

**SOUTENIR LE CHOIX DE LA PERSONNE AGÉE
DEPENDANTE DE DEMEURER A DOMICILE PAR LA
COOPERATION DES ACTEURS DANS UNE LOGIQUE
D'ACCOMPAGNEMENT DES PARCOURS DE VIE**

LE SSIAD : UN ACTEUR PIVOT SUR LE TERRITOIRE

Anita DELAUNAY

2017

CAFDES 2015-2017

Remerciements

Je tiens tout particulièrement à remercier Guylène Martin, Présidente de l'association Vivre Chez Soi, pour la confiance qu'elle m'a accordée, ainsi que l'ensemble des professionnels pour leur implication.

Un grand merci à Odile Le Rousseau pour le partage d'expérience, le temps accordé à la relecture, ses précieux conseils et son soutien tout au long de ce parcours de formation.

Je remercie les personnes âgées et leur famille dont les échanges ont permis de nourrir ma réflexion.

Je souhaite également remercier Michel Leroux, mon tuteur de mémoire, pour sa disponibilité et ses conseils avisés.

Je remercie également mes filles et mon mari pour leur patience, leurs encouragements et leur soutien indéfectible.

Sommaire

Introduction	1
1 L'association Vivre Chez Soi, un acteur essentiel du maintien à domicile ...	3
1.1 Un établissement reconnu sur le territoire	3
1.1.1 Un bureau et un conseil d'administration rénové et dynamique	4
1.1.2 Un territoire rural souffrant d'une offre de service insuffisante et hétérogène	4
1.1.3 L'association Vivre Chez Soi : un acteur actif et investi dans le réseau	5
1.2 L'avancée en âge : un enjeu sociétal majeur	6
1.2.1 De la fragilité à la dépendance : les différentes représentations de la vieillesse ...	6
1.2.2 Un contexte démographique en pleine mutation.....	8
1.2.3 Un niveau de dépendance élevé de la population accompagnée par le SSIAD....	9
1.2.4 Des orientations inadaptées	10
1.2.5 Des intervenants isolés	11
1.3 L'accompagnement de nos aînés à domicile : un défi à relever	12
1.3.1 L'évaluation des besoins : une dimension complexe	13
1.3.2 Les aidants familiaux : un soutien primordial	14
1.3.3 Le domicile : lieu de vie, lieu intime mais aussi parfois lieu d'exercice professionnel.....	16
1.3.4 Les limites du maintien à domicile : entre sécurité et choix de vie	18
1.3.5 Situations de crises et ruptures	21
1.3.6 L'entrée en EHPAD : une décision sous contrainte ?	22
1.4 Le maintien à domicile des personnes âgées : une orientation partagée....	24
1.4.1 Des modèles intéressants sur lesquels s'appuyer	24
1.4.2 En France : des lois porteuses de sens et de considération envers nos aînés ...	26
1.4.3 Des besoins mis en évidence sur le territoire	27
2 Concevoir un projet d'accompagnement global partagé par l'ensemble des acteurs intervenant à domicile	31
2.1 De la coordination à l'intégration	31
2.1.1 La prise en charge de la vieillesse à domicile : dichotomie entre gisement d'emploi et charge pour la société.....	33
2.1.2 La coordination au cœur des réflexions du secteur	33
2.1.3 La coordination une mission à requestionner	35

2.2	La coopération : un enjeu pour le secteur, des pratiques à faire évoluer	39
2.2.1	L'absence de réflexion pluri-professionnelle pour l'élaboration du projet personnalisé	39
2.2.2	Un travail de partenariat à valoriser	41
2.2.3	Le SSIAD retenu pour l'expérimentation SPASAD	44
2.3	Un besoin en compétences pour accompagner le grand âge et la dépendance	46
2.3.1	Un manque de qualification de l'aide à domicile	46
2.3.2	Une prise en charge financière hétéroclite : un frein à la cohérence du projet.....	47
2.4	Une nouvelle conception de l'accompagnement : la notion de parcours.....	51
2.4.1	Parcours de santé, de soins, de vie	51
2.4.2	Des évolutions concernant le partage d'information	54
3	Développer un projet global d'accompagnement centré sur la personne ..	57
3.1	L'expérimentation SPASAD : un dispositif à mettre en œuvre et à valoriser.....	57
3.1.1	Développer une culture professionnelle partagée entre les professionnels du soin et de l'aide à domicile	58
3.1.2	Accompagner l'évolution des pratiques professionnelles centrée sur la notion d'interdisciplinarité	60
3.1.3	Mettre en place un guichet unique d'accueil et d'information sur l'offre de service proposée	63
3.2	Faire de la qualité un outil de développement et de valorisation du secteur	67
3.2.1	Mettre en œuvre une démarche d'amélioration continue de la qualité.....	67
3.2.2	Favoriser le travail collectif pour lutter contre l'isolement des professionnels et prévenir les risques.....	69
3.3	Développer le maillage territorial et le travail en réseau en inscrivant le domicile au cœur de cette démarche	71
3.3.1	Développer la mise en œuvre et le pilotage du projet d'accompagnement global de la personne sous l'angle de la notion de parcours	72
3.3.2	Accroître la collaboration avec les acteurs en charge de la coordination.....	73
3.3.3	Favoriser le partenariat avec les acteurs de la filière gériatrique	75
3.3.4	Promouvoir la communication auprès du public, des partenaires et des financeurs	77
3.3.5	Déployer une démarche d'évaluation des actions engagées.....	77
	Conclusion	79

Bibliographie	81
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ADMR	: Aide à Domicile en Milieu Rural
AGGIR	: Autonomie Groupe Gérontologique Iso Ressources
ANAH	: Agence Nationale de l'Habitat
ANESM	: Agence Nationale de l'Évaluation Sociale et Médico-sociale
APA	: Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	: Agence Régionale de Santé
ARACT	: Association Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ASV	: Adaptation de la Société au Vieillissement
AVC	: Accident Vasculaire Cérébral
AVS	: Auxiliaire de Vie Sociale
BEP	: Brevet d'Études Professionnelles
CAFDES	: Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Établissement ou de services d'intervention Sociale
CAP	: Certificat d'Aptitude Professionnelle
CAUDEHM	: Coordination de l'Autonomie, de la Dépendance, du Handicap et de la Médiation
CASF	: Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAS	: Centre Communal d'Action Sociale
CCPL	: Communauté de Communes du Pays de Liffré
CDAS	: Centre Départemental d'Action Sociale
CIAS	: Centre Intercommunal d'Action Sociale
CLCS	: Centres Locaux de Services Communautaires
CLIC	: Centre Local d'Information et de Coordination
CNAM	: Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNFPT	: Centre National de la Fonction Publique Territoriale
CNSA	: Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CODEM	: Comité d'Observation de la Dépendance et de la Médiation
CODERPAG	: Comité départemental des retraités, des personnes âgées et de l'action gérontologique
COM'ONZE	: Communauté de communes du Pays de Saint Aubin du Cormier
CPOM	: Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
CROSMS	: Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-sociale
DEAES	: Diplôme d'État d'Accompagnant Éducatif et Social
DEAMP	: Diplôme d'État Aide Médico-Psychologique

DEAVS	: Diplôme d'État Auxiliaire de Vie Sociale
DIRRECTE	: Direction des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DUERP	: Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels
EHPA	: Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées
EHPAD	: Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EMS	: Équipe Médico-sociale
EMSP	: Équipe Mobile de Soins Palliatifs
EPCI	: Établissement Public de Coopération Intercommunale
ESA	: Équipe Spécialisée Alzheimer
ETP	: Équivalent Temps Plein
FACT	: Fonds pour l'Amélioration des Conditions de Travail
GCSMS	: Groupement de Coopération Sociale et Médico-sociale
GIR	: Groupe Iso Ressources
GMP	: GIR Moyen Pondéré
HAD	: Hôpital À Domicile
IDE	: Infirmière Diplômée d'État
IDEC	: Infirmière Diplômée d'État Coordinatrice
INSEE	: Institut National de la Statistique et des Études Économiques
MAIA	: Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
MONALISA	: Mobilisation nationale contre l'isolement des âgés
OPCA	: Organismes Paritaires Collecteurs Agréés
PAERPA	: Personne Agée En Risque de Perte d'Autonomie
PASA	: Pôles d'Activités et de Soins Adaptés
PEC	: Prise En Charge
PES	: Prise En Soins
PTA	: Plateformes Territoriales d'Appui
PRISMA	: Programme de Recherche sur l'Intégration des Services de Maintien de l'Autonomie
PRS	: Programme Régional de Santé
SAAD	: Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SESSAD	: Service d'Éducation Spécialisée et de Soins À Domicile
SPASAD	: Service Polyvalent d'Aide et de Soins À Domicile
SSIAD	: Service de Soins Infirmiers À Domicile
UNA	: Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles

Introduction

Les politiques publiques en France, en lien avec le vieillissement de la population, ont depuis quelques années pour objectif principal d'appréhender la perte d'autonomie par diverses mesures : l'adaptation de l'habitat, la lutte contre l'isolement mais aussi le renforcement du soutien à domicile et l'accompagnement des aidants. Le souhait aujourd'hui des personnes est de continuer à vivre dans leur domicile, y compris quand survient la dépendance. En effet, le défi sociétal auquel tous les français vont être confrontés, et en particulier les services à domicile intervenant auprès des personnes âgées, n'est pas tant l'augmentation de l'espérance de vie que l'accompagnement de la dépendance. Mais ce choix de prioriser le maintien à domicile suppose l'évolution et l'adaptation de l'offre de services des structures à domicile, en particulier dans ce contexte de progression du nombre de personnes âgées de 85 ans, âge où le risque d'entrée en dépendance est majoré.

L'établissement médico-social « Vivre Chez Soi » dont je suis directrice, a été créé sous forme associative à l'initiative des élus locaux et des professionnels de santé le 14 décembre 1982 pour mettre en place et développer les activités de **Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD)**. Il a dû attendre 1989 pour se voir doter des moyens financiers permettant de faire réellement fonctionner le service. L'arrêté préfectoral de création du SSIAD est initialement de 15 places pour une population de personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes. Depuis se sont succédés plusieurs arrêtés préfectoraux portant la capacité d'accueil aujourd'hui à 47 places personnes âgées et 3 places personnes en situation de handicap ou atteintes de maladies chroniques. Le SSIAD intervient sur 2 cantons soit 16 communes dont l'objectif principal est de créer, promouvoir, gérer et coordonner toutes actions auprès des personnes âgées dans une perspective de maintien à domicile. En 1998, l'association a complété cette première activité par la création d'un **service de portage de repas** ainsi qu'un service animation intervenant auprès des personnes âgées. Cette dernière compétence, reconnue à l'époque comme activité innovante (dans la mesure où elle n'était pas rattachée à un établissement tel qu'un EHPAD) a été transférée au centre intercommunal d'action sociale du Pays de Liffré en janvier 2010 faute de financements pérennes. Enfin, l'association contribue également depuis octobre 1993 à la mise en place de la **téléalarme** sur son territoire de référence : installation et suivi.

L'association Vivre Chez Soi a développé, depuis près de vingt-sept ans, une expertise auprès des personnes âgées dont elle a vu les besoins croître et se modifier. Les politiques publiques favorisant le maintien à domicile, les besoins grandissant des personnes accompagnées ainsi qu'un cloisonnement des structures interrogent, dans un

contexte de vieillissement démographique, la pertinence de l'offre de service sur le territoire d'intervention du SSIAD. Je constate que la réponse apportée n'est pas toujours adaptée. Plusieurs facteurs en sont à l'origine : le nombre de places d'accueil limité du SSIAD, le choix des cabinets d'infirmiers libéraux de prioriser les soins techniques par rapport aux soins d'hygiène ainsi que les difficultés financières de certains services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) ne proposant pas de relais au risque de perdre un nombre d'heures d'interventions. L'accompagnement n'est donc pas mis en œuvre compte tenu des besoins réels de la personne mais est défini en fonction des choix des professionnels. À d'autres niveaux et en particulier lors des sorties d'hospitalisation ou lors d'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), des ruptures de parcours pourraient également être évitées. En effet, devant besoins croissants et de plus en plus spécifiques et face à une multitude d'acteurs, l'absence de coordination est préjudiciable à la qualité de l'accompagnement et favorise les ruptures de parcours de vie. Ce manque de coopération pose problème aux personnes accompagnées comme aux professionnels. Il n'est pas rare d'entendre les personnes et leur entourage qualifier de « parcours du combattant » les démarches effectuées avant de trouver le bon interlocuteur pour répondre aux attentes et mettre en œuvre l'accompagnement souhaité et adapté. Pour les professionnels, ce manque de coordination se traduit notamment par des difficultés pour coopérer au quotidien avec les intervenants des autres secteurs, renforcées par des cultures professionnelles différentes et par le manque de définition des champs d'interventions et des missions propres à chacun.

Je souhaite en tant que directrice de l'association Vivre Chez Soi être force de propositions pour garantir par un accompagnement adapté le choix de vie à domicile, en permettant aux personnes âgées dépendantes d'être actrices de leur parcours de vie. Je vous démontrerai la nécessité pour le SSIAD, reconnu comme un acteur incontournable du maintien domicile mais aux potentialités d'évolutions limitées, d'inventer de nouvelles formes d'organisations pour accompagner les personnes âgées dépendantes à domicile. Je décrirai dans une première partie l'organisation actuelle sur le territoire et la nécessité d'impulser une dynamique de travail basée sur la coopération des acteurs du territoire pour répondre aux besoins des personnes et à l'évolution des politiques publiques. Je présenterai ensuite une analyse de l'organisation du secteur à domicile, des freins mais aussi des opportunités favorisant un changement de paradigme vers une logique de parcours. J'exposerai enfin la démarche permettant d'opérer ce changement qui vise à garantir un accompagnement global de la personne âgée dépendante à domicile.

1 L'association Vivre Chez Soi, un acteur essentiel du maintien à domicile

1.1 Un établissement reconnu sur le territoire

Le SSIAD Vivre Chez Soi a pour missions de permettre aux personnes de vivre à domicile le plus longtemps possible, si tel est leur souhait, en essayant de maintenir ou de retrouver une certaine autonomie, d'éviter ou de raccourcir les temps d'hospitalisation ou de faciliter les retours à domicile suite à une hospitalisation. Il assure sur prescription médicale des soins d'hygiène et de confort dispensés par des aides-soignants, sous délégation de l'infirmière coordinatrice du service. Le financement relève de l'assurance maladie sur la base d'une dotation globale et selon un budget annuel négocié avec l'ARS incluant l'ensemble des soins infirmiers libéraux ou salariés. Les soins infirmiers techniques sont dispensés par l'infirmier libéral choisi par la personne à condition qu'une convention ait été établie entre lui et le SSIAD. Le choix de déléguer aux cabinets infirmiers libéraux les soins techniques, et non de les assurer en interne, est dû à la superficie du territoire d'intervention (325.8 km²¹). Ce mode de fonctionnement générerait un surcoût, car il nécessiterait l'embauche d'un nombre important d'infirmier(e)s à temps partiels afin d'assurer l'ensemble des actes en tenant compte des contraintes horaires. Il existe sur le territoire d'intervention du SSIAD 17 cabinets d'infirmiers libéraux, soit un total de 42 infirmier(e)s avec qui potentiellement, je peux être amenée à collaborer. J'ai conventionné avec 32 infirmiers libéraux.

La création du SSIAD et son financement sont soumis à une autorisation préfectorale qui détermine le nombre de places autorisées. Il répond donc aux demandes en fonction du nombre de places dont il dispose. La dernière demande d'extension déposée en juillet 2009 pour 25 places avait reçu un avis favorable au CROSM, mais seules 5 places ont été financées. Les 20 places restées en attente de financement sont devenues caduques suite à la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » du 21 juillet 2009 qui a modifié les conditions d'organisation de l'offre de service sur le territoire par l'introduction des appels à projets. Depuis, je suis dans l'impossibilité de faire des demandes d'extension malgré une liste d'attente importante. Je ne peux également répondre aux appels à projet puisque l'ARS Bretagne a fixé un seuil minimum de 60 places pour pouvoir candidater. Ainsi, lorsqu'une demande de prise en charge m'est adressée mais que la capacité d'accueil est atteinte, je propose une inscription sur liste d'attente. Pour autant, je m'attache à rechercher des solutions alternatives avec la personne en l'orientant vers les

¹ INSEE comparateur de territoire / statistiques

partenaires du territoire tels que les infirmiers libéraux ou les services d'aide à domicile (SAAD). Ces derniers n'étant pas limités en termes de places, ils sont bien souvent les seuls à pouvoir intervenir rapidement. Cependant, le choix de certains cabinets d'infirmiers libéraux de prioriser les soins techniques engendre de facto l'unique intervention des SAAD. Même si les missions des SSIAD et des SAAD sont différentes, dans les pratiques quotidiennes, la frontière reste difficile à délimiter.

1.1.1 Un bureau et un conseil d'administration rénové et dynamique

Depuis sa création, l'association a connu trois Présidents, dont un resté en poste plus de 15 ans avant son départ en 2013, et un conseil d'administration peu renouvelé. Les orientations choisies jusqu'alors n'ont pas permis de développer suffisamment un travail en réseau ou de mettre en œuvre des partenariats visant à faciliter une prise en charge globale de la personne. Depuis 2014, le changement de Président ainsi que le renouvellement d'une partie des membres du bureau et du conseil d'administration a impulsé une nouvelle dynamique axée sur l'ouverture et non plus l'inertie voire le repli. Ainsi, en tant que directrice je peux proposer des orientations qui visent à favoriser les rapprochements des acteurs et le décroisement entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. De plus, la diversité des membres du conseil d'administration : élus locaux, partenaires, professionnels libéraux et représentant des usagers, permet d'aborder les problématiques sous différents angles et d'enrichir les débats. Très attachés à la singularité et à l'identité rurale de notre territoire, le conseil d'administration défend les valeurs d'adaptabilité et de proximité des réponses apportées. Les projets envisagés que je porte s'inscrivent dans une amélioration de l'offre au plus près des besoins des personnes du territoire, dans le respect des valeurs défendues par les administrateurs.

1.1.2 Un territoire rural souffrant d'une offre de service insuffisante et hétérogène

Le SSIAD Vivre Chez Soi intervient sur deux cantons appartenant au Pays de Rennes pour le Canton de Liffré et au Pays de Fougères pour le Canton de St-Aubin du Cormier². Cela induit qu'il dépend de deux EPCI et de deux circonscriptions d'action sociale donc deux secteurs gérontologiques avec chacune un CLIC et un CODEM (CLIC de l'Ille et l'Illet et CODEM de Saint-Aubin d'Aubigné pour le canton de Liffré et CLIC et CODEM de Fougères pour le canton de Saint-Aubin du Cormier). L'identité du territoire du SSIAD est son appartenance au monde rural. Il intervient sur un territoire en pleine évolution de par sa situation et sa composition. Il constitue l'espace situé entre trois villes importantes du département : Rennes, Fougères, Vitré. Il est à la fois rural par ses origines et certains de ses aspects, et urbain par l'évolution de la population de certaines communes. Dans le

² Annexe 1 : Évolution de la carte territoriale

cadre de la réforme territoriale applicable depuis le 1^{er} janvier 2016, quatre communes de la communauté de communes du Pays de Saint Aubin du Cormier (Com'Onze) ont exprimé leur souhait de rejoindre la communauté de communes du Pays de Liffré (CCPL). Les élus affichent un réel engagement politique vers cette union et une volonté de développer les services de proximité en étendant la compétence « personnes âgées » sur l'ensemble de la nouvelle communauté de communes Liffré-Cormier Communauté à compter du 1^{er} janvier 2017. Ce nouveau territoire composé de neuf communes représente 80.89% de la population du territoire d'intervention du SSIAD³.

L'association fait partie du territoire de santé numéro 5 caractérisé par une offre de soins de premiers recours globalement satisfaisante due en particulier à l'attractivité de Rennes et sa métropole, et qui concentre la majorité des professionnels de santé libéraux. Pour autant, « les cantons situés aux extrémités du territoire présentent une fragilité en offre de soins de premiers recours avec une part de professionnels âgés plus importante au regard de l'ensemble du territoire ou de la région »⁴. Le secteur d'intervention de l'association souffre de ces disparités avec des médecins généralistes qui, faute de remplaçants, ne peuvent faire valoir leurs droits à la retraite. Les hôpitaux les plus proches sont situés sur les trois villes principales à une trentaine de kilomètres de Liffré. Concernant l'offre médico-sociale, cette même disparité prévaut : sur les territoires plus ruraux (CODEM de Fougères), on ne recense qu'un seul SAAD l'ADMR bénéficiant d'une autorisation départementale, tandis qu'au niveau de la CCPL, 3 SAAD sont identifiés. Par ailleurs, le territoire dispose de 4 EHPAD soit une capacité d'accueil de 357 places et seulement 3 places d'hébergement temporaire.⁵

1.1.3 L'association Vivre Chez Soi : un acteur actif et investi dans le réseau

L'association est adhérente du réseau UNA depuis 1990. Le réseau est un soutien précieux car il permet d'apporter aide et conseils dans divers domaines : conseils juridiques et techniques, professionnalisation du secteur, information et veille juridique. Mais surtout, il est un lieu d'échange, de réflexion et de définition de stratégie ou d'actions collectives au niveau départemental et/ou régional. Le réseau UNA s'est également fortement engagé dans une démarche de professionnalisation du secteur de l'aide à domicile à travers notamment le programme de modernisation conclue avec la CNSA. En tant que directrice de l'association Vivre Chez Soi, je participe activement aux différentes instances, réunions et groupes de travail organisés. Ces rencontres sont essentielles pour créer du lien, échanger sur nos réalités professionnelles mais aussi asseoir une véritable

³ Annexe 1 : Évolution de la carte territoriale

⁴ Schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap 2015-2019 page 236

⁵ Annexe 2 : Couverture et équipement du territoire

action collective, stratégique afin d'améliorer la qualité de l'offre et positionner les acteurs du domicile au cœur des réflexions et des orientations des politiques publiques.

L'association est également membre d'une instance de réflexion partenariale locale « Le Groupe Gérontologique du Pays de Liffré ». En tant que directrice de l'association Vivre Chez Soi, je suis très impliquée depuis l'origine de ce groupe. Constitué en 2011 à l'initiative des élus de Liffré, faisant suite au constat d'absence de réponses adaptées pour des personnes dont le maintien à domicile n'était plus envisagé mais pour lesquels l'EHPAD n'était pas adapté, il est aujourd'hui composé de nombreux partenaires locaux : le CLIC de l'Ille et Illet, le CDAS, les SAAD, les EHPAD et les CCAS du territoire de la CCPL. L'animation de ce groupe est portée par la coordinatrice du CLIC et la coordinatrice du service animation de la CCPL. La création de la nouvelle communauté de communes depuis le 1^{er} janvier 2017 va permettre d'élargir ce groupe aux partenaires de ces 4 nouvelles communes (CCAS et les 2 autres EHPAD) et ainsi enrichir les réflexions. Cette instance a pour finalité d'échanger, de mutualiser nos expériences afin de réfléchir et d'œuvrer dans le même sens pour faire émerger des projets d'intérêt commun autour des questions du vieillissement. La place des aînés dans la cité est un axe essentiel de la dynamique de ce groupe. Il a aussi pour objectif d'effectuer un travail sur la coordination des acteurs locaux pour conduire à une dynamique et un projet de territoire en cohérence avec les besoins de la population. Depuis sa création, diverses actions de prévention et de sensibilisation auprès du public ont pu être mises en œuvre.⁶ En mars 2017, une conférence à laquelle j'ai participé a été organisée autour du thème de l'habitat intitulé « Mon chez-moi, change avec moi ». Celle-ci, animée par Pierre-Yves Malo, Président de l'association Psychologie et Vieillesse à Rennes, a rassemblé plus de 150 personnes.

Pour finir, le développement des partenariats, l'échange entre pairs ainsi que l'interconnaissance des différents acteurs sur un territoire est pour moi essentiel. C'est pourquoi, je participe activement aux différentes réunions et instances représentatives du territoire (CLIC, CODEM). Je suis également membre du bureau de l'association hôpital à domicile 35 depuis janvier 2017 (élue en qualité de trésorière).

1.2 L'avancée en âge : un enjeu sociétal majeur

1.2.1 De la fragilité à la dépendance : les différentes représentations de la vieillesse

Il me semble important pour permettre une bonne compréhension du sujet, de faire un détour théorique en définissant les termes de vieillesse, de dépendance, d'autonomie et

⁶ Annexe 8 : Historique des actions du Groupe Gérontologique du Pays de Liffré

de fragilité. Ces notions permettront d'appréhender avec justesse le public accompagné par le SSIAD.

La vieillesse peut se définir selon trois critères : le premier est lié à l'altération de l'organisme y compris psychologique, le second se rapporte à la notion de retraite et le troisième se réfère à l'avancée en âge. Le concept de vieillesse intègre ces différentes dimensions. La « vieillesse est un état désignant toute personne ayant atteint un certain âge »⁷ tandis que le vieillissement est un processus qui comme le souligne Vincent Caradec est fait de « combinaisons d'engagements et de désengagements ». Par ailleurs, il est important de rappeler que les progrès médicaux ont favorisé l'accroissement de l'espérance de vie, contribuant à une progression de la population de plus de 60 ans et surtout une augmentation du nombre d'année sans incapacités. Or, maintenir la fixité du seuil d'entrée dans la vieillesse à 60 ans sans tenir compte de ces évolutions sociales, induit une concordance non pertinente entre vieillesse et vieillissement. En effet, vieillir ne signifie pas être dépendant, même à un âge avancé.

La dépendance est un terme utilisé par les gériatres dans les années 1970 qui fait référence « aux déficiences physiques des personnes âgées »⁸ précisant « le vieillard dépendant a donc besoin de quelqu'un pour survivre, car il ne peut, du fait de l'altération des fonctions vitales, accomplir de façon définitive ou prolongée, les gestes nécessaires à la vie ».⁹ Cette définition renvoie à une image négative et déficitaire représentant ainsi un poids pour autrui. De plus, la barrière de l'âge impose une vision ségrégative de la dépendance. En effet, pour une même incapacité, vous dépendrez du champ du handicap si vous avez moins de 60 ans ou du champ de la vieillesse si vous avez 60 ans ou plus. Le sociologue Albert Memmi propose une autre définition dépassant cette conception « médicale » des gériatres. Il définit ainsi la dépendance comme « une relation contraignante, plus ou moins acceptée, avec un être, un objet, un groupe ou une institution, réels ou idéels, et qui relève de la satisfaction d'un besoin ».¹⁰ La dépendance peut se définir comme étant une relation de réciprocité entre les personnes.

La notion d'autonomie trouve ses origines dans la pensée grecque (Xénophon, Thucydide), mais je m'appuierai ici sur la définition telle que proposée par Kant, et appliquée à la personne, qui précise qu'il s'agit de « la capacité à se donner à soi-même ses propres lois »¹¹. Cela présuppose que la personne doit être capable de discernement et d'exprimer un avis, ses choix. Ce n'est finalement que dans les situations où la personne perd ses capacités décisionnelles que l'on peut parler de perte d'autonomie au sens de

⁷ FANTINI-HAUWEL Carole, GELY-NARGEOT Marie-Christine, RAFFART Stéphane, *Psychologie et psychopathologie de la personne âgée vieillissante*, p.5

⁸ CARADEC Vincent, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, p.22

⁹ ENNUYER Bernard, *Repenser le maintien à domicile*, p.96

¹⁰ MEMMI Albert, *La dépendance*, p.32

¹¹ ENNUYER Bernard, *Repenser le maintien à domicile*, p.97

Kant. Or, la loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) a créé une confusion en associant les termes « dépendance » et « perte d'autonomie ». Il s'agit de deux notions différentes mais pour lesquelles le législateur a utilisé le terme de perte d'autonomie en référence à l'incapacité fonctionnelle. Ainsi, l'utilisation du terme « perte d'autonomie » a peu à peu remplacer celui de « dépendance » censé être moins stigmatisant, alors qu'en réalité c'est le contraire.

La notion de fragilité est un concept mêlant des éléments liés à l'état de santé et à l'environnement. Le ministère de la santé britannique a défini la personne vulnérable comme « une personne qui a ou pourrait avoir besoin des services sociaux ou médico-sociaux du fait d'une difficulté, d'un handicap mental ou physique, de son âge ou de sa maladie ; et qui est ou pourrait être incapable de prendre soin d'elle-même ou incapable de se protéger contre une violence significative commise par autrui. ».¹² Ainsi, la notion de fragilité est présentée comme un risque d'entrer en dépendance par l'influence de facteurs médicaux tels que la perte de poids, la diminution de la force physique ou encore la faible activité. À ces facteurs médicaux s'ajoute souvent une vulnérabilité sociale : isolement, pauvreté, ou encore la fragilité peut être liée à un état de crise tel que le décès du conjoint par exemple. Cette conception de la fragilité est intéressante car elle démontre l'espace charnière entre deux états et met l'accent sur la possible réversibilité du processus. En effet, la dépendance n'est pas un état qui survient brutalement. On peut prévenir ou retarder l'entrée dans la dépendance en évaluant la situation des personnes fragiles et en mettant en place des actions de préventions. Or, aujourd'hui le SSIAD est trop souvent sollicité à posteriori d'une situation que l'on peut qualifier de « crise », lorsque le degré de dépendance est tel que le plan d'aide élaboré ne suffit plus, ou que l'état de santé de la personne s'est aggravé. Ce repérage des fragilités n'est pas ou peu mis en œuvre par l'ensemble des professionnels libéraux, des acteurs de l'aide à domicile lorsque ceux-ci interviennent, mais aussi des familles et des personnes elles-mêmes qui préfèrent bien souvent occulter le problème.

1.2.2 Un contexte démographique en pleine mutation

La France est en train de vivre un bouleversement démographique qui va s'accroître dans les années à venir. En effet, la population française continue de vieillir sous l'effet de l'augmentation de l'allongement de l'espérance de vie et de l'avancée en âge des générations du baby-boom. En 2050, un habitant sur trois serait âgé de 60 ans ou plus,

¹² Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM : *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance*, p.11

contre un sur cinq en 2005, cela représente une hausse de 80% en 45 ans¹³. « Le nombre de personnes âgées dépendantes passerait de 1 150 000 personnes en 2010 à 1 550 000 en 2030 puis à 2 300 000 en 2060¹⁴. » De même en Bretagne, une progression de 40% du nombre de personnes âgées dépendantes, et plus âgées qu'actuellement, est estimée. Ainsi, le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans (5% de la population bretonne aujourd'hui) devrait fortement augmenter dans les décennies à venir et doubler d'ici 2050¹⁵. En Ile-et-Vilaine, la population de 80 à 84 ans a plus que doublé entre 1999 et 2013 et compte 14 764 personnes supplémentaires. Les classes d'âges au-delà de 85 ans ont également fortement augmenté au cours des dernières années et génèrent des besoins croissants d'accompagnement à domicile ou en établissement. L'âge moyen d'entrée en EHPAD et l'âge moyen des bénéficiaires de l'APA à domicile sont de 85 ans en Ile et Vilaine. L'âge moyen des personnes accompagnées par le SSIAD en 2016 est de 84 ans.

L'évolution démographique sur le territoire d'intervention du SSIAD (8.6% sur le CODEM de Fougères et de 23% sur le CODEM de l'Ille et l'Illet entre 1999 et 2009)¹⁶ et en particulier l'augmentation de la part de la population âgée démontre que la population de plus de 80 ans augmente considérablement. L'évolution des personnes de 80 ans et plus est estimée à 9.78% entre 2015 et 2020 sur le CODEM de L'Ille et L'Illet et de 7.67% sur le CODEM de Fougères soit au-dessus de l'évolution départementale estimée à 6.61%.¹⁷

1.2.3 Un niveau de dépendance élevé de la population accompagnée par le SSIAD

Jusqu'en 2013, le projet associatif de l'association Vivre Chez Soi affichait une valeur forte qui était de « **Démarrer ou maintenir les prises en charge sans tenir compte du degré de pathologie du patient** »¹⁸. Cela a eu une conséquence significative sur le niveau de dépendance des personnes accompagnées. En effet, je constate depuis 2010 l'augmentation croissante des personnes en GIR 3 (+ 68% entre 2010 et 2013) au profit de celles en GIR 4 (-53% entre 2010 et 2013). Parallèlement le GMP est passé de 708 en 2010 à 741 en 2013 et atteignant même un taux digne de celui d'un EHPAD en 2012 puisqu'il était à 744. À titre comparatif le GMP moyen des SSIAD du réseau UNA départemental en 2014 était de 659¹⁹. Nous sommes donc bien au-delà de cette moyenne caractérisant le niveau de fragilité des personnes accompagnées.

¹³ INSEE : projections de la population 2005-2050

¹⁴ Rapport de la cour des comptes : *Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie-juillet 2016*, p.11

¹⁵ Synthèse du projet régional de santé de Bretagne p.24

¹⁶ Schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap 2015-2019 p.7

¹⁷ Annexe 3 : Évolution de la population en Ile et Vilaine

¹⁸ Extrait du projet associatif 2013 de l'association Vivre chez Soi

¹⁹ Rapport d'activité du réseau UNA 2014

En lien avec l'augmentation du degré de dépendance, j'ai vu croître la charge en soins (+ 67.37% de la charge de travail dite très importante entre 2010 et 2013)²⁰. Cet indicateur est calculé à partir du degré de dépendance de la personne, de la fréquence des interventions et des temps de soins. Les personnes accompagnées par le SSIAD présentent majoritairement des troubles locomoteurs (mobilité et marche altérée, besoin d'aide pour les transferts) liés à l'âge ou à des séquelles traumatiques ou neurologiques (suite par exemple à un accident vasculaire cérébral), une incontinence mais aussi de plus en plus fréquemment des troubles cognitifs, maladies neuro-dégénératives ou troubles apparentés (maladie Alzheimer, Parkinson). L'accompagnement de personnes très dépendantes nécessite régulièrement la mise en œuvre d'interventions conjointes SSIAD / SAAD ainsi qu'une coordination des horaires de passages avec les infirmiers libéraux, ce qui est parfois difficile à mettre en œuvre compte tenu des contraintes des différents partenaires. Parallèlement, l'augmentation des temps de soins (de 45 minutes à 1 heure par intervention) a eu pour conséquence la diminution du taux d'occupation du service (en 2012 nous avons un GMP à 744, une charge de travail très important pour 53.97% des personnes accueillies et un taux d'occupation de 93.14%)²¹. Par ailleurs, le nombre de jours d'hospitalisation des personnes prises en charge par le SSIAD vient atténuer le taux d'occupation du service puisque, malgré une issue parfois incertaine, nous conservons la place un mois voire deux. Pour finir, je constate également une augmentation des actes infirmiers libéraux, dont les honoraires sont à la charge du SSIAD, qui impacte l'équilibre financier de l'association. Certaines personnes ont des soins infirmiers dont le coût est supérieur au forfait journalier alloué par la sécurité sociale qui est en 2016 de 35.96 €.

1.2.4 Des orientations inadaptées

La capacité d'accueil autorisée pour le SSIAD est aujourd'hui insuffisante car elle ne permet pas de répondre favorablement à toutes les demandes. Malgré un délai d'attente qui tend à diminuer (70 jours en 2014), l'impossibilité de pouvoir répondre favorablement au moment de la demande, engendre une inadéquation de l'accompagnement²² si le relais ne peut également être assuré par un cabinet libéral. L'orientation se fait alors vers les SAAD, dont l'intervention sera insuffisante ou inadaptée, puisqu'une partie du plan d'aide servira à financer des actes de soins qui devraient être pris en charge par la sécurité sociale, cela au détriment d'accompagnement social, d'entretien du logement ou de temps de répit pour l'aidant familial. En effet, la dépendance ne figure pas en France parmi les risques couverts par la sécurité sociale, bien que souvent évoquée,

²⁰ Annexe 4 : Évolution de la charge de travail et du taux d'occupation du service

²¹ Ibid.

²² Annexe 5 : Évolution de la liste d'attente

contrairement à l'Allemagne qui l'a mis en place en 1995. Depuis 2001, l'APA versée par le département permet le financement d'heures d'aides à domicile basées sur l'évaluation des besoins de la personne (degré d'incapacité évalué selon la grille AGGIR) et le niveau de ses ressources.

1.2.5 Des intervenants isolés

Le personnel du SSIAD est composé uniquement de personnel soignant : aides-soignantes et une infirmière coordinatrice à temps partiel qui est également la référente qualité de la structure. Ce manque de diversité de catégories professionnelles ne permet pas la mise en place d'un accompagnement singulier prenant en compte toutes les dimensions personnelles de la personne et est essentiellement tourné vers une approche sanitaire. Voici le tableau des effectifs de l'association pour 2016 :

SOINS			PORTAGE DE REPAS		
AS	Administratif	Encadrement	Agent Livraison	Administratif	Encadrement
12	1	2	2	1	1
10,30 ETP	0,57 ETP	1.61	1, 62 ETP	0,43 ETP	0.10
Total soins : 12,48 ETP			Total portage : 2,15 ETP		
TOTAL : 14,63 ETP					

Les aides-soignantes expriment régulièrement leurs difficultés face à des situations complexes liées à des troubles du comportement, à des transferts difficiles de personnes à mobilité réduite ou encore face à un entourage épuisé ou exigeant. Pour garantir la qualité et la sécurité des accompagnements et prévenir les risques professionnels, la mise en place de matériel de manutention et d'un lit médicalisé est évoquée auprès de la personne, voire exigée, ainsi que parfois un aménagement du logement. Par ailleurs, aucun temps d'analyse des pratiques n'est mis en place faute de financements suffisants, ni de réunions conjointes pluridisciplinaires à l'exception de la réunion hebdomadaire animée par l'infirmière coordinatrice. Les contraintes budgétaires m'amènent à faire des choix en privilégiant l'actualisation des compétences des aides-soignantes par la formation régulière. Cependant, il me semble indispensable d'envisager un plan de formation adapté tenant compte des compétences nécessaires pour répondre à l'évolution des besoins des personnes accompagnées. D'autre part, en lien avec l'infirmière coordinatrice, je veille à l'implication des salariées par un management participatif. Elles ont été sollicitées pour l'évaluation interne ainsi que pour l'élaboration des protocoles de soins. Les aides-soignantes, soucieuses de la qualité de l'accompagnement des personnes, n'hésitent pas à transmettre leur savoir-faire auprès des auxiliaires de vie sociale (utilisation du matériel de transfert par exemple).

1.3 L'accompagnement de nos aînés à domicile : un défi à relever

La notion de maintien à domicile signifie « l'expression du désir de nombreuses personnes qui ont fait le choix de demeurer dans leur domicile jusqu'au bout de leur âge et de leur vie ». ²³ Il s'agit bien du choix de la personne de continuer à vivre chez elle et en aucun cas l'idée d'obliger les personnes à y rester. L'étymologie du mot « maintien » venant du latin « manutenerere » signifie tenir avec la main, ce qui sous-entend l'idée de continuité et l'idée de soutien, d'empêcher de tomber. Ainsi, le maintien à domicile présume de mettre en place des actions d'assistance aux personnes et d'appui, idée que l'on retrouve dans le terme « soutenir ». Ce mot fait référence à la stabilité, à l'image d'empêcher de fléchir en apportant secours et réconfort. Pour finir, cette notion de soutien à domicile renvoie également à une multitude d'acteurs, professionnels ou familiaux, et à un nombre important de structures pouvant apporter une aide un moment donné.

L'origine du maintien à domicile des personnes âgées en France est souvent dénommée en référence au rapport de Pierre Laroque « Politique de la vieillesse » au début des années 1960 et à la création des premiers services d'aide-ménagère. Or la problématique de maintenir les personnes âgées à domicile n'est pas récente. Jusque dans les années après-guerre leur prise en charge reposait essentiellement sur la solidarité familiale ou lorsque celle-ci devenait trop complexe, les personnes étaient alors accueillies dans des hospices. Dans ces lieux se retrouvaient toutes les personnes devenues une charge pour la société. Le rapport Laroque questionne la place octroyée aux personnes âgées dans la société et souligne les conditions nécessaires pour le maintien de leur autonomie, de leur activité sociale et de leur dignité précisant : « L'accent doit être mis sur la nécessité d'intégrer les personnes âgées dans la société, tout en leur fournissant les moyens de continuer le plus longtemps possible à mener une vie indépendante » ²⁴. Il s'agit d'un texte de référence qui pose les bases de la politique en faveur des personnes âgées en France.

Quelques années plus tard, apparaît un nouveau risque celui de la dépendance et surtout la question de sa prise en charge financière. Ainsi l'approche relationnelle recommandée par le rapport Laroque laisse place à une approche médicale et financière du soutien aux personnes âgées. C'est dans ce contexte que les premiers services de soins infirmiers à domicile ont vu le jour dans les années 1980. Les SSIAD sont « des services médico-sociaux qui apportent au domicile des prestations de soins » au sens des 6° et 7° de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF). Le décret du 8 mai 1981 va officialiser les SSIAD en définissant leurs missions, leur mode de fonctionnement

²³ ENNUYER Bernard, *Repenser le maintien à domicile*, p.29

²⁴ ENNUYER Bernard, 1962-2007 : *regards sur les politiques du « maintien à domicile ». Et sur la notion de « libre choix » de son mode de vie*, p.55

ainsi que les qualifications requises pour y exercer. Pour autant, et malgré la priorité affirmée d'accroître le soutien à domicile, le développement de l'hébergement en établissement restera majoritaire jusqu'à encore ces dernières années, puisque entre 2006 et 2014 le nombre de places « en maison de retraite a augmenté de 30% »²⁵. Toutefois, plusieurs dispositifs de financement public sont créés dont la prestation spécifique dépendance, créée en 1997 qui ne connaîtra pas le succès escompté, et qui sera remplacée par l'APA en 2001 devenue la pierre angulaire du financement du maintien à domicile aujourd'hui. Elle a favorisé le maintien à domicile des personnes âgées mais aussi permis la création de nouvelles modalités d'accompagnement (accueil de jour, hébergement temporaire). Le décret du 25 juin 2004 relatif « aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SSIAD, des SAAD et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile » reformera les conditions d'exercice des SSIAD et élargira le cadre d'intervention aux personnes adulte de moins de 60 ans.

1.3.1 L'évaluation des besoins : une dimension complexe

Maintenir une personne dans son domicile doit répondre à une exigence éthique celle du désir de la personne. La mise en place des interventions des services et le recours à l'APA nécessite une évaluation impliquant un certain nombre d'acteur : la personne âgée, sa famille et les différents professionnels concernés. Cette évaluation est cruciale et délicate car elle requière d'examiner la vie de la personne sous plusieurs dimensions : physique, psychique, sociale, financière, environnementale. L'appréciation du niveau de dépendance, ainsi que le calcul de l'éligibilité à l'APA, se fait à l'aide de la grille AGGIR par du personnel médical ou paramédical. La grille AGGIR évalue les capacités de la personne âgée en se basant sur 17 variables : 10 dites « discriminantes » qui apprécient la perte d'autonomie physique et psychique et permettent le calcul du GIR, 7 variables dites « illustratives » qui n'entrent pas dans le calcul du GIR mais qui permettent d'orienter le plan d'aide qui en résultera²⁶. Seuls les GIR 1 à 4 ouvrent droit à l'APA. L'utilisation de cette grille a fait l'objet de deux critiques majeures : l'évaluation de la dépendance est aléatoire et les déficiences cognitives sont insuffisamment prises en compte. De plus, les éléments tels que l'environnement de la personne, ces habitudes de vie ou la prise en compte de ses émotions face à ses difficultés quotidiennes, ne sont pas mesurés par cet outil, ce qui oriente d'autant plus la perception de la dépendance comme un cumul d'incapacités. En se basant sur le critère du nombre de personnes bénéficiaires de l'APA à domicile, il est important de souligner que la probabilité d'entrer en dépendance reste faible. C'est le cas en 2014 pour 8% des personnes ayant 60 ans

²⁵ Rapport de la cour des comptes, *Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie Une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler*, juillet 2016, p.12

²⁶ Annexe 9 : La grille AGGIR

contre 19% des plus de 75 ans, et ces dernières présentent un niveau de dépendance élevée (GIR 1 et 2)²⁷. « La dépendance n'est prépondérante que parmi les personnes très âgées : elle atteint 63% des personnes de 95 ans et plus.²⁸ »

L'intervention du SSIAD se fait sur prescription médicale, mais l'orientation vers notre service est très rarement adressée via le médecin traitant. Ce sont majoritairement les équipes médico-sociales (EMS) du conseil départemental ou les services hospitaliers qui nous sollicitent, soit directement soit par l'intermédiaire de la famille. Cette demande fait suite à une aggravation de l'état de santé de la personne nécessitant le passage des professionnels du soin ainsi que parallèlement la mise en place ou la révision du plan d'aide. L'évaluation des besoins des personnes est réalisée par les différents professionnels du soin, de l'aide et du social lors de visites distinctes multipliant alors la nécessité pour les aidants familiaux de se rendre disponible. Par ailleurs, cette multitude de rencontres provoque un sentiment « d'agacement » par la redondance des questions posées et met en lumière l'absence de prise en charge globale de la personne et le cloisonnement des structures. Cette organisation est liée notamment à la différenciation du champ d'action de ces professionnels, entre mise en œuvre pour les uns, et financeur de l'aide pour l'autre. De plus, sur le secteur d'intervention de l'association, l'évaluation des besoins des personnes en termes d'aide à domicile est assurée par des bénévoles, à l'exception d'un SAAD, ce qui pose la question de la pertinence de l'adéquation de l'offre. Ainsi nous percevons bien que l'organisation du maintien à domicile est un agencement complexe, mêlant un nombre important de professionnels de différents secteurs d'action publique comme la santé, le social et le médico-social dépassant de très loin le binôme bénéficiaire-professionnel. Par ailleurs, cette question de l'évaluation renvoie à une autre interrogation, celle de la marge de prise de risque que les professionnels et l'entourage familial sont prêts à accepter et à accompagner.

1.3.2 Les aidants familiaux : un soutien primordial

Le maintien à domicile des personnes dépendantes n'est envisageable qu'à la condition d'être accompagné et soutenu par un aidant à domicile. « Selon l'enquête HSM (handicap santé – volet ménage) de la DREES, 83% des aidants des personnes âgées de 60 ans et plus sont membres de la famille, mais 5% sont des amis, 3% des voisins et 9% d'autres personnes»²⁹.

²⁷ Rapport de la cour des comptes, *Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie Une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler*, juillet 2016, p.9

²⁸ Ibid.

²⁹ GILLES Léopold, Crédoc cahier de recherche, *Prévention, aidants, coordination : comment passer du maintien au soutien à domicile des personnes âgées ?*, p.30

Au fil des années, le vocabulaire utilisé pour désigner l'aidant a évolué. L'expression « d'aidant naturel », sous-entendant l'obligation de soutien auprès des membres de sa famille, a ainsi laissé la place au terme « d'aidant informel ». Ce dernier étant en opposition à aidant formel ou professionnel. Finalement, le terme d'aidant familial est apparu pour souligner la place importante et majoritaire de la famille dans l'aide non professionnelle apportée aux personnes âgées dépendantes. Néanmoins, le terme d'aidant familial semble aujourd'hui le plus approprié. Celui-ci souligne la proximité et la régularité de l'aide auprès de la personne âgée. Il permet également d'associer les voisins et amis souvent très présents lorsque les personnes âgées sont isolées. L'aide familiale et l'aide des services à domicile sont plus complémentaires que substituables. En effet, malgré l'intervention de professionnels, l'engagement familial est indispensable. Or, lorsque l'aidant est le conjoint, souvent lui-même d'un âge avancé et présentant un risque de fragilité, il est essentiel que les intervenants à domicile soient vigilants quant au risque d'épuisement de ce dernier.

A) L'épuisement des aidants : une prévention indispensable

Même si beaucoup considèrent que l'aide apportée est une évidence naturelle, le rôle d'aidant familial est souvent vécu comme une charge lourde, un fardeau tant sur le plan psychique que sur les plans physique, émotionnel, social et financier. De plus, les aidants sont soumis à un niveau élevé de risque d'anxiété et de dépression, en particulier lorsqu'ils se consacrent à l'aide d'un proche dément. Par ailleurs, ils souffrent d'un manque de reconnaissance de leur rôle. Contrairement au champ du handicap où la place de l'aidant est davantage reconnue, celle des aidants des personnes âgées peine à être valorisée. La loi portant sur l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015, met l'accent sur la reconnaissance de cette place essentielle de l'aidant par l'octroi d'un droit au répit ou par la possibilité d'un congé d'accompagnement et d'un financement en cas d'hospitalisation de l'aidant. Elle soutient le maintien à domicile des personnes dépendantes et vise à assurer une meilleure couverture des besoins ainsi qu'à réduire la participation financière des personnes, en particulier pour les plus dépendantes, par l'augmentation de l'APA à domicile.

B) Les dispositifs de soutien

L'offre de soutien en France se concentre essentiellement sur des formules de répit que sont l'accueil de jour ou l'hébergement temporaire. L'accueil de jour est à destination initialement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Le personnel soignant encadre les personnes âgées lors des activités. Il s'agit d'un lieu qui permet la socialisation. L'hébergement temporaire a quant à lui connu un développement important en France il y a une dizaine d'années suite aux plans nationaux (Plan Solidarité grand âge, Plan Alzheimer). Cependant, la répartition est contrastée au niveau national. Les séjours

en hébergement temporaire ont pour motifs principaux le besoin de répit de l'aidant familial accompagnant la personne dépendante, ainsi que la préparation à une entrée en hébergement permanent. Pourtant, le recours à cette offre reste faible, car, même si les frais d'accueil peuvent être financés au titre de l'APA, la priorité des aides est orientée vers le financement des interventions à domicile. Pour finir, il est à noter que sur le territoire d'intervention du SSIAD, il n'existe aucune formule de répit à l'exception de trois places d'hébergements temporaires pouvant permettre au conjoint de souffler un peu. Pour autant, les acteurs du territoire se mobilisent pour apporter du soutien auprès des aidants avec la mise en place une fois par mois d'un temps d'échange animé par une psychologue. Cette action « Les rencontres du mardi » est portée par le CLIC de l'Ille et l'Illet avec l'implication des acteurs locaux dont je fais partie et est financée par le Conseil Départemental.

1.3.3 Le domicile : lieu de vie, lieu intime mais aussi parfois lieu d'exercice professionnel

Les politiques publiques s'orientent désormais vers le « tout domicile ». Or, intervenir à domicile est une démarche complexe car le domicile ne peut être uniquement considéré comme un simple lieu d'habitation. Pour en percevoir toutes les nuances, il me semble important de faire un détour théorique autour de la notion de domicile.

Communément, pour qualifier le lieu de vie, différents termes peuvent être utilisés : domicile, logement, habitation ou encore le « chez-soi ». Ces mots, bien que parfois confondus dans le langage commun, ont pourtant une signification précise et spécifique. Tout d'abord lorsque l'on parle du logement, celui-ci fait référence au bien matériel localisé dans un espace. Ce terme est souvent utilisé par les économistes, les urbanistes ou les démographes pour qualifier le logement avec des données objectives : superficie, valeur marchande, normes ou encore quantité (on parle d'ailleurs de pénurie de logements). Le logement est aussi un lieu d'échange intergénérationnel, de tradition et de transmissions des savoirs. C'est également la capacité à loger c'est-à-dire d'avoir un abri et de permettre aux personnes de demeurer durablement dans un lieu. Cela fait référence au mot habitation qui lui-même renvoie à la construction et l'endroit de sa localisation. Habiter c'est demeurer « dans un lieu construit dans lequel on vit et dans lequel on reste, on y demeure ». ³⁰ Ne parle-t-on pas de « la dernière demeure » ? On y réside jusqu'à la mort.

Le mot domicile signifie maison au sens de famille et qui est dérivé de « mominus » : maître de maison. Avoir un domicile et/ou être à domicile c'est équivalent à être maître chez soi. Le domicile est à la fois utilisé au sens juridique c'est-à-dire le siège légal d'une

³⁰ ENNUYER Bernard, *Repenser le maintien à domicile*, p.16

personne et qualifié comme le symbole de « inclusion sociale, intégration ». Par opposition « le sans domicile fixe » est considéré comme un symbole d'exclusion sociale. Plus précisément, il est le « lieu où la loi présume qu'une personne se trouve pour l'exercice de ses droits et l'accomplissement de ses devoirs ».³¹

« Ma maison, c'est mon château, c'est le lieu de mon intimité, celui dont je peux interdire l'accès, celui dont j'ai la clé ». ³² Ainsi, si le logement se réfère à un territoire en lien avec l'adresse, le terme de chez soi symbolise notre identité, notre vie privée et notre intimité. Il y a là une notion d'affect, de lieu dont on connaît chacun de ses recoins, la place de chaque objet. Mais c'est aussi un lieu de refuge où l'on peut se ressourcer. Ainsi, le chez-soi est à la fois « un repaire et un repère ».³³ Cette symbolique résume parfaitement l'accompagnement du SSIAD auprès de Me P., malvoyante mais qui est capable de se mouvoir dans sa maison sans aucune difficulté et qui sait exactement l'emplacement de chaque chose. Nous sommes intervenus initialement pour son mari que nous avons accompagné jusqu'à son dernier souffle à domicile. Sa maison est le lieu de son histoire, elle lui rappelle son passé avec son époux décédé, les réunions de famille. Chaque photographie ou objet fait référence à un élément important de sa vie. Comment envisager alors pour cette femme de quitter un jour sa maison ? Ainsi, nous percevons bien que l'intervention à domicile touche à la sphère intime, à l'identité et aux droits de la personne. Entrer au domicile de quelqu'un suppose généralement que l'on y soit invité. Or, comme le souligne Bernard Ennuyer, « pour les professionnels du SSIAD, il ne s'agit pas d'invitation mais de prescription. Cela change considérablement la manière d'entrer dans le chez-soi de l'autre ». L'intervention du SSIAD, c'est avant tout une rencontre et la construction d'une relation de confiance entre les personnes et les intervenants. Il s'agit pour les professionnelles de trouver « l'équilibre entre curiosité et discrétion, entre faire et laisser faire »³⁴, tout en respectant l'intimité des lieux. Cela demande pour les aides-soignantes de l'expérience, une certaine maturité et une capacité à travailler en autonomie, loin de la sécurité d'un cadre professionnel habituel. De même, comment accepter cette aide et cette intrusion dans l'espace intime lorsqu'on est dépendant de l'aide et des soins des autres ?

En somme, l'intervention du SSIAD vise à permettre aux personnes de rester chez elle, en préservant leurs habitudes, leur cadre de vie et leur place dans leur milieu habituel. Mais, malgré cette visée éthique qui nous préoccupe en permanence, la fragilité de

³¹ Ibid. p.15

³² LAROQUE Geneviève, *Ma maison, c'est mon château*, p.9

³³ Ibid.

³⁴ Centre de recherche et d'étude en action sociale, *Manières d'habiter : et évolution des pratiques professionnelles dans différents champs du travail social Qu'est-ce que le domicile ?*, séminaire du C.R.E.A.S, juin 2011

certaines situations nous amène à envisager avec la personne et son entourage l'éventualité de quitter son chez-soi.

1.3.4 Les limites du maintien à domicile : entre sécurité et choix de vie

Le concept de société inclusive, les lois en faveur de la désinstitutionalisation et l'affirmation des droits et liberté de la personne âgée servent d'appuis à de nombreuses demandes, et le SSIAD apparaît comme étant une des réponses les plus adaptées. En effet, aujourd'hui pouvoir demeurer à domicile est source de bien-être tandis que l'entrée en établissement est souvent perçue comme une privation de liberté de choix et une dégradation de leur qualité de vie. Cependant, maintenir une personne âgée chez elle à tout prix en dépit des obstacles existants, peut avoir des conséquences extrêmement préjudiciables pour elle, pour les autres personnes vivant sous le même toit et/ou le voisinage. Il est des situations où défendre cette position correspond à un déni de la réalité et relève de la mise en danger d'une personne vulnérable. Ainsi, lorsque la prise de risque paraît trop importante se pose alors la question des limites du maintien à domicile et l'arrêt de l'intervention du SSIAD. Ces situations qualifiées de « situation limite » portent sur des entrées en établissement ou des maintiens à domicile. Elles sont « limites en ce qu'elles constituent pour la personne âgée une zone frontière entre deux « systèmes de vie », deux périodes de vie. Néanmoins, elles sont également limites parce qu'elles ont sollicité l'environnement (familial, professionnel, social, etc.) au-delà de son fonctionnement habituel ».³⁵ L'idée de limite fait référence à des normes (ce qu'il est possible de faire, et ce qui est défini comme outrepassant la « limite »). Elle suppose également le jugement d'un ou plusieurs acteurs : la personne âgée, les aidants familiaux, les professionnels, sur la prise de risques plus ou moins acceptable. Cette évaluation du risque revêt différentes lectures en fonction de la place de la personne (professionnelle ou acteurs familiaux) et des normes mobilisées pour juger si la prise de risque est maîtrisée ou non (risque pour la personne âgée et/ou pour les professionnels). Ainsi, on peut identifier plusieurs facteurs qualifiants ces limites du maintien à domicile :

A) L'état de santé

L'état de santé de la personne n'est pas incompatible avec la possibilité de se maintenir à domicile. L'aggravation brutale de l'état de santé peut conduire à une hospitalisation qui, une fois la phase aigüe stabilisée, permet tout à fait d'envisager un retour à domicile. Mais la limite du maintien à domicile résulte de « l'interaction entre une personne et son environnement » comme le précise Bernard Ennuyer.

³⁵ AMYOT Jean-Jacques et VILLEZ Alain, *Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gériatriques*, p.180-181

La situation de Mr R. suivi par le SSIAD témoigne de cette complexité qui mobilise et interroge l'ensemble des partenaires dans ces situations qualifiée de « limite ». Mr R. GIR 1 vit au domicile avec son fils déficient intellectuel et son épouse elle même accompagnée par un service d'aide à domicile. Le SSIAD intervient auprès de Mr R. depuis 2014 matin et soir 7j/7 en binôme avec une aide à domicile pour des soins d'hygiène et de confort, habillage et déshabillage, aide aux transferts et aide à la prise du traitement. Mr R. souffre de troubles importants de la mobilité suite à un AVC (hémiplegie Gauche) ainsi que de troubles de la déglutition engendrant régulièrement des fausses routes. Son domicile est très sommaire puisqu'il se limite à une pièce de vie, une chambre dans laquelle l'ensemble de la famille dort et d'une petite pièce d'eau (sans douche ni baignoire). Les pièces sont petites et donc non adaptées au handicap de Monsieur. Un lit médicalisé ainsi qu'un fauteuil roulant ont été installés dès le début de l'intervention du SSIAD avec l'accord de la personne. L'état de santé de Monsieur a évolué progressivement nécessitant la mise en place de mesures adaptées : aides techniques avec lève-malade et fauteuil confort ainsi qu'une alimentation plus adaptée (texture mixée). Malgré les recommandations et conseils auprès des membres de la famille et des aides à domicile, Mr R. est régulièrement hospitalisé pour des problèmes pulmonaires liés aux fausses routes. A plusieurs reprises, des échanges ont eu lieu avec Monsieur, la famille, les services intervenant à domicile, l'équipe médico-sociale et les services hospitaliers. Pour autant, le respect du choix de Monsieur de rester à domicile et les difficultés environnementales (aidants insuffisants, non respect des consignes alimentaires, logement non adapté, mal chauffé) ont conduit à une succession d'hospitalisation en urgence en lien avec des difficultés respiratoires. Une nuit, c'est son fils qui a appelé les secours. L'état de santé de Mr R., trop fragilisé, et la fréquence des hospitalisations ont conditionné l'impossibilité d'un retour à domicile. Monsieur a dû se résoudre à un hébergement en long séjour. De plus, à l'aggravation des troubles physiques et fonctionnels s'ajoutent également l'influence des troubles psychiques qui entravent de façon considérable les possibilités de rester chez soi, surtout si la personne vit seule.

B) L'isolement social et géographique

Nous vivons plus longtemps mais aussi plus seul du fait du vieillissement de la population et du changement des modes de vie (éloignement des enfants notamment). Le maintien à domicile est étroitement lié, nous l'avons vu, à la présence d'aidants familiaux. Parfois, avec le décès du conjoint, l'éloignement des enfants, l'étiement du tissu social (voisins, amis) le réseau relationnel diminue au fur et à mesure de l'avancée en âge. L'isolement social peut être également majoré par les difficultés qu'éprouvent les personnes pour se

déplacer : soit elles sont dues à une impossibilité de pouvoir conduire ou à l'absence de transport collectif adapté. Ainsi, à l'isolement social s'ajoute l'isolement géographique.

Me D. 92 ans a vécu seule à domicile pendant de longues années. Elle a bénéficié des interventions du SSIAD et du SAAD pendant presque 17 ans avant sa décision d'entrer en EHPAD. La diminution de ses capacités physiques (déplacements plus difficiles et chutes à domicile), l'angoisse nocturne ainsi qu'un repli social contraint du fait de ses déplacements limités ont été à l'origine de son choix de quitter son logement.

C) L'accessibilité aux services adaptés

Le manque d'accessibilité à certains services (SSIAD, SAAD ou libéraux) faute de disponibilités au moment de la demande est un autre élément qui impacte le maintien à domicile. Je l'ai déjà précisé, le nombre de places limitées des SSIAD ne permet pas de répondre favorablement aux demandes au moment où elles sont adressées. La couverture d'équipement territoriale, la désertification médicale dans certaines zones rurales ou les modifications des modes d'exercices (absence de visites à domicile de certains médecins) influencent aussi les choix de vie à domicile.

D) Le financement des aides

L'APA je l'ai évoqué permet de financer l'aide à domicile et son montant est déterminé selon le niveau de dépendance et les ressources de la personne. La question du reste à charge et du montant de participation trop élevé, limite parfois le recours aux services et à la mise en œuvre du plan d'aide qui a été défini en tenant compte des besoins et des attentes de la personne. Par ailleurs, la capacité financière à assumer un hébergement en établissement influence fortement le choix de demeurer à domicile et donc à retarder au maximum l'entrée en EHPAD. Un niveau de ressources insuffisant, le refus de solliciter l'aide sociale, et ainsi de recourir aux obligés alimentaires, ou encore la peur d'un recours sur succession sont autant de facteurs qui influencent les modalités de maintien à domicile des personnes âgées dépendantes qui peuvent parfois s'avérer très difficiles.

E) L'adaptation du logement

Cette question devient une préoccupation majeure des politiques de la vieillesse et du handicap, dans la mesure où cette modalité permet aux personnes de se maintenir le plus longtemps chez elles. La question de l'aménagement du domicile va se poser dans l'avenir de façon plus aigüe car le nombre de personnes susceptibles d'avoir besoin de ce type de prestations ne peut qu'augmenter. Un logement inadapté réduit les déplacements et accroît l'isolement de la personne. Or, l'aménagement du domicile répond à une logique médico-technique et vise également à prévenir les risques professionnels, mais il ne correspondra pas nécessairement aux attentes de la personne. Il existe différents types d'aides techniques et mobiliers adaptés mais le risque pour la personne est qu'elle

ait le sentiment de ne plus maîtriser son « territoire ». Mais si l'adaptation du logement est une nécessité, celle-ci doit permettre à la personne de maintenir une image de soi valorisante, de garder un minimum d'emprise sur son espace et de préserver le réseau de sociabilité. Par ailleurs, il faut aussi tenir compte des aspirations et des besoins des autres personnes vivant sous le même toit.

La question des limites du service de soins n'a jamais été engagée au sein de l'association. Lors de l'évaluation externe réalisée au mois de juin 2014, il a été préconisé de « redéfinir dans le projet associatif, les missions du SSIAD, ses limites d'interventions, ses évolutions notamment vers un SPASAD » ainsi qu'« inscrire la réflexion du service sur l'évolution du niveau de dépendance et de charge en soins des patients accompagnés afin qu'ils soient en cohérence avec l'allocation de ressources de l'ARS ».³⁶ En effet, il me semble important de réfléchir en amont de ces « situations limites » avec la personne et l'entourage à la notion de parcours. L'entrée en EHPAD doit être pensée dans un parcours de vie et non conditionnée à une impossibilité de retour à domicile. Par ailleurs, la volonté et les choix de la personne doivent prévaloir sur ceux de l'entourage. Une négociation doit toujours être recherchée, y compris dans les situations qualifiées de complexes pour lesquelles les possibilités de réponse et les souhaits et attentes de la personne âgée ne se rejoignent pas. Conformément à la loi, le respect des droits et de l'autonomie de la personne exige qu'une attention particulière soit portée à ses choix.

1.3.5 Situations de crises et ruptures

L'âge et le degré de dépendance ne constituent pas en soi un facteur entravant la possibilité de se maintenir à domicile. Les situations que je qualifierai de crise et de rupture, portent sur des hospitalisations, des demandes immédiates d'intervention ou de relais adressés auprès du SSIAD ainsi que sur des entrées en établissements (EHPAD ou long séjour) non préparées. La crise évoque une manifestation brusque, intense qui se caractérise par une rupture d'équilibre. Dans le domaine médical, il s'agit d'un changement rapide et grave de l'état de santé de la personne. La crise symbolise également une situation compliquée ou d'épuisement. Le mot rupture nous renvoie à l'action de rompre, à la séparation brutale entre deux ou plusieurs morceaux d'une chose résistante. Il fait référence à une cassure définitive. L'intervention du SSIAD au domicile de la personne âgée fait suite habituellement à ces moments de crise en lien avec un changement brutal de l'état de santé de la personne, à une insuffisance de soutien à domicile ou à un épuisement de l'aidant familial. Dans d'autres circonstances, alors même que le SSIAD intervient, l'hospitalisation en urgence ou l'entrée en EHPAD sans délai est requise. Cette orientation fait généralement suite à une offre de soins et d'aide à

³⁶ Extrait du rapport d'évaluation externe de l'association Vivre Chez Soi, octobre 2014

domicile insuffisante, à l'absence de surveillance 24h/24h, à des conditions domestiques et/ou un mode de vie inadapté ou encore à une défaillance ou un épuisement de l'entourage. Voici l'exemple d'une situation auprès de qui le SSIAD est intervenu, et qui témoigne de cette notion de crise puis de rupture.

Mr S. GIR 3, est atteint d'une pathologie dégénérative limitant fortement sa capacité à réaliser ses transferts et la marche. Il vit au domicile avec son épouse, aidante principale. Le SSIAD intervient 7j/7 matin et soir pour les soins d'hygiène et de confort. Le couple refuse l'intervention du service d'aide, Madame souhaitant limiter le nombre d'intervention tant qu'elle « peut encore faire », évoquant les contraintes qu'impliquent l'intervention des services (horaires de passage, multitude d'intervenants). Le domicile est peu adapté au handicap de Monsieur (chambre à l'étage) malgré un monte escalier. Les transferts complexes ont été à l'origine de quelques chutes sans gravité mais majorant l'épuisement de Madame. Des propositions vers un déménagement pour un habitat adapté ou un aménagement du lit médicalisé et du matériel de transfert au rez-de-chaussée ont été abordées, mais refusées par le couple. Quelques semaines après avoir fait la proposition d'un transfert du lit au rez-de-chaussée du domicile, Madame a été hospitalisée pour une intervention suite à un problème de santé important. Le maintien à domicile dans les conditions présentées ci-dessus n'était pas envisageable. Mr S. est entré en EHPAD, après un séjour en hébergement temporaire, non sans difficultés.

1.3.6 L'entrée en EHPAD : une décision sous contrainte ?

L'entrée en EHPAD est souvent l'aboutissement d'une trajectoire extrêmement chaotique. Mise en danger de la personne, accidents domestiques, défaillances des aides techniques, souvent au nom du principe de précaution, du risque zéro, l'entrée en établissement est imposée à la personne. La logique sécuritaire prime alors sur la logique de soutien à domicile. L'EHPAD apparaît alors le seul capable de garantir cette sécurité. Or, l'entrée en établissement sous-entend l'abandon de son domicile et la question du deuil de son chez-soi. La rupture de ces liens, même sollicitée et bien préparée avec l'aide de professionnels respectueux et compétents, peut être vécue comme un traumatisme. De plus, l'entrée en EHPAD est présentée parfois comme une menace auprès de la personne âgée ou fait l'objet de négociations familiales. Les conséquences du vieillissement sur le parent âgé soulèvent de l'inquiétude de la part des enfants qui imposent alors un compromis entre l'entrée en EHPAD et l'intervention des services de soutien à domicile. Même si le but premier recherché reste le respect du choix de vie à domicile, celui-ci ne doit pas se faire à « n'importe quel prix ». Ainsi, « la perspective de

l'EHPAD est le plus souvent vécue comme une sanction de la vieillesse et contribue également au sentiment de mort prochaine »³⁷.

L'entrée en EHPAD qualifiée de « légitimée » fait référence à des situations où le maintien à domicile repose sur l'engagement important de la part de l'aidant et la mise en place de solutions adaptées (professionnels, aménagement de l'habitat etc.). La personne présentant des troubles cognitifs importants n'est pas associée à la prise de décision, considérée comme inapte et incapable de savoir ce dont elle a besoin. L'aidant évoque bien souvent un sentiment d'épuisement, exprimant avoir atteint le maximum de ses capacités pour faire face à la situation. C'est bien souvent au nom de ce risque d'épuisement que les proches incitent à une entrée en établissement. L'affect joue un rôle majeur dans la prise de décision empreinte de culpabilité. Le soutien des professionnels dans ce choix est alors recherché afin qu'ils justifient du bienfondé de l'entrée en EHPAD. Les notions de sécurité et de tranquillité apportées par un cadre institutionnel sont mises en avant permettant ainsi de dédramatiser et de déculpabiliser cette prise de décision.

Dans des situations où le soutien à domicile est insuffisant ou défaillant, l'entrée en EHPAD peut être imposée par les professionnels médicaux et/ou médico-sociaux. La question du risque et de la mise en danger pour la personne âgée seule à domicile mais aussi celle de la responsabilisation des professionnels vis-à-vis de ce risque conduit à imposer l'entrée en EHPAD. En qualité de directrice, je suis également partagée entre mon devoir de garantir la santé et la sécurité des salariés et le risque de mise en cause de ma responsabilité. L'exemple de Mr T. reflète explicitement cette question éthique et le positionnement pris un moment donné par le SSIAD et le SAAD d'arrêter les interventions. Cet homme âgé de 75 ans, marié présente des déficiences des membres supérieurs et inférieurs suite à un AVC en 2015, des troubles du langage, une incontinence et des troubles du comportement. Face à un épuisement exprimé par la conjointe, malgré l'intervention des services SSIAD et SAAD, le couple a souhaité se rapprocher de leur fille unique. C'est dans ce contexte que le SSIAD de Vivre Chez Soi a commencé à intervenir il y a un an avec dans un premier temps un passage matin et soir d'une aide-soignante seule puis rapidement la mise en place d'une intervention en binôme aide-soignante / aide à domicile. Cet accompagnement a été très complexe pour diverses raisons : des troubles du comportement importants, un logement inadapté au handicap, un épuisement de l'épouse et un déracinement renforçant l'isolement social malgré la présence régulière de la fille. Suite à de nombreuses réunions de concertation pluridisciplinaire, le SSIAD et le SAAD ont dû se résoudre à mettre fin à leurs interventions 18 mois après le début de la prise en charge. Les risques professionnels

³⁷ Étude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile, Synthèse décembre 2007 p.3

avancés par les services comme plusieurs accidents de travail, un environnement inadéquat ainsi que le refus systématique de toutes propositions alternatives pouvant favoriser le maintien à domicile (hébergement temporaire, logement adapté) ont abouti à cette prise de décision. Celle-ci a pour autant été difficilement vécue par l'ensemble des professionnels.

Bien que rares, il existe des situations où les personnes âgées font le choix d'entrer en établissement. Il s'agit plus fréquemment de femmes ayant perdu leur conjoint, souffrant d'isolement ou qui expriment un sentiment d'insécurité dans leur domicile, comme pour Me D. évoqué précédemment. Pour autant, bien que cette décision d'entrer en EHPAD soit faite de manière réfléchie, « il s'agit d'un choix sous contrainte dans lequel rester à domicile est vécu comme une exposition à un risque plus important, celui d'une déprise non maîtrisée qui aboutirait non pas à un réaménagement de soi mais à une perte de soi »³⁸.

1.4 Le maintien à domicile des personnes âgées : une orientation partagée

1.4.1 Des modèles intéressants sur lesquels s'appuyer

Le vieillissement de la population constitue un enjeu commun pour l'ensemble des pays européens.

Les pays nordiques, et en particulier l'exemple du Danemark, ont été les premiers à orienter leurs choix en tenant compte des besoins de la personne et en priorisant le maintien à domicile et la lutte contre l'isolement. Le Danemark et la Suède se sont attachés à la problématique de la dépendance et de son financement depuis 1960, tandis que dans la majorité des autres pays européens, elle a été beaucoup plus tardive. Le Danemark est un modèle très intéressant puisqu'il permet de recevoir gratuitement les aides nécessaires à ses besoins quelque soit les ressources de la personne et repose sur le système de protection sociale. Ce pays a priorisé le soutien à domicile en favorisant l'intégration des services d'hébergement et de maintien à domicile. Ainsi, chaque territoire dispose d'une équipe pluridisciplinaire chargée de l'ensemble des services nécessaires pour la personne âgée. Cette offre a été facilitée par la simplification de l'organisation qui repose depuis 1992 sur la municipalité. Cela évite la multiplication des institutions et permet une plus grande cohérence dans les interventions. Les municipalités ont pour missions de veiller aux besoins des personnes âgées en proposant un panel de prestations adaptées : services sociaux, aide à domicile, gestion des établissements y compris de long séjour ou encore la gestion de l'habitat. Ils ont également privilégié le

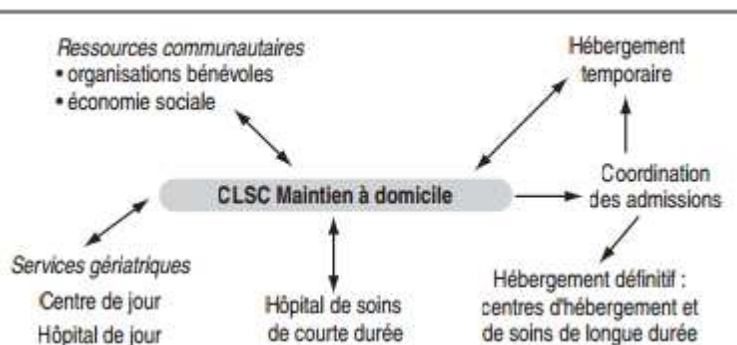
³⁸ Ibid. p.4

développement de logements adaptés (financement de mesures d'adaptation ou obligation de proposer un logement adapté) et la réduction du nombre de places en établissement. « Aujourd'hui 5% des personnes de plus de 75 ans vivent en établissement contre 16% en 1982 et en France ce sont 10% des personnes qui vivent en EHPA ».³⁹ Pour finir, l'axe prévention est un élément majeur de leur politique de la vieillesse. Les municipalités sont ainsi chargées de visiter 2 fois par an les personnes âgées de plus de 75 ans afin d'évaluer les besoins et de proposer une aide.

Le Québec est le deuxième endroit au monde où la population vieillit le plus. Cette croissance de la perte d'autonomie oblige les pouvoirs publics à définir de nouvelles orientations et de nouvelles modalités d'interventions favorisant le maintien à domicile. Ainsi, le maintien des personnes dans leur lieu de vie est une orientation prioritaire menée depuis plusieurs années (Chez soi : le premier choix adopté en 2003.)⁴⁰

Au Québec, toute demande de services, à domicile ou en hébergement, pour une personne âgée en perte d'autonomie fait l'objet d'une évaluation de l'ensemble de ses besoins, à l'aide d'une grille unique et standardisée. Cette évaluation est faite indépendamment de son degré de dépendance ou de ses ressources. Cette grille permet d'évaluer 5 grandes dimensions de l'autonomie : les activités de la vie quotidienne, la mobilité, la communication, les fonctions mentales et les tâches domestiques. Ce sont les centres locaux de santé communautaire (CLSC) qui sont chargés d'organiser la réponse de l'ensemble des demandes d'aides et de soins. Ils coordonnent les services de maintien à domicile en lien avec les structures d'hébergement et de soins.

Place du CLSC dans le réseau



D'après R. Hébert,
séminaire Franco-Québécois,
Toulouse, juin 2002.

41

Pour autant des disparités existent d'un centre à l'autre et comme en France, la concertation est rendue plus difficile par le double niveau d'acteurs : les décideurs

³⁹ KEROMNES Gilles, *Le bien-être des seniors, une priorité au Danemark*, août 2011

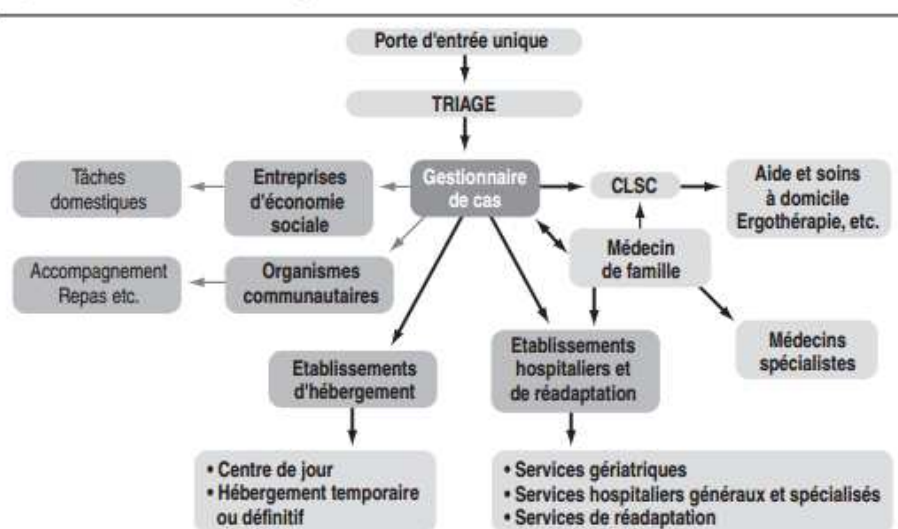
⁴⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Plan d'action 2005-2010 Un défi de solidarité Les services aux aînés en perte d'autonomie*

⁴¹ HENRARD Jean-Claude, *Approche systémique de la dépendance dans une perspective comparative France-Québec*, Gérontologie et société p.100

(organisation et financement) et les prestataires de services. Face à l'augmentation du nombre de personnes en besoin d'aide, le Québec a réalisé en 2004 une importante réforme de l'organisation par l'expérimentation puis la généralisation du modèle PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie). Ce modèle visant à compenser la fragmentation de l'offre par le développement d'outils permet l'intégration des services et l'application de nouvelles pratiques professionnelles : entrée unique donnant accès aux services, processus de gestion de cas, outil d'évaluation unique et dossier informatisé.

Ce système d'organisation couvre l'ensemble des besoins par une offre de services (soins et aide) allant de la prévention jusqu'à la fin de vie. L'analyse de sa mise en place a démontré qu'il « n'a pas nécessité de moyens humains et financiers supplémentaires ni de changements majeurs des structures préexistantes. Il a entraîné de nombreux changements de pratiques cliniques et de gestion. Les principaux effets constatés sont une diminution du recours à l'hébergement, du fardeau des aidants, une plus grande proportion de personnes indemnes de détérioration significative de leur état de santé et de leurs conditions de vie, un moindre recours aux services d'urgence. »⁴²

Expérience PRISMA de services intégrés



D'après R. Hébert,
séminaire Franco-Québécois,
Toulouse, juin 2002.

43

1.4.2 En France : des lois porteuses de sens et de considération envers nos aînés

La loi portant sur l'adaptation de la société au vieillissement (dite loi ASV) du 28 décembre 2015 est à l'origine d'un nouveau regard porté sur les personnes âgées dans notre société et sur la place accordée au maintien à domicile. Elle réaffirme la nécessité

⁴² Ibid. p.102

⁴³ Ibid. p.101

de coordonner l'aide et le soin à travers la mise en place d'une expérimentation de services polyvalents d'aide et de soins à domicile. Il s'agit d'un atout majeur pour le SSIAD de se réapproprier son rôle de coordinateur des interventions auprès de la personne concernée. Les SPASAD ont été créés en 2004 dans l'objectif d'améliorer l'accompagnement proposé aux personnes fragiles à domicile, par le regroupement des soins et des actes de la vie quotidienne. Ce dispositif a peiné jusqu'ici à se développer, bien qu'il offre l'opportunité pour la personne de bénéficier d'une prise en charge globale et coordonnée. C'est pourquoi la Loi ASV, dans son article 49, a souhaité le relancer à travers l'expérimentation d'un nouveau « modèle intégré » de SPASAD, en faisant évoluer son organisation et son financement. Le dispositif est parachevé avec l'arrêté du 30 décembre 2015 qui fixe le cahier des charges de l'expérimentation. Ce dernier précise l'obligation : « à horizon 5 ans, à compter de la publication de la loi, il est demandé aux SSIAD de fonctionner en configuration SPASAD (fusion, convention de coopération, groupement de coopération sociale et médico-sociale). Cette obligation pour les SSIAD ne s'impose pas aux services d'aide et d'accompagnement à domicile mais renvoie à une opportunité pour l'enrichissement de leurs modalités de travail. »⁴⁴ Cette injonction est une opportunité pour envisager un rapprochement avec un service d'aide à domicile et réfléchir ensemble à la mise en œuvre d'un projet global d'accompagnement à domicile de la personne âgée dépendante.

La Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 s'articule autour de trois orientations : le renforcement de la prévention, la réorganisation autour des soins de proximité à partir du médecin généraliste et le développement des droits des patients. Elle vise à rassembler les acteurs de santé autour d'une stratégie partagée et à favoriser les parcours de santé. Cela se traduit notamment par la création d'un nouveau dispositif d'appui aux professionnels : la plateforme territoriale d'appui (PTA) et par l'assouplissement des modalités du partage des informations entre professionnels du secteur sanitaire, social ou médico-social.

1.4.3 Des besoins mis en évidence sur le territoire

Les orientations du programme régional de santé de Bretagne 2012-2016 font de « l'accompagnement du handicap, de la perte d'autonomie, des dépendances et du vieillissement »⁴⁵ une des trois priorités affichées. L'accent est mis sur le renforcement de l'offre de soins de premier recours (médecins généralistes, les infirmiers, les pharmaciens etc.) en s'appuyant sur les réseaux de santé ville/hôpital et les filières de soins. Afin

⁴⁴ Annexe 6 : Extrait du cahier des charges de l'appel à candidatures régionale pour l'expérimentation modèle intégré SPASAD

⁴⁵ Synthèse du Projet Régional de Santé en Bretagne 2012-2016, *Agir ensemble pour la santé des bretons*, p 8

d'accompagner le vieillissement de la population, l'enjeu identifié consiste à « mieux structurer l'offre sanitaire et médico-sociale dans les territoires, pour prévenir, repérer, améliorer la prise en charge et l'accompagnement des patients de plus de 75 ans atteints d'affections chroniques et évolutives La prise en charge des personnes âgées suppose une organisation en « filières » qui s'inscrivent dans une approche globale de la santé de la personne âgée dès le domicile, en réunissant l'ensemble des acteurs du sanitaire, du médico-social et du social. » ⁴⁶. Ces orientations rejoignent celle du CODERPAG qui priorisent l'amélioration de l'accompagnement à domicile et la lisibilité des différents dispositifs, de leurs coûts et leurs financements. En effet, il a été mis en évidence la « difficulté des personnes à se repérer dans la jungle des services compte tenu de leur nombre »⁴⁷. Le CODERPAG propose d'améliorer le parcours de la personne âgée au retour d'hospitalisation afin d'éviter les ruptures ainsi que la nécessité de mieux informer les médecins libéraux et professionnels paramédicaux des différents dispositifs pour qu'ils informent mieux les personnes âgées. Les priorités identifiées sur le territoire sont les suivantes ⁴⁸:

- Favoriser le soutien à domicile : accès à des logements adaptés, des habitats regroupés, améliorer la lisibilité de l'ensemble des dispositifs, soutenir les aidants, augmenter les places notamment en SSIAD.
- Développer les coordinations et l'organisation du parcours de soins et de vie des personnes : créer du lien entre les secteurs sanitaire, médico-social et social, mettre en place des instances afin d'étudier les situations individuelles complexes et développer les passerelles domicile-établissement pour préparer les personnes âgées et les aidants à l'entrée en établissement.
- Mettre en place des partenariats pour développer l'offre de transport.

Le bilan du PRS 2012-2016 souligne la nécessité de proposer un ensemble de soins et d'aides coordonnées entre les différents professionnels précisant que « l'objectif d'améliorer la capacité collective des acteurs à interagir de façon réactive et coordonnée en réponse aux besoins des personnes a conduit au développement de la notion de parcours de santé et de vie ⁴⁹ ». Les perspectives envisagées s'appuieront sur cette volonté visant « le déploiement des MAIA et la mise en œuvre de plateformes territoriales d'appui dans une logique d'amélioration des parcours⁵⁰ ».

⁴⁶ Ibid. p. 24

⁴⁷ Schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap : portrait de territoire Agence du Pays de Rennes p. 87

⁴⁸ Schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap p.276

⁴⁹ Bilan 2012-2016 du projet régional de santé de Bretagne p.2

⁵⁰ Ibid. p.120

Avec les projections annoncées du vieillissement de la population et les besoins grandissant des personnes âgées désireuses de demeurer à domicile, je pense que le SSIAD va devenir un acteur central de l'offre à domicile. Les perspectives envisagées me paraissent favorables pour penser l'accompagnement des personnes en nous appuyant sur l'ensemble des acteurs, afin de garantir une offre de service de qualité et de valoriser et sécuriser les professionnels du domicile. Les besoins multiples des personnes nécessitent l'intervention de nombreux partenaires, simultanément ou successivement. Il me semble essentiel d'initier de nouvelles modalités d'organisation orientées vers la complémentarité des compétences visant à faciliter les parcours des personnes accompagnées. Le prochain chapitre va développer la notion de projet d'accompagnement global dont l'ambition est d'améliorer la qualité et la continuité de service et de favoriser la coopération des acteurs au service des parcours de vie des personnes.

2 Concevoir un projet d'accompagnement global partagé par l'ensemble des acteurs intervenant à domicile

2.1 De la coordination à l'intégration

Vivre à domicile le plus longtemps possible est le choix et la volonté des personnes âgées dépendantes et de leur entourage. Elles aspirent à vivre dans leur milieu de vie ordinaire et dans leur environnement, en conservant leurs habitudes et leurs repères. Les réponses à ces attentes supposent de consolider le dispositif de soutien à domicile qui tient une place majeure dans leur accompagnement en renforçant la coordination des acteurs.

La question de la coordination n'est pas nouvelle. La circulaire du 29 juin 1981 à l'origine de la création de postes de coordinateurs précisait la nécessité d'une « coordination des équipements et des services. Un effort particulier devra être apporté aux contacts entre établissements hospitaliers et services à domicile, pour qu'il en résulte un ensemble cohérent et continu⁵¹ ». En 2002, la création des CLIC poursuit ce même objectif, précisant « qu'il s'agit de dispositifs territorialisés qui travaillent à l'adéquation des réponses aux besoins constatés et recensés en organisant une prise en charge globale et coordonnée qui met en jeu la complémentarité des actions et des intervenants⁵² ». Plus récemment, les MAIA créées dans le cadre du Plan national Alzheimer 2008-2012, dont l'acronyme signifiait initialement maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer devenu aujourd'hui « Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie »⁵³, ont pour finalité de créer du lien entre les acteurs du territoire. Elles s'adressent à toutes les personnes âgées en perte d'autonomie et s'articule autour de trois axes : la concertation dans l'objectif de faire émerger des bases de travail communes aux différents secteurs ce qui favorise ainsi le décroisement, le guichet intégré qui permet l'orientation des personnes vers les services adéquats et la gestion de cas pour faciliter l'accompagnement des situations dites complexes. La personne chargée de ce suivi (dénommée gestionnaire de cas) est l'interlocuteur direct de la personne concernée, du médecin traitant, des professionnels intervenant à domicile. Ainsi nous le constatons, de nombreuses tentatives ont été entreprises par les pouvoirs publics pour rendre opérant les accompagnements alors même que « des lois, des décrets, des circulaires, des règlements qui se contredisent, s'entrechoquent, ayant été pensés dans la plus grande incohérence, en fonction comme

⁵¹ ENNUYER Bernard, *Repenser le maintien à domicile*, p.188

⁵² BLANCHARD Nathalie, *Du réseau à la coordination gérontologique : un nouveau paradigme pour le secteur médico-social ?*, p.167

⁵³ CNSA, MAIA Les cahiers pédagogiques de la CNSA, octobre 2014

le dira Pierre Laroque, d'une politique au coup par coup ». ⁵⁴ Pour autant, tous les dispositifs déployés n'ont eu pour unique objectif : améliorer la qualité des services délivrés aux personnes âgées et à leur entourage. Ainsi, l'amélioration de l'offre par la possibilité de solliciter le soutien de la MAIA ou de l'équipe ESA permet de renforcer l'organisation du maintien à domicile des personnes. Mais il s'agit pour les professionnels du secteur de s'informer, d'échanger et d'évoluer dans leur manière de penser l'accompagnement.

La coordination c'est « l'action de coordonner, d'ordonner, d'harmoniser des activités diverses dans un souci d'efficacité ». ⁵⁵ Cela suppose de considérer la personne dans sa globalité et non plus avoir une approche segmentée faisant référence au patient, à l'usager ou à l'ayant droit d'un dispositif mais « de prendre la personne dans sa totalité, c'est-à-dire dans toutes ses dimensions simultanément, de façon interdépendante et indissociable. ⁵⁶ ». Cette coordination, qui sous-entend le fait d'agencer les parties et d'ordonner les actions dans cette approche pluri-professionnelle, interroge sur la personne en charge d'assurer cette démarche. En effet, c'est bien « l'usager au centre du dispositif » ⁵⁷ qui invite, qui justifie et qui donne sens à la coordination des acteurs. La coordination consiste en un ajustement des actions et une mise en cohérence des professionnels et des dispositifs, tandis que la coopération est nécessaire lorsque l'accompagnement de la personne est complexe et les besoins multiples. Cela induit une dimension supplémentaire qui « consiste à avoir le « souci de l'autre », de connaître et de comprendre ses contraintes et agir en conséquence, et qui est nécessaire quand il faut atteindre de hauts niveaux de performance ». ⁵⁸

La notion d'intégration devient une préoccupation des politiques publiques en France depuis 2008 (et au niveau internationale depuis 1990). Celle-ci va plus loin que la coopération puisqu'elle « conduit tous les acteurs à co-construire leurs moyens d'action, leurs outils collaboratifs et in fine à partager les actions elles-mêmes et la responsabilité de leur conduite ⁵⁹ ». Cette approche vise à décloisonner les secteurs afin d'apporter une réponse adaptée aux besoins des personnes (accueil, informations, orientation et mise en place des prestations d'aide ou de soins) quelle que soit l'interlocuteur auprès de qui la demande est formulée. Elle suppose un engagement des acteurs dans l'objectif de

⁵⁴ ENNUYER Bernard, *Repenser le maintien à domicile*, p.166

⁵⁵ Dictionnaire de français Larousse

⁵⁶ BLANCHARD Nathalie, *Du réseau à la coordination gérontologique : un nouveau paradigme pour le secteur médico-social ?*, p.167

⁵⁷ Ibid. p.170

⁵⁸ BLOCH Marie-Aline HÉNAUT, Léonie SARDAS, Jean-Claude; et al., *La coordination dans le champ sanitaire et médico-social*, février 2011 ; p.13

⁵⁹ CNSA, MAIA *Les cahiers pédagogiques de la CNSA*, octobre 2014

simplifier les parcours. Cet axe d'évolution nécessite un changement des organisations et des pratiques professionnelles.

2.1.1 La prise en charge de la vieillesse à domicile : dichotomie entre gisement d'emploi et charge pour la société

Depuis 1962, origine du rapport de Pierre Laroque, l'intérêt du maintien à domicile n'a eu de cesse d'être préconisé, avec pour ambition première l'intégration sociale des personnes âgées. Cependant, principalement pour des raisons économiques, les orientations définies en faveur des personnes âgées ne seront pas toujours celles-ci, priorisant le développement des structures d'hébergement. Au début des années 1980, émerge un nouveau problème sociétal celui de la dépendance et principalement le problème de son financement qui aboutira en 2001 à la création de l'APA. Dans les débats il est question essentiellement du niveau de ressources des personnes âgées dépendantes et de l'amélioration de l'organisation de l'offre de services. La création de l'APA instaure un critère discriminant, celui de la barrière d'âge (+ de 60ans). Parallèlement, le soutien aux personnes âgées devient un gisement d'emplois générant une confusion entre politique publique de la vieillesse et politique de l'emploi qui ne fera que s'accroître à partir de 1981, puis par le plan Borloo de 2005. Ce dernier a regroupé sous la notion de « services à la personne » des actes indispensables pour l'accompagnement des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap et des prestations tels que le jardinage. Ce n'est plus le maintien à domicile des personnes âgées qui est privilégié par les politiques, mais le développement de l'emploi à domicile sous multiples formes (services mandataires, prestataires, chèque emploi service). Puis, la canicule de l'année 2003 qui a fait près de 15000 morts et soulevé une vive émotion auprès de l'opinion publique, a mis en exergue l'insuffisance des politiques publiques en faveur de nos aînés en termes de prévention, d'accompagnement au quotidien et de lutte contre l'isolement. De cette crise naîtra la CNSA et une partie de son financement par la création du jour de solidarité. La question de la création d'un 5^{ème} risque de prestations sociales a également souvent été évoquée mais jamais mis en place, comme c'est le cas en Allemagne. En somme, la réponse publique développée en faveur des personnes âgées dépendantes sera liée au contexte économique français : coût et charge pour la société ou développement de l'emploi.

2.1.2 La coordination au cœur des réflexions du secteur

La rationalisation des coûts, la médicalisation de la vieillesse, la nécessité d'œuvrer pour un système de santé et d'aide plus efficace ont abouti à la multiplication des services rendant encore plus opaque l'offre existante en faveur des personnes âgées sur le territoire. Parallèlement à la multiplication de l'offre de soins nous avons vu se multiplier les dispositifs visant à la coordonner. Or aujourd'hui il s'agit d'œuvrer vers la

désinstitutionnalisation, de lutter contre la place prépondérante de la culture sanitaire dans l'accompagnement proposé au profit d'une ouverture vers les dimensions non médicales ainsi que sur la participation active des personnes aux décisions les concernant. Or, comme le souligne Bernard Ennuyer « la multiplicité et la multiplication des structures gérontologiques posent depuis très longtemps la question du travailler ensemble de ces structures et acteurs du quotidien ». ⁶⁰ La notion de coordination est complexe puisqu'elle suppose de faire coopérer des professionnels d'obédiences différentes (sanitaire, social), de formations différentes, avec des familles « non professionnels » et bien évidemment la personne concernée.

Il apparaît que les besoins et les difficultés de coordination se situent à trois niveaux : du côté des personnes et des aidants, du côté des professionnels et du côté des pouvoirs publics et des financeurs. L'absence d'évaluation des dispositifs déployés, l'insuffisance des moyens alloués ou encore le manque de cohérence entre les différents plans d'action publique a été souligné. De même, est évoquée la résistance de certains acteurs face aux changements prescrits par les réformes de santé : les professionnels libéraux considèrent la coordination interprofessionnelle comme une perte de temps dans leur activité ou prétextent que celle-ci leur incombe. Pour ce qui est des politiques visant l'intégration des soins et des services pour les personnes âgées, il en ressort une difficulté due au fait que le système de santé français repose sur deux logiques institutionnelles : une logique assurantielle centrée sur la maladie et une logique universelle tournée vers une vision globale des besoins de la personne.

Une étude réalisée en septembre 2010, portée par l'ANESM intitulée *Revue de littérature sur les dispositifs d'aide et de maintien à domicile des personnes dépendantes*, met en exergue la difficulté de la coordination en France à cause de la multiplicité des acteurs impliqués et souligne que « la coordination est forte lorsqu'elle est portée par un professionnel référent de la personne ». ⁶¹ Cette fonction, est développée dans certains pays tels que l'Angleterre ou le Canada dont le but est « la recherche de contrôle de la mise en œuvre de l'accompagnement, à la fois dans sa dimension institutionnelle (amont) et individuelle (aval). On peut parler ici de politique intégrée (amont-aval) de l'accompagnement ». ⁶² Dans son rapport à l'origine de la préparation de la loi portant sur l'adaptation de la société au vieillissement, Luc Broussy souligne également l'intérêt qui doit être porté à la mise en œuvre de la coopération et précise qu'il n'y a « pas de maintien à domicile possible sans une **forte coordination des acteurs sociaux et**

⁶⁰ ENNUYER Bernard, *Repenser le maintien à domicile*, p.185

⁶¹ ANESM, *Étude Revue de littérature sur les dispositifs d'aide et de maintien à domicile des personnes dépendantes*, septembre 2010, p.27

⁶² Ibid. p.27

sanitaires qui crée un environnement favorable et rassurant ».⁶³ En France, « la coordination des différentes interventions relève pour l'essentiel d'initiatives personnelles, notamment de l'infirmière coordinatrice du SSIAD et des responsables des SAAD. Leur tâche est facilitée quand existent des services polyvalents ».⁶⁴

2.1.3 La coordination une mission à questionner

A) La coordination : une mission incombant aux SSIAD

« Les SSIAD mettent en œuvre, de par leurs missions et leur organisation, une prise en charge globale et coordonnée des soins qui relèvent de leur compétence ».⁶⁵ Elle nécessite une évaluation des besoins de la personne et l'élaboration d'un plan de soins individualisé. De plus, la Loi 2002-2 prévoit la possibilité de développer des modalités de coopération entre les établissements (convention, groupement de coopération par exemple) avec pour objectifs de favoriser le décloisonnement entre les établissements sanitaires et sociaux, de développer l'offre de service en s'appuyant sur les complémentarités des acteurs et d'assurer la continuité de l'accompagnement des personnes. Actuellement, au sein de l'association c'est effectivement l'infirmière coordinatrice qui est très souvent en charge de ce rôle de coordination avec les différents établissements et/ou les acteurs chargés de mettre en œuvre l'accompagnement de la personne. A domicile, elle est l'interlocuteur privilégiée de la personne en ce qui concerne l'organisation des interventions des aides-soignantes. Pour autant, elle peut ne pas être mise au courant de l'intervention de partenaires si la personne concernée ne souhaite pas le communiquer. Ce fût le cas dans la situation de Mr L. atteint d'une maladie neurologique dégénérative (sclérose latérale amyotrophique) dont l'état de santé s'aggravait, générant un haut niveau d'anxiété. Un soutien psychologique nous paraissait approprié et nous lui avons fait la proposition de se faire accompagner s'il le souhaitait par l'équipe mobile de soins palliatifs. C'est au moment de cette proposition que nous avons appris qu'il était déjà suivi depuis plusieurs mois par le psychologue de cette même entité.

B) Une multitude d'acteurs au territoire d'intervention hétérogène

Sur le territoire du SSIAD il existe un nombre important de partenaires potentiels : les principaux hôpitaux du territoire au nombre de huit, 4 EHPAD, 3 équipes ESA, les 2 équipes mobiles de soins palliatifs, l'ensemble des professionnels libéraux (médecin

⁶³ BROUSSY Luc, Rapport *Mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population*, p.15

⁶⁴ ANESM, *Étude Revue de littérature sur les dispositifs d'aide et de maintien à domicile des personnes dépendantes*, septembre 2010, p.24

⁶⁵ Recueil commenté des normes et des recommandations applicables aux services de soins infirmiers à domicile, mai 2015, p.9

traitant, infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, pédicure principalement) mais aussi les 5 services d'aide à domicile, les 2 CLIC ou encore les 2 équipes médico-sociales. Cette multitude d'acteurs et les spécificités de chacun, les contraintes et les territoires d'intervention hétérogènes de ces derniers complexifient également l'organisation et la lisibilité de l'offre de service sur le territoire. Les découpages géographiques du territoire (Canton, Communauté de communes, équipe ESA, SAAD etc.) renforcent également le manque de lisibilité de l'offre de la part des partenaires et des personnes concernées.

C) Des difficultés pour mobiliser les médecins traitants et les professionnels libéraux

Comme je l'ai précisé auparavant, l'orientation vers notre service est rarement à l'initiative du médecin généraliste. C'est bien souvent au détour d'une aggravation du degré de dépendance, de l'état de santé ou d'une hospitalisation que nous sommes interpellés. Dans ce contexte, c'est l'infirmière coordinatrice qui prend contact avec le médecin traitant et lui demande s'il souhaite faire une prescription médicale pour pouvoir intervenir. Dans d'autres cas, elle est aussi amenée à le solliciter à titre d'information ou de conseils face à une problématique de santé ou une situation sociale pouvant compromettre le maintien à domicile. Elle peut dans certaines situations évoquer avec lui la possibilité d'un relais ou d'un soutien par le HAD ou les équipes mobiles de soins palliatifs, car ces services ne peuvent intervenir qu'après accord de la personne concernée et du médecin traitant. Or, parfois certains médecins refusent l'intervention de ces équipes. Même si les échanges sont principalement à l'initiative de l'infirmière coordinatrice, je constate que les jeunes médecins récemment installés sur le territoire contactent plus facilement le service de soins. Ils se sont appropriés les outils de communication laissés au domicile des personnes (dossier de soins) et n'hésitent pas à nous interpeller ou à communiquer nos coordonnées aux personnes concernées afin d'organiser une prise en charge.

L'infirmière coordinatrice est également chargée de la planification des soins avec les infirmiers libéraux. Bien que l'organisation mise en œuvre se fasse en général sans difficultés et que les échanges entre les professionnels soient fréquents, on ne peut pas parler à priori d'une véritable coopération. En effet, ils n'assistent jamais aux réunions de concertation lorsqu'une situation à domicile devient complexe (tout comme les médecins traitants ou autres professionnels libéraux), bien qu'y étant conviés. La difficulté réside notamment sur l'absence de rémunération de ce temps de travail. La rémunération à l'acte ne facilite pas cette approche d'une vision globale. En effet, la coordination demande du temps et donc des moyens. Il est légitime que ce temps et cette implication soit reconnue et donc puisse être rémunéré.

D) Une collaboration plus difficile avec les établissements

La coordination avec les structures d'amont (hôpitaux) et d'aval (EHPAD) reste plus difficile. Elle dépend de l'interlocuteur (cadre de santé, assistante sociale), de sa

connaissance de l'organisation et du fonctionnement des structures de maintien à domicile mais aussi des informations qui lui ont été transmises, précisant l'organisation mise en œuvre à domicile antérieurement à l'hospitalisation ou l'entrée en EHPAD de la personne. Ainsi, lorsqu'une personne âgée accompagnée par le service de soins est hospitalisée, l'infirmière coordinatrice se charge de prendre contact avec le service pour l'informer qu'il existe déjà une organisation mise en place à domicile. Pour autant, il est fréquent que le retour de la personne se fasse sans que le SSIAD n'ait été contacté. De même, nous ne sommes jamais destinataire d'une fiche de liaison faisant suite à cette hospitalisation. Partant de ce constat d'un manque d'identification des services en charge de la personne âgée à domicile, un travail a été mené par le CLIC de Fougères avec la création d'une carte recensant les acteurs intervenant auprès de la personne (SSIAD, SAAD, libéraux). Cette carte a été créée au même format que la carte vitale pour faciliter son appropriation par la personne âgée et son identification par les professionnels, au même titre que les cartes mutuelles. Cette expérimentation n'a pas eu le succès escompté : les cartes étaient oubliées ou parfois mal ou pas renseignées. Je constate également très souvent, dès lors qu'une personne de l'entourage (conjoint, enfant) est identifiée par les services hospitaliers, ces derniers la charge de prendre contact avec les acteurs du domicile pour organiser le retour de la personne âgée. Les aidants sont alors mis en difficultés par une méconnaissance des structures et de leur organisation et par ce rôle finalement de coordination qui peut ainsi leur être confié.

Dans le cadre de la mise en place de la démarche qualité au sein de l'association, il m'a semblé indispensable de réfléchir à l'élaboration d'une fiche de liaison avec les établissements. Celle-ci est transmise systématiquement lorsqu'une personne accompagnée par le SSIAD entre en EHPAD. Elle facilite la transmission des informations notamment en ce qui concerne les habitudes de vie de la personne. Il arrive parfois que, parallèlement à cette fiche de liaison, un contact téléphonique soit pris entre les infirmières coordinatrices du SSIAD et de l'EHPAD. Pour autant, à aucun moment des rencontres entre les partenaires, la personne et sa famille ne sont organisées. Elles permettraient à mon sens de décroiser les structures, de créer du lien mais aussi de rassurer la personne et sa famille, de faciliter l'entrée et l'adaptation en EHPAD et ainsi de garantir la qualité de l'accompagnement.

E) Un travail collaboratif mis en place avec les équipes médico-sociales du territoire

Depuis plusieurs années, des réunions de synthèse sont programmées sur le secteur de l'Ille et l'Illet entre l'équipe médico-sociale, l'infirmière coordinatrice du SSIAD et la responsable du service d'aide à domicile (ADMR ou SAAD du CIAS) en fonction des situations évoquées. Il est question de l'ajustement des plans d'aide (avec parfois une proposition de demande de révision) mais aussi un moyen d'évoquer les situations

complexes et d'envisager la rencontre avec la personne, sa famille et l'ensemble des professionnels concernés. Parfois, une demande de soutien auprès de la MAIA peut être requise. Fort de ce partenariat, dont je me suis fait la porte-parole auprès de la conseillère sociale en gérontologie sur le secteur de Fougères, ce même fonctionnement a ainsi pu être reproduit il y a un an. Ces habitudes de travail, bien que perfectibles, permettent de créer du lien entre les différents acteurs, d'échanger et d'évoquer les difficultés et contraintes respectives afin d'envisager ensemble des solutions visant à garantir la cohérence et la qualité de l'accompagnement. Pour autant, la difficulté reste dans notre incapacité à mobiliser les professionnels libéraux à ces réunions de concertation.

Dans le cadre de ma formation CAFDES, j'ai réalisé un stage au sein d'un SESSAD et assisté aux réunions de synthèse de l'équipe pluridisciplinaire. Ces échanges sont très riches et permettent d'appréhender l'accompagnement de l'enfant et de sa famille dans toutes ses dimensions. La participation à ces réunions de synthèse est facilitée par la possibilité d'avoir autour de la table plusieurs professionnels salariés du SESSAD (même à temps très partiel). Il me semble important d'envisager la mobilisation et l'implication des partenaires dans l'organisation du maintien à domicile et à la construction du projet personnalisé de la personne. La question de la rémunération de ce temps de participation demeure un frein important. Il me paraît essentiel d'alerter les autorités de tarification sur ce point mais aussi d'envisager des pistes d'amélioration par la mutualisation de certains postes tels que psychologue ou ergothérapeute.

F) Un nouvel acteur : La plateforme territoriale d'appui aux professionnels

L'article 74 issu de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 porte sur les fonctions d'appui pour la coordination des parcours de santé complexes. Cette mesure vise à soutenir l'ensemble des professionnels de santé (libéraux ou établissements sanitaires) et médico-sociaux confrontés à des difficultés de réponses face à des situations complexes (poly-pathologie, difficultés économiques ou sociales) quelque soit l'âge de la personne concernée. Ainsi, la PTA permet l'orientation des professionnels vers les acteurs pouvant apporter une réponse adaptée via la création d'un répertoire de ressources sanitaires, sociales et médico-sociales. Ce dispositif a notamment pour ambition de favoriser les parcours en facilitant les entrées et sorties d'établissements sanitaires. Il peut aussi apporter un soutien aux professionnels dont les projets s'inscrivent autour de l'organisation et la sécurisation des parcours. Le médecin traitant ou un professionnel en lien avec lui peut solliciter directement la PTA. Ce dispositif a pour fondement la notion de parcours et vise à faire évoluer l'organisation du système de santé (équité de l'offre territoriale et prévention des ruptures de parcours). Fin 2016, j'ai assisté à une réunion de présentation et d'échange sur le déploiement de la plateforme territoriale d'appui sur le territoire de Fougères. Ce fut l'occasion d'échanger

autour de nos réalités professionnelles et d'appréhender la place et l'intérêt de ce nouveau dispositif. La crainte, partagée par les acteurs du secteur de l'aide et des soins à domicile, que je soulève, est que ce nouveau dispositif ne rajoute un peu plus de confusion à l'organisation actuelle et qu'il ne se superpose aux actions portées par les MAIA. Pour autant, le développement de cette plateforme à titre expérimental pendant deux ans sera un axe fort du futur PRS Bretagne. L'ARS a envisagé cette éventualité de doublon des missions entre la MAIA et la PTA, précisant qu'elle s'appuiera sur les conclusions de ces expérimentations pour ensuite envisager une éventuelle réorganisation entre ces deux dispositifs.

2.2 La coopération : un enjeu pour le secteur, des pratiques à faire évoluer

2.2.1 L'absence de réflexion pluri-professionnelle pour l'élaboration du projet personnalisé

La notion de droit des usagers est apparue suite à une évolution sociétale qui pointe l'insuffisance de mise en œuvre des droits des usagers perçu comme une personne fragile. C'est dans l'objectif « de replacer l'utilisateur au cœur du dispositif et de lui conférer une pleine citoyenneté » que la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a établi les droits des usagers.⁶⁶ La mise en œuvre du projet personnalisé fait l'objet d'une recommandation de l'ANESM intitulée « Les attentes de la personne et le projet personnalisé ». Elle précise qu'elle doit se faire suite à une évaluation multidimensionnelle et si possible pluridisciplinaire. Or, actuellement cette élaboration n'est pas ou peu réalisée, et cela se traduit par un enchaînement parfois incohérent des interventions, loin de l'accompagnement adapté et singulier préconisé. L'association a initié sa démarche qualité en 2010 et travaillé en 2016, suite aux préconisations de l'évaluation externe, à la formalisation des projets personnalisés. La réalisation du document type, servant de trame d'évaluation des besoins, de recueil des attentes de la personne et de son entourage, a été effectuée de manière participative par moi-même, l'infirmière coordinatrice et trois aides-soignantes du service. Parallèlement, un travail de réflexion et d'appropriation de cette recommandation a été réalisé par l'UNA Ille et Vilaine. Mais l'élaboration des projets peine à se généraliser et le document est essentiellement rédigé par l'infirmière coordinatrice. Par ailleurs, accompagner le grand âge suppose d'être capable d'apprécier l'évolution de l'état de santé de la personne, d'anticiper les risques et d'adapter les interventions mais aussi et surtout, d'être à l'écoute des attentes

⁶⁶ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale articles L.311-3 à L.311-9

de la personne. Il s'agit là d'un changement culturel important, centré sur la personnalisation de l'accompagnement et l'implication de l'ensemble des acteurs à la co-construction du projet. L'objectif d'un tel document est d'impliquer l'ensemble des acteurs, et en priorité la personne concernée, à définir ensemble un projet d'accompagnement répondant à la singularité des attentes de la personne. La finalité, comme défini dans la recommandation ANESM, est de trouver un compromis entre l'ensemble des parties prenantes. En effet, les attentes de la personne peuvent être en opposition avec celles de l'entourage. De même, l'analyse de la situation par la personne et par les professionnels peut être différente mais aussi entre les professionnels eux mêmes. Cette démarche d'élaboration vise à ce que chacun puisse s'exprimer librement et qu'un consensus soit trouvé entre tous ces points de tension pour produire une analyse partagée. La difficulté réside d'autant plus, lorsque la personne concernée est en situation de fragilité. Comment recueillir de manière objective ses attentes ? Comment s'assurer de son consentement éclairé ? Cette démarche se réfère directement à la recommandation cadre de l'ANESM sur la bientraitance et dans cette optique le respect des droits et des attentes de la personne doivent être recherchés. C'est une démarche dynamique qui nécessite de s'adapter à l'évolution de chaque situation (état de santé, maturité de la réflexion etc.) et suppose donc des réajustements réguliers. Il me paraît important d'être attentive à l'évolution des besoins et des attentes de la personne, en m'appuyant sur les remontées d'informations de l'ensemble des professionnels, afin d'organiser des réunions de synthèse avec la personne, sa famille et les acteurs concernés par l'accompagnement. Les règles de respect et d'absence de jugement ainsi que de traçabilité de ces échanges me semblent être un préalable indispensable à l'émergence d'une analyse partagée.

Pour autant, des personnes satisfaites de l'offre de service

Le SSIAD effectue une enquête de satisfaction annuelle auprès des personnes chez qui il intervient. 95% des personnes interrogées en 2016 disent être satisfaites de l'accompagnement proposé ainsi que d'une manière générale de la coordination des intervenants à domicile. L'équipe a toujours été sensibilisée et formée à la bientraitance, au respect des choix et des habitudes de vie des personnes et à la recherche de leur consentement. Leur expérience, leurs compétences professionnelles et l'accompagnement quotidien permet de créer une relation de confiance avec la personne, favorable à l'expression de ses attentes. C'est pourquoi, j'ai souhaité mobiliser les professionnelles de terrain à la réflexion et les impliquer dans la co-construction du projet d'accompagnement personnalisé en nommant « des référents ». Depuis 2017, l'élaboration du projet personnalisé se fait au domicile de la personne avec l'infirmière coordinatrice, l'aide-soignante référente de la personne, l'entourage et parfois lorsque cela est possible la responsable du service d'aide à domicile et la conseillère sociale en

gérontologie du secteur. Des contacts téléphoniques sont pris systématiquement avec les infirmiers libéraux afin d'organiser nos interventions mais aussi les solliciter à la réflexion particulièrement lorsqu'une situation de maintien à domicile se complexifie. Ce travail amorcé permet de valoriser la place de chacun et en particulier celle de la personne dans la construction du projet la concernant. S'appuyer sur l'expertise et la relation de confiance établie entre la personne et les aides-soignantes permet d'avoir une cohérence et une qualité de l'accompagnement mis en place, mais aussi il assure la reconnaissance des compétences de l'ensemble des professionnels, il valorise le travail fourni et il favorise l'évolution des pratiques et de la culture professionnelle. La majorité des professionnelles ont adhéré à la démarche car elles ont perçu les intérêts qu'apportent ce travail collaboratif, à savoir garantir une information actualisée et partagée par l'ensemble des intervenants et valoriser le travail de chacun au-delà des seuls actes d'hygiène réalisés. Cela permet d'impulser une nouvelle dynamique d'équipe et de faire progressivement évoluer les modalités d'accompagnement dans le respect des droits et des choix des personnes.

2.2.2 Un travail de partenariat à valoriser

A) Un transfert de compétence réussi

L'activité animation sénior à domicile a été créée par l'association Vivre Chez Soi en 1998. Celle-ci avait pour objectif de créer ou recréer du lien social, de rompre l'isolement ou encore de stimuler les capacités cognitives et intellectuelles auprès des personnes fragilisées. L'animatrice proposait en fonction des besoins et des attentes de la personne, des activités individuelles ou collectives. Les animations étaient des ateliers jeux de société, des activités créatives, culinaires mais aussi des sorties à la journée, des liens intergénérationnels (partenariat avec les écoles) ainsi qu'un séjour d'une semaine une fois l'an. Les activités pouvaient également être mutualisées avec les EHPAD du secteur. Mais faute d'équilibre financier pérenne, l'association a dû se résoudre en 2010 à cesser cette activité. Cependant, grâce à la valorisation du travail accompli et le souhait des personnes âgées de pouvoir continuer à bénéficier de cette prestation, les élus de la CCPL ont souhaité faire perdurer ce service en reprenant l'activité animation sénior le 1^{er} janvier 2010. Ce transfert de compétences s'est fait dans la poursuite des actions menées précédemment auprès des bénéficiaires du service. Il existe aujourd'hui une étroite collaboration entre le service animation-sénior du CIAS de Liffré-Cormier communauté et l'association Vivre Chez Soi afin de garantir un accompagnement global de la personne âgée. Les personnes qui bénéficient de l'animation peuvent également être prises en soins par le SSIAD et/ou le service de portage de repas. Lutter contre l'isolement et maintenir une vie sociale fait partie intégrante du projet de vie de la personne âgée. C'est également un des axes de prévention des politiques publiques dans le champ de la

vieillesse, réaffirmé dans le cadre de la loi ASV et la loi de modernisation de notre système de santé qui font de la prévention au sens large, une orientation forte. La ville de Liffré a souhaité également œuvrer dans ce sens en mettant en place un réseau de bénévoles dans le cadre du programme Monalisa (Mobilisation nationale contre l'isolement social des âgés) afin d'identifier les personnes souffrant de solitude et de créer un lien social et solidaire.

B) Un rapprochement géographique entre l'association Vivre Chez Soi et le CIAS du Pays de Liffré

En janvier 2013 l'association Vivre Chez Soi a déménagé pour rejoindre les locaux du CIAS du Pays de Liffré. En septembre 2015, c'est au tour du SAAD du CIAS du Pays de Liffré, initialement hébergé à l'étage, d'emménager au rez-de-chaussée du même bâtiment. Ce regroupement opérationnel des deux services au sein des mêmes locaux a consenti à l'initiation de nouvelles modalités de travail favorisant les liens entre les professionnels (interconnaissance), les échanges autour des modalités pratiques de mise en œuvre des interventions (ajustement des horaires de passage), de faciliter l'accès à l'information auprès du public par une offre de service à domicile en un lieu unique et de mutualiser certains outils (téléphonie, photocopieur). Une convention de partenariat a été signée en mars 2017 entre l'association et le SAAD de Liffré-Cormier communauté.

C) Une évolution des pratiques professionnelles

La collaboration avec le SAAD du CIAS de Liffré-Cormier communauté a permis la mise en œuvre de visites à domicile conjointes de l'infirmière coordinatrice du SSIAD et de la responsable du service d'aide à domicile afin d'évaluer les besoins de la personne et coordonner les interventions. Ces visites sont programmées autant que de besoin et dès qu'une demande de relais est adressée au SSIAD. Par ailleurs, la continuité des interventions du service de soins est garantie par la mise en place d'une astreinte « personnel de terrain » le week-end et les jours fériés. L'aide-soignante d'astreinte a pour missions de remplacer une collègue en cas d'arrêt maladie mais aussi de consulter le répondeur téléphonique afin d'annuler ou de remettre en place les interventions auprès de la personne concernée en cas d'hospitalisation de cette dernière. Cependant, cette astreinte n'est efficace que pour les personnes déjà accompagnées par le service. A ce jour, l'organisation d'une nouvelle prise en charge n'est possible que les jours ouvrés.

D) L'absence de formalisation des partenariats

A ma prise de fonction, j'ai constaté qu'aucune convention de partenariat n'avait été signée à l'exception de celles avec les cabinets d'infirmiers libéraux et récemment avec le SAAD du CIAS de Liffré-Cormier communauté. Ce manque de formalisation ne permet pas aux acteurs d'échanger sur leurs réalités de fonctionnement et de s'interroger

ensemble sur le projet d'accompagnement global de la personne à domicile. Les échanges avec les partenaires se résument souvent à la gestion de situations complexes questionnant alors les limites du maintien à domicile. Néanmoins cette absence de formalisation ne témoigne pas d'une volonté de repli sur soi. En effet, l'association afin de garantir une réponse adaptée et de qualité auprès des personnes accompagnées par le service de soins, a su initier et développer une dynamique de travail avec deux principaux partenaires que sont l'équipe médico-sociale du conseil départemental et le SAAD du CIAS de Liffré-Cormier communauté. De plus, en fonction des situations et des besoins exprimés, je peux être amenée à mettre en relation la personne avec des partenaires ayant des compétences sociales notamment (CCAS) ou demander un soutien ponctuel (ergothérapeute, psychologue de l'équipe mobile de soins palliatifs par exemple). Cependant, cette conception de l'accompagnement reste à la marge et n'est mise en place que lorsque la situation de maintien à domicile impacte l'organisation du SSIAD et génère des difficultés d'accompagnement. C'est pourquoi, j'envisage de poursuivre les actions engagées et de développer des partenariats permettant de diversifier et d'améliorer les réponses apportées auprès des personnes accompagnées, en amont des situations de crise. J'entends rencontrer les partenaires afin d'envisager ensemble des modalités de coopération visant cette approche globale de l'accompagnement et d'envisager la formalisation de conventions de partenariats.

E) Des partenaires affichant une volonté de coopération

L'entrée en EHPAD est une étape difficile qui demande à être accompagnée afin de prévenir les ruptures. Cela nécessite d'être pensé et travaillé lorsque la personne est maintenue à domicile.

Le changement de directeurs sur deux EHPAD du territoire impulse une nouvelle dynamique axée sur le partenariat et la coopération. Ils souhaitent ouvrir davantage leur établissement sur l'environnement et créer du lien avec les structures contribuant au maintien à domicile. L'EHPAD de Liffré ayant un projet de création d'une résidence autonomie (20 logements) m'a invité à la réflexion afin d'appréhender au mieux les besoins et les attentes des personnes souhaitant demeurer à domicile. En termes de stratégie future, il s'agira pour le SSIAD d'une opportunité de partenariat autour d'un projet d'accompagnement global autorisant le choix de vie entre le domicile et l'établissement. En ce qui concerne l'EHPAD de Livré Sur Changeon, pour faire suite au stage que j'y ai effectué, j'ai pu susciter la réflexion de la Directrice qui a perçu l'intérêt d'une meilleure connaissance et articulation des acteurs du territoire visant à proposer un accompagnement global des personnes et à garantir la continuité des parcours. J'ai pu constater la qualité de l'accompagnement auprès des personnes lorsque celui-ci est réfléchi et mis en œuvre avec la personne, son entourage et les différents partenaires

intervenants à des temps différents. Ce fut le cas pour une personne hospitalisée pour un AVC et dont le retour à domicile n'était plus envisageable. Une rencontre a eu lieu à l'hôpital avec les acteurs hospitaliers, l'infirmière coordinatrice du SSIAD, la Directrice de l'EHPAD qui devait l'accueillir, la personne et ses enfants. Cette rencontre a permis de rassurer la personne et son entourage et d'échanger sur les habitudes de vie à domicile afin de garantir le respect et la continuité de l'accompagnement proposé en EHPAD.

Un autre exemple de situation particulièrement riche d'enseignement concerne le maintien à domicile d'un couple dont l'époux présente des troubles cognitifs majeurs et l'épouse, à l'origine aidant principal, était atteinte d'un cancer en phase terminale. L'accompagnement proposé a mobilisé l'ensemble des acteurs : SSIAD, SAAD, EHPAD, équipe médico-sociale, médecin traitant et infirmiers libéraux, ainsi que bien évidemment les personnes concernées et leurs enfants. La réflexion portait sur l'accompagnement de fin de vie de madame à domicile mais aussi sur le devenir de monsieur dont l'ampleur des troubles ne lui permettait plus de rester seul chez lui. Une rencontre au domicile du couple avec l'infirmière coordinatrice du SSIAD et celle de l'EHPAD a contribué à l'engagement des acteurs afin de respecter le souhait de la personne de mourir à domicile. Cela a aussi acté les possibilités d'accueil en EHPAD du couple si la situation devenait trop difficile. Cette réflexion a favorisé la singularité et la fluidité de l'accompagnement : dans un premier temps le couple fut admis en accueil temporaire puis, suite au décès de Madame, un hébergement définitif fut octroyé à Monsieur. Parallèlement, l'équipe mobile de soins palliatifs qui suivait madame à domicile a continué à l'accompagner à l'EHPAD. Des échanges d'information ont perduré avec le SSIAD le temps de l'accompagnement de fin de vie. Les enfants ont également exprimé leur satisfaction et souligné la qualité de l'accompagnement et de la coordination des professionnels dans le respect des attentes de leurs parents.

2.2.3 Le SSIAD retenu pour l'expérimentation SPASAD

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement propose la possibilité aux structures à domicile de faire évoluer leurs modalités d'organisation et de fonctionnement par le rapprochement de l'aide et du soin, au travers d'une expérimentation de SPASAD pendant deux ans. Il s'agit de développer un fonctionnement intégré pour garantir une approche globale de la personne et pour favoriser la coordination, la mutualisation des organisations et des outils. C'est dans cet objectif qu'au mois de septembre 2016 j'ai souhaité, avec l'accord du conseil d'administration, présenter la candidature de notre SSIAD (en tant que porteur du projet) à l'expérimentation SPASAD avec le SAAD du CIAS de Liffré-Cormier communauté (service partenaire). Le cahier des charges précisait qu'en 2015 la France comptait seulement 94 SPASAD au niveau national et 20 officiellement reconnu en Bretagne. Pour autant, des disparités importantes existent en

termes de fonctionnement et de modalités de coordination. C'est pourquoi, l'objectif de cette expérimentation est de « tester un modèle plus intégré que l'existant par une mutualisation des organisations et des outils et au-delà, une intégration des prestations, dans une logique de promotion de parcours de santé des personnes, de développement d'une approche globale du maintien à domicile, de coordination et d'intégration des acteurs intervenant au domicile et d'ajustement et de complémentarités des réponses dans le champ de la santé ».⁶⁷ Au mois de novembre 2016 j'ai été informé de l'acceptation de notre dossier pour participer à cette expérimentation comme 6 autres services en Ille et Vilaine (17 en Bretagne). Cette étude permettra d'apprécier différents modèles d'organisation visant à proposer une prise en charge globale de la personne sur un territoire. Le projet de partenariat présenté dans ce dossier de candidature est le fruit du rapprochement toujours plus étroit réalisé au fil des années entre le SAAD du Pays de Liffre (créé en 2009) et le SSIAD de l'association Vivre Chez Soi (autorisé depuis 1990). En effet, les liens unissant nos deux services sont anciens, et préexistaient avant la création en 2009 du CIAS (gestionnaire actuel du SAAD). Dans la continuité des actions déjà engagées, le regroupement opérationnel des deux services au sein des mêmes locaux à compter de septembre 2015 a constitué une nouvelle étape de l'approfondissement de notre partenariat. Il offre ainsi la possibilité de mutualiser certains moyens, tout en évoluant vers un fonctionnement le plus intégré possible des deux entités. Il permet d'améliorer l'accueil du public et l'organisation des interventions (accueil unique, facilité des échanges entre professionnels). De plus, la collaboration avec le SAAD du CIAS de Liffre-Cormier communauté a permis la mise en œuvre de visites conjointes SAAD/SSIAD afin d'évaluer les besoins de la personne et coordonner les interventions. Enfin, nos deux services sont actuellement parties prenantes du Chantier « Aide et Soins » (cadre du programme de modernisation UNA soutenu financièrement par la CNSA), avec la volonté d'approfondir le travail engagé et les modes de coopération. Compte tenu de cette genèse et sur la base des valeurs communes que nous partageons (garantie de l'information et la liberté de choix des personnes vivant à domicile, professionnalisation des métiers du domicile, évaluation professionnelle des situations), c'est naturellement que nos deux entités ont souhaité s'inscrire dans ce projet. La participation du SSIAD à l'expérimentation SPASAD souligne l'intérêt et la pertinence du projet que je porte, qui vise à mieux coordonner les interventions et à garantir une meilleure prise en charge des personnes, par le pilotage des soins et des aides d'une manière globale. Cette nouvelle organisation permettra d'améliorer l'accès et la lisibilité de l'offre de service à domicile sur le territoire. Par ailleurs, cette expérimentation

⁶⁷ Cahier des charges « Appel à candidatures régional expérimentation modèle intégré de nouvelles formes de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) »

s'attache également aux repérage des fragilités et à la mise en place d'actions d'alerte et de prévention auprès des personnes pouvant être en situations de perte d'autonomie et/ou d'isolement à domicile.

2.3 Un besoin en compétences pour accompagner le grand âge et la dépendance

2.3.1 Un manque de qualification de l'aide à domicile

La prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile nécessite l'intervention des professionnels de l'aide et de l'accompagnement, or c'est un secteur qui peine à se structurer et à se professionnaliser. En effet, bien que l'État, la CNSA et les organismes de formation aient signé depuis quelques années des accords-cadres afin de faire évoluer et de structurer les services d'aide à domicile, il n'est pas rare de voir des personnes non formées intervenir auprès des personnes âgées dépendantes. Ce manque de compétences ou de formation des professionnels génère un manque de qualité de l'accompagnement proposé pouvant parfois conduire à une prise de risque auprès de la personne. Ceci s'explique notamment par la possibilité pour les personnes de faire appel à des salariés en gré à gré, à des services privés lucratifs ou des services privés non lucratifs. Par ailleurs, les métiers du domicile ont été perçus pendant longtemps et encore aujourd'hui, comme des métiers de service qualifiés par le terme de « femmes de ménage » à l'origine d'une grande confusion auprès du public et des partenaires. Ce secteur souffre encore d'une image négative, d'un manque de reconnaissance et d'attractivité liée à des conditions de travail souvent précaires (temps partiels, horaires discontinus, bas salaires, isolement professionnel etc.). Or, nous assistons à des difficultés majeures de recrutement dans un contexte de vieillissement démographique qui engendre pourtant des besoins croissants de professionnels compétents pour répondre à la prévention de la perte d'autonomie.

Les intervenants des services d'aide à domicile possèdent principalement un diplôme de niveau V (Diplôme d'État des Auxiliaires de Vie Sociale (DEAVS) mais il existe un nombre important de qualification (CAP agricole services en milieu rural, BEP carrières sanitaires et sociales, BAC professionnel services aux personnes et aux territoires etc.) alors que les emplois concernent des publics identiques. Pour autant, jamais à ce jour il n'y a eu autant de paradoxe entre un discours prônant la professionnalisation et la réalité financière qui a conduit beaucoup d'associations à ne pas ou ne plus qualifier les aides à domicile. En effet, afin de ne pas compromettre leur équilibre budgétaire, il est démontré que les SAAD « ne peuvent absorber de personnel qualifié (AVS) au-delà de 30% de

leurs effectifs ».⁶⁸ Par ailleurs, comme le précise le rapport de la cour des comptes de juillet 2016, il est indispensable « d'offrir des perspectives de carrière et de permettre la mobilité professionnelle entre emploi à domicile et emploi en établissement." La création du Diplôme d'État d'Accompagnement Éducatif et Social (DEAES) issue de la fusion du Diplôme d'État d'Aide Médico-Psychologique (DEAMP) et du Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale va dans ce sens.

2.3.2 Une prise en charge financière hétéroclite : un frein à la cohérence du projet

Le financement des prestations auprès des personnes âgées dépendantes provient de multiples sources et entraîne un reste à charge variable pour la personne : les actes de soins pris en charge par l'assurance maladie, les services pour compenser la dépendance et éligibles à l'APA, ou encore les aides techniques relevant de l'APA, de l'assurance maladie ou d'autres organismes (mutuelles, ANAH par exemple). Cette pluralité de financement engendrent pour les personnes concernées des difficultés d'accès à l'information et aux diverses prestations.

A) L'impossibilité d'intervenir conjointement avec le HAD

Lorsqu'un soutien est demandé auprès du HAD, le SSIAD doit suspendre ses interventions. Contrairement aux EHPAD où le tarif d'intervention du HAD est minoré, ce dispositif n'est actuellement pas possible pour les SSIAD malgré la demande d'une étude de convention entre l'HAD 35 et les SSIAD du territoire de santé n°5 adressée auprès de l'ARS Bretagne en 2012. En effet, les représentants de la Direction de l'HAD ont souligné l'incompatibilité tarifaire entre les SSIAD et l'HAD ne leur permettant pas d'intervenir conjointement. Le parcours de certains patients chroniques lourds alterne alors entre les structures SSIAD et HAD. Cela engendre une rupture de l'environnement médicalisé du patient, déstabilisante pour la personne, sa famille et les équipes intervenant au domicile. A ce jour, cette incompatibilité tarifaire demeure puisqu'il s'agit d'un positionnement national de la CNAM. Pour autant, l'ARS Bretagne a émis l'éventualité d'accorder des dérogations, après étude de la demande et à la condition que la personne accompagnée sorte de la file active du SSIAD.

B) La recherche de l'optimisation des ressources dans un contexte budgétaire contraint

L'augmentation de la dépendance est souvent associée à un état de santé fragilisé. La conséquence pour le SSIAD est une augmentation des honoraires des infirmiers libéraux ce qui impacte l'équilibre financier de l'association. Certaines personnes ont des soins

⁶⁸ Rapport de la cour des comptes, *Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie Une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler*, juillet 2016, p.52

infirmiers dont le coût est supérieur au forfait journalier alloué par la sécurité sociale qui est de 35.96 €. Lorsque le coût est trop important se pose alors la question de l'intervention ou non du SSIAD et de l'orientation de ces personnes. Il s'agit bien souvent de personnes souffrant de maladie chronique et dont les besoins d'accompagnement génèrent également des temps de soins longs. Ces personnes sont à la marge des dispositifs existants car ils ne peuvent bénéficier du HAD, ils engendrent un coût trop onéreux pour les SSIAD et sont chronophages pour les cabinets d'infirmiers libéraux. Jusqu'à présent, les orientations portées par le conseil d'administration de l'association étaient de répondre à toutes les demandes quel que soit le degré d'autonomie, la charge en soins et le coût des honoraires infirmiers. Le respect de ces orientations a contribué au déséquilibre financier de l'association qui connaît depuis 5 années des déficits successifs. Dans ce contexte budgétaire contraint et face à un niveau de dépendance qui s'est accru au fil des ans, je sollicite depuis trois ans des crédits non reconductibles auprès de l'ARS. Pour autant, il s'agit d'une stratégie non pérenne et qui ne permet pas d'envisager des réponses adaptées au regard de ces personnes dont les prises en charge sont coûteuses en soins infirmiers. J'ai alerté à plusieurs reprises l'ARS face à ces difficultés et pour lesquelles de nombreux SSIAD sont concernés. Plusieurs réflexions sont à imaginer : la recherche de relais et la mobilisation de notre réseau pour permettre l'évolution vers un partenariat HAD/SSIAD. Par ailleurs, il existe des appels à projet pour des places de SSIAD renforcé, auxquels nous ne pouvons toujours pas répondre. La reconnaissance SPASAD nous offrira à terme cette possibilité.

Face à un constat des autorités tarifaires dénonçant l'ajustement du niveau de dépendance des personnes accompagnées en SSIAD à leur financement (une sélection des prises en charge), un projet de réforme tarifaire a été lancé avec la mise en place d'une enquête nationale en 2012. Ce projet n'a jamais abouti. Pour autant, la réforme tarifaire actuelle dans le champ des personnes en situation de handicap (SERAFIN-PH) me laisse présager d'une possibilité d'une transposition de ces modalités de tarification dans le secteur personnes âgées.

C) L'obligation pour les SPASAD de conclure un CPOM

Le SSIAD, par son entrée dans l'expérimentation SPASAD en novembre 2016, a l'obligation d'ici juin 2017 de conclure un CPOM. Celui-ci détermine les objectifs à atteindre et les modalités de mise en œuvre selon un calendrier défini. Il précise les méthodes et les moyens alloués pour satisfaire à l'organisation intégrée, à la coordination ou aux actions de prévention. Y est également stipulé le niveau de qualification des professionnels et les objectifs d'évolution ainsi que les indicateurs de suivi du projet. Pour autant, les moyens alloués resteront constants à l'exception d'une aide de 13 089.05€ octroyée pour le lancement et le soutien du projet. De même qu'il n'est pas prévu de

fongibilité des budgets SSIAD et SAAD, chacun conservera ses propres modalités de financement (Dotation globale pour le SSIAD, tarif horaire pour le SAAD). Par ailleurs, la création de la nouvelle communauté de communes depuis le 1^{er} janvier 2017, et par conséquent l'extension du territoire d'intervention du SAAD du CIAS de Liffré-Cormier communauté, ne permet pas actuellement d'évaluer concrètement quelle sera son activité future (montée en charge progressive). La conclusion du CPOM est fixée pour 2 ans le temps de l'expérimentation. À terme d'ici 2021, la signature du CPOM entraînera le respect d'un équilibre financier que le SSIAD aujourd'hui n'est pas en capacité de garantir. La signature du CPOM constitue un enjeu majeur et une opportunité qu'il me faut saisir. En effet, les échanges avec l'ARS et le Conseil Départemental au cours de la négociation doivent permettre d'établir des objectifs précis et réalisables. Il s'agira aussi de faire remonter les points de tensions éventuels entre les orientations et attentes des financeurs et les possibilités des acteurs de terrain, d'autant plus que les objectifs à atteindre se feront à moyen constant.

D) Les difficultés financières des services d'aide à domicile

De nombreux SAAD font souvent face à des difficultés financières importantes pouvant mettre en péril l'activité. Plusieurs facteurs en sont à l'origine :

- Une dimension insuffisante pour compenser les coûts de gestion. En effet, la tarification des SAAD est principalement un financement à l'heure. Or, lorsque l'activité réalisée est inférieure aux prévisions (annulation d'intervention, hospitalisation), le service est en difficulté pour couvrir ses charges. Sur le territoire d'intervention de l'association, un service d'aide à but lucratif, après 4 ans d'existence, a dû cesser son activité fin 2016 et lancer une procédure de liquidation judiciaire.
- Les temps de déplacements insuffisamment pris en compte dans la tarification et qui impactent fortement l'équilibre financier. Les interventions morcelées, la superficie du territoire, la gestion des plannings des intervenants sont autant d'éléments à prendre en considération.
- Les contraintes budgétaires des départements qui fixent au plus juste les tarifs de rémunération des services. En Ile et Vilaine, le tarif horaire fixé par le Conseil Départemental pour le SAAD du CIAS de Liffré-Cormier Communauté est de 25.69 €.

Face à ces constats, la loi de finance de 2012 puis de 2013 a créé un fonds de restructuration à destination des services d'aide en difficulté. Ces fonds sont distribués et conditionnés à la signature d'une convention de financement pluriannuelle de retour à l'équilibre. La structure s'engage à réduire ses frais de structure et à optimiser les temps de travail notamment par la mise en place de système de télégestion.

De plus, depuis 2008 le réseau UNA avec l'Etat et la CNSA a signé le premier protocole de coopération qui prévoyait la mise en place d'un programme de modernisation pour ses

adhérents sur trois ans. Celui-ci avait initialement pour objectifs d'améliorer la prise en charge des publics fragilisés, de professionnaliser les organisations et d'enclencher une dynamique collective de progrès. La nouvelle convention conclue pour 2014-2018 poursuit les actions engagées et s'articule autour de 4 grands axes : l'adéquation entre besoins et prestations, l'optimisation des organisations, l'accompagnement individualisé des structures et les systèmes d'information. Les orientations poursuivies visent l'amélioration de la qualité de l'accompagnement à domicile pour les personnes en situation complexe en prévenant les ruptures dans leur parcours de santé, à soutenir le développement des SPASAD et à faciliter et accompagner les structures qui souhaitent développer de nouvelles formes de coopération et de mutualisation. Le SAAD de Liffré-Cormier Communauté s'est engagé depuis juin 2015 sur le chantier Aide et Soins auquel le SSIAD a pu être associé en 2016.

E) La pérennité de l'association en question

L'impossibilité de faire évoluer l'offre de service par l'incapacité de répondre aux appels à projet, les orientations des politiques publiques et des tarificateurs incitant au regroupement et à la mutualisation et les difficultés financières récurrentes sont autant d'éléments qui interrogent sur les capacités d'évolution et la pérennité de l'association. La priorité affirmée par le législateur de développer les SPASAD, l'obligation pour l'ensemble des SSIAD de fonctionner en configuration SPASAD d'ici à 2021 ainsi que l'entrée du SSIAD dans l'expérimentation est une opportunité de pouvoir affirmer notre capacité d'innovation et de réponse adaptée aux besoins du territoire. Pour autant, la couverture du territoire du SPASAD ne représente que 81 % du territoire du SSIAD. Ce point sera un élément d'attention particulière puisqu'une cohérence de territoire et des modalités de réponses adaptées devront être recherchées dans le cadre de l'expérimentation. Après deux années d'expérimentation, le SPASAD pourra bénéficier d'une autorisation conjointe (ARS/Conseil Départemental). Celle-ci sera conditionnée à l'analyse d'indicateurs justifiant d'un fonctionnement et de modalités de réponses pertinentes. « Le SPASAD expérimenté doit se présenter comme un outil de simplification pour l'utilisateur, dans son parcours d'accompagnement et de soin ».⁶⁹ Pour finir, le rapport de la cour des comptes de juillet 2016 sur le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie précise que le développement des SPASAD sont des avancées intéressantes, mais « qu'un regroupement accentué des services, au-delà des seuls SSIAD et SAAD, intégrant des structures d'hébergement temporaire ou permanent, permettrait de mieux

⁶⁹ Cahier des charges « Appel à candidatures régional expérimentation modèle intégré de nouvelles formes de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) » p.5

assurer l'efficacité de la gestion des fonctions supports et des personnels, mais également celle des parcours de soins des personnes âgées dépendantes ».⁷⁰

2.4 Une nouvelle conception de l'accompagnement : la notion de parcours

2.4.1 Parcours de santé, de soins, de vie

L'apparition de la notion de parcours repose sur la nécessité de modifier notre système de santé pour répondre à la transformation des besoins. En effet, cette approche est issue des constats suivants : un système de santé centré sur les soins aigus curatifs, un cloisonnement entre les secteurs sanitaire, médico-social et social ou encore un recours important à l'hospitalisation. Or aujourd'hui, il s'agit d'apporter des réponses face aux publics qui présentent des besoins multiples en favorisant l'ouverture des structures et en renforçant le soutien à domicile afin de prévenir les ruptures de parcours et de garantir un accompagnement coordonné. Le concept de parcours se définit comme « la trajectoire globale des patients et usagers dans leur territoire de santé, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix. Il nécessite l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social. Il intègre les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement ».⁷¹ Loin d'être linéaires, les parcours permettent de recourir simultanément ou successivement à l'offre sanitaire, médico-sociale ou sociale, et de manière itérative.

Le parcours de soins se caractérise par la prise en charge du patient par les professionnels du secteur sanitaire (hospitalier et ambulatoire). Il comprend « les soins de premiers recours, hospitalisation évitable (urgences), hospitalisation à domicile, soins de suite et de réadaptation, unité de soins de longue durée USLD et EHPAD ».⁷²

Le parcours de santé correspond « au parcours de soins articulé en amont avec la prévention primaire et sociale, et en aval avec l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile ».⁷³

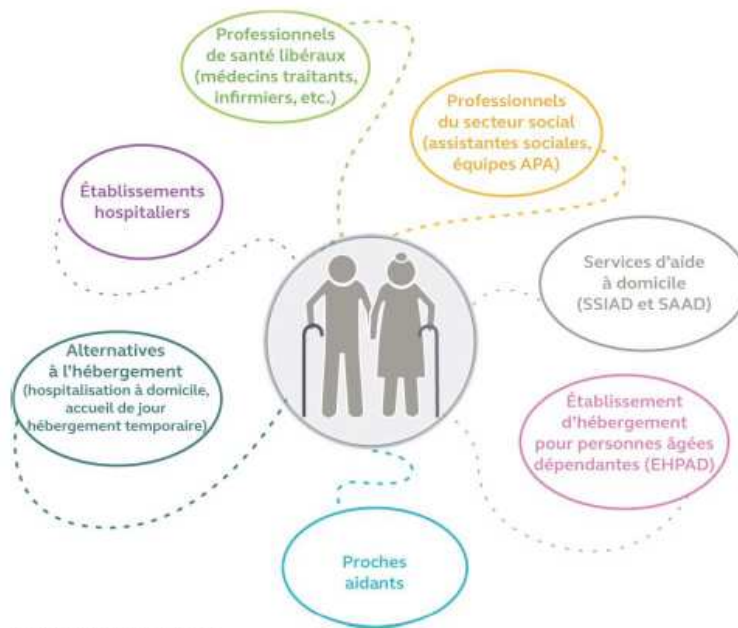
⁷⁰ Rapport de la cour des comptes, *Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie Une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler*, juillet 2016, p.60

⁷¹ Réseau UNA, présentation « Approche parcours », juin 2013

⁷² Lexique des parcours de A à Z, *Parcours de soins Parcours de santé Parcours de vie Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers*, janvier 2016, p.62

⁷³ Ibid. p. 61

Schéma n° 1 : les intervenants auprès des personnes âgées dépendantes dans un parcours de santé



Source : Cour des comptes

Le concept de parcours de vie prend « en compte des étapes successives de la vie de la personne, mais également les dimensions différentes de sa situation, à un moment donné de sa vie ».⁷⁴ Cette approche s'appuie sur l'évaluation personnalisée des besoins et attentes de la personne (autonomie, état de santé, environnement social et familial, ressources etc.). Cela nécessite d'adapter régulièrement les modalités d'accompagnement en tenant compte de l'évolution de tous les éléments de la situation de vie de la personne citées ci-dessus et de l'implication des professionnels concernés ainsi que de la coordination des interventions. Il s'agit d'un changement de paradigme dans notre secteur qui invite les professionnels à « penser le vieillissement comme un processus et non pas comme un état, et à prendre en compte toutes les dimensions de la vie de la personne (familiale, professionnelle, sociale, citoyenne) et pas seulement la dimension médicale ».⁷⁵ Cela suppose aussi un changement de logique axée sur la prévention et la précocité des interventions et donc de s'éloigner comme le souligne Henri-Jacques Stiker de cette « approche binaire de la dépendance et de l'usage des catégories d'âge ou de pathologie comme seuls repères pour l'intervention ».⁷⁶

⁷⁴ Ibid. p. 63

⁷⁵ Deuxièmes rencontres scientifiques de la CNSA, *Aide à l'autonomie et parcours de vie*, Synthèse du colloque des 15 et 16 février 2012, p. 9

⁷⁶ Ibid. p.9



Le manque d'articulation et l'approche fragmentée des secteurs sanitaire, social et médico-social ne consent pas à éviter les ruptures de parcours. Aussi, au-delà de l'accès à l'information, il est devenu nécessaire de faire évoluer les organisations afin d'offrir aux personnes un accompagnement global dans leur parcours de prise en charge.

Accompagner les parcours : l'expérimentation PAERPA

Le dispositif PAERPA (parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie) a été déployé en 2014 initialement dans 9 régions pilotes. Il est destiné aux personnes âgées de 75 ans et plus dont l'autonomie risque de s'altérer suite à un problème médical ou une complication sociale. Ce dispositif doit permettre « de renforcer le maintien à domicile par la coordination soutenue des professionnels de santé de premier recours, de sécuriser les sorties d'hôpital et de repérer les situations à risques afin de prévenir les hospitalisations inutiles ».⁷⁷ Quatre facteurs principaux d'hospitalisation évitable des personnes âgées ont été identifiés : les chutes, la dénutrition, la dépression et les problèmes liés aux médicaments. Ce projet vise à coordonner et à articuler les acteurs des différents secteurs afin d'éviter le recours à l'hospitalisation qui est souvent source d'aggravation de la perte d'autonomie des personnes âgées. Il s'agit de « faire en sorte que les personnes reçoivent les bons soins, par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment. Le tout au meilleur coût ».⁷⁸ Ainsi, ce dispositif propose d'anticiper l'hospitalisation « en s'appuyant sur le réseau de professionnels du territoire, au plus près des personnes âgées ».⁷⁹ En 2016, une extension à un territoire PAERPA par région est programmée. En Ile et Vilaine, il correspond au Pays de Brocéliande, Pays de Vallon de Vilaine et Pays de Rennes qui

⁷⁷ Ministère des solidarités et de la santé, Le dispositif PAERPA

⁷⁸ Faciliter le parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie : les projets PAERPA p. 3

⁷⁹ Le parcours de santé des aînés : des acteurs coordonnés pour une autonomie préservée (PAERPA)

représente sur ce territoire 32 500 personnes de plus de 75 ans. Cela concerne 6 communes du territoire du SSIAD.



Paerpa - Un parcours mieux coordonné

80

2.4.2 Des évolutions concernant le partage d'information

A) L'absence de support de communication commun

Lorsque le SSIAD intervient chez une personne, il met en place un dossier de soins support de communication entre les aides-soignantes mais aussi à destination des professionnels de santé libéraux (médecins, IDEL etc.). Une feuille de liaison est également prévue pour échanger avec la famille. Mais je constate que cet outil reste peu utilisé par les professionnels à l'exception de ceux du SSIAD. Par ailleurs, chaque service intervenant utilise son propre outil (classeur, cahier), multipliant les supports de communication entre professionnels ce qui au final participe à la perte d'informations et à l'absence de prise en compte globale de l'accompagnement de la personne.

Le dossier médical partagé a été créé par la loi du 13 août 2014 relative à l'assurance maladie, pour pallier aux difficultés de coordination des soins et de suivi de l'état de santé des personnes. Ce dossier était destiné aux professionnels de santé et devait contenir des informations telles que les antécédents médicaux et chirurgicaux, les comptes rendus hospitaliers, le traitement etc.). Après une période d'expérimentation puis de

⁸⁰ Ministère des solidarités et de la santé, Le dispositif PAERPA

généralisation, la mise en place de ce dossier médical personnel s'est soldée par un échec avec en 2014 seulement 554 600 dossiers créés.⁸¹

B) Des pratiques à faire évoluer

Pour autant, favoriser la continuité des accompagnements est un axe prioritaire des politiques publiques qui ont souhaité poursuivre cette démarche en la recentrant sur le suivi des patients atteints de maladies chroniques et les patients âgés. Ce dossier médical personnel est dénommé aujourd'hui dossier médical partagé. La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et ses décrets d'application du 20 juillet 2016 précisent les nouvelles modalités d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social pour permettre une prise en charge globale et cohérente et une meilleure coordination. Le partage d'informations est un élément primordial de prévention des ruptures de parcours. Il est possible qu'à la condition que « l'ensemble des acteurs concernés participent à la prise en charge du patient et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou de son suivi médico-social et social ». ⁸² Quelques outils existent comme la messagerie sécurisée (e-santé), mise en place en 2013 (décret du 2 décembre 2013) pour envisager le partage d'informations sensibles entre les professionnels. Cet outil garantit la confidentialité des informations en autorisant le partage selon un niveau d'accréditation. L'utilisation de la messagerie sécurisée est encore aujourd'hui mal connue des acteurs du territoire et très peu utilisée. Par ailleurs, il existe d'autres freins tels que le manque d'interopérabilité entre les systèmes d'information et le sous-équipement de certains acteurs.

L'enjeu aujourd'hui pour l'ensemble des acteurs, et en particulier pour ceux concourant au maintien à domicile, est de sortir d'une approche centrée sur les secteurs et les dispositifs afin d'évoluer vers des orientations axées sur la complémentarité des fonctions et des missions. Ce n'est que par un engagement important et une réelle volonté des partenaires d'œuvrer vers l'ouverture des établissements et le décroisement des secteurs que nous réussirons à améliorer le maillage territorial et la qualité de l'offre pour répondre à des besoins qui ne cessent de croître et de se diversifier. La volonté des personnes âgées de rester chez elles, entourées de leurs proches et ce quelque soit le niveau de dépendance, est le souhait d'une majorité de personnes. Face à ces constats, en qualité de directrice de l'association Vivre Chez Soi, je souhaite faire évoluer les pratiques professionnelles et proposer des axes d'amélioration en m'appuyant sur les attentes des

⁸¹ Rapport de la cour des comptes, *Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie Une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler*, juillet 2016, p.42

⁸² Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé article 96

personnes accompagnées et en mobilisant les partenaires du territoire. Je suis persuadée que l'objectif partagé visant à garantir une réponse de proximité adaptée et de qualité, contribuera à impulser une dynamique partenariale entre les structures d'aide et de soins à domicile mais aussi d'envisager des coopérations rendant possible le renforcement du maintien à domicile et la prévention des ruptures de parcours.

Ce n'est qu'à la condition de prioriser l'intérêt premier de la personne que nous garantirons le respect de ses choix et que nous parviendrons à faire évoluer les organisations vers une dynamique d'intégration. Je vous propose de vous exposer dans le prochain chapitre mon plan d'action visant à mobiliser les acteurs pour garantir une prise en compte globale des besoins et attentes de la personne.

3 Développer un projet global d'accompagnement centré sur la personne

L'augmentation de la dépendance des personnes âgées combinée à des soucis de santé ou souffrant d'un cumul d'incapacités et parfois additionnée de difficultés sociales et/ou environnementales, s'impose aujourd'hui comme la problématique majeure des structures de maintien à domicile. Le souhait de ces personnes de demeurer chez elles quelque soit leur état de fragilité ainsi que les orientations des politiques publiques qui inscrivent le domicile au cœur de leurs orientations, nous invitent fortement à mettre en œuvre une organisation la plus globale et intégrée possible.

Apporter des réponses au plus près des besoins des personnes âgées du territoire est une orientation forte des membres du conseil d'administration de l'association et des élus locaux. La création de la nouvelle communauté de commune Liffré-Cormier communauté, la dynamique impulsée par le Groupe gérontologique et les nouvelles orientations prises par la gouvernance de l'association Vivre Chez Soi et du CIAS de Liffré-Cormier communauté, notamment en privilégiant les rapprochements à travers l'expérimentation SPASAD, sont autant d'éléments qui en témoignent. L'engagement et le soutien politique des deux gouvernances à ce projet, réaffirmé lors de notre dernière assemblée générale et qui identifie le SSIAD comme porteur du projet expérimentation SPASAD (comme le définit le cahier des charges), me légitime à conduire un plan d'actions qui mobilise et associe l'ensemble des personnels de l'association et du SAAD afin de développer une prise en charge globale et cohérente de la personne.

3.1 L'expérimentation SPASAD : un dispositif à mettre en œuvre et à valoriser

Dans le cadre de l'élaboration du dossier de candidature à l'expérimentation SPASAD, j'ai souhaité constituer un comité de pilotage (COPIL) composé de l'infirmière coordinatrice du SSIAD, du Directeur du CIAS, de la responsable du SAAD et de moi-même. Plusieurs réunions qui visaient à démontrer notre motivation, notre organisation, à définir nos objectifs et notre plan d'actions à deux ans, ont été organisées avant de déposer notre dossier de candidature. Par ailleurs, afin d'accompagner les structures d'aide dans le développement de leur organisation, le réseau UNA dans le cadre du programme de modernisation, a proposé de traiter plusieurs thématiques comme « Projet stratégique » et « Coordination aide et soin » auxquelles la responsable du SAAD a participé. Pour la cohérence du projet, le réseau UNA a souhaité intégrer les SSIAD à ces temps collectifs (sachant que les financements accordés dans le cadre du programme de modernisation

ne concernent que les services d'aide à domicile). L'infirmière coordinatrice et moi-même avons pu rejoindre les groupes traitant des thématiques SPASAD et CPOM.

Après avoir reçu le courrier de l'ARS et du Conseil Départemental validant notre entrée dans l'expérimentation, il m'a semblé indispensable d'impulser une démarche participative en associant les professionnels des deux services au projet. L'ambition que je porte vise à créer une culture professionnelle du domicile axée sur la complémentarité des compétences des professionnels de l'aide et du soin.

3.1.1 Développer une culture professionnelle partagée entre les professionnels du soin et de l'aide à domicile

Il me paraît indispensable de faire évoluer les organisations et les pratiques professionnelles afin de garantir la cohérence de l'accompagnement de la personne âgée à domicile. Ces changements ne pourront se faire qu'en positionnant l'intérêt premier de la personne au centre de nos préoccupations. Les orientations des politiques publiques qui mettent en avant l'intérêt de la prise en compte des parcours des personnes et qui invitent aux rapprochements et à la mutualisation, sont des éléments sur lesquels je dois m'appuyer pour conduire le changement. Mais, plutôt que de l'envisager comme une contrainte externe, il me semble au contraire intéressant d'en faire une opportunité afin d'améliorer notre organisation interne. Un travail important est nécessaire pour faire émerger une culture professionnelle commune, une culture SPASAD, même si les professionnels de terrain se côtoient et ont l'habitude de travailler ensemble dans certaines situations (comme les interventions en binôme). Ainsi, tout au long de la démarche de construction de notre projet pour l'expérimentation SPASAD, j'envisage la mise en place d'une communication interne auprès des salariés de l'association afin de les informer des enjeux du secteur mais aussi en termes d'amélioration de la qualité de l'accompagnement et du fonctionnement du service. Ce temps d'échange permet d'expliquer le fonctionnement de chacun (places limitées pour le SSIAD et financement sécurité sociale tandis que pour le SAAD intervention libre et coût horaire), de clarifier les objectifs poursuivis : approche globale de la personne, sécurisation des pratiques professionnelles (prévention et gestion des risques), valorisation et reconnaissance des compétences et de l'expertise de chacun, ainsi que de répondre aux interrogations afin de lever d'éventuelles inquiétudes.

L'évolution de notre organisation s'articule sur trois niveaux : l'engagement de la gouvernance, le rôle central des cadres dans l'animation des équipes et l'évolution de leurs pratiques professionnelles et la construction d'un esprit d'équipe SPASAD en associant les professionnels de terrain à la réflexion.

A) Un portage politique fort

Le projet est porté au niveau institutionnel et est facilité par le rôle central de la Présidente de l'association Vivre Chez Soi, également élue en qualité de vice-présidente au CIAS Liffré-Cormier communauté. Très impliquée à la réussite du projet « expérimentation SPASAD », ainsi que les membres du conseil d'administration de l'association et le Président du CIAS Liffré-Cormier communauté, elle facilite le dialogue, la réflexion entre les élus des deux structures. Elle participe également aux rencontres avec les financeurs (ARS, Conseil Départemental) programmées pour la négociation du CPOM.

B) Une équipe de direction cohérente

La conduite du changement s'appuie sur la définition d'un plan d'action élaboré par les membres du COPIL et validé par les administrateurs. Elle repose essentiellement sur la capacité et la volonté des cadres à impulser ces orientations et à créer une dynamique collective. C'est pourquoi, suite à l'acceptation de notre dossier, je souhaite programmer des réunions du COPIL bimensuelles. Elles ont pour objectifs de définir, clarifier et planifier les objectifs à atteindre et le plan d'action à mettre en œuvre. Ces éléments seront également formalisés dans le cadre du CPOM.

Le management des équipes est un élément essentiel qui permet de créer une réelle dynamique d'équipe SPASAD, en dépassant les conceptions centrées sur l'aide ou le soin. C'est pourquoi, j'entends être très attentive à l'encadrement intermédiaire. La consolidation d'une culture partagée s'appuie :

- sur la définition de valeurs communes à travers l'élaboration de documents tels que le projet de service, le CPOM ou l'élaboration pluri-professionnelle des projets personnalisés des personnes accompagnées
- sur une attention particulière portée aux professionnels, à leur fonction, leurs compétences et leur complémentarité
- sur l'amélioration des outils de partage d'information et de culture (circuit de l'information, temps d'échange).

Le rapprochement géographique permet de faire évoluer notre organisation par la mutualisation de certains outils (téléphonie notamment). Cela facilite la transmission de l'information pour les personnes comme pour les professionnels, et concourt également à décroiser les structures et à créer une vision d'approche globale de la personne. La proximité des bureaux favorise les échanges et la construction d'un travail d'équipe. Par ailleurs, la mise en place de visites conjointes IDEC/ Responsable SAAD au domicile de la personne (suite à une demande de relais du SAAD) doit se poursuivre et évoluer. En effet, la complémentarité des compétences est un atout du SPASAD. Ainsi, les compétences des professionnels doivent être mobilisées autant que de besoin, et pas simplement au moment d'une demande de relais SAAD /SSIAD. Je prévois de mettre en

place des réunions hebdomadaires entre l'IDEC et la responsable du SAAD afin d'échanger autour des situations nécessitant un éclairage sanitaire et/ou social pour améliorer la qualité de l'accompagnement de la personne. Lors de ces réunions seront évoquées les situations SPASAD pour lesquelles des ajustements sont nécessaires et les situations SAAD pouvant faire l'objet d'un relais SSIAD à un moment donné. Par ailleurs, il m'apparaît important de souligner l'intérêt pour les professionnels de terrain du SSIAD et du SAAD de pouvoir interpeller les cadres, quelque soit leur lien hiérarchique. Cette approche transversale est essentielle pour dépasser les clivages « aide/soin » des services et participe à la cohérence du projet. Je souhaite l'organisation, au moins une fois par semestre, d'une réunion de service réunissant l'ensemble des professionnels du SPASAD, afin de communiquer sur l'avancement du projet mais aussi d'aborder différentes thématiques (limite entre l'aide et le soin, support de communication, travail collectif etc.). Ces temps d'échange entérineront une vision plus claire de la place de chacun, de ses tâches et faciliteront l'appréhension des complémentarités des différents professionnels. Je m'appuierai sur les fiches de poste élaborées. J'organiserai une journée « inter-connaissance des métiers » c'est-à-dire qu'une aide à domicile passera la journée avec l'aide-soignante et réciproquement, afin que chacune prenne conscience du travail effectué par l'autre. J'étudierai également les possibilités d'aménager des temps de formation communs aux aides à domicile et aux aides-soignantes. La difficulté repose sur le financement de ces temps car, les deux services ne dépendant pas du même OPCA, ils ne bénéficient pas des mêmes prestataires. Pour finir, la création d'une culture commune et le sentiment d'appartenance à un collectif passe aussi par des temps d'échange informel. Le rapprochement géographique des deux services sur le même niveau et la possibilité offerte pour les professionnels de pouvoir se retrouver de manière informelle ou lors des pauses déjeuner, participent à cette construction.

3.1.2 Accompagner l'évolution des pratiques professionnelles centrée sur la notion d'interdisciplinarité

A) Développer des outils communs

La prise en charge globale de la personne et la mise en place d'une organisation intégrée n'est possible que si elle s'appuie sur une culture partagée « aide et soin ». Cela suppose également l'élaboration d'un outil unique et pluridisciplinaire permettant la réalisation d'une évaluation globale et multidimensionnelle de la personne.

L'association a initié sa démarche d'amélioration de la qualité il y a quelques années et l'infirmière coordinatrice a depuis formalisé différents documents comme un guide à l'évaluation des besoins, un formulaire de première demande ou encore divers protocoles de soins. Par ailleurs, suite aux préconisations de l'évaluation externe, les modalités de réalisation des projets personnalisés ont été revues. Le SAAD quant à lui, a peu de

documents formalisés. La responsable du SAAD envisageait de retravailler son document de base pour le recueil des informations administratives et à l'évaluation des besoins. Il s'est avéré pour moi pertinent de créer un document unique à partir des outils déjà mis en place par le SSIAD. Je propose la mise en place d'un groupe de travail entre l'infirmière coordinatrice et la responsable du SAAD afin d'harmoniser les supports et de concevoir un outil de recueil des informations et d'évaluation unique pour l'ensemble des personnes (SAAD, SSIAD, SPASAD). Cet outil se veut évolutif puisqu'il sera complété et alimenté en fonction des modifications des besoins de la personne. Par ailleurs, au sein de l'association, les modalités de mise en œuvre des projets personnalisés ont été retravaillées. L'implication des aides-soignantes a été recherchée en nommant des référents «patient». Un document type, où est renseigné le recueil des attentes de la personne et de son entourage, a été conçu de manière participative. Je souhaite élargir ce fonctionnement en associant l'ensemble des acteurs à participer à l'écriture des projets personnalisés. Ainsi, une aide-soignante et une auxiliaire de vie sociale seront nommées référentes de la personne dans le but de favoriser la prise en compte de l'ensemble des besoins et la personnalisation de l'accompagnement à travers la définition de prestations adaptées. L'infirmière coordinatrice sera la personne responsable de la rédaction des projets personnalisés des personnes bénéficiaires du SPASAD. Ils seront co-construits avec la personne concernée et son entourage. Les personnes référentes seront également associées à cette élaboration ainsi que l'ensemble des partenaires intervenant au domicile de la personne. De plus, actuellement le SSIAD et le SAAD ont chacun leur propre support de transmission déposé au domicile de la personne. Un groupe de travail composé de personnel de terrain du SSIAD et du SAAD sera créé afin de réfléchir à un support de communication unique au domicile. Le passage aux outils numériques est un axe que je souhaite également développer, et dont les modalités de mise en œuvre seront explicitées ci-après, lorsque j'aborderai la question du partage des informations.

B) Le parcours : une nouvelle approche incontournable

La notion de parcours est centrée sur la mise en adéquation des ressources nécessaires pour garantir un accompagnement de qualité de la personne, et ce au bon moment. Cette approche suppose d'impulser des modalités d'accompagnement orientées vers le partenariat et la prévention des fragilités.

L'expérimentation SPASAD nous invite à initier et développer des actions de prévention auprès des personnes accompagnées et/ou des aidants, individuellement ou collectivement. Le repérage et la prévention des fragilités sont des éléments indispensables à déployer. La prévention repose initialement et prioritairement sur les SAAD qui sont souvent les premiers services à intervenir auprès des personnes âgées. Pour autant, il me paraît essentiel d'être attentive aux remontées d'informations faites par

les professionnels du service de portage de repas et de l'animation sénior. C'est pourquoi, je souhaite faire évoluer les compétences de l'ensemble des professionnels de terrain (SAAD, SSIAD et livreurs) par la formation au repérage des signaux d'alertes des fragilités (dénutrition, chute, risque lié à la prise des médicaments ou isolement). L'infirmière coordinatrice sera chargée de formaliser un document facilitant le repérage des signes de fragilité à partir des fiches repères des recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Ce volet « repérage des fragilités » sera intégré au guide d'évaluation des besoins et attentes de la personne. Des actions de prévention individuelle seront réalisées et adaptées en fonction des professionnels. À titre d'exemple, une même personne peut bénéficier du portage de repas, du passage du SAAD et du SSIAD. Mais chaque professionnel ne percevra pas les mêmes signes d'alerte. Prenons l'exemple du repérage de la dénutrition : les livreurs de repas seront plus spécifiquement vigilants à l'évolution des habitudes alimentaires ou à la satisfaction de la qualité des repas. Les aides à domicile vérifieront les dates de péremption et l'hygiène du réfrigérateur, un refus de s'alimenter ou le besoin de temps d'accompagnement au repas supplémentaire. Les aides-soignantes seront sans doute plus attentives à la baisse de la courbe du poids ou à un souci bucco-dentaire. L'important est que l'ensemble des professionnels fasse remonter ces informations auprès de leur responsable hiérarchique afin de pouvoir échanger en équipe, croiser les données et adapter les réponses. J'envisage de définir avec la responsable du SAAD un plan de formation pour l'année 2018 en tenant compte des axes de prévention que l'on aura déterminé.

Par ailleurs, je souhaite poursuivre la collaboration engagée avec les partenaires du territoire à travers le Groupe gérontologique, et proposerai d'étendre notre réflexion autour de ce volet prévention des fragilités. La mise en place de conférences-débats sur les différentes thématiques qui couvrent la notion de fragilité, mais aussi la réalisation d'actions collectives auprès des personnes âgées du territoire sous la forme d'ateliers, seront des propositions que je soumettrai. J'envisage de solliciter des financements pour ces actions auprès des caisses de retraite mais aussi auprès de la conférence des financeurs. Il est judicieux que les acteurs du territoire s'associent pour mettre en place des actions de prévention mutualisées afin d'avoir une cohérence et toucher un maximum de personnes. De plus, l'organisation de telles actions (conférences, atelier gym douce, atelier nutrition etc.) demande pour les professionnels beaucoup de temps et d'investissements dans la recherche de partenaires (conférencier, nutritionniste etc.) et de financements. S'appuyer sur une instance collégiale comme le Groupe gérontologique favorise la réflexion et la répartition des tâches en lien avec le projet.

Pour finir, je prendrai également contact avec la responsable du CCAS de Liffré qui gère le réseau de bénévoles déployé dans le cadre du dispositif Monalisa. Les bénévoles qui

visitent des personnes souffrant d'isolement peuvent constater le besoin d'un accompagnement social (SAAD) pour l'entretien du logement ou les courses par exemple.

3.1.3 Mettre en place un guichet unique d'accueil et d'information sur l'offre de service proposée

Améliorer la lisibilité de l'offre, l'accès à l'information et renforcer la prise en compte des parcours des personnes sont des points d'amélioration attendus par les personnes accompagnées et leur entourage. Ce sont également des orientations fortes des politiques publiques qui nous invitent à développer des réponses adaptées visant à faciliter l'accueil et l'orientation des personnes. Le terme utilisé de « guichet intégré » résume cette intention.

Le regroupement géographique des deux entités SSIAD et SAAD permet de développer et de mutualiser des moyens dans l'objectif d'un fonctionnement en SPASAD. Il s'agit pour moi d'améliorer l'accueil physique et téléphonique par le regroupement de l'offre de service existante à domicile, en un même lieu.

A) Organisation d'un accueil unique pour le bâtiment

L'organisation dite intégrée du SPASAD suppose la mise en place d'un accueil physique unique d'information et d'orientation. Ainsi, précédemment au déménagement des bureaux du SAAD vers le rez-de-chaussée du bâtiment, j'ai travaillé avec le Directeur du CIAS pour décider ensemble de l'affectation des bureaux et de voir les possibilités d'un accueil unique. La proposition que je lui ai faite et qui a été validée, a été d'affecter une partie du temps de travail de la secrétaire de l'association pour cet accueil. En accord avec la salariée, j'ai augmenté son temps de travail de 30 heures hebdomadaires à 35 heures. Ces 5 heures sont financées par le CIAS sous la forme d'une prestation de mise à disposition de personnel. Le bureau situé à l'entrée du bâtiment a été aménagé et la fiche de poste de la secrétaire a été revue en y intégrant cette mission d'accueil général. Une communication interne et une présentation de la secrétaire a été organisée auprès de l'ensemble des salariés du CIAS et de l'association.

B) Amélioration de la circulation de l'information : mutualisation de la téléphonie

Parallèlement, je souhaite aussi revoir l'organisation de la téléphonie pour permettre le basculement d'un appel d'un poste à l'autre. Le choix d'un numéro unique me semble pour le moment difficile à mettre en place puisque le territoire de l'association est plus grand que celui du CIAS. J'ai donc des demandes qui me sont adressées et qui se rapportent à des personnes situées sur des communes extérieures au territoire du CIAS. Pour autant, la mutualisation de la téléphonie facilite la transmission des informations pour les personnes concernées et leur entourage. En effet, lorsqu'une personne appelle pour communiquer une même information à plusieurs services (SSIAD, portage de repas,

SAAD du CIAS ou encore l'animation sénior), elle n'a plus besoin, comme précédemment, d'appeler individuellement chaque service. Elle peut adresser son message à un seul qui le transmettra aux autres ou, si elle préfère, elle peut être mise en relation avec le second partenaire concerné via un transfert d'appel.

Par ailleurs, cette nouvelle organisation donne la possibilité aux personnes qui le souhaitent, lors d'une demande de mise en place de plusieurs prestations (SSIAD, SAAD, téléalarme ou portage de repas), de rencontrer l'ensemble des partenaires lors d'une rencontre conjointe. Ainsi, la coordination des aides et des horaires d'intervention se fait en lien avec les attentes des personnes et les possibilités des services. Ce fut récemment le cas pour une personne dont la maman était hospitalisée suite à une chute, et pour laquelle il était nécessaire de faire intervenir le SSIAD et le portage de repas ainsi que d'augmenter les heures de passages d'aide à domicile réalisés jusqu'alors par une personne en gré à gré. La tâche d'organiser l'intervention de ces services a été confiée à la fille. Elle a exprimé la satisfaction de pouvoir, en même lieu et sur un même créneau horaire, rencontrer l'ensemble des acteurs relatifs à l'organisation du retour à domicile de sa maman. Elle n'a eu à contacter qu'un seul interlocuteur pour prévenir de la date de sortie. Celui-ci s'est chargé de communiquer en interne l'information aux services concernés. Cette organisation est un gage d'efficience et de qualité de service.

En finalité, cette mutualisation de la téléphonie assure efficacement la continuité de l'accueil du service. Un cahier d'enregistrement des appels a été créé au niveau du SAAD sur le même modèle que celui du SSIAD. La traçabilité est ainsi garantie et facilitée.

C) Passage aux outils numériques et développement de la télégestion

Dans un souci d'optimisation des prestations et de leur suivi et sur sollicitation du Conseil Départemental d'Ille et Vilaine, les SAAD sont déjà pour une grande majorité équipés de dispositif de télégestion. Le SAAD du CIAS de Liffré-Cormier communauté, dans le cadre de la convention de financement pluriannuelle de retour à l'équilibre signée avec le Département, a déjà mis en place il y a quelques années le système de télégestion. Par ailleurs, les démarches de coopération et de coordination voulues notamment à travers la mise en place des SPASAD conduisent aujourd'hui les SSIAD à penser leur développement. Les systèmes d'informations, la diffusion, la transmission et le partage des informations sont aujourd'hui au cœur des préoccupations des différents acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Ils constituent un élément essentiel de la coordination et du suivi des parcours de vie et de santé. Ainsi, les outils numériques ouvrent de nouvelles possibilités telles que des consultations médicales à distance, des échanges et partages d'informations facilités entre acteurs mais aussi avec les aidants. La multiplicité des acteurs intervenants au domicile rend ces logiques encore plus pertinentes. Ainsi, dans le cadre de l'expérimentation SPASAD, je souhaite mener une

réflexion sur la pertinence d'outils de communication communs au SAAD et au SSIAD afin de rendre plus efficiente la transmission et la traçabilité des informations entre les différents intervenants. Outre le contrôle de l'effectivité des heures, la télégestion participe à la consolidation de l'organisation interne et contribue au perfectionnement de la qualité de la prise en charge par une remontée d'information auprès du personnel d'encadrement en temps réel.

L'entrée dans l'expérimentation SPASAD, la nécessité de rendre fluide la communication entre les acteurs et la nécessité pour le SAAD de faire évoluer son système de télégestion devenu aujourd'hui obsolète, me conforte dans mon choix, de concert avec le Directeur du CIAS, d'acquérir un logiciel commun entre les services.

Nous avons étudié les propositions des différents prestataires rencontrés avant de valider le passage à la solution web et l'acquisition de Smartphones. Suite à ce choix, j'ai formulé une demande de participation auprès de l'ARS, dans le cadre de financements octroyés au lancement du projet SPASAD expérimental.

Actions envisagées	Montant de l'action	Montant Sollicité	Respect des 65%	Montant accordé	Autofinancement
Acquisition et amélioration du SI et formations non PEC par l'OPCA	35 151.88€ : ✓ 13 143€ progiciel + licences ✓ 6 994€ formation web ✓ 15 014.88€ équipement matériel	35 151.88€	22 848.72€	13 089.05€ : ✓ 8 542.95€ sur les 13 143€ ✓ 4 546.10€ sur les 6 994€	22 062.83€
Prestations diverses	8 400.00€	8 400.00€	5 460€	0 €	8 400.00€
Temps de coordination supplémentaire	7 195.00€				7 195.00€
TOTAL	50 746.88€	43 551.88€	28 308.72€	13 089.05€	37 657.83€

Le cahier des charges précise que l'expérimentation est à budget constant mais que des crédits supplémentaires peuvent être octroyés afin que le SPASAD se dote « d'outils

nécessaires pour organiser les interventions coordonnées d'aide et de soins », et de former les professionnels « encadrants et intervenants à l'utilisation de logiciels adaptés »⁸³. Les dépenses engagées pourront être financées « dans la limite de 65% du coût des actions ».⁸⁴

Le temps de coordination supplémentaire ne rentre pas dans les critères d'éligibilité.

D) Intégrer la dimension « qualité de vie au travail » dans la conduite du projet

Par ailleurs, face au contexte et aux enjeux cités ci-dessus, et partant des constats et impacts parfois négatifs de la télégestion sur les conditions de travail (constats relatés lors d'une action collective pilotée par l'UNA 35 portant sur la prévention de l'usure professionnelle), l'UNA Ille et Vilaine et l'Aract Bretagne ont pour ambition de proposer un projet expérimental qui prévoit d'accompagner 4 structures du soin à domicile qui souhaitent mettre en œuvre les outils numériques. Je souhaite saisir cette opportunité de pouvoir se faire accompagner en candidatant au projet « Qualité de vie au travail et numérique ». L'intérêt d'un projet comme celui-ci est d'anticiper et de mesurer les impacts possibles de la mise en place de la télégestion, en se faisant accompagner par un professionnel (ergonome de chez Ergonova Conseil) et en associant à cette réflexion et à cette analyse des salariés de l'association (terrain et administratif). L'organisation de l'action se déroule en alternance de temps collectifs et de temps individuels, d'avril 2017 à février 2018. Cet accompagnement est financé en partie dans le cadre du Fonds pour l'Amélioration des Conditions de Travail (FACT) et d'une subvention de la DIRECCTE Bretagne. Ainsi, uniquement une participation financière de 2000€ est demandée à chaque structure participante.

Après en avoir échangé avec les délégués du personnel de l'association, et en accord avec la Présidente, j'ai déposé une candidature pour ce projet. Notre intégration a été validée mi-avril pour un démarrage des temps collectifs fin avril. Un groupe projet a été constitué selon les recommandations qui m'avaient été formulées :

- un binôme pour participer aux temps collectifs composé d'un membre représentant la Direction (moi-même) et un représentant du personnel
- un groupe projet interne pour mettre en œuvre l'étude : ainsi au binôme j'ai associé une aide-soignante, l'infirmière coordinatrice et la secrétaire de direction
- des groupes de travail pour apporter la connaissance du terrain et enrichir les hypothèses du projet : association d'aides-soignantes supplémentaires voire ponctuellement de la responsable du SAAD.

⁸³ Cahier des charges « Appel à candidatures régional expérimentation modèle intégré de nouvelles formes de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), p.11

⁸⁴ Ibid.

Régulièrement, je tiens informé l'ensemble du personnel sur l'avancée de la démarche afin que chacun puisse prendre conscience des modifications et des impacts des outils numériques sur l'organisation du travail telle qu'elle est aujourd'hui. Le choix d'avoir associé les personnels de terrain à la démarche permet d'avoir une analyse précise du travail réel et des changements à venir. Ainsi, l'impact sur la qualité de vie au travail est partagé par l'ensemble des professionnels de l'association, ce qui diminue la résistance au changement et de favorise l'appropriation du projet de passage au numérique par tous. Pour finir, l'appui d'un prestataire extérieur à la mise en œuvre d'un projet comme celui-ci modifiant de façon importante les pratiques professionnelles, est un réel atout puisqu'il nous permet d'accompagner et de faciliter les changements techniques et organisationnels, de prévenir les risques professionnels et de promouvoir une démarche de qualité de vie au travail. L'état des lieux réalisé sur l'organisation du travail et les modalités de communication et de transmission des informations, ainsi que l'analyse qui en découle, permet de mesurer l'impact du numérique sur les dimensions techniques, d'usage et de culture. L'accompagnement dans le cadre du projet « Qualité de vie au travail et numérique » vise à corriger ou diminuer les impacts pressentis par le passage aux outils numériques. Il permet aussi d'être force de proposition auprès des prestataires d'outils de télégestion afin qu'ils améliorent et fassent évoluer leur logiciel à partir des besoins des utilisateurs. Pour finir, je regrette que ce projet de soutien aux structures proposé par l'Aract et l'UNA 35 ne s'adresse qu'aux SSIAD. Pouvoir développer et accompagner conjointement les SPASAD dans cette évolution de l'organisation du travail permettrait non seulement d'anticiper les impacts de l'introduction de la télégestion sur la performance des structures et les conditions de travail, mais aussi mobiliserait l'ensemble des professionnels du SPASAD. Il renforcerait le dialogue social et professionnel sur la question du travail et ainsi participerait à la création d'une culture commune.

3.2 Faire de la qualité un outil de développement et de valorisation du secteur

3.2.1 Mettre en œuvre une démarche d'amélioration continue de la qualité

En qualité de directrice je dois aujourd'hui être attentive au développement d'actions centrées sur les notions de performance et d'efficience, qui visent à améliorer l'offre de service et la qualité de l'accompagnement des personnes. Le développement de la coopération, par le biais de l'expérimentation SPASAD, et l'évolution de notre organisation et de nos pratiques professionnelles, par l'amélioration des outils de communication et de transmission, ont pour finalité l'amélioration du service rendu à l'utilisateur. La traçabilité est un élément essentiel des démarches d'amélioration continue de la qualité. C'est l'infirmière coordinatrice qui est en charge de l'écriture des procédures et

du suivi de la démarche qualité au sein de l'association. Elle participe également à la réflexion et aux groupes de travail collectifs proposés par le réseau UNA et animé par la coordinatrice qualité, auprès de qui elle peut également solliciter un appui. L'évolution des modalités d'accompagnement vers une organisation intégrée SPASAD suppose de revoir l'ensemble de nos procédures orientées sur l'offre de service et les modalités d'accompagnement (accueil, mise en place des interventions, gestion des réclamations etc.). C'est pourquoi, parallèlement à l'évolution des modalités d'organisation SPASAD, une démarche d'harmonisation des supports utilisés sera déployée, de même que la formalisation des procédures en lien. La dynamique qualité est peu développée au niveau du service SAAD (absence de procédures, projet de service en cours d'écriture), je propose donc de m'appuyer sur les compétences de l'infirmière coordinatrice pour impulser et généraliser cette dynamique d'amélioration de la qualité, comme elle a pu auparavant le faire sur le SSIAD, auprès de l'ensemble des professionnels du SPASAD. Les objectifs d'accueil et d'évaluation définis dans le cadre de l'expérimentation visant des modalités d'offre intégrée, nécessitent la création d'outils communs. Comme précisé auparavant, le binôme IDEC et responsable du SAAD travaillera sur la création d'un support unique d'évaluation des besoins des personnes. Ce binôme sera élargi aux personnels administratifs, en lien avec la mise en place des outils numériques, afin d'uniformiser nos modalités de recueil et de transmission des informations (demande de renseignement, demande de prise en charge etc.) entre les deux services. Un groupe de travail composé de l'IDEC, d'une aide-soignante et d'une aide à domicile réfléchira à la création d'un dossier de liaison unique au domicile des personnes. Celui-ci facilitera les échanges avec les partenaires libéraux et la famille. A ce jour, le passage aux outils numériques n'autorise pas les échanges avec l'ensemble des acteurs. Des réflexions et travaux nationaux sont en cours. Il existe également des supports tels que la solution « Dôme » proposé par Apologic (notre prestataire d'outils numériques) qui offrent la possibilité de partager des informations avec les familles et les professionnels, via un abonnement mensuel à leurs frais. Mettre en place une démarche d'amélioration de la qualité suppose de s'appuyer sur les attentes des personnes accompagnées afin de faire évoluer l'offre. C'est pourquoi, je propose d'effectuer une enquête de satisfaction auprès de l'ensemble des personnes prises en charge par le SPASAD. Une attention particulière sera portée aux questions afférentes à l'accueil, la lisibilité de l'offre et la coordination des acteurs. En concertation avec la responsable du SAAD, nous suggérons d'ouvrir le comité des usagers créé par le SAAD, à l'ensemble des personnes accompagnées par le SPASAD. Les réflexions et les questions soulevées au sein de ce comité pourront faire progresser les réponses, en s'appuyant sur les attentes émises par les personnes concernées et leur entourage. Somme toute, une réflexion sera menée sur la charte graphique utilisée (logo notamment) pour la création de nos supports de communication

SPASAD (plaquettes d'information, livret d'accueil, site internet du CIAS) et la mention précisant « Expérimentation SPASAD » y sera intégrée. Des indicateurs d'évaluation et de suivi du plan d'action seront mis en place : nombre de procédures formalisées, résultats des enquêtes de satisfaction, nombre de réclamation etc.⁸⁵

3.2.2 Favoriser le travail collectif pour lutter contre l'isolement des professionnels et prévenir les risques

Loin du cadre sécurisant de l'établissement, les professionnels du secteur de l'aide et des soins à domicile interviennent fréquemment seuls auprès de la personne. Ce mode d'exercice demande des capacités d'autonomie et de prises d'initiatives, ce qui peut également parfois être une source d'anxiété pour les professionnels. Il rend également le contrôle plus difficile et n'encourage pas la remise en question de ses propres pratiques professionnelles. Pour autant, j'attache une attention particulière à favoriser et à créer une dynamique d'équipe centrée sur le collectif et l'entraide.

A) Mettre en place des temps d'échange et d'analyse de pratiques

Ainsi, les réunions hebdomadaires et les temps d'échange le midi en fin de tournée participent à la construction de cet esprit d'équipe au sein du SSIAD. De plus, tous les professionnels de l'association et les professionnels du SAAD sont équipés de téléphone professionnel leur permettant d'appeler l'infirmière coordinatrice pour un conseil ou pour lui signaler un évènement particulier (absence d'une personne, chute etc.) ou les collègues aides-soignantes pour s'entraider si besoin. Je souhaite élargir ces temps d'échange collectif par des temps de transmissions et de réunions conjointes SSIAD/SAAD. Mais, compte tenu des contraintes budgétaires actuelles, il me semble aujourd'hui difficile de pouvoir formaliser ces temps. Cependant, le passage régulier au bureau de l'ensemble des professionnels SSIAD et SAAD le midi permet aux professionnels de se rencontrer et d'échanger. J'envisage également que l'infirmière coordinatrice puisse intervenir sur les temps de réunion du SAAD (2 heures tous les 15 jours) afin d'enrichir les réflexions ou d'apporter un regard et des réponses complémentaires selon les questions soulevées. Par ailleurs, la possibilité d'une prise en charge financière par l'OPCA des temps d'analyse de pratiques sera étudiée.

B) Visites à domicile conjointes encadrement et personnel de terrain

L'infirmière coordinatrice effectue régulièrement des visites à domicile, seule ou en présence des aides-soignantes voire des aides à domicile. Cette présence de l'encadrement rassure les professionnels de terrain car elle peut apporter des

⁸⁵ Annexe 10 : Synthèse du plan d'action

informations ou conseils face à des interrogations et elle favorise l'échange autour des pratiques professionnelles. Dans le cadre d'un avis précis sur une conduite à tenir face à un questionnement technique (plaie, erreur de traitement par exemple), les aides-soignantes peuvent directement contacter l'infirmier libéral intervenant auprès de la personne ou le médecin traitant. Ces échanges sont essentiels pour garantir la qualité et la continuité de l'accompagnement. Dans le cadre de situations complexes à domicile, des échanges téléphoniques réguliers ont lieu entre l'infirmière coordinatrice et les différents partenaires. Des réunions de synthèse peuvent également être organisées auxquelles l'ensemble des acteurs sont conviés. Pour autant, les professionnels libéraux restent difficilement mobilisables. Il me semble important d'envisager une réflexion au sein du réseau sur la rémunération des partenaires libéraux lors de leur participation à ces temps de concertation. S'appuyer sur le réseau permet d'avoir un portage politique auprès des financeurs sur les difficultés rencontrées sur le terrain mais aussi de rechercher une cohérence des modalités de fonctionnement pour l'ensemble des SSIAD. Pour finir, la mise en place d'intervention en binôme aide-soignante/aide à domicile ou plus rarement avec les infirmiers libéraux, a contribué à développer l'interconnaissance et le travail collectif. Ainsi, les aides-soignantes sont régulièrement sollicitées par les aides à domicile pour être formées à l'utilisation de matériel de transfert ou inversement, les aides-soignantes n'hésitent pas à interpellier les aides à domicile pour leur demander par exemple l'achat d'un produit d'hygiène particulier si elles ont pour mission de faire les courses. Le regroupement du SSIAD et du SAAD au sein des mêmes locaux à également favoriser les échanges entre tous les professionnels (interpellation en direct), encadrement et professionnels de terrain et faciliter la fluidité des informations.

C) Mettre en place des astreintes administratives

Afin d'améliorer la continuité de service et lutter contre l'isolement des professionnels notamment le week-end, j'ai demandé que les numéros d'astreinte SSIAD et SAAD soient communiqués à l'ensemble des professionnels. Ainsi, les professionnels sont en capacité d'alerter le service concerné en cas de nécessité (absence d'un intervenant sur un temps d'intervention conjointe par exemple). La mise en place des outils numériques facilitera encore plus la continuité de service, puisque chaque professionnel pourra visualiser sur son Smartphone le planning d'intervention qui stipulera le nom du salarié et son horaire d'intervention. Même si aujourd'hui la continuité de service est garantie, l'absence d'astreinte administrative peut être problématique notamment pour les salariés. Actuellement, des procédures sont établies en fonction des risques (appel du 15 si problème de santé, appel de l'assistance si problème de véhicule), pour autant il peut y avoir des situations devant faire l'objet d'un signalement immédiat auprès de l'encadrement (accident du travail). C'est pourquoi, j'estime que la mise en place

d'astreinte administrative est indispensable. La configuration SPASAD, notamment par le nombre plus important de professionnels d'encadrement (4 au lieu de 2 actuellement au sein du SSIAD), facilitera l'organisation de ces astreintes.

D) Analyse des risques professionnels

Un document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) a été élaboré au sein du réseau UNA par un groupe de travail composé des professionnels de l'aide et des soins, dont la responsable du SAAD. Au sein de l'association, je me suis appuyée sur ce travail réalisé afin d'élaborer notre propre DUERP. Je trouve un intérêt tout particulier à une réflexion au sein du SPASAD autour de l'analyse des risques professionnels et de la mise en place d'actions de prévention, en s'appuyant sur les travaux et outils déjà réalisés au sein du réseau, et maîtrisés par les professionnels des deux services. En effet, certains risques identifiés sont transversaux aux deux services comme le risque routier, les troubles musculo-squelettiques ou les troubles psycho-sociaux. Les actions de préventions ou les actions de formations envisagées pourront ainsi être mutualisées.

E) Proposer des formations mutualisées

Ce dernier axe, portant sur la mise en place de temps de formation commun aux professionnels du SSIAD et du SAAD, me semble intéressant à développer. En effet, les formations conjointes facilitent l'appropriation de connaissances et de compétences partagées par l'ensemble des professionnels et participent également à la construction d'une identité commune. Actuellement, le SSIAD et le SAAD étant sous deux statuts juridiques différents, ne bénéficient pas des mêmes OPCA (Unifformation pour le SSIAD et le CNFPT pour le SAAD). Pour autant, en fonction des thématiques choisies, il est possible de recourir à un prestataire éligible aux deux OPCA. Par ailleurs, notre choix de faire appel au même opérateur d'outils numériques nous permet de bénéficier de temps de formation conjoint.

Pour finir, il me semble essentiel d'œuvrer vers un accompagnement global de la personne en faisant évoluer nos modalités de fonctionnement et en s'orientant vers une logique de construction de réponses adaptées aux besoins des personnes. Pour ce faire, il est nécessaire de décroisonner les secteurs et de développer notre travail en réseau sur le territoire.

3.3 Développer le maillage territorial et le travail en réseau en inscrivant le domicile au cœur de cette démarche

« L'approche parcours », réaffirmée dans le futur PRS Bretagne 2018-2022, demande une évolution importante des habitudes de travail du secteur médico-social car elle suppose de faire preuve d'adaptabilité et de souplesse dans l'accompagnement proposé,

mais aussi de faire travailler ensemble, simultanément ou successivement, des acteurs de culture différente. Cette logique de parcours suppose également une capacité d'initiative et de créativité afin de proposer une réponse territoriale structurée et adaptée aux besoins des personnes accompagnées.

3.3.1 Développer la mise en œuvre et le pilotage du projet d'accompagnement global de la personne sous l'angle de la notion de parcours

Les enjeux de santé publique, économique et démographique, la segmentation de l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale ainsi que la diversification des besoins des personnes ont fortement influencé le développement de la notion de parcours. Le souhait des personnes de demeurer dans leur cadre de vie habituel oblige l'ensemble des acteurs à coopérer afin d'organiser la réponse globale au projet d'accompagnement de la personne concernée. Dans ce contexte, il est impératif en qualité de directrice de l'association Vivre Chez Soi et pilote du SPASAD Liffré-Cormier communauté à titre expérimental, d'inscrire les structures du domicile au cœur de cette démarche.

Le repérage et le développement d'actions de prévention constitue un axe important de l'expérimentation SPASAD. Cette notion de prévention fait partie intégrante de l'approche parcours puisqu'il s'agit d'être attentif aux besoins des personnes, aux signes d'alerte et d'évolution de leur état de santé afin d'adapter les prestations. Cette analyse de la situation peut parfois conduire à solliciter l'avis ou l'intervention d'autres professionnels. Cette conception de l'accompagnement, visant à apporter la réponse la plus adaptée aux besoins de la personne, est mise en œuvre depuis de nombreuses années par le SAAD du CIAS de Liffré-Cormier communauté, qui régulièrement nous sollicite pour une demande de relais, après l'accord de la personne. Ces modalités de fonctionnement permettent d'anticiper les freins liés à la capacité d'accueil du SSIAD et d'envisager son intervention. Un relais préparé avec la personne et l'ensemble des partenaires concernés facilite l'adaptation et l'acceptation par tous. Celui-ci peut être modulable et évolutif : en fonction des attentes et besoins de la personne et selon les possibilités d'accueil des interventions peuvent être programmées dans un premier temps 3 fois/semaine pour évoluer à un passage tous les jours. Ainsi, l'organisation du relais ne se fait pas dans un contexte d'urgence et garantit la qualité de service. Je milite auprès de l'ensemble des partenaires du territoire (SAAD, infirmiers libéraux, équipe médico-sociale) pour défendre cette approche de l'accompagnement orientée vers la complémentarité des acteurs. Ce positionnement favorise les échanges entre les professionnels et leur évolution vers l'approche parcours. Ainsi, il est plus fréquent d'être sollicité par des infirmiers libéraux pour un relais ou, inversement, qu'ils interviennent dans le cadre d'une demande de retour d'hospitalisation dans l'attente qu'une place ne se libère. Par ailleurs, les réunions

de synthèse avec les équipes médico-sociales et les SAAD facilitent l'interconnaissance et la coordination des acteurs mais aussi participent à l'émergence de nouvelles modalités de travail orientées vers la coopération pour une prise en charge globale de la personne. Ainsi, nous sommes régulièrement amenés à solliciter d'autres acteurs comme le CLIC, la MAIA ou la PTA. À d'autres niveaux, en particulier lors des hospitalisations de personnes accompagnées par le SSIAD, l'infirmière coordinatrice prend systématiquement contact avec les services hospitaliers et/ou l'assistante sociale de l'hôpital afin d'échanger sur les modalités d'organisation du maintien à domicile et des difficultés éventuelles. Des réunions de préparation de sortie d'hospitalisation ont ainsi pu être organisées en présence de la personne concernée et sa famille, avec l'ensemble des acteurs (EMS, SSIAD, SAAD, médecin hospitalier, assistante sociale et PTA). Le médecin traitant est systématiquement invité mais est rarement disponible. Pour autant, un compte rendu est rédigé à destination de l'ensemble des partenaires. De plus, en fonction des besoins identifiés et des attentes des personnes, j'ai souhaité développer des échanges avec les services sociaux tels que les CCAS ou les bailleurs sociaux. Il apparaît essentiel de multiplier les échanges avec l'ensemble des acteurs afin d'être connu et reconnu comme un partenaire à part entière et incontournable de l'offre de service à domicile. Confrontée récemment à une demande de prise en charge lors d'une sortie d'hospitalisation pour une personne présentant des troubles psychiatriques, l'échange avec les partenaires déjà en place pour le suivi social (CCAS, Espoir 35) était pour moi incontournable afin d'envisager ensemble les modalités de collaboration. Cela est un gage de réussite pour garantir la qualité de l'accompagnement proposé à la personne.

3.3.2 Accroître la collaboration avec les acteurs en charge de la coordination

Les difficultés récurrentes de coordination entre les acteurs, mises en avant dans de nombreux rapports, sont à l'origine de ruptures de parcours et d'insatisfactions des personnes concernées, de leur entourage mais aussi des professionnels eux-mêmes. Il est nécessaire aujourd'hui d'œuvrer vers l'ouverture des établissements sur le territoire, de favoriser les rapprochements et les partenariats pour répondre à la pluralité des besoins. Face à ces constats, plusieurs dispositifs de coordination ont été créés afin de faciliter l'orientation et l'articulation des acteurs. Ainsi, il est devenu aujourd'hui incontournable d'investir les nouveaux dispositifs de coordination, privilégiant à terme la construction collective de logiques de parcours, au bénéfice des personnes accompagnées. Parallèlement, ces démarches de coordination visent à améliorer la lisibilité de l'offre sur le territoire. Je veux m'investir pleinement dans cette nouvelle collaboration et développer des liens avec ces professionnels. C'est pourquoi, j'envisage dans un premier temps la représentation et la participation au nom du SPASAD aux différentes instances et groupes de travail pouvant être proposés.

Une collaboration étroite est déjà mise en œuvre avec le CLIC de l'Ille et l'ILLET. Celle-ci doit être poursuivie et améliorée. Je souhaite poursuivre les actions engagées dans le cadre de l'aide aux aidants mais aussi m'associer aux temps forts de communication sur le territoire : forum, semaine bleue, conférences.

Par ailleurs, la responsable du SAAD participe régulièrement aux réunions organisées par la MAIA dans le cadre de la table tactique (concertation, échange avec les partenaires du territoire) et est également en relation avec les gestionnaires de cas pour le suivi de quelques situations complexes à domicile. Il me semble important pour ma part d'être présente en qualité de directrice aux réunions de concertation au cours desquelles les axes et orientations définis ont pour vocation d'influencer l'offre de soins et de services sur le territoire. Par ailleurs, il s'agit d'un lieu favorisant l'interconnaissance et le décroisement entre les établissements des différents champs d'action sur le territoire. Ce lieu, propice aux échanges et aux rapprochements, permettra d'envisager des conventions de coopération notamment avec le secteur sanitaire. Pour finir, je serai très attentive à favoriser les relations avec les nouveaux dispositifs mis en place sur le territoire (PTA et PAERPA). Pour cela, je serai présente aux réunions de présentation de leur déploiement afin de mesurer et de percevoir l'articulation et l'intégration de ces nouveaux partenaires à l'offre existante. La PTA a vocation, par le biais du répertoire opérationnel des ressources, d'améliorer la lisibilité de l'offre sur le territoire (indépendamment de l'âge et du handicap de la personne) mais aussi de soutenir l'appui aux parcours complexes sur la base d'une évaluation multidimensionnelle. Cette approche est intéressante à plus d'un titre : pour mobiliser et associer véritablement les médecins traitants via l'élaboration d'un plan personnalisé de soins et pour faciliter la concertation pluri-professionnelle. Ma collaboration avec la PTA dans le cadre d'une situation de maintien à domicile complexe pour un couple a été très enrichissante. J'ai ainsi pu mesurer l'intérêt de ce nouveau dispositif. Pour autant, il m'apparaît que l'approche dans le cadre de l'appui aux parcours complexes est sensiblement identique à celle de la MAIA pour la gestion de cas complexes, à la différence du critère d'âge (plus de 60 ans pour la MAIA). Concernant le dispositif expérimental PAERPA, celui-ci s'adresse aux personnes de plus de 75 ans, fragiles en risque de perte d'autonomie. Il vise à décroiser les secteurs et à faciliter l'articulation entre les acteurs ville-hôpital, en impliquant de manière forte les professionnels de soins primaires.

Face à la multiplicité de ces dispositifs et aux missions qui peuvent parfois apparaître comme similaires, il me semblait primordial de clarifier mes connaissances sur ces dispositifs pour percevoir leur place dans l'offre de service actuelle. Ainsi, j'ai assisté au mois de juin 2017 à une réunion de présentation du futur PRS Bretagne au cours de laquelle Madame Even, directrice Parcours ARS Bretagne, nous a présenté brièvement ces nouveaux acteurs. Elle a également rappelé la nécessité aujourd'hui pour les

professionnels de sortir de cette logique de places et d'offre construite « en silo » vers une logique de réponse aux besoins sur les territoires invitant aux partenariats, aux initiatives et à la nécessité d'œuvrer vers la facilitation des parcours de soins, de santé et de vie. Ainsi, l'ensemble des dispositifs mentionnés ci-dessus s'inscrivent pleinement dans cette construction de l'offre, avec lesquels nous pourrions contractualiser des modalités de collaboration (conventions). C'est également un point important qui a été évoqué lors de la signature du CPOM SPASAD expérimental.

3.3.3 Favoriser le partenariat avec les acteurs de la filière gériatrique

Le souhait de demeurer à domicile le plus longtemps possible quelque soit le niveau de dépendance et l'état de santé de la personne nécessite l'articulation de l'offre de service avec l'ensemble des acteurs de la filière gériatrique. Cette coopération, dans le contexte actuel français confronté au vieillissement de sa population, est aujourd'hui essentielle afin de garantir un accompagnement adapté, de prévenir les hospitalisations dites évitables mais aussi de soutenir les aidants familiaux très souvent en situation d'épuisement. Face à ces constats, il est impératif d'initier de nouvelles méthodes de travail en s'appuyant sur les dispositifs ambulatoires.

A) L'ambulatoire : un soutien aux professionnels à domicile et une alternative à l'hospitalisation

Mal connue de l'ensemble des professionnels médico-sociaux mais aussi libéraux (infirmiers libéraux, médecin traitant), le recours à la consultation gériatrique en hôpital de jour est un soutien précieux à initier et à valoriser. En effet, en fonction des besoins de la personne mais aussi de l'entourage, la rencontre de plusieurs professionnels (gériatre, diététicien, psychologue, assistante sociale etc.) peut être programmée sur une journée ou une demi-journée en fonction de l'état de santé de la personne aidée. Ainsi, un bilan complet est réalisé et à partir duquel des orientations, des actions et/ou un suivi peuvent être proposées. J'entends favoriser notre collaboration face à des situations de plus en plus complexes à domicile liées à un état de santé fragilisé. J'ai eu l'occasion de les solliciter avec l'accord de la personne et du médecin traitant face à une situation de prise en charge à domicile devenue compliquée : une personne souffrant de plaies aux jambes très importantes et qui lui génèrent d'intenses douleurs et présentant également un amaigrissement. La personne a ainsi pu être prise en charge pour évaluer et proposer des améliorations au niveau dermatologique, la prise en charge de la douleur et au niveau de son état nutritionnel. Cette formule évite le recours à l'hospitalisation et un passage aux urgences, très souvent inadaptée et qui plus est peut parfois majorer les troubles, notamment lorsqu'il s'agit de désorientation et de troubles du comportement.

Par ailleurs, le développement de la télémédecine en Bretagne à travers différents projets dont le suivi psychiatrique ou l'expertise sur des plaies chroniques, sont de nouvelles

alternatives à l'hospitalisation qu'il nous faut saisir dans nos modalités d'accompagnement.

B) Des liens à renforcer avec les EHPAD

La collaboration avec les établissements d'accueil pour personnes âgées est un axe de travail essentiel à renforcer sur le territoire. Elle doit s'articuler à deux niveaux : lorsque les personnes maintenues à domicile bénéficient de dispositifs tels que l'hébergement temporaire ou l'accueil de jour et lors d'une entrée programmée en EHPAD.

Le recours à l'hébergement temporaire est une solution alternative régulièrement proposée aux personnes et à leur entourage afin de prévenir l'épuisement de l'aidant, de faciliter ou d'anticiper un projet éventuel d'entrée en EHPAD ou encore lors de périodes d'absences (conгés, hospitalisation etc.) des aidants familiaux. Ainsi, deux personnes accompagnées par le SSIAD ont programmé des périodes d'hébergement temporaire sur l'année, à raison d'une semaine par mois. Pour autant, nos échanges sont rares voire inexistant. Je pense qu'il serait intéressant de renforcer notre collaboration par la mise en place systématique d'une fiche de liaison entre les établissements (dans le cadre d'hébergement temporaire ou permanent) et d'une convention de partenariat visant à favoriser la continuité de la prise en charge. De même, lorsqu'une entrée en EHPAD est programmée, une réunion avec la personne, l'entourage et les acteurs concourant à l'accompagnement actuel et futur, sera organisée. En effet, la crainte d'une négation des habitudes de vie des personnes est souvent évoquée. Or, pouvoir échanger avec la personne et le Directeur de l'EHPAD autour des modalités d'accompagnement à domicile rassurerait sur le respect des habitudes de vie et de la personnalisation de l'accompagnement et ainsi favoriserait la continuité des parcours et la cohérence du projet global d'accompagnement. Cette proposition est à priori plutôt bien accueillie par les Directeurs d'EHPAD avec qui j'ai eu l'occasion d'échanger.

En conclusion, afin d'asseoir une offre de service plurielle sur le territoire, favorisant le décroisement des secteurs et la fluidité des parcours, un projet de rapprochement est envisagé entre le SSIAD de l'association Vivre Chez Soi et l'EHPAD Résidence Val de Chevré à La Bouéxière. La dynamique partenariale initiée il y a plusieurs années, et renforcée au travers des actions menées dans le cadre du Groupe gérontologique du Pays de Liffre, nous amène aujourd'hui à évoluer vers l'idée d'un rapprochement (fusion-absorption) afin de renforcer la fluidité des parcours par une offre intégrée et cohérente entre le domicile et l'EHPAD. Par ailleurs, bien que le projet que je porte à travers l'expérimentation SPASAD soit pertinent et répond aux attentes de renforcement de l'offre de service à domicile, il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'un dispositif expérimental dont la pérennité n'est pas assurée. De plus, la capacité d'accueil du SSIAD ne me permet pas de répondre aujourd'hui aux appels à projet. Toutes ces incertitudes

m'amènent à élargir nos potentialités d'évolution et de réponses à travers le rapprochement et la mutualisation des services. Ainsi, la fusion entre les deux établissements favoriserait non seulement la cohérence de l'offre de service sur le territoire mais renforcerait également la qualité de service par la mutualisation de compétences de personnels (qualificatrice, ergothérapeute, psychologue). Il permettrait aussi de lutter contre l'isolement des professionnels, d'encourager la mobilité professionnelle et de fidéliser les intervenants dans un contexte de difficultés de recrutement.

3.3.4 Promouvoir la communication auprès du public, des partenaires et des financeurs

La mise en œuvre de ce projet ne sera efficace qu'en m'appuyant sur une communication adaptée auprès de l'ensemble des personnes concernées : personne accompagnée, partenaires et financeurs. J'envisage la création d'outils d'information et de communication à destination des personnes concernées (plaquette, livret d'accueil SPASAD) ainsi que d'ajouter sur les documents spécifiques SAAD et SSIAD la mention « Expérimentation SPASAD ». Les modalités de l'expérimentation, les objectifs poursuivis et la mise en œuvre du projet fera l'objet d'une présentation en assemblée plénière du Groupe gérontologique du Pays de Liffré et au CODEM. Un article sera également diffusé dans la presse et sur les supports de communication locaux (gazette des communes, site internet du CIAS). La particularité de ce projet expérimental est le conventionnement entre deux entités de statut différent. Pour autant, il nous faudra réfléchir à termes à définir un nom et un logo unique qualifiant le SPASAD. Ce point est un élément attendu par les autorités de tarification. Par ailleurs, une communication régulière devra être effectuée auprès de l'ensemble de nos partenaires. Celle-ci s'appuiera sur la presse mais aussi lors des rencontres professionnelles (table tactique MAIA, HAD etc.) et lors des échanges avec les interlocuteurs sanitaires notamment. Cette communication permettra aux partenaires d'identifier un interlocuteur unique en charge de l'organisation de l'accompagnement à domicile. Pour finir, je m'appuierai sur la contractualisation du CPOM pour échanger et communiquer auprès des financeurs de l'intérêt que je porte à initier et développer des modalités d'accompagnement et de travail en réseau visant la prise en charge globale des personnes à domicile.

3.3.5 Déployer une démarche d'évaluation des actions engagées

L'évaluation des actions s'inscrit dans la démarche d'amélioration continue de la qualité. Il s'agit aujourd'hui d'un axe devenu incontournable pour les établissements soumis à des logiques de performance et d'efficacité. L'évaluation des actions vise à identifier l'atteinte des objectifs fixés, à mesurer les écarts, les freins éventuels et à mettre en place des actions correctives. Un projet comme celui que je viens de vous présenter nécessitera la

mise en place d'indicateurs tant sur le plan quantitatif que qualitatif. Voici les principaux indicateurs de suivi : Nombre de personnes accompagnées au titre du SPASAD, Nombre de personnes admises en sortie d'hospitalisation, Nombre d'évaluation conjointe IDEC/Responsable SAAD, Nombre de projet personnalisé co-construit, Nombre d'outils communs réalisés, Nombre de procédures SPASAD formalisées, Nombre d'actions de prévention réalisées, Nombre de bénéficiaires des actions, Nombre de réunions pluridisciplinaires, Nombre de conventions signées, Satisfaction du public et des partenaires, Climat social. Afin d'affiner le temps consacré à la coordination, j'ai réalisé un outil Excel partagé au sein du SPASAD permettant de comptabiliser le temps de coordination interne au SPASAD et celui dédié aux partenaires extérieurs. L'atteinte des objectifs fixés à 2 ans dans le cadre du CPOM du projet expérimental SPASAD me consentira à l'obtention d'une autorisation conjointe des autorités de tarification (ARS et Conseil Départemental). Cette dernière me permettra d'envisager de répondre aux appels à projet afin d'améliorer l'offre de service.

Initier un projet priorisant l'approche globale de la personne nécessite de faire évoluer les logiques de prise en charge mises en œuvre jusqu'ici. Penser la réponse sous l'angle du parcours en associant l'ensemble des professionnels concernés permet d'impulser une dynamique de travail fédératrice, de motiver les professionnels et de reconnaître et valoriser les compétences de chacun, compétences essentielles et indispensables afin de garantir le respect des choix de la personne et la qualité de l'accompagnement proposé.

Conclusion

En qualité de directrice, j'ai souhaité à travers ce projet soutenir le choix de vie des personnes âgées de demeurer à domicile, quelque soit leur niveau d'incapacité, dans le confort et la sécurité, jusqu'à leur fin de vie. Bien que consciente que toutes les situations ne peuvent être anticipées, je trouve dommageable qu'encore aujourd'hui des maintiens à domicile soient remis en question du fait d'un cloisonnement des secteurs et de l'absence de réflexion partagée entre les acteurs. Le contexte législatif actuel priorisant les coopérations au service des parcours est une réelle opportunité pour les acteurs du secteur à domicile de se positionner et d'impulser ces nouvelles logiques. Je souhaite inscrire pleinement l'association Vivre Chez Soi dans cette dynamique d'évolution visant à garantir des réponses adaptées, personnalisées et modulables en fonction des besoins et du projet de vie de la personne. Nous devons dépasser nos logiques de réponses en « silo » pour œuvrer vers la coopération et la complémentarité des actions.

Le secteur du domicile n'a eu de cesse ces dernières années de se structurer et de se professionnaliser pour sécuriser et garantir des accompagnements de qualité. Cependant, les difficultés financières et l'impact de la concurrence dans le secteur de l'aide à domicile ainsi que les logiques de performance et d'efficience qui s'imposent à l'ensemble des acteurs, influencent fortement la conduite des actions mises en œuvre. Consciente des nécessités de rationalisation et d'équité de l'offre dans un contexte économique difficile, je souhaite pour autant souligner que les missions des établissements médico-sociaux ont pour fondement les valeurs de solidarité et de respect des choix des personnes. Le soutien auprès des personnes fragilisées est au cœur de mes préoccupations et guide mes orientations et mes actions au quotidien. C'est également le sens de l'action que je porte auprès des équipes professionnelles visant à développer un projet d'accompagnement global de la personne. Cette conception de la mission à favoriser notre engagement à travers l'expérimentation SPASAD. Plus récemment, le projet de rapprochement avec l'EHPAD Résidence du Val de Chevré démontre ma volonté de décroisonner les secteurs et de fluidifier les parcours de vie. Il a pour ambition d'accompagner les personnes et les aidants tout au long de leur parcours de vie et contribue aussi au maillage du territoire. Il s'agit également d'un enjeu de valorisation et de reconnaissance des professionnels du domicile. Cette conception de l'offre de service axée sur la pluralité des acteurs et leur coopération suppose un changement culturel important qui nécessite pour les professionnels de s'interroger sur le sens de leurs missions et de s'ouvrir à d'autre mode d'organisation. Je m'inscris pleinement dans la conduite du changement auprès des équipes afin de les soutenir, de les motiver et de les

impliquer dans la construction d'un projet commun et leur intégration dans un collectif de travail.

Ce changement de paradigme bouscule tous les secteurs, sans distinction d'âge ou de handicap. Cette approche est une opportunité pour le secteur du domicile de prendre une place importante dans les réflexions et les projets visant la transversalité des réponses et la désinstitutionalisation. Soyons force de proposition et imaginons des projets innovants répondant aux attentes diversifiées des publics : personnes handicapées vieillissantes, personnes souffrant de pathologies psychiques mais aussi besoin de répit des aidants. Je sais que ce changement culturel prendra du temps, mais je suis convaincue que c'est en participant à la réflexion autour de ces problématiques et en mobilisant les partenaires, que nous parviendrons à l'émergence de nouveaux modes d'accompagnement.

Jean-Marie Miramon souligne « qu'être directeur nécessite un constant pari sur un devenir incertain⁸⁶. » Nous sommes dans cet espace charnière dont l'avenir de l'association est pour le moins incertain. Mais je fais le pari que mon engagement au service des personnes âgées permettra de faciliter et d'améliorer les liens entre les acteurs œuvrant au service du parcours de vie.

⁸⁶ MIRAMON Jean-Marie, *Être Directeur d'établissement social et médico-social La force de l'intime au cœur de l'exercice du pouvoir*, p.22

Bibliographie

OUVRAGES

- AMYOT J-J., VILLEZ A., 2001, *Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques*, Paris : Dunod, Fondation de France, 216 p.
- BLOCH M-A., HENAULT L., 2014, *Coordination et parcours*, Paris : Dunod, 283 p.
- BROUSSY L., 2014, *Dix mesures pour adapter la société française au vieillissement* Paris : Dunod, Santé Social, 264 p.
- CARADEC V., 2012, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, 3^{ème} édition, Paris : Armand Collin, 127 p.
- CAVALLI S., 2012, *Trajectoire de la vie dans la grande vieillesse*, Chêne Bourg (Suisse) : Georg éditeur, médecine Société, 217 p.
- ENNUYER B., 2014, *Repenser le maintien à domicile*, 2^{èmes} édition, Paris : Dunod, Santé Social, 305 p.
- FANTINI-HAUWEL C., GELY-NARGEOT M-C., RAFFARD S., 2014, *Psychologie et psychopathologie de la personne vieillissante*, Paris : Dunod, Psycho Sup, 224 p.
- MEMMI A., 1991, *La dépendance*, Paris : Gallimard, 207 p.
- MIRAMON J-M., COUET D., PATURET J-B., 2012, *Le métier de directeur techniques et fictions*, 5^{èmes} édition, Rennes : Presses de l'EHESP, 268 p.
- MIRAMON J-M., 2015, *Être Directeur d'établissement social et médico-social La force de l'intime au cœur de l'exercice du pouvoir*, Paris : Seli Arslan SA, 124 p.
- TANGUY-MAUFFRET M., 1994, *La coordination gérontologique*, Lyon : Chronique Sociale, Pédagogie Formation, 201 p.
- VERCAUTEREN R., BABIN N., 1998, *Un projet de vie pour le maintien à domicile des personnes âgées*, Ramonville Saint-Agne Erès : Pratiques du champ social, 154 p.

REVUES ET ARTICLES

- ALBEROLA E., GALDEMAR V., PETIT M., décembre 2013, « Prévention, aidants, coordination : comment passer du maintien au soutien à domicile des personnes âgées ? », *Cahier de recherche* [en ligne], n°C130, pp. 30. [visité le 19.06.2017], disponible sur internet : <http://www.credoc.fr/publications/abstract.php?ref=C310>
- BLANCHARD N., octobre 2004, « Du réseau à la coordination gérontologique : un nouveau paradigme pour le secteur médicosocial ? », *Retraite et société* [en ligne], n°43, pp.165-186. [visité le 12.04.2017], disponible sur internet : <http://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2004-3-page-165.htm>

- CANONNE J., septembre 2015, « SPASAD Une solution miracle ? », *Direction*, n°134, pp. 4-5.
- CNSA, octobre 2014, « MAIA » [en ligne], [visité le 12.02.2017], disponible sur Internet :
http://www.cnsa.fr/documentation/CNSA_CahierPedagogique_MAIA_HD.pdf
- CZAJA X., novembre décembre 2013 janvier 2014, « La coordination entre les différents acteurs du domicile », *DOC' Domicile*, n 32, pp. 19-24.
- CZAJA X., mai juin juillet 2014, « Intervenir chez des personnes très dépendantes », *DOC' Domicile*, n 33, pp. 9-17.
- CZAJA X., mai juin juillet 2014, « Baromètre : quelles sont les attentes des bénéficiaires de l'aide à domicile ? », *DOC' Domicile*, n 34, pp. 33-36.
- ENNUYER B., décembre 2007, « 1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile ». Et sur la notion de « libre choix » de son mode de vie », *Gérontologie et Société* [en ligne], vol. 30, n 123, pp.155. [visité le 19.05.2017], disponible sur internet :
<http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2007-4-page-153.htm>
- GILLES L. /  d., décembre 2013, « Prévention, aidants, coordination : comment passer du maintien au soutien à domicile des personnes âgées ? », *Cahier de recherche* [en ligne], n C130, pp.30. [visité le 19.06.2017], disponible sur internet :
<http://www.credoc.fr/publications/abstract.php?ref=C310>
- HENRARD J-C., 2003, « Approche systémique de la dépendance dans une perspective comparative France-Québec », *Gérontologie et Société* [en ligne], vol.26, n 107, pp.87-108. [visité le 15.05.2017], disponible sur internet :
<http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2003-4.htm>
- LAROQUE G., janvier 2011, « Ma maison, c'est mon château », *Gérontologie et Société* [en ligne], vol.34, n 136, pp.9. [visité le 23.06.2017], disponible sur internet :
<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2011-1-page-8.htm>
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES, février 2014, « Faciliter le parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie : les projets PAERPA », [en ligne], [visité le 12.03.2017], disponible sur Internet : http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/dp_paerpa_fev2014.pdf
- VARINI E., 25 septembre 2015 « Projet de loi « vieillissement » : déceptions après le vote des députés », *ASH*, n 2926, pp. 16-17.
- VEILLE JURIDIQUE, 23 octobre 2015 « SPASAD des territoires Paerpa : un décret fixe les modalités dérogatoires de fonctionnement : déceptions après le vote des députés », *ASH*, N 2930, pp.42-43.

RAPPORTS ET ÉTUDES

- AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ, janvier 2016, « Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie », [en ligne], [visité le 30.09.2016], disponible sur Internet : http://www.ars.sante.fr/uploads/media/2016-01-11_lexique_VF.pdf
- AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ, juin 2016, « Appel à candidatures régional expérimentation modèle intégré de nouvelles formes de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) Région Bretagne », [en ligne], [visité le 20.06.2016], disponible sur Internet :
<https://www.bretagne.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/AVIS%20D'APPEL%20A%20CANDIDATURES%20EXP%20SPASAD%20REGION.pdf>
- AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ, janvier 2012, « Synthèse du projet régional de santé (PRS) de Bretagne », [en ligne], [visité le 30.09.2016], disponible sur Internet :
https://www.bretagne.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/synthese%20PRS_022012.pdf
- ANALYS-SANTÉ, octobre 2014, « Rapport d'évaluation externe de Vivre chez Soi »
- ANDRIEU S., MANTOVANI J., ROLLAND C., décembre 2007, « Etude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile », *Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des statistiques (DREES)* [en ligne], pp.3. [visité le 01.06.2017], disponible sur Internet :
<http://www.orsmip.org/tlc/documents/syntheseDREES.pdf>
- ANESM, septembre 2010, « Revue de littérature sur les dispositifs d'aide et de maintien à domicile des personnes dépendantes » [en ligne], pp.20-28, [visité le 10.10.2015], disponible sur Internet :
http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ETUDE_ANESM_SAAD_rapport_final_axes_1_a_3_COMPLET.pdf
- ANESM, décembre 2008, « Recommandation de bonnes pratiques » [en ligne], pp.11, [visité le 05.10.2016], disponible sur Internet :
http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_maltraitance_etablissement.pdf
- ASSOCIATION « VIVRE CHEZ SOI », octobre 2012, « Projet Associatif et Projet de service de Vivre chez Soi 2013-2018 »
- ASSOCIATION « VIVRE CHEZ SOI », janvier 2016, « Rapports d'activité de Vivre chez Soi de 2011 à 2015 »
- BLOCH M-A., HÉNAUT L., SARDAS J-C., et al., février 2011, « La coordination dans le champ sanitaire et médico-social Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles », [en ligne], pp.13-19, [visité le 10.10.2015], disponible sur Internet :
<https://spire.sciencespo.fr/hdl:/2441/c6t1fl36hv9s7q89j6o9j6h82/resources/etude-coordination-cgs-fpb-fev2011-.pdf>

- BROUSSY L., janvier 2013, « Mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population », [en ligne], pp.15 [visité le 11.11.2015], disponible sur Internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000173.pdf>
- CNSA, février 2012, « Deuxièmes rencontres scientifiques de la CNSA Aide à l'autonomie et parcours de vie » [en ligne], [visité le 10.04.2017], disponible sur Internet : http://www.cnsa.fr/documentation/actes_des_2e_rencontres_scientifiques_aide_a_lautonomie_et_parcours_de_vie_15-16_02_2012.pdf
- CENTRE DE RECHERCHE ET D'ÉTUDES EN ACTION SOCIALE, *séminaire du C.R.E.A.S en collaboration avec le M.I.S.F.*, juin 2011, « Manières d'habiter : et évolution des pratiques professionnelles dans différents champs du (travail social) Qu'est-ce que le domicile ? » [en ligne], [visité le 22.03.2017], disponible sur Internet : https://www.etsup.com/IMG/pdf/4P_Maniere_d_habiter_semi1_V3_200911.pdf
- CONSEIL GÉNÉRAL D'ILLE-ET-VILAINE, avril 2011, « Schéma départemental des services de maintien à domicile 2010- 2015 en Ile-et-Vilaine » [en ligne], pp.14-19, [visité le 01.11.2015], disponible sur Internet : <http://www.calameo.com/books/0005290099330d12e3ae8>
- CONSEIL GÉNÉRAL D'ILLE-ET-VILAINE, décembre 2013 « Schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap : portrait de territoire Agence du Pays de Rennes » [en ligne], pp.1-87, [visité le 19.09.2015], disponible sur Internet : http://www.ille-et-vilaine.fr/sites/default/files/asset/document/schemapaph_codem_ille-et-illet_alliages.pdf
- CONSEIL GÉNÉRAL D'ILLE-ET-VILAINE, février 2015 « Schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap 2015- 2019 en Ile-et-Vilaine » [en ligne], pp.7-17, [visité le 07.11.2015], disponible sur Internet : http://www.ille-et-vilaine.fr/sites/default/files/asset/document/pdf_schema_departemental_1.pdf
- CONSEIL GÉNÉRAL D'ILLE-ET-VILAINE, décembre 2013 « Schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap : portrait de territoire, Agence du Pays de Fougères » [en ligne], pp.1-19, [visité le 19.09.2015] disponible sur Internet : http://www.ille-et-vilaine.fr/sites/default/files/asset/document/schemapaph_codempaysfougeres.pdf
- CENTRE DE GESTION SCIENTIFIQUE DE MINES-PARIS TECH, février 2011, « La coordination dans le champ sanitaire et médico-social. »

- CLIC D'ILLE ET ILLET, mars 2015 « Le parcours résidentiel de la personne âgée : restitution du diagnostic de besoins – Pays de Liffré »[en ligne], [visité le 9.09.2015], disponible sur Internet :
<http://www.clic-ille-illet.fr/documentation/24/diapo-diagnostic.pdf>
- COUR DES COMPTES, « Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie Une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler-juillet 2016 » [en ligne], [visité le 7.09.2016], disponible sur Internet :
<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-maintien-domicile-des-personnes-agees-en-perte-dautonomie>
- INSEE, juillet 2006, « Projections de la population 2005-2050 »[en ligne], [visité le 5.09.2015], disponible sur Internet :
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=projpop0550
- KEROMNES G., août 2011, « Le bien-être des seniors, une priorité au Danemark » [en ligne], [visité le 10.06.2017], disponible sur Internet :
http://www.themavision.fr/jcms/rw_263900/le-bien-etre-des-seniors-une-priorite-au-danemark-1ere-partie
- LABAZÉE G., ROCHE G., octobre 2015, « Rapport relatif à l'adaptation de la société au vieillissement », [en ligne], [visité le 3.01.2016], disponible sur Internet :
<http://www.senat.fr/rap/14-322-1/14-322-11.pdf>
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX QUÉBEC, 2005, « Plan d'action 2005-2010 : Un défi de solidarité Les services aux aînés en perte d'autonomie » » [en ligne], [visité le 22.12.2016], disponible sur Internet :
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-830-01.pdf>
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES, novembre 2014, « Parcours santé des aînés (Paerpa) », [en ligne], [visité le 8.01.2016], disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/6-SSIAD.pdf>
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES, 9 septembre 2014, « Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement », [en ligne], pp.1-6, [visité le 12.12.2015], disponible sur Internet :
http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/DP_Projet_de_loi_Vieillissement.pdf
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES, Direction générale de la cohésion sociale, mai 2015, « Recueil commenté des normes et des recommandations applicables aux services de soins infirmiers à domicile », [en ligne], [visité le 5.12.2015], disponible sur Internet :
http://basedaj.aphp.fr/daj/public/index/display/id_fiche/12943
- MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, mai 2017, « Le dispositif Paerpa », [en ligne], [visité le 15.06.2017], disponible sur Internet : <http://solidarites->

sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa

- RESEAU UNA ; juin 2013, « Approche parcours »
- RESEAU UNA ; février 2015 « Rapport d'activité du réseau », [en ligne], [visité le 12.05.2017], disponible sur Internet : <http://www.una.fr/3921-S/rapport-d-activite-una.html>
- SECURITÉ SOCIALE, «Le parcours de santé des aînés : des acteurs coordonnés pour une autonomie préservée (PAERPA)», [en ligne], [visité le 12.06.2017], disponible sur Internet : <http://www.securite-sociale.fr/Le-parcours-de-sante-des-aines-des-acteurs-coordonnes-pour-une-autonomie-preservee-PAERPA?type=presse>

LOIS, DÉCRETS, CIRCULAIRES

- MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale [en ligne]. Journal officiel, n°2 du 3 janvier 2002. [visité le 26.09.2015], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id>
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [en ligne]. Journal officiel, n°0167 du 22 juillet 2009. [visité le 27.09.2015], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES. Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement [en ligne]. Journal officiel n°0301 du 29 décembre 2015. [visité le 31.12.2015], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731&dateTexte=20160123>
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile [en ligne]. Journal officiel n°148 du 27 juin 2004 [visité le 14.11.2015], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000801170&categorieLien=id>

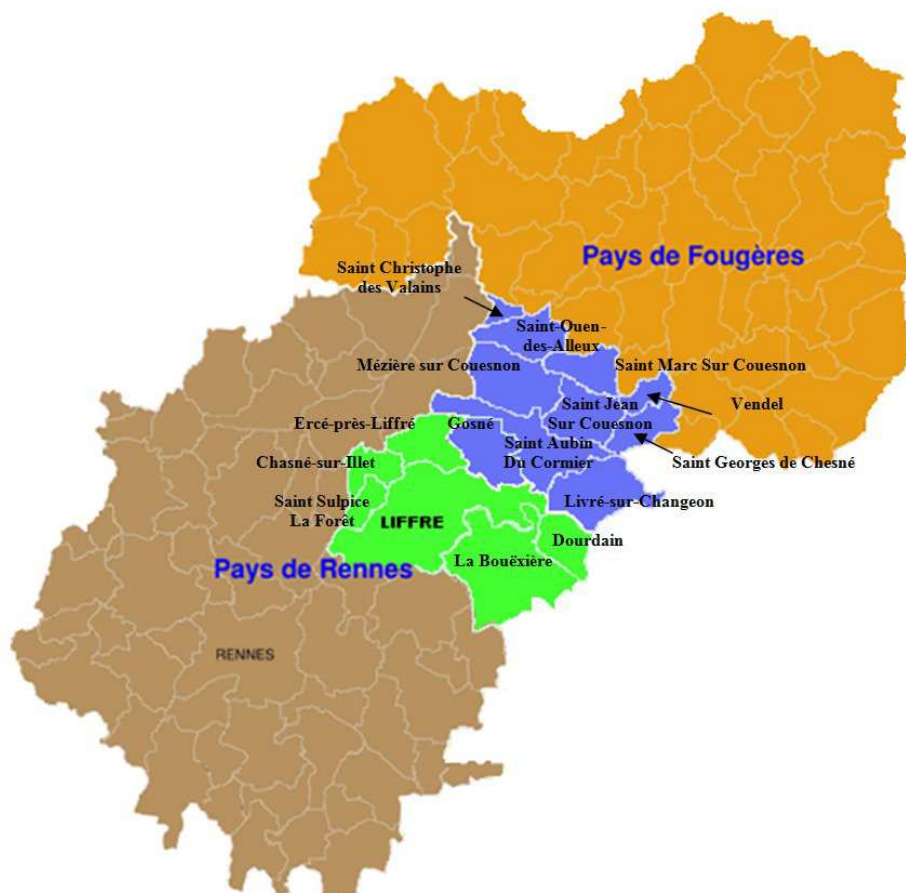
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES. Décret n° 2015-1293 du 16 octobre 2015 relatif aux modalités dérogatoires d'organisation et de tarification applicables aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile dans le cadre de l'expérimentation des projets pilotes destinés à optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie [en ligne]. Journal officiel n°0241 du 17 octobre 2015 [visité le 25.10.2015], disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/10/16/AFSA1507387D/jo>

Liste des annexes

Annexe 1 : Évolution de la carte territoriale.....	II
Annexe 2 : Couverture et équipement du territoire.....	III
Annexe 3 : Évolution de la population en Ile-et-Vilaine.....	V
Annexe 4 : Évolution de la charge de travail et du taux d'occupation du SSIAD.....	VII
Annexe 5 : Évolution de la liste d'attente.....	VIII
Annexe 6 : Extrait du cahier des charges de l'appel à candidatures régionale pour l'expérimentation modèle intégré SPASAD	IX
Annexe 7: Le Programme Régional de Santé de la région Bretagne	X
Annexe 8 : Historique des actions du Groupe Gériatologique du Pays de Liffré.....	XIII
Annexe 9 : La grille AGGIR.....	XIV
Annexe 10 : Synthèse du plan d'action	XVI

Annexe 1 : Évolution de la carte territoriale



Le territoire d'intervention du SSIAD Vivre Chez Soi correspond aux parties bleues et vertes sur la carte. Il représente les deux cantons de Liffre et de Saint Aubin du Cormier, soit 16 communes. Il compte une population de 29 659 habitants (Insee 2012).



Annexe 2 : Couverture et équipement du territoire

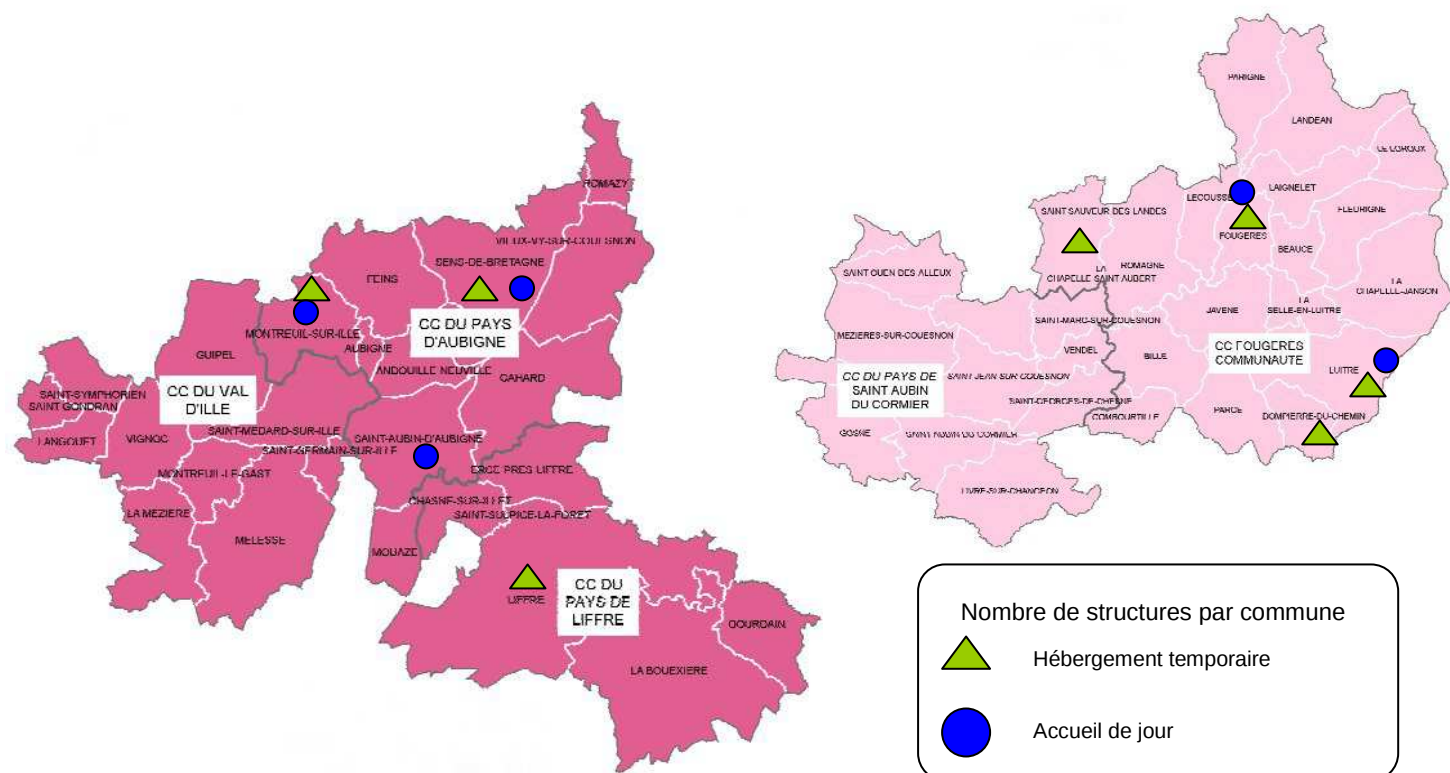


Schéma départemental des services de maintien à domicile 2010- 2015 en Ile-et-Vilaine

CODEM de Saint-Aubin d'Aubigné

- 446 km² (6,6% du département)
- 25 communes
- 3 intercommunalités :
 - CC du Val d'Ille
 - CC du Pays d'Aubigné
 - CC du Pays de Liffre
- 47 043 habitants (rp 2009)
- 4,8% de la population d'Ile-et-Vilaine

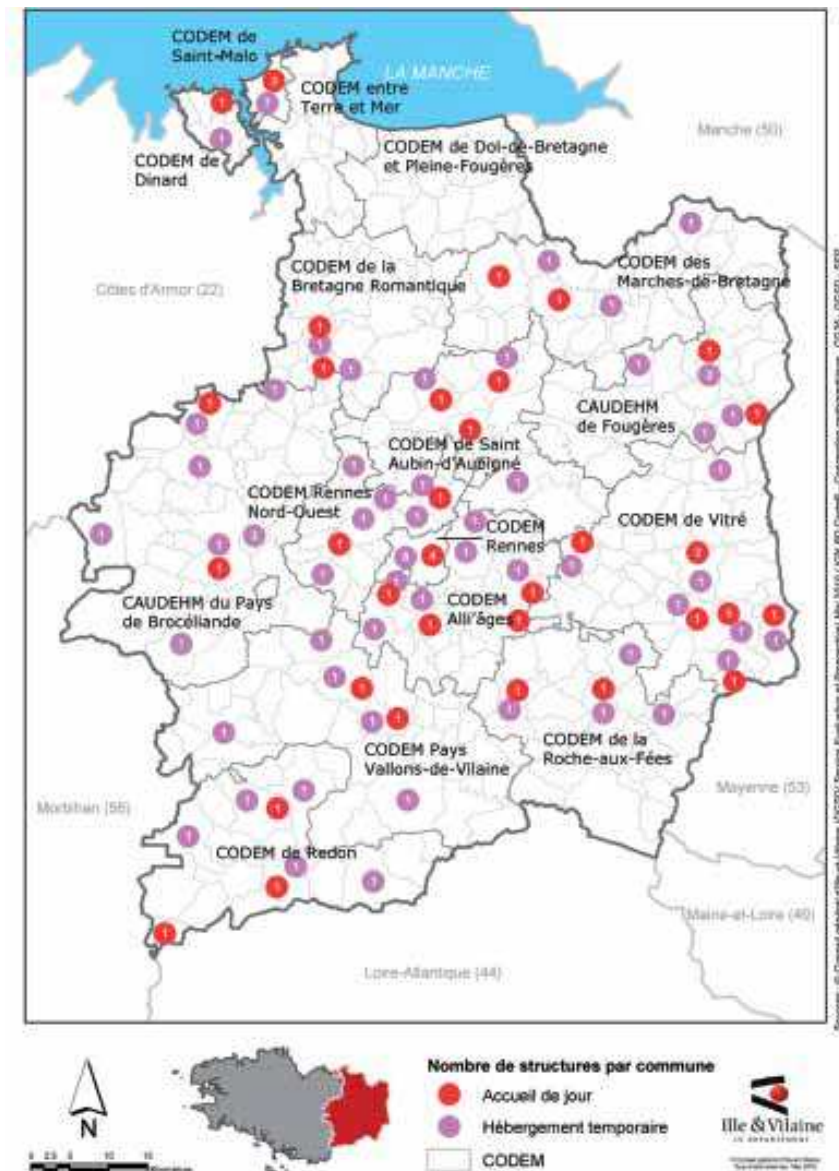
CAUDEHM de Fougères

- 476 km² (7% du département)
- 29 communes
- 2 intercommunalités :
 - CC du Pays de Saint-Aubin du Cormier
 - CC Fougères Communauté
- 53 072 habitants (rp 2009)
- 5,4% de la population d'Ile-et-Vilaine

Le taux d'équipement sur le territoire du SSIAD est inégal : sur les territoires plus ruraux (CAUDEHM de Fougères), on ne recense qu'un seul SAAD l'ADMR qui bénéficie d'une autorisation départementale du fait de sa structuration, tandis qu'au niveau de la communauté de commune du Pays de Liffre, 3 SAAD sont recensés. L'offre sur le territoire du SSIAD concernant les structures d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire pour personnes âgées est insuffisante, voire inexistante, confortant en cela mes observations sur le manque de structures de répit sur certains secteurs. Les aidants familiaux pour pouvoir bénéficier de temps de répit doivent parcourir plusieurs kilomètres (vers la CC du Pays d'Aubigné ou vers la CC Fougères communauté) pour bénéficier

d'accueil de jour. Or bien souvent l'aidant, lui-même fragilisé, renonce. Ce manque de proximité des structures engendre des temps de trajet trop long ainsi que des difficultés pour l'aidant de pouvoir s'y rendre.

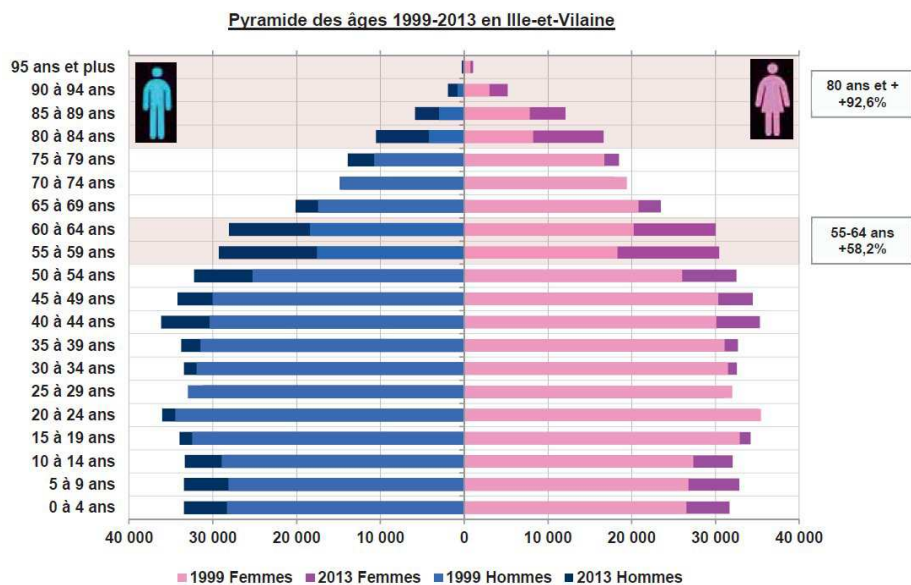
Cette carte ci-dessous représente les structures d'accueil de jour et d'hébergement temporaire pour personnes âgées au 30 juin 2010 au niveau départemental, recensées dans la base DOMIRÉ, et validées au regard des autorisations existantes. Il s'agit des données collectées auprès des CODEM et CLIC.⁸⁷



Au niveau départemental, nous remarquons également de grandes disparités dans l'offre de répit.

⁸⁷ Schéma départemental des services de maintien à domicile Ille-et-Vilaine 2010-2015 p.36

Annexe 3 : Évolution de la population en Ile-et-Vilaine



Source : Insee, RP 1999 et Estimations de population 2013, données actualisées au 14 janvier 2014.

L'évolution de la pyramide des âges en Ile-et-Vilaine entre 1999 et 2013 traduit le vieillissement de la population avec la forte augmentation du nombre de personnes de 55 à 64 ans et des personnes de 80 ans et plus. Alors que sur la période la population départementale a augmenté de 17,2%⁸⁸, les 55-64 ans ont augmenté de 58,2% et les 80 ans et plus de 92,6%.

Population par CODEM au 1er janvier 2009⁸⁹

CODEM	Effectifs	%	Évolution 1999-2009
Fougères	53 072	5,4%	8,6%
Saint-Aubin-d'Aubigné	47 043	4,8%	23,0%
Ile-et-Vilaine	977 449	100%	12,9%

Le CODEM de Saint Aubin d'Aubigné est le 4^{ème} CODEM sur 16 pour sa croissance de population avec 23%.

⁸⁸ Source : service Évaluation et prospective, schéma départemental des services de maintien à domicile Conseil général d'Ile Vilaine 2015-2019

⁸⁹ Source : Insee / RP 2009 Schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap page 7

Evolution de la population des 80 ans et plus par CODEM entre 2010- 2015 et 2015- 2020

CODEM	Données	2010	2015	2020	Évolution 2010/2015	Évolution 2015/2020
Fougères	80 ans et +	2996	3446	3710	15.03%	7.67%
Saint-Aubin- d'Aubigné	80 ans et +	1674	1909	2096	14.04%	9.78%
Ille-et-Vilaine	80 ans et +	45327	51670	55085	13.99%	6.61%

L'évolution 2010/2015 des 80 ans et plus à l'échelle des CODEM est estimée à ⁹⁰ :

- CODEM de St Aubin d'Aubigné 14.04%
- CAUDHEM de Fougères 15.03%
- L'évolution en Ille-et-Vilaine est estimée à : 13.99%

L'évolution 2015/2020 des 80 ans et plus à l'échelle des CODEM est estimée à ⁹¹ :

- CODEM de St Aubin d'Aubigné 9.78%⁹²
- CAUDHEM de Fougères 7.67%
- L'évolution en Ille-et-Vilaine est estimée à : 6.61%

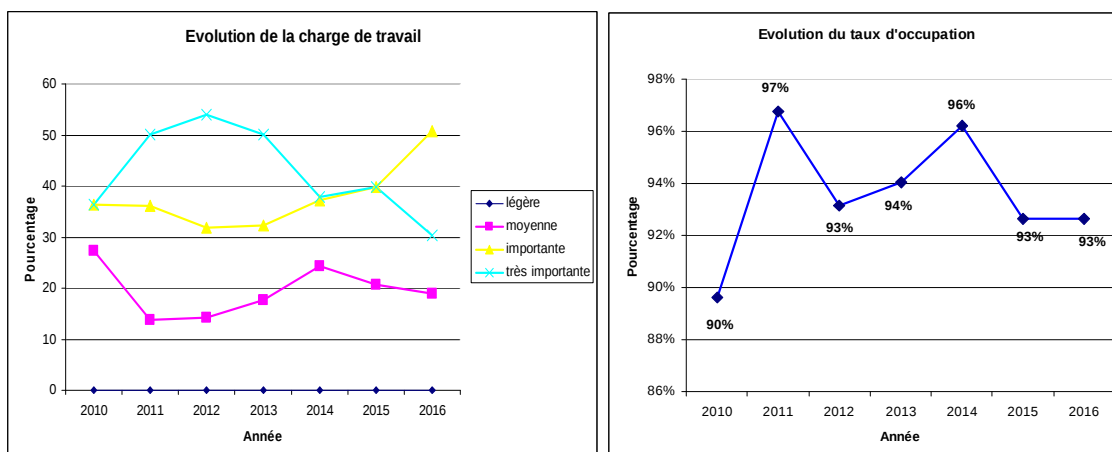
L'évolution de la population âgée de plus de 80 ans est supérieure à la moyenne de l'Ille-et-Vilaine sur le territoire du CODEM de Saint Aubin d'Aubigné et celui de Fougères de 2010 à 2015 et devrait continuer de l'être jusqu'en 2020. Cependant, nous remarquons une inversion entre les deux secteurs : si jusqu'en 2015 l'évolution a été plus importante sur le CAUDHEM de Fougères que sur celui de Saint Aubin d'Aubigné, l'inverse devrait être vrai d'ici à 2020.

⁹⁰ Source : Service Évaluation et prospective, schéma départemental des services de maintien à domicile Conseil général d'Ille Vilaine 2011-2015 page 14

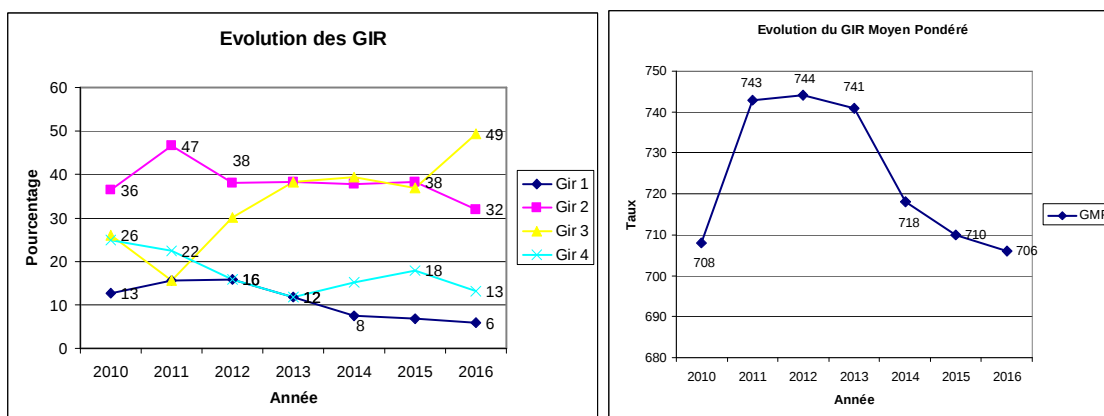
⁹¹ Ibid.

⁹² Ibid.

Annexe 4 : Évolution de la charge de travail et du taux d'occupation du SSIAD



L'accompagnement des personnes âgées dépendantes représente un niveau de charge de travail très important qui a augmenté entre 2010 et 2013. Le taux d'occupation entre 2011 et 2013 a diminué en lien notamment avec un nombre important de mouvements (hospitalisation, hébergement temporaire...). Le taux d'occupation de 2010 n'est pas significatif puisqu'il s'agit de l'année où le nombre de places autorisé est passé de 42 à 47 places personnes âgées, autorisation accordée au mois de septembre 2010 (biaisant le taux d'occupation annuel).



Je constate une augmentation importante du nombre de personnes en GIR 3 et une diminution de celles en GIR 4. En 2010, 68.33% des personnes du SSIAD ont un niveau de dépendance important (GIR de 1 à 3), 75.86% en 2011, 82.53% en 2012, 91.17% en 2013 et 83.33 % en 2014. Ce niveau est significatif puisque le GMP du service a atteint 744 en 2012. Depuis un an, le niveau de dépendance a un peu diminué notamment par l'accompagnement de plus de personnes en GIR 4, cependant il reste important, bien au-dessus de la moyenne des SSIAD en Ile-et-Vilaine.

Annexe 5 : Évolution de la liste d'attente

	Demande de PES	PES réalisées	Nombre de jour moyen d'attente
2010	37	15	89
2011	30	15	84
2012	32	16	86
2013	38	26	65
2014	39	24	70
2015	40	24	69
2016	37	23	65

Depuis 6 ans le nombre de demandes de prises en soins (PES) par le SSIAD est pour ainsi dire constant alors que le nombre de demandes satisfaites ne cesse de progresser. Malgré tout, nous ne pouvons satisfaire à toutes les demandes et le délai moyen d'attente reste important puisqu'il oscille entre 2 et 3 mois.

Annexe 6 : Extrait du cahier des charges de l'appel à candidatures régionale pour l'expérimentation modèle intégré SPASAD

1- L'objet de l'appel à candidatures :

1-1 Le contexte national :

La notion de « service polyvalent d'aide et de soins à domicile » (SPASAD) a été introduite par le décret n°2004-613 du 25 juin 2004¹ relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile.

Il couvre à la fois les missions d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et celles d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), en apportant un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et des soins aux personnes fragiles à domicile (personne âgée de plus de 60 ans, personne de moins de 60 ans en situation de handicap ou atteinte de pathologie chronique).

L'intérêt avancé du SPASAD est de favoriser la coordination et la mutualisation des interventions. L'évaluation des besoins de la personne est ainsi réalisée par une équipe pluridisciplinaire composée des personnels du SSIAD et du SAAD (auxiliaires de vie, infirmiers, aide-soignants et paramédicaux), coordonnée par les responsables des deux services. A partir de cette évaluation, un projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins est élaboré dans une démarche globale et conjointe.

Or, en 2015, on ne comptait en France que 94 service polyvalents reconnus officiellement, inégalement répartis sur les territoires, avec une coordination insuffisante des missions d'aide et de soins et un développement limité des actions de prévention. Parallèlement, il était constaté l'existence en marge d'un nombre de services officieux ayant regroupé, de leur propre chef et sous des formes diverses, l'activité d'un service de soins infirmiers et d'un service d'aide à domicile.

Le modèle ne s'est ainsi pas imposé dans le paysage des services à domicile et la mutualisation est restée inachevée.

La loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015² relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) prévoit la refondation de l'aide à domicile, qui passe en particulier par un rapprochement entre l'aide et le soin.

Elle met ainsi l'accent sur la consolidation et l'approfondissement des SPASAD grâce à une meilleure articulation des professionnels autour des personnes à accompagner et à un renforcement de leurs missions dans un cadre mutualisé et transversal.

A horizon 5 ans, à compter de la publication de la loi, il est demandé aux SSIAD de fonctionner en configuration SPASAD (fusion, convention de coopération, groupement de coopération sociale et médico-sociale). Cette obligation pour les SSIAD ne s'impose pas aux services d'aide et d'accompagnement à domicile mais renvoie à une opportunité pour l'enrichissement de leurs modalités de travail.

Annexe 7: Le Programme Régional de Santé de la région Bretagne

I. LES AXES DE TRAVAIL COMMUNS À L'ENSEMBLE DES TERRITOIRES DE SANTÉ

● THÉMATIQUE N°2. L'ACCOMPAGNEMENT ET LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES DANS LES FILIÈRES GÉRIATRIQUES ET GÉRONTOLOGIQUES

Périmètre de la thématique

L'accompagnement des personnes âgées et leur prise en charge s'entend à partir du moment où s'installent les pathologies liées au vieillissement qui conduisent les personnes à une perte d'autonomie significative et à des besoins de soins accrus. La personne est considérée de manière globale (dimensions physique, psychique, psychologique, sociale et environnementale).

Ce parcours s'inscrit donc dans une démarche globale de prise en charge, en établissant des liens fonctionnels étroits entre les structures sanitaires et médico-sociales du territoire, mais aussi les intervenants à domicile, les réseaux, et tous les acteurs de ce secteur pour concourir à l'amélioration de son fonctionnement.

Orientation de la thématique sur le territoire

Avec l'accroissement du nombre de personnes âgées, le nombre de personnes dépendantes va lui aussi augmenter entraînant des conséquences sur les prises en charge en institution et à domicile, sans oublier la question des aidants familiaux.

Les travaux conduits par le groupe de travail prennent leur source dans les orientations définies par le PRS. Il s'est attaché à identifier les problématiques sur le territoire de santé n° 5 afin d'améliorer la fluidité du parcours et donc de répondre aux enjeux ci après :

- enjeu de coordination, d'amélioration de la lisibilité des filières gériatriques et des services ;
- enjeu d'amélioration du parcours (orientation, passage en centre hospitalier...);
- enjeu de communication.

La complexité du parcours de la personne âgée en situation de fragilité tient en partie à la diversité des acteurs mobilisés, au cloisonnement de leurs interventions, à l'empilement des dispositifs et à la faible lisibilité de certains acronymes, d'où un ensemble de réponses insuffisamment coordonnées et mal repérées par les personnes âgées et leurs aidants. Le paradoxe auquel nous sommes confrontés est le suivant : la diversité de l'offre devrait être une richesse au service de réponses plus individualisées et graduées selon les besoins de la personne mais en réalité elle peut constituer un frein, un facteur de rupture et de complexité aggravée.

Par conséquent l'axe de travail privilégié par le groupe est de travailler autour des notions de filières : « filières gériatriques » pour que notre système de santé prenne mieux en considération les besoins spécifiques de la personne âgée (la gériatrie est une spécialité médicale à part entière) et « filière gérontologique » car la personne âgée doit être considérée par dans la globalité des ses besoins quotidiens, humains, sociaux, etc. d'où l'enjeu de positionner la personne âgée au centre des réflexions.

2. ENQUÊTE LOCALE ET ÉTUDE DE PARCOURS AUPRÈS DE PERSONNES ÂGÉES DU TERRITOIRE

Dans le cadre du programme territorial de santé de la conférence de territoire, le groupe consacré à la thématique des « personnes âgées » a sollicité l'association « EHESP conseil » afin de réaliser une étude de parcours au moyen d'entretiens individuels.

Avec l'appui des Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) et des établissements, cinquante entretiens à domicile ou en établissements ont été réalisés afin de répondre à la problématique suivante : quel est le regard porté par les personnes âgées sur leur parcours, sur la lisibilité de l'offre, l'accès à l'information et la coordination des acteurs ?

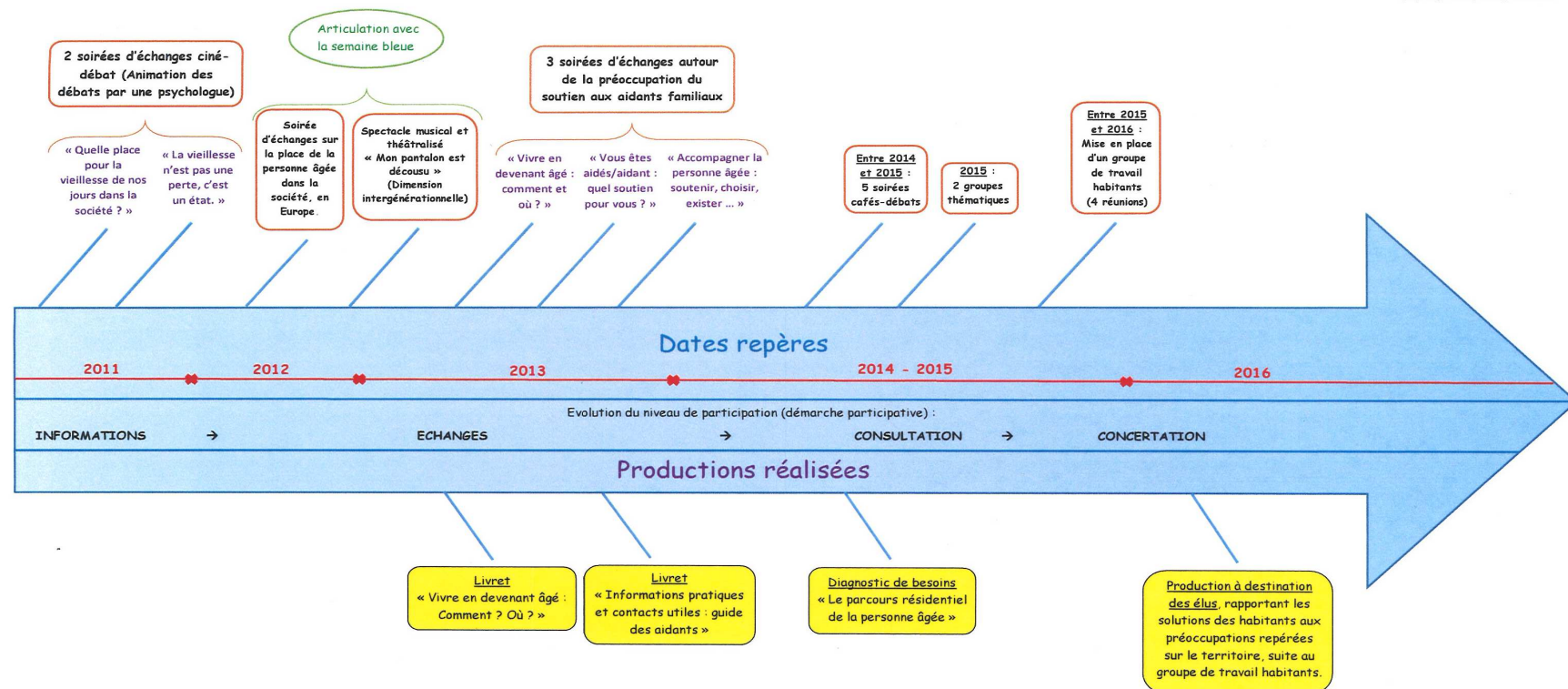
Les résultats des informations recueillies lors de ces entretiens comportent à la fois des données chiffrées et des éléments qualitatifs et permettant de mettre en exergue les attentes suivantes :

- une demande généralisée de simplification des démarches administratives ;
- un suivi personnalisé et adapté à la « dégradation » progressive de l'état de santé (physique et psychique) tant pour la personne dépendante que pour l'aidant ;
- une meilleure lisibilité du dispositif (prestations, acteurs, référent professionnel unique).

Annexe 8 : Historique des actions du Groupe Gérontologique du Pays de Liffré

Historique des actions du Groupe Gérontologique du Pays de Liffré

MAJ 17/12/2015



Le Groupe Gérontologique du Pays de Liffré a pour **objectif de travailler autour des questions de l'avancée en âge et de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées** vivant sur la communauté de communes du Pays de Liffré. Depuis 2011, il impulse progressivement et à différents niveaux une démarche participative. Le but vise à identifier et conduire des réflexions sur les besoins repérés et les attentes exprimées. Il développe des actions de prévention et de sensibilisation auprès du grand public, en particulier les personnes fragilisées par les effets du vieillissement et leur entourage. Aussi, il souhaite **contribuer à l'évolution et à l'adaptation des équipements, de l'offre de services et des politiques locales.**

En ce sens, il travaille actuellement sur une production porteuse de la parole des habitants, à destination des élus, afin d'intégrer cette réflexion active et participative dans les projets de territoire en termes de politique locale. Actuellement, un groupe de travail composé d'habitants réfléchit de manière concrète à des solutions répondant aux préoccupations ciblées lors des différents cafés-débats, groupes thématiques, dans le diagnostic de besoins et tout au long de la démarche.

Annexe 9 : La grille AGGIR

GRILLE NATIONALE AGGIR



IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EXAMINÉE

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro d'immatriculation :

Adresse : _____

Code Postal : Commune : _____

SITUATION AU REGARD DES ACTES ESSENTIELS ET ORDINAIRES DE LA VIE

VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE		
COHÉRENCE : converser et / ou se comporter de façon sensée		
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut	
	Bas	
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut	
	Moyen	
	Bas	
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	Se servir	
	Manger	
ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire	
	Fécale	
TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir		
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...		
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport		
COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme ...		
VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE		
GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens		
CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis		
MÉNAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers		
TRANSPORT : prendre et / ou commander un moyen de transport		
ACHATS : acquisition directe ou par correspondance		
SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin		
ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps		

A : fait seul, totalement, habituellement, correctement
 B : fait partiellement, non habituellement, non correctement
 C : ne fait pas.

A _____, le _____

Signature et cachet du praticien

⁹³<https://www.logement-seniors.com/uploads/medias/outils/documents/35-maison-de-retraite-grille-nationale-aggir.pdf>

L'évaluation à l'aide de cet outil doit être fait par du personnel médical ou paramédical. La grille AGGIR évalue les capacités de la personne âgée en s'appuyant sur 17 variables : 10 dites « discriminantes » qui se rapportent à la perte d'autonomie physique et psychique et entrent en compte dans le calcul du GIR, 7 variables dites « illustratives » qui n'entrent pas dans le calcul du GIR mais qui permettent d'orienter le plan d'aide qui en résultera. Ces informations complémentaires concernent la gestion du budget, la capacité à cuisiner, faire le ménage ou participer à des activités de loisirs. Pour chaque variable, l'équipe médico-sociale du conseil départemental utilise un système de codage (A : fait seul, totalement, habituellement et correctement ; B : fait partiellement, ou non habituellement ou non correctement ; C : ne fait pas) permettant d'évaluer le besoin d'aide entre l'autonomie complète et l'absence d'autonomie. En fonction de son degré de dépendance, la personne est classée dans un groupe iso-ressources allant de 1 à 6 (le GIR 6 correspondant à l'autonomie complète).

Annexe 10 : Synthèse du plan d'action

Objectifs	Action	Pilote de l'action	Date de réalisation prévue (échéance)												Indicateurs de suivi	Niveau de réalisation
			2016				2017				2018					
			1 ^{er} tri	2 ^{em} tri	3 ^{em} tri	4 ^{em} tri	1 ^{er} tri	2 ^{em} tri	3 ^{em} tri	4 ^{em} tri	1 ^{er} tri	2 ^{em} tri	3 ^{em} tri	4 ^{em} tri		
Accueil intégré	Mutualisation poste accueil SPASAD	Directrice													Enquête de satisfaction	
	Mutualisation de la téléphonie	Directrice													Enquête de satisfaction / Budget	
	Astreinte administrative	Directeurs SSIAD/CIAS													Astreinte administrative effective	
Modalités de coordination des prestations	Elaboration et suivi du projet personnalisé	IDEC													Nombre de projets co-écrits	
	Développer le travail en réseau et les partenariats	Directrice													Nombre de conventions signées	
Culture partagée	Visites conjointes IDEC/Responsable SAAD à domicile	IDEC													Nombre de visites réalisées	
	Réunion de service SPASAD	Directrice													Nombre de réunions réalisées / Climat social	

Objectifs	Action	Pilote de l'action	Date de réalisation prévue (échéance)												Indicateurs de suivi	Niveau de réalisation
			2016				2017				2018					
			1 ^{er} tri	2 ^{em} tri	3 ^{em} tri	4 ^{em} tri	1 ^{er} tri	2 ^{em} tri	3 ^{em} tri	4 ^{em} tri	1 ^{er} tri	2 ^{em} tri	3 ^{em} tri	4 ^{em} tri		
Système d'information et outils partagés	Télégestion et logiciel partagé	Directeurs SSIAD et CIAS													Fiches évènements indésirables / qualité des transmissions	
	Qualité de vie au travail et numérique	Directrice													Climat social	
	Création d'un dossier unique à domicile	IDEC/Responsable SAAD													Dossier réalisé	
Amélioration continue de la qualité	Formalisation des documents SPASAD	Directrice													Nombre de documents formalisés	
	Formalisation des procédures	IDEC													Nombre de procédures formalisées	

	Réalisé
	En cours de réalisation
	Non réalisé

DELAUNAY	Anita	Septembre 2017
Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale ETABLISSEMENT DE FORMATION : Askoria Rennes		
SOUTENIR LE CHOIX DE LA PERSONNE ÂGÉE DÉPENDANTE DE DEMEURER À DOMICILE PAR LA COOPÉRATION DES ACTEURS DANS UNE LOGIQUE D'ACCOMPAGNEMENT DES PARCOURS DE VIE		
Résumé : Vieillir chez soi est le souhait de la majorité des personnes y compris quand survient la dépendance ou l'aggravation de l'état de santé. Ce choix de vie nécessite le soutien d'aidants qu'ils soient familiaux ou professionnels. Ainsi, les services d'aide à domicile et les SSIAD sont des acteurs incontournables du soutien à domicile. Le manque ou l'absence d'information sur l'offre de service existante, un état de santé brusquement fragilisé, un habitat inadapté, un isolement social ou géographique ou encore un épuisement de l'aidant familial sont autant de facteurs pouvant mettre en péril ce maintien à domicile et conduire à une hospitalisation ou une entrée en EHPAD non préparée. Face à une multitude d'acteurs et à des besoins spécifiques et diversifiés, garantir aux personnes le choix de demeurer dans leur lieu de vie suppose d'impulser une dynamique partenariale axée sur la coopération et la coordination des acteurs. Le projet que je porte vise à décroiser les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux afin d'œuvrer à l'accompagnement global de la personne. Mon ambition est de favoriser la transversalité et la complémentarité des réponses sous l'angle de la notion de parcours de vie.		
Mots clés : Parcours de vie, Maintien à domicile, Personne âgée, Dépendance, Coordination, Coopération, Partenariat, SSIAD, SPASAD, EHPAD		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		