



Décloisonner les dispositifs de Soins et d'Aide à Domicile à destination des personnes âgées pour favoriser un accompagnement global par la co-construction d'un système de coopération sur le territoire

Corinne LEPETIT

2022

caldes



Remerciements

Je tiens à présenter mes remerciements à :

Mes collaboratrices, et particulièrement, Laurence DEPERIERS et Delphine OMOND, qui m'ont soutenue et encouragée tout au long de mon cursus CAFDES.

Le Conseil d'administration de Soins Santé, de m'avoir lancée dans cette aventure CAFDES dont je sors « grandie ».

Les équipes d'intervention, de coordination, administratives de Soins Santé ainsi que les partenaires pour leur participation.

Les usagers de Soins Santé qui sont le cœur de mon mémoire.

Mon référent mémoire, François GOUPIL, pour son écoute, nos échanges, la pertinence de ses conseils et ses encouragements.

Les camarades de la promotion CAFDES pour nos échanges et le soutien réciproque.

Et enfin, mon époux et ma sœur pour leur patience, leur soutien indéfectible et la confiance qu'ils placent en moi.

S o m m a i r e

Introduction.....	1
1 Un maintien à domicile des personnes âgées fragilisées	3
1.1 Présentation et contexte de l'association Soins Santé	3
1.1.1 Trois dispositifs de soins à domicile complémentaires.....	3
1.1.2 Les principes d'accompagnement de l'équipe de Soins Santé	10
1.1.3 Une organisation perturbée par une carence de direction et des difficultés économiques	13
1.1.4 Des faits qui interrogent l'aspect qualitatif des accompagnements.....	15
1.2 Un diagnostic partagé : le cloisonnement des services à l'externe et à l'interne	16
1.2.1 Le diagnostic externe : l'environnement de l'association	17
1.2.2 Le diagnostic interne : l'organisation Soins Santé.....	24
2 Les enjeux d'un accompagnement global qualitatif des personnes âgées désirant vivre chez elles	32
2.1 La nécessité d'un système de coopération autour de la personne	32
2.1.1 Le décroisonnement nécessaire de la sectorisation sanitaire, sociale et médico-sociale	32
2.1.2 Le décroisonnement nécessaire des dispositifs de soins et d'aide à domicile	36
2.2 L'exigence de repenser l'accompagnement en interne	41
2.2.1 La prise en compte de l'usager et du proche aidant	41
2.2.2 L'évolution nécessaire d'une organisation interne encore cloisonnée	44
3 Le pilotage du changement pour un décroisonnement des dispositifs de soins et d'aide à domicile et la co-construction d'un système de coopération sur le territoire	49
3.1 Renforcer une dynamique interne du « travailler ensemble »	49
3.1.1 Décloisonner le fonctionnement des services de l'association	49
3.1.2 Développer la coopération interservices	54
3.1.3 Rétablir une communication positive et collaborative entre les membres du Conseil d'administration et les professionnels de Soins Santé.....	57
3.2 Associer les usagers et leurs aidants à leur accompagnement	60
3.2.1 Améliorer la communication et encourager la participation des usagers et des aidants à la vie et au fonctionnement de la structure	60
3.2.2 Impliquer la personne dans son projet d'accompagnement.....	64
3.3 Améliorer et développer l'offre de service autour de l'usager.....	67
3.3.1 Co-construire des coopérations avec les acteurs du secteur sanitaire et médico-social	67
3.3.2 Impulser la réflexion et l'écriture du projet de création d'un Service Autonomie à Domicile	69
Conclusion	71
Bibliographie.....	73
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence Régionale de Santé de Normandie
CA : Conseil d'administration de l'association
CAFDES : Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Etablissement ou de service d'intervention Sociale
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
CDSBC : Centre de Santé Brès-Croizat
CHPC : Centre Hospitalier Public du Cotentin
CNAM : Centre National des Arts et Métiers
CODIR : Comité de direction
COPIL : Comité de pilotage
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CR : Compte-rendu
CSE : Conseil social et économique
CSI : Centre de Santé Infirmier
CSTS : Conseil Supérieur du Travail Social
DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DLA : Diagnostic Local d'Accompagnement
ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer
ETP : Equivalent Temps Plein
GIR : Groupe Iso Ressources
MAIA : Méthode d'intégration des acteurs pour l'autonomie des personnes âgées
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PDC : Plan de développement des compétences
PTA : Plateformes Territoriales d'Appui
SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SPASAD : Services Polyvalents d'Aide et de Soins A domicile
SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile
UNA : Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services Aux Domiciles

Introduction

Les tendances démographiques montrent que la France devrait bénéficier d'un allongement persistant de l'espérance de vie. En 2070, la population de 75 ans ou plus serait deux fois plus nombreuse qu'en 2013 (+ 7.8 millions)¹. Le vieillissement démographique constitue un enjeu majeur. La France, marquée par une approche gériatrique de la santé des aînés, évolue en décrivant dans le plan national du « Bien vieillir » (2007-2009) une vision plus positive et plus globale de la vieillesse et du vieillissement. Les personnes âgées constituent une population spécifique en raison de la survenue fréquente de polypathologies, et, pour les plus âgées d'entre elles, de l'existence d'une fragilité physique, psychique ou socio-économique et d'un risque de perte d'autonomie. Rester vivre chez elles, est le choix de la majorité des personnes âgées. Une succession de mesures de politiques publiques a incité le maintien à domicile. Dans ce contexte, la réponse aux attentes des personnes âgées nécessite un accompagnement qualitatif en termes de soins et d'aide à domicile.

Pour contribuer à leur maintien à domicile, il est nécessaire de déployer une conception globale de l'accompagnement. L'approche écologique humaine privilégie les relations entre les individus et leur environnement. Des dimensions essentielles comme l'inclusion des personnes concernées dans leur accompagnement et l'incitation à une démarche collaborative dans le développement de celui-ci font parties de cette approche. Cependant, un cloisonnement des services de soins et d'aide à domicile et de la sectorisation sanitaire et médico-sociale perdure. Cette situation fait frein à un accompagnement global des personnes âgées à domicile. Cette problématique soulève des enjeux importants à l'externe et à l'interne. Aujourd'hui, il est indispensable de repenser l'accompagnement à domicile des personnes âgées en agissant sur la coopération des systèmes d'acteurs et en renforçant la place de l'utilisateur au centre de son accompagnement. Un pilotage du changement est à construire dans une dynamique de co-construction et d'amélioration de l'accompagnement autour de l'utilisateur.

¹ INSEE Première n°1619-Novembre 2016

1 Un maintien à domicile des personnes âgées fragilisées

Soins Santé intervient dans le parcours de vie des personnes en termes de soins et de prévention à la santé. Elle s'investit depuis 40 ans auprès des personnes vulnérables sur le territoire de Cherbourg-en-Cotentin au nord du département de la Manche. L'accompagnement en soins est réalisé par une équipe pluridisciplinaire qui intervient auprès des personnes âgées dans le partage de valeurs et de principes d'intervention tels que le prendre soin et l'approche écologique humaine.

1.1 Présentation et contexte de l'association Soins Santé

1.1.1 Trois dispositifs de soins à domicile complémentaires

A) L'historique de l'association

La rencontre entre deux congrégations religieuses va faire naître l'association Soins Santé. En 1900, les sœurs de la Miséricorde de Sées arrivent à Cherbourg². Elles assurent des soins au domicile des personnes vulnérables de jour comme de nuit. En 1920, les sœurs de la Buaille ouvrent à leur tour un dispensaire sur le même territoire. Les deux congrégations se répartissent alors des secteurs géographiques. Dès 1948, des conventions sont signées avec les différentes caisses de sécurité sociale, permettant ainsi d'établir le tiers payant et de faciliter l'accès aux soins des personnes les plus démunies. En 1978, la DDASS³ accorde l'agrément au dispensaire qui devient par la loi un Centre de Santé Infirmier (CSI). En 1980, l'association Soins Santé est créée et les premières infirmières laïques intègrent la structure pour réaliser les soins à domicile. La dernière religieuse quittera l'association en 1995. En 1983, l'association est autorisée à élargir son offre de soins en créant un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) pour répondre à un besoin sur le territoire. En 2012, dans le cadre du plan Alzheimer (2008-2012), Soins Santé obtient l'agrément pour déployer une Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA).

Soins Santé est une association à but non lucratif, issue de la loi 1901. Son objet est de contribuer au maintien à domicile des personnes en prodiguant des soins réalisés par une équipe pluridisciplinaire : infirmier(e)s (IDE), aides-soignant(e)s (AS), ergothérapeutes et assistantes de soins en gériatrie (ASG). L'association assure la gestion et le fonctionnement des 3 services placés sous sa responsabilité. Des cadres intermédiaires coordonnent les services. Une équipe administrative travaille en transversalité sur

² Commune située au nord à la pointe du département de la Manche

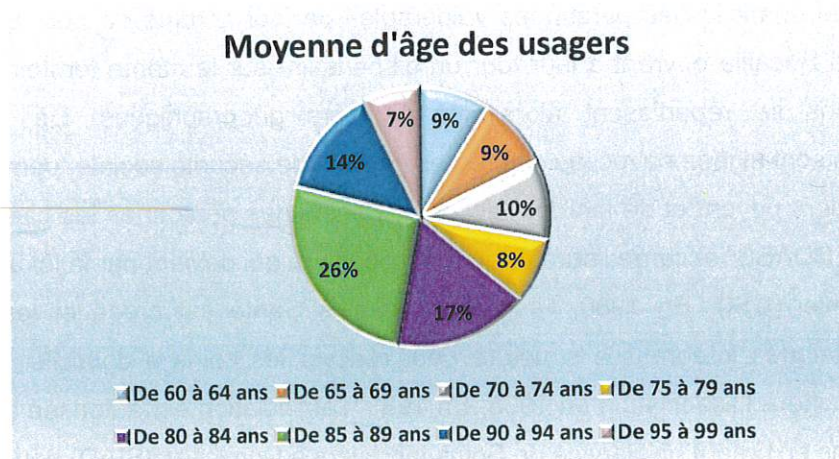
³ Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales, compétences transférées en 2010 à la Direction Départementale de la Cohésion Sociale et à l'Agence Régionale de Santé

l'ensemble des dispositifs. Tels que décrits dans ses statuts, les objectifs généraux de l'association sont :

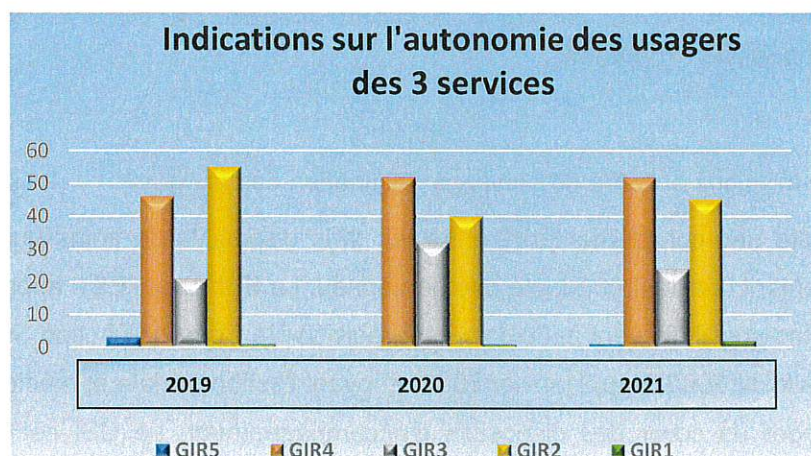
- ⇒ « De dispenser à toutes les personnes, malades ou handicapées, au centre ou à domicile, aides et soins d'auxiliaires médicaux prescrits par un médecin,
- ⇒ De promouvoir les conditions qui permettent à la population de vivre en bonne santé et, à cette fin, créer et participer au développement de tous les services qui paraissent souhaitables et nécessaires,
- ⇒ De favoriser dans la population une meilleure connaissance des problèmes de santé, en liaison avec l'animation sociale et culturelle,
- ⇒ D'assurer la gestion et le fonctionnement du centre placé sous sa responsabilité. »

B) Les caractéristiques du public accompagné

L'association apporte un parcours de soins adapté aux différents usagers, avec ses services du secteur médico-social et sanitaire.



Selon les statistiques de l'année 2021, la grande majorité des personnes accompagnées se situe dans la tranche d'âge des « séniors » (36% entre 60 et 80 ans) à « grands séniors » (64% entre 80 et 99 ans). Les usagers féminins sont en nombre supérieur. Cependant, depuis 3 ans, les rapports d'activité montrent une augmentation d'usagers de type masculin.



Le public accompagné présente une limitation d'autonomie importante : physique et/ou psychologique et/ou cognitive. Selon l'évaluation par Groupe Iso Ressource⁴, celle-ci est principalement située entre le GIR 2 et le GIR 4 pour le CSI et le SSIAD. Concernant l'ESA, les usagers se situent entre le GIR 4 et GIR 5. Nous communiquons régulièrement avec les médecins sur l'importance d'intervenir dès l'apparition des troubles cognitifs. Les maladies neurodégénératives peuvent évoluer rapidement d'où la nécessité d'un accompagnement précoce.

L'objectif est de mettre en œuvre les prestations concrètes et adaptées aux besoins pour un maintien à domicile des personnes. Pour précision, l'augmentation des GIR 3 correspond à la période de confinement dans le contexte de crise sanitaire covid 19. Nous avons été dans l'obligation d'arrêter momentanément les interventions de l'ESA sur les consignes de l'ARS Normandie. Cette situation a engendré une majoration des troubles cognitifs des personnes orientées en début d'année 2020 et prises en soins qu'en juin 2020.

Le CSI et le SSIAD accompagnent des personnes présentant des polypathologies chroniques⁵ (au moins deux maladies chroniques : diabète, maladies cardio-vasculaires, cancer, dépression, incapacités physiques, ...) et nécessitant des soins au « long court ». Parmi la population accompagnée, une grande partie des 80 ans et plus vit seule à domicile. C'est souvent un souhait de leur part. Les risques d'isolement social et relationnel sont prégnants. Cette situation nécessite une vigilance accrue pour le repérage des besoins médico-sociaux et sanitaires. Un accompagnement suivi et structuré est essentiel. Certains

⁴ Groupe Iso Ressource : est calculé à partir d'une évaluation réalisée qui prend en compte des critères de type : cohérence, orientation, autonomie pour les soins d'hygiène et l'habillage, les transferts, déplacements intérieurs et extérieurs, etc. Il existe 6 GIR : le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible

⁵ Selon Fortin de la Chaire de recherche sur les maladies chroniques en soins de première ligne, Université de Sherbrooke : « Par maladies chroniques, on entend des problèmes de santé qui nécessitent des soins sur le long terme (pendant un certain nombre d'années ou de décennies) ... leur point commun est qu'elles retentissent systématiquement sur les dimensions sociale, psychologique et économique de la vie du malade »

usagers peuvent être soutenus par des proches aidants qui se révèlent être parfois également âgés. Face à leur épuisement, ces personnes, régulièrement désemparées, nécessitent un soutien important.

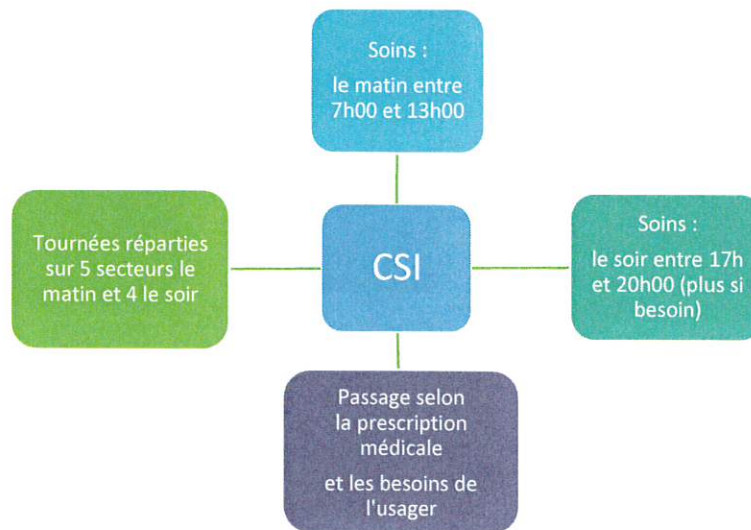
C) Les missions et l'offre de service à destination des usagers

Il existe une complémentarité entre les trois dispositifs de soins qui favorise un accompagnement qualitatif et adapté des personnes. Le SSIAD et l'ESA appartiennent au secteur médico-social. Ils sont principalement régis par le Code de l'Action Sociale et des Familles et la loi N°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale en plaçant l'utilisateur au cœur des dispositifs d'accompagnement. Le CSI est un dispositif sanitaire régi par le Code de la Santé Publique (CSP) Article L.6323-1 : « Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement, au centre ou au domicile du patient, aux tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, et mènent des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionnée à l'article L. 322-1 du même code. Ils peuvent mener des actions d'éducation thérapeutique des patients. ».

a) *Le Centre de Santé Infirmier*

L'équipe du CSI, avec une file active⁶ moyenne de 345 personnes sur l'année selon le rapport 2021, réalise à domicile ou au centre tout type de soins techniques inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels infirmiers : prise de sang, perfusion, ablation de chimiothérapie, pansement, surveillance diabétique, ... Dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, l'équipe réalise également des soins de confort et d'hygiène. L'accompagnement comprend une dimension relationnelle, de prévention et d'éducation à la santé auprès de la personne.

⁶ File active calculée selon l'Accord National des Centres de Santé (personnes bénéficiant d'au moins trois interventions en soin sur une année)

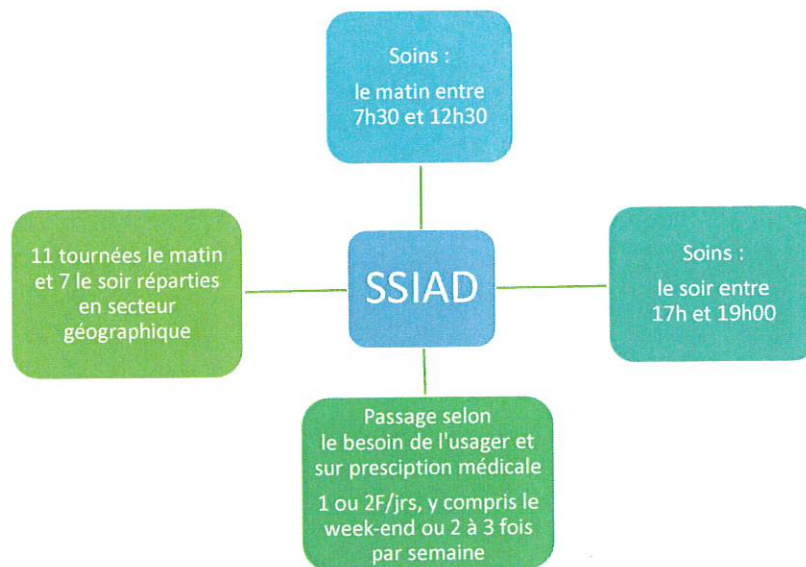


Les caractéristiques de l'offre de soins du CSI

b) Le Service de Soins Infirmiers A Domicile

L'équipe du SSIAD⁷, avec une file active de 78 personnes selon le rapport d'activité 2021 soit un taux d'occupation de 97.5%, prend en soin la personne accompagnée dans son environnement tout en respectant les règles indispensables au bon déroulement des soins d'hygiène et de confort, d'éducation, de prévention. Les aides-soignants collaborent avec les professionnels intervenant auprès de la personne accompagnée. Cette collaboration se concrétise par des transmissions orales et/ou écrites nécessaires à la continuité et au suivi de l'accompagnement, des échanges d'information contribuant à optimiser le parcours de la personne, des coopérations aides-soignants et auxiliaires de vie au domicile, etc...

⁷ Autorisation de l'Agence Régionale de Santé de 80 places (capacité d'accueil la plus importante sur le territoire de la Manche)

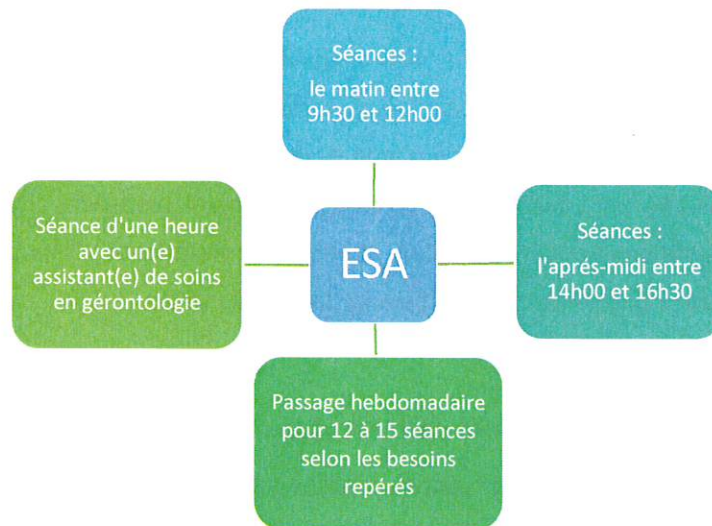


Les caractéristiques de l'offre de soins du SSIAD

c) *L'Equipe Spécialisée Alzheimer*

L'ESA⁸, avec une file active de 173 personnes sur l'année selon le rapport d'activité 2021, réalise des accompagnements de soins non médicamenteux. Concernant la personne accompagnée l'intervention est axée sur : l'acceptation des troubles cognitifs, le maintien de l'autonomie et de l'indépendance dans le respect des habitudes de vie, l'évaluation des besoins humains et matériels, le maintien des capacités cognitives, sociales, comportementales et motrices et l'orientation vers des relais à la stimulation cognitive (activités, accueil de jour, ...). Concernant les proches aidants, l'équipe apporte un soutien, notamment pour prévenir et/ou pallier leur épuisement. Elle facilite le dialogue et la communication entre les professionnels de santé, l'aidant et la personne accompagnée. Le proche aidant est accompagné, conseillé, sensibilisé et orienté durant toute l'intervention de l'équipe.

⁸ Autorisation de l'Agence Régionale de Santé de 45 places soit 180 personnes sur l'année (accompagnement de 3 mois)



Les caractéristiques de l'offre de soins de l'ESA

d) *La complémentarité des trois services de soins*

Au sein de Soins Santé, une personne peut bénéficier d'un accompagnement commun par le SSIAD et le CSI : le SSIAD apporte des soins d'hygiène et de confort liés à une perte d'autonomie et le CSI peut intervenir pour réaliser des soins techniques infirmiers, comme une thérapeutique orale (préparation et distribution de traitement) et/ou des perfusions, alimentation par exemple. Selon le rapport d'activité 2021, 55 personnes ont été accueillies dans le SSIAD. Parmi celles-ci, 54 ont souhaité être accompagnées en complémentarité par le CSI. Les personnes ont exprimé une facilité organisationnelle et une optimisation pour le suivi des soins. Une personne suivie par le CSI et/ou le SSIAD peut également être orientée vers l'ESA après un diagnostic médical de troubles cognitifs légers à modérés. En 2021, 3 usagers du CSI ont été pris en soins par l'ESA. Les équipes travaillent en interaction et ce pour une meilleure coordination des soins autour de la personne.

La complémentarité des dispositifs se révèle pertinente également en cas d'évolution des besoins des usagers. Des relais entre les services peuvent être mis en œuvre pour adapter l'accompagnement. Selon le rapport d'activité 2021, 10 personnes suivies par le CSI ont été orientées vers le SSIAD à la suite d'une dégradation de leur autonomie physique. Parmi les usagers de l'ESA, 12 personnes ont bénéficié d'un relai de prise en soins vers le CSI et/ou le SSIAD pour répondre aux besoins repérés pendant l'accompagnement. Ces relais intra services concourent à fluidifier les parcours de soins des personnes.

1.1.2 Les principes d'accompagnement de l'équipe de Soins Santé

Aujourd'hui, la durée de vie est plus longue. Les conséquences sont une augmentation des maladies chroniques, de polyopathologies et de la perte d'autonomie qui génèrent un besoin accru des services d'aide et de soins à domicile. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, 1948).

A) L'approche écologique de la personne âgée

L'accompagnement des personnes vieillissant à domicile nécessite une approche globale afin de définir l'ensemble des besoins indispensables à leur bien-être et à leur autonomie. Dans le cadre d'un projet de coopération franco-qubécois⁹, l'approche écologique de la personne est mise en évidence. Elle découle de l'écologie qui est une ramification de la biologie qui s'attache à l'aspect relationnel entre les êtres vivants et leur milieu. L'approche écologique soutient une vision étendue et positive de la santé. Comme l'exposent Richard, Barthélémy, Tremblay, Pin et Gauvin « [...] l'état de santé des personnes doit être observé à la fois sous l'angle de la santé physique et sous celui de la santé psychologique et sociale, [...] » (Richard et al., 2013 :29). Pour contribuer au maintien à domicile, désiré par les personnes, il apparaît nécessaire de dépasser l'approche médicale des interventions et de déployer une conception globale de l'accompagnement.

L'approche écologique humaine m'anime dans le sens où elle pose une manière de concevoir les problématiques de santé en privilégiant les relations entre les individus et leur environnement. Elle se base sur des dimensions essentielles comme inclure les personnes concernées dans leur accompagnement, et incite à une démarche collaborative dans le développement de celui-ci. Au sein de Soins Santé, nous nous sommes inspirés de ce concept dans les processus de préadmission et d'admission des personnes au sein de nos dispositifs de soins, en effectuant une évaluation multidimensionnelle de l'utilisateur. Nous l'abordons également dans les pratiques professionnelles des soignants en les sensibilisant à l'attention à porter sur l'évolution des besoins et des attentes des usagers et de leurs proches aidants dans leur environnement domiciliaire et social.

L'approche écologique me fait rebondir sur le principe systémique qui privilégie une analyse globale pour appréhender une situation ou une problématique. Un article numérique de

⁹ Richard L., Barthélémy L., Tremblay M.C., Pin S., Gauvin L. (dir.). (2013). *Interventions de prévention et promotion de la santé pour les aînés : modèle écologique. Guide d'aide à l'action franco-qubécois*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action.

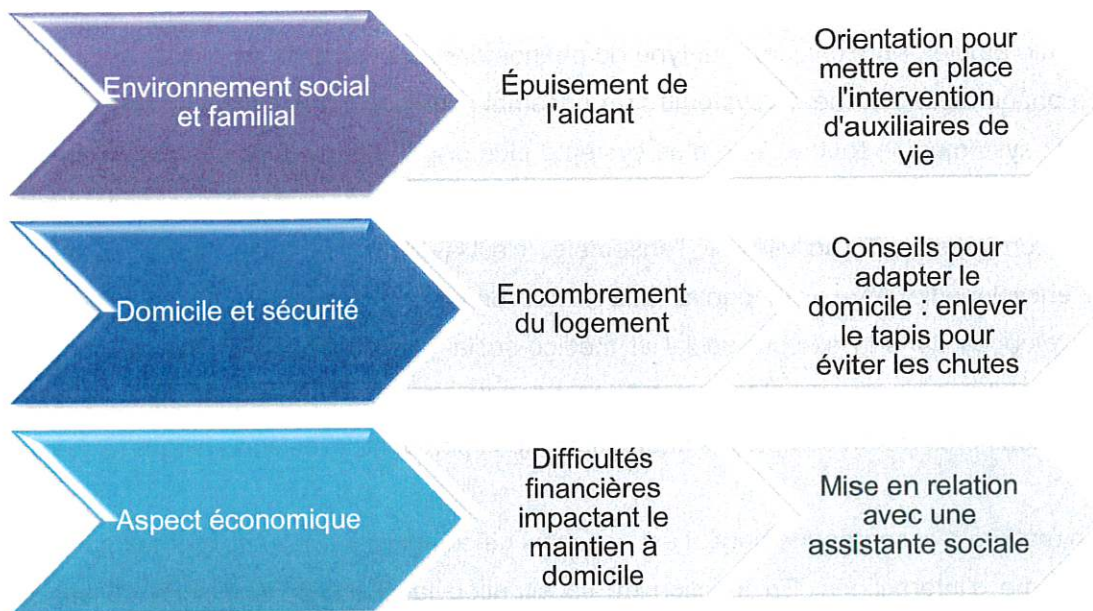
Wikipédia donne une définition de la systémique : « La systémique est une manière de définir, étudier, ou expliquer tout type de phénomène, qui consiste avant tout à considérer ce phénomène comme un système : un ensemble complexe d'interactions, souvent entre sous-systèmes, le tout au sein d'un système plus grand. Elle se distingue des approches traditionnelles qui s'attachent à découper un système en parties sans considérer le fonctionnement et l'activité de l'ensemble, c'est-à-dire le système global lui-même » (L'encyclopédie libre, Wikipédia, 2021). La démarche systémique¹⁰ s'est beaucoup développée dans le secteur social et médico-social. Il faut considérer que les difficultés rencontrées par une personne sont reliées à l'environnement dans lequel celle-ci évolue. Il faut donc prendre en compte les interactions de la personne avec son environnement.

En matière d'accompagnement, il est essentiel de comprendre que l'utilisateur fait partie d'un système d'interactions. En fonction de sa situation familiale, de son contexte social et économique, de son territoire de vie, de ses difficultés, de ses besoins et de ses attentes, ce dernier évolue dans un système complexe composé de différents acteurs, dont, lui-même. En conséquence, l'ensemble de ces acteurs vont interagir entre eux dans ce même système. Cela signifie que les interactions vont permettre de faire évoluer l'accompagnement de façon circulaire, et non linéaire, qui induirait une segmentation des solutions apportées à l'utilisateur. Pour appréhender l'environnement de la personne, il faut l'étudier dans sa globalité pour le comprendre et proposer un accompagnement personnalisé, adapté, cohérent dans la complémentarité des actions déjà mises en œuvre. Pour ce faire, il est donc indispensable d'associer l'utilisateur dans son projet d'accompagnement, ainsi que l'ensemble des acteurs y participant.

Dans le cadre d'une réorganisation des services de Soins Santé en 2017, j'ai travaillé sur la création d'une fonction de coordinatrice parcours de soins. La mission de cette collaboratrice permet une transversalité et une cohérence dans la prise en soins des personnes. Lors de la demande d'accompagnement, celle-ci réalise une évaluation que nous nommons multidimensionnelle. Nous ne nous limitons pas à évaluer les besoins en soins. D'après un recueil de données¹¹ et une première analyse de la situation globale de la personne, une orientation est préconisée pour favoriser le parcours de la personne et prendre en compte tous les aspects impactant son bien-être.

¹⁰ La systémique est une approche développée dans les années 1950. Elle se fonde sur une lecture originale des relations humaines.

¹¹ Annexe 1 : extraits du recueil de données



Exemples d'orientations

Un travail en lien avec les aidants, l'entourage et les différents professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social est effectué pour mettre en œuvre un accompagnement adapté aux besoins et attentes de la personne souhaitant rester « vivre chez elle ». En ma qualité de directrice, j'ai pour ambition de favoriser un travail coopératif entre les professionnels des différents services de l'association, mais également avec ceux du territoire pour faciliter les parcours de soins, de santé et de vie des personnes que nous accompagnons.

B) Le principe du prendre soin : le « care »

Dans le cadre des accompagnements, une relation de confiance s'installe entre la personne, le proche aidant et les équipes soignantes. Les usagers sont majoritairement accompagnés pour des soins au long court au sein du CSI et du SSIAD (durée d'accompagnement supérieure à un an pour 67% au sein des deux services). L'enquête réalisée en 2021 auprès des usagers et leur entourage montre une satisfaction de l'aspect relationnel. Les professionnels sont à l'écoute et se veulent disponibles en apportant une attention particulière aux besoins exprimés et repérés au domicile. L'enquête auprès des usagers et/ou aidants confirme cette approche personnalisée de l'accompagnement : satisfaction sur la disponibilité de l'équipe, l'écoute et le respect professionnel, ainsi que sur la prise en compte des besoins.

L'équipe soignante est dans une démarche du « prendre soin », le care, au-delà du curatif qui traduirait la réalisation de soins purement « techniques ». Durant les années 1990, la

philosophe Joan Tronto réforme la notion de care, c'est-à-dire le « souci des autres ». Coauteure d'un ouvrage, elle en donne une définition : « au niveau le plus général, nous suggérons que le care soit considéré comme une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre « monde », de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible » (Tronto, Fisher, 1990 :36). Dans cette citation, j'entends que le travail du care contient une part émotionnelle. Il est nécessaire d'entrer en empathie pour adopter le comportement adéquat et adapté à la personne accompagnée et son entourage.

En réalisant des tournées de soins avec des soignants, j'ai pu constater que leur approche de l'accompagnement en soin est en adéquation avec ma conception en tant que directrice. Autour de la réalisation des soins, la personne est prise en compte dans sa globalité humaine, les soignants sont dans la sollicitude. Un échange s'installe autour du bien-être de la personne. Les propos échangés me montrent que les soignants connaissent l'histoire de vie des usagers, leur environnement social, ... La personne accompagnée n'est pas « une prescription médicale ». L'accompagnement au sein du CSI, du SSIAD et de l'ESA, conçu dans le prendre soin, rejoint certains principes fondateurs de l'association¹² :

- ⇒ « Les personnels ont la volonté de travailler en équipe permettant ainsi la prise en charge dans le respect de la dignité humaine de la personne soignée qui souhaite demeurer à son domicile le plus longtemps possible, quels que soient ses origines, son histoire personnelle, son âge, son milieu social, sa religion, son handicap.
- ⇒ Les équipes sont à l'écoute des personnes soignées et des familles afin d'éviter la souffrance et les négligences qui pourraient en découler par épuisement des aidants ».

Lors d'un groupe de travail dans le cadre du projet d'établissement en fin d'année 2019, un participant soignant a dit : « Ce que nous partageons avec les personnes âgées, en tant que soignants, va au-delà des soins de confort et d'hygiène ».

1.1.3 Une organisation perturbée par une carence de direction et des difficultés économiques

Il est nécessaire de poser quelques éléments contextuels pour appuyer ma démonstration en exposant la situation globale de l'association lors de ma prise de fonction.

¹² Annexe 2 : extrait du projet associatif de Soins Santé

A) Une absence de direction pendant plusieurs années

J'ai été recrutée en janvier 2015 en qualité de directrice pour donner suite à la préconisation d'un DLA¹³ réalisé en 2014. En effet, l'établissement fonctionnait depuis sept années sans fonction de direction sur une décision du Conseil d'administration liée à des difficultés financières anciennes. Dans le cadre du diagnostic, les entretiens menés avec le personnel de l'association ont mis en exergue un climat social dégradé¹⁴. Cette carence a généré un glissement des fonctions entre les administrateurs et les infirmières coordinatrices des services pour pallier les missions et les responsabilités exercées par la direction. Cette absence de direction a également engendré des difficultés de communication entre les salariés et le Conseil d'administration. Les administrateurs, alors convaincus de l'absolue nécessité de ce poste au sein de l'organisation et de l'importance du rôle attaché à cette fonction, notamment en termes de pilotage et de conduite du changement, ont réagi. Les attentes à l'égard du responsable d'entité étaient nombreuses :

- ⇒ « Impulser davantage de transversalité entre les services,
- ⇒ Optimiser l'organisation interne et la logistique associative,
- ⇒ Maîtriser la gestion du personnel,
- ⇒ Être une véritable courroie de transmission entre le CA et les salariés,
- ⇒ Améliorer l'image de l'association,
- ⇒ Une personne qui a de la poigne, un modérateur, un médiateur, ... »¹⁵.

Les membres du CA ont rencontré des difficultés de recrutement pour le poste de direction en recherchant une compétence spécifique « soin ». Cependant, cette compétence incontournable pour la gestion des services d'accompagnement, était assurée par les infirmières coordinatrices. Au regard du contexte de l'association et des attentes, ils se sont alors orientés sur un profil de cadre gestionnaire avec une expérience dans le secteur médico-social. N'ayant pas l'expérience de ce secteur spécifique, il a été convenu dans mon contrat de travail de suivre la formation CAFDES pour renforcer mes compétences et les connaissances indispensables pour piloter trois services d'accompagnement sanitaire et médico-social. Trois mois après mon arrivée, les administrateurs ont répondu à l'exigence réglementaire des structures figurant au CASF en établissant un document unique de délégation ainsi qu'une délégation de pouvoir. Le transfert des responsabilités des membres du Conseil d'administration et des coordinatrices vers ma fonction de

¹³ Diagnostic Local d'Accompagnement : réalisé par Créalis Conseil et porté par la Ligue de l'Enseignement Fédération de la Manche

¹⁴ Annexe 3 : extraits du DLA - partie 1 et 5, chapitre « Forces et freins de la dynamique associative »

¹⁵ Annexe 4 : extraits du DLA - partie 1 du chapitre « Vers un nouveau projet pour l'association »

directrice a été immédiat. Le rapport du diagnostic de 2014 m'a été transmis pour définir mes actions prioritaires.

B) Des difficultés financières récurrentes

Quatre mois après ma prise de fonction, le bilan comptable de l'exercice de 2015 me fut présenté et l'association constatait (pour la 2^{ème} année consécutive) un déficit global important de 180 256 €. A ma demande, le CA, volontaire et solidaire, a mis en œuvre en juillet 2016 un audit financier. À la suite de celui-ci, le Conseil d'administration a décidé de ne pas licencier de salariés, mais de mettre en œuvre des mesures correctives économiques et de réorganisation des services en urgence qui ont principalement impacté un des trois dispositifs d'accompagnement, le CSI de l'association :

- ⇒ Arrêt des astreintes de nuit infirmières (13 000 €/an pour 10 interventions non urgentes),
- ⇒ Objectif zéro heure supplémentaire et complémentaire (coût de 15 500 €/an),
- ⇒ Proratisation légale de la prime infirmière en fonction du temps de travail,
- ⇒ Utilisation du véhicule de service plus régulièrement pour limiter les frais kilométriques,
- ⇒ Changement de coordination qui était effectuée jusqu'ici par 2 infirmières à 0,25 ETP chacune.

Après un plan de retour à l'équilibre sur trois années, la santé financière de l'association s'est améliorée avec un résultat global de l'exercice 2019 excédentaire de 49 548 € (un résultat à l'équilibre pour le CSI et un excédent pour le SSIAD et l'ESA). Dans le cadre de la réorganisation, un nouveau fonctionnement et de nouveaux outils de pilotage financier ont été mis en place. Les réunions mensuelles avec le Comité social et économique en 2019 laissaient apparaître un climat social apaisé.

1.1.4 Des faits qui interrogent l'aspect qualitatif des accompagnements

Le travail en complémentarité des dispositifs de soin de l'association est essentiel pour un accompagnement qualitatif des usagers. Cette dynamique existe au sein de Soins Santé. Cependant, lors de temps d'observation et d'échanges, j'ai relevé certains faits qui m'interrogent. J'ai pris conscience de plusieurs situations préoccupantes.

Premièrement, un isolement de l'équipe CSI est ressenti par rapport aux deux autres services (SSIAD et ESA). Lors des entretiens professionnels biennaux¹⁶ réalisés en 2021,

¹⁶ Annexe 5 : trame des entretiens professionnels biennaux

les propos exprimés traduisent un ressenti d'appauvrissement et d'isolement professionnels. Certains vivent un sentiment d'insatisfaction concernant l'accompagnement réalisé auprès des usagers, dû à un manque de communication entre les équipes soignantes. Lors de l'entretien professionnel de la coordinatrice de l'ESA, début 2022, celle-ci m'a exprimé le même sentiment d'isolement de l'équipe de la mémoire. En approfondissant l'échange, ma collaboratrice m'a fait part de la sensation que la mission de l'ESA était considérée comme « secondaire » par rapport aux missions du CSI et du SSIAD.

Deuxièmement, j'ai constaté, lors de plusieurs points individuels, que la coordinatrice du SSIAD, une professionnelle très investie auprès des usagers et de l'équipe aide-soignante, et malgré sa discrétion, manifestait une inquiétude régulière et un stress accru face à sa mission de coordination sur le service. Le constat que j'établis est une surcharge de travail qui met alors la coordinatrice en difficulté. Ces situations démontrent qu'il existe une certaine fragilité au sein des services qui peut impacter négativement l'accompagnement des personnes.

Troisièmement, lors des réunions mensuelles avec les équipes de coordination et les réunions hebdomadaires avec l'équipe aide-soignante, elles m'ont alertée sur des difficultés régulières dans le travail en coopération autour de l'utilisateur avec des intervenants de SAAD, de professionnels de santé et sociaux. Au cours de visites à domicile que j'ai réalisées¹⁷, des usagers et leur entourage se sont exprimés sur des difficultés rencontrées dans le cadre de leur accompagnement global à domicile. Les besoins des usagers de Soins Santé vont au-delà de l'unique soin technique infirmier ou du soin d'hygiène et de confort ou de maintien des capacités cognitives. Le travail en coopération entre les professionnels du secteur social, médico-social et sanitaire intervenants auprès de l'utilisateur est indispensable pour favoriser l'accompagnement global des personnes désirant vivre chez elles. Les situations exposées ci-dessus démontrent une fragilité dans la cohérence et la qualité des interventions autour de l'utilisateur. Des principes d'accompagnement, tels que l'approche écologique de la personne et le prendre soin, sont remis en question dans ce contexte.

1.2 Un diagnostic partagé : le cloisonnement des services à l'externe et à l'interne

Pour donner suite aux différents constats posés, j'ai mené un diagnostic stratégique¹⁸ sur l'environnement externe de l'association et au sein de l'organisation Soins Santé. Je l'ai

¹⁷ Annexe 6 : trame d'échanges avec les usagers et leurs proches aidants à domicile dans le cadre de la mise en œuvre d'une démarche qualité continue

¹⁸ Annexe 7 : tableau de synthèse du diagnostic

préparé en sélectionnant et créant différents outils permettant une adhésion et une participation des acteurs concernés :

- ⇒ Des entretiens individuels réalisés au domicile des personnes accompagnées dans le cadre de la mise en œuvre d'une démarche qualité continue
- ⇒ Des résultats de l'enquête de satisfaction annuelle¹⁹ réalisée à la fin de l'année 2021 auprès des usagers
- ⇒ Une enquête dédiée sur la qualité de l'accompagnement global à domicile auprès des usagers de de leur entourage²⁰
- ⇒ Des entretiens semi-directifs²¹ réalisés auprès des coordinatrices de service, les référentes administratives, la coordinatrice parcours de soins, les AS, les IDE, les ASG, les ergothérapeutes et des membres du CA
- ⇒ Des échanges au cours des groupes de travail mis en œuvre dans le cadre de l'écriture du projet d'établissement (2019-2020)
- ⇒ Des échanges lors de réunions avec le réseau de partenaires du territoire
- ⇒ Des temps d'observations dans différents contextes : lors de CODIR Soins Santé, de temps de transmissions sur les accompagnements, de réunions sur des projets du territoire, des réunions périodiques avec les directeurs de notre fédération régionale (UNA).

1.2.1 Le diagnostic externe : l'environnement de l'association

A) L'évolution des attentes exprimées par les usagers et leurs proches aidants

En analysant les retours de mon investigation auprès des participants, j'ai relevé une satisfaction globale des services et du travail des professionnels de l'association. Je me suis basée sur : les entretiens individuels réalisés au domicile des personnes accompagnées, les résultats de l'enquête de satisfaction annuelle réalisée à la fin de l'année 2021 et l'enquête dédiée sur la qualité de l'accompagnement global à domicile auprès des usagers de de leur entourage. Cependant, des demandes et des besoins ont été exprimés régulièrement :

a) Amélioration de l'accompagnement global au domicile

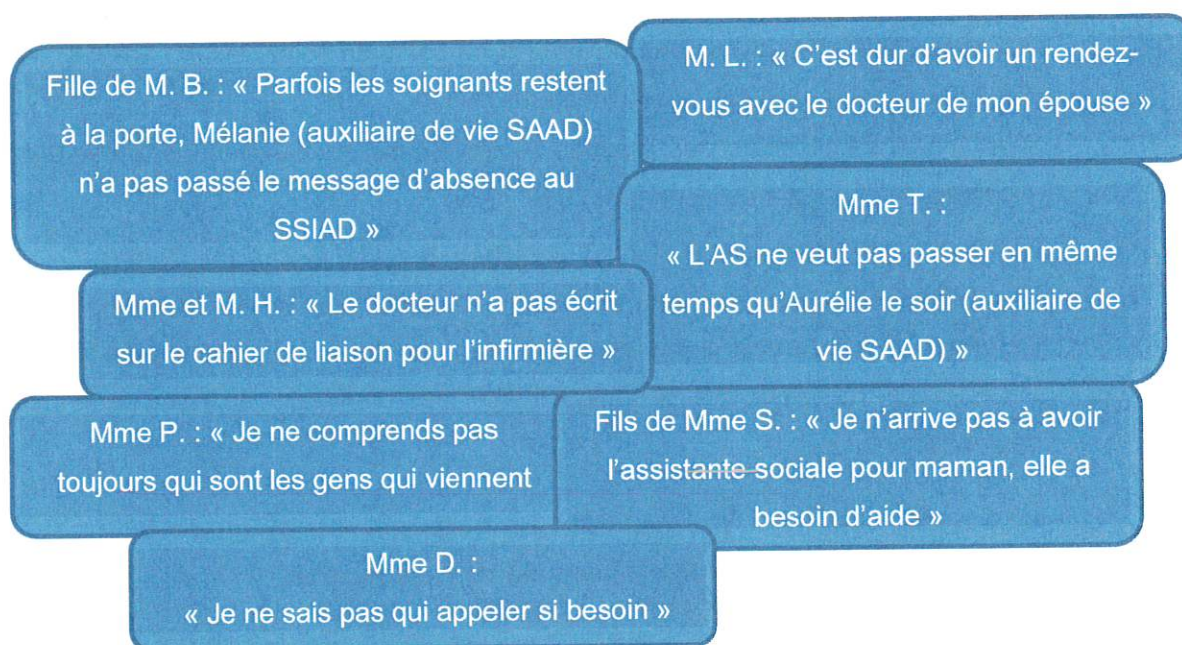
Au cours des visites au domicile que j'ai réalisées, des usagers et leur entourage se sont exprimés sur des difficultés rencontrées dans le cadre de leur accompagnement : pluralité d'acteurs autour de la personne accompagnée (équipes d'intervention Soins

¹⁹ Annexe 8 : trame enquête de satisfaction annuelle

²⁰ Annexe 9 : trame enquête dédiée sur la qualité de l'accompagnement global à domicile auprès des usagers de de leur entourage

²¹ Annexe 10 : trame des entretiens semi-directifs

Santé, auxiliaires de vie, médecins traitants et spécialistes, assistante sociale, etc...), manque de visibilité sur le rôle de chacun, et manque de transmissions entre ces intervenants. L'impact sur l'usager peut alors impliquer un manque d'efficacité du parcours de soin, voire des ruptures de parcours : perte de temps pour l'usager et les intervenants, difficultés dans la prise de rendez-vous et de contact avec les intervenants, manque de coordination et de cohérence des différentes actions menées et soins apportés à domicile. Ces propos traduisent un besoin de coordination globale, une aide renforcée et adaptée aux situations singulières des personnes accompagnées.



b) La communication sur l'organisation de Soins Santé

Cette demande est apparue à plusieurs reprises chez les usagers. Au cours des différents échanges, il s'est avéré que l'ensemble des services de Soins Santé est souvent méconnu par l'usager et/ou le proche aidant. Les équipes AS et IDE sont parfois mal identifiées et les usagers peuvent être surpris d'apprendre que ce sont des collègues de travail. Cela génère pour l'usager une perte de temps et de fluidité dans la communication avec les intervenants Soins Santé. Cet état de fait traduit un manque de visibilité des trois services de soins complémentaires de l'association, ainsi que du travail collaboratif des équipes autour de l'usager.

M. et Mme H., en présence de leur fille : « Ce n'est pas toujours facile pour nous de savoir à qui s'adresser, on est un peu perdu maintenant dans votre organisation ».

Fille de Mme M. : « L'infirmière ne connaît pas sa nouvelle collègue (aide-soignante) »

M. L. : « Je ne savais pas que c'était une même association le CSI et le SSIAD »

c) *L'organisation de rencontres au domicile avec les coordinatrices*

Les retours des participants lors de mon investigation relèvent une écoute des besoins exprimés et un soutien de la part des soignants lors de la réalisation des soins. Ils perçoivent une prise en compte adaptée de l'autonomie physique, psychique et/ou cognitive des personnes. Ils se sentent mis en confiance par les soignants. Concernant le suivi de l'accompagnement, les retours sont positifs. Cependant, les usagers/aidants ont exprimé le souhait de rencontrer régulièrement les coordinatrices à domicile pour réaliser des « points » sur les prises en soins. Les échanges actuels avec les IDEC du SSIAD et du CSI se font essentiellement par téléphone. Je relève un manque de participation des usagers et de leur entourage dans la révision des plans de soins et de leur accompagnement. Ils subissent alors le parcours de soins, sans être réellement acteur et partie prenante de leur accompagnement et de leur santé.

Mme G. : « Nous avons toujours un sourire et un mot gentil, les soignants sont très attentionnés et donnent des conseils »

Mme Y. : « Les transmissions sont bien faites. Les AS donnent les informations à la coordinatrice quand j'ai des rendez-vous à l'extérieur »

Mme M. « Les aides-soignantes communiquent avec les infirmières »

M. T. « L'IDEC suit bien les patients c'est rassurant »

d) *Adaptation des horaires d'intervention aux habitudes de vie*

Les horaires de passage ne répondent pas toujours aux besoins et attentes des personnes accompagnées. Des usagers ne se sentent pas respectés dans leurs habitudes de vie. M. H. dit « les horaires changent trop souvent, c'est un peu fatigant et on n'est pas prévenu ». Certains usagers se sentent stressés et contraints par la variation des horaires

de passage. Des IDE passent au moment des repas et certains expriment l'obligation de rentrer chez eux en fonction des horaires de passage. Cette instabilité dans les horaires interroge quant au respect du rythme de vie des usagers, de leur bien-être et de leurs attentes. Nous n'avons pas la capacité humaine et financière pour ajuster les horaires de passage en fonction des habitudes de vie de chaque personne. Il faut également noter que les horaires de passage peuvent être également décalés en fonction des besoins journaliers en soins chez certains usagers. Un jour, l'état physique et/ou psychologique d'une personne peut nécessiter un temps de soins plus conséquent et donc retarder le soignant sur sa tournée. Nous sommes aussi contraints par la législation des temps de travail pour les salariés.

e) *Organisation de temps de partage conviviaux entre proches aidants*

Le retour des aidants est très positif sur l'accompagnement individuel proposé par chacun des trois services. Ils se sentent en confiance car les soignants prennent leur temps pour la réalisation des soins. Ils sont soulagés de pouvoir sortir faire une course pendant la présence des soignants. Ils spécifient que le temps est pris par les soignants pour répondre aux questions et les rassurer. Ils se sentent soutenus. Cependant, des besoins ont été exprimés comme des temps de partage entre aidants, organisés par Soins Santé, avec en parallèle un temps de suppléance pour s'occuper de la personne aidée. Beaucoup d'aidants se sentent seuls et épuisés. Ils souhaiteraient pouvoir prendre du temps pour eux en toute sérénité. Mme H. ajoute : « sans m'inquiéter pour mon conjoint ». Le constat est fait lors de réunions partenariales qu'il manque des solutions de répit sur le territoire.

B) Les politiques publiques en faveur des personnes âgées désirant vivre chez elles

a) *Les opportunités*

Dès 1962, le rapport Laroque²² fait le constat d'une mise à l'écart de la société des personnes âgées. Plusieurs priorités sont définies dont la favorisation du maintien à domicile et le décroisement des secteurs sanitaire et social. La loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement de 2015²³ renforce cette priorité en la mettant au cœur des préoccupations. Soins Santé intervient au domicile des personnes vieillissantes en termes de soins et de prévention à la santé.

²² Laroque P. (1962), *Politique de la vieillesse*, Rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse
²³ Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Journal officiel, n°0301 du 31 décembre 2015

La loi de modernisation du système de santé de 2016 ²⁴ valorise l'exigence d'une prise en charge globale en décloisonnant les secteurs du sanitaire, du médico-social et du social et en développant des actions coordonnées sur les territoires. Soins Santé a pour ambition de favoriser un travail de coopération entre les professionnels des différents services de l'association mais également avec ceux du territoire pour faciliter les parcours de soins, de santé, et de vie des personnes.

Nos orientations s'inscrivent également dans des propositions d'objectifs du Projet Régional de Santé normand 2018-2022²⁵. L'association développe des actions de prévention et de promotion de la santé envers la population du territoire pour prévenir la perte d'autonomie dans une stratégie de « bien vieillir » et rendre l'usager acteur de sa santé et accompagner les aidants. Les ambitions du projet d'établissement de l'association s'inscrivent dans les actions du schéma départemental médico-social de la Manche 2017-2021. L'association des personnes et de leur entourage aux décisions prises est essentielle pour leur permettre d'être actrices de leur parcours. Il s'agit de développer des réponses partenariales de proximité pour faire le lien avec les intervenants pour respecter ces décisions. Dans la continuité du précédent schéma gériatrique, le « bien vieillir chez soi » priorise la prévention de la dépendance et du maintien à domicile. Pour Soins Santé, c'est une opportunité de mettre en œuvre une stratégie partenariale pluriannuelle dans le domaine de la prévention de la perte d'autonomie et du soutien aux aidants des personnes âgées.

b) Les menaces

L'accompagnement global des usagers et la continuité des interventions peuvent être impactés par le cloisonnement qui perdure entre les secteurs du médico-social et du sanitaire. Le fonctionnement des établissements et services, ainsi que des différents professionnels est séparé. Toutefois, la politique de santé et les politiques d'action sociale interagissent, elles sont transversales. Il semble nécessaire d'être innovant en termes de partenariat et de coopération pour articuler les interventions des différents secteurs sur le terrain.

Au niveau local, le cloisonnement se fait sentir dans le travail en lien avec certains services du Centre Hospitalier Public du Cotentin, les médecins traitants, les assistantes sociales et certains services d'aide et d'accompagnement à domicile. Les transmissions d'informations

²⁴ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal officiel, n°0022 du 27 janvier 2016

²⁵ Projet Régional de Santé Normandie (2018-2022)

indispensables concernant les personnes accompagnées en commun circulent mal. Cela génère parfois des ruptures de parcours des personnes.

La loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances²⁶ a substitué le terme « accompagner » à celui de « prendre en charge ». Au sein de Soins Santé, j'ai constaté cette différence de langage que j'amène à faire évoluer. Les termes « patients » et « prise en charge » appartenant au secteur sanitaire sont favorisés par habitude. L'historique de l'association explique cette particularité de langage. Le Centre de Santé Infirmier à l'origine de la création de l'association est un dispositif sanitaire de proximité. Il est régi par le Code de la santé publique. Le décloisonnement des offres de service de Soins Santé est nécessaire. Il permet de proposer des réponses croisées aux besoins et attentes variées des personnes et une complémentarité des interventions.

C) Le système d'acteurs autour de la personne âgée sur le territoire

a) *Les opportunités*

Les acteurs

Pour mettre en œuvre un accompagnement adapté aux besoins de la personne souhaitant rester « vivre chez elle », il est indispensable de coopérer avec les usagers, les aidants et les professionnels intervenants dans le parcours de soin et de vie. La connaissance des professionnels et des institutions présents sur le territoire est indispensable pour une collaboration et une optimisation de l'accompagnement global de la personne. Les services de Soins Santé collaborent quotidiennement avec les différents professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social du territoire. Ces acteurs tendent à cultiver une dynamique de travail en réseau²⁷.

Il est nécessaire d'optimiser les coopérations afin de favoriser les parcours des personnes accompagnées. Sur le territoire de Cherbourg-en-Cotentin, beaucoup d'acteurs sont également engagés dans des actions sur la préservation de l'autonomie. Il s'agit là de définir une meilleure coordination dans les cibles, dans le contenu et dans le déploiement sur notre territoire.

²⁶ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal officiel n°36 du 12 février 2005

²⁷ Annexe 11 : Soins Santé dans son territoire

Le réseau

L'association est inscrite dans la démarche d'intégration pilotée par la MAIA²⁸. Elle participe à la table tactique qui est un espace collaboratif et décisionnel entre les opérateurs responsables des services d'aide et de soins, qui concourent au soutien à domicile de la population âgée. Sur le Cotentin, la concertation se décline en quatre projets de territoire sur lesquels l'équipe est mobilisée :

- ⇒ Information et orientation,
- ⇒ Parcours complexes,
- ⇒ Répit-Aide aux aidants,
- ⇒ Liaison et partage.

Il est important que l'association participe activement à la structuration des parcours de vie et de santé. Soins Santé a intégré, en 2021, les groupes de travail de la future Communauté Professionnelle Territoriale de Santé du Cotentin (CPTS). Ce dispositif de coordination a pour objectif de transformer les logiques de prises en charge médicale des patients et des populations. L'intégration à cette CPTS est un moyen d'améliorer l'accès et la fluidité des parcours de soins des personnes par une démarche partenariale collaborative. C'est également un levier pour favoriser le décloisonnement des secteurs sanitaire et médico-social.

b) Les menaces

La commune nouvelle de Cherbourg-en-Cotentin

Une des missions du CSI de Soins Santé est la prévention et la promotion de la santé. Dans le cadre du plan municipal de santé de Cherbourg-en-Cotentin, nous agissons sur plusieurs axes : permettre à chaque habitant d'être acteur de sa santé quel que soit sa différence et favoriser l'accès aux soins à Cherbourg-en-Cotentin. Cependant, à ce jour, nos actions ne sont pas formalisées dans une convention partenariale. Ce manque de valorisation remet en cause nos possibilités d'actions envers les publics vulnérables. La municipalité est un acteur incontournable. Il est primordial de consolider et de rendre visible nos objectifs communs en réponse aux besoins de la population identifiés dans le rapport de l'analyse des besoins sociaux de mai 2017²⁹, initié par le CCAS Cherbourg en Cotentin.

²⁸ MAIA : Méthode d'intégration des acteurs pour l'autonomie des personnes âgées. Nouvellement constituée en DAC sur le territoire juin 2022

²⁹ Rapport-diagnostic de l'analyse des besoins sociaux, mai 2017, CCAS Cherbourg en Cotentin

Le Centre Hospitalier Public de Cherbourg-en-Cotentin

Le SSIAD et le CSI sont des dispositifs qui permettent notamment de faciliter le retour au domicile à la suite d'une hospitalisation. Les coordinatrices de soins de l'association rencontrent des difficultés récurrentes pour obtenir des informations essentielles dans la prise en soin des personnes sortant d'hospitalisation. Les services du CHPC orientent vers nos dispositifs d'accompagnement. Néanmoins, la collaboration et la coordination pour faciliter le parcours de la personne est laborieux. Le manque de transmissions et l'aspect relationnel entre les équipes génèrent des tensions et des difficultés. L'enjeu est l'accompagnement qualitatif de nos usagers et la mise en œuvre de plans de soins adaptés aux besoins.

1.2.2 Le diagnostic interne : l'organisation Soins Santé

A) La dimension participative des salariés et la communication interservices

a) *Les forces et les atouts*

Une dynamique du changement impulsée autour de la démarche qualité

En septembre 2019, impulsée par la direction et l'organisme gestionnaire, une dynamique de changement a été engendrée par la formalisation de la démarche qualité continue. La direction est garante de la culture qualité et de son appropriation par tous les acteurs de l'établissement. Depuis janvier 2020, l'intégration de la culture qualité se fait progressivement. La démarche qualité est l'opportunité d'une collaboration transversale avec les équipes des différents services. Elle permet de décroiser la nature de l'offre de service de l'établissement. « La volonté de notre structure est que cette démarche soit partagée par tous à tous les niveaux et dans tous les services. Il doit en résulter l'émergence d'une véritable culture qualité, commune à tous »³⁰. L'utilisateur doit être au cœur des préoccupations de chacun, car tous nous agissons directement ou indirectement pour lui permettre de recevoir les soins et les prestations qu'il est en droit d'attendre. A travers cette politique, notre ambition est d'assurer aux personnes et à leurs proches un service de qualité conforme à leurs besoins et à leurs attentes.

L'écriture du projet d'établissement

La réflexion autour du projet d'établissement de Soins Santé a eu pour finalité une co-construction de nos valeurs et de nos principes d'intervention centrés sur nos usagers et leurs aidants, qui sont au cœur de nos processus d'action. Les temps de partage et

³⁰ Extrait de la Lettre d'engagement de la directrice dans la démarche qualité, 13 septembre 2019

d'échange avec les salariés, pour l'écriture de ce projet, furent enrichissants. En interne, une dynamique collaborative est née par un travail transversal sur l'ensemble des services complémentaires de l'association. Lors de la formalisation des valeurs de la structure et du choix des actions sur une période de cinq ans, trois professionnels représentant chaque service de soin ont été associés au comité de pilotage. Le COPIL a fait le choix d'une démarche participative tout au long du déroulement de l'écriture du projet. Des groupes pluridisciplinaires constitués notamment de professionnels de terrain ont été mis en place. Sur la base du volontariat, les professionnels ont pu s'inscrire dans les groupes de travail pour une réflexion commune et pertinente.

b) Les faiblesses

Un manque d'échanges entre la coordination et la direction

Certaines coordinatrices restent réfractaires au changement dans l'organisation et la gestion de leurs missions. Les temps de réflexion stratégique entre les coordinatrices et la direction sont insuffisants pour leur permettre d'avoir une vision globale des besoins structurels et fonctionnels. Cette situation freine une coordination interservice optimale. De plus, cela génère un cloisonnement de fonctionnement et des équipes par service. Le manque de pilotage de l'équipe de coordination de ma part entraîne un déséquilibre dans la manière de mener leur travail au quotidien auprès des équipes et des usagers. La « charge » de travail très conséquente de la coordinatrice du SSIAD est un constat posé. L'implication stratégique de la coordination pourrait permettre à la coordinatrice du CSI de se positionner en soutien. En effet, une grande majorité des usagers accompagnés par le SSIAD sont également suivis par le CSI. Cela permettrait de soulager la coordinatrice du SSIAD et de fluidifier l'accompagnement des personnes en décroissant les réponses à leur demandes/besoins quotidiens.

Des réunions interservices inexistantes

Hormis dans le cadre des rassemblements annuels, axant sur les actions générales de l'association, il n'existe pas de réunions interservices régulières. A part au détour d'une rencontre lors du passage au centre, les équipes de terrain ne se rencontrent jamais. Cela génère un cloisonnement des services et un manque de transversalité structurel. Cette carence de communication en équipe pluridisciplinaire ne favorise pas le travail coopératif autour de l'utilisateur. De plus, l'enrichissement des pratiques et des compétences est biaisé. Ces éléments désavantagent la qualité des accompagnements des usagers et des moyens d'intervention des équipes soignantes.

B) L'équipe pluridisciplinaire et les compétences professionnelles

a) *Les forces et les atouts*

L'équipe de Soins Santé

Soins Santé est dotée d'une équipe pluridisciplinaire. L'effectif permanent est positif avec 53 salariés représentant 38 ETP³¹. Un pôle fonctions supports est assuré par trois référentes administratives et moi-même, la directrice. Les missions des référentes ont été redéfinies en 2019. En effet, celles-ci très polyvalentes nécessitaient que nous précisions leur rôle respectif dans le processus organisationnel. De plus, en accord avec le Conseil d'administration, j'ai créé une nouvelle fonction de référente qualité, qui demandait une nouvelle répartition des tâches administratives par spécialisation :

- ⇒ Comptabilité et facturation ;
- ⇒ Ressources humaines ;
- ⇒ Secrétariat et logistique ;
- ⇒ Qualité.

Chacune exerce une mission d'accueil téléphonique et physique. Cette réorganisation a l'objectif de valoriser la mission de chacune, d'améliorer le fonctionnement des services et de fluidifier et rendre visible les processus de travail.

Le pôle de coordination est composé de quatre professionnelles. Une coordinatrice est présente sur chaque dispositif de soins (temps de travail complet et partiel en fonction des services). Elles assurent la coordination des soins, le management de proximité des équipes et la gestion quotidienne des services (planification, arrêts de travail, ...). Nous comptons également une coordinatrice parcours de soins qui travaille en transversalité sur les trois dispositifs d'accompagnement. Elle assure la gestion des admissions des usagers au sein du SSIAD et du CSI ainsi que la cohérence des relais interservices. En collaboration avec la Directrice, elle participe à la communication sur les services et au relationnel auprès des différents acteurs du territoire. Elle contribue également à l'élaboration de projets répondant aux besoins du territoire.

Le pôle d'intervention est composé d'une équipe aide-soignante (23 professionnels), d'une équipe infirmière (12 professionnels), de 3 assistantes de soins en gériatrie et de 2 ergothérapeutes (dont une partage son temps avec la coordination de l'ESA). Cette mixité de profils et de compétences permet une mise en commun de ressources (par exemple des sensibilisations sont réalisées par l'ergothérapeute auprès des aides-soignants) et un

³¹ ETP : Equivalent Temps Plein

enrichissement des pratiques qui reste à développer au profit de l'accompagnement des usagers.

Un premier niveau de développement des compétences

Les équipes d'intervention du SSIAD et de l'équipe de la mémoire (ESA) bénéficient chaque année de formations organisées par Normandie SSIAD. Les thèmes de formation, choisis en impliquant les adhérents, sont ciblés sur l'accompagnement concret auprès des usagers :

- ⇒ Accompagnement de fin de vie,
- ⇒ Bienveillance et communication,
- ⇒ Accompagner la personne présentant des troubles cognitifs,
- ⇒ Sécuriser la manutention des personnes à mobilité réduite,
- ⇒ Faire face à l'agressivité en situation professionnelle, ...

Des formations certifiantes sont également mises en œuvre. La coordinatrice du SSIAD a suivi la formation « La coordination en SSIAD » sur une période de 6 mois. Ces formations sont dispensées par la Croix Rouge Française et, en plus de l'apport théorique, elles permettent un échange des pratiques entre professionnels. Par ce biais, nous avons pu faire évoluer des postes d'aides-soignantes vers des fonctions d'assistantes de soins en gériatrie avec une mobilité en interne, SSIAD vers ESA.

b) Les faiblesses

Un développement des compétences inégal et insuffisant

Il n'existe pas de plan de développement des compétences anticipé et formalisé au sein de l'organisation. Ce constat est un écueil dans la dynamique de management des compétences. L'équipe infirmière du CSI bénéficie de très peu d'actions de formation lui permettant d'adapter et d'enrichir ses pratiques professionnelles. Dans l'accompagnement en soins, la réalisation technique des actes infirmiers évolue ainsi que les pathologies chroniques de nos usagers. Les difficultés de financement de ce dispositif expliquent en partie cette faiblesse en termes de formation.

Cependant, au cours des entretiens professionnels biennaux, les infirmier.es ont exprimé ce besoin d'enrichir leurs pratiques et leur expertise professionnelles pour une amélioration continue des prestations de soin auprès des usagers. Lors de la réalisation de l'entretien professionnel et d'évaluation de la coordinatrice parcours de soins en début d'année 2022, celle-ci m'a notifié son sentiment de manque de reconnaissance. En effet, cette collaboratrice a une formation initiale d'infirmière. Lors de la création du poste de coordination parcours de soins en 2017, nous devions programmer une formation

spécifique pour diversifier et approfondir ses compétences en corrélation avec ses missions. A ce jour, contrairement aux autres coordinatrices, elle n'a pas suivi cette formation. C'est une professionnelle investie. Néanmoins, ce manque de valorisation entraîne une sensation de mise à l'écart par rapport au reste de l'équipe. Et cette situation impacte logiquement l'optimisation de l'accompagnement global des usagers.

C) Le management d'équipe et la dynamique de terrain

a) *Les forces et les atouts*

Un management participatif

La politique managériale que j'impulse au sein de la structure se veut participative. Il me semble nécessaire d'impliquer les salariés dans le processus de prise de décision et dans la résolution de problèmes. En ma qualité de directrice, je crois en l'intelligence collective de l'organisation. Le management participatif améliore la collaboration du personnel autour d'une problématique pour en extraire les avantages et les apports collectifs. Les salariés de l'association sont tous acteurs du projet d'établissement. Leur participation est indispensable.

Ce management se concrétise par l'association des coordinatrices et des référentes administratives sur certaines décisions fonctionnelles des services et d'évolution organisationnelles. Les équipes de terrain sont sollicitées dans les groupes de travail pour améliorer l'accompagnement des usagers, les pratiques professionnelles, les principes d'intervention et la qualité de vie au travail. Les réunions hebdomadaires avec les équipes d'intervention permettent un suivi et une adaptation collectifs des accompagnements des usagers. Le management participatif est un levier pour une collaboration transversale des différents services de Soins Santé. Il engage également un enrichissement des cultures existantes et fait naître de nouvelles valeurs partagées.

Des équipes de terrain humaines et investies auprès des usagers

L'organisation d'un accompagnement coordonné à domicile reste spécifique par rapport à celui de structures d'accueil entre les murs. Les équipes d'intervention de chaque service travaillent en autonomie au domicile des personnes. Les entretiens professionnels révèlent une satisfaction et le choix des soignants de ce contexte de travail. Chaque équipe est supervisée par une coordinatrice qui est garante de la qualité et de la continuité des soins. Des temps de transmissions quotidiens permettent la cohérence et l'adaptabilité des actions mises en œuvre pour nos usagers à leur domicile. Un travail en coopération essentiel est réalisé entre les coordinatrices et les équipes de terrain. Ce lien permet la continuité de l'accompagnement avec une attention particulière pour prévenir et anticiper

les situations charnières des personnes accompagnées, les risques de rupture et de dégradation de leur état de santé en adaptant les plans de soins et l'accompagnement plus global au domicile. Et dans ces perspectives, les coordinatrices interagissent quotidiennement avec les acteurs intervenants au domicile de la personne âgée. Les équipes interviennent autour de valeurs communes. Celles-ci ont été mises à jour lors des groupes de travail organisés dans le cadre de l'écriture du projet d'établissement. Ces valeurs traduisent l'engagement des équipes de Soins Santé.

b) *Les faiblesses*

Le concept hiérarchique de la gouvernance de Soins Santé

La gouvernance de l'association est assurée par des membres bénévoles retraités investis dans leur mission. Du fait de leurs expériences professionnelles respectives, le système hiérarchique est fort. Je constate une méfiance régulière vis-à-vis des cadres intermédiaires et une certaine mise à l'écart. Les niveaux décisionnaires sont répartis entre la présidente/Conseil d'administration et moi-même. Je suis la seule bénéficiaire d'une délégation de pouvoir au sein de l'organisation. Cette séparation hiérarchique va parfois à l'encontre de ma pratique de directrice pour certaines prises de décision et actions. Même si les objectifs stratégiques sont toujours fixés par la gouvernance et par moi-même, je m'appuie sur l'ensemble de l'équipe en tenant compte de leurs connaissances et de leur savoir-faire pour les mettre en œuvre. Cette vision divergente engendre parfois des tensions. Je constate un manque de confiance réciproque entre l'équipe et le Conseil d'administration. Des membres de l'équipe d'intervention m'ont exprimé l'impact négatif du manque de communication avec les membres du Conseil d'administration de Soins Santé.

D) **Le financement des trois dispositifs de soins**

a) *Les forces et les atouts*

Le SSIAD et l'Equipe de la mémoire, services médico-sociaux, sont financés par une dotation globale de l'ARS stable avec un taux évolutif annuel. Par rapport au niveau national, nous sommes bien dotés. Même si les financements de l'ESA restent fragiles pour l'évolution de nos besoins.

b) *Les faiblesses*

En revanche, le CSI, dispositif fondateur de l'association est un point préoccupant en termes de financement. Malgré sa complémentarité avec le SSIAD et l'ESA dans l'accompagnement des personnes, il n'est pas financé par une dotation de l'ARS. Il est sectorisé dans le sanitaire. Le financement dépend majoritairement des actes, réalisés par l'équipe infirmière, réglementés par la nomenclature générale des actes professionnels infirmiers. Le temps passé pour la dimension relationnelle, de prévention et d'éducation à

la santé auprès de la personne n'est pas reconnu. Dans le cadre de l'Accord national des centres de santé³², le CSI perçoit également des rémunérations spécifiques et complémentaires pour sa mission de coordination des soins et ses actions de prévention. Cependant celles-ci restent plafonnées et limitées. En outre, une subvention dite Teulade³³ rémunère une partie des cotisations sociales liées aux salaires. Les actes de soins effectués restent insuffisants pour supporter financièrement la masse salariale du service.

E) Les partenariats existants autour de l'accompagnement des usagers

a) *Les forces et les atouts*

Soins Santé construit des partenariats avec les acteurs du territoire pour favoriser un travail collaboratif autour de la personne. Des coopérations se mettent en place sous différentes formes, notamment pour la coordination dans l'accompagnement des usagers. Les trois services de soins sont en relation constante avec les partenaires intervenant auprès de la personne afin de répondre à leurs besoins. Cela se concrétise par des échanges quotidiens et des réunions de concertation. Pour développer les partenariats, Soins Santé participe à des rendez-vous et des réunions pour présenter les missions, les principes d'intervention et les valeurs de l'association. Cette présentation s'effectue également par le biais d'une participation à certains forums à destination des aidés, des aidants et des professionnels. Afin d'officialiser ce travail avec nos partenaires, des conventions ont été signées, certaines sont en cours d'écriture ou en projet. La présidente, la coordinatrice parcours de soins et moi-même participons activement au développement du travail en réseau au niveau politique, institutionnel et opérationnel.

b) *Les faiblesses*

Beaucoup de partenariats ne sont pas formalisés par une convention de collaboration et d'autres sont obsolètes. Par exemple depuis sept ans, malgré plusieurs rendez-vous avec la direction générale et la direction des soins du Centre Hospitalier Public du Cotentin, notre convention n'est toujours pas actualisée. Il est indispensable de formaliser les partenariats en travaillant conjointement sur l'écriture de conventions. Celles-ci doivent définir des objectifs concrets de collaboration autour des usagers, les moyens de mise en œuvre, ainsi que les modalités d'évaluation et de réajustement. L'enjeu est bien de répondre aux besoins/attentes des personnes en décroissant les interventions. Les partenariats doivent améliorer les parcours de santé et de vie pour ainsi éviter toute rupture.

³² Le centre de santé adhère à l'Accord national des centres de santé, défini dans la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 78. L'Accord national des centres de santé est la convention qui organise les rapports entre les caisses d'assurance maladie et les centres de santé.

³³ La subvention dite "TEULADE" consiste à rembourser 11,5 % de l'assiette des cotisations patronales (maladie, maternité, invalidité, décès), des personnels

Ce diagnostic est fondé sur des éléments factuels, ainsi que sur des feedbacks (ressentis, frustrations et satisfactions) exprimés par les participants. A l'issue de celui-ci, il était indispensable de le partager pour vérifier la compréhension et l'acceptation des participants, qui se sont révélées positives sur le fond. Le diagnostic partagé a permis aux professionnels de Soins Santé (AS, IDE, ASG, ergothérapeutes, coordinatrices, et référentes administratives) et aux acteurs externes sollicités de faire le lien entre leur situation individuelle et la situation globale repérée et formalisée. Cette méthode a généré une prise de conscience et une représentation commune de la situation. Cela pose la légitimité de l'association pour piloter le changement et cela va permettre une mobilisation des parties prenantes.

Le diagnostic réalisé et partagé m'amène à poser la problématique suivante : il existe un cloisonnement des services en interne, mais également en externe avec les différents acteurs de l'aide à domicile, ainsi qu'une sectorisation sanitaire d'un côté, et médico-sociale de l'autre qui perdure. Cette situation fait frein à un accompagnement optimal des personnes âgées désirant vivre chez elles. Le décroisonnement apparaît comme une nécessité. Il s'agit d'améliorer la qualité des prestations de soin et d'accompagnement des usagers à leur domicile, sur leur territoire de vie. Pour contribuer au maintien à domicile, désiré par les personnes, le développement d'une dynamique de collaboration interne est nécessaire. Il faut dépasser l'actuelle approche cloisonnée des interventions et du fonctionnement des dispositifs de soin.

En ma qualité de directrice, mon ambition est d'adapter notre offre de service pour répondre aux besoins et aux attentes repérés et exprimés par les usagers et leurs aidants. Ainsi, le travail en association avec les acteurs du secteur social, médico-social et sanitaire est indispensable pour optimiser la cohérence des parcours de santé et, plus globalement, de vie des usagers. La réflexion d'un système de coopération autour de la personne accompagnée est nécessaire et indissociable de la démarche qualité visée au sein de Soins Santé. L'accompagnement à domicile est spécifique. Ce sont les professionnels qui viennent à la personne, dans son environnement de vie matériel et social, choisi et sécurisant pour eux. Ils entrent dans un espace intime empreint d'un vécu, d'habitudes de vie et de choix. Au-delà de la prise en compte de la singularité de la personne dans les prestations de soins, il est essentiel de respecter son environnement et d'appréhender son accompagnement avec une approche globale.

2 Les enjeux d'un accompagnement global qualitatif des personnes âgées désirant vivre chez elles

Il n'existe pas de définition précise et stable de l'accompagnement global d'une personne. Suivant une définition commune, « accompagner » c'est se joindre à quelqu'un pour aller où il va, en même temps que lui. On peut utiliser des synonymes comme guider et conduire. Concernant le terme de global, c'est considérer quelque chose dans son ensemble. Dans mon contexte professionnel, cette notion fait écho à deux dimensions. Du point de vue de la personne, l'accompagnement global est de bénéficier des services nécessaires pour pouvoir bien vieillir chez soi, dans le respect de son projet de vie. Cela suggère des conditions adaptées pour vivre chez soi le plus longtemps possible, en étant bien accompagné, bien installé et en toute sécurité. Du côté des dispositifs et des professionnels, l'accompagnement global est un processus dynamique qui comprend des interventions pluridisciplinaires en fonction du projet de vie de la personne et de son proche aidant. C'est une démarche professionnelle participative qui nécessite une coordination tenant compte de l'ensemble des facteurs spécifiques répondant aux besoins et aux attentes de l'utilisateur. Cette vision de l'accompagnement est partagée avec les équipes et les partenaires de Soins Santé.

2.1 La nécessité d'un système de coopération autour de la personne

2.1.1 Le décroisement nécessaire de la sectorisation sanitaire, sociale et médico-sociale

A) Le décroisement en théorie

Le cloisonnement entre les champs du social et médico-social et du sanitaire s'explique notamment par l'histoire législative et par des interventions définies par catégories de disciplines et de métiers. La loi de 1970, portant sur la réforme hospitalière³⁴, qui a instauré le travail à temps plein des praticiens, a généré une barrière entre la médecine de ville et l'hôpital. Parallèlement, la loi de 1975 relatives aux institutions sociales et médico-sociales³⁵, a consacré une rupture entre le sanitaire et le social. Elle a organisé pour la première fois l'offre sociale et médico-sociale comme un ensemble homogène et autonome, en introduisant le concept de médico-social, et en permettant aux établissements sociaux de proposer des prestations de soins. Elle symbolise

³⁴ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Abrogé par Loi n°91-1406 du 31 décembre 1991. Journal officiel du 4 janvier 1992.

³⁵ Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Journal officiel du 1^{er} juillet 1975

l'autonomisation du secteur social vis-à-vis du champ hospitalier, traduisant bien des difficultés sectorielles déjà installées.

Le fonctionnement séparé des établissements ou services et des professionnels des deux domaines ne favorise aucunement l'accompagnement global des personnes. Cette situation engendre d'ailleurs des ruptures de parcours. En effet, les individus en condition de vulnérabilité (isolement, maladie, âge, ...) sont parfois accablés par le manque de visibilité et d'informations. Ils sont perdus face à la multiplicité des démarches à réaliser et des interlocuteurs pouvant répondre à leurs besoins. Comme le cite le CSTS dans l'un de ses rapports : « Le respect de l'unicité et des choix de la personne sont essentiels, il n'y a pas à séparer des aspects comme le sanitaire et le social en domaines différents. Au contraire, il y a tout à gagner à croiser les points de vue et à articuler les métiers [...] favoriser la coordination entre intervenants exerçant sur le même territoire et contactant les mêmes populations. Il est donc nécessaire que les politiques se coordonnent entre elles et s'énoncent de manière cohérente. » (Conseil Supérieur du Travail Social, 1996 :8³⁶). Ce rapport de 1996 fut un écrit fondateur de l'intervention individualisée moderne qui a inspiré depuis de nombreuses politiques sociales transversales au sens large du terme social. J'entends dans cette citation, l'essentielle communication et coordination entre les différents champs d'intervention afin d'adapter, dans une dynamique de coopération, des solutions respectant les choix et restant cohérentes aux besoins de chaque individu.

Comme je l'ai précisé dans mon diagnostic externe sur les politiques publiques, la loi de modernisation du système de santé de 2016³⁷ valorise, notamment, l'exigence d'une « prise en charge » globale en décloisonnant les secteurs du sanitaire, du médico-social et du social, ainsi qu'en développant des actions coordonnées sur les territoires. La dynamique de coopération ne peut s'opérer sans une articulation des professions des secteurs d'intervention. Les champs du sanitaire, du social et du médico-social évoquent des cultures professionnelles différentes, tout comme l'accompagnement à domicile ou en établissement. Le cloisonnement en catégories disciplinaires/métiers perdure à différents niveaux par une représentation réciproque de l'autre par rapport à son identité professionnelle. Par exemple, les infirmiers peuvent être perçus comme des professionnels focalisés sur le soin et les auxiliaires de vie centrés sur l'accompagnement social. Il existe également des différences de langage, comme pour parler de la personne accompagnée, « patient » versus « bénéficiaire/usager ».

³⁶ Conseil Supérieur du Travail Social, (1996), *L'intervention sociale d'aide à la personne*, rapport du CSTS

³⁷ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal officiel, n°0022 du 27 janvier 2016

Les pratiques professionnelles sont encadrées par des législations, référentiels, des procédures et des outils distincts. Une méconnaissance mutuelle des compétences, du rôle et du périmètre d'intervention de chacun renforce également ce cloisonnement. Dans certaines circonstances, cette méconnaissance provoque même des désaccords en termes de légitimité et de posture professionnelle. Par exemple, dans les domaines du soin et de l'aide à domicile, les aides-soignants et les auxiliaires de vie sont parfois dans des situations conflictuelles concernant leur rôle auprès de l'usager. Les aides-soignants peuvent reprocher aux auxiliaires de vie d'aller au-delà de leur fonction en aidant les personnes pour les soins d'hygiène et de confort. Les auxiliaires de vie ne comprennent pas que les aides-soignants ne préparent pas le petit déjeuner de l'usager avant de l'accompagner à faire sa toilette. Dans l'un de ses rapports, le CSTS introduit l'idée de transprofessionnalité : « La notion de transprofessionnalité signifie d'une part la prise en compte de professionnalités diverses, auxquelles il est pertinent de faire appel en complément de la sienne propre, et d'autre part la mise en commun de savoirs et d'approches autres que les siens [...] et c'est le respect de l'identité de l'autre qui permet de cumuler des approches différentes dans une transprofessionnalité » (Conseil Supérieur du Travail Social, 2007 :95³⁸). Cette notion est d'actualité pour contribuer au décroisonnement et mettre en œuvre une coopération efficiente pour et autour de la personne accompagnée. Les actions d'accompagnement sont un point commun et de rencontre des différents intervenants de n'importe quelle discipline professionnelle soient-ils. Leurs compétences sont complémentaires et contribuent à l'accompagnement qualitatif de l'usager.

A mon sens, le décroisonnement nécessite que les intervenants, de professions interdisciplinaires appartenant à des secteurs d'intervention différents (institutions, structures ou modes d'exercices distincts), apprennent à se connaître et à travailler ensemble autour d'une action commune qui est la mise en œuvre du projet de vie de la personne. Au-delà de la simple signature de conventions de partenariats, il est indispensable que l'ensemble des actions soit coordonné et que soient créées des structures d'échange et d'apprentissage réciproque de pratiques professionnelles multiculturelles. L'éthique et la déontologie professionnelle peuvent être un point de départ commun pour une co-construction coordonnée.

³⁸ Conseil Supérieur du Travail Social, Roche F., Bouquet F. (dir.). (2007). *Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social : Le décroisonnement, une fausse évidence. L'articulation du sanitaire et du social, une voie recommandée*. Rennes : Editions de l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

B) Une articulation du sanitaire et du médico-social à concrétiser sur le territoire

C'est un état de fait, le fonctionnement en silo des secteurs du médico-social et du sanitaire perdure. L'accompagnement global des personnes âgées à domicile est impacté. En ce qui concerne l'accompagnement de Soins Santé, le cloisonnement se fait sentir dans le travail en lien avec certains services du Centre Hospitalier Public du Cotentin et les médecins traitants. Ce constat a été relevé dans le diagnostic partagé que j'ai réalisé. Nous nous confrontons régulièrement à des ruptures de parcours de nos usagers lors d'une sortie d'hospitalisation ou d'un suivi médical avec le renouvellement d'ordonnance notamment. Les transmissions d'informations indispensables concernant les personnes accompagnées en commun circulent mal voire ne circulent pas du tout. Lors du partage du diagnostic avec l'équipe de coordination, mes collaboratrices ont insisté sur cette difficulté récurrente qui concerne essentiellement le SSIAD et le CSI. Elles sont dans l'obligation d'aller « à la pêche » aux transmissions/informations d'ordre médical lorsqu'un usager revient dans nos services après une hospitalisation ou lors d'une entrée pour une prise en soins orientée par un médecin traitant. Dans le sens contraire, par le biais des transmissions quotidiennes entre les équipes de terrains et les coordinatrices, ces dernières communiquent les informations nécessaires pour une continuité qualitative dans le parcours de la personne.

Pour partager un exemple concret, régulièrement, certains services du CHPC ne nous informent pas de la sortie de nos usagers. Ce sont les proches aidants ou la famille qui nous contactent pour nous alerter de la nécessité de reprendre les soins, parfois le lendemain du retour à domicile. Je parle de personnes âgées présentant majoritairement des polypathologies et une perte d'autonomie physique, psychique et/ou cognitive importante. Les ruptures de l'accompagnement peuvent engendrer des conséquences irréversibles et transformer une situation maîtrisée et adaptée au projet de la personne en une situation complexe et dégradée.

L'enjeu est bien de coconstruire une articulation entre les services de Soins Santé, dont je confirme l'appartenance au secteur médico-social par leurs actions et leur culture commune, et ces acteurs du secteur sanitaire pour maintenir et favoriser un accompagnement global de la personne. En effet, les deux champs présentent des compétences distinctes et spécifiques qui sont complémentaires et indissociables pour répondre de manière qualitative aux besoins des usagers. Il est essentiel de préciser que je ne dénigre aucunement la qualité des interventions des services du CHPC et des médecins traitants, loin de là. Le rapport du groupe de travail Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social évoque : « A cet égard, nous devrions pouvoir interroger, en premier lieu, les politiques publiques et les réglementations qui les mettent en œuvre. Car ce sont elles, parfois, qui cloisonnent, notamment par les conditions

d'attribution des financements, ou encore la dispersion ou la superposition, voire la concurrence, de programmes d'action impulsés par des dispositifs non articulés » (Conseil Supérieur du Travail Social, 2007 :47³⁹).

Actuellement, l'ensemble des acteurs du domaine sanitaire et médico-social du territoire subit des problématiques complexes comme la désertification médicale, la pénurie des professionnels soignants et sociaux, les difficultés financières récurrentes qui limitent les moyens d'action. Le cloisonnement est un problème partagé, et ce contexte complexifie la mise en œuvre d'un espace de réflexion commun. Conjointement, au travail en cours avec le CHPC par le biais de la co-construction d'un partenariat formalisé, l'adhésion à la CPTS du Cotentin est une opportunité pour développer un système de coopération avec d'autres acteurs de santé sur le territoire. Le principe même du dispositif est de transformer les logiques de prise en charge médicale pour améliorer l'accès et la fluidité des parcours de soins des personnes par une démarche partenariale collaborative. L'implication de professionnels de santé de ville dans cette communauté est l'occasion de créer un espace relationnel d'échanges pour travailler à une meilleure coordination de l'accompagnement global des personnes âgées. Depuis 2020, l'association partage des nouveaux locaux avec le Centre de Santé Brès-Croizat, dispositif sanitaire de proximité pour la population de Cherbourg-En-Cotentin. Concrètement, ce rapprochement est une opportunité pour répondre en partie à l'enjeu du décroisonnement des secteurs sanitaire et médico-social. Nous avons travaillé étroitement avec la directrice, le médecin chef du CDSBC⁴⁰ et les coordinatrices des services de soins de l'association pour rédiger une convention de partenariat pour optimiser la qualité de l'accompagnement de nos patients communs.

2.1.2 Le décroisonnement nécessaire des dispositifs de soins et d'aide à domicile

A) Le développement du travail en coopération entre les dispositifs de soins et d'aide à domicile

Le travail en coopération entre les dispositifs de soins et d'aide à domicile est un enjeu fort pour l'accompagnement global qualitatif des personnes vieillissantes. Leur souhait est de rester vivre chez elles, dans leur environnement social, matériel et le respect de leurs habitudes de vie. Le rôle des services à domicile, c'est-à-dire le soin et l'aide, est de mettre en œuvre les moyens nécessaires pour répondre à ce droit fondamental de la personne. Cependant, le fonctionnement séparé de ces dispositifs complexifie l'unicité d'une offre de service qui serait davantage adaptée aux besoins et aux attentes des

³⁹ Conseil Supérieur du Travail Social, Roche F., Bouquet F. (dir.). (2007). *Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social : Le décroisonnement, une fausse évidence. L'articulation du sanitaire et du social, une voie recommandée*. Rennes : Editions de l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

⁴⁰ CDSBC : Centre de Santé Brès-Croizat

usagers, et ce, dans le respect de leur dignité. La personne accueillie au sein du dispositif de soins de l'association est globalement satisfaite⁴¹ de son accompagnement par le ou les services. Cependant, la variété des besoins et des attentes de l'usager requière une complémentarité des modalités d'intervention et des réponses croisées avec les dispositifs d'aide à domicile. Au regard du public accompagné par Soins Santé, l'aide et le soin sont des prestations indissociables. Pour rappel, les usagers, majoritairement âgés de 70 à 99 ans, nécessitent des soins au « long court ». Ils présentent des polypathologies chroniques et une limitation d'autonomie importante : physique et/ou psychologique et/ou cognitive. De plus, les risques d'isolement social et relationnel sont prégnants. Certains usagers sont soutenus par des proches aidants qui se révèlent être également âgés et épuisés.

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile, les SAAD, interviennent pour des actions liées aux actes essentiels de la vie, à la sauvegarde ou au rétablissement de l'autonomie dans la vie quotidienne. Les prestations comprennent également une dimension sociale en maintenant et développant des activités et des liens avec l'entourage. Leurs missions varient et peuvent s'accumuler en fonction des besoins : assurer le lever et le coucher, aider à la toilette, entretenir le logement, préparer les repas, aider à s'alimenter, favoriser les sorties ou encore faire les courses. Certains SAAD proposent d'autres services comme le portage de repas et un système de téléalarme pour sécuriser l'usager à son domicile. Dans la description respective des missions des dispositifs de Soins Santé et des SAAD, la notion de complémentarité dans l'accompagnement à domicile des personnes âgées est limpide.

Lors de la réalisation du diagnostic partagé, avec les équipes de l'association, les usagers et leurs aidants, ainsi que la directrice de l'Autonomie de la commune de Cherbourg-En-Cotentin en charge du SAAD du CCAS, nous avons pointé des dysfonctionnements liés au fonctionnement en silo entre nos services et les professionnels. Ce cloisonnement relève de modalités de fonctionnement et d'organisation des prestations distinctes, de pratiques professionnelles dissociées autour de l'usager, de cultures institutionnelles différentes et d'un clivage des métiers du soin et de l'aide à domicile. Notre objectif collectif étant d'apporter un accompagnement global qualitatif à domicile, l'enjeu d'un système de coopération entre nos dispositifs est indispensable.

Un projet commun d'optimisation sera une réponse adaptée aux usagers en les associant. L'association Soins Santé a déjà formalisé une convention de partenariat avec le CCAS de Cherbourg-En-Cotentin. Un projet d'actions de prévention et de sensibilisation est mené

⁴¹ D'après l'enquête de satisfaction annuelle 2021, trame en annexe 8

sur le territoire à destination de différents publics : personnes accompagnées, aidants et professionnels. Les thèmes sont variés et définis en fonction des besoins repérés et en lien avec les axes arrêtés dans le plan municipal de santé : vaccination grippale, dénutrition, risques de chutes, aménagement du logement, sommeil, épuisement de l'aidant, risques infectieux liés aux agents biologiques, la gestion de la douleur lors de l'aide à la réalisation des soins d'hygiène, ... La prévention à la santé fait partie des missions de Soins Santé. Actuellement, le partenariat autour de l'accompagnement global des usagers à domicile reste informel. Il se résume, par exemple, à la présence simultanée d'une auxiliaire de vie et d'une aide-soignante au domicile. Cette intervention commune est rarement possible à cause des plannings d'intervention respectifs et d'une carence de coordination de ces actions. Néanmoins, elle est souvent nécessaire pour réaliser à deux un soin d'hygiène pour le confort de la personne ayant une mobilité physique difficile et douloureuse.

Dans cette volonté partagée de co-construire un système de coopération, une opportunité législative récente peut nous apporter un cadre pour le mettre en œuvre. La loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022⁴², porte la réforme de l'offre des services à domicile. Les prestations d'aide, d'accompagnement et de soins à domicile devront être dispensées par des Services Autonomie à Domicile (SAD). Le cahier des charges final de mise en œuvre est prévu en juin 2023. Ces nouveaux dispositifs d'accompagnement assureront les missions d'un SSIAD et les missions d'un SAAD. Ils devront apporter à la fois un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et des soins à domicile aux personnes âgées, aux personnes en situation de handicap et aux personnes atteintes de pathologies chroniques.

Cette réforme a été expérimentée avec la création des SPASAD⁴³ par le décret du 25 Juin 2004 et codifiés à l'article D.312-7 du code de l'action sociale et des familles⁴⁴. Cette expérimentation a connu un développement très faible sur les territoires. Le constat a été :

- ⇒ Une répartition inégale de ces structures sur le territoire,
- ⇒ Une coordination insuffisante entre les missions de soins infirmiers, d'aide et d'accompagnement à domicile,
- ⇒ Un développement limité de leurs actions de prévention.

⁴² Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022. Journal officiel n°299 du 24 décembre 2021

⁴³ SPASAD : Services Polyvalents d'Aide et de Soins A domicile

⁴⁴ 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. Journal officiel n° 0148 du 27 juin 2004

La loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015, relative à l'adaptation de la société au vieillissement⁴⁵, a prévu l'évolution des modalités d'organisation, de fonctionnement et de financement des SPASAD afin d'inciter au développement de ces structures (article 49 de la loi, texte n°137). Il s'agissait d'expérimenter une organisation et un fonctionnement intégrés qui assureraient une mutualisation plus importante des organisations et des outils, ainsi qu'une intégration des prestations au bénéfice de la qualité de l'accompagnement global de la personne. Sur le territoire de Cherbourg-En-Cotentin, aucun SPASAD n'a été créé. Aujourd'hui, la réforme de l'offre de service à domicile est une opportunité stratégique qui va participer à la mise en œuvre formalisée et organisée du travail en coopération entre les dispositifs de soins et d'aide à domicile. Cette articulation des services va favoriser la qualité de l'accompagnement global des personnes désirant vivre chez elles, tout en répondant à l'évolution de la politique publique en faveur de l'autonomie des personnes âgées.

B) La nécessité d'une coordination dédiée à cette coopération

Le fonctionnement et l'organisation efficaces d'un tel dispositif de coopération nécessite une coordination spécifique et quotidienne. Au sein de Soins Santé, la coordinatrice parcours de soins réalise une coordination « élargie » concernant les admissions au sein des services. Dans le concept d'approche écologique humaine, comme je l'ai expliqué dans le chapitre 1.1.2.A, ma collaboratrice effectue une évaluation multidimensionnelle avec la personne et son/ses aidant(s) le cas échéant. L'objectif est de comprendre et d'appréhender les besoins et les attentes exprimés par la personne âgée en tenant compte de son environnement global. La mise en œuvre d'un accompagnement personnalisé, adapté, cohérent dans la complémentarité des éventuelles actions déjà mises en œuvre, en découle.

Cependant, quand l'accompagnement commence, la coordination de l'ensemble des intervenants de terrain s'arrête. Chaque coordinatrice du dispositif de soins va coordonner l'équipe de son service et réaliser le suivi de l'utilisateur à son niveau d'intervention. Des coopérations externes s'effectuent naturellement avec des responsables de secteurs de SAAD, mais ces dernières ne sont pas formalisées autour d'un projet commun centré sur la personne accompagnée qui permettrait une continuité. Ce contexte génère des dysfonctionnements en termes de qualité, d'organisation et de fonctionnement dans l'accompagnement global à domicile. Les équipes de terrain agissent de manière isolée en respectant le cadre et les pratiques de leur propre service et/ou structure. Comme je l'explique dans le chapitre sur le décroisement en théorie (2.1.1.A), la séparation en

⁴⁵ Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Journal officiel, n°0301 du 31 décembre 2015

catégories disciplinaires/métiers persiste. La méconnaissance mutuelle des compétences, du rôle et du périmètre d'intervention de chaque professionnel fait frein à une coopération.

Pour que cette dernière soit effective et qualitative, une coordination dédiée est indispensable. La mise en œuvre d'un système de coopération, entre les services de soins et d'aide à domicile, nécessite une fonction de pilotage quotidien de ce dispositif. Dans un article, Jaeger M.⁴⁶ énonce : « En dépit de quelques formules transversales aux différents domaines de l'action sociale et médico-sociale, les modalités de la coopération et de la coordination continuent donc de se construire dans des champs séparés. Plusieurs initiatives récentes ont en commun de se réclamer de la recherche de cohérence, mais ne tiennent pas compte de ce qu'une même personne puisse relever simultanément ou successivement de dispositifs spécifiques [...] (Revue Vie Sociale N°1, L'actualité et les enjeux de la coordination des actions et des dispositifs, 2010 :17). L'enjeu du développement du travail en coopération entre les services de soins et d'aide à domicile est bien une coordination spécifique du dispositif qui sera mis en place. L'expérimentation SPASAD en est une illustration en pointant une coordination insuffisante entre les missions de soins infirmiers, d'aide et d'accompagnement à domicile.

La création d'un système de coopération, entre les services de soins de l'association et les services d'aide et d'accompagnement à la personne du CCAS de Cherbourg-En-Cotentin, est une opportunité au bénéfice de la qualité de l'accompagnement globale de la personne. Pour ce faire, il est essentiel de réfléchir à une organisation et un fonctionnement intégrés en assurant une mutualisation optimale en termes d'organisation, d'outils et de procédures/protocoles. Un travail autour de la transprofessionnalité est à opérer. L'accompagnement de l'ensemble des professionnels de chaque service, en interne et en externe, est essentiel. Le rôle de la coordination est notamment de créer des espaces d'échanges et d'apprentissage réguliers pour travailler collectivement sur des pratiques conjointes et complémentaires ; créer un référentiel commun d'actions en fonction des savoirs et des approches de chacun ; et construire un projet personnalisé de l'usager, unique, dans une optique d'adhésion de l'ensemble des intervenants et une cohérence de l'accompagnement. Pour les usagers, la coordination doit être assurée par une personne identifiée permettant de faciliter l'accès au dispositif et d'apporter les réponses et les informations nécessaires pour une continuité de l'accompagnement.

⁴⁶ Professeur titulaire de la Chaire de Travail social et d'Intervention sociale du CNAM

2.2 L'exigence de repenser l'accompagnement en interne

2.2.1 La prise en compte de l'utilisateur et du proche aidant

A) La place de la personne et de son proche aidant dans les prestations de soins

L'accompagnement des professionnels de Soins Santé a pour objectif de venir compenser des carences repérées chez les usagers : dépendance fonctionnelle, perte d'autonomie physique et/ou cognitive, précarité sociale, limitation d'accès aux soins, ... Les prestations de soins doivent permettre à la personne âgée de bénéficier d'une qualité de vie optimale à son domicile et du maintien de son autonomie. Les personnels soignants sont sensibilisés à reconnaître des situations pouvant occasionner une altération des potentialités psychiques, cognitives et physiques de la personne accompagnée.

Nos principes d'intervention, définis en groupe de travail avec les équipes, placent l'utilisateur et son proche aidant au cœur de l'accompagnement. Par exemple, les soignants sont vigilants sur la prise en compte de la douleur lors de la réalisation des soins. Ils communiquent avec la personne accompagnée pour l'aider à identifier et à exprimer sa douleur et ainsi la prendre en compte. Les professionnels sont également sensibilisés aux risques liés à l'environnement domiciliaire des usagers. Par exemple, des chutes peuvent avoir lieu fréquemment. Les soignants évaluent les conséquences : état physique et de conscience, le temps passé au sol, ... Dans ces situations critiques, une réflexion commune est menée avec la coordinatrice, les soignants, l'utilisateur et le proche aidant. L'objectif est de trouver ensemble des solutions pour prévenir les chutes. Il est nécessaire de sensibiliser les personnes accompagnées pour une prise de conscience et une acceptation.

Notre rôle est de laisser la place sans imposer. La participation des usagers à leur accompagnement est indispensable. Les professionnels n'interviennent pas pour faire à la place de l'utilisateur car dans ce cas ils se substituerait à sa capacité d'agir. Celle-ci doit être systématiquement recherchée au maximum des potentiels de la personne. Dans les prestations, la négociation dans le soin est primordiale. Les soignants ne doivent pas imposer, et tant que l'utilisateur peut effectuer certains gestes, ils ne font pas à sa place. L'approche est d'encourager en stimulant dans la bienveillance. Nous garantissons à l'utilisateur la possibilité de continuer à effectuer des actions simples exerçant une influence sur sa vie quotidienne et de conserver les rites sociaux comme l'habillage, le maquillage, ... L'objectif est de toujours permettre à la personne de rester autonome sur des choix quotidiens la concernant.

Les proches aidants occupent une place particulière dans la prise en soins. Nous veillons, selon leur attente, à les impliquer dans le soin. Nous sommes attentifs à leurs

questionnements, nous nous rendons disponibles dans le processus de soins. Les coordinatrices sont joignables en journée et à leur écoute. En ESA, selon le besoin, nous recevons les familles au centre dans un lieu neutre afin d'échanger sur l'accompagnement de leur proche, mais aussi sur leur rôle d'aidant. Cependant, dans le cadre de mon investigation auprès des usagers et de leurs proches aidants, je constate que la participation de ces derniers dans les prestations de soins n'est pas optimale. Ils ont exprimé le souhait de rencontrer régulièrement les coordinatrices à domicile pour réaliser des « points » sur leurs prises en soins. Un plan de soins est rédigé et transmis avec le contrat de séjour lors de l'entrée dans les services. Il est communiqué aux soignants lors des réunions d'équipes et il est consultable sur leur terminal informatique. Les échanges actuels, pour le SSIAD et le CSI, se font essentiellement par téléphone. La révision des plans de soins et de leur accompagnement est réalisé ensuite par les coordinatrices sans une réelle consultation des usagers et de leurs proches aidants. L'adaptation du plan de soins n'est pas formellement validée par les parties prenantes.

Dans ce contexte précis, mon analyse m'amène à poser l'enjeu de la formalisation et du processus du projet personnalisé au sein des services de Soins Santé. La loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale a affirmé la place centrale de l'utilisateur dans tout dispositif d'accompagnement. Cette place se traduit par un droit de l'utilisateur à participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets le concernant à l'intérieur de la structure ou avec ses partenaires (loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, CASF, 2002). Pour rendre l'utilisateur acteur de sa prise en soin, les outils existants au sein de l'association ne sont pas suffisamment adaptés. Les personnes accueillies au sein de nos services sont porteuses d'un projet de vie personnel. Elles ont des souhaits, des désirs, des illusions et une histoire. La satisfaction des besoins et des attentes des usagers nécessite une mobilisation de l'équipe pluridisciplinaire autour de l'utilisateur. Cette mobilisation doit permettre de donner du sens et de la cohérence aux modalités d'accompagnement de la personne. Ainsi pour chaque usager, une analyse des pratiques, une démarche d'évaluation continue, des écrits professionnels et des réunions autour du projet de vie doivent faire partie intégrante de l'accompagnement. Pour répondre à cet enjeu, la formalisation de projets personnalisés est indispensable. Rédigé et révisé régulièrement avec l'utilisateur et son proche aidant, il leur donnera une visibilité opérationnelle et concrète du projet d'accompagnement mis en œuvre par les dispositifs de soins. De plus, il éclairera la dynamique de l'association et des professionnels ancrée dans une démarche continue de la qualité.

B) L'association des usagers et des proches aidants à l'évolution du fonctionnement des dispositifs de soins

Chaque usager et leur proche aidant ont le droit de participer à la vie et au fonctionnement des services. Pour être acteur de son projet, il faut également avoir un droit de regard et la possibilité d'influer sur les dispositifs d'accompagnement qui permettent la réalisation de ce projet. La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale renforce les droits des usagers. Elle cherche à assurer l'accès effectif de ces droits en rendant obligatoire des documents, des instances et des procédures d'évaluation.

Au sein de Soins Santé, nous avons récemment révisé des outils : le livret d'accueil décrit l'organisation de la structure et le projet d'établissement présente notamment les objectifs généraux poursuivis. Le statut associatif de Soins Santé permet aux personnes accompagnées (et tous ceux qui le souhaitent) d'adhérer à notre association. Elles ont alors le droit de voter lors de l'assemblée générale annuelle. Elles peuvent également demander à faire partie du Conseil d'administration et d'être élu au bureau. Néanmoins, je remarque un manque de visibilité pour nos usagers. Ils ne connaissent pas suffisamment les différents services de soins ni le fonctionnement propre de l'association Soins Santé, ainsi que son mode de gouvernance. Lors des entretiens que j'ai réalisés auprès des usagers et de leurs proches aidants, certains ont exprimé le regret de ne pas pouvoir participer plus activement à la vie de l'association. Des propos tels que « Je suis perdue dans le fonctionnement de l'association entre tous les services je ne sais pas à qui je dois m'adresser quand je téléphone », « Je ne savais pas que vous aviez tous ces services » témoignent d'un manque de communication approprié, mais traduisent également un manque de participation avéré sur le fonctionnement des dispositifs d'accompagnement.

Les formes de participation des usagers sont limitées. Ils peuvent donner leur avis par l'intermédiaire des enquêtes de satisfactions annuelles, cependant l'analyse des retours ne leur est pas régulièrement transmise. Il n'existe pas de conseil de vie social ni d'autres formes de participation. Dans ce contexte, la prise en compte de l'utilisateur et de son proche aidant est remise en cause. L'enjeu est majeur car la participation des personnes accueillies est un droit fondamental indispensable et obligatoire. Le droit à la participation des usagers constitue une dynamique d'engagements réciproques entre les professionnels, les personnes accompagnées, leurs proches aidants et leurs familles. Sans participation effective des usagers et de leur entourage sur l'évolution des modalités de fonctionnement des services, ces derniers ne peuvent pas agir sur le processus d'accompagnement.

Or, le processus est l'objet même de la politique qualité mise en œuvre en sein de Soins Santé. La démarche qualité continue est la garantie d'assurer aux personnes et à leurs proches un service qualitatif conforme à leurs besoins et à leurs attentes. La responsabilité des professionnels de Soins Santé est de tout mettre en œuvre pour permettre à l'usager de comprendre :

- ⇒ Le fonctionnement de l'association,
- ⇒ Les règles qui prévalent,
- ⇒ Les moyens dont il dispose pour influencer le processus,
- ⇒ Les espaces où il peut s'exprimer,
- ⇒ Les engagements réciproques qui sont attendus.

Il est essentiel de mettre en œuvre une instance de concertation représentative et de nouveaux outils adaptés pour favoriser la participation des personnes accompagnées et de leur entourage.

2.2.2 L'évolution nécessaire d'une organisation interne encore cloisonnée

A) L'intensification de la coopération interservices

Les services de l'association sont complémentaires et répondent à la variété des besoins en soins des usagers. Cependant, comme je l'ai posé dans mon diagnostic, un certain cloisonnement entre les équipes persiste. Lors de ma prise de fonction de directrice en 2015, j'ai constaté cette séparation liée à l'absence de direction pendant sept années. Les services de soins fonctionnaient indépendamment les uns des autres. Les fonctions supports, assurées par deux secrétaires administratives et une secrétaire comptable, n'étaient ni organisées, ni pilotées. Chaque coordinatrice de service organisait son activité de soins et gérait « son » équipe. Les budgets étaient réalisés par la secrétaire comptable et validés par le Conseil d'administration. Cette absence de direction avait engendré un glissement des fonctions des administrateurs et des cadres intermédiaires afin de compenser les activités et les responsabilités qui n'étaient plus exercées depuis le départ en retraite de la directrice.

Une crise de confiance s'était installée à tous les niveaux de l'association : Conseil d'administration, encadrants intermédiaires, administratives et équipes de terrain. Les intentions des acteurs étaient initialement positives. Cependant des difficultés et un cloisonnement général au sein de Soins Santé s'étaient établis. La répartition des responsabilités entre les acteurs n'avait pas été clarifiée. Des activités, comme la mise en œuvre de la démarche qualité et le travail en réseau sur le territoire, étaient des sujets « sensibles » pour lesquels des prises d'initiatives, non organisées, n'étaient pas légitimes.

L'absence de direction a également carencé le management de proximité des personnels de coordination et administratifs. Des positionnements illégitimes de certains salariés se sont mis en place et ont créé des tensions. Pendant cette période de sept années, une opposition s'est mise en place entre le CSI et le SSIAD. La complémentarité et les interactions entre les deux services, au bénéfice des usagers, ont été entravées par une opposition et une compétition entre les deux équipes. Cette situation a généré des incidences dommageables sur la complémentarité de l'offre de soins qui n'était plus valorisée.

Dans ce contexte, ma prise de fonction fut un grand défi et a demandé du temps. Une priorisation de mes actions a été nécessaire, et elles ont pu se concrétiser à moyen voire à long terme. Les enjeux à l'interne et à l'externe étaient forts. Le transfert des missions et des responsabilités des membres du Conseil d'administration et des coordinatrices de services s'est fait progressivement. J'ai privilégié des temps d'échanges indispensables pour ne pas envenimer le climat relationnel dégradé. La formalisation concertée d'un tableau de répartition des responsabilités a permis à chacun de se situer dans la nouvelle organisation et pour le personnel déjà en place, de mesurer les évolutions dans ses responsabilités et prérogatives.

Avec du recul, mon intégration fut positive, car malgré des craintes, elle était attendue par l'ensemble des acteurs. A ce jour :

- ⇒ Une transversalité entre les services s'est installée,
- ⇒ L'organisation est optimisée,
- ⇒ La gestion du personnel et le respect de la législation du travail sont mis en œuvre,
- ⇒ Le rôle de chacun a été clarifié et a même évolué,
- ⇒ Un management de proximité a permis de réguler les équipes et de développer le travail en complémentarité,
- ⇒ L'association a retrouvé une visibilité sur le territoire et a repris sa place par une représentation extérieure.

En 2019, l'écriture d'un projet d'établissement commun à l'ensemble des services de l'association a dynamisé le travail en coopération. Dans le cadre la démarche participative souhaitée, des professionnels représentant chaque discipline et service de soin ont été associés au comité de pilotage. Les groupes de travail pluridisciplinaires ont créé une synergie d'équipe positive et recentré nos missions et nos actions autour de l'utilisateur et des aidants. La co-construction des valeurs et des principes d'intervention a généré une dynamique collaborative et un travail transversal sur l'offre de soins globale.

Aujourd'hui, l'enjeu d'une amélioration de la coopération interservices est prégnant. La complémentarité de l'offre de soins et des compétences respectives des équipes doit être renforcée pour optimiser l'accompagnement global qualitatif des personnes âgées à leur domicile. Dans cette perspective, le rôle des coordinatrices est essentiel en s'appuyant sur le management de proximité et leur connaissance des besoins des usagers. Le lien doit être réalisé à ce niveau fonctionnel stratégique dans l'organisation de l'offre de soins. Dans le cadre de la démarche qualité continue, une cartographie⁴⁷ des processus de l'organisation interne de l'offre de service de l'association a été réalisée. Elle permet d'identifier l'ensemble des actions effectuées par les professionnels de Soins Santé en vue d'une finalité : la satisfaction des personnes accompagnées et des aidants. Elle identifie les responsabilités des différents acteurs et précise les processus de management et des fonctions supports. Je vois en cet outil une opportunité car il permet à chaque professionnel de se situer dans l'organisation du travail autour de l'utilisateur.

Si cette cartographie est bien identifiée, elle reste à être appréhendée, dynamisée et enrichie par les équipes. Elle doit garantir une meilleure gestion des projets et d'amélioration continue en mettant en valeur le système des processus de l'accompagnement global. Comme je l'ai précisé en amont, les réunions d'échange interservices sont quasiment inexistantes au sein de Soins Santé. A part au détour d'un passage au centre ou dans le cadre des rassemblements annuels, les équipes d'intervention ne se rencontrent jamais. La création d'espaces de communication en équipe pluridisciplinaire est essentielle pour favoriser la qualité des accompagnements et enrichir les pratiques professionnelles et les moyens d'intervention des équipes soignantes.

B) L'amélioration de la communication entre la gouvernance, la direction et les professionnels de Soins Santé pour une synergie collaborative

Le décroisement en interne est un enjeu incontournable dans la co-construction d'un système de coopération autour de la personne âgée. Un travail de communication entre la gouvernance et l'ensemble des professionnels de l'association, est à effectuer. Parallèlement, un manque de pilotage de l'équipe de coordination entraîne un déséquilibre dans la manière de mener leur mission au quotidien auprès des équipes de terrain et des usagers. Ce fait freine l'impulsion d'une coordination interservices pour développer la qualité de l'accompagnement global des usagers en interne. La majorité des personnes

⁴⁷ Annexe 12 : cartographie des processus

accompagnées par le SSIAD sont également suivies par le CSI et l'ESA lorsque des troubles cognitifs sont diagnostiqués, et vice et versa.

Au-delà des accompagnements communs, l'expertise métier de collègues appartenant à un service de soins distinct peut se révéler utile dans une situation ponctuelle rencontrée au domicile d'un usager. Développer le travail collaboratif pluridisciplinaire est un atout pour fluidifier et décroiser les réponses aux besoins et demandes des personnes accueillies au sein des services. Les coordinatrices de service jouent un rôle essentiel pour relier les équipes et les faire travailler ensemble. Certaines coordinatrices restent réfractaires au changement dans l'organisation et la gestion de leurs missions. J'analyse ce constat par une insuffisance de temps de réflexion stratégique entre les cadres intermédiaires, la direction et le Conseil d'administration. Il est nécessaire de mettre à leur disposition les outils leur permettant de s'impliquer et de comprendre les enjeux organisationnels et fonctionnels de Soins Santé. Par choix de la gouvernance, les coordinatrices sont mises à l'écart dans les échanges liés aux prises de décisions stratégiques. Du fait d'expériences professionnelles de cadres dirigeants, certains membres du Conseil d'administration attachent beaucoup d'importance au système hiérarchique dans un style paternaliste, notamment avec l'effet générationnel. Mon propos a une visée explicative et analytique par rapport à cette situation. Au cours de leur expérience, leurs pratiques professionnelles étaient axées sur un encadrement de type descendant et assez directif.

Cette vision, divergente de la mienne, a parfois engendré des tensions lors d'échanges ciblés sur mon management d'équipe. En tant que directrice, mon type de management principal se veut participatif concernant certaines prises de décision et la mise en œuvre de projets ciblant l'accompagnement des usagers. Je m'appuie sur les compétences et les retours d'expérience des équipes d'intervention et de coordination. Leurs connaissances et leur savoir-faire de « terrain » sont indispensables. Je pense l'organisation de l'association comme un système d'acteurs⁴⁸ œuvrant, ensemble, pour atteindre un même objectif : un accompagnement qualitatif des personnes âgées désirant vivre à leur domicile. Ces acteurs évoluent dans un système mouvant et participent à la transformation continue de ce processus encadré et piloté par un dispositif formalisé.

Un manque de confiance réciproque entre les professionnels et le Conseil d'administration est installé. L'absence d'échanges, de communication directe de la part des membres du Conseil d'administration provoque une distance qui induit parfois un sentiment d'insécurité pour les équipes et un climat social tendu. Au fil de mon expérience de directrice au sein

⁴⁸ Annexe 13 : organigramme de fonctionnement Soins Santé

de l'association, j'ai réussi à tisser, progressivement, un lien de confiance avec la présidente de l'association et le trésorier qui sont en poste depuis de nombreuses années. A plusieurs reprises, j'ai clarifié le rôle de chacun en affirmant que le management d'équipe appartenait à la direction et non au Conseil d'administration. Ce lien de confiance est une opportunité pour rétablir une communication positive avec l'ensemble de l'équipe de Soins Santé. Après de nombreux échanges avec la présidente et le trésorier, leur conception du poste de directrice a évolué. Mon rôle n'est pas simplement de « superviser » les équipes, le budget, l'activité de soins ... et de rendre compte. Une clarification de nos fonctions respectives au sein de l'association a été précisée, notamment dans le cadre de l'écriture du projet d'établissement qui n'existait pas auparavant. En ma qualité de directrice, mon rôle est de piloter la mise en œuvre des orientations stratégiques traduites dans le projet d'établissement. C'est ma responsabilité de conduire et guider les équipes pour atteindre les objectifs stratégiques fixés. Dans ce contexte, il est indispensable de renforcer mon positionnement de directrice vis-à-vis du Conseil d'administration. C'est un enjeu fondamental de respecter le rôle de chacun. Je dois pouvoir gérer les équipes sans « interférences » inadéquates. La gouvernance doit s'appuyer sur mon expertise de terrain et être dans une dynamique constructive de collaboration.

Au regard des enjeux explicités ci-dessus, il est nécessaire d'opérer un pilotage du changement pour impulser une transversalité entre les dispositifs de soins et d'aide à domicile et co-construire un système de coopération sur le territoire. L'enjeu principal de la conduite du changement est centré sur l'accompagnement global des personnes âgées désirant vivre chez elles. La déclinaison du plan d'action doit prendre en compte les éléments factuels relevés au cours du diagnostic partagé. Il doit également répondre aux enjeux de décroisement à l'interne et à l'externe et consolider l'accompagnement des services de Soins Santé en remplaçant l'utilisateur et son proche aidant au centre de nos dispositifs de soins.

3 Le pilotage du changement pour un décroisement des dispositifs de soins et d'aide à domicile et la co-construction d'un système de coopération sur le territoire

Pour favoriser l'accompagnement global des personnes âgées désirant vivre chez elles, le décroisement des dispositifs de soins et d'aide à domicile et la co-construction d'un système de coopération sur le territoire sont indispensables. Pour conduire ce changement à l'interne et à l'externe, j'ai réalisé un plan d'action décliné en trois objectifs généraux centrés sur la dynamique interne de Soins Santé, le renforcement de la participation et de l'implication des usagers et de leurs proches aidants dans leur accompagnement et le développement de l'offre de service autour des usagers. Chaque objectif général est traduit en objectifs opérationnels, actions et moyens de mise en œuvre. En annexe⁴⁹, je présente le plan d'action sous forme de tableau pour faciliter la lecture en y intégrant l'échéancier construit sur une priorisation de l'ensemble du pilotage du changement. L'identification des parties prenantes est également indiquée dans l'esprit du plan de communication à associer au pilotage du projet.

3.1 Renforcer une dynamique interne du « travailler ensemble »

Le pilotage du changement concerne en premier lieu le décroisement d'une organisation encore divisée en termes de fonctionnement, de gestion des ressources humaines, de coopération et de communication. Je décline cet objectif général en 3 grands axes opérationnels.

3.1.1 Décloisonner le fonctionnement des services de l'association

Durant ces 7 années en poste de direction, l'organisation et le fonctionnement de l'association a été optimisé. Aujourd'hui, je dois agir sur le cloisonnement persistant entre les équipes des différents services. La coopération interservices est indispensable pour mettre à la disposition des usagers un dispositif de soins à domicile global et complémentaire. J'axe le changement sur 3 actions essentielles.

⁴⁹ Annexe 14 : plan d'action du pilotage du changement

A) Uniformiser la gestion des ressources humaines

a) *Planification d'un plan de développement des compétences transversal et pluriannuel*

La mise en place d'un dispositif de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences n'est pas obligatoire au regard de l'effectif de Soins Santé. Toutefois, il est indispensable de formaliser un plan de développement des compétences (PDC) « équitable » concernant l'ensemble des salariés de l'association. Il doit répondre au besoin d'adaptation aux évolutions des métiers, aux attentes de progression et d'employabilité. C'est également un levier pour favoriser l'épanouissement professionnel.

Pour la mise en œuvre du PDC, je vais organiser une réunion consultative avec les coordinatrices des services de soins. Actrices de proximité auprès des équipes d'intervention, elles ont la capacité de repérer les besoins de montée en compétences. Concernant les équipes des fonctions supports et de coordination, je repère les besoins de développement des compétences dans le pilotage managérial et la supervision des objectifs fixés dans la réalisation de leurs missions. Je vais également me baser sur les entretiens professionnels individuels pour tenir compte des souhaits des salariés en matière de formation et d'évolution professionnelle.

A la suite, je vais établir le PDC, sur 3 années, en mettant en rapport la collecte de données et les orientations stratégiques de Soins Santé. Le caractère pluriannuel va permettre une projection pour les salariés, une gestion des absences et un étalement des financements. Une réunion avec les membres du CSE sera organisée pour information et avis. Ensuite il sera présenté pour la validation du conseil d'administration.

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- ⇒ Compte-rendu de la réunion consultative avec les coordinatrices des services
- ⇒ Compte-rendu de la réunion avec les membres du CSE
- ⇒ Le procès-verbal du conseil d'administration validant le plan de développement des compétences.
- ⇒ Comptes-rendus des entretiens professionnels et d'évaluation individuels.

b) *Réalisation de procédures de gestion du personnel transversales*

Au regard du déséquilibre dans la manière de gérer au quotidien les équipes, des outils doivent être développés pour uniformiser les pratiques des coordinatrices. La rédaction de procédures de gestion du personnel doit être réalisée. Je vais missionner la référente ressources humaines pour écrire des procédures sur :

- ⇒ L'intégration des nouveaux salariés,

- ⇒ La gestion des plannings de travail du personnel et l'application de la modulation du temps de travail,
- ⇒ Les différentes absences des salariés et la gestion de celles-ci,
- ⇒ Le traitement des heures complémentaires et supplémentaires et la répercussion sur les plannings de travail.

Ces outils sont un moyen de cadrer la gestion du personnel et d'assurer une gestion adéquate des salariés et respectueuse de la législation du travail applicable. Dans le cadre d'une courte réunion avec la référente RH, nous allons fixer le contenu des procédures qui doit comprendre des visuels pédagogiques et percutants afin d'en faciliter la lecture, la compréhension et l'application. Ces procédures doivent favoriser l'autonomie des coordinatrices dans la gestion quotidienne.

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- ⇒ Compte-rendu de la réunion de pré-écriture des procédures
- ⇒ Relecture et validation par la directrice
- ⇒ Intégration des procédures dans la base de gestion documentaire
- ⇒ Comptes-rendus des entretiens d'évaluation individuels avec les coordinatrices.

B) Fluidifier la coordination des équipes

a) Création d'une réunion mensuelle coordinatrices et directrice

Pour répondre au déséquilibre de gestion des différents services, je dois renforcer le pilotage des coordinatrices. Je vais les accompagner dans la façon de mener leur mission au quotidien auprès de équipes de terrain. Ce constat a été exprimé par les coordinatrices lors de mon investigation. Ce déséquilibre freine l'élan d'une coopération interservices pour développer la qualité de l'accompagnement global des usagers en interne.

La mise en place de réunions régulières va permettre de reprendre les situations « problèmes » rencontrées dans la coordination quotidienne des équipes et d'en échanger de manière participative. A l'écoute, mon rôle consistera à orienter et arbitrer les échanges sur les points faisant défaut. En guidant l'échange et la réflexion, l'objectif sera d'élaborer une solution et/ou pratique commune pour la problématique traitée. Ces réunions donneront certes un cadre mais favoriseront progressivement l'autonomie, l'aisance dans le management de proximité des équipes de terrain. Gardant chacune leur style d'encadrement, ces temps de partage des pratiques générera un effet soutenant et motivant pour les coordinatrices.

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- ⇒ Compte-rendu des réunions mensuelles
- ⇒ Comptes-rendus des entretiens d'évaluation individuels avec les coordinatrices.

b) *Mise en place d'un groupe de travail sur les pratiques professionnelles en coordination*

Les coordinatrices ont suivi, dans des sessions distinctes, une formation spécifique de 84 heures sur « La coordination d'un service médico-social », dispensée par la Croix Rouge Française. Le programme était ciblé sur la coordination quotidienne des accompagnements des usagers et le management de proximité des équipes. En réalisant une évaluation avec les coordinatrices à la suite de la formation, une satisfaction globale a été exprimée. Le contenu pédagogique leur a permis d'acquérir des bases sur l'organisation de l'activité de soins et de son suivi, la relation avec les usagers et leur entourage, la gestion de conflits, la gestion des événements indésirables, l'encadrement des équipes d'intervention et la collaboration avec les partenaires autour de l'accompagnement des usagers. Cette formation a été appréciée pour les échanges entre pairs.

En restant dans un objectif de décloisonnement du fonctionnement des services, il est nécessaire de mettre en commun les savoirs faire et les savoirs être de coordination en créant un référentiel de bonnes pratiques professionnelles interne à Soins Santé et transversal aux 3 services. Au-delà d'une uniformisation des pratiques, c'est viser un enrichissement réciproque entre pairs en interne. Pour construire cet outil, je préconise l'intervention d'un consultant extérieur avec une expertise du secteur médico-social. Avec son recul sur les pratiques internes, le consultant aura la capacité de formaliser les pratiques existantes, challenger les coordinatrices pour qu'elles identifient les pistes d'amélioration et les fédérer autour de ce référentiel.

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- ⇒ Signature du devis du prestataire
- ⇒ Compte-rendu des groupes de travail avec le consultant
- ⇒ Questionnaires d'évaluation de l'accompagnement du consultant
- ⇒ Livraison du référentiel
- ⇒ Evaluation de l'appropriation et de l'adhésion des coordinatrices les 2 ans par le biais d'un questionnaire.

C) Optimiser la circulation des informations

a) *Instauration d'un staff hebdomadaire avec les coordinatrices et les fonctions supports*

Il est nécessaire d'agir à différents niveaux de l'organisation pour soutenir le décloisonnement du fonctionnement. Instaurer un staff hebdomadaire est un élément essentiel à l'évolution de Soins Santé. Elle sera composée des coordinatrices et des référentes RH/logistique, qualité et comptable (fonctions supports).

L'équipe de coordination m'a évoqué lors de mon enquête un manque de circulation de l'information avec les fonctions supports qui ont des missions transversales sur les 3 services de soins. Certaines coordinatrices m'ont également exprimé un sentiment de mise à l'écart.

La programmation de ces staffs va permettre de renforcer le sentiment d'appartenance des collaboratrices. Il est essentiel qu'elles sentent qu'elles ont une place importante au sein de ce groupe d'acteur. Cette réunion hebdomadaire va également contribuer à une bonne circulation de l'information entre les participants. Nous allons échanger les informations essentielles des sujets en cours ainsi que les éventuelles difficultés rencontrées. Cela permettra de définir des stratégies efficaces et de prendre les décisions adéquates pour la résolution de ces problèmes.

Pour programmer ces staffs, je dois tenir compte de la disponibilité des collaboratrices et de leur efficacité intellectuelle. Les lundis et vendredis ne sont pas pertinents car ce sont les départs et les retours de week-end qui peuvent être stressant. Le jeudi est le jour des réunions hebdomadaires avec les équipes de terrain pour échanger sur l'accompagnement des usagers. Le mercredi est un jour non travaillé pour la coordinatrice parcours de soins. Je vais donc privilégier le mardi à 14 heures. Elles auront lieu dans la grande salle de réunion disposant des outils pratiques pour diffuser des supports numériques. Pour un travail efficace, les staffs dureront de 30 minutes à une heure maximum favorisant ainsi la concentration. Je définirai un ordre du jour que je diffuserai 2 jours avant pour permettre une préparation en amont et réduire le temps de traitement des sujets. La programmation des staffs sera intégrée dans le calendrier partagé.

Indicateurs de suivi et d'évaluation

⇒ Comptes-rendus des staffs mis à disposition sur un espace dédié du serveur informatique.

b) *Création d'un intranet Soins Santé*

Pour favoriser la circulation des informations en interne entre les AS, les IDE, les ASG, les coordinatrices, les référentes administratives et moi-même, la création d'un intranet est un outil pertinent. Au sein de l'association, des outils de communication ont déjà été mis en place avec le logiciel sécurisé Microsoft Outlook 365 : boîte mail professionnelle pour l'ensemble des salariés et une messagerie instantanée pour faciliter les échanges notamment avec les équipes soignantes mobiles. Cependant, il est nécessaire d'amplifier la communication d'information et de faciliter l'accessibilité aux données communes de travail. Un intranet permettra : la centralisation et l'homogénéisation des données, d'éviter les doublons, d'optimiser le processus de traitement et d'accès aux informations, de gérer les droits d'accès aux données. L'intranet optimisera la communication interne en favorisant la circulation des informations auprès de l'ensemble des équipes. Cet outil offrira la possibilité de mettre en place de nombreuses fonctionnalités qui vont favoriser la communication, l'échange et la complémentarité des équipes et des services : annuaire commun avec les contacts interne et externe, messagerie instantanée, agendas partagés et collaboratifs, échange de documents et intégration de la gestion documentaire, espaces de travail collaboratif, suivi des modifications, ... Cet intranet partagera les informations de manière plus fluide en interservices, et optimisera les échanges entre les collaborateurs sans la contrainte de la distance. C'est un outil qui va contribuer au développement de la qualité de vie au travail.

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- ⇒ Comptes-rendus des groupes de travail communication interne du COPIL qualité composé de représentants AS, IDE, ASG, ergothérapeute, coordination, administratif, membre du CSE et la directrice
- ⇒ Devis prestataire et maquette de l'outil
- ⇒ Procès-verbal du CA validant le projet
- ⇒ Compte-rendu de la réunion de présentation aux équipes de Soins Santé
- ⇒ Enquête de satisfaction biennale.

3.1.2 Développer la coopération interservices

Le développement des interactions entre les 3 services de soins est essentiel. La complémentarité de l'offre de soins et des compétences respectives des équipes doit être renforcée pour optimiser l'accompagnement global qualitatif des personnes âgées à leur domicile. Pour mettre en œuvre cet objectif opérationnel, le rôle des coordinatrices est indispensable en s'appuyant sur le management de proximité et leur connaissance des besoins des usagers. Les réunions d'échange interservices sont quasiment inexistantes.

La création d'espaces de communication en équipe pluridisciplinaire est essentielle pour favoriser la qualité des accompagnements et enrichir les pratiques professionnelles et les moyens d'intervention des équipes soignantes.

A) Créer des espaces de communication en équipe pluridisciplinaire

a) *Animation de réunions en équipe pluridisciplinaire autour de l'accompagnement des usagers*

La mise en œuvre de réunions internes en équipe pluridisciplinaire est au fondement de l'accompagnement des usagers. Elles seront un temps fort pour développer la coopération interservices autour du projet personnalisé de l'utilisateur. Elles permettront de soutenir la détermination et une bonne articulation des prestations de soins à domicile. Les AS, IDE, ASG, ergothérapeutes pourront partager et recueillir les informations et analyses utiles à l'accompagnement. L'organisation de ces réunions est un support de travail pour chaque professionnel. Elles impulseront une dynamique de travail collective en appuyant la mise à jour régulière des plans de soins et le projet personnalisé des personnes accompagnées. La diversité des logiques et des pratiques dans l'équipe pluridisciplinaire représente un enrichissement professionnel et un apport dans l'amélioration des modalités d'intervention. Ces compétences complémentaires vont contribuer à l'accompagnement qualitatif de la personne âgée en respectant ses choix et en apportant une réponse cohérente à ses besoins. Au cours de ces réunions, les dossiers usagers seront discutés de façon collégiale et les prises de décisions seront tracées et soumises avec explication aux usagers. Elles seront organisées et animées par les coordinatrices de services.

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- ⇒ Comptes-rendus des réunions pluridisciplinaires
- ⇒ Enquête de satisfaction annuelle auprès des usagers
- ⇒ Enquête de satisfaction biennale auprès des équipes d'intervention et des coordinatrices.

B) Développer des pratiques professionnelles et des modes d'interventions en interdisciplinarité

a) *Intégration de formations transversales pour les équipes d'intervention pluridisciplinaires au plan de développement des compétences*

Pour développer la coopération interservices, la programmation de formation transversales à destination des équipes d'intervention est un outil approprié. Les actions d'accompagnement à domicile sont un point commun et de rencontre des différents intervenants de Soins Santé. Les personnels de terrain, de professions interdisciplinaires, doivent apprendre à se connaître et à travailler ensemble autour d'une action commune qui est la mise en œuvre du projet personnalisé de la personnes âgée. Leur spécificité disciplinaire est un atout pour l'accompagnement global de l'usager. Cependant, les modalités de réalisation des soins peuvent être un point d'amélioration et de développement communs : gestion de la douleur, bientraitance, soins palliatifs, ... Je vais programmer dans le plan de développement des compétences des formations transversales permettant le regroupement de professionnels des différents services de soins de l'association.

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- ⇒ Validation du plan de développement des compétences
- ⇒ Attestations de formation
- ⇒ Diagnostics d'audits triennaux spécifiques liés aux thématiques de formation
- ⇒ Evaluations réglementaires des établissement et services sociaux et médico-sociaux.

C) Optimiser les outils de travail des équipes d'intervention

a) *Investissement d'une flotte de smartphones*

Il est nécessaire de faire évoluer notre système d'information en matériel numérique. Les équipes de terrain travaillent en transversalité pour l'accompagnement des usagers. Les outils de travail doivent être adaptés pour une cohérence et une démarche de qualité dans la coordination et le suivi des soins. Equiper les équipes d'intervention de smartphones va permettre d'améliorer et de fiabiliser le suivi et la prise en soins des personnes âgées. En connexion avec le logiciel métier, l'organisation des soins sera favorisée avec une traçabilité et une fiabilité des transmissions ciblées. La démarche de confidentialité et de qualité va être renforcée par la sécurisation des données. Les AS, IDE, ASG auront accès à distance : au plan de soins, aux informations primordiales pour l'accompagnement global de la personne, aux transmissions de soins instantanées et à une messagerie sécurisée pour communiquer les données des usagers à l'ensemble de l'équipe d'intervention et aux coordinatrices. Ces outils vont favoriser le travail en coopération autour de l'usager et en interservices. Pour le financement des smartphones,

je vais solliciter une subvention exceptionnelle d'investissement auprès de l'ARS lors de la réalisation de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses de l'année 2023.

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- ⇒ Devis de prestataires
- ⇒ Acceptation de la demande de subvention d'investissement.

3.1.3 Rétablir une communication positive et collaborative entre les membres du Conseil d'administration et les professionnels de Soins Santé

Un travail de communication entre le Conseil d'administration et l'ensemble des professionnels de l'association, est à effectuer. La carence de direction, durant 7 années, a multiplié des difficultés relationnelles entre les salariés et le Conseil d'administration. Ces dernières sont la conséquence du glissement de fonction des membres du CA qui s'est opéré lors du départ en retraite de la précédente directrice. Pendant ces 7 années, un manque de confiance réciproque s'est établi entre les professionnels d'intervention, de coordination et administratifs et le Conseil d'administration. L'absence d'échanges directs de la part des membres du CA provoque une certaine distance qui génère un sentiment d'insécurité pour les équipes et un climat social tendu. Pour conduire le changement face à cette situation, il est indispensable de rétablir une communication qui soit positive et collaborative.

- A) Impliquer les coordinatrices dans la visée stratégique de Soins Santé
- a) *Création de commissions spécifiques de réflexions stratégiques composées de membres du CA, des coordinatrices et de la directrice*

Les coordinatrices doivent être engagées dans certaines réflexions stratégiques. Il est nécessaire de leur permettre de s'impliquer et de comprendre les enjeux organisationnels et fonctionnels de Soins Santé. Il faut remédier à cette mise à l'écart lors de certaines prises de décisions stratégiques. Leurs compétences et leurs connaissances en soins, leur expertise des besoins et des attentes des usagers de Soins Santé, leur travail quotidien avec les équipes et les acteurs de terrain participant à l'accompagnement global des personnes âgées, sont autant d'éléments indispensables pour prendre des décisions tactiques impactant directement l'organisation de l'activité. La création de commissions de réflexions stratégiques, incluant les coordinatrices à titre consultatif, permettra d'enrichir les échanges et d'approfondir les sujets. C'est un moyen d'obtenir des éléments indispensables à la prise de décision. C'est également une instance permettant d'articuler les opportunités en cohérence avec les actions déjà mises en œuvre. Cette commission

sera une mise en commun des perspectives des différentes parties prenantes de l'association et le partage d'une vision commune facilitant les conduites du changement.

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- ⇒ Ordre du jour des commissions biannuelles
- ⇒ Rapport des commissions.

b) *Réorganisation des Conseils d'administration trimestriels*

Je préconise de reprendre l'organisation des Conseils d'administration trimestriels en impliquant les coordinatrices en qualité de membres consultatifs. C'est ce qui était pratiqué lors de ma prise de fonction en 2015. Il est indispensable que les cadres intermédiaires aient une vision globale et structurelle de l'association. De manière réciproque, les membres du CA doivent être alimentés par leur vécu dans le travail au quotidien auprès des équipes d'intervention, des usagers et des partenaires. C'est un élément essentiel participant au décloisonnement du fonctionnement et des équipes des services de soins. A ce jour, je joue le rôle d'intermédiaire entre les membres du CA et les cadres de services. Cette situation, non efficiente, génère des incompréhensions mutuelles qui ralentissent les processus d'action. Un temps de consultation, d'une heure au début des Conseils d'administration trimestriels, permettront d'échanger concrètement sur l'activité des services et la situation financière au moment T qui impacte logiquement des décisions concernant le fonctionnement.

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- ⇒ Ordre du jour des Conseils d'administration
- ⇒ Procès-verbal des Conseils d'administration.

B) Réviser le document unique de délégation de la directrice

a) *Clarification et remise à jour le Document unique de délégation*

Le document unique de délégation (DUD), rendu obligatoire par la législation, a été rédigé par la présidente de Soins Santé et les membres du bureau de l'association en mai 2015. Au regard de la clarification de nos missions respectives en 2019, le DUD doit être révisé. En effet, il doit comprendre les délégations exigées pour exercer ma fonction de directrice, notamment, le pilotage de la mise en œuvre des orientations stratégiques et le management d'équipe qui sont de ma responsabilité et font partie intégrante de ma

fonction. La révision DUD est également un moyen de renforcer mon positionnement de directrice.

Indicateurs de suivi et d'évaluation

⇒ Signature du document unique de délégation par la présidente et la directrice.

C) Créer des espaces d'échanges entre les membres du Conseil d'administration et l'ensemble de l'équipe de Soins Santé

a) *Organisation de rassemblements avec le Conseil d'administration et l'équipe de Soins Santé*

L'organisation de rassemblements avec le CA et les AS, IDE, ASG, ergothérapeutes, coordinatrices référentes administratives est un moyen efficace pour rétablir une communication positive et collaborative. Le système d'acteurs de l'association partage le même objectif qui est l'accompagnement qualitatif des personnes âgées désirant vivre à leur domicile. Le Conseil d'administration participe à la représentation de l'association à l'externe mais également à l'interne. Il contribue à la marque employeur de Soins Santé, c'est-à-dire à son image. Le Conseil d'administration doit véhiculer les valeurs, la culture et porter les principes de l'association. L'équipe a le besoin légitime de le sentir présent, à l'écoute et informé des actions menées au quotidien auprès des usagers et de leur entourage. La reconnaissance et la valorisation des salariés sont des éléments participants à développer leur satisfaction et leur motivation. Ces rassemblements organisés autour de thématiques liées à l'activité, aux métiers, à l'actualité de Soins Santé contribueront à fédérer les équipes autour du projet associatif et impulseront une dynamique positive et collaborative. Les thématiques abordées seront sélectionnées par le biais d'un sondage participatif. Les rassemblements prendront différentes formes : débats, témoignages d'expérience, expertise externe, tables rondes, ...avec des temps favorisant l'expression et l'échange.

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- ⇒ Programme des rassemblements
- ⇒ Trames et résultats des sondages
- ⇒ Transcription des échanges
- ⇒ Enquête de satisfaction biennale.

3.2 Associer les usagers et leurs aidants à leur accompagnement

L'association des usagers et de leurs aidants à leur accompagnement est un axe central dans le changement à conduire. Cet objectif général est décliné en 2 objectifs opérationnels.

3.2.1 Améliorer la communication et encourager la participation des usagers et des aidants à la vie et au fonctionnement de la structure

La participation à la vie et au fonctionnement des services de Soins Santé est un droit fondamental de l'utilisateur et leur proche aidant. Pour être acteur de son projet, l'utilisateur doit avoir un droit de regard et la possibilité d'influer sur les dispositifs d'accompagnement. Nous avons récemment révisé des outils comme le livret d'accueil et le projet d'établissement en y associant les personnes accompagnées. Aujourd'hui, nous devons consolider la communication et la participation des usagers à la vie et au fonctionnement de l'association en révisant et en créant de nouveaux outils obligatoires.

A) Réaliser un règlement de fonctionnement commun aux 3 services

a) *Création d'un groupe de travail pluridisciplinaire pour définir le contenu*

Le règlement de fonctionnement est, en droit des institutions sociales et médico-sociales, le document par lequel un ESSMS définit l'articulation entre les droits individuels des personnes accueillies ou accompagnées et les obligations de la vie collective. Pour améliorer la compréhension et la communication auprès des usagers, il est indispensable de réaliser un règlement de fonctionnement commun aux 3 services complémentaires de Soins Santé. Un groupe de travail pluridisciplinaire va être constitué pour définir le contenu sous forme participative. Il sera représentatif et composé, sur la base du volontariat, de 2 AS, 2 IDE, une ASG, une ergothérapeute, une référente administrative, 2 membres du CA, un membre du CSE et de moi-même. J'animerai le groupe de travail qui se réunira sur 2 temps de 2 heures 30.

Indicateurs de suivi et d'évaluation

⇒ Comptes-rendus du groupe de travail.

b) *Rédaction du règlement de fonctionnement et organisation de la relecture par le groupe de travail*

En me basant sur les comptes-rendus du groupe de travail, je réaliserai la rédaction du règlement de fonctionnement. La référente qualité organisera ensuite la relecture par

les membres du groupe et recueillera les pistes d'amélioration éventuelles dont je tiendrai compte pour la rédaction finale.

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- ⇒ Première version du règlement de fonctionnement
- ⇒ Comptes-rendus des pistes d'amélioration.

c) Validation par le Conseil d'administration

Lors du Conseil d'administration trimestriel, je réaliserai la présentation du nouveau règlement de fonctionnement aux membres. Le document contractuel leur sera adressé en amont par courriel pour favoriser une lecture attentive. Ma présentation dynamique se fera à partir d'un support numérique sur le grand écran dans la salle de réunion. J'exposerai les différentes étapes de réflexion, de construction ainsi que les objectifs visés.

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- ⇒ Version finale du règlement de fonctionnement
- ⇒ Procès-verbal du Conseil d'administration.

d) Communication, information et distribution du règlement de fonctionnement

Le règlement de fonctionnement sera remis aux usagers en annexe du livret d'accueil et présenté lors de l'assemblée générale annuelle. Une présentation sera réalisée auprès des professionnels lors de la réunion annuelle interservices, dont l'ordre du jour comporte toujours une partie sur les actions réalisées dans le cadre de la démarche qualité. Un affichage sera effectué dans les locaux et il sera intégré dans la base documentaire accessible à l'ensemble des salariés.

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- ⇒ Compte-rendu de la réunion annuelle interservices avec la direction
- ⇒ Intégration du règlement dans la base de gestion documentaire
- ⇒ Accusé de réception de remise aux usagers
- ⇒ Enquête de satisfaction annuelle.

B) Développer les formes de participation des usagers et des aidants

a) *Création d'une instance de concertation représentative des personnes accompagnées*

La création de cette instance doit respecter la nouvelle réglementation de la participation à la vie des ESSMS⁵⁰. En comité de pilotage élargi⁵¹ (référénte qualité, coordinatrice parcours de soins, coordinatrice de l'Equipe de la mémoire, 2 membres du CA, un membre du CSE et la directrice), nous allons définir les modalités de la mise en œuvre de cette instance représentative : la composition, les modalités de fonctionnement et l'organisation de la consultation. Le projet sera présenté au Conseil d'administration pour sa validation et une mise en œuvre à compter du janvier 2024. En amont, je vais réaliser un rétroplanning qui organisera les réunions du COPIL qualité élargi, la rédaction du projet de formalisation de l'instance et du règlement intérieur qui encadrera l'instance. Les représentants des personnes accompagnées seront consultés sur les projets de modification du règlement intérieur de l'instance et du projet d'établissement et des services.

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- ⇒ Rétroplanning de l'action
- ⇒ Comptes-rendus des réunions avec le COPIL qualité élargi
- ⇒ Ecriture du projet de formalisation de l'instance
- ⇒ Ecriture du règlement intérieur de l'instance
- ⇒ PV du Conseil d'administration pour validation du projet.

b) *Communication de la synthèse des retours des enquêtes de satisfaction*

Pour une réelle participation des usagers et de leurs aidants, il est obligatoire de réaliser une synthèse des résultats et de leur communiquer. Chaque année, la référente qualité va réaliser, à partir du traitement des résultats, une synthèse proposant des pistes d'amélioration qui seront définies en comité de pilotage qualité élargi (référénte qualité, coordinatrice parcours de soins, coordinatrices, un membre du CA, 2 AS, 2 IDE, une ASG, une ergothérapeute et directrice). Le format de la synthèse sera adapté. Pour une lecture rapide et une lisibilité facilitée, elle comportera du texte mais également des pictogrammes

⁵⁰ Décret n° 2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale (CVS) et autres formes de participation, publié au JO du 27 avril 2022

⁵¹ Le comité de pilotage est composé de la référente qualité, de la coordinatrice parcours de soins, de la coordinatrice Equipe de la mémoire et de la directrice. Celui-ci est élargi en fonction des actions et sujets traités

et des schémas. Il s'agit de favoriser la consultation du document pour les participants et les salariés. La synthèse sera distribuée aux usagers par les équipes d'intervention qui pourront apporter une explication.

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- ⇒ Formalisation de la synthèse
- ⇒ Compte-rendu de la réunion du COPIL qualité élargi
- ⇒ Accusé de réception de distribution aux usagers
- ⇒ Distribution par voie informatique aux salariés et au CA de Soins Santé.

c) *Création de temps d'échanges avec les proches aidants des usagers sur des thématiques spécifiques*

Il est nécessaire de renforcer l'accompagnement des proches aidants. C'est un besoin et une attente qu'ils ont exprimés. Des temps d'échanges avec et entre proches aidants vont être organisés. Ils auront lieu dans un lieu neutre et porteront sur une thématique définie au préalable. Les thématiques seront fixées pour une année de manière à faciliter l'organisation des proches aidants et du format des rencontres. Les sujets abordés seront déterminés en COPIL qualité à partir d'un sondage réalisé auprès des aidants : pathologies spécifiques des personnes accompagnées, conseils et astuces pour prévenir l'épuisement des aidants, aménagement du domicile, mise en place d'outils malins pour faciliter l'accompagnement au quotidien, mise en place de groupes de parole, ... Ces temps d'échanges dureront 3 heures dans un espace chaleureux favorisant le bien-être des aidants. Les échanges se dérouleront autour d'un goûter de manière conviviale. Nous proposerons une suppléance pour les personnes aidées ne pouvant pas rester seules à domicile et n'ayant pas de solution de « garde ». Ces suppléances seront animées par deux ASG et/ou AS de Soins Santé avec des temps occupationnels et de loisirs permettant ainsi à leurs proches aidants d'avoir l'esprit serein pendant les temps d'échanges. En fonction du nombre de participants, des bénévoles de l'association pourront venir soutenir les AS/ASG et ainsi partager avec les usagers.

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- ⇒ Validation des thématiques en COPIL qualité pour donner suite aux attentes des proches aidants
- ⇒ Registre d'inscription aux rencontres
- ⇒ Enquête de satisfaction en fin de rencontre.

3.2.2 Impliquer la personne dans son projet d'accompagnement

Nous avons l'obligation d'affirmer la place centrale de l'utilisateur dans nos dispositifs d'accompagnement. Pour rendre l'utilisateur acteur de sa prise en soin, les outils existants au sein de l'association ne sont pas suffisamment adaptés. La participation de l'utilisateur à l'élaboration et à la mise en œuvre de son projet personnalisé doit être optimisée.

A) Formaliser les projets personnalisés

a) *Planification du déroulement de la mise en œuvre du projet personnalisé (PP) et présentation avec un temps d'échange en réunion interservices*

Le COPIL qualité se réunira pour définir les modalités de mise en œuvre du projet personnalisé. Je rédigerai à la suite un rétroplanning. J'organiserai, ensuite, un temps d'échange en réunion interservices (Equipes d'intervention ESA, CSI et SSIAD, coordinatrices) qui sera animé par la référente qualité. Ce temps sera consacré à la présentation de la trame du projet personnalisé des usagers (définissant l'accompagnement professionnel et médico-social de l'utilisateur) et les modalités de sa mise en œuvre. Il sera organisé sur une durée de 2 heures avec un temps d'exposé (directrice) et un temps participatif autour d'animations dynamiques pour faciliter la synergie d'équipe et favoriser la participation et l'expression des salariés.

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- ⇒ Compte-rendu de la réunion du Comité de pilotage qualité
- ⇒ Rétroplanning de la mise en œuvre
- ⇒ Trame du projet personnalisé
- ⇒ Synthèse de la réunion interservices.

b) *Création d'une équipe de référent projet personnalisé pluridisciplinaire et interservices*

Pour la mise en œuvre des projets personnalisés des usagers, une équipe de référents va être constituée. Cette dernière évoluera à moyen termes. Le référent sera chargé de veiller à la dynamique du projet personnalisé dans le cadre d'une délégation déterminée en réunion d'équipe. Il sera assisté de la coordinatrice de service qui assurera la responsabilité du respect du projet personnalisé contractualisé. Le référent sera l'interlocuteur privilégié de l'utilisateur et de son entourage mais pas de manière exclusive. Il participera à l'accompagnement au quotidien de la personne au même titre que les autres membres de l'équipe. Le référent sera amené à rédiger les comptes-rendus d'entretien, de réunion autour du projet personnalisé ainsi que les conclusions et prises de décisions

concernant la personne accompagnée. Dans un premier temps, l'équipe va être constituée sur la base du volontariat et elle sera pluridisciplinaire et interservices. Elle sera composée de 10 référents : AS, IDE, coordinatrices, ergothérapeute, et ASG.

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- ⇒ Appel au volontariat auprès des équipes d'intervention et de coordination
- ⇒ Communication interne par affichage et sur la messagerie professionnelle.

c) *Organisation d'une formation spécifique de l'équipe de référent pour les accompagner dans la mise en œuvre du projet personnalisé*

Pour accompagner les professionnels dans cette fonction de référent, une formation spécifique va être organisée. Elle sera intitulée « Services de soins à domicile et projet personnalisé » et dispensée par l'IRTS⁵². L'objectif de la formation pour les référents est d'identifier les enjeux et la dynamique du projet personnalisé pour maîtriser les objectifs de l'accompagnement et de s'inscrire effectivement dans cette orientation. Il s'agit également de se positionner dans une démarche réflexive et éthique. Elle se déroulera sur deux journées de 7 heures dans les locaux de Soins Santé.

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- ⇒ Intégration de la formation dans plan de développement des compétences
- ⇒ Programme pédagogique et devis de la formation
- ⇒ Attestations de présence à la formation
- ⇒ Questionnaire d'évaluation pour les participants.

B) Définir la procédure d'évaluation et mettre en place les projets personnalisés

a) *Définition et écriture de la procédure d'évaluation des projets personnalisés des usagers*

La procédure d'évaluation des projets personnalisés des usagers va être définie en comité de pilotage qualité. La référente qualité se chargera de sa rédaction. L'évaluation est une étape importante dans le processus du projet individualisé. L'objectif est d'améliorer la prise en soins des usagers et de s'assurer de la cohérence et de l'adéquation entre les objectifs fixés et les résultats de l'accompagnement. Cette évaluation comprendra l'utilisateur

⁵² Institut Régional du Travail Social

et les pratiques des professionnels. Elle sera réalisée tous les ans et plus si la situation le nécessite. Le référent du projet de l'utilisateur et la coordinatrice auront la charge de cette évaluation. La modification du projet pourra, le cas échéant, être présentée en réunion interdisciplinaire.

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- ⇒ Compte-rendu de la réunion du COPIL qualité
- ⇒ Formalisation de la procédure
- ⇒ Validation de la Directrice.

b) *Présentation générale de la procédure en équipe interservices et communication aux usagers et leurs proches-aidants*

Une présentation de la procédure d'évaluation sera réalisée auprès des professionnels lors de la réunion annuelle interservices. Un affichage sera effectué dans les locaux et elle sera intégrée dans la base documentaire accessible à l'ensemble des salariés. La référente qualité va réaliser un document de présentation du processus du projet personnalisé à destination des usagers et des proches aidants. Ce document leur sera distribué et expliqué par les équipes d'intervention.

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- ⇒ Synthèse de la réunion annuelle interservices avec la direction
- ⇒ Intégration de la procédure dans la base de gestion documentaire et affichage dans les locaux
- ⇒ Accusé réception de distribution du document explicatif réalisée par les équipes d'intervention auprès des usagers.

c) *Mise en place progressive des projets personnalisés avec les usagers et les proches aidants*

La mise en œuvre des projets personnalisés des usagers va être effectuée par les référents inscrits dans la démarche et les coordinatrices de services. Les coordinatrices vont organiser la planification des entretiens à domicile avec les usagers, les proches aidants et les référents. Le rétroplanning sera validé par mes soins en amont. Des réunions d'avancement seront programmées pour m'informer de l'avancée et du déroulement de la mise en œuvre. Cette étape va se dérouler sur deux années pour les usagers déjà

accompagnés par nos services de soins. Pour les personnes nouvellement arrivées, le projet personnalisé sera contractualisé lors du processus d'admission.

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- ⇒ Signature des PP avec les usagers
- ⇒ Comptes-rendus des réunions d'avancement semestrielles avec les coordinatrices, les référentes PP et la directrice.

3.3 Améliorer et développer l'offre de service autour de l'utilisateur

L'accompagnement global qualitatif des personnes âgées à domicile nécessite un travail de co-construction. En effet, une articulation effective, entre les acteurs du sanitaire, du social et médico-social intervenant autour de l'utilisateur, est indispensable. Cet objectif général est décliné ci-dessous en 2 axes opérationnels.

3.3.1 Co-construire des coopérations avec les acteurs du secteur sanitaire et médico-social

Ce premier axe d'action porte sur la co-construction de coopérations avec des acteurs du territoire en formalisant les partenariats existants pour favoriser l'accompagnement global des usagers à leur domicile. Il est également essentiel de s'inscrire dans les nouveaux réseaux de santé pour impulser une collaboration dans le cadre des accompagnements.

A) Formaliser des partenariats autour de l'accompagnement global des usagers

a) *Signature de la convention partenariale avec la ville de Cherbourg-En-Cotentin*

Avec la directrice du pôle Santé de la ville de Cherbourg-en-Cotentin, nous avons travaillé sur la mise en place d'actions de prévention annuelles auprès de la population âgée de la commune nouvelle. Les thématiques sont définies chaque année en réunion avec la coordinatrice parcours de soins de l'association et les élus en charge de la santé, des solidarités et du CCAS. Actuellement, ces actions manquent de visibilité. La carence d'organisation bilatérale avec les agents de la commune provoque des incohérences et un manque de communication envers la population. J'ai rédigé un projet de convention de partenariat que nous allons présenter avec la directrice du Pôle Santé aux élus dont Monsieur Le Maire. Le contenu de la convention présente la population ciblée, les thématiques d'actions de prévention, le cadre de mise en œuvre, les ressources et les moyens mis à disposition et les modalités d'évaluation. Des échanges ont déjà eu lieu avec

les acteurs concernés. Il s'agit d'entériner et de procéder à la signature de la convention par Monsieur le Maire et la présidente de Soins Santé. Chaque année un rapport d'évaluation sera présenté.

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- ⇒ Convention signée
- ⇒ Rapport d'évaluation annuel.

b) Finalisation du projet parcours « patient » avec le CHPC

En collaboration avec le CHPC et le DAC nous avons construit, par le biais de groupes de travail (coordinatrice parcours de soins de l'association, directrice parcours de soins du CHPC, coordinatrices de parcours du DAC du territoire), un projet pour éviter les ruptures de parcours des personnes âgées, souvent isolées, sortant d'une hospitalisation. L'objectif est d'éviter des entrées en EHPAD non choisies et des entrées au CHPC par les services des urgences par manque d'accompagnement à domicile. Un schéma de parcours a été réalisé. Par manque de temps de la part des participants, le projet reste inachevé. Je vais rédiger un projet préparatoire à partir du travail effectué et proposer un rétroplanning, en lien avec la directrice parcours de soins du CHPC. L'objectif est de finaliser le projet pour le présenter conjointement à l'ARS Normandie. Il sera présenté en amont aux gouvernances respectives pour validation.

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- ⇒ Projet rédigé par les directions et validé par les gouvernances respectives
- ⇒ Date du rendez-vous avec l'ARS.

c) Développement de la coopération avec le Centre de Santé Brès-Croizat

Nous collaborons avec les médecins du Centre de Santé Brès-Croizat avec lequel nous partageons nos locaux. Des staffs trimestriels avec les coordinatrices de Soins Santé et les médecins sont mis en place pour échanger sur les patients/usagers communs. Avec la directrice et le Conseil d'exploitation du CDSBC⁵³ ainsi que le Conseil d'administration de Soins Santé, la décision de développer un projet de télémédecine a été actée. L'équipe infirmière du CSI effectuera, au domicile des usagers, des consultations en lien avec un médecin du CDSBC. Pour ce faire, les professionnels seront équipés d'une mallette spécifique avec le matériel médical et numérique nécessaire. Le projet bénéficie d'une

⁵³ CDSBC : Centre de Santé Brès-Croizat

subvention d'investissement allouée par la Communauté d'agglomération du Cotentin. A la suite de la transmission du planning d'action réalisé par la directrice du CDSBC, nous allons formaliser la mise en œuvre du projet par le biais de groupe de travail interdisciplinaires (IDE, médecins, directions, coordinatrice CSI et parcours de soins).

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- ⇒ CR des réunions des groupes de travail interdisciplinaires
- ⇒ Signature d'une nouvelle convention de partenariat.

B) Renforcer la collaboration avec les jeunes réseaux de santé du territoire

a) *Participation aux réunions de la CPTS et du Conseil d'administration du DAC*

La CPTS a notamment pour objet d'améliorer l'accès et la fluidité des parcours de soins par une démarche partenariale collaborative. J'assisterai aux réunions et aux groupes de travail sur la coordination des soins selon le planning établi par la CPTS.

Pour donner suite à la sollicitation de la directrice du DAC, Soins Santé a rejoint son Conseil d'administration. Je représenterai l'association lors des réunions programmées.

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- ⇒ Synthèse des réunions et des groupes de travail de la CPTS
- ⇒ Procès-verbaux des Conseils d'administration du DAC.

3.3.2 Impulser la réflexion et l'écriture du projet de création d'un Service Autonomie à Domicile

Nous devons anticiper la mise en application de la réforme de l'offre des services à domicile. Cette réforme va permettre une réponse au décloisonnement des SSIAD et des SAAD pour favoriser la qualité de l'accompagnement global des personnes désirant vivre chez elles. Pour donner suite à une réunion avec la directrice du CCAS de Cherbourg-en-Cotentin, le Conseil d'administration de Soins Santé a acté le lancement d'une réflexion de co-construction d'un SAD sur le territoire.

A) Lancer la réflexion de la co-construction d'un SAD avec le CCAS

a) *Cadrage du projet de SAD*

Le choix de lancer une réflexion sur le projet étant validée, s'ensuit l'étape de cadrage. Cela consiste à fixer les grandes lignes du projet à partir de l'idée de départ. Cette étape comprend différentes phases :

- ⇒ Description du fondement du projet et explication du besoin : élaboration du projet, son utilité et sa finalité. Rappel des objectifs du projet et des résultats attendus.
- ⇒ Fixation du périmètre du projet : parties prenantes, territoire, public
- ⇒ Explication des contraintes et des risques : ressources, limitation du temps, disponibilité des équipes Soins Santé et CCAS, ...
- ⇒ Identification des parties prenantes et définition des modalités de communication : clarifier qui a besoin de quoi et/ou qui veut quoi entre les équipes du CCAS et de Soins Santé
- ⇒ Mise en œuvre du management de projet et gouvernance : méthode de gestion du projet, comment et par qui
- ⇒ Constitution de l'équipe projet
- ⇒ Fixation des échéances
- ⇒ Validation du cadrage budgétaire et des ressources humaines et matérielles qui seront mobilisées
- ⇒ Rédaction de la note de cadrage.

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- ⇒ Présentation de la note de cadrage aux Conseils d'administration de Soins Santé et du CCAS
- ⇒ Validation par les Conseils d'administration respectifs.

b) *Présentation du pré-projet aux financeurs*

Dans le cadre d'un rendez-vous conjoint avec le Conseil départemental et l'ARS, en présence de la présidence des Conseils d'administration du CCAS et de Soins Santé, avec la directrice du CCAS, nous allons présenter le pré-projet. Avant de commencer la conception et la planification du projet, il est essentiel d'obtenir l'avis et le consentement des financeurs. Le cahier des charges de mise en œuvre des SAD doit paraître en juin 2023.

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- ⇒ Date du rendez-vous avec l'ARS et le Conseil départemental
- ⇒ Synthèse de la réunion.

Conclusion

La conduite du changement doit aboutir sur un décloisonnement des dispositifs de soins et d'aide à domicile à destination des personnes âgées. Il doit également contribuer à la mise en œuvre d'un système de coopération sur le territoire de Cherbourg-en-Cotentin. Les objectifs et les actions associées vont contribuer à impulser une synergie de co-construction à l'interne et à l'externe. Le pilotage du changement au sein de Soins Santé est basé sur un management participatif pour fédérer les acteurs autour de la coopération interservices et l'implication des usagers et de leurs proches aidants dans leur projet d'accompagnement. Une communication positive et collaborative entre les membres du Conseil d'administration et les professionnels de Soins Santé est une condition fondatrice pour une adhésion collective au projet. Le diagnostic partagé a démontré la volonté des partenaires du territoire de développer et renforcer les coopérations autour des usagers. De plus, la co-construction d'un dispositif de Service Autonomie à Domicile avec le CCAS de Cherbourg-en-Cotentin est une réelle opportunité pour répondre à l'enjeu principal qui est l'accompagnement global qualitatif des personnes âgées à domicile. Pour mener à bien ce projet du changement en faveur des personnes âgées, certains points de vigilances sont à prendre en considération. L'accompagnement des équipes doit tenir dans le temps. Il est nécessaire de respecter le plan d'action tout au long de son déroulement en réalisant des points d'étapes valorisant l'avancée du projet. En ce qui concerne la collaboration avec les partenaires, une communication efficace et régulière est un élément indispensable pour maintenir une coopération efficace et constructive.

La construction de ce projet ouvre la perspective de la consolidation des financements des services de l'association. Comme je l'ai exprimé dans le diagnostic, l'équilibre économique du CSI est très fragile. Le SSIAD et l'ESA sont financés par l'allocation d'une dotation globale annuelle. En lien avec l'ARS, nous avons évoqué la contractualisation d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). La signature d'un CPOM à court termes, englobant les 3 dispositifs de soins complémentaires de l'association, serait un levier économique pertinent en valorisant les enjeux du positionnement de l'offre global de Soins Santé sur le territoire. Je propose d'amorcer la réflexion sur des objectifs stratégiques fixés sur cinq années pour engager une négociation avec l'ARS.

Bibliographie

Article de périodiques

Jaeger M. (2010), Revue Vie Sociale N°1, L'actualité et les enjeux de la coordination des actions et des dispositifs.

Lois, décrets, circulaires

Ministère de la santé et de la prévention, Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Abrogée par Loi n°91-1406 du 31 décembre 1991. Journal officiel du 4 janvier 1992.

Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Journal officiel ?

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. Journal officiel n° 0148 du 27 juin 2004

Ministère de la santé et de la prévention, Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Journal officiel, n°0301 du 31 décembre 2015.

Ministère de la santé et de la prévention, Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal officiel, n°0022 du 27 janvier 2016

Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal officiel n°36 du 12 février 2005

Ministère de la santé et des solidarités, Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022. Journal officiel n°299 du 24 décembre 2021.

Ouvrages

Bloch M.A., Hénaut L. (2014). Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social. Malakoff : Dunod.

Loubat J.R. (2019). Penser le management en action sociale et médico-sociale. Malakoff : Dunod.

Richard L., Barthélémy L., Tremblay M.C., Pin S., Gauvin L. (dir.). (2013). Interventions de prévention et promotion de la santé pour les aînés : modèle écologique. Guide d'aide à l'action franco-qubécois. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action.

Tronto J. (2009). Un monde vulnérable, pour une politique du care. Paris : La Découverte.

Tronto J., Fisher B. (1990). Toward a Feminist Theory of Caring. Albany : Suny Press.

Rapports

Conseil Supérieur du Travail Social, (1996), L'intervention sociale d'aide à la personne, rapport du CSTS, <https://www.cairn.info/l-intervention-sociale-d-aide-a-la-personne--9782810901562.htm>, [Consulté le 12 août 2022]

Conseil Supérieur du Travail Social, Roche F., Bouquet F. (dir.). (2007). Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social : Le decloisonnement, une fausse évidence. L'articulation du sanitaire et du social, une voie recommandée. Rennes : Editions de l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

Rapport-diagnostic de l'analyse des besoins sociaux, mai 2017, CCAS Cherbourg en Cotentin

Ressources numériques

Conférence internationale sur la Santé, New York (1946), représentants de 61 États, Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (1948), <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution> [Consulté le 23 juillet 2022]

L'encyclopédie libre, Wikipédia (2021), Systémique, article, <https://fr.wikipedia.org/wiki/Syst%C3%A9mique> [Consulté le 12 août 2022]

Laroque P. (1962), Politique de la vieillesse, Rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse, <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k3345593b/f11.item> [Consulté le 4 août 2022]

Projet Régional de Santé normand (2018-2022), Projet régional de santé, Agence régionale de santé Normandie (sante.fr) [Consulté le 12 août 2022]

Waroquet E., Lesault L. (2022), L'efficience de la Systémie dans l'accompagnement social et médico-social, webinaire, https://www.youtube.com/watch?v=Zlrs_udNnNY [Consulté le 12 août 2022]

Liste des annexes

Annexe 1 : extraits du recueil de données

Annexe 2 : extrait du projet associatif de Soins Santé

Annexe 3 : extraits du DLA - partie 1 et 5, chapitre « Forces et freins de la dynamique associative »

Annexe 4 : extraits du DLA - partie 1 du chapitre « Vers un nouveau projet pour l'association »

Annexe 5 : trame des entretiens professionnels biennaux

Annexe 6 : trame d'échanges avec les usagers et leurs proches aidants dans le cadre de la mise en œuvre d'une démarche qualité continue

Annexe 7 : tableau de synthèse du diagnostic

Annexe 8 : trame enquête de satisfaction annuelle

Annexe 9 : trame enquête dédiée sur la qualité de l'accompagnement global à domicile auprès des usagers de de leur entourage

Annexe 10 : trame des entretiens semi-directifs

Annexe 11 : Soins Santé sur son territoire

Annexe 12 : cartographie des processus

Annexe 13 : organigramme de fonctionnement de Soins Santé

Annexe 14 : plan d'action du pilotage du changement

Annexe 1 : extraits du recueil de données

Date : _____

MÉMO POUR LA PRISE DE NOTES LORS DE L'ENTRETIEN
Outil professionnel

Le professionnel, lors de l'entretien, est informé par la fiche guide :

ENVIRONNEMENT SOCIAL ET FAMILIAL Exemples : • Type de logement • Situation sociale, familiale • Situation de santé, de soins • Rapports de voisinage, de voisinage	AUTONOMIE Exemples : • Niveau de vie, de consommation, de biens, de services, de logement, de transport, de déplacements • Niveau de vie, de consommation, de biens, de services, de logement, de transport, de déplacements	SANTÉ Exemples : • Niveau de vie, de consommation, de biens, de services, de logement, de transport, de déplacements • Niveau de vie, de consommation, de biens, de services, de logement, de transport, de déplacements
ASPECTS ÉCONOMIQUES ET ADMINISTRATIFS Exemples : • Niveau de vie, de consommation, de biens, de services, de logement, de transport, de déplacements • Niveau de vie, de consommation, de biens, de services, de logement, de transport, de déplacements	HABITAT / SÉCURITÉ Exemples : • Niveau de vie, de consommation, de biens, de services, de logement, de transport, de déplacements • Niveau de vie, de consommation, de biens, de services, de logement, de transport, de déplacements	SOUHAITS DE LA PERSONNE BESOINS EXPRIMÉS PAR L'ENTRETIEN OBJET DE LA DEMANDE

RÉPONSE PROPOSÉE

RECUEIL DE DONNEES

ETAT CIVIL	
NOM :	Date de l'évaluation :
Nom de jeune Fille :	Date de la demande :
Prénom :	Origine de la demande :
Date de naissance :	Date de PEC :
N ° Sécurité Sociale :	Caisse :

CONTEXTE	
Situation familiale :	Célibataire ☐ Marié ☐ Divorcé ☐ Veuf(ve) ☐
Conjoint :	Valide ☐ Semi-valide ☐ Non valide ☐
Nombre d'enfants :	 [Fille ☐ (.....) Garçon ☐ (.....)]
Lieu de vie habituel : Domicile ☐ Famille ☐ (à préciser)	
Adresse :	
Code postal :	Ville : Interphone ☐ Code :
Téléphone :	Clefs nécessaires : Oui ☐ Non ☐
Utilise le téléphone de sa propre initiative ☐	
Décroche le téléphone, mais ne peut appeler ☐ Ne sait plus utiliser le téléphone ☐	
Vit-il(elle) entouré(e) : Oui ☐ Non ☐	
Présence d'un animal : Oui ☐ Non ☐	
Le nourrit ☐ Le promène ☐ Si non qui s'en occupe ?	
Habitudes de vie / centres d'intérêts :	

Référent familial	Personne de confiance
Nom : Prénom :	Nom : Prénom :
Adresse :	Adresse :
Code postal : Ville :	Code postal : Ville :
Tél 1 : Tél 2 :	Tél 1 : Tél 2 :
@ :	Lien/patient :
Lien/patient :	Directives anticipées de fin de vie
Nom : Prénom :	si oui Coordonnées du dépositaire
Adresse :	
Code postal : Ville :	Contrat obsèques
Tél 1 : Tél 2 :	si oui Coordonnées des Pompes Funèbres
@ :	
Lien/patient :	

Association Soins Santé – SSIAD CDS ESA – Recueil de Données – version 2020

PRISE EN CHARGE MEDICALE	
Soins Médicaux	
-MEDECIN TRAITANT :	
-MEDECINS SPECIALISTES :	
.....	
.....	
.....	
.....	
Pathologies	
-Affection principale :	
.....	
.....	
.....	
-ATCD:	

PRISE EN CHARGE SOCIALE		
- APA	Oui ☐ Non ☐	- GIR : - Nombre d'heures :
- Date de dernière évaluation :		
- Référent :		
- Protection juridique	: Oui ☐ Non ☐	Préciser :
Coordonnées :		
- Situation financière :		

Association Soins Santé – SSIAD CDS ESA – Recueil de Données – version 2020

Aides existantes	Coordonnées	Tâches effectuées
Infirmières Convention		
Pharmacie		

EVALUATION DE L'AUTONOMIE			
Toilette	Habillage	Transferts	Déplacements
Seul(e) ☐	Seul(e) ☐	Autonome ☐	Autonome ☐
Aide partielle ☐	Aide partielle ☐	Aide partielle ☐	Cannes ☐
Aide totale ☐	Aide Totale ☐	Aide Totale ☐	Déambulateur ☐
.....			Fauteuil roulant ☐
.....			Fauteuil
.....			confort coquille ☐
.....			
.....			
.....			

Alimentation	
Poids : Taille : Perte de poids : Régime : Normal ☐ Sans sel ☐ Sans sucre ☐ Consistance : Normale ☐ Moulinée ☐ Mixée ☐ Epaissie ☐ Prothèses dentaires : Haut ☐ Bas ☐ Risque de fausses routes : Oui ☐ Non ☐	Prise des repas : Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide totale ☐ Préparation des repas : Oui ☐ Non ☐ Si non qui les prépare ? Réchauffe son plat : Oui ☐ Non ☐ Si non qui les réchauffe ? Les courses sont-elles faites par une tiers personne ? Oui ☐ Non ☐ Si non, qui les réalise ?

Annexe 2 : extrait du projet associatif de Soins Santé

VALEURS

Les personnels ont la volonté de travailler en équipe permettant ainsi la prise en charge dans le respect de la dignité humaine de la personne soignée qui souhaite demeurer à son domicile le plus longtemps possible, quels que soient ses origines, son histoire personnelle, son âge, son milieu social, sa religion, son handicap.

De développer les conditions qui permettent à la personne soignée de rester à son domicile, en concertation avec elle, son entourage, les autres professionnels.

Les équipes sont à l'écoute des personnes soignées et des familles afin d'éviter la souffrance et les négligences qui pourraient en découler par épuisements des aidants.

Ce même travail d'équipe doit permettre aux patients de rester chez eux jusqu'au bout de la vie s'ils le souhaitent en développant chez les personnels des qualités de patience, de disponibilité, indispensables dans l'accompagnement de fin de vie.

L'Association a la volonté de maintenir sur la Communauté Urbaine Cherbourgeoise des services où sont assurés la continuité et la permanence des soins ainsi que le souci de préserver la qualité du service rendu.

➔ SYNTHÈSE DES RESULTATS

➔ ELEMENTS DE CONTEXTE ISSUS ENTRETIENS : FORCES ET FREINS DE LA DYNAMIQUE ASSOCIATIVE

Les entretiens menés avec le personnel de l'association ont mis en exergue un climat social dégradé. La synthèse ci-dessous compile des éléments contribuant à expliquer les raisons d'une crise de confiance exprimée à tous les niveaux de l'association (conseil d'administration, encadrants intermédiaires, intervenants).

1/ Le positionnement des membres du conseil d'administration et des coordinatrices en l'absence de directeur associatif

Le départ à la retraite de la précédente directrice n'a pas été renouvelé pour des raisons économiques. Cette absence a engendré un glissement des fonctions des administrateurs et des cadres intermédiaires afin de compenser les activités et les responsabilités qui n'étaient plus exercées par la direction.

La communication entre les salariés et le Conseil d'administration

Des difficultés de communication entre les salariés et la Conseil d'administration se situent en arrière-plan des points évoqués précédemment, avec une perception largement exprimée par les salariés que les administrateurs manquent de transparence dans leur stratégie de développement et dans l'exercice de la fonction Employeur.

De leur côté, les administrateurs ont le sentiment que des messages « ne passent pas ». Ce résultat, à la fois imputable à des conflits interpersonnels et à l'organisation, est accru en l'absence de direction. La mésentente et des difficultés de communication entre la coordinatrice du SSIAD et le conseil d'administration impacte négativement l'équipe d'intervenants (aides-soignants et infirmières).

Les messages sont relayés aux équipes sur le terrain avec plusieurs filtres, des omissions et des divergences dans les approches.

Les échanges directs entre le conseil d'administration et les salariés sont aussi facteurs de tensions. La note de service concernant le stationnement des véhicules du 7/11/2013 concernant le stationnement des véhicules en est un exemple « *Je vous invite à retrouver rapidement un minimum de « savoir-vivre »* »).

La fonction de « courroie » et de relais entre le Conseil d'administration et les équipes est à repreciser sur les fiches de fonction des coordinatrices et du responsable d'entité.

➔ VERS UN NOUVEAU PROJET POUR L'ASSOCIATION...



➔ Bâtir un tableau de répartition des responsabilités pour l'association

L'intégration d'un responsable d'entité constitue un point d'inquiétude :

- Pour le Conseil d'administration, en raison de difficultés de recrutement ;
- Pour les coordinatrices, habituées à fonctionner sans direction depuis 2008. Ces dernières craignent légitimement que leur fonction s'appauvrisse. Le manque de lisibilité sur les futures attributions du responsable d'entité est encore un point susceptible de générer des tensions ;
- Pour les salariés, qui craignent pour la santé financière de l'association.

Pourtant, les attentes exprimées par chacun à l'égard du futur responsable d'entité sont nombreuses :

Attentes du Conseil d'Administration	Attentes des salariés
• Représenter l'association à l'extérieur • Impulser davantage de transversalité • Optimiser l'organisation interne • Optimiser la logistique associative (assurance, voiture) • Réguler l'équipe, agir sur le partage des tâches	• Améliorer l'image de l'association aujourd'hui dégradée (retours de partenaires) • Respecter les directives du CA, être une véritable courroie de transmission entre le CA et les salariés. • Maîtriser la législation du travail, la gestion du personnel. • Faire évoluer la méthode de comptabilisation des heures dans le cadre de l'annualisation ➔ Une personne qui a de la poigne, capable de rectifier des pratiques professionnelles ou des initiatives inadéquates ➔ Un modérateur, un médiateur



Entretien professionnel biennal

L'entretien professionnel est l'occasion de faire un point avec vous sur votre parcours professionnel et échanger sur vos projets, notamment en termes de qualification et d'emploi conformément aux dispositions de l'article L6315-1 du code du travail.

Période évaluée :

Date de l'entretien :

Nom et prénom du salarié :

Poste occupé :

Classification :

Ancienneté :

Service :

Responsable(s) :

Nom et prénom :

Fonction :

Nom et prénom :

Fonction :

Temps d'échange :

1 - Concernant vos missions actuelles :

- *Dans votre activité, qu'est-ce qui vous plaît le plus ?*

- *Dans votre activité, qu'est-ce qui vous plaît le moins ?*

2 - Bilan de l'année écoulée auprès des patients et du fonctionnement du service :

- *De manière générale, comment avez-vous vécu l'année écoulée sur le plan professionnel ?*

- ⇒ Difficultés majeures :

- ⇒ Réalisations positives :

- *Qu'est-ce qui a facilité et/ou freiné votre mission auprès des patients ?*

⇒ Frein(s) :

⇒ Facilitateur(s) :

3 - Compétences et ressenti sur votre poste :

- *Quelles compétences et capacités vous semblent les plus importantes dans votre poste ? Et pourquoi ?*

4 - Place dans l'Association Soins Santé :

- *Comment vous sentez-vous au sein de l'équipe de Soins Santé ?*
- *Comprenez-vous les enjeux globaux de l'association et son mode de fonctionnement ?*

5 - Action(s) de formation souhaitée(e) :

- *Avez-vous des souhaits de formation particuliers ?*

6 - Avenir envisagé :

- *Quels sont vos projets professionnels à ce jour ?*

Synthèse et conclusion de l'entretien :

Annexe 6 : trame d'échanges avec les usagers et leurs proches aidants dans le cadre de la mise en œuvre d'une démarche qualité continue

Nom	Durée PEC	Mode d'intervention des services			Participation avis/communication		
		Qui intervient	les services sont-ils connus ?	PEC 3 services qu'est ce que cela apporte ?	Déjà rempli enquête etc...	retour d'enquête ?	communication suffisante ?

Fonctionnement des services				Droits des usagers		
Les horaires sont connus	Le classeur	fiche de consentement	DIPEC	secret professionnel	respect de la personne	Ecoute des besoins

Prise en soins					Souhaits, attentes, observations, remarques...
Respect des habitudes de vie	Turn-over des soignants	Prise en charge de la douleur	Confort pendant les soins	transmissions	

Annexe 7 : tableau de synthèse du diagnostic

TABLEAU DE SYNTHÈSE DU DIAGNOSTIC STRATÉGIQUE DE SOINS SANTE			
DOMAINES D'ANALYSE STRATÉGIQUE		CARACTÉRISTIQUES DU PUBLIC	
E X T E R N E	Les publics	- Majorité du public dans la tranche d'âge des séniors (60 à 80 ans) à grands séniors (80 à 95 ans) - 66% de femmes - Majorité de personnes vivant seules, vulnérables, socialement et relationnellement isolées - Perte d'autonomie importante : physique, psychologique et cognitive - Accompagnements au long court - Polypathologies chroniques	
	DOMAINES D'ANALYSE STRATÉGIQUE	OPPORTUNITÉS	MENACES
	Les politiques publiques nationales et locales	- La loi ASV 2015 - La loi de modernisation du système de santé 2016 - Le PRS Normandie 2018-2022 - Le schéma départemental médico-social 2017-2021 - Loi de financement de la sécurité sociale 2022	- Le cloisonnement des secteurs sanitaires, social et médico-social
	Le système d'acteurs	<u>Financeurs/opérateurs :</u> ARS de Normandie et Département de la Manche <u>Acteurs secteur médico-social et sanitaire :</u> cf annexe 12 <u>Réseaux :</u> - DAC du Cotentin - CPTS du Cotentin	<u>Financeurs/opérateurs :</u> - Municipalité de Cherbourg-en-Cotentin <u>Acteurs secteur médico-social et sanitaire :</u> - Centre Hospitalier Public du Cotentin
I N T E R N E	DOMAINES D'ANALYSE STRATÉGIQUE	FORCES/ATOUS	FAIBLESSES
	La dimension participative des salariés et la communication interservices	- Dynamique du changement autour de la démarche qualité - Ecriture du projet d'établissement	- Cloisonnement des services de soins - Un manque d'échanges entre la coordination et la direction - Des réunions interservices inexistantes
	L'équipe pluridisciplinaire et les compétences professionnelles	- Equipe pluridisciplinaire - Développement des compétences	- Développement des compétences inégal et insuffisant
	Le management d'équipe et la dynamique de terrain	- Management participatif - Des équipes de terrain humaines et investies auprès des usagers	- Le concept hiérarchique de la gouvernance
	Le financement des 3 dispositifs de soins	- Dotation globale ARS stable pour le SSIAD et l'ESA	- Financement CSI fragile
	Les partenariats existants autour de l'accompagnement des usagers	- Travail en interaction avec les partenaires du territoire	- La non-formalisation de certains partenariats



Enquête de satisfaction Centre de Santé Infirmier

Votre avis nous intéresse !
Vous êtes accompagnés par notre Centre de Santé Infirmier (CSI),
Des infirmier(e)s viennent régulièrement à votre domicile,
Soucieux d'améliorer la qualité de notre service,
nous vous invitons à remplir ce questionnaire de façon anonyme et confidentielle.

**A cet effet, merci de nous le retourner sous enveloppe en le confiant à
l'infirmier(e) dès que possible**

POUR MIEUX VOUS CONNAITRE

Vous êtes :

- ☐ Un homme
☐ Une femme

Votre tranche d'âge :

- ☐ 0-10 ans
☐ 10-18 ans
☐ 18-25 ans
☐ 25-35 ans
☐ 35-45 ans
☐ 45-55 ans
☐ 55-65 ans
☐ 65-75 ans
☐ 75-85 ans
☐ 85-95 ans
☐ + de 95 ans

Vous vivez :

- ☐ seul(e)
☐ en couple
☐ en famille
☐ avec des aidants

(2 réponses possibles)

Vous habitez sur :

- ☐ Cherbourg
- ☐ Turlaville
- ☐ Equeurdreville
- ☐ Querqueville
- ☐ La Glacerie

Ce questionnaire est rempli par :

- ☐ Vous même
- ☐ Vous et votre famille/aidant
- ☐ Votre famille/aidant

Depuis combien de temps êtes-vous accompagnés par les infirmier(e)s du Centre de Santé Infirmier ?

- ☐ Entre 1 semaine et 1 mois
- ☐ Entre 1 mois et 6 mois
- ☐ Entre 6 mois et 1 an
- ☐ plus d'1 an

Êtes vous aussi accompagné par d'autres soignants appartenant à Soins Santé ?

- ☐ Aide soignant du SSIAD
- ☐ Assistante en Soins de Gériatrie et Ergothérapeute (équipe de la mémoire)

(2 réponses possibles)

ACCUEIL/ADMISSION

Comment avez-vous connu le Centre de Soins Infirmier ?

- ☐ Par votre médecin ?
- ☐ Par votre entourage ?
- ☐ Par l'hôpital ? si oui quel service ?
- ☐ Par une assistante sociale ?
- ☐ Par le biais d'internet/pages jaunes ?
- ☐ Par la proximité ?
- ☐ autres ? précisez

Le CSI (Centre de Santé Infirmier) a-t-il été facile à joindre ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Avez-vous été satisfait de l'accueil téléphonique ?

- ☐ Oui
☐ non, pourquoi

La réponse apportée a-t-elle été adaptée à votre demande ?

- ☐ Adaptée
☐ Peu adaptée
☐ Inadaptée, Pourquoi ?

Avez-vous été satisfait du délai d'attente pour votre prise en charge par les infirmier(e)s ?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Durée du délai

Avez-vous été satisfait de la prise en compte de votre demande lors du contact téléphonique avec l'infirmière coordinatrice du CSI (recueil d'informations, écoute, discrétion professionnelle, conseils...) ?

- ☐ Satisfaisant
☐ Acceptable
☐ Insatisfaisant, pourquoi ?

Comment jugez-vous la clarté des informations sur :

	Clair	Difficilement compréhensible	Incompréhensible
La fréquence des soins			
Le fonctionnement du service			
Les modalités de fin de prise en charge			

(1 seule réponse possible par ligne)

Dans le cadre de votre admission dans le service du CSI, avez-vous été satisfait de l'entretien à domicile avec l'infirmière coordinatrice ?

- ☐ Oui
☐ Non, Pourquoi ?

Cet entretien avec l'infirmière coordinatrice du CSI, vous a-t-il permis :

	Totalement	Partiellement	Pas du tout
D'exprimer vos besoins			
D'exprimer vos inquiétudes			
De vous sentir rassuré			
De répondre à vos questions			

(1 seule réponse possible par ligne)

ORGANISATION DES SOINS

Avez-vous été contraint de modifier vos habitudes de vie pour le passage de l'infirmier(e) ?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Commentaires

Etes-vous satisfait des relations avec l'infirmière coordinatrice du CSI (Entretien, téléphone, visite à domicile...)

- ☐ Oui
☐ Non, pourquoi

ACCOMPAGNEMENT ET QUALITE DES SOINS REALISES

Pour quels soins êtes-vous accompagné ?

- ☐ Soins techniques (Pansements, prise de sang, alimentation, perfusion, injection,...)
☐ Soins de confort, soins d'hygiène
☐ Thérapeutique orale (distribution et préparation de médicaments)

(3 réponses possibles)

Êtes-vous satisfait de la prise en compte de vos besoins de manière générale ?

- ☐ Satisfaisant
☐ Acceptable
☐ Insatisfaisant

Concernant les soins, quel est votre avis sur :

	Satisfaisant	Acceptable	Insatisfaisant
Le déroulement du soin			
La technicité du soin			
Le respect de l'hygiène			
Le respect de votre intimité, de vos droits et de votre dignité			
Le respect de votre environnement			
L'adaptation des gestes pour votre confort			
La prise en compte de votre douleur			
La prise en compte de vos besoins exprimés (adaptation en fonction des RDV médicaux, soin reporté si fatigue... etc)			
Le temps de présence de l'infirmier(e) à domicile			

(1 seule réponse possible par ligne)

Êtes-vous satisfait de la relation de confiance établie avec l'infirmier(e) ?

- ☐ Satisfaisant
☐ Acceptable
☐ Insatisfaisant

Êtes-vous satisfait des transmissions d'informations entre les infirmier(e)s relatifs à votre accompagnement ?

- ☐ Satisfaisant
☐ Acceptable
☐ Insatisfaisant

CONTACT AVEC LE PERSONNEL SOIGNANT

Êtes-vous satisfait de la présentation de l'infirmier(e) (tenue vestimentaire, attitude, comportement, langage, disponibilité,...)

- ☐ Satisfaisant
☐ Acceptable
☐ Insatisfaisant

Êtes-vous satisfait de l'écoute apportée et du respect professionnel ?

- ☐ Satisfaisant
- ☐ Acceptable
- ☐ Insatisfaisant

La présence de stagiaire vous pose-t-elle problème lors des soins ?

- ☐ Oui, pourquoi ?
- ☐ Non

FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT SOINS SANTE

Quel est votre niveau de satisfaction globale ?

- ☐ Satisfaisant
- ☐ Acceptable
- ☐ Insatisfaisant

Êtes-vous informé que Soins Santé est joignable 7 jours sur 7 (08h-19h30) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Connaissez-vous les différents services de Soins Santé : SSIAD, équipe de la mémoire ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

AUTRE

Avez-vous des remarques ou suggestions ?

.....

.....

.....

.....

Nous vous remercions de votre participation

Enquête pour un maintien à domicile de qualité et un accompagnement global de l'usager

Anonyme - questionnaire réalisé par la directrice de Soins Santé
Merci d'avance pour votre participation

1. Profil de l'usager

- ☐ Âge :
- ☐ Femme
- ☐ Homme

2. Soins réalisés par Soins Santé :

- ☐ Soins d'hygiène et de confort
- ☐ Soins techniques infirmiers (alimentation, injection, suivi diabète etc...)

3. Présentez-vous une pathologie particulière?

☐ Non

☐ Oui

4. Profil de la personne aidante

☐ Femme

☐ Âge :

☐ Homme

...

5. Personne aidante : comment accompagnez vous votre proche au quotidien?

6. Avez-vous des ressources professionnelles extérieures qui viennent à votre domicile ?

☐ Oui

☐ Non

7. Si oui, la/lesquelles?

☐ Infirmier(e)

☐ Aide-soignant(e)

☐ Auxiliaire de vie

☐ Médecin

☐ Famille ou amis

☐ Autre(s) :

8. Est-ce que l'accompagnement mis en place à votre domicile vous convient ?

☐ Oui

☐ Non

9. Si non, quelles sont vos attentes?

10. De quelle offre de service auriez vous besoin? (par exemple : aide-soignant(e), infirmier(e), auxiliaire de vie, plus de temps d'auxiliaire de vie, portage des repas, garde de nuit, ...)

11. Êtes-vous satisfait de l'organisation de l'accompagnement à votre domicile?

☐ Oui

☐ Non

12. Si non, comment peut-il être amélioré?

13. Avez-vous plusieurs interlocuteurs pour vos demandes concernant l'accompagnement à votre domicile?

☐ Oui

☐ Non

14. Est-ce qu'un interlocuteur unique serait satisfaisant?

☐ Oui

☐ Non

15. Quel serait l'accompagnement idéal à votre domicile ?

Annexe 10 : trame des entretiens semi-directifs



Entretien semi-directif

Dans le cadre du mémoire CAFDES.

Nom et prénom :

Fonction :

Ancienneté :

1) Pouvez-vous me citer les points forts et les points faibles des services de Soins Santé ?

POINTS FORTS	POINTS FAIBLES

2) D'après-vous, en quoi les 3 services travaillent en synergie ?

.....
.....
.....

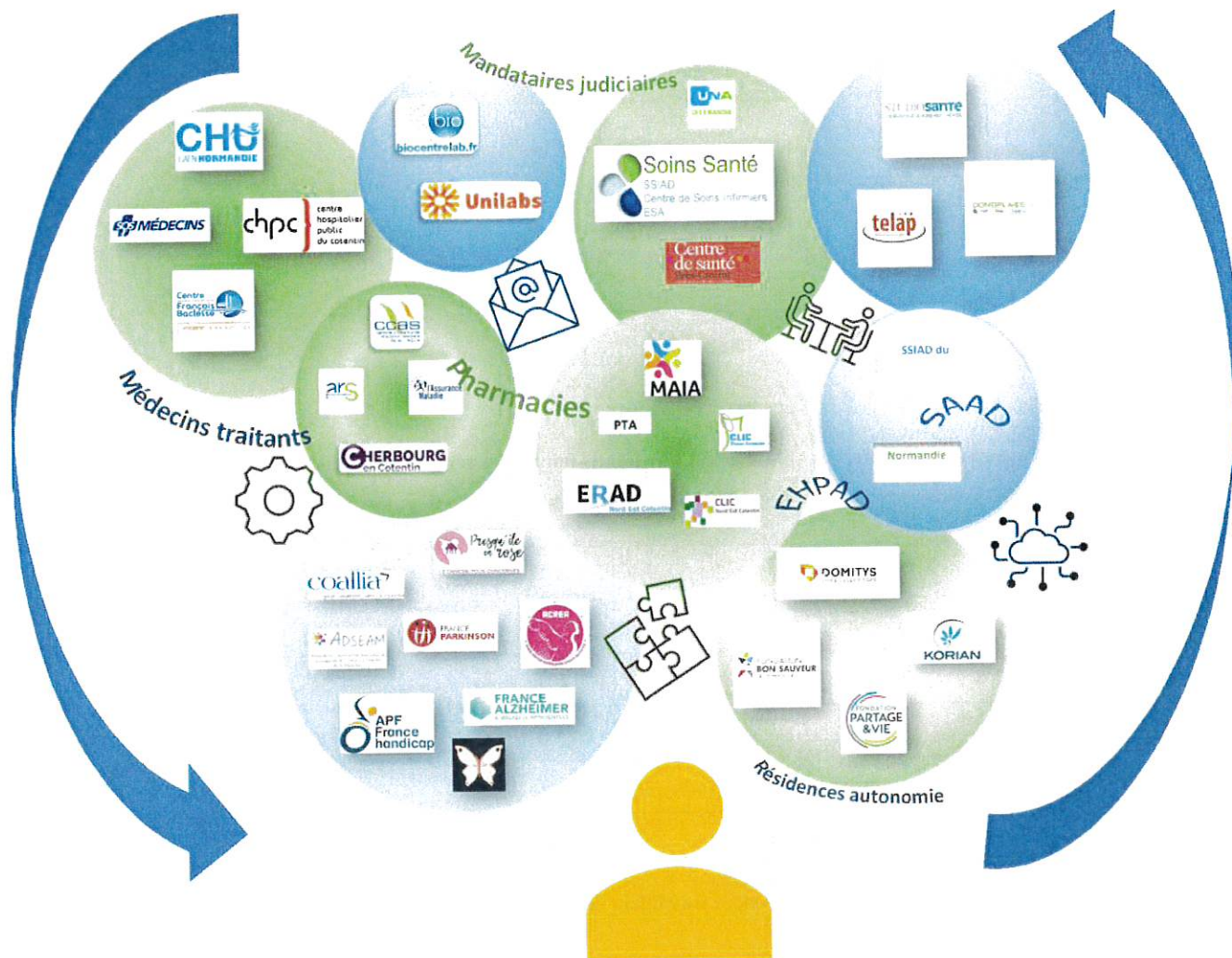
3) Pensez-vous que nous apportons un accompagnement personnalisé aux personnes accueillies ? En quoi ?

.....
.....
.....

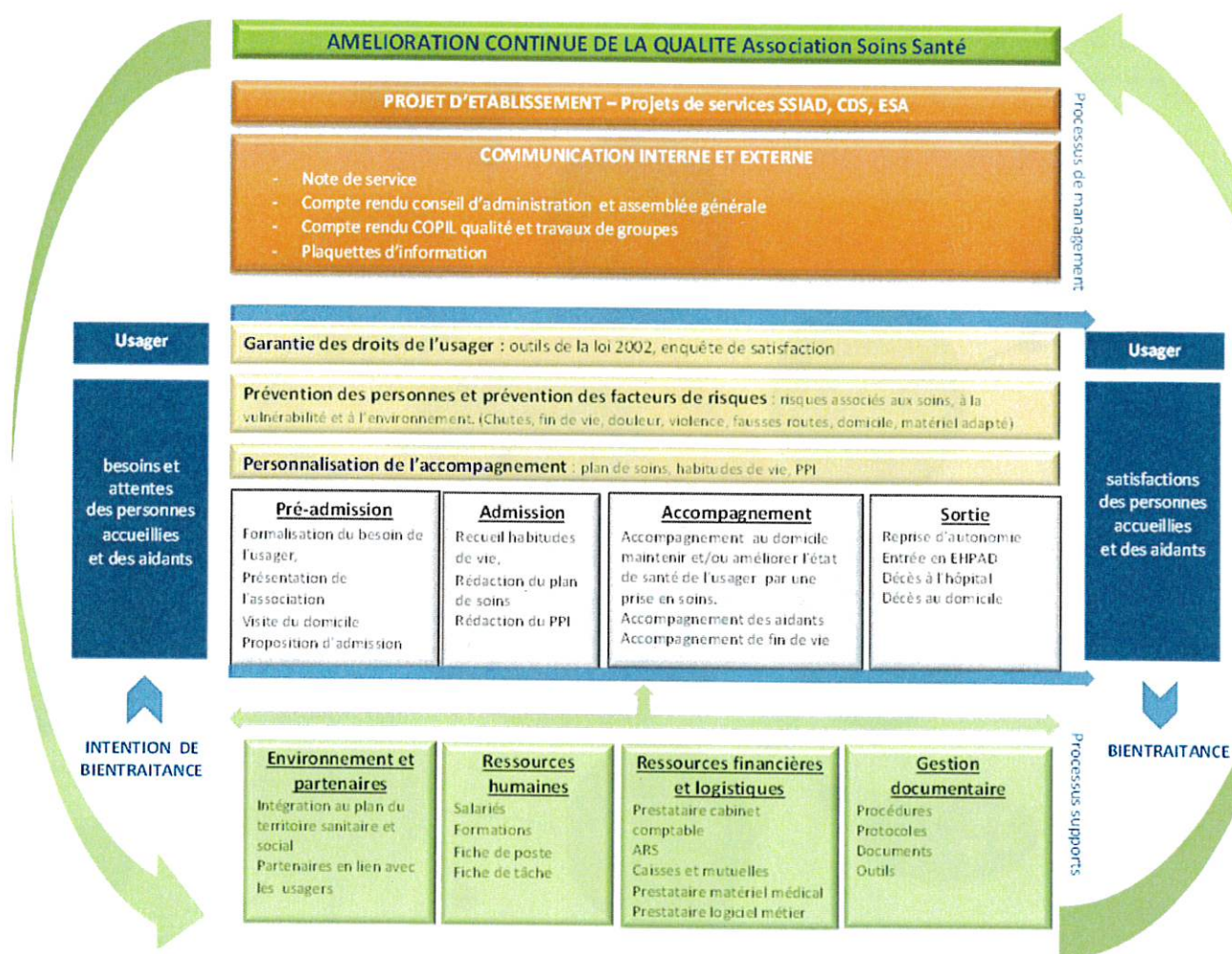
4) Est-ce que vous percevez un cloisonnement dans le travail en équipes pluridisciplinaires ? Si oui, pouvez-vous me préciser en quoi ?

.....
.....
.....
.....
.....

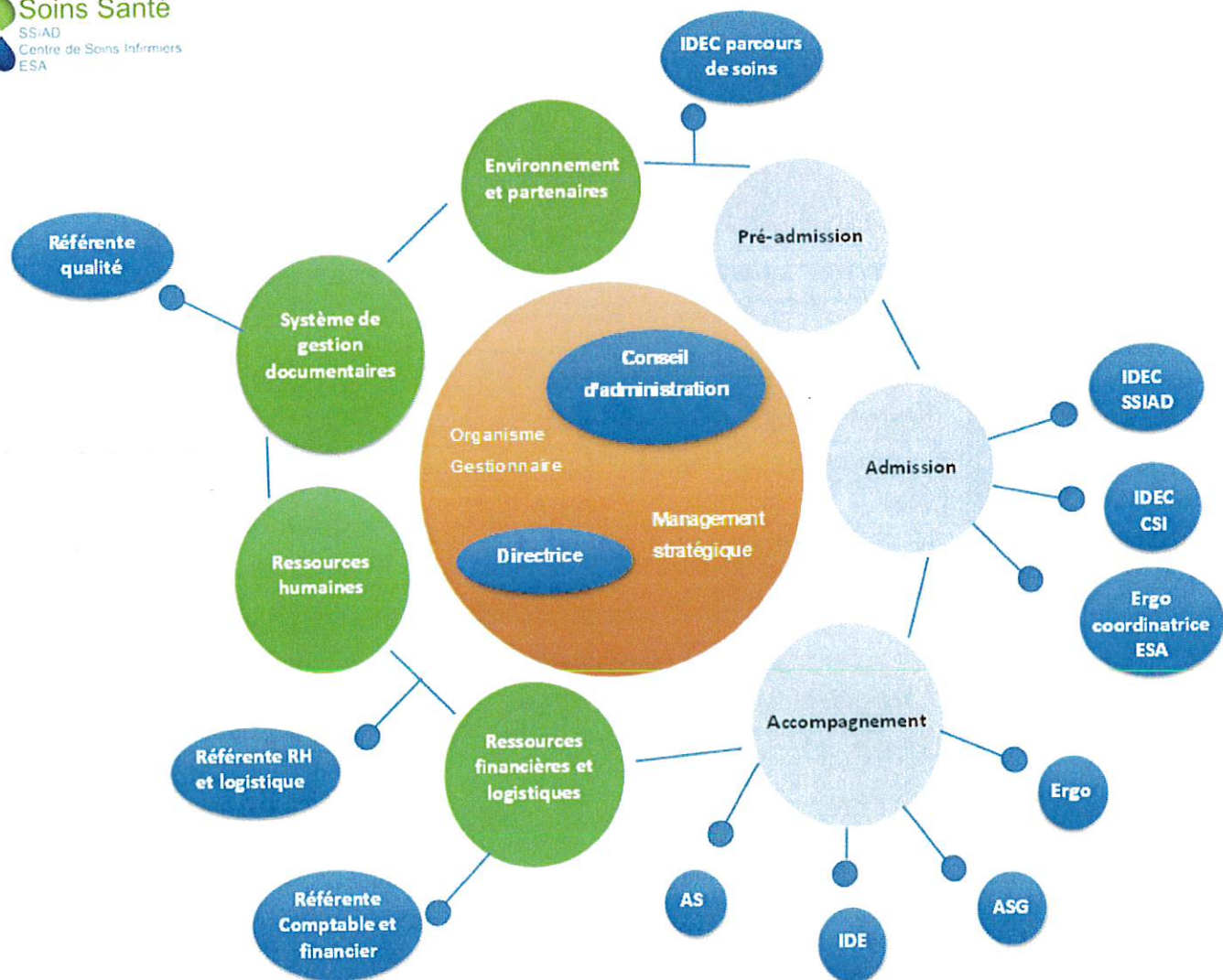
Annexe 11 : Soins Santé sur son territoire



Annexe 12 : cartographie des processus



Annexe 13 : organigramme de fonctionnement de Soins Santé



Annexe 13 : plan d'action du pilotage du changement

Objectif général 1 : Renforcer la dynamique interne du « travailler ensemble »					
Objectifs opérationnels	Actions	Moyens de mise en œuvre	Responsable/référent	Echéancier Périodicité Communication	Indicateurs de suivi et d'évaluation
1.1 Décloisonner le fonctionnement des services	Uniformiser la gestion des RH	⇒ Planification d'un plan de développement des compétences transversal et pluriannuel	Directrice	31/12/2022 Triennale Equipe d'intervention, de coordination et administrative	⇒ CR de la réunion avec les coordinatrices de services ⇒ CR de la réunion avec les membres du CSE ⇒ PV de validation du conseil d'administration ⇒ Evaluation en entretien professionnel et d'évaluation des salariés
		⇒ Réalisation de procédures transversales : intégration des nouveaux salariés, gestion des plannings du personnel/ modulation du temps de travail et des absences	Référente RH	31/01/2023 Equipe de coordination et CSE	⇒ CR de la réunion de pré-écriture des procédures ⇒ Relecture et validation des procédures par la Directrice ⇒ Intégration des procédures dans la base de gestion documentaire
	Fluidifier la coordination des équipes	⇒ Mise en place d'une réunion coordinatrices et directrice	Directrice	02/01/2023 Mensuelle Coordinatrices	⇒ CR des réunions ⇒ CR des entretiens d'évaluation individuels avec les coordinatrices
		⇒ Mise en place d'un groupe de travail pour la création d'un référentiel sur les pratiques professionnelles en coordination		Mars 2023 Mensuelle sur 5 mois Coordinatrices Consultant externe	⇒ Devis prestataire ⇒ CR des groupes de travail ⇒ Questionnaires d'évaluation des groupes de travail ⇒ Livraison du référentiel ⇒ Evaluation biennale par le biais d'un questionnaire
	Optimiser la circulation des informations	⇒ Instauration d'un staff avec les coordinatrices et les fonctions supports	Directrice	Janvier 2023 Hebdomadaire	⇒ CR des staffs

				Coordinatrices et référentes administratives	
		⇒ Création d'un intranet Soins Santé	COPIL qualité	Janvier 2024 Equipes d'intervention, de coordination et administrative CA CSE Prestataire	⇒ CR des groupes de travail du COPIL qualité ⇒ Devis prestataire et maquette outil ⇒ PV de validation du CA ⇒ CR de la réunion de présentation aux équipes ⇒ Enquête de satisfaction biennale
1.2 Développer la coopération interservices	Créer des espaces de communication en équipe pluridisciplinaire	⇒ Animation de réunions en équipe pluridisciplinaire autour de l'accompagnement des usagers	Coordinatrices	Avril 2023 Trimestrielle Equipes d'intervention <u>et</u> de coordination Usagers et proches aidants	⇒ CR des réunions ⇒ Feuille d'émargement ⇒ Enquête de satisfaction annuelle
	Développer des pratiques professionnelles et des modes d'interventions en interdisciplinarité	⇒ Intégration de formations transversales pour les équipes d'intervention pluridisciplinaires au plan de développement des compétences	Directrice	31/12/2022 Triennale Equipes d'intervention CSE Organismes de formation OPCO	⇒ Validation du plan de développement des compétences ⇒ Attestations de formation ⇒ Diagnostics d'audits spécifiques ⇒ Evaluation ESSMS réglementaire
	Optimiser les outils de travail des équipes d'intervention	⇒ Investissement d'une flotte de smartphones	Directrice	Janvier 2024 Référente logistique ARS CA Equipes d'intervention	⇒ Devis de prestataires ⇒ Validation de la demande de financement spécifique

1.3 Rétablir une communication positive et collaborative entre les membres du Conseil d'administration et les professionnels de Soins Santé	Impliquer les coordinatrices dans la visée stratégique de Soins Santé	⇒ Création de commissions spécifiques de réflexions stratégiques composées de membres du CA, des coordinatrices et de la directrice	Directrice	Septembre 2023 Biannuelle Membres du CA Coordinatrices Equipe Soins Santé	⇒ Ordre du jour des commissions ⇒ Rapports des commissions
		⇒ Réorganisation des CA trimestriels avec un temps dédié à un échange avec les coordinatrices sur l'activité des services et la situation budgétaire		Janvier 2023 Trimestrielle Membres du CA Coordinatrices Equipe Soins Santé	⇒ Ordre du jour des CA ⇒ PV des CA
	Réviser le DUD de la directrice	⇒ Clarification et remise à jour le DUD	Présidente avec le Conseil d'administration	Février 2023 Présidente et membres du CA Directrice	⇒ Signature du DUD
	Créer des espaces d'échanges avec le CA et l'ensemble de l'équipe de Soins Santé	⇒ Organisation de rassemblements avec le CA et les AS, IDE, ASG, ergothérapeutes, coordinatrices référentes administratives	Directrice	2023 Annuelle L'ensemble de l'équipe de Soins Santé CA Référénte qualité	⇒ Programme des rassemblements ⇒ Trames et résultats des sondages ⇒ Transcription des échanges ⇒ Enquête de satisfaction biennale

Objectif général 2 : Associer les usagers et leurs aidants à leur accompagnement

Objectifs opérationnels	Actions	Moyens de mise en œuvre	Responsable/référent	Echéancier Périodicité Communication	Indicateurs de suivi et d'évaluation
2.1 Améliorer la communication et	Réaliser un règlement de	⇒ Création d'un groupe de travail pluridisciplinaire	Directrice/référente qualité	Février 2023 Quinquennale	⇒ CR du groupe de travail

aidants à la vie et au fonctionnement de la structure		administrative, membres du CA et du CSE, directrice		COPIL qualité ¹ Equipes d'intervention, de coordination et administrative CA CSE	
		⇒ Rédaction du règlement de fonctionnement et organisation de la relecture par le groupe de travail	Directrice/référente qualité	Avril 2023 Membres du groupe de travail	⇒ Première version du règlement ⇒ CR des pistes d'amélioration
		⇒ Validation par le CA	Directrice	Mai 2023 CA	⇒ Version finale du règlement ⇒ PV du CA
		⇒ Communication, information et distribution : • Auprès de l'ensemble de l'équipe • Auprès des usagers	Directrice/référente qualité	Juin 2023 Usagers Equipes d'intervention, de coordination et administrative CSE	⇒ CR de la réunion annuelle interservices avec la direction ⇒ Intégration dans la base de gestion documentaire ⇒ Accusé de réception ⇒ Enquête de satisfaction annuelle
	Développer les formes de participation des usagers et des aidants	⇒ Création d'une instance de concertation représentative des personnes accompagnées	Directrice	Janvier 2024 COPIL qualité élargi ² CA CSE	⇒ Rétroplanning ⇒ CR des réunions avec le COPIL qualité élargi ⇒ Ecriture du projet ⇒ Ecriture du règlement intérieur de l'instance ⇒ PV du conseil d'administration pour validation du projet
		⇒ Communication de la synthèse des retours des enquêtes de satisfaction	Référente qualité	Février 2023 Annuelle	⇒ Formalisation de la synthèse

¹ Le comité de pilotage est composé de la référente qualité, de la coordinatrice parcours de soins, de la coordinatrice Equipe de la mémoire et de la directrice. Celui-ci est élargi en fonction des actions et sujets traités.

² Comité de pilotage élargi : référente qualité, coordinatrice parcours de soins, coordinatrice de l'Equipe de la mémoire, 2 membres du CA, un membre du CSE et la directrice

		enquêtes de satisfaction avec les pistes d'amélioration envisagées		Usagers/aidants COPIL élargi CA Salariés	⇒ CR de la réunion du COPIL qualité élargi ⇒ Accusé de réception de distribution aux usagers ⇒ Distribution par voie informatique aux salariés et au CA de Soins Santé
		⇒ Création de temps d'échanges avec les proches aidants des usagers sur des thématiques spécifiques	Coordinatrice parcours de soins	Septembre 2023 Trimestrielle COPIL qualité Proches aidants des usagers Soins Santé Salariés	⇒ Validation des thématiques en COPIL qualité pour donner suite aux attentes des proches aidants ⇒ Registre d'inscription aux rencontres ⇒ Enquête de satisfaction
2.2 Impliquer la personne dans son projet d'accompagnement	Formaliser les projets personnalisés	⇒ Planification du déroulement de la mise en œuvre du PP	Directrice	Mars 2023 COPIL qualité	⇒ CR de la réunion ⇒ Rétroplanning de la mise en œuvre ⇒ Rédaction de la trame du PP
		⇒ Présentation du PP avec temps d'échange en réunion interservices	Directrice	Avril 2023 Réf. Qualité Coordinatrices Equipes d'intervention	⇒ Synthèse de la réunion interservices
		⇒ Création d'une équipe de référent P.P. pluridisciplinaire et interservices	Référente qualité	Avril 2023 Equipes d'intervention Coordinatrices	⇒ Appel au volontariat ⇒ Communication interne par affichage et sur la messagerie professionnelle
		⇒ Organisation d'une formation spécifique de l'équipe de référent pour accompagner la mise en œuvre du P.P.	Référente qualité	Mai 2023 Equipe de référents PP IRTS ³	⇒ Intégration de la formation dans PDC ⇒ Programme pédagogique et devis de la formation ⇒ Attestations de présence

³ Institut Régional du Travail Social

				IRTS ³ OPCO	⇒ Questionnaire d'évaluation des participants
Définir la procédure d'évaluation et mettre en place les projets personnalisés	⇒ Définition de la procédure d'évaluation des PP	Directrice	Mai 2023 COPIL qualité	⇒ CR de la réunion	
	⇒ Rédaction de la procédure	Référente qualité	Mai 2023 COPIL qualité	⇒ Procédure formalisée ⇒ Validation de la Directrice	
	⇒ Présentation générale de la procédure en équipe interservices	Directrice	Juin 2023 Equipes d'intervention Coordinatrices Réf. qualité	⇒ Synthèse de la réunion interservices ⇒ Intégration dans la base de gestion documentaire	
	⇒ Communication auprès des usagers et des proches aidants	Référente qualité	Juin 2023 Equipes d'intervention Usagers et proches aidants	⇒ Accusé réception de distribution réalisée par les équipes d'intervention	
	⇒ Mise en place progressive des PP avec les usagers et les proches aidants	Coordinatrices et référents PP	Septembre 2023- septembre 2025 Usagers et proches aidants	⇒ Signature des PP avec les usagers ⇒ CR des réunions d'avancement semestrielles	
Objectif général 3 : Améliorer et développer l'offre de service autour de l'usager					
Objectifs opérationnels	Actions	Moyens de mise en œuvre	Responsable/référent	Echéancier Périodicité Communication	Indicateurs de suivi et d'évaluation
3.1 Co-construire des coopérations avec les acteurs du secteur sanitaire et médico-social	Formaliser des partenariats autour de l'accompagnement global des usagers	⇒ Signature de la convention partenariale avec la ville de Cherbourg-En-Cotentin	Directrice	Décembre 2023 Reconduction annuelle Ville de Cherbourg-en-Cotentin CA	⇒ Convention signée ⇒ Rapport d'évaluation

				Coordinatrice parcours de soins CA Soins Santé	
		⇒ Développement de la coopération avec le CDS Brès-Croizat		Année 2023 Directrice CDSBC CAC ⁴ Equipe interdisciplinaire	⇒ CR des réunions de travail ⇒ Signature d'une nouvelle convention de partenariat
	Renforcer la collaboration avec les jeunes réseaux de santé du territoire	⇒ Participation aux réunions de la CPTS	Directrice	2023 Annuelle CPTS Coordinatrices Soins Santé	⇒ Synthèse des réunions
		⇒ Intégration du conseil d'administration du DAC		2023 3 ans DAC Coordinatrices Soins Santé	⇒ PV des CA
3.2 Impulser la réflexion et l'écriture du projet de création d'un Service Autonomie à Domicile	Lancer la réflexion de co-construction du SAD avec le CCAS	⇒ Cadrage du projet de SAD	Directrice	Mai 2023 4 mois Directrice du CCAS	⇒ Présentation de la note de cadrage aux Conseils d'administration de Soins Santé et du CCAS
		⇒ Présentation du pré-projet aux financeurs	Directrices CCAS/Soins Santé	Juin 2023 Présidence des CA CCAS et Soins Santé ARS Conseil départemental	⇒ Date du RDV ⇒ Synthèse de la réunion

⁴ Communauté d'agglomération du Cotentin

LEPETIT	Corinne	Septembre 2022
Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale ETABLISSEMENT DE FORMATION : Askoria Rennes		
DECLOISONNER LES DISPOSITIFS DE SOINS ET D'AIDE A DOMICILE A DESTINATION DES PERSONNES AGEES POUR FAVORISER UN ACCOMPAGNEMENT GLOBAL PAR LA CO- CONSTRUCTION D'UN SYSTEME DE COOPERATION SUR LE TERRITOIRE		
Résumé : Rester vivre chez elles, est le choix de la majorité des personnes âgées. Pour contribuer à leur maintien à domicile, il est nécessaire de déployer une conception globale de l'accompagnement. L'approche écologique humaine privilégie les relations entre les individus et leur environnement. Des dimensions essentielles comme l'inclusion des personnes concernées dans leur accompagnement et l'incitation à une démarche collaborative dans le développement de celui-ci font parties de cette approche. Cependant, le cloisonnement des dispositifs de soins et d'aide à domicile à destination des personnes âgées fait frein à un accompagnement global qualitatif. La co-construction d'un système de coopération autour de l'usager sur le territoire de Cherbourg-en-Cotentin apparaît nécessaire. Repenser l'accompagnement en soins au sein de l'association Soins Santé et œuvrer au décroisement des services de soins et d'aide à domicile et de la sectorisation sanitaire, sociale et médico-sociale, sont des enjeux majeurs.		
Mots clés : DÉCLOISONNEMENT, PERSONNES ÂGÉES, PROCHES AIDANTS, DOMICILE, ACCOMPAGNEMENT GLOBAL, APPROCHE ÉCOLOGIQUE HUMAINE, CO-CONSTRUCTION, COOPÉRATION, SYSTÈME D'ACTEUR, INTERDISCIPLINARITÉ, OFFRE DE SERVICE COMPLÉMENTAIRE, PARTENAIRES, AIDE, SOINS		
<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>		