire. Une évaluation de pré-admission nécessite 2 heures auxquelles il faut ajouter le trajet. Donc, une pré-admission peut prendre 4 heures. L'utilisateur et son aidant doivent être mis en confiance pour donner leur accord à l'intervention du service. L'évaluation doit répondre aux critères de perte cognitive ou du moins, l'intervention et les stratégies doivent aider. La seconde visite est réalisée par l'ergothérapeute qui évalue le domicile, propose des solutions pour améliorer les fonctions cognitives et la sécurité. Il prépare aussi un programme de rééducation que l'ASG accomplira auprès de l'utilisateur et de l'aidant. Le tableau ci-dessous donne une idée du programme.

J0	J1	J2	J3	J4	J5	J6-9	J10
IDEC	Ergothérapeute	Ergothérapeute	Ergothérapeute	RV / ASG - Ergothérapeute	ASG	ASG	Ergothérapeute
Pré admission GIR Test cognitif	Évaluation domicile, salle de bain, aide à la mobilité dans la maison	Évaluation continue et aides suggérées	Évaluation des aides mise en place.	Programme expliqué à ASG et aidant et usager	Activités aide à l'orientation	→ → → →	Évaluation

Les ASG travaillent aussi au SSIAD en tant qu'aide-soignant. Jongler avec les plannings est un peu compliqué. Les ASG m'ont exprimé avoir une grande satisfaction au travail. Si d'après ces dernières, la formation a un peu aidé sur l'accompagnement des usagers avec des pertes cognitives, du temps de formation a été utilisé pour revoir des bases du travail aides-soignants, ce qui n'était pas nécessaire. Le programme est peu axé sur la fin de vie de l'utilisateur, ce qu'elles regrettent. Elles ont exprimé avoir beaucoup appris sur le terrain, après la formation, guidées par l'ergothérapeute et l'IDEC. La fonction ASG est oubliée dans le tableau de bord discuté plus tard et j'ai demandé, aux instances, l'ajout des ASG pour le tableau de bord 2016. La formation des ASG soutient les aides-soignants à mieux faire face à l'utilisateur en perte de mémoire, donc, diminue le risque psycho-social du personnel.

⁵⁰ Environ 1 session par semaine pendant 10 semaines. Si l'utilisateur fatigue ou interrompt les sessions, celles-ci peuvent être réparties sur 15 semaines.

⁵¹ L'ASG, assistant de soins en gérontologie, est une spécialisation d'aide-soignant qui se fait sur 140 heures, soit 4 semaines en continu. La formation a pour objectif d'aider l'AS à mieux gérer le relationnel, mieux gérer l'agressivité, la confusion, la frustration des usagers avec des troubles cognitifs et savoir se positionner. Savoir accompagner veut parfois dire sortir la tête des soins uniquement physiques pour travailler de manière globale, dans la sérénité.

L'ESA assure un service de rééducation auprès des usagers Alzheimer, le service mandataire, est aussi souvent utilisé pour ces mêmes usagers.

d) LE SERVICE MANDATAIRE

Ce service mandataire, à l'origine, était destiné aux gardes de nuit à domicile. À ce jour, il permet des accompagnements ponctuels de quelques usagers qui se rendent à des activités de la vie sociale.

Maintenant, comme le service de nuit est offert par une autre association sur Ancenis, l'objectif est de le transformer à plus ou moins long terme. Il sera revu en 2017.

e) LE SERVICE DE SOINS INFIRMIERS À DOMICILE

Le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), que je dirige avec l'ESA, est un service de 100 places et est organisé sur deux sites, l'un à Ancenis (60 places), l'autre à Bonnoeuvre (40 places). Le tableau de bord de l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) décrit l'activité du SSIAD⁵². Les deux sites fonctionnent indépendamment. L'objectif initial de mutualisation, qui visait à ne faire qu'un planning pour les 2 sites, pour que les aides-soignants s'auto-remplacent, ne s'est pas réalisé. En conséquence, les remplaçants en contrats à durée déterminée (CDD) sont nombreux, ce qui complique la gestion administrativement. Il y a des risques de remplacement non organisés et des risques de dates et contrats hors règles. Certaines AS ne restent pas longtemps en CDD, et recherchent un emploi en contrats à durée indéterminée (CDI).

Nous débattons de la nécessité de créer un pool de CDI en annualisant les salaires des remplaçants, actuellement en CDD. Les aides-soignants qui veulent augmenter leurs heures pourraient le faire en faisant des auto-remplacements. Ce changement comporte des points positifs comme augmenter les effectifs en transformant les CDD en CDI et en modulant les horaires en fonction des absences des collègues et de l'activité. Cela permettrait de pérenniser des emplois. Cela éviterait une grande partie administrative liée à la reconduction de CDD et cela fidéliserait le personnel dans les fonctions SSIAD une fois qu'ils sont formés aux activités et aux responsabilités. Actuellement, le personnel en CDD qui trouve un CDI, prend le poste dans un autre établissement même s'il a été formé au travail à domicile. Le personnel en CDD serait, à mon avis, plutôt positif à cette idée. Par opposition les difficultés rencontrées émaneraient de la suppression de la prime de précarité des CDD et de l'inquiétude des salariés, actuellement en CDI. Ces derniers redouteraient sûrement une extension de l'annualisation et avec elle des changements de plannings, d'horaires et de roulements. Au vu de renforcer la relation hôpital ↔ SSIAD, la flexibilité de l'emploi permettrait de mettre en place des suractivités occasionnelles et

⁵² Voir chapitre ci-dessous : tableau de bord de l'agence nationale d'appui à la performance.

faciliterait le retour au domicile des usagers hospitalisés. Le SSIAD intégrerait cette suractivité à coût neutre.

D'après moi, le SSIAD a un rôle essentiel dans la veille sanitaire, la veille sociale et la veille psychologique des usagers. Selon mes observations, certains aides-soignants sont totalement en phase avec ce postulat, d'autres pas. Un travail de questionnement et de formation va s'avérer nécessaire pour faire de ce postulat une raison d'être du SSIAD dans l'accompagnement des usagers. Je pense que construire davantage de compétence aide-soignant dans la veille sanitaire, sociale et psychologique des usagers valoriserait le travail. En outre, qui dit plus de compétence, dit plus d'autonomie dans la résolution des situations de crise. En articulant précisément ce rôle, il renforcerait la sécurité de l'utilisateur. Je pense que les stratégies de prévention, d'accompagnement des usagers peuvent être partagées avec nos partenaires des SAP.

Les incidents, auxquels les SAD sont confrontés, sont les mêmes pour les usagers et aussi pour le personnel. Nous devrions donc mutualiser les ressources de formation pour les prévenir. Par ailleurs, j'approuve l'importance que la directrice générale et le conseil d'administration (CA) accordent à la sécurité du personnel. Des formations sur la veille sanitaire, sociale et psychologique des usagers et des aidants avec la prévention des accidents de la vie seraient à partager entre les SAD.

f) MANAGEMENT ET GESTION RH

Le projet de service décrit le personnel qui compose les services. Ces données RH, partagées dans le registre des données ANAP et parangonnées sur la région, montrent un taux d'encadrement des usagers inférieur à la région, Pays de la Loire. L'encadrement IDEC et directoire est, à mon avis, insuffisant d'où des horaires prolongés surtout pour le chef comptable, la directrice générale et moi-même. Amener du travail chez soi n'est pas exceptionnel. En conséquence, des projets tels qu'analyses des incidents, accidents, revue des questionnaires de satisfaction se font, mais de manière superficielle. Idéalement du temps dédié à la qualité, aux projets, aux formations, au développement des services devrait être retrouvé.

Le tableau ci-dessous résume les effectifs de l'association. À noter certains des aides-soignants ont fait la formation aide médico-psychologique (AMP)⁵³ et assistant de soins en gérontologie (ASG). Les aides-soignants formés au rôle d'ASG ont développé des stratégies pour gérer les troubles cognitifs des usagers et engagent les usagers dans des activités sur la mémoire, tout en exécutant les soins. Ce rôle sera renforcé dans le futur. Avec la prolongation de l'espérance de vie, le nombre d'utilisateurs, avec des pertes cognitives, augmente. Planifier les formations, évaluer les compétences et les effectifs

⁵³ La formation AMP aide l'aide-soignant axé sur le soin à encourager l'utilisateur à continuer à assumer les soins qu'il peut réaliser, visant à préserver une autonomie maximale.

demande une réflexion à long terme. Le tableau, ci-dessous, résume la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC). Il contient le nombre d'équivalent temps plein (ETP) d'ASSIEL ainsi que les stratégies principales du GPEC. A noté que 26.8 ETP(*) concernent le SSIAD que je dirige.

Tableau 5 : Tableau des effectifs et résumé du GPEC 2016-2017

FONCTION	ETP	ASPECTS DU GPEC
DIRECTRICE GÉNÉRALE	1	<ul style="list-style-type: none"> Fondatrice du SSIAD de Bonnoeuvre et créatrice du GCSM ASSIEL Experte en informatique principalement la bureautique Besoin de former le personnel administratif aux compétences bureautiques.
DIRECTRICE ADJOINTE ET SSIAD ET ESA(*) IDEC(*)	.8	<ul style="list-style-type: none"> Ce rôle inclut la qualité, le plan de formation et les procédures.
ERGOTHÉRAPEUTE(*)	4	<ul style="list-style-type: none"> S'auto-remplacement Formation aux logiciels informatiques nécessaire
COMPTABLE	1 2	<ul style="list-style-type: none"> Rôle à développer davantage Pyramide des âges non incluse, mais un des 2 comptables a 67 ans le 31/12/2016. Il prépare son départ Une revue des fiches de fonction est en cours
ACCUEIL	.5	<ul style="list-style-type: none"> Nouveau poste
AIDES-SOIGNANTS(*)	21	<ul style="list-style-type: none"> Personnel composé de 37 personnes à temps partiel Rôles ASG et AMP en développement, prévu d'augmenter 2 ETPs partiront à la retraite, 2017, des remplaçantes, déjà formées, postuleront
AGENT DE MÉNAGE	.3	<ul style="list-style-type: none"> Poste mutualisé avec la mairie
AGENT DE PORTAGE DE REPAS	1.5	<ul style="list-style-type: none"> Rôle et effectifs sans cesse revus, car l'activité augmente chaque année
ANIMATRICE	.5	<ul style="list-style-type: none"> Poste partiellement financé et subventionné par d'ASSIEL. La demande est forte des usagers et des aidants
PRESTATIONS ACHETÉES : IDEL MÉDECIN PSYCHOLOGUE		<ul style="list-style-type: none"> Besoins irréguliers et prestataires sollicités selon les besoins Coûts impossibles à anticiper et contenir

Le SSIAD repose sur les compétences des aides-soignants. Les 21 ETP AS sont composés de 37 aides-soignants à temps partiel. Chaque aide-soignant travaille 4 heures chaque matin, du lundi au vendredi. Environ 20 % des effectifs assurent les 3 heures l'après-midi et 9 aides-soignants travaillent le weekend. Les usagers sont ainsi accompagnés 7 jours sur 7. Les priorités 2016-17 sont de développer les compétences ASG et prévenir les risques professionnels psychosociaux.

La performance du SSIAD est résumée dans le chapitre ANAP suivant.

g) LES ENQUÊTES DE SATISFACTIONS SUR ASSIEL

Les enquêtes réalisées chaque année montrent une très grande satisfaction générale des usagers des services SSIAD, portage de repas et ESA. La satisfaction générale est de 96 %. Cependant, les usagers sont moins satisfaits, 74 %, en ce qui

concerne le respect des horaires des aides-soignants pendant les tournées. En fait, il y a une difficulté inhérente au service fourni et les aides-soignants peuvent prendre du retard pour toutes sortes de raisons. Les événements indésirables notés sur ce sujet sont les encombrements de circulation, les mauvaises conditions climatiques, une inondation de la Loire, une tournée avec de nouveaux usagers difficiles à localiser, des soins qui demandent plus de temps et un usager qui n'ouvre pas sa porte. Dans ce dernier cas, comme il est peut-être tombé, ce scénario devient une urgence. Le livret d'accueil explique ces contingences et demande aux usagers d'accepter les impondérables tout en promettant de tenter de respecter les horaires. Cette difficulté est parfois une source de souffrance psycho-sociale pour le personnel qui doit en plus de son travail gérer le mauvais accueil que leur réserve l'utilisateur qui a trop attendu. Un courrier qui rappelle les termes du livret d'accueil et du contrat de soins est alors envoyé à l'utilisateur. Il sera aussi envoyé à un usager qui manque de respect à un aide-soignant. Si ce courrier reste sans effet, le service pourra être suspendu. La satisfaction des usagers et des aidants est aussi évaluée via les réunions du conseil de vie sociale (CVS) où ils sont consultés sur leur vécu. Ils suggèrent des objectifs de vie et des idées d'amélioration qu'ASSIEL devrait envisager.

h) L'ÉVALUATION INTERNE – 2015

L'évaluation interne, en annexe du projet de service, a été réalisée en 2015. Elle suit la méthodologie recommandée par l'agence nationale d'évaluation des services sociaux et médico-sociaux (ANESM)⁵⁴. Elle est rédigée en 4 étapes : (1) une évaluation des prestations, des valeurs et les objectifs visés ; (2) un recueil d'information sur les objectifs réalisés et les mesures de performance obtenues ; (3) une mesure des écarts entre les objectifs et le réalisé et ; finalement en 4^{ème} étape, un plan d'amélioration pour le futur.

Cette démarche « projet » a impliqué, via des groupes de travail et des réunions, tous les employés en interne. Le conseil d'administration, les prestataires externes et locaux et les usagers ont aussi été impliqués.

La première étape explicite les objectifs des services qui se résument à faire une offre de services de qualité, avec empathie et équité sur les territoires d'Ancenis et de Bonnoeuve.

La seconde étape évalue les services de manière objective au travers d'entretiens d'utilisateur et de réunions avec eux.

La troisième étape a identifié les écarts tels que les usagers ont le sentiment que les aides-soignants ne respectent pas les horaires de visite. Une revue des difficultés inhérentes au transport des usagers en perte d'autonomie est en cours. Cette étape examine les besoins en formation et les risques psycho-sociaux exprimés par le personnel.

⁵⁴ ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. (AGENCE NATIONALE DE L'ÉVALUATION ET DE LA QUALITÉ, www.anesm.sante.gouv.fr 2014)

En ce qui concerne les usagers, les 5 thèmes dictés par les recommandations de l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), sont inclus⁵⁵ tels que : la garantie des droits individuels et collectifs ; la prévention des risques liés à la santé ; le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de dépendance ; la personnalisation de l'accompagnement et l'accompagnement de fin de vie.

L'évaluation montre d'une part un respect, indéniable, des droits des usagers par tout le personnel ainsi que l'accompagnement personnalisé et le maintien des capacités et de l'autonomie. Le projet personnalisé est en place pour chaque usager et revu régulièrement.

L'évaluation montre, d'autre part, que l'accompagnement de fin de vie et la prévention des accidents de la vie sont parfois réalisés, mais de manière plus aléatoire.

La quatrième partie concerne donc la mise en place d'un plan d'amélioration sur la fin de vie et la prévention des risques. De nouveaux outils, des procédures et des formations, sur ces sujets, font partie du plan d'amélioration. L'informatisation du dossier soins est un objectif d'amélioration majeur.

L'évaluation interne confirme donc le besoin du projet cité ici.

i) LE TABLEAU DE BORD ASSIEL

Finalement, en annexe, le projet de service montre un tableau de bord qui mesure chaque mois les aspects financiers, recettes et dépenses. Il rapporte aussi l'activité des services :

- Le nombre d'usagers du SSIAD, le nombre d'usagers du portage de repas et de l'ESA.
- Le taux d'occupation des places
- Le nombre d'absences d'usagers, les entrées et les sorties
- Le nombre d'ETP présent
- Le nombre d'ETP absent
- Le nombre d'ETP en congé (tentant de lisser les congés)
- Les activités du lien social en heures par mois
- Les coûts généraux occasionnés par les véhicules
- Les délais de facturation (paiements faits et reçus)

Le conseil d'administration reçoit ces informations de manière mensuelle et la directrice les conseille sur la meilleure action corrective. Le suivi managérial d'ASSIEL est

⁵⁵ Circulaire du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. La conduite d'évaluation interne – article L.312-1 du code de l'action sociale et ds familles – Juillet 2009.

continuel et la gestion est transparente. En fin d'année, il n'y a pas de surprise sur l'état des comptes. Si une action corrective est à réaliser, celle-ci est faite le plus tôt possible dans l'année financière, car elle est dépistée très tôt.

1.5.3. Le tableau de bord de l'agence nationale d'appui à la performance sur l'activité du SSIAD

Le tableau de bord, réalisé par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), pour l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP), affiche des résultats plutôt bons. Le tableau de bord est divisé, par l'ANAP, en chapitres que je résume ci-dessous. Les indicateurs concernent seulement le SSIAD, il n'y a pas de tableau de bord ANAP pour les services lien social et soutien aux aidants, ni pour le portage de repas.

a) LA DESCRIPTION GÉNÉRALE DU SSIAD

Le premier chapitre concerne les modes de prise en charge et pose des questions générales sur l'organisation du SSIAD, notamment, sur l'existence des outils de la loi 2002 - 2. J'ai pu répondre que les différents outils sont en place : le livret d'accueil, la charte des droits et des libertés des usagers, le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement, le conseil de vie sociale. Ils s'articulent autour d'un projet d'établissement. Le personnel est qualifié, impliqué dans des formations continues et tous les outils ont été remis à jour en 2015.

b) LES RESSOURCES IMMOBILIÈRES, PARTENARIATS ET PLAN BLEU

Le second chapitre concerne les ressources matérielles, la sécurité incendie et autres considérations immobilières. Tout est conforme et normalisé. Suivent trois chapitres sur les fonctions mutualisées, les fonctions externalisées (blanchisserie et maintenance), les partenariats et les conventions. Ce dernier chapitre m'a permis de résumer les conventions formalisées avec les partenaires tels que le CLIC, le pôle PA-PH et la MAIA. Les autres conventions concernent l'équipe mobile de soins palliatifs et les autres services tels que les IDEL et les SAP.

Le plan bleu est ensuite considéré. J'ai dû répondre que nous n'avions pas établi le plan bleu⁵⁶. Le plan bleu fait partie intégrante de la convention tripartite selon l'article 2.6 du plan d'organisation en cas de crises sanitaires ou climatiques⁵⁷. Le plan bleu doit être transmis annuellement à l'ARS et au conseil départemental. J'ai réalisé son importance lors

⁵⁶ Le plan bleu inscrit les EMS dans une démarche qualité de prévention des risques face à une situation exceptionnelle (inondation, canicule, pénurie d'essence, épidémie) et d'évaluer la capacité de réponse à cette situation exceptionnelle.

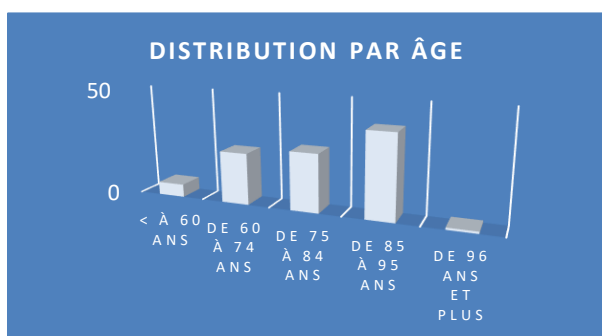
⁵⁷ Décret 2005-768, du 7 juillet 2005, relatif aux conditions techniques minimales de fonctionnement des établissements mentionnés dans l'article 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

des récentes grèves « pétrolières ». En effet, le SSIAD connaissait des problèmes d'approvisionnement en essence et le département ne l'avait pas inscrit dans le plan bleu. De ce fait, nous n'étions pas prioritaires pour obtenir de l'essence. Le risque de ne pas pouvoir se rendre au domicile des usagers complètement dépendants était réel. Le service de portage de repas a aussi couru le risque de devoir cesser son activité or les usagers qui ne peuvent plus faire leurs courses, ni cuisiner, ne sont plus autonome pour se nourrir. Heureusement, la situation s'est résolue avant que les réservoirs ne soient complètement vides. La fiche action du plan bleu se compose de trois parties : anticiper les risques, améliorer la réactivité et enfin réfléchir en amont aux dispositions à mettre en place pour préserver le bien-être et la santé des usagers. Réaliser le plan bleu pour le SSIAD et le service de portage de repas est une action de l'objectif « sécurité des usagers » dans le plan d'action 2016-2019 détaillé plus tard.

Le profil des usagers rend cette démarche incontournable.

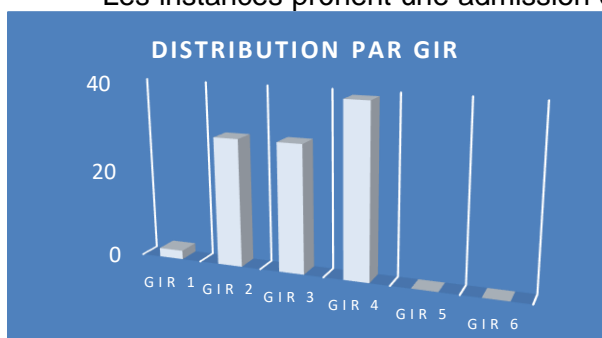
c) PROFIL DES USAGERS

Le chapitre ANAP qui suit concerne les profils des personnes accompagnées et ce chapitre permet d'évaluer si les profils correspondent aux missions du SSIAD.



La distribution par âge, représentée dans le graphique ci-contre, montre que 40 % des usagers ont entre 85 et 95 ans. Les 6 % en-dessous de 60 ans sont des personnes en situation de handicap moteur ou psychique.

Les instances prônent une admission des usagers des SSIAD ayant, au minimum,



un GIR 4⁵⁸. Le SSIAD d'ASSIEL suit ces exigences et n'accepte que les usagers dépendants, à partir d'un GIR 4. Ces usagers doivent être assistés pour le lever et le coucher, et ont besoin d'assistance pour l'hygiène corporelle, voire les repas. Les usagers en GIR 4 représentent 40 %

des usagers du SSIAD. Les usagers en GIR 3, 29 %, sont à un niveau de dépendance plus

⁵⁸ GIR, groupe iso-ressource permet de classer les usagers selon leur perte d'autonomie. Le GIR 6 a très peu de perte d'autonomie, le GIR 1 est un usager très dépendant et porté du lit au fauteuil et ou avec des troubles cognitifs graves, en résumé, ne pouvant vivre seul. Les variables mesurées sont la cohérence, l'orientation, la toilette et la communication. L'APA commence avec des usagers GIR 4.

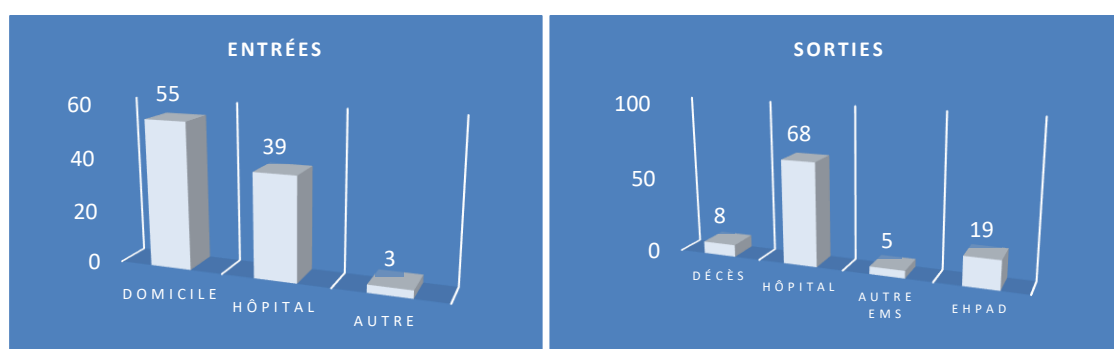
grand et ont besoin d'aide pour le lever, le coucher et l'hygiène. Les GIR 2, 29 %, ont besoin de prise en charge pour toutes les activités de la vie courante. Et enfin, les usagers en GIR 1, 2 % des usagers du SSIAD, sont totalement dépendants.

Les GIR sont additionnés pour définir un score, le GIR moyen pondéré (GMP)⁵⁹. Le GMP donne une idée de la charge de soins pour le SSIAD. En 2015, le GMP était à 637. Nous constatons une progression depuis 2014 où il était à 580. L'augmentation du GMP s'explique par une occupation plus élevée du SSIAD.

Dans ce chapitre les mesures de protection, dont 19 % des usagers bénéficient, est surligné. Ceci complique un peu les interventions, car il demande d'informer « qui de droit » quand un problème survient. Une procédure et un plan de communication vis-à-vis des représentants des curatelles et des tutelles est en place.

d) LES ENTRÉES ET LES SORTIES DU SSIAD

Le chapitre ANAP, entrées et sorties, traite de la provenance des entrées et des lieux de sorties. Les deux graphiques ci-dessous résument les entrées et les sorties en %. En résumé, 55 % des entrées viennent du domicile et 39 % de l'hôpital. En ce qui concerne les sorties, 68 % sont des sorties vers l'hôpital.



Le terme « sortie », si définitif, est souvent synonyme de décès. Ces représentations graphiques appellent plusieurs constats :

- 1 - L'hôpital est un partenaire important autant dans les entrées que les sorties.
- 2 – Comme je l'ai identifié lors des entretiens avec les usagers et le personnel, la solution « appelez le 15 » amène à une fin de vie à l'hôpital. Si c'est ce que désirent les usagers, c'est satisfaisant, mais au cours des entretiens, les aidants suggéraient que l'utilisateur décédé voulait mourir chez lui, or c'est très peu souvent le cas (8 % des sorties sont des décès au domicile).
- 3 – L'EHPAD est une solution dans le parcours de l'utilisateur (20 % des sorties) donc, établir des conventions avec les EHPAD est désirable.

⁵⁹ GMP, GIR Moyen Pondéré. À chaque GIR est attribué un score : GIR 1 = 1 ; GIR 2 = 0.84 ; GIR 3 = 0.66 ; GIR 4 = 0.42 ; GIR 5 = 0.25 ; GIR 6 = 0.07. Le GMP est d'abord calculé pour chaque GIR : pondération du GIR * par nombre d'usagers de ce GIR. Puis le total des GIR est additionné puis divisé par le nombre total d'usagers, puis multiplié par 1000. Voir le calcul du GMP en annexe 6.

e) L'OCCUPATION DES PLACES DU SSIAD

L'activité de l'établissement est le chapitre ANAP suivant. Il évalue l'occupation des places du SSIAD :

- Le taux d'occupation des places est à 96.72 % en 2015, soit 4.23 % de plus que 2014
- Les journées d'absences des usagers sont de 919 jours en 2015, soit 391 jours d'absence en plus (15.58 jours d'absence par usager en 2015, 10.78 par usagers en 2014). Ces jours d'absence diminuent le taux d'occupation.

Les nombreux séjours hospitaliers, des usagers, se traduisent par des absences non remplacées au SSIAD. Ils forment 90 du taux d'absentéisme. Le consensus sur le département⁶⁰ est de remplacer l'utilisateur hospitalisé après 15 jours d'absence, pas avant, ce qui se traduit par une sous-occupation des places. Parfois, une hospitalisation se prolonge au-delà de 15 jours et l'on remplace l'utilisateur. Au sortir de l'hôpital, ce dernier se retrouve sur une liste d'attente. Souvent, comme il ne peut pas rester au domicile sans assistance, son séjour hospitalier est prolongé ou il trouve un hébergement temporaire en attendant qu'une place au SSIAD se libère. Une des solutions serait d'accepter d'être, occasionnellement, en surutilisation, mais le personnel est opposé à cette idée. De plus, la suractivité se retrouverait effectuée en heures supplémentaires, ce qui augmenterait les coûts de fonctionnement du SSIAD. Je propose que l'on offre un service SSIAD d'après-midi pour une douche ou des toilettes intimes le soir avant le coucher plutôt qu'au lever. En effet, les effectifs SSIAD sont moins flexibles le matin où chaque aide-soignant travaille de 8 heures à 12 heures 30 pour effectuer 5 visites. Une visite supplémentaire lui ferait manquer la transmission, terminer à 13 heures 30 et assumer les soins de 6 usagers plutôt que 5. La charge de travail serait élevée et l'utilisateur serait probablement peu satisfait d'attendre l'AS toute la matinée, pour une toilette suivie d'un habillage. En soirée, recevoir des soins d'hygiène, puis être déshabillé et mis en pyjama se vivrait mieux. Pour moduler cette augmentation ponctuelle d'activité, annualiser les horaires des aides-soignants⁶¹ est crucial.

Augmenter l'activité, jusqu'à 100 %, voire la dépasser marginalement, mettrait le SSIAD en position de demander aux instances une augmentation de places, ce qu'une occupation à 96.72 % ne permet pas. Dans ce cercle vertueux, l'augmentation d'activité a le potentiel de créer des emplois stables. Créer des emplois est un aspect de l'économie vermeil.

⁶⁰ Discuté avec les partenaires SSIAD, lors de la réunion de l'union départementale des SSIAD (UDSSIAD) de juin 2016.

⁶¹ Annualisation discutée au chapitre « Le service de soins infirmiers à domicile », p. 20.

f) L'ÉVALUATION DES TAUX D'ENCADREMENT, D'ABSENTÉISME ET PYRAMIDE DES ÂGES

Le chapitre ANAP sur les ressources humaines considère l'encadrement des équipes et des usagers, l'absentéisme, la pyramide des âges, la rotation des effectifs et la répartition par fonction. Le tableau de bord considère la catégorie aides-soignants et aides médico-psychologiques mais pas la spécificité des aides-soignants gérontologiques. Les ASG accompagnent les usagers en perte de fonctions cognitives. Leur but est d'accompagner tout en maximisant l'autonomie des personnes âgées. Or comme l'espérance de vie augmente, le nombre d'usagers, avec des pertes de mémoire, augmente aussi. L'ASG les aide à s'orienter dans le temps et dans l'espace et propose des activités ludiques et crée des routines telles que la lecture, l'écriture et la mémorisation des dates par l'utilisation d'un agenda. Pour rester autonome, il faut garder des activités cérébrales et physiques. L'analyse des effectifs montre que ceux-ci sont inchangés entre 2015 et 2014. Les taux d'encadrement par les équipes sont dans les normes, sinon mieux que les établissements similaires au vu du parangonnage réalisé sur le logiciel ANAP pour 2014 :

- Pour le personnel, la pyramide des âges est à son pic entre 40 et 49 ans, 46 % des effectifs, la catégorie 55-59 est à 13.51 %.
- Le fait que les postes soient à temps partiel est un avantage pour la santé du personnel. Les IDEC sont très vigilantes à la gestion de la manutention. Cet accompagnement vise à ne pas aggraver les problèmes musculo-squelettiques chez tout le personnel, homme ou femme, jeunes ou moins jeunes.
- Le taux d'absentéisme étant calculé en jours calendaires, soit un employé absent une année entière aura 365 jours d'absence, est une méthodologie qui désavantage le SSIAD. En effet, comme j'emploie seulement des temps partiels entre 55 % et 70 %. Un salarié qui travaille 3 jours est compté ayant 7 jours d'absence pour une semaine d'absence. Le taux d'absentéisme, pour le SSIAD, avec cette méthode de calcul, est à 22 %. Or quand on le calcul en ETP, il est à 12.5 %. J'ai signalé ceci à l'ANAP espérant un changement de cette méthode de calcul pour 2016.
- Le taux d'encadrement des équipes est de 14.86 %, soit 3.52 ETP pour encadrer 21 ETP, ce qui est dans la moyenne inférieur comparé aux autres SSIAD sur la région.
- Le taux d'encadrement des usagers est de 24.4 % ce qui est aussi inférieur à la moyenne de la région.

g) LA SITUATION FINANCIÈRE D'ASSIEL

Le chapitre ANAP sur les finances d'ASSIEL montre que les objectifs financiers sont atteints avec 101.56 % pour les recettes et 99.19 % pour les dépenses. La capacité d'autofinancement est bonne, améliorée par un surplus en 2013. Ce surplus a été reporté sur 2014 puis 2015. Les dépenses sont, pour 90 %, liées aux personnels. L'autre gros

aspect des dépenses est afférent aux véhicules, à leur entretien, aux assurances et à la consommation de carburant.

h) L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ ET DES OUTILS

Le dernier chapitre ANAP concerne la qualité où toutes les questions ont été renseignées de manière positive.

En conclusion, l'outil ANAP est utile, en dehors du taux d'absentéisme du personnel, pour analyser la situation managériale du SSIAD. Renseigner ce questionnaire rétrospectivement, en avril, permet de communiquer avec l'ARS et de rendre des comptes sur l'année écoulée, il ne permet pas de gérer l'établissement en continu. Le parangonnage permet de se comparer aux autres SSIAD de taille similaire, sur le plan national, régional et départemental. Il permet aussi de négocier avec l'ARS lors des négociations annuelles. Pour réagir mensuellement si nécessaire, selon les résultats, le tableau de bord ASSIEL, créé par la directrice générale, s'avère nécessaire.

En conclusion, dans cette première partie, j'ai décrit l'ASSIEL, ses activités et sa performance. Sa situation financière est favorable et les indicateurs de performance sont bons. L'ARS, les élus des communes et le CD sont donc des supports politiques d'ASSIEL. En ce qui concerne l'occupation des places du SSIAD, je la souhaiterais supérieure à 100 % pour être dans la position de créer des places supplémentaires, donc de créer des emplois et profiter de l'économie vermeil. Il nous reste des opportunités à explorer telles que chercher des fonds auprès des associations et revoir notre partenariat avec l'hôpital. Le SSIAD bénéficie des services d'ASSIEL tels que le portage de repas, le lien social et le service de soutien aux aidants et l'ESA. Dans la seconde partie de ce projet, je vais présenter le vécu des usagers et les partenariats locaux. Ce sera une analyse critique du réseau et de son fonctionnement en silo.

2. L'identification des besoins des usagers et des enjeux organisationnels

J'ai identifié les besoins des usagers à partir d'éléments, tels que le plan régional de santé (PRS), et des entretiens avec les usagers, les aidants et les services du territoire : le CLIC, la MAIA et les médecins traitants.

Les besoins identifiés concernent le parcours de l'utilisateur, dessiné dans le tableau ci-dessous en utilisant le modèle de la chaîne de valeur (PORTER 1980)⁶². Il présente l'interdépendance des services tout au long du parcours de l'utilisateur. Les aidants, qu'ils soient familles, voisins ou amis, sont placés avec l'utilisateur, car ils sont centraux dans le dispositif de l'utilisateur qui souhaite rester à domicile. C'est souvent par leur implication que la personne âgée peut ou veut rester au domicile.

Tableau 6 : Chaîne de valeur – Services autour de l'utilisateur et l'aidant.

Services impliqués auprès de l'utilisateur		Parcours de l'utilisateur / événements dans sa vie			Actions décidées et réalisées	
Progression du parcours dans le temps → → → → → → → → → → →						
Médecin CLIC	Médecin CLIC Pole PA-PH SAP	Médecin SAP+IDEL	PA-PH /Médecin SAP+IDEL+SSIAD+ repas à domicile+lien social	Médecin CLIC /MAIA Pole PA-PH, SAP, SSIAD, IDEL	HAD / portage de repas / lien social	
Usager indépendant autonome et social Aidant présent	Perte d'autonomie Aidant compétent	Problème de santé Aidant inquiet	Sortie hospitalisation / perte d'autonomie aggravée / isolement social / malnutrition Aidant potentiellement dans le besoin	Perte autonomie continue Question posée sur la possibilité de rester à domicile Aidant dans le besoin	Situation compliquée : décide où aller / Aidant en support	
Usager anticipe et se renseigne sur les services existants / ou achète des SAP	Demande allocation personnalisée d'autonomie (APA) Ajout de SAP	Prescription de soins Ajout de SAD	APA revue Prescription de soins supplémentaires Ajout SSIAD	Coordination complexe / Réunion CLIC et partenaires / implication de la MAIA / Usager accepte aides supplémentaires	Soins complexes avec HAD / SAP / repas Ou Aller en EHPAD	
Les autres acteurs tels que l'équipe de gériatrie, les équipes mémoire, les hébergements temporaires, soins palliatifs à domicile, ne sont pas inclus dans ce tableau, car ils ne sont pas utilisés par tous les usagers.						

Le parcours pour être serein doit être entouré de ces services coordonnés autour de l'utilisateur.

⁶² (PORTER 1980) Chaîne de valeur qui intègre toutes les parties prenantes

2.1. Des services fédérés autour du parcours de l'utilisateur

L'utilisateur a besoin de soutiens et de services et ceci commence souvent avec le médecin traitant. Une relation de confiance s'est établie au cours des années avec ce dernier. Celui-ci prescrit un pansement, une prise de sang ou / et un pilulier pour une intervention IDEL. Il prescrit aussi des soins d'hygiène auprès des SSIAD. C'est aussi lui qui fournit un certificat médical pour que l'utilisateur obtienne l'APA. Cependant, le médecin est généralement moins impliqué pour la mise en place des SAP. Il connaît mal les services disponibles sur son territoire. Les médecins interrogés avaient parfois entendu parler du CLIC, les actions de ce dernier étaient floues. En ce qui concerne la MAIA et le pôle PA-PH ils en ignoraient l'existence, les missions et les responsabilités.

Pourtant, le médecin est la clef d'un parcours serein de l'utilisateur. En effet, l'utilisateur écoute son médecin. Il s'oriente vers le CLIC pour obtenir des informations sur les services et les moyens à sa disposition, quand son médecin le lui suggère. Cela lui permet d'anticiper les problèmes liés à la perte d'autonomie et de réfléchir sur ce qu'il pourra faire quand le moment viendra.

L'âge de 60 ans a été décidé comme âge butoir pour être reçu par le CLIC. Je pense que cet âge butoir est en même temps précoce et tardif.

2.2. L'âge et le parcours

À quel âge commence donc le parcours de la personne âgée, en 2016, quand, comme je l'ai mentionné plus tôt, notre espérance de vie est toujours prolongée ? Nombre de personnes, qui désirent partir avec une retraite à 100 %, doivent travailler jusqu'à 67 ans. Le CLIC, par exemple, est ouvert aux personnes de plus de 60 ans. Or les usagers d'ASSIEL, pour 68 % d'entre eux, ont plus de 75 ans. Je pense donc que l'âge butoir à 60 ans est trop précoce.

Or il faut anticiper les pertes d'autonomie, des années en amont, pour s'adapter aux nouvelles technologies. Donc l'âge butoir à 60 ans, est trop tardif.

À mon avis, le fonctionnement traditionnel du CLIC, qui implique un entretien avec l'utilisateur pour une définition du GIR⁶³, la construction d'un dossier et l'obtention de l'APA commence bien après 75 ans, sauf en de rares exceptions de handicap précoce.

Par contre, dans le contexte d'anticipation des pertes d'autonomie et d'adaptation du logement à ces pertes futures d'autonomie, le rôle information du CLIC commence peut-être avant 60 ans. Cependant, il doit se faire d'une autre manière, par le biais de conférence, de groupes d'informations locaux⁶⁴, de formation des ergothérapeutes et de formation des

⁶³ Groupe iso-ressource

⁶⁴ Il s'agit de s'inscrire comme intervenant dans des activités municipales, soirées d'information, repas des « classes », bulletin municipal ...

acteurs de l'immobilier. Les logements sociaux devraient être adaptés, avec non seulement des douches de plain-pied, mais aussi des installations domotisées et de l'appareillage robotisé.

Entre 60 et 70 ans, développer des activités physiques et intellectuelles devrait primer. Les objectifs sont de garder une bonne hygiène de vie et un bon état psychologique. Le temps est venu de faire le brevet d'études du premier cycle (BEPC) ou le baccalauréat, quand on s'est arrêté avant à l'école, ou, ce diplôme universitaire, ce projet de recherche. Adapter notre société au vieillissement, c'est ne pas se cantonner à évaluer les GIR mais ouvrir nos écoles et nos universités à ce groupe, faire des formations aux nouvelles technologies informatiques, aux réseaux sociaux et à la téléphonie. Ces outils de communication briseront l'isolement social quand les pertes d'autonomie s'installeront.

2.3. Les entretiens avec les usagers, les aidants et les parties prenantes

Ayant en mémoire le parcours de l'utilisateur et les interconnectivités des services, j'ai conduit les entretiens lors de tournées SSIAD. J'effectue ces tournées avec les aides-soignantes pour, d'une part, évaluer l'efficacité et la pertinence des soins, pour comprendre les problématiques du personnel et aussi appréhender le vécu des usagers. Je réalise en moyenne 1 tournée par mois ou tous les deux mois.

2.3.1. La méthodologie

Le questionnaire que j'ai appliqué utilise une méthodologie qualitative avec des questions ouvertes. La première question « *Racontez-moi, s'il vous plaît, votre histoire* », a parfois été la seule question posée tant l'utilisateur et son aidant, avaient des choses à dire. L'écoute a été active, répétant parfois les propos des usagers et leur aidant, sans paraphraser. Le langage corporel visait à montrer de l'intérêt. L'aide d'un enregistreur, avec consentement, a été bénéfique. Un des usagers a demandé à réécouter l'enregistrement, puis l'a confirmé par un « c'est bien ça ». Tous les enregistrements sont restés anonymes et ont été détruits une fois le contenu retranscrit. Les moments de silence et les émotions ont été respectés. Le nombre d'entretiens est résumé dans le tableau ci-dessous.

Tableau 7 : Entretiens réalisés pour ce projet

ASSIEL				Communauté		Instances	
Usager seul*	3	Président CA	1	Aide-Ménagère	2	Maire	1
Aidant seul*	2	Directrice Générale	1	Médecin	1	Responsable Pôle PA-PH	1
Usager et aidant ensemble*	6	Ergothérapeute	1	IDE libérales	0	Responsable CLIC	1
Aides-soignantes	4	Comptable	1	Directrice SAP	0	Responsable MAIA	1
IDE coordination	4	Secrétaire	1	Directrice d'un autre SSIAD	1		
Animatrice	1						
Totaux	20		5		4		4

*50 % de ces entretiens ont été enregistrés.

Chaque entretien a duré environ 1 heure, sauf avec la directrice générale, rencontrée de nombreuses fois. Le monologue suivant d'un aidant et d'un aidé résume le vécu de la plupart des usagers rencontrés. Je cite ce qu'ils m'ont raconté :

« En 2013, je trouvais que mon mari avait de moins en moins de mémoire, notre médecin nous a envoyé voir un neurologue ... scanner puis IRM⁶⁵ et il nous a dit qu'il avait eu des AVC⁶⁶ dans la région du cerveau qui contrôle la vue.

Puis mon mari s'est mis à moins bien entendre, notre médecin nous a dit qu'il vieillissait. Il voyait mal et il entendait mal alors il a cessé de lire, cessé de regarder la télé, ne savait plus quel jour on était. Puis, il a eu peur de sortir seul, puis de rester seul. Il m'appelait tout le temps, j'ai donc arrêté mes activités, il ne voit plus ses amis, je vois rarement les miens. Le neurologue a alors organisé un test de mémoire. Nous y sommes allés sans lunettes, il ne voyait pas les dessins et il entendait mal. « Alors, dit le vieil homme, ils m'ont dit que j'avais Alzheimer (des larmes dans les yeux), ils m'ont cassé. » Après un long silence madame reprend, en 2015, j'ai insisté pour voir un orthoptiste et un orthophoniste. Dans la salle d'attente, une dame m'a dit d'aller au CLIC pour savoir à quoi j'avais droit. Nous y sommes allés. Nous avons pu organiser des heures de service à domicile, avoir de l'aide pour la douche et les médicaments. Maintenant, quelqu'un vient faire un programme pour améliorer sa mémoire et recommencer des activités. Nous sommes en 2016 et ça commence à s'organiser. Ça fait trois ans que nous nous demandons s'il y a quelqu'un qui peut nous aider. Monsieur termine : « j'étais très actif avant tout ça, maintenant, ma maison est devenue ma prison. »

Cette histoire regroupe tous les thèmes rencontrés chez les usagers. Des médecins ne se rendent pas compte de la situation à la maison et n'informent pas sur l'existence du CLIC, sur les SAP, sur le SSIAD et l'ESA. Les usagers n'osent pas raconter leurs difficultés à leur médecin « *qui n'a pas le temps puisque la salle d'attente est toujours pleine* ». Les problématiques concernent surtout les informations sur les services, les droits et les financements et l'accompagnement en fin de vie.

2.3.2. L'utilisateur informé, accompagné et serein face à sa fin de vie

Les entretiens m'ont permis de définir un parcours divisé en 3 phases distinctes : le début avec des besoins d'information, l'accompagnement en continu avec une veille sanitaire, sociale et psychologique et l'accompagnement en fin de vie.

La phase 1 du parcours est, souvent, un début difficile quand les pertes d'autonomie commencent, les services ne sont pas en place et l'utilisateur n'est pas informé de ses droits.

⁶⁵ Imagerie par résonance magnétique

⁶⁶ Accidents vasculaires cérébraux

Il redoute le coût des prestations et souvent, voit l'EHPAD comme une épée de Damoclès au-dessus de sa tête⁶⁷. Le manque d'information sur les services existants et les informations contradictoires, reçues par l'utilisateur, sont générateurs d'inquiétude. S'ajoute la peur des coûts qui va de pair avec l'ignorance des aides dont la personne âgée peut bénéficier. Le médecin traitant ne réalise pas la détresse cachée de la personne âgée et est lui-même mal informé sur les services existants. Il ne dirige pas l'utilisateur vers le CLIC. Ce dernier prodigue une information étendue mais laisse entendre que les démarches seront nombreuses, voire compliquées. Souvent l'utilisateur en parle autour de lui et entend les mauvaises expériences des uns et des autres, si bien qu'il recule devant les démarches. Des fois, quand il possède ressources et énergie, qu'il est poussé par un aidant alerte, l'utilisateur cherche des solutions qu'il trouve au hasard d'une rencontre. La peur de s'engager dans un « gouffre financier » n'est pas sans conséquence et provoque l'absence d'anticipation des pertes d'autonomie.

Pendant la phase 2, une prise en charge des SAD et / ou du SSIAD est commencée. Les services sont généralement suffisants et l'utilisateur se sent, généralement, bien accompagné. S'il a besoin de revoir à la hausse ou de supprimer des services, il a des interlocuteurs, parfois aux connaissances insuffisantes, mais existants néanmoins.

Puis vient la phase 3, la fin du parcours, quand la situation se complique, usager et aidant ne savent plus vers qui se tourner. L'utilisateur ne veut pas aller à l'hôpital mais va cependant, d'hospitalisation en hospitalisation. Le médecin, bien que dévoué au confort de l'utilisateur, doute de la sérénité liée à la gestion de fin de vie au domicile. La solution le plus souvent conseillée est l'appel au 15. Le personnel des SAD n'est pas formé à cet accompagnement. La souffrance de tous est une réalité. Par « tous », j'entends les aidants, les usagers, le médecin et le personnel SAD. Les entretiens ont mis en évidence du personnel des services à domicile mal équipés pour gérer ces situations. Parfois, ils s'impliquent moins dans cette phase, d'autre fois ils souffrent de s'impliquer. Pourtant, les soignants ont développé une relation à long terme avec l'utilisateur, savent qu'il ne veut pas aller à l'hôpital, mais face à leur impuissance, ils n'ont pas d'autre choix que le « 15 ». Les usagers qui ne veulent pas être hospitalisés, le sont contre leur gré. L'utilisateur a rarement défini, avec sa famille, la personne de confiance. Les directives anticipées⁶⁸ concernant les dernières volontés en fin de vie ne sont pas établies, sauf en de très rares occasions. Un médecin urgentiste peut douter de la légalité des directives car il n'a pas été impliqué dans leur rédaction. Cette fin de vie mal gérée se retrouve dans le récit d'une veuve : « *J'en veux*

⁶⁷ 5^{ème} siècle avant JC, Damoclès enviait le tyran de Syracuse qui lui prête son trône pour un jour. Le tyran suspend une épée au-dessus du trône, celle-ci n'est retenue que par un crin de cheval. La situation est dangereuse et pénible pour Damoclès. Je trouve que cette histoire incarne la personne âgée qui ne veut pas aller en EHPAD et redoute d'y être placée contre son gré. L'inquiétude fait qu'elle préfère taire ses difficultés.

⁶⁸ (COLOMBAT 2004), Page 10

au service des aides ménagères et aux infirmières, ça faisait six mois que je demandais l'aide d'une aide-soignante pour la douche, l'habillage et le couchage de mon papi. Il ne voulait pas retourner à l'hôpital, il voulait mourir à la maison. Une aide-ménagère était avec moi, on n'arrivait pas à le réveiller alors elle a appelé le 15, ils l'ont emmené à l'hôpital, il y est mort le lendemain, tout seul. Qu'il soit mort tout seul et à l'hôpital est mon plus grand regret. Je m'en voudrais tout le temps. Le lendemain de sa mort, j'ai reçu le planning des aides-soignantes ».

Le tableau ci-dessous résume les problèmes des 3 phases du parcours.

Tableau 8 : Phases du parcours de l'utilisateur

Phase 1 Les débuts / l'information	Phase 2 L'accompagnement et continu	Phase 3 La fin de vie
Problèmes d'identification des besoins Usager n'ose pas discuter de ses incapacités / n'est pas entendu. Problème sur le manque d'information : quels services existent, quels sont mes droits ? Problèmes des coûts, quels coûts, quelles aides ?	Les IDEL, les SAP et le SSIAD apportent, ensemble, les soutiens quotidiens qui permettent à la personne de rester au domicile, ils opèrent une veille sanitaire, sociale et psychologique auprès de l'utilisateur. Qu'en est-il des personnes sans service quotidien ?	Les ennuis de santé s'accumulent. La mort n'a pas été discutée, la personne de confiance n'est pas en place, ni les directives anticipées de fin de vie. L'utilisateur se retrouve hospitalisé, à chaque hospitalisation il perd de l'autonomie et confiance.

La phase de début et la phase terminale sont les deux phases qui demandent urgemment un meilleur accompagnement de l'utilisateur.

L'information sur les services et l'amélioration de l'accompagnement par des services fédérés est une nécessité. Les méthodes pour diffuser l'information sont à adapter au type de public. Le projet personnalisé doit aussi identifier les coûts des options d'accompagnement possibles et des aides à disposition. Je propose de développer cet aspect dans le paragraphe suivant.

2.3.3. Les impacts financiers sur l'utilisateur et les services

L'utilisateur paie pour les SAP en totalité, partiellement ou très peu selon le montant de l'APA qu'il perçoit. Le dossier qui va répondre à cette question des financements met environ deux mois. En cas d'urgence, accompagné par le CLIC, l'utilisateur peut recevoir l'APA dans un délai plus court. Il faut quand même qu'il remplisse la grille AGIR pour que le pôle PA-PH prenne une décision et vienne vérifier l'évaluation en urgence. Cette phase de début est difficile à gérer pour l'utilisateur face à des démarches compliquées et nouvelles. Parfois, l'utilisateur n'avoue pas sa perte d'autonomie ou souffre de l'avouer, et il n'anticipe pas les démarches. De plus, il s'inquiète des coûts et hésite à ouvrir son domicile à des étrangers. Finalement, les usagers se demandent pourquoi ils doivent répéter tant de fois leur histoire, à tant de prestataires, comme si personne ne se parlait.

Dans d'autres situations, un IDEL décourage, plus ou moins subtilement, l'utilisateur dans la demande de SSIAD. Il veut garder la douche par semaine, car c'est une source de

revenus, mais ne peut pas venir tous les jours pour aider à la toilette et l'habillage. Un usager me confie, « *J'avais peur de fâcher mon infirmière si je demandais une aide-soignante, d'ailleurs quand je l'ai finalement fait, elle m'a dit, d'un air ronchon, que je n'en avais pas besoin, qu'une douche par semaine me suffisait.* ». Un autre usager m'a confié : « *on se débrouillait, on se débarbouillait comme on pouvait les autres jours...* », car l'aide-ménagère décourageait les démarches, car elle avait peur de perdre des heures de travail.

Les enjeux financiers sont réels et connaître les coûts des prestations est une nécessité pour que l'utilisateur décide en possédant tous les tenants et les aboutissants de sa décision.

a) L'INFORMATION SUR LES COÛTS ENTRAÎNE DES CHOIX ÉCLAIRÉS SUR LE CHOIX DES PRESTATIONS

L'utilisateur s'inquiète des coûts des prestations proposées. En effet, chaque prestataire présente les coûts de ses prestations et souvent de manière vague. Ils suggèrent simplement l'existence des aides. Très souvent la temporalité des aides et des prestations est décalée. Au début, il est difficile d'identifier exactement les coûts et les aides. Cet inconnu inquiète l'utilisateur. L'impossibilité de payer fait redouter l'obligation d'aller en EHPAD, où là traditionnellement l'on est pris en charge. En fait, d'après moi, les services à domicile sont plutôt rentables, et pour l'utilisateur et pour la société, comparés aux coûts des EHPAD, ce que montre le graphique ci-dessous.

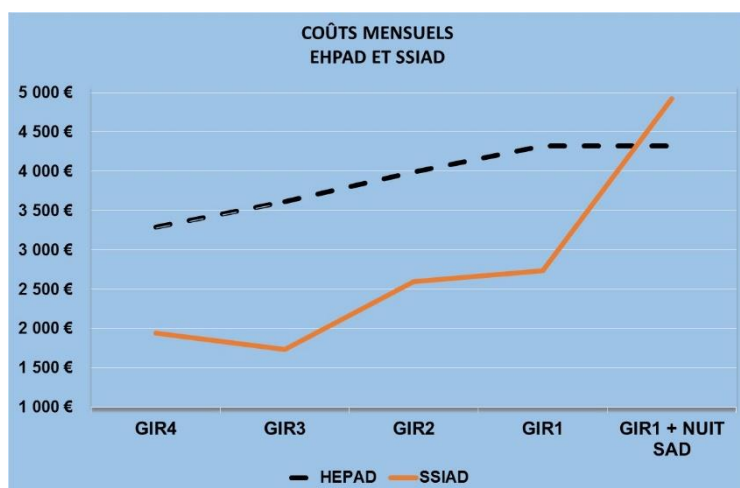


Figure 1 : Comparaison entre coûts SAD et EHPAD

Le graphique ci-contre montre que le coût mensuel total des SAD est très en dessous des coûts d'un EHPAD. Les coûts totaux incluent ceux payés par l'utilisateur et ceux payés par les instances (coûts sociétaux). Quand une garde de nuit devient

nécessaire, là l'EHPAD devient moins onéreux.

Le tableau, ci-dessous, présente un modèle d'évaluation des coûts⁶⁹ personnalisé tel qu'il devrait être présenté à un usager, en tenant compte du GIR, des aides et des

Tableau 9 : Coûts pour un usager aux revenus <700€ / mois

⁶⁹ Voir annexe 3 : bilan financier moyen pour l'utilisateur

revenus de l'utilisateur. Les coûts de l'EHPAD sont globaux, les coûts du SSIAD et des SAD sont plus détaillés.

	SSIAD	EHPAD	SSIAD	EHPAD	SSIAD	EHPAD	SSIAD	EHPAD	SSIAD
	GIR 1	GIR 1	GIR 1	GIR 2	GIR 2	GIR 3	GIR 3	GIR 4	GIR 4
PRIX DE JOURNEE/ USAGER	- €	57 €	- €	57 €	- €	57 €	- €	57 €	- €
CD, APA hébergement*	- €	55 €	- €	44 €	- €	32 €	- €	21 €	- €
ARS, CPAM	42 €	29 €	42 €	29 €	42 €	29 €	42 €	29 €	42 €
sous- total par jour	42 €	142 €	42 €	131 €	42 €	118 €	42 €	108 €	42 €
sous- total par mois	1 281 €	4 320 €	1 281 €	3 988 €	1 281 €	3 613 €	1 281 €	3 287 €	1 281 €
AUTRES SAD									
TRANSPORT PAR SEMAINE	12 €		12 €		12 €		12 €		12 €
ACTIVITS LIEN SOCIAL / SEM	5 €		5 €		5 €		5 €		5 €
cout total SAP / SEM	224 €		160 €		128 €		96 €		64 €
SAP subvention APA / SEM	179 €		128 €		102 €		77 €		51 €
SAP à la charge usager / SEM	45 €		32 €		26 €		19 €		13 €
PORTAGE DE REPAS / SEM	140 €		140 €		140 €		100 €		52 €
TELEASSISTANCE / COUT MENSUEL	14 €		14 €		14 €		14 €		14 €
TELEASSISTANCE / APA /MENSUEL	21 €		21 €		21 €		21 €		21 €
GARDE DE NUIT	1 906 €								
COÛTS MENSUELS USAGERS	2 844 €	1 736 €	882 €	1 736 €	855 €	1 736 €	653 €	1 736 €	416 €
COÛTS MENSUELS SOCIETAUX	2 079 €	2 584 €	1 857 €	2 252 €	1 746 €	1 876 €	1 635 €	1 550 €	1 524 €
TOTAL	4 923 €	4 320 €	2 739 €	3 988 €	2 601 €	3 613 €	2 289 €	3 287 €	1 940 €
DIFFERENCE des totaux	603 €		- 1 347 €		- 1 347 €		- 1 347 €		- 1 347 €
DIFFERENCE pour l'utilisateur	1 108 €		- 854 €		- 882 €		- 1 083 €		- 1 321 €

Les coûts en transport et activité lien social se basent sur une activité par semaine. Les coûts SAP augmentent au fur et à mesure que le GIR augmente, (4 heures par semaine à GIR 4, jusqu'à 14 heures à GIR 1 + nuit). Le portage de repas commence avec 5 repas, par semaine, en GIR 4 et devient 14 repas, par semaine, en GIR 2 et 1. Le coût total considère les coûts assumés par l'utilisateur auquel s'ajoutent les coûts sociétaux, c'est-à-dire l'APA et le forfait « soin » de la CNAM. À noter que les autres aides possibles, comme l'allocation personnalisée au logement, l'aide à l'adaptation du logement au vieillissement, ne sont pas incluses ici. Cette évaluation a considéré des coûts moyens et des aides moyennes. Chaque usager prendrait une décision informée, si ce tableau des coûts lui était fourni de manière personnalisée, tenant compte de sa situation et de ses revenus.

Outre l'inquiétude des coûts, les usagers ont aussi identifié la vie rassurante qu'offrent des soins continus et personnalisés au domicile. Ils m'ont donné des exemples d'actions qui prouvent cette fonction de prévention des services SSIAD. Je la vois comme une veille sanitaire, sociale et psychologique. Les coûts des SAD restent inférieurs aux coûts en EHPAD, jusqu'à ce qu'une garde de nuit devienne nécessaire.

2.3.4. La veille sanitaire, sociale et psychologique des usagers

La veille sanitaire psychologique et sociale de la personne âgée en perte d'autonomie est importante pour la prévention des accidents, incidents et problèmes de santé. À mon avis, le SSIAD qui vient quotidiennement au domicile, est le mieux à même d'assurer cette veille sanitaire, psychologique et sociale. En plus de soignants formés, il est structuré de façon à communiquer sur les problématiques rencontrées. L'aide-soignant ne fait pas de diagnostic, il alerte l'IDEC de façon à informer ceux qui feront ce diagnostic. Le succès de la veille opérée par le SSIAD, au cours de la phase 2 du parcours, est lié à l'organisation même du travail. En effet quand l'IDEL fait une visite hebdomadaire et le SAP,

2 à 3 visites par semaine, le SSIAD assure une veille sanitaire, sociale et psychologique journalière. La continuité des visites, leur caractère quotidien, est la valeur ajoutée de l'accompagnement du SSIAD pour assurer la sécurité de l'usager et de son aidant. Les aides-soignants s'appuient sur une organisation formalisée de transmissions ciblées journalières, de réunions de coordination et d'IDEC d'astreinte. Le tableau ci-dessous décrit des exemples concrets de cette veille sanitaire, sociale et psychologique et le suivi de l'IDEC.

Tableau 10 : Veille sanitaire, sociale et psychologique

	TYPES DE VEILLES				
	Sanitaire	Sociale	Psychologique	Autonomie	Actions IDEC
Usager 1	A- perte de poids chez usager	B- Aidant m'a dit être inquiet, ne peut plus payer SAP et fuel	C-Usager pleure continuellement	D- Aide à la mobilisation inadaptée car perte d'autonomie récente	A et C → médecin B et D→ CLIC
Usager 2	A-Usager a continuellement la nausée	B-Aidant et usager ne voient plus personne chez eux et ne peuvent se déplacer	C-Aidant m'a dit qu'elle était épuisée	D-Usager a peur la nuit et ne veut plus aller aux toilettes dans le noir	A→ Médecin B→ Lien social / SAP C→ Hébergement temporaire D→ Ergothérapeute
Usager 3	A-Région intime de l'usager malodorante malgré plus de soins / région cutanée très rouge	B-usager a perdu son dentier et ne peut pas en acheter un autre	C-AS pense que aidant est maltraitant	D-Usager ne peut plus se relever des toilettes, aidant a mal au dos.	A→ Médecin B→ CCAS C→ CLIC D→ Ergothérapeute
Usager 4	A-Usager a continuellement mal à la tête / des oedèmes	B-	C-Usager dit qu'il veut mourir	D-Logement très insalubre, odeurs épouvantables	A et C → Médecin D→ CLIC / MAIA / pole PA-PH

Ci-dessus, je décris les actions d'accompagnement les plus communes. À noter la place prépondérante du médecin dans la résolution des problématiques sanitaires et psychologiques.

La veille sanitaire, sociale et psychologique s'effectue sur des observations tangibles qui aident les cliniciens à diagnostiquer les problèmes sanitaires et psychologiques. En ce qui concerne les problèmes sociaux, l'IDEC utilise son réseau pour les gérer ou du moins alerter. Ce travail en réseau est très important pour la sécurité des usagers et des aidants.

En conclusion, je peux dire que les entretiens m'ont beaucoup renseignée sur la vie de l'usager et de sa relation avec les SAD. Pour continuer cette réflexion sur le travail en réseau, j'ai réalisé ci-dessous une analyse stratégique de la situation des SAD sur le territoire.

2.4. L'analyse stratégique

L'analyse stratégique se subdivise en 2 parties. D'une part, l'analyse des *strengths*, *weaknesses*, *opportunities*, *threats* (SWOT)⁷⁰. Soit un outil d'analyse stratégique qui explore les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces organisationnelles concernant ASSIEL. Le but recherché est d'identifier des actions qui permettraient de renforcer les forces, annihiler les faiblesses, saisir les opportunités et minimiser ou voire supprimer les menaces.

D'autre part, comme ce projet concerne le réseau, j'enchaîne par une analyse critique du travail en réseau. À cet effet, j'ai revu les brochures qu'ils mettent à la disposition du public où ils s'auto-décrivent. Sont-ils décrits en solitaire ou en maillon d'une chaîne de services ?

2.4.1. Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces

Le SWOT, qui suit, est surtout concerné par les services que je dirige, les SSIAD et l'ESA. Il prend aussi en compte quelques-uns des SAD du territoire, ceux avec lesquels j'ai développé des partenariats.

a) LES FORCES

Les équipes sont habituées au changement depuis la mutualisation des 2 SSIAD, en 2013. Les aidants et le personnel sont motivés et les usagers sont impliqués dans les décisions qui concernent leur parcours. Le directoire et le conseil d'administration sont attentifs aux usagers et à leur écoute. Ils sont aussi conscients de leur responsabilité sociale à l'égard du personnel. Sur le territoire départemental nord de la Loire-Atlantique, l'ESA et le service lien social et soutien aux aidants sont très actifs et contribuent à satisfaire les usagers. La loi 2002-2 est appliquée auprès des usagers et tous les outils sont en place⁷¹. J'ajoute qu'une évaluation interne s'est avérée très satisfaisante et l'enquête annuelle de satisfaction des usagers démontre un indice de satisfaction à 96 %. Les finances d'ASSIEL sont stables et le parangonnage des indicateurs ANAP montre des résultats plus favorables que les moyennes régionales et nationales pour des établissements de même taille. Ces forces font d'ASSIEL une association de qualité, présagent d'une pérennité manifeste et de potentiels de développement.

b) LES FAIBLESSES

Les SAP sont en compétition et s'ils ont signé une convention, celle-ci les engage sans conviction, mais les satisfait. Ils craignent les partenariats et semblent vouloir garder

⁷⁰ L'outil SWOT structure l'analyse stratégique de l'association ASSIEL en 4 parties : l'analyse des forces (strength), des faiblesses (weaknesses), des opportunités (opportunities) et des menaces (threats). (ANSOFF 1988).

⁷¹ Outils de la loi 2002

leur indépendance organisationnelle. L'utilisateur quant à lui se perd dans la liste des services aux sigles énigmatiques tels que CLIC, MAIA, pôle PA-PH. De plus, ils ignorent souvent ce que ces services peuvent offrir et ne savent pas vers qui se tourner en premier lieu.

Les risques professionnels identifiés dans le DUERP sont similaires dans tous les SAD, notamment les risques routiers, les risques musculo-squelettiques et les risques psychosociaux. Ces risques affectent le moral des travailleurs sur le terrain. Les formations pour la prévention de ces risques ne sont pas mutualisées entre SAD du territoire.

D'autre part, les plannings des aides-soignants présentent l'avantage d'être équitables, bien gérés et prévisibles avec des roulements établis pour plusieurs années. En contrepartie, les remplacements sont difficiles à organiser et les aides-soignants qui voudraient travailler à temps plein, sur le SSIAD, ne le peuvent pas. Certains remplaçants trouvent un CDI et quittent ASSIEL. Des aides-soignants formés quittent ainsi le SSIAD et il faut en former d'autres.

c) LES OPPORTUNITÉS

L'ARS a lancé un appel d'offres pour la création de services polyvalents d'aide et de soins à domicile SPASAD. Ces services polyvalents consistent à renforcer les liens entre les services à la personne et les SSIAD pour mieux coordonner le parcours de soins de l'utilisateur. L'idée est de formaliser cette collaboration et de la rendre concrète en finançant un coordinateur pour 3 ans.

La 12^{ème} rencontre nationale sur les réseaux de santé personnes âgées organisée par la direction générale de l'offre de soins, le 12 novembre 2015 s'est consacrée à la création des plateformes territoriales d'appui. Le but est de créer une coordination plus intégrée et plus lisible pour les professionnels, une coordination plus cohérente pour réaliser des missions partagées. Avec cette approche en mission partagée, une attention toute particulière se porte sur l'accès aux services, quels que soient la complexité, l'âge ou les pathologies. Des exemples de plateformes sont cités : les Yvelines et les Deux-Sèvres. C'est donc maintenant qu'il faut réaliser ce type de projet.

Le succès du lien social et soutien aux aidants est indéniable et a pour conséquence de rendre le SSIAD encore plus attractif. D'autres petits SSIAD isolés et proches pourraient gagner en soutien et infrastructure en s'alliant à ASSIEL, faisant d'ASSIEL un plus important service sur la région. Le groupement de plusieurs SSIAD augmenterait encore la position d'acteur incontournable d'ASSIEL, pour les financeurs et les politiques. S'allier, par exemple, au SSIAD de Ligné, 30 places, serait une opportunité.

Je trouve qu'un avantage majeur serait la création d'un service codirigé avec l'hôpital pour cerner et développer tous les aspects liés à la fin de vie des usagers. En effet, c'est avec l'hôpital et les médecins traitants que la personne de confiance et les directives anticipées peuvent être mises en place. Le dossier médical partagé naissant cette année

offre enfin le maillon qui manquait pour améliorer la communication des objectifs de soins. Un alignement stratégique existe entre les politiques régionales de l'agence régionale de santé (ARS), et les politiques départementales du conseil départemental (CD). Les mêmes priorités émergent : la personne âgée décide de son parcours personnalisé et a la possibilité, si telle est sa décision, de rester chez elle. Cet alignement stratégique est au cœur de tous les dispositifs du territoire d'Ancenis, ASSIEL, le CLIC, la MAIA et le pôle PA-PH. Le personnel des SSIAD applique ce principe à la lettre et va au domicile sans imposer ses vues. Avoir les mêmes valeurs est une base saine pour fédérer le travail en réseau.

d) LES MENACES

La compétition pour les financements étant intense dans le milieu médico-social, la menace est donc financière. L'ESA, par exemple, risque de perdre des secteurs, donc, des financements, car le territoire couvert est large et des délais de réponse aux demandes pourraient amener la création de places supplémentaires proche des lieux de demande. À noter que les mutuelles et associations diverses développent des réseaux de bénévoles pour les liens sociaux et les usagers avec des problèmes de mémoire.

En ce qui concerne le SSIAD, l'occupation est à 96.72 %, soit une sous-occupation de 3.28 %. C'est l'équivalent d'un peu plus de 3 places, soit 1197 jours pour l'année. Bien que lié au non-remplacement des usagers hospitalisés ou partis en vacances, les instances pourraient considérer qu'il y a 3 places inutilisées. Ces places pourraient être redistribuées à d'autres établissements en suractivité.

e) CONCLUSION DE L'ANALYSE SWOT ET DES BESOINS IDENTIFIÉS

L'analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces d'ASSIEL, auxquels s'ajoutent les mesures quantitatives du tableau de bord ANAP, permet d'identifier des axes d'amélioration au niveau du réseau des prestataires. En plaçant l'utilisateur au cœur du système, les axes incluent la relation avec l'hôpital, l'occupation des places du SSIAD, l'accompagnement de l'utilisateur en fin de vie et l'information des usagers. Cela demande une compréhension du réseau.

2.4.2. Le travail en réseau

Les entretiens ont mis en évidence le travail en silo des services. Cet aspect est corroboré par le rapport ROCH⁷² cité plus haut. Pour avancer cette discussion, j'ai rencontré les responsables des services locaux qui ont confirmé le rapport ROCH⁷³. Comme mon projet a pour but de fédérer les services à domicile pour sécuriser le parcours de la personne âgée, il implique améliorer le travail en réseau. J'ai décidé de progresser dans la

⁷² (ROCH 2014)

⁷³ Idem.

compréhension du réseau en observant les brochures et les sites internet des services locaux. Chaque service produit sa brochure et a créé son site internet. Le contenu des brochures et sites internet apporte les informations spécifiques sur chaque service.

Le CLIC décrit ses missions : informer, réaliser une évaluation des besoins, coordonner les actions des professionnels et proposer des actions de prévention. En dehors de sa relation spécifique avec la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), cette brochure ne décrit pas les autres partenaires. Elle ne reflète pas les intentions, de travailler en réseau, décrites par la directrice lorsque je l'ai rencontrée.

La brochure de la MAIA, publiée en octobre 2014, par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), introduit le modèle organisationnel national et 3 missions : concertation, guichet intégré et gestion de cas. La brochure cite les opérateurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux sans s'attarder sur leurs missions. Le guichet intégré est déconnecté du CLIC, vu lui comme le guichet unique et la porte d'entrée par beaucoup. La mise en œuvre et le mode opératoire MAIA sont ensuite décrits avec deux pages de description du guichet intégré. Ce dernier n'est pas situé au milieu des actions, des services, des guichets déjà existants. La brochure se termine par une description de cas suivis, coordonnés par la MAIA, avec peu de reconnaissance du CLIC, du pôle PA-PH. Les trois missions de la MAIA s'intègrent difficilement dans l'existant, en dehors de la complémentarité qu'offre le service de coordination des cas complexes. Les moyens mis à disposition pour créer le guichet unique ne sont pas cités.

La brochure sur la téléassistance décrit son service et cite le centre communal d'action social (CCAS) et la mairie comme lieu de demande de service. Elle n'introduit pas les services d'appui complémentaires à ce service.

La brochure, « Aide sociale aux personnes âgées », publiée par le département de Loire-Atlantique, conseille de contacter l'unité « successions et recours » du département pour obtenir l'aide sociale allouée aux plus défavorisés. Cette aide est en complément de l'APA, mais rien n'indique comment et quel service alloue l'APA.

La brochure des centres médico-sociaux du département propose un accompagnement social en cas de difficultés financières. Le lien avec les autres services n'est pas explicité.

Les SAP, « Bien à la maison », l'ADAR⁷⁴, ADTI⁷⁵, et ADMR⁷⁶ décrivent leurs services, leurs ambitions qualitatives et leurs tarifs. Ils ne parlent pas du réseau dans lequel ils s'inscrivent. Sur les sites internet, pas de lien direct avec le CLIC, le pôle PA-PH ou la MAIA. Les aides financières ne sont pas abordées.

⁷⁴ ADAR = Association d'aide aux personnes à domicile depuis 1973.

⁷⁵ ADT = aide à domicile pour tous

⁷⁶ ADMR = aide à domicile en milieu rural (1976) ; maintenant service à la personne

ASSIEL sur son site internet décrit les services proposés : SSIAD, ESA, portage de repas et lien social et soutien aux aidants. Cependant, l'association ne donne pas d'information sur les coûts, la façon d'obtenir des moyens et rendre ces services abordables.

Le pôle PA-PH, au sein du département de Loire-Atlantique, depuis 2013, est regroupé, sous l'ombrelle du service « solidarité » avec tous les services que le département soutient sur Ancenis. Le service solidarité regroupe aussi les unités de vie sociale insertion, l'aide sociale à l'enfance, l'accueil familial, la protection maternelle infantile et la mission d'accueil de proximité. La dimension collaborative des services locaux est explicitée, par écrit, dans les brochures et sur le site internet du service solidarité du département. Au cours des entretiens, les responsables et acteurs du pôle PA-PH traduisent cet objectif de travail en réseau. Ils le concrétisent en organisant des rencontres interdisciplinaires. Ce sont les seuls dans le réseau à travailler délibérément à sa construction.

En conclusion, au travers des brochures et des sites internet, je peux dire que très peu de services encouragent le lien avec les autres services du réseau. Ceci ne démontre pas une volonté avérée de travailler en réseau, à de rares exceptions près.

a) LE PROJET DÉPARTEMENTAL « BIEN VIEILLIR EN LOIRE-ATLANTIQUE »

Le département a rassemblé les informations dans un livret unique : « Bien vieillir en Loire-Atlantique ». Ce document a 4 chapitres intitulés : « Vivre à son domicile », « Changer de lieu de vie », « Trouver des solutions relais » et « Informations pratiques ». Un annuaire des différents services disponibles par région termine cette brochure.

Le chapitre « Vivre à son domicile » concerne tout particulièrement ce projet. Il décrit les services à la personne (pour une aide au ménage, aux courses, aux repas, à la toilette et de l'accompagnement) ; le portage de repas ; la téléassistance et les services de soins infirmiers à domicile. La brochure décrit aussi les aides aux déplacements, au loyer et à l'adaptation de son logement à la perte d'autonomie. Pour chacun de ces services un paragraphe décrit les aides financières possibles, les services que l'utilisateur peut contacter pour obtenir ces aides et les coordonnées des agences. L'utilisateur est aussi redirigé vers un site internet pour plus d'informations où je n'ai rien trouvé de plus.

Si la brochure « Bien vieillir en Loire-Atlantique » est interdisciplinaire et très informative, elle est superficielle dans le contenu qui concerne le SSIAD. La brochure explique, je cite : « *de nombreux services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) existent en Loire-Atlantique. Sur prescription médicale, des infirmières ou des aides-soignantes peuvent se déplacer à domicile.* ». Les missions du SSIAD ne sont pas décrites et l'accompagnement continu n'est pas explicité. Malheureusement, un usager qui ne sait pas ce qui peut être fait, hygiène, lever, coucher, habillage, 7 jours sur 7, indéfiniment, peut

penser que le SSIAD est une aide ponctuelle⁷⁷. Sa seule option est d'aller en maison de retraite alors qu'il veut rester à domicile. Les SSIAD ne figurent pas dans l'annuaire en fin de brochure, ni les SAP. Les sites Internet n'ajoutent pas d'informations supplémentaires sur ce sujet, ni de liens automatiques. Les services ESA et supports aux aidants ne sont pas traités sauf par le chapitre « Trouver des solutions relais » qui donne des périodes de répit ponctuel, aux aidants. Les formations, les groupes de supports ne sont pas cités.

Finalement, le sujet de la fin de vie, la description de tous les services à domicile offerts par le sanitaire tel qu' HAD, service anti-douleur, équipe mobile de soins palliatifs et service de gérontologie, ne sont pas mentionnés. La mise en place de la personne de confiance et des directives anticipées n'est pas suggérée. En dehors de la téléassistance, aucune solution domotique et robotique n'est présentée

Néanmoins, cette brochure « Bien vieillir en Loire-Atlantique » est un très bon début, le format est pluridisciplinaire, attrayant et simple à comprendre. Il est à la portée de tous et offre une synthèse sur les possibilités de SAD. Cependant la description du SSIAD doit être plus détaillée pour que les usagers réalisent les possibilités qui s'ouvrent à eux. Être mieux décrit dans cette brochure générale, du conseil départemental, est une opportunité pour le SSIAD.

2.5. Les enjeux

D'une part, les enjeux sont de répondre aux besoins identifiés dans les chapitres précédents. D'autre part, il faut fédérer les parties prenantes pour améliorer l'accès aux services, améliorer la qualité et clarifier les aspects financiers. Non pas le moindre des enjeux, l'accompagnement du changement est à considérer.

2.5.1. Les réponses aux besoins des usagers

Une réponse aux besoins vise à mieux accompagner l'utilisateur en début de parcours. Mieux encore, il s'agit d'anticiper ce parcours et des pertes éventuelles d'autonomie. D'autres réponses concernent prévenir les accidents de la vie, puis de mieux accompagner l'utilisateur en fin de vie. Les aspects financiers font aussi partie de ce que l'utilisateur doit connaître pour décider en connaissant tous les tenants et les aboutissants.

a) LES BESOINS EN INFORMATION

Les besoins d'information concernent tout le parcours. La clef d'un parcours serein est d'avoir anticipé la plupart des problématiques, urgences exceptées, avant que celles-ci ne se présentent. Est-il utopique d'envisager que le domicile soit adapté dès la construction

⁷⁷ En effet, « sur prescription médicale » introduit une notion d'aide temporaire comme le sont en général les prescription médicamenteuses.

de la maison ou de l'immeuble ? Ou avant les pertes d'autonomie ? Les nouvelles technologies domotiques et robotiques, si elles sont mises en place tôt, vont permettre à la personne âgée de se familiariser avec leur fonctionnement et leur utilisation. Elles peuvent inclure : un interrupteur intelligent ; des volets roulants intelligents (ouverture et fermeture des volets centralisées sur une télécommande, ouverture automatique s'il y a un incendie ou une détection de fumée ou de CO2, ouverture automatique au rythme du soleil) ; un déverrouillage automatique de la porte d'entrée (en cas de chute ou d'incendie) ; un chauffage central et air climatisé connecté à une centrale météo ; une alarme sécurité connectée au domicile des enfants qui prennent connaissance d'une intrusion ; une téléassistance connectée à un détecteur de mouvements ; une connexion orale ou vidéo entre enfants et parents ; une ouverture et fermeture automatique des portes intérieures ; un arrosage de jardin automatique ; un aspirateur automatique et une tonte de pelouse automatique. Les options sont sans limite.

Diffuser l'information à des conférences, des soirées, des réunions de communes, des repas annuels dans les communes, des réunions de conseil de vie sociale (CVS), faire des démonstrations dans des foires commerciales, sont quelques-unes des stratégies possibles. Le format « les usagers parlent aux usagers » peut être d'un grand secours. En effet, l'utilisateur en intervenant est valorisé mais surtout il comprend mieux les problématiques auxquelles les participants feront bientôt face.

Une fois les besoins établis quand les pertes d'autonomie sont avérées, le circuit normal de rendez-vous au CLIC pour faire une évaluation des besoins et établir le GIR est approprié. L'enchaînement, CLIC pour l'évaluation, service pôle PA-PH pour obtenir l'APA et les SAP selon les besoins s'enchaîne de manière traditionnelle. Sur prescription médicale, le service de l'IDEL, pour faire le pilulier, la téléassistance pour le secours ponctuel et le SSIAD pour les soins journaliers se mettent en place.

b) L'ACCOMPAGNEMENT ET LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS DE LA VIE

Les SAD sont nombreux et il semble possible d'accompagner l'utilisateur qui le désire dans la plupart des cas. Tout au long du parcours, il sera nécessaire de réévaluer les besoins pour réajuster les services.

L'autonomie des acteurs de terrain est une stratégie primordiale pour prévenir les accidents de la vie. Elle est aussi nécessaire de façon à réagir énergiquement dès qu'un problème est identifié chez l'utilisateur. Des fiches réflexes pourront être élaborées de manière pluridisciplinaire, servant ainsi à fédérer les personnels et définir « Qui fait quoi » et « Qui je contacte », « Quand ». Pour certains personnels, qui dit autonomie, dit prise de risque, pour d'autre, autonomie est synonyme de satisfaction au travail et de reconnaissance des compétences. Les partenaires du territoire, eux très autonomes, doivent apprendre à communiquer avec les autres SAD.

La prévention des accidents de la vie chez l'utilisateur concerne les vigilances et impose du personnel formé à reconnaître les risques et les mécanismes pour les signaler. La prévention des accidents de la vie s'inscrit dans les programmes nationaux et régionaux⁷⁸. Les stratégies clefs sur le plan national sont concernées par une vigilance sanitaire, sociale et psychologique. Les risques à prévenir sont par exemple la malnutrition, le risque infectieux, les risques climatiques liés au froid ou à la canicule pour n'en mentionner que quelques-uns. Les situations de pandémie gastroentérologique ou infectieuse sont signalées à l'ARS. La police peut être appelée pour une situation de maltraitance grave. La prévention des addictions, des chutes et des brûlures est aussi nécessaire. La vigilance en rapport à la santé mentale, telle que la prévention du suicide, implique reconnaître les situations critiques⁷⁹. Le risque médicamenteux, bien que plus spécifiquement la responsabilité des IDEL, peut être détecté par l'aide-soignant qui observe des anomalies telles qu'un usager qui ne prend pas ses médicaments, semble les mélanger, a suspendu son traitement car il n'en a plus (manque de moyens ou impossibilité d'aller à la pharmacie), des médicaments stockés ouverts ou en milieu humide. Finalement, tout un système sociétal préventif existe tel que vaccinations, surveillance bucco-dentaire, prévention des cancers colorectaux et du sein (dépistages régionaux), surveillance gynécologique. Ces actions de prévention se font en partenariat avec le médecin traitant et s'appuient sur les programmes de dépistages nationaux. L'autre système qui permet de gérer les incidents et accidents de manière continue est le service d'astreinte IDEC et directeur. Le personnel a le support dont il a besoin dans la gestion des événements graves. L'encadrement et ou le directeur peut faire une déclaration en ligne avec l'ARS ou le département de Loire-Atlantique pour les signalements de pandémies. Finalement, une procédure résume les responsabilités de tout un chacun dans cette gestion des incidents et des préventions. L'organisation même du SSIAD, avec les réunions bihebdomadaires, une transmission journalière et la mise à jour pluriquotidienne des dossiers de soins, rend possible la vigilance des aides-soignantes. Ce système, à part pour les briefings, ne suffit pas pour l'accompagnement de fin de vie.

c) L'ACCOMPAGNEMENT EN FIN DE VIE

Appréhender la fin de vie et savoir ce que l'utilisateur souhaite est important. Concrètement il s'agit, d'une part, d'établir la personne de confiance qui exprimera les souhaits si l'utilisateur ne peut plus le faire. Il s'agit d'autre part d'établir les directives anticipées.

⁷⁸ (HAUTE AUTORITE DE SANTE, social-sante.gouv.fr 2016)

⁷⁹ L'utilisateur peut avoir des problèmes psychiatriques connus, parler du suicide, avoir déjà tenté de se suicider. Il peut aussi vivre un moment difficile tel que la perte d'un proche, être isolé, avoir des problèmes financiers.

En 1976, le conseil européen a explicité les droits des mourants comme étant les droits à la liberté, à la dignité et à l'intégrité de la personnalité, d'être informé, de recevoir les soins appropriés et de ne pas souffrir. La haute autorité de santé (HAS), pour opérationnaliser les droits des personnes vulnérables, a recommandé la mise en place de la personne de confiance et des directives anticipées. La HAS a récemment publié un document et des outils⁸⁰ pour aider dans la démarche de mise en place de la personne de confiance. Le rôle de la personne de confiance est décrit et inclus : le soutien avec les décisions concernant la santé ; l'assistance aux consultations ou aux entretiens médicaux ; l'accès à l'information concernant l'utilisateur avec son accord. Le guide recommande aussi de réaliser les directives anticipées et de les remettre à la personne de confiance.

Les directives anticipées sont les volontés de l'utilisateur, exprimées par écrit, sur les traitements qu'il souhaite ou ne souhaite pas. Idéalement celles-ci sont partagées avec la personne de confiance, le médecin traitant, l'hôpital et les soignants pour permettre à l'entourage de prendre les décisions en accord avec ces directives.

Si établir la personne de confiance est une décision qui peut générer des émotions dans la famille, la rédaction des directives anticipées est encore plus difficile et émotionnelle. Dans son livre sur la fin de vie, ABRAHAM⁸¹ surligne différents aspects à considérer dans l'éthique de cet accompagnement. Notamment, elle note que « *les aides-soignantes sont souvent les premières à accueillir la souffrance ... à détecter la détresse ... (de l'utilisateur)* ». Elle surligne aussi des aspects comme l'anéantissement de l'espoir⁸², la recherche de sens au terme de sa vie et le besoin de spiritualité⁸³. Son livre aide à réfléchir sur ce que la fin de vie est, sur les façons dont on peut écouter nos usagers. Rédiger un testament et signer une autorisation de prélèvement d'organes sont des actions que certaines personnes refusent de faire, confrontées à différents degrés de superstition⁸⁴. La rédaction de directives anticipées peut attirer les mêmes superstitions. Pourtant, mon expérience australienne, où les directives anticipées sont en place depuis 1988⁸⁵, m'a démontré que le plus souvent, un soulagement suit la rédaction de ces directives. De plus le partage de ces directives avec la famille rassure et l'utilisateur et les aidants. L'HAS⁸⁶ met à disposition des documents pour aider la mise en place de cette procédure. Ces documents sont des outils utiles pour la formation du personnel et la mise en place de formulaires pour le SSIAD. Ils comprennent des documents de directives anticipées

⁸⁰ (HAUTE AUTORITE DE SANTE, *personne_confiance_v9.pdf* 2015)

⁸¹ (ABRAHAM 2015).

⁸² *Idem*, p. 25

⁸³ *Idem*, p. 50

⁸⁴ Rédiger son testament porte malheur en ce sens qu'il précipite l'heure de la mort.

⁸⁵ (PARLEMENT OF VICTORIA LEGAL AND SOCIAL ISSUES 2016)

⁸⁶ (HAUTE AUTORITE DE SANTE, *les-directives-anticipees-concernant-les-situations-de-fin-de-vie* 2016)

concernant la fin de vie, d'un document sur les directives anticipées à l'intention des professionnels de santé et services médico-sociaux et enfin des notes méthodologiques⁸⁷.

Ce projet doit absolument impliquer l'hôpital, car c'est là que vont la majorité des usagers libellés « sortis » du SSIAD (68 %). De plus, l'hôpital offre les services nécessaires à une fin de vie au domicile : équipe mobile de soins palliatifs, service anti-douleur, HAD, équipe mobile de gériatrie. Il semble donc crucial de les impliquer ainsi que le médecin traitant, pour établir procédures et méthode de soutien.

2.5.2. Qualité et prévention, des enjeux pour les SAD

Ma responsabilité de directeur est de m'assurer que l'utilisateur comprend bien les coûts qui lui seront facturés et les aides qu'il peut obtenir. Mais cette responsabilité ne s'arrête pas là. En effet, l'éthique d'un directeur est d'avoir une compétence financière poussée, et de rendre des comptes aux instances sur la position de l'établissement. La responsabilité sociale d'ASSIEL⁸⁸ est d'être pérenne de façon à maintenir l'emploi. Selon Bolton et Benn⁸⁹, maintenir l'emploi est une des responsabilités sociales d'une entreprise. J'ai présenté l'économie vermeil comme une opportunité pour le secteur médico-social. Je suis cependant consciente que si les SAD sont des secteurs en croissance, ils sont aussi des secteurs en compétition, cherchant des fonds auprès des mêmes instances. Pour fédérer les SAD la compétitivité est un handicap. De ce fait, les stratégies pour fédérer s'articuleront donc d'autant mieux sur des thèmes de collaboration non compétitifs. C'est le cas de qualité et du DUERP.

a) LA QUALITÉ

Le programme de gestion de risques sera intentionnellement un projet d'amélioration continue, basé sur les principes de « *total quality management (TQM)*⁹⁰ ». Cette démarche qualité est transformée en un cercle vertueux de prévention continue des risques. Elle s'applique aux usagers et au personnel. La prévention des risques des accidents de la vie s'ajoute au programme général avec des stratégies spécifiques à l'utilisateur.

Les instances, via les évaluations internes et externes, évaluent la qualité prodiguée par chaque établissement. Si ces évaluations demandent la liste des partenariats et des conventions établies avec les secteurs, il n'y a pas de méthodologie pour évaluer la valeur ajoutée de ces partenariats, de la perspective de l'utilisateur. Ce projet vise à améliorer la coordination entre les secteurs et je propose une évaluation pluridisciplinaire de la qualité

⁸⁷ Pourquoi et comment rédiger les directives anticipées.

⁸⁸ (BOLTON et BENN 2011)

⁸⁹ Ibidem

⁹⁰ (BADRICK et PRESTON 2001) ; TQM = total quality management = un cycle d'amélioration continue ; p 170

des prestataires et non plus une évaluation en silo. L'idée est qu'une seule évaluation holistique soit réalisée à partir du ressenti et du vécu des usagers et de leurs aidants. L'approche est d'évaluer la qualité de tous les services interconnectés, associés au parcours de l'utilisateur et des aidants plutôt que la qualité en silo de chaque prestataire indépendamment les uns des autres. Cette évaluation de la transversalité devra être sur le territoire d'Ancenis. En précurseur de cette initiative, les entretiens que j'ai conduits ont suivi ce type de modèle⁹¹. L'évaluation visera :

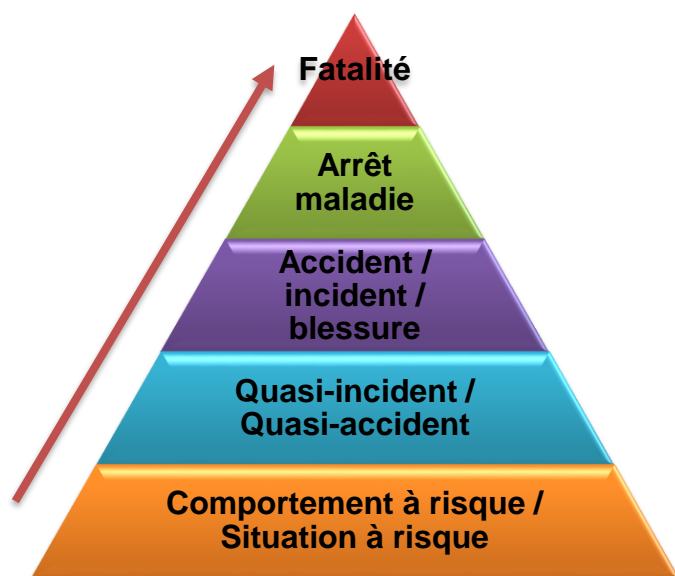
- L'accès aux services,
- Les connaissances des services,
- La qualité des informations reçues, coûts, subventions, aides
- L'absence ou la présence de contradictions entre les fournisseurs de services
- La rapidité d'intervention ou la longueur des délais
- La communication entre les prestataires
- La prévention des ruptures de parcours dues à une mauvaise coordination.

Ici aussi, mutualiser l'évaluation de la qualité entre tous les services permettrait de mutualiser les ressources d'un qualificateur partagé entre tous les prestataires.

La gestion de la qualité est un important aspect de mes responsabilités managériales. Il s'agit d'établir un programme d'amélioration continue, de prévenir les accidents de la vie au domicile des usagers et de mettre à jour le document unique d'évaluation des risques et de prévention (DUERP). Les concepts managériaux que j'applique visent à établir une culture de management continu de la qualité⁹² à tous les niveaux. À cet effet, la mise en place d'un outil ou d'une procédure devient une étape d'initiation. Le développement de l'outil est formateur. Trop souvent, développer un outil est vu comme une fin en soi alors que c'est le début d'une démarche d'amélioration continue. La période d'initiation est suivie d'une période de transformation pendant laquelle l'outil est rendu opérationnel au sein de l'organisation. Il n'est pas oublié dans un classeur, il devient vivant. Après une période d'essai de quelques mois, il est ré-évalué et modifié s'il le faut. Au travers du système existant des événements indésirables, on signale les événements avérés. À chaque incident signalé, des solutions correctives tentent de prévenir une récurrence. Ce système est bien en place et il est utilisé. La critique du personnel est que le suivi manque. J'ai proposé à la directrice générale de modifier le système déclaratif des incidents et des accidents, de le dynamiser avec quelques séances de brainstorming et la mise en place d'un forum informatisé pour y poster des idées d'amélioration.

⁹¹ Voir annexe 2 : Questionnaire des entretiens

⁹² (BADRICK et PRESTON 2001), page 169



Le diagramme ci-contre⁹³ représente l'échelle de gravité d'un incident. Un programme de gestion des risques s'attache à considérer chaque étape de cette échelle de risque.

Les comportements et les situations à risques sont identifiés en mettant en place des sessions de brainstorming. Chacun suggère des pistes et le groupe réfléchit aux moyens de contrer les risques en

opérant des changements structuraux ou en définissant des procédures. De plus un système de signalisation d'idée d'amélioration peut aider à adapter ou changer les comportements et les situations à risques. Il s'agit de s'appuyer sur l'intelligence collective pour avoir plus d'idées d'amélioration. C'est la méthode Toyota⁹⁴ qui permet aux idées de s'exprimer et d'être partagées.

Les quasi-incidents et les quasi-accidents sont les événements qui auraient pu se produire. Le risque a été détecté de justesse donc prévenu de justesse, ou la personne savait que ce risque existait, avait déjà été dans cette situation auparavant. Ces quasi-incidents et accidents doivent être signalés au même titre que les incidents et accidents avérés, car ils informent sur des actions préventives.

Les accidents, les incidents et les blessures ; les arrêts-maladies accidentels et les fatalités font l'objet de debriefing et d'une identification des causes profondes de ces événements. La méthode que j'utilise est celle des « 5 pourquoi ». Par exemple :

- 1er Pourquoi êtes-vous arrivé 2 heures en retard chez l'utilisateur ? Parce que j'ai eu une panne d'essence.
- 2nd Pourquoi avez-vous eu une panne d'essence ? Parce que je n'ai pas pu acheter d'essence en partant du centre.
- 3ème Pourquoi n'avez-vous pas acheté d'essence ? Parce que je ne pouvais pas payer.
- 4ème Pourquoi ne pouviez-vous pas payer ? Parce que mme X n'avait pas ramené la carte de crédit du centre
- 5ème Pourquoi mme X n'avait-elle pas ramené la carte de crédit au centre ? Parce qu'elle était rentrée chez elle avec le véhicule et la carte de crédit.

⁹³ Diagramme adapté et traduit de (DELOITTE TOUCHE TOHMATSU Mai 2014), p 5

⁹⁴ (YUZO 1991), Méthode qui encourage et récompense, annuellement, les idées d'amélioration les plus bénéfiques, chez TOYOTA.

Si pour l'incident « être 2 heures en retard chez l'utilisateur », on ne recherche pas la cause profonde, l'on se dira que l'aide-soignant était en retard et qu'à l'avenir il aurait un avertissement. En recherchant la cause profonde, on voit que la responsabilité est l'aide-soignante X et qu'il faut une procédure qui interdise de rentrer chez soi avec les véhicules, ou il faut plusieurs cartes de crédit, ou il faut ouvrir un compte dans une station essence.

Je propose, à la directrice générale et au conseil d'administration, la mise en place d'un programme complet qui inclut :

- Un système déclaratif unique mais tripartite qui demande, avant de remplir la feuille de signalisation d'événement indésirable, de choisir entre événement indésirable, quasi-incident et idée d'amélioration
- Une dynamisation du système, avec un système de récompense pour les meilleures idées d'amélioration de l'année.
- Enrichir le CHSCT⁹⁵ en invitant le comité qualité du conseil d'administration, augmentant les réunions de trimestrielles à mensuelles, le rendant pluridisciplinaires avec un médecin et un ergothérapeute et en réalisant une lettre ouverte mensuelle appelée « Lettre mensuelle de gestion des risques, prévention et amélioration des conditions de travail ».

Ce programme peut être partagé avec nos partenaires et évalué avec eux. Il en est de même pour la prévention des risques professionnels liés au travail à domicile.

b) LE DOCUMENT UNIQUE D'ÉVALUATION DES RISQUES ET DE PRÉVENTION

Le législateur impose à l'employeur de réaliser un document unique d'évaluation des risques et de prévention (DUERP)⁹⁶ pour le personnel. À ASSIEL, ce document a été réalisé en 2015, avec le personnel, et sera remis à jour fin 2016 pour ajouter les risques psychosociaux. Avec le DUERP, l'on identifie les risques sociaux professionnels, avérés ou potentiels. Sans jugement, tous les risques cités par le personnel sont intégrés au DUERP. La gravité de chaque risque est ensuite évaluée pour hiérarchiser la probabilité du risque. D'abord, le sentiment de gravité du personnel est pris en compte, puis pour objectiver cette évaluation, une analyse des incidents avérés des 3 dernières années, est réalisée. Pour finaliser cette échelle de gravité, les événements indésirables sont aussi comptabilisés. Suit, une identification des actions à mettre en place dans le futur⁹⁷.

⁹⁵ Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

⁹⁶ Document unique d'évaluation des risques et de prévention. (COMMISSION CENTRALE HYGIENE 2015). Il exige une évaluation des risques avec des contraintes physiques : manutention, posture et vibrations ; des risques environnementaux : produits toxiques, milieu hyperbar, températures extrêmes, bruit ; des risques liés au rythme du travail : travail de nuit, équipes successives, travail avec contrainte de cadence.

⁹⁷ Voir annexe 7 : Trame de plan DUERP

Le DUERP identifie des problèmes communs aux personnes qui travaillent à domicile. La mutualisation des stratégies serait un avantage, comme le serait le partage des définitions des risques. Le dialogue social à travers le DUERP est possible. J'ai suggéré à la directrice générale d'effectuer une session de remue-méninges structurée sous la forme du « forum ». Cette méthode donne un temps de réflexion à chacun, un temps de réflexion sur son propre vécu. Chacun note ses réponses personnelles à la question posée puis les partage pendant que les autres écoutent. Cette méthode permet une richesse de suggestions diverses, car la discussion n'est pas polarisée autour des premières suggestions exprimées. Il n'y a pas de débat pour ou contre les idées. Quand toutes les idées ont été présentées, chacun a trois votes. Il pose son vote à 3 points sur ce qui semble urgent ou important, puis 2 points, puis 1 point. À l'issue de cet exercice, on additionne les points et la hiérarchisation des priorités est terminée. Je pense qu'une réunion pluridisciplinaire avec du personnel de nos partenariats serait bénéfique, il montrerait que nous avons, SAP, SSIAD et IDEL, les mêmes problématiques. Je suggère donc une réunion pluridisciplinaire autour des phases du DUERP⁹⁸.

En préparation du DUERP, j'ai analysé les événements indésirables et les accidents de travail 2013-2014 et 2015. Les risques musculo-squelettiques sont les plus nombreux, puis suivent les agressions et enfin les risques routiers. Il n'y a pas d'incident ou d'accident lié aux risques psychosociaux, pourtant indirectement, le ton des écrits des événements indésirables montre clairement un certain niveau de stress.

2.5.3. L'intelligence émotionnelle

Fédérer les SAD implique développer des partenariats, donc, se rencontrer, partager, se comprendre. L'intelligence émotionnelle⁹⁹ est un atout pour accompagner ce travail collectif. Lors des entretiens, j'ai pu ressentir les émotions qui animent usagers, aidants et personnels. La conduite du changement impliquera donc une attention toute particulière à l'intelligence émotionnelle¹⁰⁰ des parties prenantes. Le concept d'intelligence émotionnelle, illustré par La Fontaine « *Qui mieux que vous sait vos besoins ? Apprendre à se connaître est le premier des soins* »¹⁰¹ consiste à se connaître de façon à fédérer en gardant du recul par rapport aux émotions exprimées. Conscience de soi, autorégulation, motivation, empathie et compétence relationnelle sont les cinq aspects nécessaires à une bonne intelligence émotionnelle¹⁰². S'intégrer au réseau doit être valeur ajoutée. Un

⁹⁸ Ibid.

⁹⁹ (STEIN et BOOK 2011)

¹⁰⁰ (STEIN et BOOK 2011)

¹⁰¹ (De La FONTAINE 1679) Fable "Le juge arbitre, l'hospitalier et le solitaire" ; Livre XII, fable 25.

¹⁰² (STEIN et BOOK 2011) p 54

manque d'intelligence émotionnelle peut totalement saborder une réunion. Dans la gestion de l'intelligence émotionnelle, Stein et Book suggèrent de comprendre les signes physiques dégagés par les émotions telles que les mains en sueur, la respiration accélérée, les battements du cœur. Ils proposent un questionnaire pour évaluer notre maîtrise de soi¹⁰³. Ils préconisent aussi d'être vigilants quant aux signes extérieurs de colère ou d'impatience montante, pour les gérer, par exemple, par une pause-café. Ils suggèrent d'être au fait avec le langage corporel et le ton de la voix et détecter des signaux de retrait, d'ennui, d'anxiété, de panique ou de colère. Idéalement, il est important que chaque partie prenante ait l'opportunité de communiquer sur ce qu'il espère des autres, ce qu'il peut contribuer au réseau, à l'utilisateur et à l'aidant¹⁰⁴. Savoir reconnaître les émotions du groupe, mes émotions et les gérer de façon à travailler ensemble en construisant les relations plutôt qu'en développant des luttes de pouvoir est prioritaire. Si « ... *apprendre à se connaître est le premier des soins ...* »¹⁰⁵, je connais mes écueils et bien souvent je revois mon positionnement avec la directrice générale et parfois je suis à même de lui faire un retour sur le sien. L'idée est de construire des fondations solides, entre les parties prenantes, pour un projet stable à long terme.

2.5.4. L'accompagnement du changement

Sur le management stratégique, Mintzberg (1998) écrivait « La clef du management stratégique est de maintenir la stabilité ... mais ... reconnaître le besoin de transformation et ... la réaliser ... sans détruire l'organisation¹⁰⁶ ». Je propose de fédérer les services existants. Les deux aspects du projet demandent des améliorations de l'existant, mais pas de bouleversements profonds. En effet, stratégies, structures et systèmes¹⁰⁷ existent déjà. Ils ont cependant besoin de se fédérer autour des problématiques que j'ai identifiées.

Un concept qui inspire mes pratiques de directeur émane de Mintzberg¹⁰⁸¹⁰⁹. Appliquer ces concepts m'aide à planifier mes actions dans une situation donnée et à prendre du recul dans les situations difficiles. J'adopte l'école de configuration¹¹⁰. Cette dernière préconise que chaque difficulté, rencontrée par un directeur, attire une posture

¹⁰³ Voir annexe 9 : Test de maîtrise de soi

¹⁰⁴ (STEIN et BOOK 2011) p48.

¹⁰⁵ (De La FONTAINE 1679). Fable "Le juge arbitre, l'hospitalier et le solitaire" ; Livre XII, fable 25.

¹⁰⁶ Ici *organisation* dans le sens, dispositifs, établissements, réseau professionnel. (MINTZBERG, AHLSTRAND et LAMPEL 1998), p 305. Traduction de « *The key to strategic management is to sustain stability ... but ... recognize the need for transformation and ... manage ... it ... without destroying the organization* ».

¹⁰⁷ (GODEAU 2016)

¹⁰⁸ (MINTZBERG, AHLSTRAND et LAMPEL 1998)

¹⁰⁹ Voir annexe 8 : Écoles de management stratégique, Mintzberg. Tableau récapitulatif, DUBOURG 2001 puis traduit de l'anglais.

¹¹⁰ Ibid.

inhérente à la situation donnée. Il y a des situations d'urgence qui demandent des interventions sans ambiguïté. Ces situations sont des non-choix comme, par exemple, la mise en conformité d'un établissement. À l'opposé, il y a un dysfonctionnement difficile à cerner, complexe, non urgent, qui existe depuis des années. Celui-ci demande une réflexion, une intelligence collective et d'avancer, en équipe, vers un consensus. Cette dernière situation non-urgente appartient plutôt aux écoles apprenante et cognitive¹¹¹. C'est ce type de changement qui est concerné par ce projet. Il s'agit de renforcer le réseau existant par une entente entre les parties prenantes. Renforcer la cohésion du réseau doit se faire en évitant toute coercition et lutte de pouvoir. Ici, fédérer, demande une interconnectivité¹¹² et des coopérations.

L'école de management, dite de configuration¹¹³, implique un processus de transformation, avec des ambitions d'amélioration continue. À cet effet, j'utilise deux modèles pour accompagner le changement de manière cohérente et structurée. Un modèle de changement descendant¹¹⁴ qui permet de planifier un projet en établissant des étapes bien définies. J'utilise aussi un modèle ascendant¹¹⁵, pour embarquer les politiques, les supérieurs et les dispositifs dans ce projet. En effet, il faut convaincre en haut lieu, d'où un modèle ascendant et motiver les parties prenantes sur le terrain, d'où un modèle descendant. Les modèles alertent sur les besoins de ne pas esquiver d'étape, car chaque étape a son importance. Le tableau ci-dessous représente les aspects clefs du projet que j'envisage, en appliquant la méthodologie KOTTER.

¹¹¹ Voir annexe 8 : Écoles de management stratégique, Mintzberg.

¹¹² L'interconnectivité entre les services à domicile appelle à un travail interdisciplinaire ou chacun complète les actions de l'autre, plutôt que de travailler en compétition.

¹¹³ (MINTZBERG, AHLSTRAND et LAMPEL 1998)

¹¹⁴ Voir annexe 4 : Model de changement KOTER. (KOTTER March-April 1995) ; traduit de l'anglais

¹¹⁵ Voir annexe 5 : Model de changement BEER. (BEER, EISENSTAT et SPECTOR 1990) ; traduit de l'anglais.

Tableau 11 : Méthode de changement « KOTTER » avec aspects clefs du projet

Sentiment d'urgence du changement	Vision claire	Identifier les compétences	Mettre en place un plan d'action	Créer des succès	Célébrer le changement	Changement réalisé
Partager les résultats des entretiens, partager les problèmes : - Informer mieux sur autres services - Améliorer la fin de vie	SAD fédérés, informations concordantes.	COPIL : CLIC SAD Médecin MAIA Pôle PA-PH HAD	COPIL Calendrier des activités GANTT	Conférence des médecins ? réalisée en novembre 2016.	Repas annuel ou pique-nique ou petit déjeuner	Mesuré par des indicateurs

Accompagner le changement en France semble problématique. Chaque jour, en écoutant les informations télévisées, on est informé de mouvements sociaux liés à des accompagnements de changement qui ont échoué. Ceci m'amène à me poser une vraie question sur le dialogue social. Mon expérience australo-française m'amène à comparer les stratégies du dialogue social des deux pays. La structure du dialogue social en France avec les négociations annuelles obligatoires (NAO), les représentants du personnel, et les CHSCT n'enlèvent pas les barrières qui existent entre la direction et les personnels. Un positionnement, sur la défensive, existe de part et d'autre. En Australie, dans le milieu sanitaire et médico-social, les NAO n'existent pas. Au lieu de cela, il y a toujours un délégué du personnel présent au comité de direction (CODIR). Une fois par trimestre ils sont invités au conseil d'administration. Je trouve que le résultat est un vrai dialogue social. Par exemple, un délégué peut prévenir qu'une idée de changement, suggérée en CODIR ne sera pas faisable sans des aménagements préalables. La confiance existe, car un changement sera validé par le CODIR, avant d'être mis en place, et tout le monde est autour de la même table.

En France, les NAO tournent souvent autour des augmentations de salaire. En Australie, la discussion autour des augmentations de salaire est rare, car les salaires sont indexés automatiquement sur le coût de la vie. L'emphase se porte sur les améliorations des conditions de travail.

Pour moi le changement implique être à l'écoute des usagers d'abord, puis des employés. Quand j'ai réussi à établir la confiance avec mes équipes, ça a été, d'une part, en attachant de l'importance, confidentielle, à la personne derrière l'employé, sa santé, son bien-être et son histoire personnelle. D'autre part, j'ai aussi établi la confiance, à la suite d'améliorations des conditions de travail : planning adapté aux variations d'activité, organisation du travail adaptée aux besoins des usagers, sécurité au travail basée sur le

vécu des employés, autonomie des employés qui ajustent leur travail aux impronptus¹¹⁶, considération et reconnaissance des gestions difficiles. Établir ce style de relation prend du temps en interne et c'est encore plus compliqué avec les services extérieurs.

En conclusion, j'ai identifié les besoins des usagers en rapport avec les 3 phases de leur parcours. J'ai surligné les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces qui pèsent sur le SSIAD que je dirige. Et, finalement, j'ai identifié des approches pour fédérer les SAD du territoire. Je suis donc en mesure de proposer un projet et des axes d'amélioration autour d'un plan d'action.

¹¹⁶ Les impronptus sont nombreux, absences de collègue, aggravation de l'usager, difficulté de prise en charge, panne de voiture pour n'en nommer que quelques-uns.

3. La construction du projet

Le projet que je propose concerne les 3 phases du parcours de l'utilisateur tel que je les ai décrites dans les chapitres précédents. La phase 1 adresse la mise en place des premiers services. Il implique une identification des besoins et une information complète sur les services du territoire et les coûts de ces services. Notamment, il faut identifier la part que l'utilisateur paie et la nature des subventions disponibles. Ce n'est qu'en étant bien informés que les usagers choisiront les services en connaissance de cause.

La phase 2 concerne la veille sanitaire, sociale et psychologique des usagers.

La phase 3 du parcours de l'utilisateur, soit la fin de vie, est une partie importante du projet car c'est là que les changements les plus importants, à mon avis sont nécessaires pour répondre pleinement aux demandes des usagers. Je suis maintenant à même de situer ce projet dans une mission, une vision et avec des valeurs.

3.1. Une mission, une vision et des valeurs

3.1.1. La vision

La vision se doit d'exprimer en une phrase symbolique le fondamental de ce que l'on désire devenir en tant qu'établissement, ici des SAD fédérés.

La vision que je suggère est qu'à long terme nous serons :

« Le réseau de SAD, du territoire d'Ancenis, qui accompagne l'utilisateur, chez lui, en un parcours de vie serein. »

Alternativement, la vision de l'association des paralysés de France (AFP) est aussi applicable. En effet, il s'agit de proposer des services, sans les imposer, donnant le choix aux usagers :

« Jamais rien pour nous, sans nous »,

Cette devise, d'après ROCH¹¹⁷, devrait concerner l'ensemble des politiques publiques aujourd'hui¹¹⁸.

Ces deux visions sont concordantes entre les SAD, le CLIC, l'ARS, la MAIA et les politiques du territoire. Le devenir du réseau et des SAD peut s'exprimer au travers d'une vision. Comme il faut une adhésion collective à cette vision, elle sera d'autant plus représentative qu'elle sera décidée collectivement.

3.1.2. La mission

La mission doit exprimer notre raison d'être, notre raison principale d'agir. Celle que je suggère est :

¹¹⁷ (ROCH 2014), p 22

¹¹⁸ (ROCH 2014), p 23

« Notre mission de réseau est d’anticiper les besoins des usagers et d’offrir des choix de services qu’il peut décider de saisir ou de ne pas saisir, car il connaît tous les tenants et les aboutissants de chaque offre de service. »

3.1.3. Les valeurs

Les valeurs sont les principes de fonctionnement qui guident nos pratiques. Je suggère les valeurs suivantes :

- L’usager est au cœur des dispositifs
- Tous les usagers ont accès équitablement aux services
- Les usagers sont informés de toutes les offres de service qui existent sur le territoire et peuvent anticiper leurs besoins
- Les offres de service sont offertes de manière holistique et l’usager a tous les tenants et les aboutissants des différents programmes proposés
- L’usager est accompagné en optimisant son autonomie, en prévenant les accidents de la vie et il aborde sa fin de vie sereinement avec l’empathie et la bienveillance des soignants.

L’idée derrière la vision, la mission et l’énonciation des valeurs est de fédérer les parties prenantes pour ce projet. Il faut aussi mettre en place des actions concrètes.

3.2. La fédération des parties prenantes

Le tableau ci-dessous résume les activités des parties prenantes.

Tableau 12: Coordination des soins, services impliqués

Activité	Médecin	CLIC	MAIA	PA-PH	IDEL	SAP	Famille aidants	SSIAD	HAD
Suivi journalier									
Suivi hebdomadaire									
Suivi mensuel									
Suivi annuel									
Suivi médical									
Évaluation GIR par grille AGGIR									
Organisation des équipements									
Organisation des financements									
Services à la personne									
Soins d’hygiène									
Maintien de l’autonomie									
Nutrition									
Fin de vie									
Impliqué dans cette activité	Pas impliqué dans cette activité								

Le tableau décrit les types de coordination de tous les services impliqués auprès de l’usager. Ce serait un excellent départ pour démontrer le besoin de coordonner plus efficacement. Ce tableau, d’une part, aiderait à comprendre les activités du réseau, d’autre part, serait un moyen de discuter des missions de chacun en les adaptant, si nécessaire.

La complémentarité des services et les aspects compétitifs sont apparents dans ce tableau.

3.2.1. Le comité de pilotage

Le plan d'action, sur trois ans, commence, à mon avis, par la mise en place d'un comité de pilotage. En effet, ce n'est qu'en échangeant régulièrement avec les SAD que l'on peut créer le réseau et établir la confiance. Le tableau ci-dessous définit les termes de références des premiers 10 mois. L'intention est de créer, en amont les ordres de jour pour faire un échéancier du projet.

Les termes de référence sont ainsi écrits :

Titre	Description
Contexte et raison d'être de ce projet	Améliorer information pluridisciplinaire des usagers / coordination entre les services Information des usagers et accompagnement en fin de vie
Déroulement de la réunion	Définir l'animateur / secrétaire
Participants	Médecin, CLIC, MAIA, pôle PA-PH, ASSIEL, IDEL, IDEC, SAP, Hôpital
Objectifs du projet / plan et thèmes des réunions	Actions à entreprendre :
Réunion 1 :	-Organisation de la réunion, dates, définition du projet, valider ordre du jour, thèmes
Réunion 2 :	-Établir les besoins en information des usagers, les moyens, les circuits, mettre en place des actions de communication concertées / organiser journée d'échange et de brainstorming collectif / définir les moyens mis à disposition
Réunion 3 :	-Bilan des formations, mutualisation des formations, inclure personne de confiance et directives anticipées
Réunion 4 :	-Participation à la journée de planning stratégique
Réunion 5 :	-Retour sur journée de planning stratégique et actions qui en émanent, rapport du jour.
Réunion 6 :	Construction de groupes de travail : Fin de vie au domicile que pouvons-nous faire ? Quelles sont les limites ? De quoi, de qui avons-nous besoin ? Relations SAD et hôpital ? Dossier unique pour une communication améliorée ?
Réunion 7 :	-Retours des groupes de travail sur fin de vie au domicile : procédures, information, formations proposées par les groupes de travail
Réunion 8 :	-Évaluation de la coordination coopération entre les SAD / comment nos usagers nous perçoivent-ils ?
Réunion 9 :	-Mise en place des personnes de confiance et des directives anticipées ; retour d'expérience.
Réunion 10 :	-Évaluation des directives anticipées / évaluation des formations
Chronogramme	Fréquence / Dates / Horaires / ordre du jour
Évaluation	Formations / information des usagers / finances

Avec les termes de référence redéfinis lors de la première réunion, le comité de pilotage s'organise autour de 10 réunions thématiques. Des objectifs sous-jacents et communs pour chaque thème existent. Ils sont l'implication des médecins traitants, les formations, le dossier médical partagé, fédérer autour des procédures communes, un plan de communication et d'information partagé et, finalement, une relation réciproque avec l'hôpital.

Les médecins traitants sont très occupés, malgré cette activité débordante, nous voulons trouver du temps pour les impliquer dans ce comité de pilotage et identifier leurs besoins. Dans le contexte de la personne âgée, il faut les informer sur les services locaux, les aides auxquels les usagers ont droit. Cette implication oblige le comité de pilotage à s'adapter à leur disponibilité ou trouver un porte parole, dans leur groupe, pour informer ses collègues. Un système de communication doit exister pour que tout nouveau médecin sur le territoire soit accueilli et informé à son tour.

Trois objectifs émergent de ce projet, l'information, la veille sanitaire sociale et psychologique et la fin de vie. Chacun de ces thèmes appelle à des formations. Ces formations concernent toutes les parties prenantes et pour être effectuées à moindre coût, il faut les mutualiser sur le territoire. Un plan de formation s'attachera aux objectifs identifiés. L'e-formation¹¹⁹ doit être considérée. C'est un modèle de formation qui permet de suivre une formation à son rythme et qui teste les connaissances acquises.

Le dossier médical partagé, en progrès depuis cette année, juin 2016, avec la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) est une opportunité qu'il ne faut pas rater. Les médecins, l'hôpital, les SAD, le CLIC, la MAIA, le pôle PA-PH pourraient enfin communiquer. Les modalités sont à définir avec les usagers.

Les procédures de travail concernant le partage des informations dont l'utilisateur a besoin, la mise en place de la personne de confiance et des directives anticipées, sont communes à tous les services. Les mises à jour concernent tous les services aussi. Les risques professionnels du personnel qui se rend au domicile des usagers sont aussi communs. La prévention des accidents de la vie demande une approche coordonnée, pour que l'utilisateur reçoive les mêmes messages.

Un plan de communication commun implique les médias, les comptes rendus de réunions, les conférences, la journée d'échange et de brainstorming collectif, un site partagé internet et l'accès au bulletin officiel des mairies. Créer des forums ludiques, des petits déjeuners, des pique-niques pour échanger serait dynamique et ludique.

Fédérer les services pour coordonner des actions territoriales est un but essentiel. Quelles que soient les actions envisagées, afin de mieux servir les usagers, l'impact sur ces derniers doit être évalué. Les contradictions d'information doivent être découvertes pour que les nuances d'interprétation soient mises à plat et expliquées. Évaluer d'une manière pluridisciplinaire le vécu des usagers sera la seule façon de savoir si la coordination au sein du territoire progresse.

¹¹⁹ L'e-formation désigne des solutions permettant un apprentissage par des moyens électroniques. Cette formation en ligne est toute indiquée quand les formations concernent plusieurs sites. Ici, ce peut être un moyen de gérer des formations mutualisées entre tous les services. En fin de formation, un questionnaire valide les connaissances ou suggère de refaire la formation.

Finalement, si la relation avec le médecin traitant est cruciale, non moins importante est celle avec l'hôpital. L'hôpital offre des services spécialisés à domicile, des lits de rééducation et une hospitalisation urgente ou programmée. Plus la personne âgée progresse vers la dépendance et la vulnérabilité, plus les admissions à l'hôpital sont fréquentes. Revoir avec l'hôpital tous les aspects liés à la fin de vie, la personne de confiance et les directives anticipées sur la fin de vie, d'une manière pluridisciplinaire et dynamique devient incontournable. Travailler ensemble pour rendre la durée de séjour la plus courte possible est également requis. Créer procédures et documents communs avec l'hôpital et les SAD permettrait de travailler dans la continuité en respectant les directives de l'usager. C'est souvent lors de séjours hospitaliers que la question de ne pas retourner chez soi se pose. Idéalement, cette éventualité a déjà été vue par les SAD. L'hôpital est au fait avec la décision de l'usager d'aller dans un EHPAD de son choix. L'EHPAD est aussi impliqué.

Ce projet est déjà commencé, en effet dès les entretiens j'ai pu identifier les alliés et les résistances au changement. Ces aspects aideront à mettre en place le comité de pilotage.

3.2.2. Les alliés

Au sein d'ASSIEL, les alliés sont nombreux. La directrice Générale, le président du Conseil d'Administration (CA) sont dans une dynamique de fédération des réseaux et porteurs de ce projet. La structure du CA, qui fonctionne par commission, est un appui important. La commission « qualité » du CA d'ASSIEL est compétente à la réalisation de projets. En effet, ayant effectué l'évaluation interne d'ASSIEL, étudié les retours de questionnaires de satisfaction des usagers, cette commission est rompue à l'analyse de données et de problématiques émanant des usagers. En dehors d'ASSIEL, la directrice du pôle PA-PH et sa collaboratrice, la directrice de la MAIA et la directrice du CLIC sont convaincues des bénéfices de travailler ensemble pour un parcours serein de l'usager. Les relations politiques et les compétences des alliés seraient un excellent départ pour la création d'un comité de pilotage.

Je n'ai pas réussi à entrer en contact avec la direction de l'hôpital d'Ancenis. La coordinatrice des services HAD qui supervise et coordonne les soins palliatifs ne m'a pas reçue. Or pour la fin de vie des usagers, que je vois comme une problématique importante, équipe gériatrique mobile, les services des urgences, les soins palliatifs et l'HAD sont des partenaires importants. Si je me réfère aux données ANAP, 68 % des sorties « définitives » se font vers l'hôpital. Si je ne peux pas identifier l'hôpital comme un allié à ce jour, il doit le devenir à plus long terme, autant pour les usagers, les aidants, le personnel ASSIEL que pour le personnel des équipes hospitalières.

3.2.3. Les résistances

La résistance au changement a deux strates, le changement en interne et celui dans le réseau visant à fédérer les SAD. En ce qui concerne le réseau, pour ce projet, j'ai sollicité des entretiens de tous les services impliqués sur le territoire d'Ancenis. Les IDEL et les responsables des SAP n'ont pas donné suite à mes demandes d'entretien réitérées en de multiples occasions. Ces démarches infructueuses peuvent avoir une origine compétitive car en effet, à la suite des entretiens avec les usagers, j'ai perçu, et une vérification serait nécessaire, que les IDEL et les personnels des SAP décourageaient les usagers qui voulaient s'orienter vers le SSIAD. Ma conclusion est l'existence d'un conflit d'intérêts généré par la potentielle perte de revenus si l'utilisateur est pris en charge par le SSIAD. Il me faudra donc tout le support du comité de pilotage pour établir une relation de confiance avec ces services qui sont cruciaux dans le parcours de l'utilisateur. De plus, clarifier les responsabilités de chacun serait bénéfique. À long terme, la relation avec les SAP ne peut que se renforcer, en effet la complémentarité est indéniable et les heures de soins d'hygiène basique peuvent être remplacées par des activités d'entretien des locaux, d'entretien du linge et de préparation de nourriture et ou d'activités sociales¹²⁰. En ce qui concerne les IDEL, quand un usager est admis au SSIAD, ce dernier doit assumer les coûts infirmiers. Or le SSIAD ne peut réguler l'activité car celle-ci est initiée par l'utilisateur. Une réflexion économique s'impose. En effet, le coût des actes facturés par les IDEL pour les pansements, les traitements complexes (diabète, insuffisance cardiaque, piluliers et prises de sang) sont élevés et semblent arbitraires d'une IDEL à l'autre et d'un SSIAD à l'autre. Ces coûts pourraient devenir prohibitifs. L'autre aspect qui crée des difficultés est lié aux facturations irrégulières des IDEL. Une facture peut remonter à plusieurs mois et être difficile à vérifier. Les vérifications des factures ont parfois montré des erreurs d'IDEL car pendant la période facturée, l'utilisateur était hospitalisé. L'avantage, pour le SSIAD, d'employer une IDE, pour ces soins infirmiers, permettrait de réguler l'activité et d'anticiper les coûts. Le désavantage serait de diminuer le choix de l'utilisateur qui en ce moment peut continuer avec l'IDEL qu'il a choisie et avec qui il a déjà construit une relation personnelle. Rendre obligatoire pour l'utilisateur d'être suivi par l'IDE SSIAD pourrait être une barrière à choisir d'être admis au SSIAD.

En interne, améliorer la coordination et l'interconnectivité entre les services aura un impact. Une résistance au changement est à anticiper. Selon de KONINCK¹²¹, résister au changement est une attitude rationnelle quand on ne comprend pas le pourquoi du changement, les détails de ce changement et comment on il va nous affecter. De Koninck

¹²⁰ Par activité sociale j'inclus : aller faire des courses, le marché, visiter des amis.

¹²¹ (de KONINCK 2000), page 28

cite « *les acteurs ne sont pas attachés ... à leur routine ... tout le monde est prêt à changer rapidement s'il y trouve son compte ... on résistera en fonction des risques encourus ...* »¹²². La démarche implique donc de parler avec le personnel, expliquer le changement, écouter les contre-arguments, les arguments pour, les inquiétudes, minimiser, voir supprimer les risques et donner du temps au projet et aux équipes. Il est conseillé, quand plusieurs solutions ou démarches sont possibles, de procéder à un vote sur une démarche plutôt qu'une autre. Avec ce projet, le personnel de terrain peut informer les usagers et les aidants sur les services et les aides dont ils pourraient bénéficier, en parlant avec eux, pendant les soins. De plus, en allant de maison en maison, le personnel acquiert des idées parfois innovantes sur la gestion de problématiques. Pendant les réunions de services et les transmissions une formation continue se fait en échangeant entre personnels de « terrain ». Autoriser ces échanges fait partie de la coordination par l'IDEC, et contribue à informer les usagers pour qu'ils choisissent parmi les offres.

Toute la démarche liée à la fin de vie est plus complexe et à ce jour demande à être élaborée plus en détail. En effet, un malaise habite les aides-soignants du SSIAD quant à la fin de vie au domicile. Ce même malaise habite les usagers eux-mêmes, les aidants et les médecins. Une construction détaillée de ce projet s'impose et la contribution de tous sera nécessaire. Ici les ASG devraient avoir un rôle plus décisif dans l'accompagnement de la fin de vie.

3.2.4. Le rôle du médecin dans le réseau

Coordinateur, prescripteur et ami depuis des années, recevant la communication clinique de toutes les interventions médicales, le médecin traitant est central dans la relation de l'usager avec les systèmes de santé. Il exprime être mal informé sur les dispositifs existants sur son territoire. Il est le demandeur du guichet unique, du numéro de téléphone unique, du site internet unique, pour informer ses usagers. Un médecin me disait se perdre dans les sigles « *derrière lesquels se cachent les services* » disait-il. Amener les médecins dans les discussions pertinentes à ce réseau n'est pas chose aisée. En effet, ils y a de moins en moins de médecins ruraux, ils sont très occupés, avec des services de consultations extrêmement fréquentés. En fin de journée, ils ont souvent des visites à domicile donc des journées de travail très longues. Fatigue, frustration administrative, charge de travail, lourdes responsabilités les amène à ne pas perdre d'heures précieuses. Leur faire prendre une journée ou une demi-journée pour la dédier au système est difficile. Pourtant, leur présence et leur implication sont cruciales. Pour ce faire, je propose de recenser les médecins des services d'Ancenis et de voir quels médecins sont les plus

¹²² Ibidem

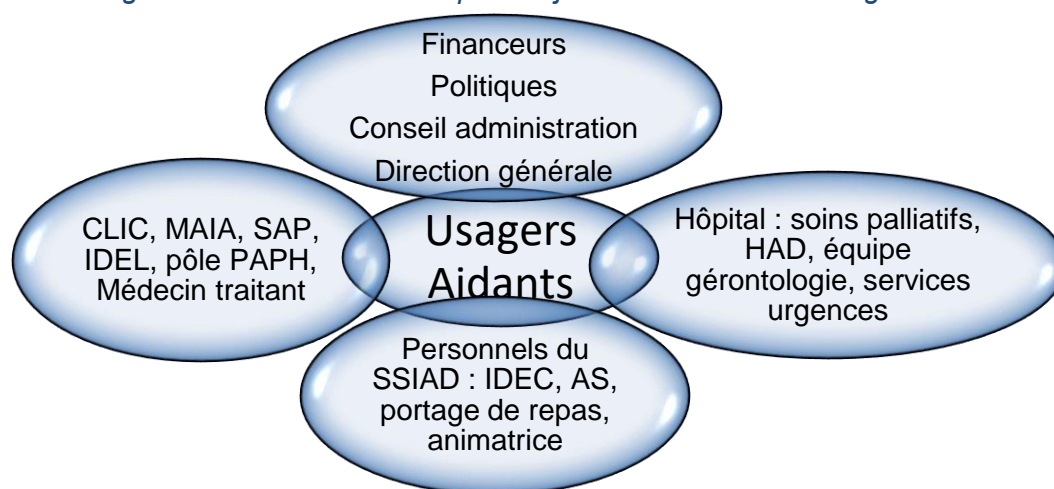
souvent attachés aux usagers d'ASSIEL. Puis d'inviter ceux-ci un à un avec leurs collègues hospitaliers pour permettre des évolutions en les impliquant.

Une étape cruciale est donc de réunir, en une journée d'échange et de brainstorming collectif, toutes les parties prenantes pour proposer des actions, obtenir une adhésion pluridisciplinaire au changement et s'engager ensemble vers le même futur.

3.2.5. La journée d'échange et de brainstorming collectif

Je préconise une journée d'échange et de brainstorming collectif pour établir les priorités des 3 prochaines années avec une représentation de toutes les parties prenantes (voir figure 2). L'avantage de réunir les parties prenantes le même jour est de fédérer les équipes en une seule fois ; l'inconvénient est le risque de sabotage de la journée par le scepticisme de certains. Pour prévenir ce sabotage, le support en haut lieu est nécessaire, d'où la présence d'un représentant de l'agence régionale de santé et du conseil départemental. Que les instances se rendent compte de la motivation du personnel de terrain, ainsi que des usagers, serait valeur ajoutée. Cette journée d'échange permettrait d'avancer, entre autres, sur le sujet complexe et difficile de la fin de vie au domicile. Le comité de pilotage aidera à la conception de cette journée qui demande une préparation minutieuse, thématique, formalisée et respectueuse de la contribution de tous.

Figure 2 : Organisation des invitations pour la journée de brainstorming collectif



La journée d'échange et de brainstorming collectif doit être organisée de façon à ce que les attendus, l'organisation des invités et les thèmes abordés soient prédéfinis et qu'il y ait une adhésion totale par le comité de pilotage, bien avant de lancer les invitations. Les invités sont intentionnellement liés aux thèmes abordés. J'utilise, le format de journée d'échange et de brainstorming collectif¹²³, quand je prends de nouvelles responsabilités managériales pour fédérer les équipes. Je le fais aussi, pour fédérer des équipes

¹²³ Voir annexe 10 : Programme de la journée d'échange et de brainstorming collectif

pluridisciplinaires, quand des problématiques diverses semblent irréconciliables entre les différents partis.

J'ai assisté à plusieurs journées de ce type et en ai organisé quelques-unes. Je vais relater 2 vécus très différents, voire extrêmes. L'une des journées était plutôt conviviale, avec des thèmes peu débattus. Plutôt une écoute des directeurs qui nous félicitaient les uns après les autres. La journée a commencé vers 9 h, puis s'est terminée vers 16 h, interrompue par un déjeuner de 2 heures. À l'opposé, j'ai assisté à une journée d'un tout autre style. Le directeur général avait expliqué avoir besoin d'idées pour sortir d'un marasme certain. En introduction il a expliqué que nous dormions sur place pour une simple raison : il attendait que nous trouvions des solutions aux problématiques existantes et que la journée ne se terminerait que quand le plan d'action serait réalisé, réalisable et cohérent. Ce jour-là a débuté à 8 heures et s'est terminé à 23 heures, avec un plan d'action qui a débuté le lundi suivant. À trois reprises mon groupe est venu présenter des solutions et à chaque fois elles ont été jugées médiocres et il a fallu approfondir, perfectionner notre plan, le quatrième a finalement été validé. En six mois nous avons relancé l'activité de notre centre hospitalier et tout réorganisé pour le bénéfice des usagers. Je n'ai jamais fait vivre une journée comme cette dernière, mais je reste axée sur des objectifs spécifiques et réalisables.

En ce qui concerne les invités, le nombre d'invités sera raisonnable, pour être gérable mais être un groupe concepteur d'idées diverses. La pluridisciplinarité sera dans les invitations et organisée à chaque table. En effet, il ne faut surtout pas de table monodisciplinaire, car il faut que le personnel des différents secteurs échangent entre eux. Je préconise de construire 7 à 10 tables de 7 à 10 personnes, pas plus. Les tables pluridisciplinaires permettent généralement d'éviter de polariser les métiers les uns contre les autres autour d'une problématique. L'enjeu est que chacun contribue au changement et l'assume plutôt que prodiguer des conseils à l'intention des autres métiers. Ici, l'intérêt est d'asseoir à chaque table un usager, un aidant, une personne de confiance, un membre du personnel du SSIAD, directrice générale, directrice de SSIAD, une personne du conseil d'administration d'ASSIEL, un animateur, un représentant du CLIC, pôle PA-PH, une personne de la MAIA, un médecin traitant, une personne de l'équipe mobile de gériatrie, une personne de l'équipe soins palliatifs, une personne des urgences, un administrateur de l'hôpital, l'HAD, personne des EHPAD, un élu local ou régional.

Les thèmes choisis seront préalablement approuvés par le comité de pilotage. Un thème est abordé à chaque table. Je suggère les thèmes suivants qui seront peut-être modifiés par le comité de pilotage :

1. Information des usagers sur les services existants
2. La personne de confiance
3. Les directives anticipées

4. Plan de formation : aidants, personnels, usagers.
5. Communication entre les parties prenantes : CLIC / hôpital ↔ service SSIAD/SAP
6. Sécurité au travail / Sécurité de l'utilisateur
7. Entrer et sortir de l'hôpital
8. Rôle de l'aidant, de la personne de confiance, des directives anticipées.

Cette façon de débiter un projet a l'avantage d'impliquer les parties prenantes, de les mettre à l'écoute les uns des autres et surtout de réaliser un plan d'action rapidement et d'en avoir amorcé la communication dès sa création. L'autre avantage est de renforcer le moral des équipes, car les instances apportent la reconnaissance du travail de terrain et par leur présence valorisent ce travail de terrain. Rapprocher les instances, du personnel, des aidants et des usagers contribue à donner du sens au projet.

Une journée d'échange et de brainstorming collectif, généralement très appréciée, doit faire l'objet d'un rapport écrit immédiatement. Dans ce rapport, je veux retrouver les expressions et les mots des participants afin que chacun puisse s'y reconnaître. Le rapport est un médium de communication comme les lettres d'information qui mensuellement partagerons les progrès de ce projet avec les parties prenantes. La communication clinique sera l'objet du dossier médical partagé.

3.2.6. La communication par un dossier médical partagé

Le dossier médical partagé (DMP), un projet qui existe depuis la loi du 13 août 2014, n'a pas été généralisé. Il vient d'être actualisé dans la loi sur la modernisation du système de santé du 26 Janvier 2016. Le décret d'application 2016-914 a été publié¹²⁴ au journal officiel du 4 Juillet 2016. Un site gouvernemental est dédié¹²⁵ à cet outil qui devient numérique. Il est accessible par Internet et destiné à favoriser la prévention, la qualité, la continuité d'une prise en charge coordonnée des soins. Le dossier médical partagé (DMP) doit permettre aux professionnels de santé de prendre en charge un usager et de partager les informations de santé utiles à la coordination des soins. Les obligations quant à la mise en place de ce dossier sont :

- Le DMP est créé par l'utilisateur sur son compte *amelie.fr* et alimenté par les activités financées par la CNAMTS
- L'accès au dossier est obtenu avec l'accord de l'utilisateur ou de son représentant légal. L'utilisateur a accès à son dossier et en est titulaire, le médecin traitant peut avoir un accès total et les autres professionnels ont accès aux seules informations nécessaires à leur prise en charge. L'utilisateur peut masquer certaines données.
- Les pharmaciens, hospitaliers et biologistes ont accès au dossier via Internet

¹²⁴ (MINISTERE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, DÉCRET n° 2016-914 relatif au dossier médical partagé 2016) publié au journal officiel n°0155, le 05/07/2016

¹²⁵ <http://www.dmp.gouv.fr>

- Le dossier contient l'identification du titulaire, les données de prévention telles que vaccinations, synthèses médicales, lettres de liaison, comptes-rendus biologiques et traitements prescrits
- Des données financières sont saisies
- Des données relatives aux dons d'organes et de tissus ainsi que les directives anticipées sont aussi à saisir
- Le dossier contient aussi la personne de confiance, les personnes à prévenir et le médecin traitant

Depuis le 6 Juillet 2016, la mise en place du DMP est confiée au CNAMTS. Un audit¹²⁶ préliminaire de la faisabilité technique est favorable et indique que :

- 82 % des usagers ont, au moins, un ordinateur,
- le taux d'informatisation des médecins traitants est de 70 %
- il y a 19 millions de comptes améi.fr
- 90 % des assurés ont déclaré un médecin traitant

Le DMP aura des ramifications quant à la communication des pertes d'autonomie et du rôle de chacun autour du parcours et des besoins de l'utilisateur. Informatisé, le DMP allégerait les difficultés inhérentes à la communication entre les services souvent géographiquement distants. Le DMP est une opportunité à ne pas manquer. Je sollicite le conseil d'administration, via la directrice générale, pour que nous nous impliquions, en tant qu'établissement médico-social, pour nous assurer d'avoir accès.

3.3. Le plan d'action

Les chapitres précédents ont surligné le contexte, les éléments du projet, le management et les méthodologies du changement. Je propose ici d'établir le plan d'action. Dans un premier temps, je pose les jalons de ce projet, puis dissémine les objectifs et progrès de ce projet. J'établis aussi les aspects à évaluer et la fréquence de ces évaluations. Une évaluation continue permettra de prouver ces améliorations ou de réorienter le projet dans un souci d'amélioration continue.

3.3.1. Les jalons et les coûts du projet

Les objectifs du projet sont de fédérer les services locaux autour de la personne âgée de façon à améliorer l'information des usagers, la veille et la fin de vie. Les objectifs clefs se résument à :

- Impliquer les parties prenantes et mettre en place le comité de pilotage
- Organiser une journée d'échange et de brainstorming collectif
- Évaluer la satisfaction des usagers

¹²⁶ (HACQUIN, GHERSINICK et ROBERT-TISSOT 15 Octobre 2015). Page 3

- Évaluer l'évolution financière

En ce qui concerne la partie financière de ce projet, certains coûts seront partagés entre les services du territoire car intégrés dans leur fonctionnement. D'autres seront assumés par ASSIEL. Finalement, des fonds devront être trouvés et l'importance du suivi mensuel est prégnante avec la finalité de rendre des comptes mensuellement. Si la première partie demande une identification prévisionnelle des coûts, trouver des pistes pour obtenir des fonds est indissociable. Le tableau « financements du projet », ci-dessous, partage et les coûts prévisionnels et les possibles sources des financements.

Description	Coûts		Source du financement
Chef de projet 10 h par semaine, 3 ans	Année 1 =	12 000 €	ARS, Conseil Départemental, ASSIEL, Hôpital Ancenis
	Année 2 =	12 000 €	
	Année 3 =	12 000 €	
Transport des participants	200 heures de réunion 40h de transport		Assumé par les participants
Journée d'échange et de brainstorming collectif	Location de la salle	500 €	ARS, Conseil Départemental, Communes, ASSIEL, CLIC, MAIA, hôpital, SAP Et sponsors : Lyons club, Rotary club, Croix-Rouge Française, Restaurants du Cœur, Secours Catholique.
100 personnes	Repas 30 € pp 2	3 000 €	
	Pauses 10 €x2p	2 000 €	
	Animation, 2 h	300 €	
	SOUS TOTAL	5 800 €	
Dépenses diverses : évaluations, papier, ordinateur portable, imprimerie, frais de déplacement, conférences.	Ordinateur :	600 €	Sponsors
	Consommables:	400 €	
	Imprimerie :	1 000 €	
	Déplacements	4 000 €	
	Conférences x3	6 000 €	
	SOUS TOTAL	12 000 €	
Temps de réunion avec les usagers pour la réalisation des directives anticipées chez 20 usagers par an.	2 heures d'entretien x 2 par 20 usagers ; transport ; mise en ligne des directives 140 heures	Total = 9 000 €	ARS, CD, Communes, ASSIEL
Coûts du formateurs : information sur les services ; personne de confiance ; directives anticipées	3 sessions par an pour chaque sujet, 2 heures par formation Total 27 formations (54 h) TOTAL = 3 000 €		ARS CD Communes, Hôpital Coût des participants assumés par employeurs
Cout total du projet	Année 1	25 800 €	
	Année 2	20 000 €	
	Année 3	20 000 €	
	TOTAL	65 800 €	

3.3.2. Le plan d'action détaillé

Le plan d'action ci-dessous détaille les aspects du projet à court, moyen et long terme. Il se termine par un objectif de communication qui décrit brièvement un plan de communication. Un projet de formation mutualisé avec les partenaires est envisagé, mais reste à réaliser dans son intégralité. À chaque objectif opérationnel, sont attachées des actions et une réflexion sur les mesures prouvant que les actions sont réalisées. Les deux dernières colonnes attribuent les actions à une personne ou un service et la dernière colonne donne une idée de la temporalité.

Tableau 13 : Plan d'action détaillé 2016-2019

Objectif	Actions	Mesures	Par qui	Temps
Identification et adhésion des Parties Prenantes				
Mise en place comité de pilotage	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifier médecins libéraux principaux et les contacter 2. Identifier médecin hospitalier 3. Identifier parties – prenantes 4. Inviter les parties prenantes internes à ASSIEL 5. Identifier les parties prenantes externes à ASSIEL 6. Obtenir l'adhésion des parties prenantes au projet proposé pour une implication à court, moyen et long terme 	<p>2 Médecins intéressés par comité de pilotage</p> <p>Membres du comité de pilotage définis</p> <p>Chaque membre du comité de pilotage contacté</p> <p>1^{ère} réunion, du comité de pilotage, réalisée</p>	Président, Directrice Générale et directrice SSIAD	Court terme
Fonctionnement et réunions du comité de pilotage	<ol style="list-style-type: none"> 7. Définition rôle du comité de pilotage et de chacun des membres 8. Définition des termes de référence du comité de pilotage, fréquence, jour, heure, dates 2016, envoi des comptes-rendus, revue du fonctionnement 9. Planifier réunions avec ordre du jour de chaque réunion sur la première année 	<p>Réunion 1 réalisée</p> <p>Termes de référence publiés</p> <p>Calendrier des réunions avec ordre du jour planifié</p>	Dir Générale et Dir SSIAD	Court terme
Objectifs du projet				
Objectif 1 : améliorer l'information sur les services existants	<ol style="list-style-type: none"> 10. Partager la liste des informations demandées et nécessaires pour les personnes âgées désirant rester au domicile 11. Revoir l'information mise à la disposition des personnes 12. Revoir le document unique « bien vieillir en Loire-Atlantique » et suggérer des améliorations 13. Formations pluridisciplinaires sur les offres des services des uns et des autres 	<p>Informations demandées citées et informations mises à disposition revues avec évaluation des lacunes s'il y a</p> <p>Document « bien vieillir » revu et suggestions envoyées au conseil départemental</p> <p>Évaluation par questionnaire des connaissances sur les services des uns et des autres</p>	Comité de pilotage	Court terme
Améliorer l'accompagnement des usagers et des aidants	<ol style="list-style-type: none"> 14. Formations partagées avec les autres SAD, pour mutualiser les coûts et ensemble gérer la veille sanitaire, sociale et psychologique des usagers et des aidants et prévenir des accidents de la vie 	<p>Programme commun organisé avec les autres SAD</p> <p>Formations réalisées à moindre coût</p> <p>Formations évaluées</p>	<p>Comité de pilotage</p> <p>UDSSI AD</p> <p>Animatrice</p>	Moyen terme et continue
Objectif 2 : améliorer la fin de vie au domicile si tel en est le désir avec les services à domicile et l'hôpital.	<ol style="list-style-type: none"> 15. Revoir la personne de confiance, la procédure de mise en place, d'évaluation, le rôle et les changements s'il y a 16. Revoir document unique d'identification de la personne de confiance pour tous les prestataires 	<p>Procédure de mise en place de la personne de confiance établie avec les services de l'hôpital et le médecin traitant</p> <p>Document unique d'identification de la personne de</p>	Comité de pilotage	Long terme

Objectif	Actions	Mesures	Par qui	Temps
	17. Revoir les directives anticipées et la procédure de mise en place 18. Revoir et mettre en place document unique des directives anticipées entre services à domicile et services hospitaliers 19. Établir moyen de communication quant à la personne de confiance et les directives anticipées entre tous les partenaires 20. Impliquer les instances pour établir des documents validés légalement sur le territoire 21. Formation sur la fin de vie, les soins palliatifs, la gestion de la douleur, l'écoute active et la bientraitance	confiance pour les services à domicile et les services hospitaliers Procédure et document unique sur directives anticipées entre tous les partenaires, médecins traitants inclus Moyen de communication du document unique mit en place Validation des documents uniques par les instances Évaluation des formations		
Aides – Obstacles au Projet / Alliés – Résistances au projet				
Identifier les aides et obstacles au projet	22. Identifier les aides et les stratégies qui permettent d'aider à la gestion du projet 23. Identifier les obstacles au projet et voir s'ils peuvent être dépassés	Aides au projet identifiées Obstacles légaux, éthiques, pratiques, cliniques, sécurité sont identifiés Possibilités de les transcender identifiées	Comité de pilotage	Court terme
Identifier alliés et résistances au changement et raisons	24. Rencontrer les parties prenantes alliées ou résistant au projet pour en identifier les raisons	Raisons de convergence et divergence identifiées et analysées	Comité de pilotage	Court terme
Instances : Rôle, Recommandations, Influence				
Voir avec l'ARS les limites et opportunités de ce projet	25. Rencontrer, à l'ARS, les alliés de ce projet et obtenir des recommandations quant aux opportunités et limites régionales de ce projet	Rencontre effectuée Recommandations élaborées	Comité de pilotage	Court terme
Voir avec le Conseil Départemental les limites et les opportunités de ce projet	26. Rencontrer, au conseil départemental, les alliés de ce projet et obtenir des recommandations quant aux opportunités et limites régionales de ce projet	Rencontre effectuée Recommandations élaborées	Comité de pilotage	Court terme
Voir avec les élus locaux les limites et les opportunités de ce projet	27. Rencontrer, les élus locaux, alliés de ce projet et obtenir des recommandations quant aux opportunités et limites régionales de ce projet	Rencontre(s) effectuée(s) Recommandations élaborées	Comité de pilotage	Court terme
Voir avec les services hospitaliers les limites et les opportunités de ce projet	28. Rencontrer, les personnels clefs de l'hôpital, alliés de ce projet et obtenir des recommandations quant aux opportunités et limites régionales de ce projet	Rencontre(s) effectuée(s) Recommandations élaborées	Comité de pilotage	Court terme
Voir la possibilité	29. Annualiser les plannings et salaires des remplaçants pour	Annualisation des remplaçants réalisée		

Objectif	Actions	Mesures	Par qui	Temps
d'augmenter l'activité du SSIAD	permettre des suractivités occasionnelles et être en position de demander l'augmentation du nombre de places donc de créer de l'emploi	Augmentation des places réalisée Création de postes réalisée		
Apprendre et visiter des sites avec des Projets Similaires				
Identifier des projets territoriaux similaires et rencontrer les parties prenantes de ces projets	30. Identifier les projets similaires à travers le réseau, les instances et les conférences	2 projets similaires identifiés Visites de sites réalisées avec délégués du comité de pilotage Rapport de visite mis à disposition du comité de pilotage	Comité de pilotage	Court terme
Journée échange et brainstorming collectif				
Organiser journée d'échange et de brainstorming collectif stratégique en 2016	31. Valider la journée auprès du comité de pilotage (contenu et déroulement) 32. Identifier les coûts et trouver les fonds pour réaliser la journée 33. Identifier l'endroit où conduire cette réunion 34. Mettre en place les activités 35. Décider des invités 36. Voir avec les invités clefs quel jour convient le mieux	Journée réalisée Rapport du jour mis à disposition Plan de communication élaboré Coûts contenus dans le budget prévu à cet effet Le questionnaire d'évaluation de la journée est analysé	Dir SSIAD Comité Comité Animateur	Moyen terme
Plan d'Action Selon les Thèmes				
Information des usagers sur les services existants	37. Voir ci-dessus objectif 1 du projet			
Désigner la personne de confiance	38. Voir ci-dessus objectif 2 du projet 39. Formation sur la mise en place et la relation et les rôles de la personne de confiance			
Directives anticipées	40. Voir ci-dessus objectif 2 du projet 41. Formation sur la mise en place des directives anticipées, les responsabilités de chacun et la communication			
Plan de formation aidant, personnel et usagers	42. Besoins en formation identifiés pendant la journée planning stratégique les déficits en formation sur les sujets traités sinon revoir cet aspect avec comité de pilotage	Plan de formation réalisé Coûts du plan de formation identifiés et mutualisés avec tous les services impliqués	Comité de pilotage	Long terme
Communication entre les parties prenantes :	43. Systèmes et procédures de communication identifiés pendant la journée planning stratégique les déficits en	Plan de communication réalisé	Comité de pilotage	Long terme

Objectif	Actions	Mesures	Par qui	Temps
CLIC / hôpital ↔ service SSIAD/SAP	formation sur les sujets traités sinon revoir cet aspect avec comité de pilotage 44. Formation sur ce que chacun doit / peut partager et la dualité entre partager et respecter le secret professionnel	Système de communication proposé Coûts de système de communication identifié Fonds obtenus pour mettre en place plan de communication Nombre de formations et présences		
Sécurité au travail	45. Mise en place du DUERP, revue des risques, évaluation de leur prévalence, description des actions de prévention existantes, identification de mesures de prévention manquantes 46. Formations sur la sécurité selon les problématiques hiérarchisées ; mutualiser les formations avec les autre SSIAD et ou services du secteur d'Ancenis	DUERP réalisé Mesures de prévention mises en place Incidents et accidents prévenus Nombre de formations et présences	Dir SSIAD	Court terme
Sécurité de l'utilisateur	47. Mise en place d'un document unique de prévention considérant les accidents de la vie chez les particuliers 48. Check-list d'évaluation de domicile mise en place 49. Réaliser le plan bleu visant à anticiper les risques sanitaires et climatiques 50. Formations des usagers sur leur sécurité 51. Formation du personnel sur évaluation des risques de la vie courante ; mutualiser ces formations avec les autres SSIAD et les SAP	Document réalisé Check-list d'évaluation du domicile mise en place Chaque domicile est évalué Évaluation mise à disposition de l'utilisateur avec liste des actions de prévention, pour actions personnelles sur sa propre sécurité. Plan bleu communiqué à l'ARS et le CD Formations répertoriées	Person nel SSIAD	Moyen terme
Aller et venir, de l'hôpital, communiquer avec un dossier partagé	52. Rencontre avec les services hospitaliers pour mettre au point un système de communication 53. Rencontre pour définir une procédure de communication 54. Définir ensemble les informations dont les uns et les autres ont besoin pour mieux prendre en charge l'utilisateur 55. Voir avec l'utilisateur l'aspect confidentialité du dossier partagé	Dossier partagé mis au point	Comité de pilotage	Long terme
Rôles de l'aidant, la personne de confiance	56. Définition du rôle de l'aidant et de la personne de confiance dans la loi et dans les pratiques 57. Réaffirmer le rôle dans le réseau pluridisciplinaire	Rôles clarifiés Confidentialité intégrée à cet aspect de la prise en charge	Groupe de travail	Moyen terme

Objectif	Actions	Mesures	Par qui	Temps
	58. Organiser des formations pour aider les parties prenantes à mieux cerner cet aspect de la prise en charge			
Revoir les directives anticipées	59. Revoir les sorties définitives vers l'hôpital dans les données ANAP pour mieux appréhender l'éventualité d'un décès à l'hôpital et le nombre de décès 60. Revoir les décès pour identifier si le décès à l'hôpital était en fait en concordance avec les désirs de la personne décédée et de son entourage 61. Organiser un groupe de travail avec les services hospitaliers concernés et le réseau pour présenter les résultats de l'étude sur les décès, revoir la présence des directives anticipées dans chaque dossier, évaluer la procédure de mise en place des directives anticipées, la réévaluation de ces directives, l'adhésion à ces directives, les rôles et responsabilités de chacun avec ces directives anticipées. 62. Évaluer les formations	Décès revus et présence des directives anticipées appréhendée Analyse des décès auprès des familles pour en évaluer la sérénité et le sentiment par rapport à un plan d'amélioration Groupe de travail impliqué à revoir les résultats et le besoin du changement	Groupe de travail Et Comité de pilotage	Long terme
Évaluation des Aspects du Projet L'évaluation du projet est définie dans la partie « mesures » de ce tableau et ces évaluations se feront au fur et à mesure que le projet avance. Cependant, les évaluations actuelles et annuelles peuvent intégrer les aspects de ce projet.				
Évaluation annuelle de la satisfaction des usagers	63. Inclure une question sur la compréhension de la personne de confiance 64. Inclure une question sur la compréhension des directives anticipées 65. Inclure une question sur les informations et l'accompagnement avec l'obtention de services supplémentaires.	Questionnaire de satisfaction modifié Analyse des réponses concernant ces questions	Dir Général e Dir SSIAD	Court terme
Évaluation du personnel en rapport avec ces projets	66. Évaluation par entretien lors des entretiens annuels, idées d'amélioration recueillies lors de ces entretiens	Évaluation présentée au comité de pilotage	Dir SSIAD	Moyen terme
Évaluation des coûts du projet	67. Méthode d'évaluation de coûts mise en place en considérant : les coûts des réunions, les coûts des formations, coûts de la journée planning stratégique, coûts des changements des documents SSIAD.	Évaluation des coûts en rapport avec le budget	Dir SSIAD	Moyen terme
Évaluation des progrès du projet	68. Rapport à chaque réunion du comité de pilotage sur les progrès de chaque aspect du	Rapport de progrès au comité de pilotage réalisé et intégré au	Dir SSIAD	Moyen terme

Objectif	Actions	Mesures	Par qui	Temps
	projet et des objectifs cités ci-dessus	compte-rendu de réunion		
Évaluation des décès avec les indicateurs ANAP permettant parangonnage et évaluation comparative 2014-2015-2016-2017-2018-2019 et 2020.	69. Remplir les entrées et les sorties des indicateurs ANAP 70. Présenter l'évolution de ces indicateurs sur plusieurs années	Indicateurs ANAP saisi et comparés	Dir SSIAD	Moyen terme
Évaluer le travail interdisciplinaire, les coopérations, les interconnexions auprès des usagers	71. Coordonner la conception d'une évaluation du réseau et du travail en équipe pour améliorer continuellement les coopérations 72. Analyser les résultats et mettre en place des groupes de travail pluridisciplinaires pour mettre en place des actions correctives s'il y a lieu	Évaluation réalisée à 1 an, 2 ans et 3 ans	Comité de pilotage	Court Moyen et long terme
Plan de communication				
Partager avec les usagers	73. Inscrire les évolutions du projet dans les documents de communication existants, à minima, de manière semestrielle	2 mises à jour de progrès par an	DIR SSIAD	Continue
Partager avec le personnel	74. Mettre à jour le personnel sur les évolutions via les réunions existantes	Mises à jour incluses dans comptes-rendus de réunions	Président, Dir Gen et dir SSIAD	Continue
Partager avec les élus et les instances	75. Leur envoyer des mises à jour via comptes-rendus du comité de pilotage	Comptes-rendus explicites et distribués aux élus	Dir SSIAD	Continue
Partager avec les services similaires	76. Présenter projet et les résultats en conférences sur les services à domicile	Réalisé à 2 ans	Dir SSIAD	2018
Partager dans les journaux locaux	77. Sur réflexion du comité de pilotage et selon les résultats, partager de manière pluridisciplinaire les avancées du projet	Une conférence de presse à 2 ans implique toutes les disciplines et informe sur les possibilités	Comité de pilotage	2018

3.3.3. La hiérarchisation des actions

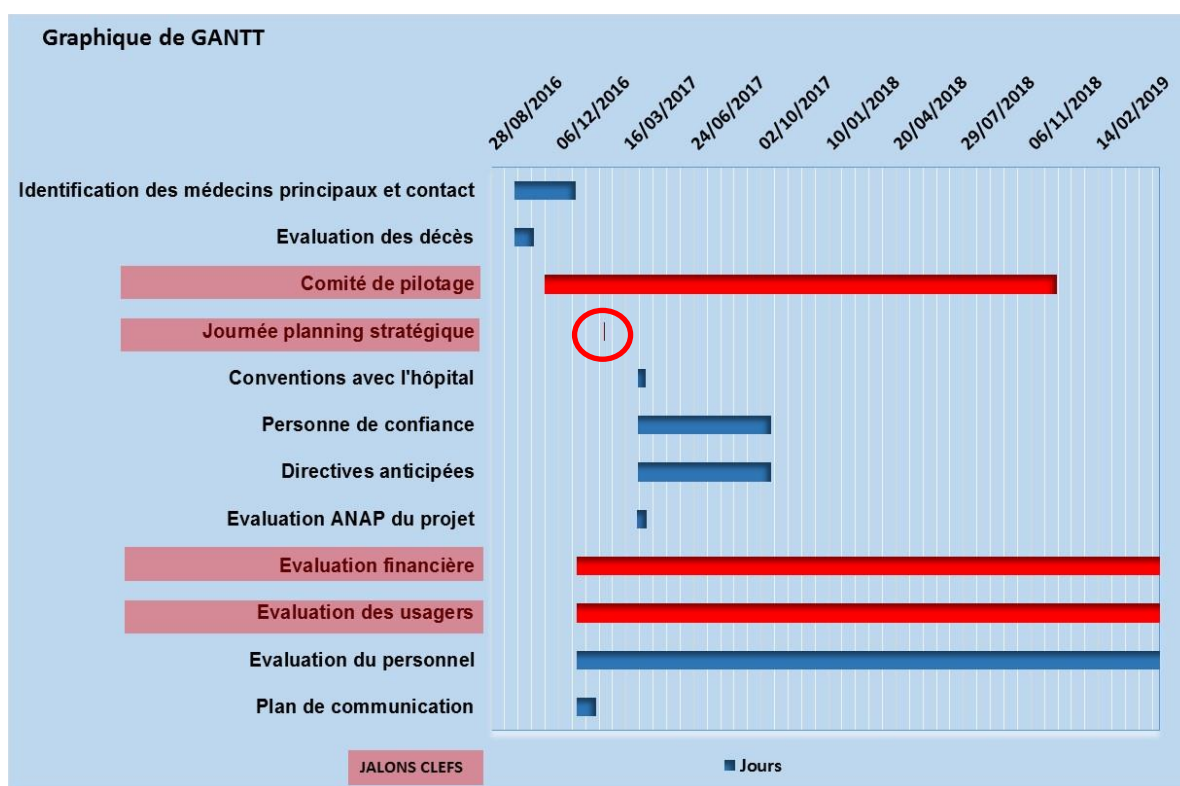
Les actions clefs sont hiérarchisées dans le temps (voir graphique GANTT ci-dessous). Par exemple, le comité de pilotage et la journée d'échange et de brainstorming collectif sont des actions clefs qui permettront de faire avancer plusieurs sujets. Elles demandent une préparation méticuleuse. D'autre part, certaines actions telles que les formations concernent plusieurs objectifs et se retrouvent disséminées dans le plan d'action. À noter que les formations seraient, dans l'idéal, réalisées en amont du projet. Or ceci n'est pas toujours réalisable, car elles doivent être réparties sur plusieurs semestres pour des raisons financières et organisationnelles. En effet, on ne peut pas libérer tous le

personnel en même temps. Les coûts seraient amortis si nous ouvrons les formations aux autres services médico-sociaux du territoire, plutôt que d'assumer chacun les coûts entiers des formations. Cet arrangement permettrait aussi d'enrichir les offres de formation et de fédérer les équipes des différents services locaux. Alternativement, pour le SSIAD, les formations pourraient être mutualisées avec l'union départementale des services de soins infirmiers à domicile (UDSSIAD)¹²⁷ favorisant les échanges.

3.3.4. Un diagramme de GANTT¹²⁸ avec les grandes lignes du projet

Les phases du projet seront ralenties ou accélérées selon les évolutions et les avancées. Ce diagramme de GANTT est une indication temporelle du plan d'action.

Les actions incontournables sont surlignées en rouge.



3.3.5. Les indicateurs mesurant les avancées du projet

Les indicateurs quantitatifs ou qualitatifs vont mesurer les actions du plan d'action et du comité de pilotage. En ne spécifiant que les grands axes du projet, les indicateurs s'attacheront à prouver que les actions se sont produites avec les résultats escomptés.

La mise en place du comité de pilotage sera évaluée en nombre de réunions réalisées, en nombre de personnes présentes, en compte-rendu effectué et au suivi du plan de réunion.

¹²⁷ UDSSIAD = Union Départementale des SSIAD

¹²⁸ (HENRY LAURENCE 1910)

La journée d'échange et de brainstorming collectif sera évaluée, car elle se fera à une date donnée, elle résultera en un rapport qui informera le plan d'action et la satisfaction des participants sera elle-même évaluée.

L'évaluation financière consistera à d'abord trouver les fonds, puis suivre les dépenses par rapport à la feuille de route.

Enfin, l'évaluation des usagers sera personnalisée et réalisée par des questionnaires et des entretiens.

L'utilisateur qui commence son parcours avec les SAD sera questionné sur les informations qu'il a obtenues et avec quelle facilité celles-ci lui sont parvenues.

L'utilisateur en milieu de parcours sera évalué en fonction des accidents de la vie qu'il a vécus et l'accompagnement de ceux-ci. L'intention serait de vérifier si une prévention était possible. Pour d'autres, les actes de prévention seront mis en évidence.

L'utilisateur en fin de vie ou « sorti » vers l'hôpital sera aussi évalué. Est-ce que c'était sa décision, avait-il une personne de confiance ? A-t-il rédigé ses directives anticipées ?

Les formations communes seront évaluées quantitativement, soit combien sont en place ? Puis l'efficacité de ces formations pourra aussi être évaluée auprès des usagers, des aidants et du personnel.

Les évaluations formelles telles que le tableau de bord ANAP, l'évaluation interne et l'évaluation externes seront une partie des indicateurs de ce travail en réseau.

Cette 3^{ème} partie, donne une idée de toutes les initiatives qui peuvent être entreprises pour faire avancer et le SSIAD et le réseau dans une intention primordiale d'améliorer le parcours des usagers désireux de rester chez eux, jusqu'à leur dernier jour.

Conclusion

Ce travail m'a amenée à moins comparer les systèmes de santé australien et français et à prendre de la distance par rapport à mon vécu australien pour me positionner dans mon rôle de directeur dans le contexte français, en utilisant mon expérience passée.

Les possibilités de rester au domicile, pour les personnes âgées qui le souhaitent, sont nombreuses. Les personnes âgées sont des moteurs de l'économie vermeil. Cette dernière est créatrice d'emplois quand notre taux de chômage national est supérieur à 10 %. Cependant, les services à domicile sont nombreux et parfois en compétition, ce qui est préjudiciable au travail en réseau.

Les valeurs partagées par le personnel des services que j'ai visités sont très encrées et cohérentes, soit l'utilisateur est décisionnaire de son parcours, de son projet personnalisé, de sa vie. Il choisit d'adopter, d'essayer ou de refuser les services qu'on lui offre. Toutes les parties prenantes affirment qu'anticiper les pertes d'autonomie est la clef d'un parcours serein. De plus, il est reconnu que l'utilisateur a souvent besoin de plusieurs mois de réflexion avant d'accepter une proposition d'aménagement du logement ou de service. Il est donc désirable d'être informé tôt dans le processus.

Les problématiques que j'ai identifiées dans ce document sont un manque d'anticipation des besoins que créeront les pertes d'autonomie dans le futur. L'adaptation des logements se fait plutôt en réaction à des pertes d'autonomie qu'en anticipation de déficits. En phase de début de parcours, la personne âgée, les aidants et le médecin traitant sont mal informés sur leurs droits, les services et les coûts. Quand les services sont en place, l'accompagnement est plutôt réussi sauf en fin de vie où le parcours redvient tourmenté.

Le travail en silo des services à domicile induit un manque de communication, le degré de compétition, amène des incohérences dans l'information des usagers et, en conséquence, l'accès aux services n'est pas équitable.

Les coûts ne sont pas expliqués à l'utilisateur de manière holistique. À aucun moment le projet personnalisé n'inclut un plan financier personnalisé. J'ai pourtant démontré que ce travail est possible, mieux qu'il ne serait pas compliqué à réaliser pour chaque usager. Avec un plan financier détaillé, l'utilisateur déciderait en connaissance de cause quelles options sont préférables.

Le plan d'action que je propose a pour objectif de résoudre les problématiques identifiées. Parce que les parties prenantes se rencontrent et, en conséquence, se connaissent, elles apprennent à travailler ensemble et cela les fédère. Les rencontres peuvent prendre la forme de réunions d'un comité de pilotage, d'une journée d'échange et de brainstorming collectif, de travail sur un programme qualité commun avec des évaluations de la satisfaction des usagers en commun. Ce peut aussi être un plan de

formation unique pour tous nos services ayant en plus l'avantage de mutualiser les ressources.

Le partenariat avec le médecin traitant est crucial. Le médecin est absolument central dans la vie de l'utilisateur. Bien que reconnaissant les difficultés inhérentes à impliquer les médecins, à cause de leur charge de travail, tout doit être mis en place pour faciliter leur implication dans ce projet. Pour le SSIAD, la relation avec le médecin traitant et l'hôpital demande à se développer davantage pour être encore mieux adaptée aux personnes âgées désireuses de rester au domicile. Ces deux partenaires ont beaucoup à offrir surtout en fin de vie.

La fin de vie à domicile doit d'être appréhendée et ne pas rester taboue. Elle est facilitée par la mise en place de la législation sur la personne de confiance et sur les directives anticipées. Cette légalisation est une opportunité pour clarifier avec l'utilisateur comment il envisage la sérénité des dernières années. Qui dit augmentation de la vulnérabilité des usagers, dit admissions fréquentes à l'hôpital. Ce n'est qu'en travaillant ensemble que l'on diminuera les hospitalisations en urgence, même s'il y a une augmentation d'hospitalisations programmées. L'utilisateur ne veut pas rester longtemps et aller souvent à l'hôpital. L'hôpital doit raccourcir les durées de séjours des usagers, en sécurisant les sorties avec les services à domicile. Hôpital et SSIAD ont tout à gagner d'une réelle coordination. La communication d'un service vers l'autre est un des moyens de prodiguer la continuité des soins.

Pour une communication entre l'hôpital et les services, le dossier médical partagé numérisé est une opportunité à ne pas manquer. Encore faudra-t-il que les parties prenantes l'utilisent et travaillent ensemble sur la mise en place de ce projet.

Ultimement ce n'est qu'en évaluant de manière holistique, à partir du vécu, le parcours des usagers que nous saurons si notre travail en réseau est bien réel. Les améliorations sur l'information de la personne âgée, sur sa sécurité par une veille sanitaire, sociale et psychologique et sur une fin de vie sereine s'avèrent importantes. L'évaluation devra identifier si les informations ont été reçues à temps ; si elles ont été comprises et actées, mal comprises et évitées. À l'issue de ce projet je démontrerais que des services fédérés augmentent la satisfaction des usagers qui ont choisi les soins à domicile.

Il est permis de penser qu'un jour ce ne sera plus du travail en réseau que l'on tentera de coordonner mais du travail au sein d'un même service où tous les services divers ne font plus qu'un.

Bibliographie

- DELOITTE TOUCHE TOHMATSU. Mai 2014, *Anticipating the sources of health and safety risk in construction. Know the worth of risk.* (en ligne, visité le 10/07/2016). Sydney. Disponible sur www.deloitte.com/au.
- ABRAHAM, Sylvie, 2015, *La relation de soin en fin de vie, accompagner la quête de sens des patients.* Paris: Seli Arslan SA, 120 p.
- AGENCE NATIONALE DE L'ÉVALUATION ET DE LA QUALITÉ. 2011, . *L'accompagnement pluridisciplinaire au bénéfice de l'aide, de l'aidant et du lien aidant*, (en ligne, visité le 01/07/2016) Disponible sur : http://www.ansm.sante.gouv.fr/spip.php?article963&var_mode=calcul.
- AGENCE NATIONALE DE L'HABITAT. 2014, Propriétaire, locataires sonditions générales pour les aides à l'habitat. (en ligne, visité le 30 Juillet 2016), Disponible sur www.anah.fr/proprietaires/proprietaires-occupants/les-conditions-generales-a-remplir/.
- AGENCE REGIONALE DE SANTE :
- 2014, *Hospitalisation à domicile*, (en ligne, visité le 25/07/2016), Disponible sur http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/publications/2014/ARS_EQE_hospitalisation_a_domicile.pdf.
 - 2012, *Projet Régional de Santé des Pays de la Loire 2012-2016.* (en ligne, visité le 25/07/2016), Disponible sur. <http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Internet.paysdelaloire.0.html>.
- ANIMATRICE ASSIEL. 2015, *Rapport activité Service Lien Social, Soutien aux Aidants*, non publié. Disponible à ASSIEL, 10p.
- ANSOFF, IH. 1988, *The new corporate strategy.* New York, United States of America: John and Wiley & sons publishers, 288p.
- BADRICK, Tony, et Arthur PRESTON. 2001, *Influences on the implementation of TQM in health care organisations: professional bureaucracies, ownership and complexity.* *Australian Health Review*, pp 166-75.
- BEER, M., R.A. EISENSTAT, et B. SPECTOR. 1990, *Why change programs don't produce change.* Harvard Business Review, November-December 199, pp 158-166.
- BERNARD, Claire, Sanaa HALLAL, et Jean-Paul NICOLAÏ. 2013, *La silver économie, une opportunité de croissance pour la France.* PARIS, commissariat général à la stratégie et à la Prospective, cabinet du premier ministre, Décembre 2013, (en ligne, visité le 12/05/2016). Disponible sur <http://www.strategie.gouv.fr/>.
- BOLTON, Dianne, et Suzanne BENN. 2011, *Key concepts in cordporate social responsibility.* London: SAGE Publications Ltd, 246 p.

BOUGAREL, Sophie. 2009, *Données chiffrées sur les personnes âgées vieillissantes en PACA, document de travail*. «CREAI». Provence Alpes Côte d'Azur & Corse, (en ligne, visité le 12/05/2016). Disponible sur <http://www.creai-pacacorse.com/>.

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE.

- 2010, *Aide à l'adaptation et à la planification de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées vieillissantes*. (en ligne, visité le 12/06/2016). Disponible sur www.cnsa.fr, 9 p.

- 2011, *État des lieux et préconisations sur l'hébergement temporaire des personnes âgées et des personnes handicapées*. (en ligne, visité le 12/06/2016). Disponible sur www.cnsa.fr.

COLOMBAT, P. 2004, *L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches*. Rapport de conférence, Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, Faculté Xavier-Bichat, Paris: Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, (en ligne, visité le 06/01/2016). Disponible sur <http://www.has-sante.fr/>, 17 p.

COMMISSION CENTRALE HYGIENE, SECURITE ET CONDITIONS DE TRAVAIL. 2015. (en ligne, visité le 07/07/2016). Disponible sur <http://www.fonction-publique.gouv.fr/>. DUERP.

CONSEIL DÉPARTEMENTAL. 2015, *Projet Stratégique de Loire-Atlantique 2015-2021*. Nantes, Loire-Atlantique: Département de Loire Atlantique / opixido / Impression Chiffolleau, (en ligne, visité le 02/03/2016). Disponible sur <http://www.loire-atlantique.fr/>.

de KONINCK, Frédéric. 2000, *Résister au changement: une attitude rationnelle*. Journal des Sciences humaines. Hors série ISSN 1252-3429 (Sciences Humaines, Auxerre, FRANCE (1993-2005), N°28, pp. 28-30.

De La FONTAINE, Jean. 1679, *Fable du juge arbitre, l'hospitalier et le solitaire*. Livre XII, fable 25.

DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS. 2015. *Les plateformes territoriales d'appui, 12ème rencontre nationale des réseaux de santé des personnes âgées*, (en ligne, visité le 15/05/2016). Disponible sur Paris: <http://social-sante.gouv.fr/ministere/organisation/directions/article/dgos-direction-generale-de-l-offre-de-soins>.

DUBOURG, Laurence. 2001, *Applied Management report, stratégie intent formation; dissemination and implementation at ARMC*. Melbourne: Monash University and Mount Eliza Business School, études de EMBA. Disponible sur demande, 164 p.

EUROPEEN COMMISSION. 2015, *Growing the European Silver Economy. E.C.EUROPA*, (en ligne, visité le 10/07/2016). Disponible sur <http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/silvereco.pdf>.

GODEAU, HP.2016, *Analyse stratégique*. Cours CAFDES, 2014-2016.

HACQUIN, Lucie, Amélie GHERSINICK, et Céline ROBERT-TISSOT. 2015, *Le Dossier Médical Partagé au service de la coordination de soins , point étape 1*. Paris: Dossier de presse, caisse nationale assurance maladie, Sécurité Sociale du 15 Octobre 2015. (en ligne, visité le 18/08/2016). Disponible sur <http://www.dmp.gouv.fr/>.

HAUTE AUTORITE DE SANTE. 2016 :

- 2016, *Les directives anticipées concernant les situations de fin de vie*. (en ligne, visité le 31/08/2016) Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2619437/fr/les-directives-anticipees-concernant-les-situations-de-fin-de-vie.
- 2016, *La personne confiance_v9.pdf*, (en ligne, visité le 31/08/2016). Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_personne_confiance_v9.pdf.
- 2016, *Prévention en santé, préserver sa santé*, (en ligne, visité le 31/08/2016). Disponible sur <http://social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/>.

HENRY LAURENCE GANTT. 1910, *Work, Wages and Profit, their influence on cost of living*. GANTT CHART, New York: The Engineering Magazine, 212 p.

INSTITUT NATIONAL DE STATISTIQUE ET D'ETUDES ECONOMIQUES

- 2008. *Recensement 2008*, (en ligne, visité le 10/05/2016). Disponible sur <http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/default.asp?page=recensement/resultats/2008/donnees-detaillees-recensement-2008.htm>.
- 2006, *La population continue de croître et le vieillissement se poursuit*. (en ligne, visité le 10/06/2016) Disponible sur <http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp>, Insee Première n°1089. Juillet 2006.

KOTTER, JP. 1995, *Leading change : why transformation efforts fail*, Harvard Business Review 73, n° 2 (March-April 1995), pp 59-67.

LAROUSSE. 2016, *Larousse.fr/dictionnaires/francais*. (en ligne, visité le 12/05/2016) Disponible sur http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/client_client/16519.

MINISTERE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE :

- 2016, *DÉCRET n° 2016-914 relatif au dossier médical partagé*. (en ligne, visité le 14/08/2016) Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr>.
- 2004, *DECRET, N°2004-613, 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, visité le 14/08/2016) Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES :

- 2004, *Loi 2004 relative à la politique de santé publique*. du 9 Août 2004. (en ligne, visité le 10/08/2016). Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr>.
 - 2005, *Loi 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.* 11 Février 2005, (en ligne, visité le 14/05/2016). Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr>.
 - 2002, *Loi 2002-2 relative à la rénovation de l'action sociale et médico-sociale* du 2 Janvier 2002. (En ligne, visité le 10/05/2016). Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr>.
- Laurence Dubourg - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique - 2016

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE :

- 2015, *Loi 2015-1776 relative à l'adaptation de la société au vieillissement*. (en ligne, visité le 10/07/2016), publiée au JORF n°0301 du 29 décembre 2015. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr>, p 2268.
- 2009, *LOI HPST 2009-879, relative à la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*, publiée au JORF le 21 Juillet 2009, (en ligne, visité le 12/05/2016). Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr>.

MINTZBERG, Henry, Bruce AHLSTRAND, et Joseph LAMPEL. 1998, *Strategy Safari, a guided tour through the wilds of strategic management*, New York, Edition Prentic Hall, 406 p.

MOISON, Armelle. 2009. *Transformer des relations informelles en une coordination structurée dans l'accompagnement des personnes vulnérables à domicile*. Ancenis: non publié. Licence professionnelle, management des organisations : gestion des établissements sanitaires et sociaux. Disponible à ASSIEL, 72 p.

PARLIAMENT OF VICTORIA. 2016, *Report of an inquiry into end of life choices*, Victorian government printer, 444 p.

PORTER, E Michael. 1980, *Competitive strategy*. United States of America: Free Press, 397 p.

ROCH, Sophie. 2014, *Études sur les services à domicile de Bourgogne*. (En ligne, visité le 10/04/2016). Disponible sur <http://www.ars.bourgogne.sante.fr>. Édité par la FEHA, 38 p.

STEIN, Steven J, et Howard E BOOK.2011, *The EQ edge : emotional intelligence and your success*. Toronto, Ontario, Canada: JOSSEY BASS, Wiley imprint, 276 p.

TOURAINÉ, Marisol, et Pascale BOISTARD. 2016. *L'adaptation de la société au vieillissement*. 6 Juillet 2016. (En ligne, visité le 23/07/2016). Disponible sur <http://www.gouvernement.fr/action/l-adaptation-de-la-societe-au-vieillissement>.

YUZO, Yasuda. 1991. *40 years, 20 million ideas : The TOYOTA suggestion system*. Massachussets, United States: Productivity Press, 195 p.

Liste des annexes

Annexe 1 : Personnes âgées, données INSEE

Ce tableau montre le recensement des populations de plus de 75 ans en France et Pays de la Loire. Ce recensement a été réalisé en 2011 et publié en 2013.

	France Entière		Pays de la Loire	
	Population en milliers d'habitants	% Part des 75 ans et plus	Population en milliers d'habitants	% Part des 75 ans et plus
Population ¹²⁹	64 933	8.9 %	3 601	9.3 %
<i>Le pourcentage de personnes de plus de 75 ans est supérieur en Pays de la Loire que sur la France entière de 0.4 %.</i>				

Annexe 2 : Questionnaire des entretiens

Questionnaire des entretiens conduits auprès des usagers et de leurs aidants.

Questions	Réponses
Je suis à votre écoute pour que vous me racontiez ce qui s'est passé depuis le début et avant votre implication avec le SSIAD, racontez-moi s'il vous plaît votre histoire	La réponse peut répondre aux questions ci-dessous. Noter l'émotion des réponses SVP.
Quels services utilisez-vous	
Quand, comment avez-vous appris l'existence des services que vous utilisez	
Quels professionnels avez-vous rencontrés	
Comment les avez-vous rencontrés	
Qui vous a beaucoup aidé	
Qui vous a moins aidé	
Avez-vous eu les mêmes informations de la part tous les professionnels	
Comment voyez-vous l'avenir	
Quels seront vos besoins	
De quels services, autres que ceux que vous avez, aurez-vous besoin	

129 INSEE :2011.

Annexe 3 : Bilan financier moyen pour l'utilisateur

Ce tableau contient les coûts des SAD, de l'EHPAD et un résumé des aides principales qu'un usager aux revenus < à 700€ par mois peut escompter. Les GIR 5 et 6 ne sont pas inclus dans cette évaluation car ils ne sont pas admis en SSIAD.

	SSIAD	EHPAD	SSIAD	EHPAD	SSIAD	EHPAD	SSIAD	EHPAD	SSIAD
	GIR 1	GIR 1	GIR 1	GIR 2	GIR 2	GIR 3	GIR 3	GIR 4	GIR 4
PRIX DE JOURNEE/ USAGER	- €	57 €	- €	57 €	- €	57 €	- €	57 €	- €
CD, APA hébergement*	- €	55 €	- €	44 €	- €	32 €	- €	21 €	- €
ARS, CPAM	42 €	29 €	42 €	29 €	42 €	29 €	42 €	29 €	42 €
sous- total par jour	42 €	142 €	42 €	131 €	42 €	118 €	42 €	108 €	42 €
sous- total par mois	1 281 €	4 320 €	1 281 €	3 988 €	1 281 €	3 613 €	1 281 €	3 287 €	1 281 €
AUTRES SAD									
TRANSPORT PAR SEMAINE	12 €		12 €		12 €		12 €		12 €
ACTIVITS LIEN SOCIAL / SEM	5 €		5 €		5 €		5 €		5 €
cout total SAP / SEM	224 €		160 €		128 €		96 €		64 €
SAP subvention APA / SEM	179 €		128 €		102 €		77 €		51 €
SAP à la charge usager / SEM	45 €		32 €		26 €		19 €		13 €
PORTAGE DE REPAS / SEM	140 €		140 €		140 €		100 €		52 €
TELEASSISTANCE / COUT MENSUEL	14 €		14 €		14 €		14 €		14 €
TELEASSISTANCE / APA /MENSUEL	21 €		21 €		21 €		21 €		21 €
GARDE DE NUIT	1 906 €								
COÛTS MENSUELS USAGERS	2 844 €	1 736 €	882 €	1 736 €	855 €	1 736 €	653 €	1 736 €	416 €
COÛTS MENSUELS SOCIETAUX	2 079 €	2 584 €	1 857 €	2 252 €	1 746 €	1 876 €	1 635 €	1 550 €	1 524 €
TOTAL	4 923 €	4 320 €	2 739 €	3 988 €	2 601 €	3 613 €	2 289 €	3 287 €	1 940 €
DIFFERENCE des totaux	603 €		- 1 347 €		- 1 347 €		- 1 347 €		- 1 347 €
DIFFERENCE pour l'utilisateur	1 108 €		- 854 €		- 882 €		- 1 083 €		- 1 321 €

Une analyse financière complète devrait aussi inclure les aides telles que l'allocation personnalisée au logement, l'aide au logement social, l'aide sociale aux personnes âgées et les aides offertes par les caisses de retraite. Ici, elles ne sont pas prises en compte car facteurs d'inclusion, d'exclusion existent. Certaines demandent un remboursement sur la succession.

Un dossier personnalisé et complet doit considérer l'analyse financière. Les charges du domicile devront aussi être prises en compte : les compléments de nourriture quand on a le portage de repas (biscuit, thé, café, vin, eau, petit déjeuner, etc), les charges en électricité, gaz, chauffage, ainsi que les loisirs, le coiffeur, l'entretien du jardin pour n'en nommer que certaines.

Dans l'étude de coûts ci-dessus, l'EHPAD est plus onéreux sauf si une garde de nuit est nécessaire. Autrement pour l'utilisateur et la communauté, les services à domicile sont moins plus rentables. Les coûts sont basés sur des situations réelles considérant :

- L'APA, valorisée au 01/07/2016
- Les SAP à 16 € TTC par heure, à raison de deux heures d'aide par session et par jour :
 - ▶ 4 heures par semaine en GIR4 (réparties sur 2 jours par semaine),
 - ▶ 6 heures par semaine en GIR3 (réparties sur 3 jours par semaine),
 - ▶ 10 heures par semaine en GIR2 (réparties sur 5 jours par semaine)
 - ▶ et 14 heures par semaine en GIR1, (réparties sur tous les jours, 7j/7).
- Le transport est facturé à 0.41€ du km, environ 30 km par semaine.
- Activité sociale à 5 € 30 de participation, 1 activité par semaine.
- Garde de nuit, tarif horaire 6 € 30, garde qui « dort », 10 heures par nuit.

Annexe 4 : Model de changement Kotter

Kotter, dans son article, exprime qu'un leader concerné par un changement organisationnel descendant, doit prendre le temps nécessaire à chaque étape du changement avant de passer à l'autre étape. En effet, les parties prenantes ont besoin de temps pour parfois faire le deuil du passé ou accepter la nouvelle initiative ou le travail supplémentaire. Quand une étape manque, d'après ses recherches, et en gris dans ce tableau, le changement ne se fait pas : pas de raison, d'urgence pour changer, donc inertie ; pas de vision donc pas de sens, on ne sait pas pourquoi ou vers quoi on va donc confusion ou peur ; pas de compétences donc on est frustré ; pas de plan d'actions donc le projet part dans tous les sens ; pas de petits succès en cours de projet donc on se voit dans une spirale de changement perpétuel qui fatigue ; et finalement, si on ne célèbre pas le changement réalisé on obtient pas de changement culturel, or changer est nécessaire pour s'adapter l'environnement toujours en mouvement.

ETAPE 1	ETAPE 2	ETAPE 3	ETAPE 4	ETAPE 5	ETAPE 6	POURQUOI LES ÉCHECS
Créer un sentiment d'urgence	Vision claire	Identifier les compétences	Mettre en place un plan d'action	Créer des succès	Célébrer le changement	CHANGEMENT
	Vision claire	Identifier les compétences	Mettre en place un plan d'action	Créer des succès	Célébrer le changement	INERTIE
Créer un sentiment d'urgence		Identifier les compétences	Mettre en place un plan d'action	Créer des succès	Célébrer le changement	CONFUSION ET PEUR
Créer un sentiment d'urgence	Vision claire		Mettre en place un plan d'action	Créer des succès	Célébrer le changement	FRUSTRATION
Créer un sentiment d'urgence	Vision claire	Identifier les compétences		Créer des succès	Célébrer le changement	FAUX DÉPARTS
Créer un sentiment d'urgence	Vision claire	Identifier les compétences	Mettre en place un plan d'action		Célébrer le changement	FATIGUE
Créer un sentiment d'urgence	Vision claire	Identifier les compétences	Mettre en place un plan d'action	Créer des succès		PAS DE CHANGEMENT CULTUREL

(KOTTER March-April 1995) / Diagramme résumant l'article de Kotter réalisé en groupe (MBA, Monash University), 2002 ; traduction en français par Laurence Dubourg.

Annexe 5 : Model de changement BEER

Beer lui prône l'utilisation d'un modèle de changement ascendant quand il faut convaincre instances, politiques et gouvernance. Sa proposition de changement part du principe que le personnel de terrain souvent, plus que la direction, sait ce qu'il faut faire. Il faut simplement autoriser le changement et l'encadrer.

ÉTAPE 1	ÉTAPE 2	ÉTAPE 3	ÉTAPE 4	ÉTAPE 5	ÉTAPE 6
Un diagnostic des problèmes est réalisé par les personnels ou les cadres	Une réflexion est menée pour proposer un plan d'action	Les compétences en interne sont identifiées et proposées	Personnels et cadres cherchent et trouvent des alliés	Des procédures et des processus sont proposés pour encadrer le projet	Des réponses pour atténuer les risques identifiés sont proposées
Cette étape vise à mobiliser les collègues / les représentants dès le début	Une vision partagée est remontée vers la direction, le conseil d'administration pour obtenir du support	La vision évolue par consensus	Vision réalisée sans que le directeur l'impose	Un dynamisme institutionnel suit	Personnels prennent la responsabilité que ce projet fonctionne ou soit revu si nécessaire

(BEER, EISEENSTAT et SPECTOR 1990)

Annexe 6 : Calcul du GMP

Nombre d'utilisateurs		PONDÉRATION du GIR	GMP par GIR
GIR 1	2	1	2
GIR 2	29	0.84	24,36
GIR 3	29	0.66	19,14
GIR 4	39	0.42	16,38
GIR 5	0	0.25	
GIR 6	0	0.07	
		Total	61.88
		Moyenne pour 97 utilisateurs	0.637
		Multiplié par 1000, donne GMP	637

Pour l'établissement, le GMP est calculé pour une date donnée, ici le 31 décembre 2015. Pour ce calcul il faut vérifier la pondération du GIR, ici colonne 3, identifier le nombre d'utilisateur dans chaque GIR. Puis en multipliant la pondération de chaque GIR par le nombre d'utilisateurs dans ce GIR, l'on obtient le GMP par GIR.

Le GMP moyen pour l'établissement est une addition de tous ces GMP par GIR. Puis ce total est divisé par le nombre d'utilisateurs.

Annexe 7 : Trame de Plan DUERP

Ci-dessous le tableau représente le DUERP que je propose.

IDENTIFICATION DES RISQUES			Accidents de travail avérés			Evenements signalés	CRITICITE**	EVALUATION DE LA MAÎTRISE		PLAN D' ACTIONS			
RISQUES	DESCRIPTION DU RISQUE	GRAVITE *	2013	2014	2015(a)	2015(b)	Gx2015a+b	Moyens de prévention existants	Niveau de maîtrise ***	Hierarchisation des actions ****	Actions à mettre en œuvre	Responsable(s) de l'action	Evaluation à (date)
Musculo-squeletaux													
Routiers													
Psychosociaux													
de contaminations biologiques													
de contaminations toxiques													
électriques													
d'incendies													
liés au travail sur l'écran													
liés aux ambiances thermiques													
AUTRES													

* GRAVITE : 1 = faible, 2 = Moyenne, 3 = Grave, 4 = très grave

** CRITICITE : Faible Moyen Significatif

*** MAÎTRISE : Bonne Moyenne Insuffisante

rouge + rouge =	1ère priorité
rouge + orange =	1ère priorité
rouge + orange =	2ème priorité
orange + orange/rouge =	2ème priorité
Vert + autre couleur =	3ème priorité

La réunion d'identification et de hiérarchisation des risques suivrait ce format :

➤ Phase identification des risques :

- Sous la question : quel risque avez-vous vécu, presque vécu ou redouté.
- Chacun réfléchit et consigne les risques vécus, presque vécus redoutés
- Après 10 minutes, chacun, lit les risques qu'il a identifiés, les personnes suivantes ajoutent à cette liste jusqu'à ce que chaque personne ait parlé
- Pas d'approbation des risques ou de désapprobation, simplement un inventaire

➤ Phase évaluation des risques / hiérarchisation :

- Chaque personne a trois votes : 3 points pour le risque le plus grave ; 2 pour le second risque important et 1 point pour le troisième choix. En face de chaque risque, le nombre de points est additionné et une échelle des risques apparaît.
- S'ajoute l'identification des risques avérés, par exemple les accidents du travail
- Enfin une évaluation des événements indésirables est réalisée

➤ Phase identification des stratégies mises en place :

- La méthode de brainstorming utilisée pour l'identification des risques est renouvelée, cette fois avec une identification des stratégies mise en place en 2015
- S'ajoute un récapitulatif des formations avec le nombre de personnes formées

➤ Phase identification des stratégies à développer :

- La méthode de brainstorming pour l'identification des risques est renouvelée, cette fois avec une identification des stratégies de prévention à ajouter pour 2016

Annexe 8 : Écoles de management stratégique, Mintzberg

« La clef du management stratégique est de maintenir la stabilité ... mais ... reconnaître le besoin de transformation et ... le gérer sans détruire l'organisation » (MINTZBERG, AHLSTRAND et LAMPEL 1998), p 305.

École de management :	Formation de la stratégie par :	Analyse	
		Avantages	Désavantages
De la création Pages : 5, 15-17, 45.	Un processus de conceptualisation	La formation d'une stratégie a pour but de donner la direction vers laquelle les efforts doivent être centrés. Ceci crée un ordre des choses et réduit l'ambiguïté.	La stratégie en place réduit la sensibilité à l'environnement, car les but sont définis, la créativité est sacrifiée pour respecter l'ordre des choses.
De planification Pages : 5, 58-9, 64, 67, 72-3, 77-9.	Des processus prédéfinis	La stratégie définit les processus en petites étapes réalisables, les check-lists et les procédures techniques sont en place. Tou est planifié, prévisible et basé sur ce que l'on sait qui marche.	La stratégie inflexible permet de contrôler. Les imprévus, par exemple technologique, sont ignorés. Cette stratégie rigide ne réussit pas à gérer les turbulences.
Du positionnement Pages : 5, 85, 87, 103, 112-116, 121-2.	Des processus analytiques	La stratégie est générale et répond aux changements de l'environnement. Les considérations primaires sont économiques, compétitives, contrôles des coûts, et production. Le capital intellectuel et les données prévalent.	La stratégie se focusse sur l'économie et les données quantifiables. Les analyses sont réalisées par des spécialistes externes qui concluent sur des données. La stratégie ne tient pas compte du vécu du personnel et des clients.
De l'entrepreneuriat Pages : 5, 124, 133-6, 138-9, 143, 147.	Un processus visionnaire	La stratégie est basée sur une recherche active d'opportunité. S'agrandir est le but délibéré. Le pouvoir repose sur le leader qui a beaucoup d'expérience. Il amène sa vision des choses et permet à ses collaborateurs d'agir à l'intérieur de sa vision.	Cette stratégie ne peut être appliquée dans une entreprise en difficulté. Reposer sur un leader central peut être inapproprié, voire dangereux, car il ne peut pas, seul, tout voir et tout prévoir.
Du cognitif Pages : 5, 151, 153-4, 170-3.	Un processus mental	La stratégie est un processus cognitif basé sur la compréhension de l'environnement avec les biais du monde du business tels qu'inconsistance, corrélations illusoire, processus sélectifs, optimisme, pessimisme... L'environnement est une perception, pas nécessairement une réalité.	Comprendre l'humain est la priorité. La stratégie peut ne pas prendre forme, car elle est regardée à travers des filtres déformants. Les priorités sont la gestion des ressources humaines et non le management commercial de l'entreprise.
Apprenante Pages : 5, 177, 208-9, 213-15, 219-20, 229-31.	Un processus émergent	La stratégie dépend des connaissances et des compétences. Gérer consiste à assurer un suivi des actions. On est centré sur ce qui a marché et on motive le personnel. Un léger décalage entre les ressources nécessaires et celles données amène de la créativité. Apprendre rétrospectivement est permis. Le management est ouvert et décentralisé prônant le travail en équipe. L'hypothèse de travail est que ceux, plus près de la tâche, savent mieux comment la réaliser. Parangonnage, comparaison des	Le management exploite les compétences intérieures. Les changements sont graduels, ce qui est inapproprié en cas de crise majeure s'il faut une décision en urgence. Accompagner les insuffisances de certains collaborateurs peut être ignoré. L'expérience mauvaise ou bonne est vue comme la base de l'apprentissage et du développement. La prise de responsabilité par rapport à un échec peut manquer.

École de management :	Formation de la stratégie par :	Analyse
		procédures et observer les rivaux est de mise.
Du pouvoir	Un processus de négociation	La stratégie est influencée par le pouvoir et la politique. L'on use de persuasion, marchandage et confrontation. Cette stratégie est utile pendant les périodes de grands changements, au sein d'organisations complexes, pendant les périodes de déstabilisation industrielles. Les problématiques sont adressées avec ceux qui veulent garder le statut quo malgré que le changement soit impératif.
Pages : 5, 234, 260-2.		Cette stratégie est plutôt concernée par des opinions et des stratagèmes que des perspectives à long terme. Les conflits peuvent engendrer une perte de productivité, du gaspillage et être centrés sur des intérêts personnels plutôt que l'intérêt de la collectivité.
De culture d'entreprise	Un processus collectif	La stratégie table sur la culture d'entreprise en vecteur de stabilité après des périodes de turbulences pour consolider. C'est un processus d'interaction sociale et de compréhension partagée. La culture est disséminée par imprégnation. La stratégie est délibérée, enracinée dans des intentions collectives et ancrées dans les ressources et les compétences.
Pages : 5, 264, 267, 281-3.		La culture enracinée peut amener des résistances au changement à long terme. Une culture forte peut amener de l'arrogance et rassurer, ce qui n'est pas approprié dans des périodes de turbulences. Un nouvel entrant peut avoir des difficultés à se mouler à la culture établie.
Basé sur l'environnement	Un processus de réaction à ce qui nous entoure	La stratégie, le leadership et l'organisation sont subordonnés à ce qui se passe dans l'environnement, car si on ne répond pas aux forces externes, on peut être anéanti. Les leaders lisent dans l'environnement et adaptent l'établissement en conséquence.
Pages : 5, 286, 288, 299-300.		Cette réaction aux forces externes ne valorise pas créativité et innovation, sauf si les forces externes l'exigent. Réagir aux forces externes, c'est survivre, ce n'est pas anticiper l'environnement, influencer ou façonner le futur.
De configuration	Un processus de transformation	La stratégie appliquée considère des périodes de stabilité interrompues par des crises et des besoins de transformation. Planification, analyse, évolution des connaissances, compréhension des politiques, cognition individuelle et de l'environnement se retrouvent dans un processus structuré de changement continu. Le changement n'est pas de bas en haut ou de haut en bas, il dépend des besoins et il est géré sans détruire l'organisation.
Pages : 5, 302, 336-39, 347.		Toutes les écoles mentionnées ci-dessus s'appliquent. Être conscient des désavantages aide à mesurer les risques de chaque choix stratégique.

(DUBOURG 2001), P 113 – traduit de l'anglais par L.Dubourg

Annexe 9 : Test de maîtrise de soi

Traduit de (STEIN et BOOK 2011), pages : 191-192.

Auto-Évaluation de la maîtrise de soi.
Est-ce que ces affirmations vous décrivent (jamais, rarement, parfois, fréquemment ou toujours) :
J'ai tendance à réagir vite Je suis impatient Les autres semblent trop lents à se faire une idée Je regrette ne pas avoir plus réfléchi Je fais des erreurs en réagissant trop vite Les autres me disent que je suis impétueux Si un chauffard me coupe la route, je lui fais des gestes obscènes
Si vous répondez « toujours ou fréquemment » à la plupart de ces questions, vous avez des difficultés à vous maîtriser
Répondez par oui ou par non
Pendant les trois dernières années j'ai frappé quelqu'un par colère (adulte, enfant, animal) Pendant les trois dernières années j'ai jeté un objet par pure frustration
Si vous répondez oui à l'une de ces affirmations, vous ne vous maîtrisez pas
Décrivez la façon dont vous géreriez les situations suivantes :
Je faisais la queue pour un film et une personne devant moi a vu plusieurs amis loin derrière et les a invités à venir faire la queue avec lui Vous êtes en train de regarder un programme, à la télévision, qui vous plaît ; votre enfant décide que c'est ennuyant et il change de programme Un ami vous dit qu'elle vous trouve et vous a toujours trouvé fainéant Un membre de votre équipe n'a pas fait sa part du projet que vous devez présenter, à un client important, le lendemain
Est-ce que vos réponses vous montrent généralement décisif, empathique ou impulsif. Votre dialogue intérieur vous amène à être plutôt passif, plutôt agressif, plutôt sans empathie ou plutôt impulsif ? Et comment pourriez-vous changer votre réaction dans chaque situation pour répondre de manière plus appropriée.

Le dialogue intérieur associé à une personnalité sans maîtrise de soi interprète les actions des autres comme abusives, insultantes et contre soi. Le dialogue intérieur associé aux décisions précipitées émane de « vœux » impérieux, de besoins excessifs d'impressionner les autres. Comment changer ce dialogue intérieur ?

Annexe 10 : Programme de la journée d'échange et de brainstorming collectif

Je propose de structurer la journée d'échange et de brainstorming collectif en commençant par un jeu pour apprendre à travailler ensemble ou se connaître puis le programme suivant commencera.

08 h 00	Café, accueil, explication de l'organisation des tables
08 h 30	« Se connaître, travailler ensemble »
09 h 00	Introduction (sur le thème fédérer les efforts de chacun) (directoire ASSIEL)
09 h 15	La région et les services à domicile : évolutions récentes, actuellement, vision à long terme (ARS)
09 h 30	Plan gérontologique départemental 2016-2020 (CD)
09 h 45	Ancenis et ses environs, importance des personnes âgées, force économique, dynamique de l'emploi (élus locaux)
10 h 00	questions aux présentateurs
10 h 10	Travail de remue-méninges ¹³⁰ avec des Post-it® ¹³¹ Mon travail : + et -
10 h 20	Pause et chacun va poser ses Post-it® sur les affiches thématiques.
10 h 45	Affiches thématiques sont à lire ; réparties sur chaque table ; 1 par table Thème repris : améliorations à envisager, stratégies. Rapport de chaque table
12 h 45	conclusion de la matinée
13 h 00	Déjeuné à 13h00 avec animation
13 h 45	Présentation des attendus de l'après-midi : réaliser une analyse critique : faisable, pas faisable : pourquoi ; définir un plan d'action sur 3 ans en inscrivant les parties prenantes, actions nécessaires à la construction du futur.
14 h 00	Définition plan d'action
14 h 30	Présentation plans d'action
15 h 15	pause-café / thé / jus de fruits/fruits/gâteaux avec animation
15 h 30	Présentation plans d'action (suite)
16 h 15	Clôture par directrice générale
16 h 30	pause / animation pour ceux qui ne sont pas pressés, concert

¹³⁰ Traduction de brainstorming / dictionnaire Larousse

¹³¹ Post-it® marque déposée par 3M en 1979

DUBOURG	Laurence	Septembre 2016
<p>Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale</p> <p>ÉTABLISSEMENT DE FORMATION : IFORIS – CNAM - ANGERS</p>		
<p>Fédérer les offres des services à domicile, sur le pays d'Ancenis, autour des personnes âgées, pour sécuriser leur parcours, à partir d'un SSIAD.</p>		
<p>Résumé :</p> <p>La personne âgée n'est plus un fardeau sociétal, mais plutôt une dynamique économique, l'économie vermeil. Ce concept implique des créations de services, de produits et d'emplois. Les services à domicile se sont beaucoup développés et continuent à le faire dans un contexte où la personne âgée, très souvent, désire rester chez elle plutôt que d'être hébergée en EHPAD.</p> <p>Les problématiques identifiées auprès des usagers incluent un manque d'information sur les possibilités liées à rester chez soi, des informations discordantes, une absence de plan financier personnalisé, une fin de vie à domicile source de tourments chez les usagers, les aidants, les familles, les médecins et les professionnels des services à domicile.</p> <p>Une fois l'accompagnement mis en place une veille sanitaire, sociale et psychologique s'installe et entraîne une prévention des accidents de la vie, surtout avec le SSIAD qui assure un suivi quotidien. Ce, jusqu'à la fin de vie qui se termine, dans 68 % des cas, à l'hôpital contre le gré de l'utilisateur.</p> <p>C'est en fédérant les Services à domicile que nous améliorerons l'information des usagers, la coordination du parcours et la sérénité d'une fin de vie à domicile.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Services à domicile ; personnes âgées ; SSIAD ; information des usagers ; personne de confiance ; directives anticipées ; fin de vie ; veille sanitaire, sociale et psychologique ; coordination ; réseau.</p>		
<p>L'École des Hautes Études 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.</p>		