

**PILOTER LA CREATION D'UN SPASAD POUR ASSURER
UNE MEILLEURE COORDINATION DES PRESTATIONS DE
SERVICES ET DE SOINS A DOMICILE**

Herwine BOYER

2017

Remerciements

Je tiens à remercier, tout particulièrement :

- mes équipes qui ont été d'un grand soutien moral,
- mes amis Frédéric, Maryse, Johan, Jonhy et Marlène, qui m'ont accompagnée, encouragée en m'apportant leur expertise et leur amitié,
- sans oublier ma famille (mon fils Romain, mon mari Jean-Pierre, ma mère Rose-May et ma sœur Sabrina) pour leurs encouragements et leur patience.

Sommaire

Introduction	6
1 LE MAINTIEN A DOMICILE, UN ENJEU MAJEUR POUR FAIRE FACE A L'ACCELERATION DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET AU PROBLEME DE LA DEPENDANCE.....	8
1.1 Contexte démographique global	8
1.1.1 Population mondiale	8
1.1.2 Population européenne	9
1.1.3 Population française.....	9
1.2 Contexte démographique réunionnais	10
1.2.1 Population réunionnaise	10
1.2.2 Population des personnes âgées	10
1.3 Contexte de la dépendance à la Réunion	12
1.4 Le choix de vieillir à domicile	13
1.5 Définition de « vieillissement ».....	14
1.6 Définition de « la personne âgée »	15
1.7 De l'autonomie..... à la dépendance.....	15
1.8 La place des personnes âgées dépendantes dans la société, par le prisme des politiques publiques	16
1.8.1 Au niveau international.....	16
1.8.2 Au niveau national.....	16
1.8.3 Au niveau territorial	17
1.9 La notion de « maintien à domicile »	18
1.9.1 Définition de « maintien »	18
1.9.2 Définition de « domicile »	19
1.9.3 Survol historico-sociologique du domicile	20
1.9.4 Définition de « maintien à domicile »	22
1.9.5 Quelques dates clés du maintien à domicile	22
1.10 La loi ASV 2015 favorisant le maintien à domicile	23
2 L'ISOLEMENT DES ACTEURS DE L'AIDE ET DU SOIN A DOMICILE ET LES RISQUES DE LA PRISE EN CHARGE	25

2.1	La coordination	25
2.2	Le SAAD SIR	26
2.2.1	Présentation.....	26
2.2.2	Les prestations de service	27
2.2.3	Cadre de référence	28
2.2.4	Missions et objectifs.....	29
2.2.5	Le public cible.....	30
2.2.6	Les modalités de prise en charge	32
2.2.7	L'amélioration de la qualité	33
2.2.8	L'organisation	34
2.2.9	Réseau partenarial.....	35
2.3	Le SSIAD « O'ptit soin » : partenaire du projet SPASAD	36
2.3.1	Présentation.....	36
2.3.2	L'offre de service	36
2.3.3	Cadre de référence	37
2.3.4	Missions et objectifs.....	38
2.3.5	Le Public cible.....	39
2.3.6	Les modalités de prise en soins.....	39
2.3.7	L'organisation	40
2.3.8	Le réseau partenarial du SSIAD.....	41
2.4	Les constats majeurs : la qualité des prestations du soin et l'aide à domicile	42
2.5	Analyse stratégique du SAAD	44
2.5.1	Analyse des documents de fonctionnement du service.....	44
2.5.2	Analyse des modalités d'organisation de la prise en charge	44
2.5.3	Analyse du réseau partenarial	45
2.5.4	Analyse des prises en charge des quatre secteurs	45
2.6	Le plan d'action stratégique interne du SAAD	48
3	Le SPASAD : UN CHANGEMENT DE PARADIGME DE LA PRISE EN CHARGE	51
3.1	Le projet stratégique	51
3.1.1	L'objectif	52
3.1.2	Analyse stratégique du SPASAD :	54
3.1.3	Les axes stratégiques	55
3.1.4	Le public cible.....	55
3.1.5	Le périmètre d'intervention.....	56

3.1.6	Le réseau partenarial du SPASAD	56
3.2	La programmation des actions	58
3.2.1	La mise en place du comité de pilotage et des commissions.....	59
3.3	Plan d'action stratégique.....	60
3.3.1	L'organisation intégrée : un accompagnement global.....	60
3.4	La communication aux différentes composantes des deux structures	64
3.5	Le CPOM	64
3.6	L'évaluation	66
	Conclusion.....	69
	Bibliographie	71
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

- AGGIR : autonomie, gérontologie, groupe iso-ressources
- AM : aide-ménagère
- ANAP : agence nationale d'appui à la performance
- ANESM : agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et service sociaux et médico-sociaux
- APA : allocation personnalisée d'autonomie
- ARS : agence régionale de santé
- ASA : aide sociale aux adultes
- ASV : adaptation de la société au vieillissement
- CASA : contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie
- CASF : code de l'action sociale et des familles
- CCAS : centre communal d'actions sociales
- CDI : contrat à durée indéterminée
- CIAS : centre intercommunal d'actions sociales
- CLIC : centre local d'information et de coordination gérontologique
- CPF : compte personnel de formation
- CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- CRC : caisse réunionnaise de retraite complémentaire
- CSA : consumer science & analytics
- CVS : conseil de vie sociale
- ECILAD : enquête sur la coordination entre infirmier libéral et l'aide à domicile
- EHPAD : établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
- EPI : équipement de protection individuelle
- EPSMR : établissement public de santé mentale de la réunion
- ESA : équipe spécialisée Alzheimer
- FEPEM : fédération des particuliers employeurs de France
- GCSMS : groupement de coopération sociale et médico-social
- GIP SAP : groupement d'intérêt public de services à la personne
- GIR : groupe iso-ressources
- GPEC : gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
- HAD : hospitalisation à domicile
- HPST : hôpital, patient, santé et territoire
- IDEC : infirmier diplômé d'état coordinateur
- IRP : instances représentatives du personnel
- MAD : maintien à domicile
- MAGRM : Mayotte, Antilles, Guyane, Réunion, Métropole
- MAIA : méthode d'actions pour l'intégration des services et des soins dans le champ de l'autonomie
- MGEN : mutuelle générale de l'éducation nationale
- OMS : organisation mondiale de la santé
- OPCA : organisme paritaire collecteur agréé
- PAERPA : personne âgée en risque de perte d'autonomie
- PCH : prestation de compensation du handicap
- PRIAC : programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
- SAAD : service d'aide et de soin à domicile
- SDOSMS : schéma départemental d'organisation sociale et médico-social
- SIR solidarité intergénérationnelle réunionnaise
- SOMS : schéma régional d'organisation médico-social
- SPASAD : services polyvalents d'aides et de soins à domicile
- SSIAD : service de soin infirmier à domicile
- SWOT : strengths, weaknesses, opportunities, threats

Introduction

Depuis un an j'ai pris mes fonctions de directrice adjointe d'un (SAAD) service d'aide et d'accompagnement à domicile dont le nom est SIR (solidarité intergénérationnelle réunionnaise). SIR est une des structures fondatrices du groupe MAGRM (Mayotte, Antilles, Guyane, Réunion, Métropole), l'association gestionnaire. Cette dernière se compose d'un conseil d'administration et d'un directeur général et compte en son sein trois structures dont deux SAAD (SIR et Entr'âge) et une association d'insertion sociale AJMMP.

SIR est une association de loi 1901, dotée d'un conseil d'administration qui décide des orientations politiques en cohérence avec l'association gestionnaire, et en ma qualité de directrice adjointe, je suis garante de leurs mises en œuvre.

Dans le cadre de mes fonctions, dont les missions sont définies dans un document unique de délégation, j'assure le management des ressources humaines ; j'anime l'équipe de direction ; je suis responsable de la gestion économique et financière du service ; je suis chargée du développement du partenariat, de la réécriture du projet de service dans le respect du projet de MAGRM. Toutes ces missions ont pour but de créer des conditions qui favorisent la qualité de l'accompagnement individualisé des personnes accompagnées.

Quelques mois plus tard, après avoir réalisé un audit « court », un de mes constats fait apparaître de réelles difficultés de coordination entre nos intervenants à domicile et des professionnels de soin, notamment dans la transmission des informations et dans l'articulation des champs d'intervention de ces professionnels. Ces difficultés sont renforcées par la complexité du profil médical des personnes prises en charge, qui pour un grand nombre, souffraient de maladies neurodégénératives (Alzheimer, Parkinson...) et mentales (troubles psychotiques, de l'humeur, de l'alcoolisme...), ou présentaient des troubles du comportement nécessitant une prise en charge interdisciplinaire.

Plus précisément, mon questionnement se situe dans la manière d'améliorer la qualité d'accompagnement et de prise en charge pluridisciplinaire des personnes accompagnées à leur domicile.

Il convient de rappeler que les SAAD (service d'aide et d'accompagnement à domicile) exercent des activités d'aide à la personne auprès des personnes âgées, handicapées, malades ou accidentées de tout âge dont l'état nécessite une aide, à leur domicile. Depuis la promulgation de la loi du 28 Décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV)¹, les SAAD dont les activités relevaient du droit d'option sont

¹ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Loi 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, Journal

passés du régime de l'agrément au régime de l'autorisation, ce qui fait désormais d'eux des services relevant du champ du médico-social. Dorénavant, ces structures sont soumises aux obligations des grandes lois fondatrices du champ du médico-social notamment la loi du 02 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale² et la loi du 11 Février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées³.

Il s'agira donc, entre autres, dans le cadre de mes fonctions, de définir une stratégie d'action pour répondre aux difficultés de coordination du soin et du service à domicile.

Le cheminement de ma réflexion a pu se faire grâce aux longs échanges avec la direction, les responsables de secteurs, les intervenants de la structure mais aussi avec des responsables des autres services d'aide et d'accompagnement à la personne. Des rencontres avec les professionnels de l'ARS, du Conseil départemental, du GIP-SAP (groupement d'intérêt public de service à la personne), d'autres structures prestataires de services etc. Il faut ajouter à cela les apports théoriques de ma recherche à savoir :

- Analyse des documents internes (projet associatif, projet de service, livret d'accueil...);
- Diagnostic interne (données qualitatives et quantitatives);
- Outils de diagnostic du territoire (SOMS, SDOSMS, PRIAC...);
- Documents divers (articles, revues, livres, rapports...);
- Textes règlementaires et juridiques...

officiel, n°0013 du 16 janvier 2016. Visité le 01.07.2017
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731>

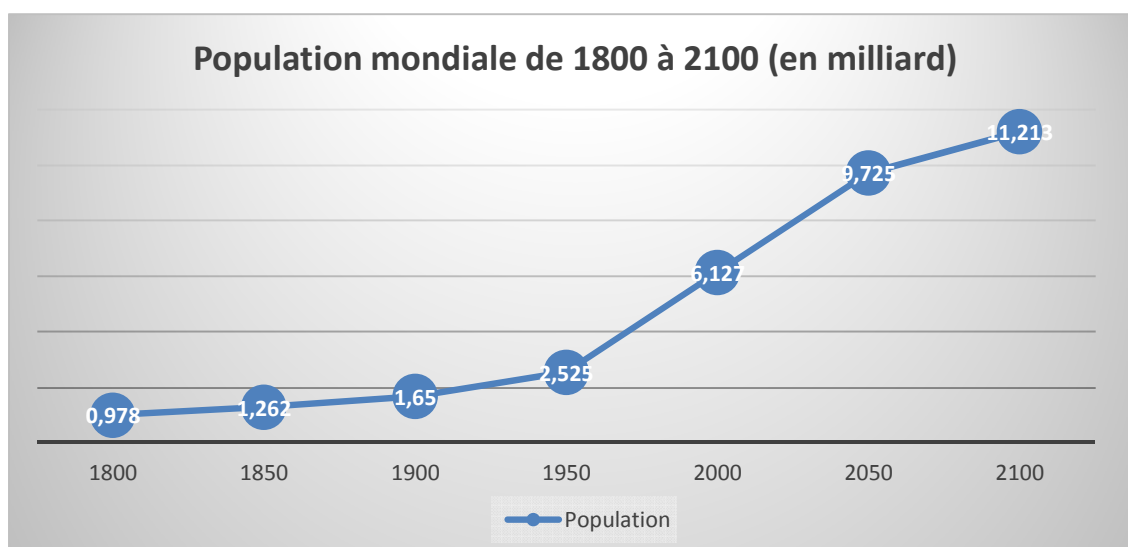
²MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Loi 2002-02 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JORF du 3 janvier 2002. Visité le 17/06/2017.
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id>

³MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, JORFn°0013 du 16 janvier 2016. Visité le 17/06/2017.
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&categorieLien=id>

1 LE MAINTIEN A DOMICILE, UN ENJEU MAJEUR POUR FAIRE FACE A L'ACCELERATION DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET AU PROBLEME DE LA DEPENDANCE.

1.1 Contexte démographique global

1.1.1 Population mondiale



Source : Division des Nations Unies pour la Population 2017

Aujourd'hui, la planète compte 7,6 milliards d'êtres humains. La population mondiale est en constante croissance. Elle devrait augmenter de 1 milliard d'ici 15 ans et de 1 milliard supplémentaire d'ici 25 ans. Selon les projections, en 2050, la population mondiale devrait atteindre 9,8 milliard de personnes.

Partout dans le monde, l'espérance de vie augmente. Aujourd'hui pour la première fois dans l'histoire, la plupart des personnes ont une espérance de vie supérieure à 60 ans. Elle est due majoritairement, au progrès de la médecine. Dans les pays à faibles revenus elle est due à la baisse du taux de mortalité infantile ; et dans ceux à revenus élevés, elle est due à la baisse de mortalité des personnes âgées⁴.

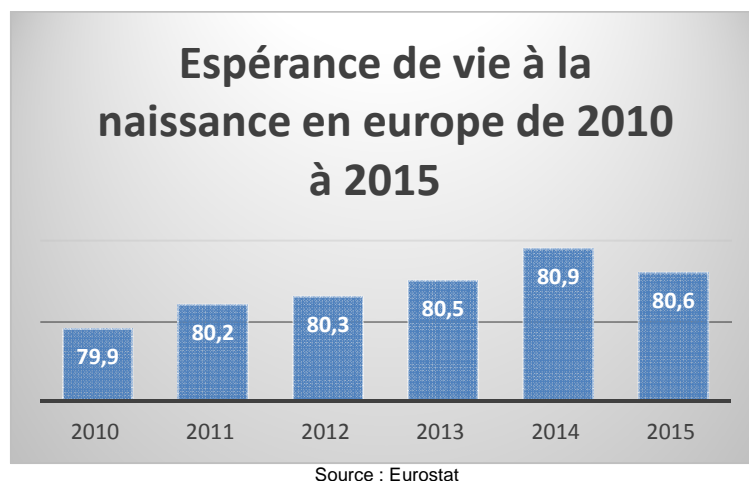
Le vieillissement de la population s'accélère fortement à l'échelle planétaire. Les projections prévoient que la proportion des 60 ans et plus va presque doubler, au niveau mondial (en 2015 : 900 millions et en 2050 : 2 milliards). Il faut ajouter à cela, qu'aujourd'hui notre planète compte 125 millions de personnes âgées de 80 ans et plus. Certains pays comme la France, se sont préparés depuis quelques années à ce phénomène, alors que d'autres comme la Chine ou encore l'Inde, ont tout au plus vingt

⁴ RAPPORT MONDIAL, OMS 2016, *vieillesse et santé*, p3.

ans pour adapter leur société à l'accueil des aînés.⁵C'est le défi que devra relever nos sociétés.

1.1.2 Population européenne

Au 1er Janvier 2010, l'Europe comptait 501 millions d'habitants dont 87 174 000 (17.4%) personnes âgées de 60 ans et plus. En 2060 leur nombre devrait passer à 147 795 000 (29,5%).



Elle était de 77,8 ans pour les hommes et 83,3 ans pour les femmes⁶. Selon ses projections démographiques de 2011, Eurostat mettait en lumière le vieillissement de la population européenne.

D'après l'institut d'Eurostat, en 2015, l'espérance de vie moyenne à la naissance était de 80,6 ans dans l'union européenne. Certes, l'espérance de vie a augmenté en Europe, il n'en demeure pas moins, que les écarts importants ont été relevés entre les états membres. En 2014, chez les hommes, l'espérance de vie la plus faible a été observée en Lettonie (69,1 ans) ; la plus élevée était à Chypre (80,9 ans). Chez les femmes, la plus faible était en Bulgarie (78 ans) et la plus élevée en Espagne (86,2)⁷.

1.1.3 Population française

Selon les estimations de l'INSEE, en 2016, la population française a augmenté de 265 000 personnes, pour atteindre 66 991 000 habitants en 2017, dont 2,1 millions dans les 5 Départements d'Outre-Mer.

En France, en 1900 l'espérance de vie était à 46 ans. En 2010, elle est passée à 77 ans pour les hommes et 83 ans pour les femmes. Elle atteindrait en 2030, 82 ans pour les

⁵ OMS, CENTRE DES MEDIAS, *vieillesse et santé, Aide-mémoire n°404, Septembre 2015.*

⁶ EUROSTAT, *Espérance de vie à la naissance, en Europe.*

⁷ EUROSTAT, *Statistique sur la mortalité et l'espérance de vie, données de juin 2016.*

hommes et 87 ans pour les femmes⁸ ; le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus devrait doubler entre 2010 et 2060⁹. Selon une projection élaborée par l'INSEE¹⁰, elle devrait représenter en 2060 environ 8,4 millions de personnes.

Gilles PISON, directeur de l'INED, attribue l'augmentation de l'espérance de vie en France à la baisse de la mortalité infantile, due à la lutte contre les maladies infectieuses et grâce notamment aux vaccinations et aux antibiotiques.

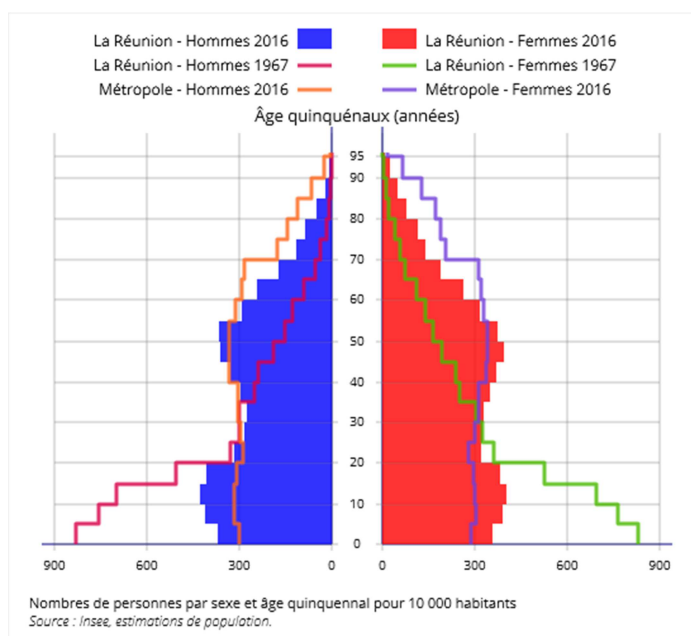
1.2 Contexte démographique réunionnais

1.2.1 Population réunionnaise

	2014	%	2009	%
Ensemble	842 767	100	816 364	100
0 à 14 ans	202 428	24	207 897	25,5
15 à 29 ans	175 510	20,8	180 942	22,2
30 à 44 ans	170 537	20,2	183 258	22,4
45 à 59 ans	172 931	20,5	147 380	18,1
60 à 74 ans	87 140	10,3	70 401	8,6
75 ans ou plus	34 221	4,1	26 485	3,2

Source : Insee, RP2009 (géographie au 01/01/2011) et RP2014 (géographie au 01/01/2016) exploitations principales.

1.2.2 Population des personnes âgées



⁸ EFIDIS, *Maintien des personnes âgées à domicile* - Décembre 2012.

⁹ CENTRE D'ANALYSE STRATEGIQUE Les défis de l'accompagnement du grand âge, rapports et documents n°2011-39, p.19.

¹⁰ INSEE. Bilan démographique 2015 ; *Espérance de vie à divers âges*, France métropolitaine – statistiques de l'état civil de population bilan démographique 2014.

Au 1er Janvier 2013, 835 000 personnes vivaient à la Réunion. Plus d'une personne sur 10 a plus de 60 ans à la Réunion.

La structure de la population réunionnaise se modifie et le vieillissement s'amplifie. En 2040, un quart de la population aura plus de 60 ans.

Il faut relever également que le mode de vie familial des réunionnais se modifie. Ils sont de plus en plus nombreux à vivre seuls. En 25 ans, le nombre de séniors vivant seuls a quadruplé, pour s'établir à 29 300 en 2007. En 2013, un quart des ménages réunionnais est constitué d'une personne seule. Cette situation augmente avec l'âge, les ménages seuls représentent plus de 40% des ménages chez les 65 ans et plus ; ce rapport étant encore majoré chez les personnes de 75 ans et plus. Néanmoins, ces proportions régionales restent bien inférieures à celles observées en métropole¹¹.

Les Réunionnais ont gagné 30 ans d'espérance de vie depuis les années 50, selon une étude réalisée par l'INSEE¹². En 2013 l'espérance de vie à la naissance atteignait 77 ans pour les hommes et 83,5 ans pour les femmes. Sur une population de 835 000 habitants, les personnes âgées de 60 ans et plus, représentaient 115 000 habitants et les 75 ans et plus 32 000, selon les sources INSEE. En 2040, un quart de la population aura plus de 60 ans.

La population âgée de 60 ans et plus représente 115 000 habitants et les 75 ans et plus représente 32 000 sur l'île en 2013, selon les sources INSEE. Cependant, la part régionale reste deux fois moindre que celle observée en métropole (voir tableau ci-dessous).

Nombre et part des personnes âgées de 60 ans et + à la Réunion et en métropole en 2013

	Réunion		Hexagone	
	n	%*	N	%*
Les 60 ans et plus				
Hommes	51 480	13%	6 736 840	22%
Femmes	63 928	15%	8 692 438	26%
Ensemble	115 408	14%	15 429 278	24%
Les 75 ans et plus				
Hommes	11 885	3%	2 212 509	7%
Femmes	20 351	5%	3 676 964	11%

¹¹ TABLEAU DE BORD, Septembre 2016 « Maladie d'Alzheimer et autres démences à la Réunion ».

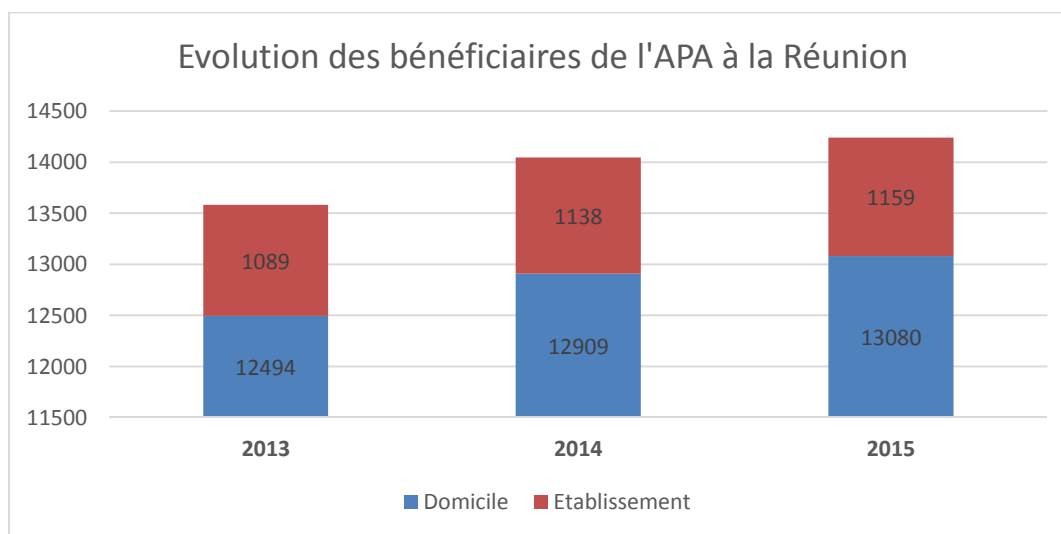
¹² INSEE – Espérance de vie à la naissance selon le sexe.

Ensemble	32 237	4%	5 889 474	9%
-----------------	---------------	-----------	------------------	-----------

Source : Insee – recensement de la population 2013 (RP 2013)

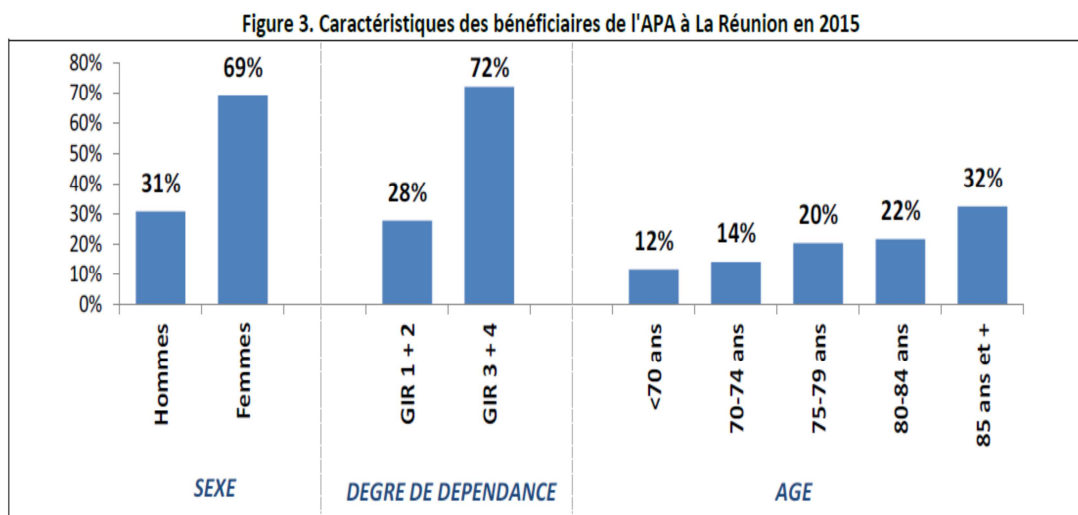
*Part dans la population totale (en%)

1.3 Contexte de la dépendance à la Réunion



Sources : Conseil départemental de La Réunion / Traitement ORS OI

Au 31 Décembre 2015, le nombre de bénéficiaires d'un plan d'aide APA à la Réunion était de 14239 personnes de plus de 60 ans, ce qui représente 12,3% des réunionnais de cette tranche d'âge, contre seulement 8% en métropole en 2013. L'APA est délivrée en majorité à des personnes vivant à domicile (92%).

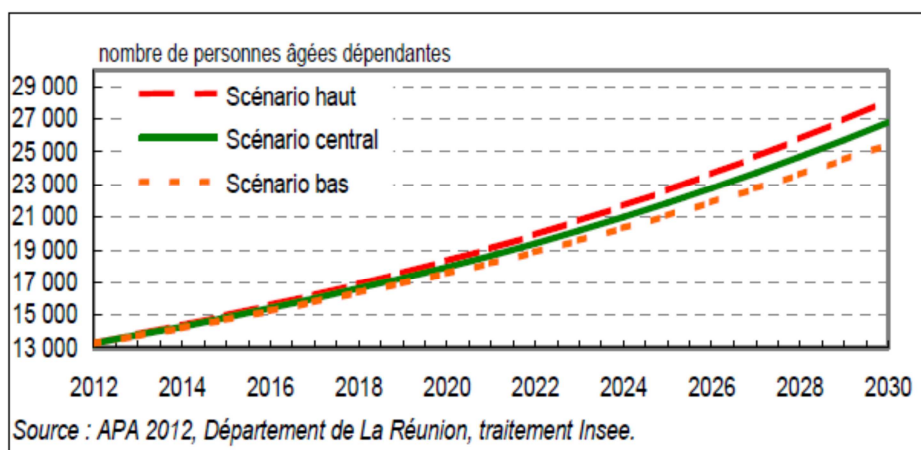


Sources : Conseil départemental de La Réunion

Traitement ORS OI

Note de lecture : Le GIR (Groupe iso-ressource) représente le degré d'autonomie du bénéficiaire de l'APA : plus il est bas, plus la personne est dépendante (cf définitions).

En 2015, la Réunion comptait 4000 personnes âgées très dépendantes (GIR1ou2), soit 28% des bénéficiaires de l'APA. 8 personnes très dépendantes sur 10 vivent à domicile. Plus de 4600 sont des personnes majoritairement âgées de 85 ans et plus, soit 1 bénéficiaire de l'APA sur 3.



Les projections de l'INSEE, prévoient qu'à l'horizon 2030, le nombre de personnes âgées dépendantes soit doublé. De 13 000 personnes dépendantes en 2012, on passerait à 26 000, en 2030.

A bien des égards, il faudra relever les défis majeurs du vieillissement des populations pour engager ce changement démographique qui se situe à plusieurs niveaux.

Dès lors, il convient de réfléchir aux dispositifs les plus adaptés pour permettre aux personnes âgées dépendantes, de vieillir dans de bonnes conditions.

1.4 Le choix de vieillir à domicile

En France, plusieurs enquêtes ont fait apparaître le choix très affirmé pour les personnes de vouloir vieillir à leur domicile. Une dernière parue en 2016 qui a été réalisée par le CSA (consumer science & analytics), en partenariat avec le FEPEM (fédération des particuliers employeurs de France) vient réaffirmer ce choix. Il en ressort que sur 2001 français de plus de 18 ans interrogés, **83 % veulent vieillir à leur domicile**, contre 3 % en maison de retraite, 14 % n'ont pas de préférence et 1 % ne se prononcent pas.

L'enquête réalisée en 2011, menée auprès de 16 000 personnes, âgées de 18 à 79 ans, dans quatre départements (la Réunion, la Guyane, la Martinique et la Guadeloupe), a mis en lumière le souhait des réunionnais de rester vivre à leur domicile¹³. En effet, 61 % des personnes interrogées se sont prononcées pour le choix de bénéficier d'une aide chez eux contre seulement 22 % pour celui d'un placement en établissement spécialisé et 17 % pour un hébergement par un membre de la famille.

En France, comme à la Réunion, le choix de vieillir chez soi a été largement plébiscité par la population, ce qui explique que les pouvoirs publics aient accentués aussi les efforts sur les dispositifs du maintien à domicile, au travers de loi ASV du 28 Décembre 2015 notamment, et qui aura pour objectif de structurer ou de développer les dispositifs de maintien à domicile.

¹³ ENQUETE de l'INSEE et l'INED, *Migrations, famille, vieillissement, 2011*.

Dès lors, la question de la prise en charge des aînés se pose, dans un contexte de maîtrise de la dépense publique. Même si la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales a favorisé la modernisation et le développement de la prise en charge des personnes âgées par un hébergement collectif (maisons de retraite, établissements pour personnes âgées dépendantes, logements-foyers), il n'en demeure pas moins que le maintien à domicile reste, ces vingt dernières années, la priorité des pouvoirs publics, qui se traduit dans tous les plans destinés aux personnes âgées dépendantes (en 2003 : « vieillissement et solidarité », en 2006 et 2007/2012 : « solidarité grand âge », en 2008/2012 : « plan Alzheimer », en 2014/2019 : plan maladies neurodégénératives)¹⁴.

Il s'agira donc de bien définir les différents concepts et notions attenants à l'objet de mon projet, mais aussi d'identifier les composantes qui contribuent à la réussite du maintien à domicile et de les inscrire dans un dispositif qui favorise le travail multidisciplinaire dans la perspective d'une prise en charge optimale de la personne âgée dépendante.

1.5 Définition de « vieillissement »

Sur le plan biologique

Le vieillissement est associé à l'accumulation d'une importante variété de lésions moléculaires et cellulaires. Au fil du temps, ces lésions conduisent à une réduction progressive des ressources physiologiques, à un risque accru de diverses maladies, et à une diminution générale des capacités de l'individu. Cependant, ces altérations ne sont ni linéaires, ni constantes, et elles ne sont que vaguement associées à l'âge d'une personne en années révolues. En effet, alors que certaines personnes de 70 ans jouissent de bonnes aptitudes fonctionnelles physiques et mentales, d'autres peuvent être fragilisées et peuvent nécessiter une aide significative pour assurer leurs besoins élémentaires¹⁵.

Sur le plan sociologique

Aujourd'hui, les questions de « vieillesse » ou de « vieillissement » occupent une place plus importante qu'hier, du fait de l'impact démographique qu'elles engendrent dans les sociétés. Toutefois, il est très difficile de proposer une définition sociologique claire de ces concepts. Pour Saül KARSZ « la vieillesse » est une construction sociale qui relève du registre de l'économie, des croyances et des représentations sociales¹⁶. Dans son livre « Sociologie de la vieillesse et du vieillissement », Vincent CADEREC nous démontre la manière par laquelle, les politiques publiques et le système de protection sociale en

¹⁴ RAPPORT DE LA COUR DES COMPTES 2016, *Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie*.

¹⁵ RAPPORT MONDIAL, 2016, *vieillissement et sante*, p 29.

¹⁶ KARSZ. S., *Déconstruire la vieillesse. La vieillesse : l'enjeu*, Les cahiers de la recherche sur le travail social, 15, 1998

France et en occident, ont influencé la définition de la vieillesse.¹⁷Ainsi, « le vieux » s'est transformé en « retraité ». Pour le sociologue, on peut distinguer deux types de représentations sociales de la vieillesse. La première est celle d'un retraité dynamique, actif, en pleine possession de ses moyens et la deuxième est une vision plus sombre, l'associant ainsi à l'impotence, à l'isolement etc. De tous temps, les sociétés ont convoité le désir de longévité et ses aspects positifs. Encore aujourd'hui, et particulièrement dans les sociétés modernes, rester jeune est devenu une obsession collective. Par tous les moyens, les retraités entretiennent le mythe de la jeunesse.

1.6 Définition de « la personne âgée »

En 2016, la définition de la « personne âgée » par l'OMS était la suivante :

Une personne ayant 60 ans ou plus et qui apporte une contribution importante à la société en tant que membre de la famille, bénévole ou membre de la population active.

En France, l'âge de 60 ans a été retenu, notamment pour les aspects administratifs liés au vieillissement et à sa prise en charge (par exemple pour l'attribution de certaines aides).

A la Réunion, le terme « granmoun » ou « gramoun » est utilisé de manière familière, dans la langue créole pour désigner les personnes âgées.

1.7 De l'autonomie..... à la dépendance

Au travers de nos représentations sociales, nous faisons souvent l'erreur d'associer la personne âgée à la dépendance puisque, comme je l'ai précisé précédemment, chaque personne est dotée d'un capital santé de qualité inégale du fait des facteurs génétiques, mais aussi du fait de l'influence des déterminants sociaux de la santé.

Ainsi, la notion d'autonomie renvoie à l'étymologie (autos : « soi-même » et « lois ») et désigne la capacité, la liberté, le droit d'établir ses propres lois et la capacité à se gouverner soi-même¹⁸.

Par ailleurs, la dépendance est définie comme étant une impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales et de s'adapter à son environnement. Les termes autonomie et dépendances ne sont pas opposés car l'autonomie se réfère au libre arbitre de la personne, alors que la dépendance est définie par le besoin d'aide¹⁹.

Il est important pour les professionnels de bien maîtriser l'acception vraie de ces deux notions, car elle guidera leur pratique et impactera sur la qualité de la prise en charge. En

¹⁷ CARADEC. V. 2001, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Nathan, Paris.

¹⁸ PLAN NATIONAL D'ACTION DE PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE – Septembre 2015

¹⁹ CORPUS GERIATRIE, 2000, *Autonomie et dépendance* - chap.8.

effet, même si la personne est dépendante physiquement dans les actes de la vie courante, elle reste dans grand nombre de cas, libre de décision et par conséquent, actrice de sa prise en charge.

1.8 La place des personnes âgées dépendantes dans la société, par le prisme des politiques publiques

Permettre à la personne âgée d'avoir une place dans la société, implique qu'elle soit reconnue par ses semblables et suppose que lui soit octroyé un statut social, en l'occurrence celui d'aîné par rapport aux jeunes générations, avec pour fonction celle de transmettre des valeurs et d'être gardien de la mémoire du passé.

Déjà en 1962, le rapport Laroque abordait le nécessaire respect du choix de la personne âgée de garder sa place au sein de la société parmi les adultes et les enfants, tout en insistant sur l'effort d'action sociale qui devait accompagner cette démarche.

1.8.1 Au niveau international

L'OMS dans son rapport « vieillissement et santé », appelle l'ensemble des pays à se préparer à l'accélération du vieillissement de la population mondiale et donc à mener une vraie réflexion sur la place qui sera faite aux personnes âgées, dans les dix prochaines années. Au-delà d'apporter des réponses adéquates de santé publique, elle invite les gouvernants à changer de regard sur le vieillissement de la population en partant du potentiel que cela représente pour la société et dans tous les domaines. La construction d'un monde plus favorable aux personnes âgées, exige une transformation des systèmes de santé, qui abandonnent le modèle curatif basé sur les maladies, au profit de prestations de soins intégrés, centrées sur les besoins des personnes âgées²⁰.

La stratégie et le plan d'action mondial sur le vieillissement et la santé 2016/2020 : « vers un monde où chacun puisse vivre longtemps et en bonne santé », déclinaison des stratégies et cadres régionaux de l'OMS, invite les états membres à mettre en place les mesures, en établissant, notamment des plans nationaux, en fonction des priorités nationales et des contextes spécifiques.

1.8.2 Au niveau national

En France, les politiques publiques tiennent compte des besoins des personnes âgées dépendantes tout en répondant à leur désir de rester vivre et mourir à leur domicile, donc dans un environnement propice à leur bien-être. Au travers de la loi du 28 Décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, plusieurs axes confortent cette démarche, qui s'illustre par la rénovation des logements pour les adapter aux besoins des

²⁰ RAPPORT MONDIAL, 2015, *Vieillesse et santé*.

personnes âgées, par la politique de prévention de la perte d'autonomie, par le développement des structures de soins intégrés (SPASAD) etc. Rappelons toutefois que l'environnement fait partie des déterminants sociaux influençant la santé et par conséquent, les mauvaises conditions de maintien, ne favorisent pas le « bien vieillir ».

Une des préconisations phare de l'OMS est inscrite dans le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie de Septembre 2015 (déclinée par ailleurs dans la loi du 28 Décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement). Elle concerne la mise en place d'un environnement favorable aux aînés, en améliorant la sensibilisation à l'autonomie et à la collaboration des personnes âgées par une approche multisectorielle. En effet, l'axe 1 du plan s'intitule « préservation de l'autonomie et prévention primaire : améliorer les grands déterminants de la santé et de l'autonomie ».

1.8.3 Au niveau territorial

A la Réunion, la politique du Département s'inscrit dans celle déclinée par les grandes lois en faveur des personnes âgées au travers des divers plans nationaux et au travers de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 Décembre 2015. Le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale (SDOSMS) 2012/2016 prévoit dans ces différentes fiches de :

- Vivre chez soi, demeurer dans son environnement, améliorer la qualité des services d'aide à domicile,
- Favoriser le maintien à domicile des personnes handicapées à travers l'accompagnement des aidants familiaux,
- Soutenir les aidants par la mise en œuvre du dispositif répit-repos,
- Harmoniser les interventions.

De manière plus globale, le Conseil départemental a fait le choix de soutenir la politique de maintien à domicile en intervenant au niveau de l'amélioration de l'habitat et en misant sur les services d'aide et d'accompagnement à domicile ; ce qui se rapproche le plus du modèle de solidarité réunionnais et du désir des personnes âgées. Ainsi, en faisant du maintien à domicile sa priorité, le Département de la Réunion réaffirme aux personnes âgées la place qui est la leur, c'est-à-dire auprès de leur proche et dans leur cadre de vie quotidien.

Les Réunionnais ont manifesté leur désir de vivre le plus longtemps possible à leur domicile ; c'est ce que l'enquête menée par l'INSEE et l'INED, précédemment citée, révèle. En effet, ils apprécient de se retrouver à l'intérieur de leur domicile, particulièrement la cuisine et la salle à manger, lieux d'accueil du visiteur, d'échange et de partage, théâtre de la vie familiale. Par ailleurs, ils entretiennent un rapport privilégié avec la véranda ouverte sur le jardin, qui offre une grande diversité de plantes et d'arbres. La majorité des personnes âgées voue une vraie passion pour « les fleurs », ce qui

représente une ressource certaine, pour travailler leur déplacement et ainsi prévenir la perte d'autonomie.

Il est de tradition à la Réunion de faire une place aux aînés au sein des familles. Cependant, depuis quelques années, nous constatons un effritement du lien intergénérationnel du fait de la mutation de la société traditionnelle à la société moderne. Il n'en demeure pas moins vrai, que la solidarité familiale est encore présente autour de ses aînés et que c'est sur elle que les politiques publiques s'appuient pour les maintenir à domicile. Il n'est pas rare de voir deux ou trois générations cohabitées dans le même logement.

Ainsi, les personnes âgées se sentent entourées, ce qui les rassure et participe à leur bien-être. Les voisins également jouent un rôle très important au niveau de la solidarité sociale et contribuent souvent à la surveillance des aînés. Le va et vient des membres de la famille, les visites amicales ou professionnelles et les échanges de voisinage créent du mouvement, de la vie autour de la personne et favorisent le « bien vieillir ».

Les aînés sont aussi très attachés à leur quartier, qu'ils ont vus se transformer au fil des années. Ils y ont leurs habitudes et entretiennent des liens sociaux entre eux grâce aux clubs de troisième âge, qui sont des lieux conviviaux (sorties, danse, sport, jeux etc.). De la même manière, les rencontres intergénérationnelles prennent toute leur importance dans la transmission des valeurs et de la mémoire du passé ; il n'est pas rare de voir des actions collectives se mettre en place et qui font se rencontrer les élèves des écoles et les aînés.

Aussi, au regard de ces exemples, nous pouvons observer que la place qui est faite aux personnes âgées représente un enjeu majeur au niveau du macrocosme mais également au niveau du microcosme.

1.9 La notion de « maintien à domicile »

Il est important de bien comprendre ce que l'on entend par « maintien à domicile » et tout ce que cette notion induit comme nouveau paradigme dans la prise en charge des individus, aussi bien au niveau du macrocosme (la société) qu'au niveau du microcosme (l'individu) tout en ayant intégré les paradoxes qui la traversent.

Avant de développer cette notion, je vais d'abord définir chaque mot qui la compose pour mieux appréhender le sens global. Ce qui nous permettra de mieux comprendre le sens caché des mots.

1.9.1 Définition de « maintien »

Etymologiquement, le « maintien » vient du latin *manutenere* : tenir avec la main.

En ancien français, il signifiait *soutenir, protéger, défendre, avoir sous sa garde*. L'usage moderne a seulement gardé le sens de *conserver dans le même état, faire ou laisser*

durer et de fait le mot maintien dérivé du verbe maintenir a ce sens de « action de faire durer » avec la connotation de conservation et de continuité dans un sens protecteur²¹.

1.9.2 Définition de « domicile »

Il me paraît important de cerner la définition du « domicile » dans sa grande diversité, pour mieux appréhender les possibles qu'il peut offrir, en termes de cadre professionnel.

Le dictionnaire « Le nouveau petit Robert » donne les définitions suivantes pour le mot « domicile », racine latine *domicilium*, *domus* :

- Lieu ordinaire d'habitation, avec les synonymes : chez soi, demeure, habitation, home, logement, maison, résidence.
- Lieu où une personne a son principal établissement, demeure légale et officielle²².

Le dictionnaire historique de la langue française nous dit que le mot « domicile » est emprunté au latin « *domicilium* » : habitation, demeure.

Il est issu du mot latin « *domus* » : maison. Le mot français conserve le sens du latin à la fois dans l'usage juridique et courant : « le sans domicile fixe, est devenu un symbole de l'exclusion sociale »²³. Autrement dit, on peut penser que celui qui possède un domicile est alors le symbole de l'inclusion sociale et par conséquent, a sa place dans la société.

Le dictionnaire Lexis est encore plus précis, dans le deuxième sens qu'il donne à ce mot : « Lieu où la loi présume qu'une personne se trouve pour l'exercice de ses droits et l'accomplissement de ses devoirs »²⁴.

Ainsi, partant de ces différentes acceptions du terme « domicile », Bernard ENNUYER considère qu'il est à la fois un chez soi, un abri, un territoire, une tanière, un cadre familial, un repère et un repaire, mais aussi un cadre juridique qui définit la personne au sens de la loi²⁵ ; ce qui peut nous faire dire que finalement, selon la conjoncture et donc la fonction qu'on lui prête, le domicile est certes un lieu garant de la sphère privé, mais dans un certains cas peut aussi devenir un cadre plus flexible que l'on croit, et qu'il peut se transformer.

Par ailleurs, il sera question pour moi, d'envisager le domicile sous ses aspects « lieu de vie privée » et « lieu de dispense de services et de soins » aussi bien pour la personne aidée que pour les professionnels qui y travaillent en intégrant ses paradoxes. En effet, les paradoxes, ne devront pas être perçus comme un frein à la prise en charge, mais

²¹ DICTIONNAIRE HISTORIQUE DE LA LANGUE FRANÇAISE, 1992. Maintenir, Paris, Dictionnaire Le Robert, p1169.

²² DICTIONNAIRE LE NOUVEAU PETIT ROBERT, 1994.

²³ DICTIONNAIRE HISTORIQUE DE LA LANGUE FRANÇAISE, 1992. Domicile. Paris, Dictionnaire Le Robert.

²⁴ LAROUSSE DE LA LANGUE FRANÇAISE, 1977. Paris, librairie Larousse.

²⁵ ENNUYER. B., 2014, *Repenser le maintien à domicile - Enjeux, acteurs, organisation* – Dunod, Paris.

devront faire l'objet de toutes les attentions, dans l'analyse des situations et par rapport aux réponses à apporter.

1.9.3 Survol historico-sociologique du domicile

Si on observe la vie sociale, on préférera la notion d'habitat qui englobe le logement et son environnement. Le domicile quant à lui, est un terme juridique qui sert aussi de référence aux travailleurs sociaux et à ceux qui font du logis le lieu de leur exercice professionnel. Le logement est d'abord un abri, il permet de contrôler un territoire, protège des agressions matérielles (froid, pluie, bruit, etc.) et des présences humaines non voulues²⁶.

C'est à partir de la préhistoire que l'homme a ressenti le besoin de se sédentariser. Jusqu'au Moyen-âge, la maison était difficilement éclairée, dotée d'une seule pièce, au centre duquel se trouvait un foyer. La maison ne permettait pas à ses habitants de s'isoler pour avoir un rapport à soi-même, pas même pour dormir ou se laver, et le lit se partageait. Les pièces n'étaient séparées car elles n'étaient pas spécialisées : on y dormait, on y recevait ou on y mangeait indifféremment. La préservation de l'intimité est une conquête récente.

A la fin du XVIII^e siècle, on commençait à valoriser le foyer, intimité et confort deviennent des dimensions constitutives de la maison. Alors s'opère de nombreuses séparations : entre pièces nobles et pièces viles, public et privé, logement des maîtres et logement des domestiques. Aujourd'hui, la chambre incarne, plus que toute autre pièce, l'aspiration à l'intimité²⁷.

Depuis la révolution industrielle, le logement incarne la séparation entre lieu de production (public) et lieu de reproduction (privé). Jean-François LAE nous démontre que la maison est toujours un lieu d'activités aussi bien pour les femmes que pour les hommes. Pour les femmes au travers des tâches ménagères et pour les hommes par rapport au bricolage (double tâche). A cela se rajoute les tâches de son travail que l'on ramène à la maison.

Erwing GOFFMAN, parle de la pénétration du public dans la sphère privée qui se matérialise à la fois par les réseaux (eau, électricité, téléphone, médias), par les professionnels de l'entretien (femme de ménage, plombier, etc.) que par les professionnels de soin (kinésithérapeute, infirmier, etc.). Ce qui contribue à faire du « chez soi » un lieu perméable au dehors. L'allongement de la vie augmente les occasions d'intervention quand l'autonomie de la personne est insuffisante et que la solidarité familiale est défaillante.

²⁶ MICHEL. A., 2000 *Du bruit à la parole*, Paris, Editions de l'Aube, p.121.

²⁷ R-H.GUERRAND, 1987 *Propriétaires et locataires, les origines du logement social en France, (1850-1914)*, Paris, Quintette , p.92.

Eu égard à tout ce qui a été développé précédemment, d'aucuns diront que l'on ne peut pas associer le domicile à un lieu de soin, par ses aspects intimes de la sphère privée et de l'expression de liberté qu'il garantit à l'individu.

Cependant, les différentes définitions que je viens d'évoquer, nous démontrent les nombreuses fonctions et significations que peut revêtir le domicile, ce qui laisse à penser qu'il n'est pas uniquement le théâtre de la vie familiale, amicale, mais qu'il peut tout à fait être utilisé à d'autres fins. Le terme « établissement » pourrait être associé à un cadre professionnel comme utilisé dans le secteur social, médico-social voire hospitalier. De même, on peut aussi relever que les termes « Maison des... » ou encore « Résidence les... » sont souvent empruntés par les différents grands champs pour nommer les établissements hébergeant des personnes vulnérables. Une façon de rappeler les aspects conviviaux de la vie à domicile, dans un cadre professionnel.

Faut-il rappeler que depuis plusieurs années maintenant, les infirmiers libéraux, les médecins et d'autres corps de métiers interviennent au domicile des personnes pour y dispenser des soins. Pour autant la question de la sphère privée et/ou professionnelle n'a jamais fait débat. Alors pourquoi elle se poserait plus aujourd'hui qu'avant ? L'important, je crois, c'est de se conformer au désir de la personne de rester vivre chez elle et d'adapter au mieux ce cadre au besoin de la situation. Cette approche n'enlève en rien la dimension intimitaire du domicile qui est et qui demeure.

A contrario, cela reviendrait à dire que lorsque la santé d'un individu est fragilisée, un seul lieu lui est dédié à savoir un établissement de soin. Je pense que c'est le modèle français des politiques de santé public qui a contribué à penser le soin de cette manière. En effet, trop longtemps, l'hôpital a été aussi le lieu de soin des petits bobos ou des maux sans gravité ou encore une réponse par défaut. La culture du soin à domicile gagnerait à être développée et soutenue par les pouvoirs publics en faveur des personnes fragiles, aussi bien d'un point de vue sociétal, économique que pour répondre à la politique de maîtrise des dépenses publiques. Les dernières grandes lois tendent vers ce changement de paradigme du soin, mais cela nécessite également d'interagir sur les mentalités. Il est nécessaire selon moi d'accompagner notre société dans le rapport qu'elle entretient avec l'institution de l'hôpital, vue comme étant la première réponse au problème de santé. Cela passe par une déconstruction de cette idée, pour en développer une nouvelle selon laquelle le domicile peut devenir un lieu où l'on peut se soigner.

Cependant, il ne s'agit pas de tomber dans le piège de l'angélisme, mais de reconnaître aussi les limites du soin à domicile et notamment dans les cas où le maintien ne serait plus envisageable pour la personne et sa famille, l'hospitalisation resterait le recours ultime.

Nous retiendrons alors, qu'à plusieurs égards le domicile, selon le contexte, peut répondre à d'autres fonctions qu'à celles qu'on lui prête initialement.

1.9.4 Définition de « maintien à domicile »

Le maintien à domicile c'est d'abord et avant tout, l'expression du désir de nombreuses personnes qui ont fait le choix de demeurer dans leur domicile jusqu'au bout de leur âge et de leur vie, c'est-à-dire qu'elles ont souhaité continuer à vivre et mourir chez elles. Il est important de resituer ce maintien à domicile comme l'expression d'une volonté de se maintenir chez soi jusqu'au bout de sa vie²⁸.

Plus qu'une nécessité, le maintien à domicile est un choix de vie, conforté par les politiques publiques ces dernières années en France. Cela s'explique du fait de la relation des personnes avec leur environnement et qui favorise leur bien-être, leur bien vieillir.

1.9.5 Quelques dates clés du maintien à domicile en France

- 1791 : Comité de mendicité met en place « le secours à domicile » qui sera le secours ordinaire »
- 1851 : Commission d'assistance publique « le secours à domicile » sera apporté aux vieillards qui rendraient service aux membres de leur famille dans l'optique d'un coût moindre que celui de l'hôpital.
- 1905 : Loi du 14 Juillet relative à l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressource ayant le domicile de secours communal ou départemental, prévoit qu'ils reçoivent l'assistance à domicile.
- 1950 : Création des premiers services d'aide-ménagère, héritier de la tradition charitable.
- 1962 : les aides ménagères vont être officialisées par la publication en 1962 de ce qu'on a coutume d'appeler maintenant le Rapport LAROQUE.
- Le Rapport LAROQUE qui marque un tournant dans la politique publique des personnes vieillissantes, politique visant l'intégration des personnes âgées dans la vie sociale.
- 1969 : la politique de maintien va s'infléchir pour donner la priorité à la création des établissements d'hébergement.
- 1975 : la médicalisation de la vieillesse.
- 1981 : le maintien à domicile devient une technique parmi tant d'autre, un instrument de gestion des populations à risque.
- 1984-2004 : A partir de 1984-85 les personnes âgées deviennent un gisement d'emploi.
- 2002 : Mise en place de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie).

²⁸ BLUM. GIRARDEAU. C., 1981 – *Les tableaux de la solidarité*, Paris, la Documentation Française – p194.

- 2005 : Plan BORLOO de développement des services à la personne (ce n'est pas la qualité de l'aide qui est visée mais uniquement la mise à l'emploi de personne au chômage).
- 2012 : Rapport POLETTI (pour mieux répondre aux problèmes financiers des structures d'aide à domicile et pour améliorer leur organisation : loi ASV du 28 Décembre 2015)

1.10 La loi ASV 2015 favorisant le maintien à domicile

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 Décembre 2015, représente une grande avancée sociétale de la politique du soin en France et donne priorité à l'accompagnement à domicile des personnes âgées. En s'appuyant sur les préconisations du rapport POLETTI, elle vient pallier aux difficultés financières auxquelles les structures de service d'aide et d'accompagnement étaient confrontées mais elle apporte aussi des améliorations certaines aux modalités de tarification et d'allocation. En effet, elle permet une meilleure prise en charge financière des aides à domicile. Elle est financée par la CASA (contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie), taxe sur les pensions des retraités imposables.

Elle a permis :

- La revalorisation de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) à domicile, 12 ans après sa création par le gouvernement JOSPIN. Ce qui permet la diminution de la part de la personne aidée ;
- Une reconnaissance du statut des aidants et un droit au répit, du fait de leur investissement auprès de la personne aidée ;
- Un soutien aux structures de service et de soin à domicile, au travers notamment des fonds de restructuration et de modernisation et au travers de l'expérimentation des SPASAD. En faisant du maintien à domicile une priorité, la loi consolide l'activité des services et des soins. Il faut ajouter à cela la simplification juridique des SAAD.
- Une amélioration des droits individuels de la personne aidée (la recherche de consentement, la désignation de la personne de confiance)

2 L'ISOLEMENT DES ACTEURS DE L'AIDE ET DU SOIN A DOMICILE ET LES RISQUES DE LA PRISE EN CHARGE

2.1 La coordination

On ne peut pas aborder le problème de la coordination sans évoquer la division du travail qu'induit encore aujourd'hui la diversité des interventions du maintien à domicile. En effet, dès lors qu'il y a une division des tâches, le problème de la coordination se pose dans l'organisation. En effet, à mesure que se développent des savoirs et des technologies de plus en plus sophistiqués la coordination ne cesse de se complexifier ; il y aurait aujourd'hui, en France, plus de 180 métiers dans le domaine de la santé selon le ministère de la santé, et près de 150 spécialités médicales (de KERVASDOUE, 2011) ; et des services de plus en plus diversifiés pour répondre aux besoins des personnes, notamment en matière d'hébergement et de soins à domicile²⁹.

Selon Henry MINTZBERG, l'action individuelle trouve très vite ces limites pour s'inscrire dans l'action collective, ce qui doit déboucher à une organisation qui prendrait en compte la division du travail. Ainsi, au travers de la coordination, chaque tâche trouverait sa place pour tendre vers un objectif commun.

Comprendre les enjeux de la coordination aujourd'hui, nécessite que l'on ait une expertise historico-économique de son évolution. C'est la raison pour laquelle je souhaite de prime à bord, évoquer les politiques publiques, qui en fonction des contextes socio-économiques, ont favorisé ou desservi la coordination, dans le domaine de la santé.

Depuis quelques années, les pouvoirs publics appellent de leurs vœux, une meilleure articulation des acteurs des trois grands champs, à savoir celui du sanitaire, du social et du médico-social. Or, nous avons dans le même temps, assisté à la séparation des trois grands secteurs sur décisions des pouvoirs publics. En effet, la division de notre système de protection sociale est devenue institutionnelle et juridique avec la promulgation de la loi hospitalière du 31 Décembre 1970³⁰, qui avait prévu des dispositions spécifiques du secteur social et médico-social. Cinq ans plus tard, les deux lois de 1975³¹ sont votées et marqueront une fracture nette entre le champ de la maladie et du soin, d'une part, et celui du handicap et de l'inadaptation d'autre part³². Plus tard, en 1982, la décentralisation confirmera le divorce entre le secteur social et celui du sanitaire. Désormais, les

²⁹M.A. BLOCH et L. HENAUT *Coordination et parcours*.

³⁰Loi n°70-1318 du 31 Décembre 1970 portant réforme hospitalière.

³¹Lois n°75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées et n°75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales du 30 juin 1975.

³²BLOCH M.A., HENAUT L., 2014 *Coordination et parcours, la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. DUNOD, Paris, P 12.

collectivités territoriales auront la compétence de l'action sociale et la santé sera gérée par l'état. Paradoxalement, en 1964, les pouvoirs publics créeront des directions départementales pour pallier aux problèmes de coordination occasionnés par le cloisonnement des différents champs qui était déjà engagé mais promulgué par les lois de 1970 et 1975.

Depuis, la loi HPST³³ portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, œuvre au décloisonnement des différents secteurs par la création de l'ARS, qui se substitut alors l'ARH³⁴ (agence régionale de l'hospitalisation). L'ARS qui voit son champ d'activité s'élargir par rapport à celui de l'ARH qui était centré uniquement sur la gestion des hôpitaux.

Aussi, penser la cohérence du soin et de l'aide à domicile, nous oblige à améliorer la collaboration entre les professionnels des différents champs pour mieux articuler les interventions. La coordination nécessite également que les différents protagonistes du service à domicile, se connaissent, connaissent les pratiques de chacun afin d'occuper la place qui leur revient et ainsi contribuer à la bonne prise en charge de la personne aidée. La loi ASV, encourage les structures sociales, médico-sociales et sanitaires à construire une culture professionnelle commune du soin et du service à domicile, garante de la qualité de la prise en charge. DONABEDIAN définit la coordination comme étant un processus par lequel les éléments et les relations impliqués dans le soin pendant chacune des séquences de soin, sont en cohérence ensemble, dans une conception vue de manière globale³⁵.

2.2 Le SAAD SIR

2.2.1 Présentation

SIR est une structure d'aide et d'accompagnement à domicile de type associatif relevant de la loi 1901 à but non lucratif, donc dotée d'un conseil d'administration. Elle a été créée en 2009 et l'activité a démarré en 2012, date d'octroi de l'agrément qualité. Elle propose des prestations de service liées aux actes essentiels de la vie, au soutien à domicile, à la préservation ou à la restauration de l'autonomie et des liens avec l'entourage. SIR intervient auprès des personnes âgées, en situation de handicap, atteintes de maladie chroniques ou toute personne nécessitant une aide à domicile. Elle dispense des prestations sur l'ensemble de l'île. Le siège est basé dans l'EST.

³³ MINISTERE DE LA SANTE. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0167 du 22 juillet 2009 p. 12184.

³⁴ BLOCH M.A., HENAUT L., 2014 *Coordination et parcours, la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. DUNOD, Paris, P 14.

³⁵ ETUDE REALISEE PAR LA FONDATION BENNETOT *Coordination dans le champ sanitaire et médico-social*.

Les valeurs de SIR reposent sur la solidarité, celle que nous apportons aux plus nécessiteux ; la laïcité car nous intervenons auprès de toutes personnes sans distinctions de religions ; l'humanisme qui nous rappelle que ce qui fonde notre travail c'est la croyance en l'homme et en ses capacités. Ce sont ces valeurs sur lesquelles Sir a posé ses fondations et qui guident les pratiques professionnelles. Le projet de service de SIR s'inscrit dans la cohérence du projet d'établissement du groupe MAGRM.

Au début de l'année 2017 une annexe sur la région NORD s'est ouverte. Celle de l'Ouest devrait voir le jour dans le second semestre 2017.

SIR, ces trois dernières années connaît une croissance importante de son activité particulièrement sur les régions NORD et OUEST de l'île. Même si au niveau des quatre micros régions les équipes fonctionnent, il n'en demeure pas moins qu'un travail de professionnalisation des ressources humaines doit être menée dans l'optique d'outiller à la fois les responsables de secteur dans leur fonction d'encadrant, mais aussi certains intervenants, en les inscrivant dans un parcours de formation.

Par ailleurs, SIR a engagé un virage important au travers du passage du régime de l'agrément à celui de l'autorisation, avec ce que cela suggère comme changement au niveau du cadre légal et dans les pratiques professionnelles ; l'important étant de créer une culture médico-sociale des interventions avec ce qu'elle implique en termes de formalisation et de respect des procédures, des protocoles, des outils de la loi 2002-02 rénovant l'action sociale et médico-sociale, de la loi 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et enfin de celle de 2015-12 relative à l'adaptation de la société aux vieillissements.

Ce qui fait la spécificité de sa prise en charge, c'est sa démarche sociale globale. En effet, l'intervention du professionnel ne s'arrête pas à la mise en pratique uniquement des préconisations du plan d'action, mais à être très attentif à la personne dans son environnement. Par exemple, si la télévision tombe en panne ou l'évier est bouché, l'intervenant informe la coordination qui se tourne vers le professionnel ad hoc.

2.2.2 Les prestations de service

SIR propose aux personnes aidées une :

- Assistance dans les actes quotidiens de la vie ou l'aide à l'insertion sociale des personnes âgées, handicapées ou atteintes de pathologies chroniques qui ont besoin de telles prestations à domicile,
- Prestation de conduite du véhicule personnel des personnes âgées, handicapées ou atteintes de pathologies chroniques du domicile au travail, sur le lieu de vacances, pour les démarches administratives,

- Accompagnement des personnes âgées, handicapées ou atteintes de pathologie chronique dans leurs déplacements en dehors de leur domicile (promenade, aide à la mobilité et au transport, acte de la vie courante),
- Entretien de la maison,
- Petits travaux de jardinage,
- Prestations de petits bricolages,
- Garde d'enfant de plus de 3 ans,
- Préparation des repas à domicile (y compris temps passé en courses),
- Soins et promenade d'animaux de compagnie pour les personnes dépendantes,
- Assistance administrative à domicile,
- Accompagnement des enfants de plus de 3 ans dans leurs déplacements,
- Interprète en langue des signes,
- Prestation de conduite du véhicule personnel des personnes qui présentent une invalidité temporaire,
- Accompagnement des personnes qui présentent une invalidité temporaire en dehors de leur domicile,
- Assistance aux personnes qui ont besoin temporairement d'une aide personnelle à domicile,
- Garde de nuit.

2.2.3 Cadre de référence

A) Cadre réglementaire et juridique

Les SAAD ont été créés par le Décret n°2005-1135 du 7 Septembre 2005 et ont fait l'objet d'une refondation par la loi n° 2015-1176 du 28 Décembre 2015, en vue de moderniser et de structurer le secteur. Désormais, les SAAD intervenant auprès des publics fragiles sont passés du régime de l'agrément à celui de l'autorisation et par conséquent sous soumis à la loi n°2002-02 DU 02 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-social.

- La loi du 28 Décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement Elle a pour objectif d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population. Elle donne priorité à l'accompagnement à domicile afin que les personnes âgées puissent vieillir chez elles dans de bonnes conditions. Le régime juridique des SAAD est modifié. Désormais, tous les services intervenant auprès des publics fragiles au sens du CASF, relèvent du régime de l'autorisation délivrée par le Président du conseil départemental. Les SAAD doivent également s'inscrire dans les schémas territoriaux, déclinaison de la loi ASV, qui placent le maintien à domicile au cœur de l'action sociale en faveur des personnes dépendantes :

- LE SDOSMS 2013/2017

FICHE 11 : « vivre chez soi, demeurer dans son environnement, améliorer la qualité des services d'aide à domicile ».

FICHE 25 : « favoriser le maintien à domicile des personnes handicapées à travers l'accompagnement des aidants familiaux ».

FICHE 28 : « soutenir les aidants par la mise en œuvre du dispositif répit-repos ».

FICHE 38 : « harmoniser les interventions ».

- LE SOMS 2012/2016

OBJECTIF N°9 : « soutenir le maintien à domicile, ou en milieu ordinaire, des adultes handicapés ».

OBJECTIF N°20 : « améliorer la qualité des prises en charge et accompagnement des personnes âgées dépendantes ».

Le PRIAC (qui est le prolongement du SOMS dont il prévoit les réalisations) insiste sur l'effort à consentir en faveur des dispositifs existants et notamment dans les coordinations territoriales pour favoriser le maintien à domicile.

B) Références éthiques

Le SAAD SIR s'inspire de la charte des droits et libertés de la personne et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM pour tendre vers une qualité de prise en charge et de la recherche de sens dans les pratiques professionnelles. Ces recommandations sont dispensées mensuellement aux intervenants, lors des réunions animées par le responsable de secteur. C'est d'autant plus nécessaire, car le cadre professionnel informel du domicile, induit parfois la question du paradoxe dans les interventions. Ces questions font l'objet d'une réflexion éthique, menée de manière hebdomadaire, lors des réunions entre les responsables de secteur et les directions, pour mieux adapter les réponses à la complexité du cadre d'intervention. Chaque cas bénéficie d'une analyse singulière et étayée, au regard de la diversité que présente chaque environnement.

Par ailleurs, une partie du personnel de SIR n'étant pas diplômée, il est important d'appuyer davantage sur les comportements éthiques à adopter, en situation professionnelle. Des temps de formation (addiction, troubles du comportement, maladie Alzheimer, bientraitance etc.) sont prévus tout au long de l'année, pour outiller les professionnels.

2.2.4 Missions et objectifs

La mission principale est de faciliter la vie quotidienne à domicile des personnes âgées, handicapées, atteintes de pathologie chronique ou toute personne dont l'état nécessite la présence d'une aide, en dispensant des prestations de service à leur domicile.

La deuxième mission concourt à préserver ou à restaurer l'autonomie de la personne aidée. Enfin, au travers de sa troisième mission, SIR veille au maintien ou développement des activités sociales et des liens familiaux, institutionnels et médicaux si nécessaire.

Le service doit répondre aux objectifs suivants :

- Permettre à la personne aidée d'être prise en charge dans son cadre de vie habituel,
- Etre à l'écoute de ses besoins et de ses désirs,
- Mettre en place un DIPEC en faisant participer la personne à son projet,
- Maintenir le plus longtemps possible la personne à son domicile,
- Favoriser son autonomie,
- Eviter ou retarder l'hospitalisation,
- Rompre l'isolement en créant ou maintenant le lien social,
- Proposer des actions de prévention de perte d'autonomie,
- Soutenir les proches aidants.

2.2.5 Le public cible

Tableau récapitulatif du nombre de personnes accompagnées de SIR, par région, relevant des différentes aides sociales et prestations, en 2016.

REGION	NBRE	Personnes	Personnes	Personnes	Clients	TOTAL
		Relevant de l'AM	Relevant de la PCH	Relevant de l'APA		
NORD		16	2	50	25	93
EST		3	0	22	15	40
SUD		10	2	13	7	32
OUEST		23	3	35	22	83
TOTAL		52 (20.9%)	7 (2.8%)	120 (48.3%)	69 (27.8%)	248

Les personnes relevant de l'APA

Le public de SIR est composé majoritairement de personnes âgées relevant de l'APA (48.3%) et pour lesquelles un soutien est nécessaire en raison du degré de la perte d'autonomie.

Parmi ces personnes âgées, 29 % sont atteintes des maladies neurodégénératives (Alzheimer, Parkinson...) et des maladies mentales (dépression, démence...). La grande partie présente les difficultés liées à l'altération motrice liée à la vieillesse.

Parmi les 120 personnes relevant de l'APA :

- 2 % sont des personnes confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions intellectuelles sont altérées (GIR1),

- 32 % sont soit des personnes confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées (GIR2),
- 22 % sont des personnes qui ont partiellement conservé leurs capacités motrices (GIR3),
- 44 % sont des personnes qui peuvent se déplacer seules à l'intérieur du logement (GIR4).

Les personnes relevant de l'AM

Par ailleurs, rappelons que 7% des personnes âgées autonomes bénéficient de l'aide-ménagère pour les soutenir dans les actes de la vie courante, parmi les 18.9%, puisque ne relevant pas de l'APA. Les 11.9 % restants représentent des personnes atteintes de maladies (cancer, diabète, maladie respiratoire...) ou des personnes handicapées ou accidentées.

Les personnes relevant de la PCH

Les personnes en situation de handicap sont très faiblement représentées à SIR, du fait probablement de leur prise en charge dans les établissements médico-sociaux.

Les clients

SIR n'intervient pas uniquement auprès des personnes vulnérables qui bénéficient de l'aide sociale, il dispense également des prestations de confort (entretien du logement, repassage, garde de malade...) aux personnes qui le sollicitent.

Aussi, nous retiendrons que la grande partie des personnes accompagnées de SIR, présentent un degré plus ou moins important de perte d'autonomie qui leur permet d'avoir accès aux aides sociales, les maintenant ainsi à leur domicile.

A) Bref rappel des aides sociales à domicile

L'AM (Aide-ménagère) est une aide sociale en faveur des personnes malades, âgées ou handicapées de 20 à 60 ans qui ne peuvent assurer seules les actes de la vie courante. Elle apporte un appui matériel, moral et social et ses missions consistent à faire des courses, préparer le repas, entretenir le logement et le linge, aider à des soins d'hygiène sommaire, aider à l'habillage, faire des démarches simples et courantes, à assurer une présence attentive....

La PCH (Prestation de compensation du Handicap) est une aide destinée aux personnes qui ont besoin d'une aide dans la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne du fait d'un handicap (déplacement, transfert, toilette, habillage, alimentation, élimination...). Elle apporte une compensation pour financer les besoins liés à la perte d'autonomie.

L'APA (Allocation personnalisée d'autonomie) : est une aide destinée aux personnes âgées pour payer les dépenses nécessaires pour rester vivre à domicile malgré la perte d'autonomie. Ces dépenses peuvent concernées des prestations d'aide à domicile, du matériel, des fournitures pour hygiène, du portage de repas, des travaux pour

l'aménagement du logement, un accueil temporaire, des dépenses de transport, des services rendus par un accueillant familial....

Le GIR (Groupe Iso-Ressources) correspond au degré de perte d'autonomie d'une personne âgée. Le GIR d'une personne est calculé à partir de l'évaluation effectuée à l'aide de la grille AGGIR (autonomie, gérontologie, groupe iso ressources). Il existe 6 GIR, le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible. Seules les personnes appartenant aux GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de l'APA.

2.2.6 Les modalités de prise en charge

La demande d'intervention peut être formulée par la personne concernée ou un proche par téléphone. Une plaquette d'informations des prestations et des tarifs lui est remise. Le responsable de secteur peut accompagner la personne pour remplir une demande d'intervention au Conseil départemental. Une évaluation des besoins sera réalisée par les services médico-sociaux, afin de déterminer le type d'aide à mettre en place et un plan d'aide est alors élaboré.

Une fois la notification parvenue au service, le responsable de secteur prend contact avec la personne, pour une première visite à domicile. Cette visite permettra d'abord de présenter la personne aidée à l'intervenant, mais également pour définir les modalités d'interventions. Un DIPEC (document individuel de prise en charge) ou contrat individuel de prestation est établi, dans lequel ces modalités sont reprises (nombre d'heure, fréquence, période, tâches à réaliser...). Une deuxième visite permettra d'approfondir les besoins et les attentes de la personne, en présence d'un proche, lors de laquelle, le responsable de secteur démarrera une évaluation globale. Ces données collectées aboutiront au projet individualisé qui sera élaboré au regard du plan d'aide de l'équipe du conseil départemental.

A partir des nécessités de la personne et des disponibilités des intervenants, un planning est mis en place. Un relai d'informations hebdomadaire est fait de l'intervenant à son responsable de secteur. Pour les situations les plus complexes, les échanges sont quasi-quotidiens. Une instance a été mise en place, une fois par semaine, dans laquelle, les coordinateurs évoquent ces situations en présence des directions.

S'en suivront d'autres visites avec le responsable de secteur, pour travailler avec la personne, à son projet personnalisé. Des points d'étape seront faits tous les deux mois, en présence des autres professionnels et de l'intéressé, dans la mesure du possible.

L'arrêt de la prise en charge

La décision de fin de prise en charge peut intervenir :

- A la demande du bénéficiaire,
- En cas de non-respect du règlement de fonctionnement,
- En cas d'amélioration de la santé,

- En cas de mise en danger de l'intervenant,
- En cas de décès.

2.2.7 L'amélioration de la qualité

Depuis plus d'un an, je travaille à la mise en place du projet individualisé de la personne qui pour moi, est le moyen le meilleur, par lequel nous pouvons accéder à la qualité de prise en charge. En effet, il n'existe pas de prise en charge collective, au sens où tous les bénéficiaires reçoivent la même prestation, mais il est primordial, d'adapter l'intervention à la personne et son environnement. Il est clair pour moi, qu'il participe à la promotion des droits de la personne, puisse qu'on va chercher son avis et qu'elle va pouvoir s'exprimer sur son propre projet. Une évaluation globale, menée par le responsable de secteur, à partir d'un recueil de données individuelles (voir en annexe) est proposée à la personne, en présence d'un membre de sa famille. Elle tiendra compte du plan d'aide posé par les évaluateurs du conseil départemental et devra autant que faire se peut y associer les différents professionnels à domicile. Une réunion trimestrielle est prévue entre ces mêmes professionnels et la personne, dans la mesure du possible, pour réévaluer son projet. Aussi, afin d'intégrer le projet individualisé à la pratique des professionnels, il a fallu des temps de rencontre, notamment par le biais des réunions mensuelles, pour informer des enjeux pour la personne aidée, pour les professionnels eux-mêmes et pour la structure.

Le DIPEC (document individuel de prise en charge) ou contrat individuel de prestation a été instauré aussi par mes soins, parce qu'il m'a semblé primordial, de faire participer la bénéficiaire, aux modalités d'intervention qui la concerne et de la formaliser dans un document dédié. Bien que fragilisée, cet outil signifie aussi que la personne est en mesure de faire valoir ses droits et que son avis compte.

Un des nouveaux leviers, dont je me suis saisie pour améliorer la qualité des prises en charge, a été la formation professionnelle. En effet, SIR compte en son sein des personnes non diplômées dont le statut est celui d' « agent à domicile » et par conséquent, ne pouvant intervenir auprès des bénéficiaires dépendantes. Je leur ai proposé de valoriser leurs savoirs au travers de la validation des acquis de l'expérience (VAE), en vue de l'acquisition d'un diplôme. Dans un même temps, j'ai élaboré un plan pluriannuel de formations, aussi bien pour les non diplômés que pour les diplômés, dans l'optique de professionnaliser et de renforcer les compétences des intervenants, à partir des demandes du terrain. En effet, l'augmentation du nombre de personnes atteintes de la maladie Alzheimer, de d'autres maladies neurodégénératives ou encore présentant des troubles du comportement, ont fait émerger de nouveaux besoins et il me paraissait nécessaire d'inscrire les professionnels dans un parcours de formation.

Par ailleurs, la loi ASV nous proposant un nouvel outil pour faciliter la transmission des informations concernant la personne, j'ai sensibilisé les coordinateurs à la valeur ajoutée

du cahier liaison et depuis plus d'un an, il est systématiquement mis en place. Cette démarche a nécessité également une formation interne des intervenants, de l'utilisation du cahier de liaison. Plusieurs d'entre eux s'étant accommodés à une culture de la transmission, basée sur l'oralité, il a fallu les accompagner dans les écrits professionnels. Certains intervenants ont eu plus de mal que d'autres à s'y mettre, mais une fois qu'ils eurent été réconciliés avec les écrits, j'ai pu mettre en place également la fiche de liaison, dont l'objectif était d'informer régulièrement par écrit, de l'évolution de la personne, à leur responsable de secteur. Il est je crois important et recommandé dans notre secteur de veiller à la traçabilité des pratiques, garant également de la qualité de prestation. Aussi, au travers de cette démarche, il s'est agi pour moi, d'amorcer une nouvelle culture professionnelle, a fortiori, depuis que nous sommes passés du régime de l'agrément à celui de l'autorisation.

2.2.8 L'organisation

A) Les moyens humains

- 1 Directeur 100%
- 1 directeur adjoint 100%
- 4 responsables de secteur 100%
- 5 administratifs 100%
- 83 intervenants à domicile à temps partiel et en CDI.

B) Les moyens matériels

Le SAAD bénéficie :

- D'un siège basé dans la région Est de l'île qui se compose de 4 bureaux où sont centralisés les services de l'accueil du public, de la comptabilité, de la facturation, des ressources humaines et des directions) et d'une salle de réunion. Il dispose aussi d'une salle de déjeuner.
- D'une annexe Nord qui accueille le public et les intervenants. Elle est dotée d'un secrétariat et de salle d'une salle de réunion.
- Une nouvelle ouvrira ses portes dans l'Ouest au mois d'octobre 2017, ce qui permettra une meilleure organisation et un meilleur ancrage sur le territoire mais aussi une meilleure visibilité.

L'ensemble des locaux dont dispose le service, contribue à une prise en charge optimale des personnes accueillies. Cependant, pour des raisons pratiques, les conditions d'accès aux locaux sont différentes, selon la nature collective ou professionnelle desdits locaux.

Les locaux à usages collectifs recevant du public

Ces locaux sont accessibles et utilisés en fonction des besoins inhérents à la prise en charge de chaque personne accueillie. Leur usage devra, toutefois, respecter les règles instituées pour répondre aux obligations légales et réglementaires en vigueur, notamment :

- Les horaires d'ouverture, qui sont de 08h30 à 17h00,
- Les règles de sécurité,
- Les droits des personnes accueillies et leur famille,
- Les nécessités d'exercice des professionnels.

Les locaux à usage professionnel

Pour des raisons de sécurité et de confidentialité, l'usage de ces locaux est strictement réservé aux professionnels autorisés du service.

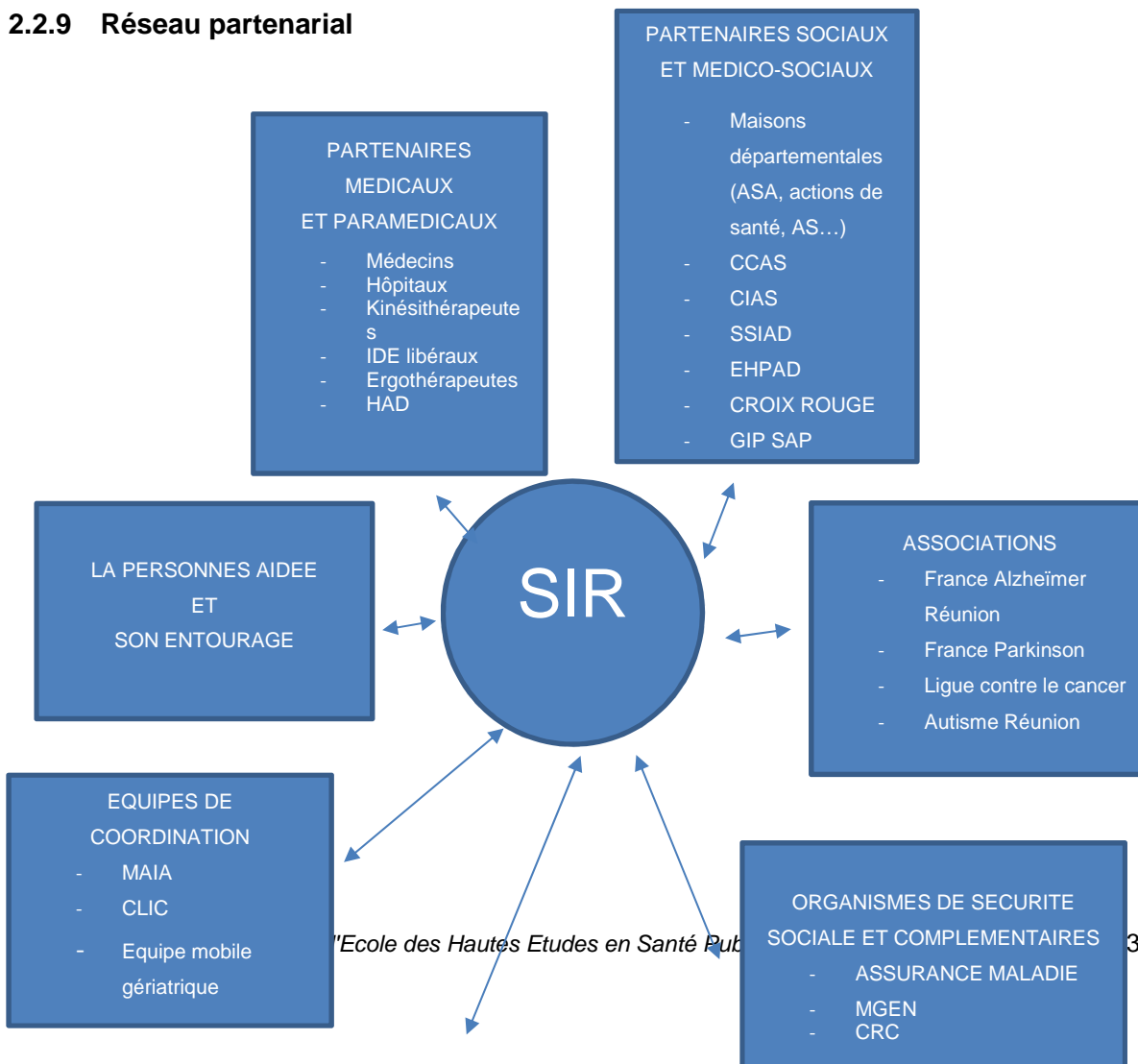
Le service met à la disposition des responsables de secteur des outils informatiques (ordinateurs, portables), et téléphoniques.

Du fait de l'ouverture de deux annexes dans l'île, deux secrétariats fonctionnels se mettent en place également.

Les intervenants sont dotés de blouses, de badges et de gants pour à la fois protéger les personnes aidées mais aussi les professionnels.

Chez les personnes aidées, les cahiers de liaison sont mis en place pour faciliter la transmission des informations entre professionnels et aux proches.

2.2.9 Réseau partenarial



ORGANISMES DE TUTELLE

- La croix marine
- UDAF

2.3 Le SSIAD « O'ptit soin » : partenaire du projet SPASAD

2.3.1 Présentation

Le service a été créé en 2006 sous le statut juridique d'association et se compose donc d'un conseil d'administration. Il intervient sur le secteur Ouest à destination des personnes âgées. Il dessert cinq villes à savoir la Possession, le Port, Saint-Paul, Saint-Leu, Trois bassins, du littoral aux hauteurs, pour un nombre de 214 761 habitants. Il dispose d'une autorisation de 99 places en faveur de personnes dépendantes :

- 2006 : création de 30 places
- 2009 : extension de 20 places
- 2011 : extension de 20 places
- 2014 : extension de 29 places

Il assure sur prescription médicale des soins infirmiers sous forme de soins techniques et de soins de base et relationnels.

Le siège est basé au Port depuis sa création où l'équipe administrative est installée. Il fait aussi office d'accueil du public.

Comme indiqué ci-dessus, l'activité ne stagne pas et est en constante progression.

2.3.2 L'offre de service

Les soins de nursing

Les soins de nursing sont réalisés par un infirmier diplômé d'état et comportent quatre volets :

- L'hygiène,
- La surveillance et l'observation,
- La prévention et le suivi relationnel.

Les soins sont programmés et notés dans le CIPC ainsi que le projet ainsi que le projet de soins individualisé. Dans le CIPC, les soins d'hygiène sont formalisés tels que la douche, le capiluve, le pédiluve...et ils sont programmés en fonction des souhaits de la personne.

Les toilettes et douches sont réalisées principalement le matin et pour de rares personnes lors des tournées d'après-midi. Les tournées du soir correspondent aux changes et aux couchers.

Le confort et soins

Pour favoriser la prise en charge dans les meilleures conditions de confort et d'ergonomie, l'IDEC évalue au domicile les besoins en matériels de la personne soignée (ex : lit médicalisé, lève malade, chaise garde-robe...).

2.3.3 Cadre de référence

A) Cadre réglementaire et juridique

Les SSIAD sont des services médico-sociaux qui ont été créés en 1981. Par le Décret du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SSIAD, des SAAD et des SPASAD, le soin à domicile a engagé des réformes importantes. Désormais, ils interviennent au domicile des personnes âgées, des personnes handicapées, des personnes de moins de 60 ans atteintes de pathologie chroniques ou présentant des types d'affections, afin de leur dispenser des soins (techniques infirmiers et de nursing).

Les SSIAD sont soumis à la loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Ils sont tenus de respecter les droits fondamentaux de la personne au travers de la charte des droits et libertés de la personne accueillie et de veiller à la mise en place des autres outils de cette même loi tels que le livret d'accueil, le projet de service, le CIPC (contrat individuel de prise en charge), le projet de soins personnalisés, le règlement de fonctionnement, l'évaluation interne et externe.

Les SSIAD doivent également s'inscrire dans d'autres cadres juridiques à savoir :

- Le Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier,
- La loi 2002-203 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé,
- La circulaire n° 2005/111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de création des SSIAD,
- La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital, et relative aux patients, à la santé et aux territoires ?
- La loi n°78-17 du 06 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
- Le service s'inscrit dans les schémas directeurs.

B) Références éthiques

Pour réaliser les prises en soins, les professionnels du SSIAD s'inspirent de deux chartes et qui permettent de recentrer l'intervention sur la personne, à savoir :

- Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante
- Charte des droits et libertés de la personne accueillie

Les professionnels s'appuient sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour garantir une qualité de prestation au soigné. Ce qui implique de mettre en place un accompagnement dans le respect dû à sa personne en tenant compte de ses habitudes de vie et de son environnement familial et social ; de chercher son adhésion tout au long de la prise en soins en prenant le temps de l'explicitation des actes professionnels ; d'instaurer une relation de confiance entre le soignant et le soigné et ses proches.

Des temps de formations sont dispensés aux professionnels pour les sensibiliser aux bonnes attitudes à adopter pour favoriser la bientraitance dans leurs pratiques professionnelles.

2.3.4 Missions et objectifs

Les missions du SSIAD sont les suivantes :

- Le SSIAD assure 7j/7, sur prescription médicale auprès des personnes âgées de plus de 60 ans nécessitant des soins infirmiers et d'hygiène générale à des personnes âgées dépendantes, à domicile.
- Il prend soin des personnes et veille à leur bien-être physique et psychologique,
- Il compense de manière temporaire ou à long terme une perte d'autonomie et les actes essentiels de la vie.
- Le service apporte son soutien aux membres de la famille et accompagne les personnes malades en fin de vie.
- Il initie des actions de prévention auprès des personnes âgées pour diminuer le risque de chutes, de mauvaises nutritons, de dénutrition, de déshydratation, de perte d'autonomie, de maltraitance, etc.

Le service répond aux objectifs suivants :

- Favoriser le maintien à domicile,
- Retarder l'entrée en établissement d'hébergement et l'hospitalisation,
- Promouvoir la bientraitance,
- Traiter la douleur et apporter un soutien psychologique,
- Préserver ou restaurer l'autonomie de la personne soignée en favorisant sa participation,
- Lutter contre l'isolement.

2.3.5 Le Public cible

Son autorisation lui permet d'intervenir auprès des personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes, en perte d'autonomie transitoire, et des personnes atteintes de pathologies en phase palliative.

Le public est composé de :

- 52% de personnes âgées, en grande partie dépendantes (de GIR1 à GIR3)
- 38% de personnes atteintes de pathologie chroniques (cardio-vasculaires, affections neurologiques hors Alzheimer, affections locomotrices),
- 10% de personnes sont en perte d'autonomie transitoire (accident, intervention chirurgicale...).

Le service n'intervient pas auprès des personnes handicapées car un SSIAD du secteur s'est spécialisé dans l'intervention auprès de ce public. Il en est de même pour les personnes atteintes de la maladie Alzheimer car il existe sur la région Ouest une ESA (Equipe spécialisée Alzheimer).

Le service intervient sur prescription médicale et dispense des soins d'hygiène, de confort et des actes infirmiers favorisant le maintien à domicile.

Répartition par âge et par sexe

AGE \ SEXE	FEMMES	HOMMES
De 60 à 75 ans	13	09
De 76 à 80 ans	20	16
De 81 à plus	27	14
TOTAL	60	39

2.3.6 Les modalités de prise en soins

Les conditions de séjour

Le forfait soin est pris en charge par la caisse d'assurance maladie. Il s'agit des soins dispensés par les aides-soignants, les infirmiers libéraux qui sont conventionnés avec le SSIAD.

Les conditions d'admission

Le SSIAD peut intervenir sur demande des personnes, de leur entourage, des médecins, des services hospitaliers et sociaux etc. Le service s'emploie à mettre en œuvre une coordination de soin, adaptée aux besoins et aux attentes de la personne soignée. Les admissions se font selon la situation géographique, le critère d'âge et la pathologie.

Les entrées se font sur prescription médicale du médecin traitant ou du praticien hospitalier. Les demandes d'intervention sont traitées et mises sur une liste d'attente, en

fonction des critères d'admission. L'infirmier coordinateur prend contact avec la personne et fait une première évaluation téléphonique. Un rendez-vous est posé soit avec l'intéressé, soit avec l'assistant social ou tout autre professionnel demandeur.

A la première visite d'évaluation, la présence d'un proche est conseillée. Si l'évaluation donne lieu à une intervention, l'entrée est formalisée par l'envoi du document d'admission, accompagné d'un certificat médical à la caisse de sécurité sociale et de la signature du document individuel de prise en charge.

Lorsque la situation d'une personne se dégrade de manière significative, et que ses proches et elle, expriment la volonté de rester à domicile, le service met tout en œuvre pour respecter leur demande. Pour cela, le service sollicite les professionnels et les services de coordinations du territoire, pour venir en soutien. Un cadre de vigilance est alors mis en place autour de la personne.

Les conditions de sortie

L'arrêt de la prise en soins peut se faire :

- Sur demande de la personne soignée et/ou de son entourage,
- Lors d'une hospitalisation supérieure à 4 semaines,
- Pour non-respect du règlement de fonctionnement,
- Pour raison d'autonomie retrouvée,
- Lors d'un passage de relais à un service d'hospitalisation à domicile (HAD) ou un SAAD,
- En cas de décès,
- Lors d'une rentrée en établissement.

Pour signifier un arrêt de prise en soin, le service organise une visite de fin de prestations au domicile de la personne. Cette démarche est suivie d'un courrier de confirmation au bénéficiaire.

2.3.7 L'organisation

A) Les moyens humains

- Infirmiers coordinateurs :
 - 2,8 postes d'infirmier coordinateur.
- Aides-soignants :
 - 16 aides-soignants titulaires ou remplaçants travaillent sur des temps complets ou partiels, soit 12.91 équivalents temps pleins.
- Personnel administratif :
 - 1 poste de Direction à 0.20%
 - 1 poste administratif à 50%
 - 1 poste comptabilité/ressources humaines à 50%

B) Les moyens matériels

Le SSIAD dispose de locaux d'accueil physique et téléphonique sur la ville du Port.

Les IDEC bénéficient de bureau et des outils de travail (téléphone, ordinateur, armoires sécurisés).

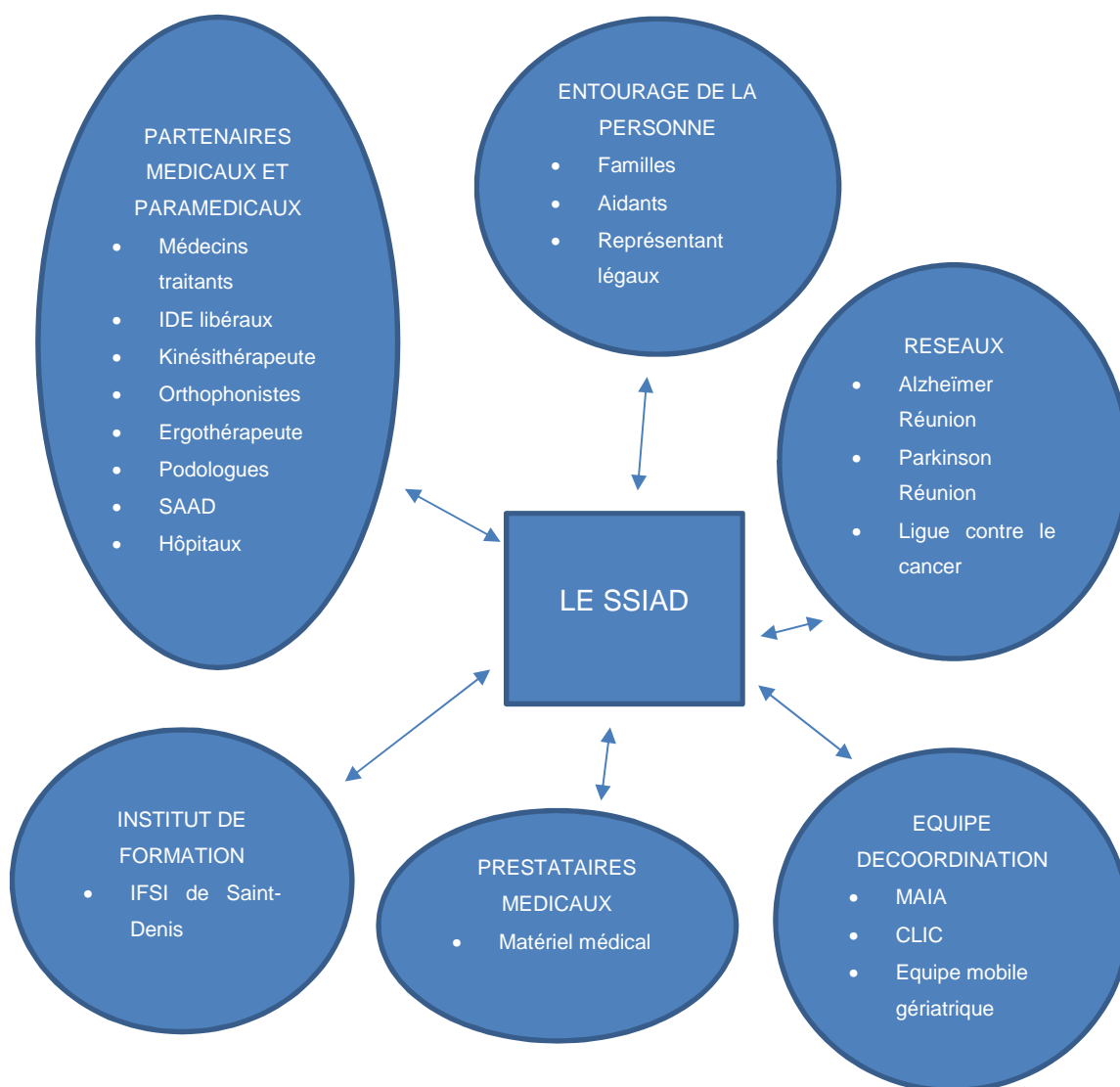
Les aides-soignants disposent :

- D'une salle où ils effectuent les transmissions orales et écrites,
- D'un local faisant fonction de vestiaire,
- D'une salle d'eau avec douche et lavabo, dans laquelle ils effectuent notamment le nettoyage du matériel.

Les aides-soignants bénéficient de blouses, de gants et de petits matériels pour les besoins de leurs interventions.

Le service possède 5 véhicules.

2.3.8 Le réseau partenarial du SSIAD



2.4 Les constats majeurs : la qualité des prestations du soin et l'aide à domicile

Face aux enjeux sociétaux posés par le vieillissement de la population réunionnaise, les institutions politiques encouragent le maintien à domicile des personnes âgées, par l'amélioration de la qualité de la prise en charge, en harmonisant les interventions à domicile. Cet objectif affiché au sein des schémas directeurs (SOMS et SDOSMS), déclinaisons de la loi ASV de Décembre 2015, sur le territoire, trouvent un écho favorable au sein de l'association SIR.

En effet, le manque de coordination entre les intervenants de l'aide et les professionnels du soin, peut créer un déficit important dans les prises en charge ; c'est notamment le cas lorsqu'ils ne se transmettent pas mutuellement les informations sur l'évolution de la santé de la personne aidée, dont l'état de santé se dégrade vite (situation de soins palliatifs à domicile) ; dans d'autres situations, des intervenants se sont vus réaliser des actes non autorisés, du fait d'un manque de coordination des horaires de passage entre professionnels. Cela explique qu'il était nécessaire de repenser et donc de réajuster les interventions.

Cependant, en élargissant ma recherche, j'ai pu vérifier qu'au niveau national, des enquêtes ont fait apparaître plus ou moins les mêmes problèmes de coordination des professionnels intervenant à domicile. L'enquête ECILAD³⁶ faisait état d'une proportion non négligeable de cas où l'infirmier libéral déléguait la prise en charge de la toilette aux autres professionnels. Elle rapporte également qu'un infirmier sur dix déclare ne pas connaître les attributions des intervenants sociaux dans sa zone géographique. Par ailleurs, un autre diagnostic territorial³⁷ datant cette fois de 2014 a mis en exergue :

- Des ruptures de prises en charges en raison d'un trop grand cloisonnement entre les secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux,
- Des professionnels qui n'ont pas forcément connaissance des autres intervenants prenant en charge les personnes âgées,
- Une insuffisance de coordination entre les acteurs (transmission complexe des informations, méconnaissance de l'offre du territoire...),
- Un taux de recours aux urgences trop important.

Ces différents constats révèlent une difficulté majeure de coordination des professionnels à domicile et qui ne date pas d'aujourd'hui. A la fois elle traduit une nécessité de mener une réflexion à l'horizontal c'est-à-dire entre les différents champs d'activités mais une

³⁶ ENQUETE ECILAD 2002 – CREDES *Infirmier libéral et la coordination avec les services d'aide au maintien à domicile.*

³⁷ DIAGNOSTIC TERRITORIAL ., 2014, réalisé par l'ANAP, menée dans le cadre du PAERPA.

démarche doit s'engager à la verticale entre les différents services de l'administration d'état et les collectivités territoriales.

A ces aspects contraignants de la prise en charge SAAD, s'ajoute la complexité du cadre d'intervention qu'est le domicile, qui induit l'isolement professionnel et son cortège d'inconvénients et de paradoxes. Ce cadre atypique m'oblige en ma qualité de directrice adjointe à penser différemment l'organisation des conditions de travail des professionnels, aux fins de les rendre plus sécurisantes.

Tout autant de cas, qui nous obligent à réfléchir à une stratégie organisationnelle nouvelle, en vue d'améliorer non seulement la mise en cohérence des prestations existantes, mais également à rendre plus lisibles nos interventions, auprès des personnes accompagnées. Cette coordination nécessaire mais empêchée, faute de mise en lien, est encore plus vraie au regard du nombre important de personnes âgées dépendantes, dont SIR à la charge et qui présentent des pathologies complexes (maladies mentales, maladies Alzheimer, autres maladies neurodégénératives etc.). Un quart des personnes âgées relèvent du GIR1 et 2 (donc très dépendantes) et leur lieu de vie, est tributaire d'une bonne collaboration entre professionnels.

Par ailleurs, il est important de considérer les initiatives qui ont été engagées, depuis quelques mois afin de tisser des partenariats auprès des acteurs du territoire, dans l'optique de veiller à la continuité et à la cohérence des différentes activités. Cette démarche s'est concrétisée par la formalisation de conventions, avec les dispositifs de coordination telles que la MAIA, la CLIC. D'autres partenariats restent informels, c'est notamment le cas des HAD, MAD, etc.

Néanmoins, les défaillances dans les prises en charge persistant, j'ai engagé un audit organisationnel et de la qualité de la prise en charge. J'ai procédé à un diagnostic « court » et dressé une première évaluation de la situation. Cet audit reposait sur trois grands axes et avait pour but de mieux comprendre et d'analyser :

- Le fonctionnement du service,
- Les modalités d'organisation de la prise en charge,
- Le réseau partenarial de SIR.

Pour ce faire, je devais définir une méthodologie, la plus efficace et optimum, qui me permettait de déceler les problèmes de manière précise. Je me suis appuyée sur les documents afférents à la structure (les outils mis en place, fiches de poste, recrutement, les procédures etc.) ; j'ai impliqué les encadrants et les intervenants à la démarche de l'audit ; j'ai rencontré les principaux partenaires intervenants à domicile et enfin j'ai réalisé un état des lieux des prises en charge, sur les quatre secteurs de l'île.

2.5 Analyse stratégique du SAAD

2.5.1 Analyse des documents de fonctionnement du service

POINTS POSITIFS	POINTS NEGATIFS
<ul style="list-style-type: none">• Projet de l'association gestionnaire• Projet de service• Procédure de recrutement• Personnel qualifié• Contrat CDI• Mise en place de l'entretien professionnel• Mise en place de VAE• Plan de formation• Mise en place du document unique• Mise en place des EPI• Mise en place des groupes d'analyse de pratique• Mise en place des IRP.	<ul style="list-style-type: none">• Absence de fiche de poste• Absence de CPF• Personnel non qualifié• Absence de règlement intérieur

2.5.2 Analyse des modalités d'organisation de la prise en charge

POINTS POSITIFS	POINTS NEGATIFS
-----------------	-----------------

<ul style="list-style-type: none"> • Procédure d'accueil • Procédure d'admission • Livret d'accueil • Règlement de fonctionnement • Charte des droits et des libertés de la personne accueillie • Culture professionnelle orale • Instances de transmission hebdomadaires entre encadrants et intervenants • Instances de transmission mensuelle pour les intervenants • Visites hebdomadaires de la personne aidée et l'encadrant 	<ul style="list-style-type: none"> • Culture professionnelle informelle • Absence de projet personnalisé • Absence de DIPEC • Absence de recueil de données individuelles • Absence de cahier de liaison • Absence de CVS • Absence d'outil de repérage des risques de perte d'autonomie
---	---

2.5.3 Analyse du réseau partenarial

LES OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> • Partenariat conventionné • Réseau partenarial informel • Coordination informelle • Bon ancrage sur 2 territoires • Reconnaissance du savoir faire 	<ul style="list-style-type: none"> • Peu de partenariat conventionné • Absence de fiche de liaison • Coordination informelle • Cloisonnement des pratiques • Difficultés de communication • Concurrence

2.5.4 Analyse des prises en charge des quatre secteurs

DANS LE SECTEUR NORD : Sur 50 bénéficiaires APA, 35 bénéficiaient de l'intervention d'un infirmier libéral. Sur 35 bénéficiaires nous comptons 25 situations problématiques soit 71%. Sur 2 PCH, nous comptons 1 situation problématique soit 50%.

DANS LE SECTEUR EST : Sur 22 bénéficiaires APA, 22 bénéficiaient de l'intervention d'un infirmier libéral. Sur 22 bénéficiaires nous comptons 7 situations problématiques soit 31%.

DANS LE SECTEUR OUEST : Sur 35 bénéficiaires APA, 35 bénéficiaient de l'intervention d'un infirmier libéral. Sur 35 bénéficiaires, nous comptons 20 situations problématiques soit 57%.

DANS LE SECTEUR SUD : Sur 6 bénéficiaires APA, 3 bénéficiaient de l'intervention d'un infirmier libéral. Sur 3 bénéficiaires, nous comptons 1 situation problématique soit 33%. Sur 2 PCH, 1 situation problématique soit 50%.

A) La nature des difficultés de prise en charge

L'enquête menée au sein de SIR a fait apparaître des difficultés auxquelles sont confrontées les intervenants dans leur quotidien professionnel à savoir :

- Pas de concertation autour du projet individualisé entre professionnels du service et du soin ;
- Peu de communication avec l'infirmier et peu d'utilisation par ce dernier du cahier de liaison (difficulté de transmission nocturne par exemple sur l'état de santé de la personne (difficulté de déglutition, revoir la manipulation des appareils, gestion de la douleur...)) ;
- Peu ou pas de soutien ou conseil face à la gestion des situations de crise (agressivité des personnes psychotiques, atteintes de la maladie Alzheimer ou présentant une addiction) ;
- Des horaires de passages parfois non coordonnées et des difficultés dans la réalisation de la toilette (acte de soin). Ce qui contraint alors l'intervenant de la faire seul ;
- Méconnaissance des champs d'intervention des professionnels du service et du soin ;
- Dénigrement de certains professionnels infirmiers du statut de l'intervenant (il est associé à une femme de ménage) ;
- Problème de positionnement professionnel de l'intervenant à domicile par rapport aux autres professionnels.

B) Les conséquences sur la prise en charge

Ces manquements dans la coordination des interventions engendrent des conséquences plus ou moins graves, impactant de fait la qualité de la prise en charge de la personne.

Des outils de soin et de l'aide en doublon (projet de soins personnalisés et projet personnalisé de l'aide), ce qui nécessite que la personne accompagnée soit mobilisée à deux reprises voire plus, pour échanger autour de ses projets individualisés. Elle doit se soumettre à ces exercices alors qu'elle est fatiguée parfois affaiblie par la maladie. De plus, les projets ne faisant pas l'objet de discussions entre les intervenants SAAD et SSIAD, chacun travail de son côté, à des objectifs différents. De facto, les professionnels interviennent auprès de la même personne sans connaître par ailleurs l'objet des

différentes interventions, ce qui ne favorise pas la cohérence dans la prise en charge. Ce clivage des pratiques peut être générateur d'angoisse, d'inquiétude, pour la personne aidée et son entourage.

Le manque de communication entre l'intervenant et l'infirmier peut être très problématique particulièrement dans la prise en charge nocturne. L'intervenant qui a assisté à une dégradation de la santé de la personne pendant sa garde de nuit, au lendemain, il ne peut la restituer à l'infirmier faute de temps d'échange. C'est encore plus vrai, lorsque ce dernier ne consulte pas le cahier de liaison, ne reconnaissant pas sa légitimité juridique et son utilité professionnelle. Or, cette transmission peut aboutir à une réadaptation du traitement ou à un réajustement d'un appareil. Cette attitude peut mettre en difficulté, voire en danger la santé de la personne aidée et ainsi, précipiter son hospitalisation.

La gestion des situations de crise par l'intervenant est complexe parce que pas suffisamment formé. Il se retrouve souvent seul avec la famille, désarmé, parfois agressé ; le médecin traitant et l'infirmier étant injoignables la plupart du temps, l'intervenant multiplie les contacts pour solliciter une aide en appelant au 18, au 15, à l'EPSMR etc. Dans bon nombre de cas, l'intervenant trouve un soutien auprès de son responsable de secteur et parfois de sa direction.

Le fait de ne pas coordonner les heures de passage sur certains actes, notamment, la toilette peut contraindre l'intervenant d'aide à la réaliser, si la situation l'impose. Or, il n'est pas habilité à le faire parce que c'est un acte de soin et qui fait l'objet de prescription médicale. L'intervenant doit juste apporter une aide à l'infirmier, pour permettre que la toilette se fasse dans les meilleures conditions. Ce manque de coordination peut l'amener à intervenir en dehors de son cadre d'intervention.

Aussi bien les intervenants que les infirmiers ou les autres professionnels à domicile ne se connaissent pas. Ils ont peu d'informations sur les champs de compétence des uns et des autres, ce qui peut induire des incompréhensions sur le rôle et la place de chacun dans la prise en charge de la personne. De plus, il est regrettable de se priver de l'expertise multidimensionnelle et de la richesse des échanges interprofessionnels qui pourraient, sans aucun doute apporter une plus-value à l'intervention globale. Tout l'intérêt d'une telle démarche, c'est qu'elle fait lien autour de la personne, parce que contenante, elle rassure et prédispose à une bonne prise en charge. Cette méconnaissance des uns, des autres, peut conduire à un manque de reconnaissance du travail réalisé par les professionnels et crée des tensions.

Les intervenants de l'aide se sentent isolés dans leur cadre d'intervention, du fait du dénigrement vécu par les autres professionnels. En effet, ils sont encore trop souvent relayés à la fonction de « femme de ménage » et toute la dimension sociale de leur intervention n'est pas reconnue. Dans ces conditions de partenariat, leur accompagnement n'est pas valorisé et leur statut professionnel fait l'objet de dépréciation.

Cette réalité vécue quasi-quotidiennement peut induire de la frustration, de la démotivation voire de la déprime, ce qui ne participe pas à une bonne qualité de prise en charge. Cette situation peut aussi générer des conflits entre professionnels et crée un climat délétère au domicile de la personne.

Ce constat interne met en lumière :

- Un manque de lien des professionnels entre eux,
- Une absence de culture professionnelle commune de l'intervention à domicile,
- Une prise en charge encore trop cloisonnée autour de la personne accompagnée,

Une nécessité de cadre afin de penser la coordination pluridisciplinaire.

2.6 Le plan d'action stratégique interne du SAAD

L'analyse fonctionnelle et opérationnelle du service a mis en lumière, l'absence de documents importants et qui contribuent à la fois à déterminer le cadre d'intervention des aides à domicile et qui favorisent la qualité de prise en charge des personnes accompagnées. L'absence de règlement intérieur qui définit les règles de fonctionnement du service, pouvait mettre en difficulté les professionnels dans leur cadre d'intervention. En ma qualité de directrice, j'ai rédigé un règlement intérieur (annexe1) conformément aux Art. L1321-1 et L1321-6 du Code du travail. Concernant la mise en place des fiches de poste, les salariés et les encadrants ont participé à l'élaboration de l'outil, pour leur permettre de définir le contenu de leur emploi et de mieux se situer par rapport aux autres professionnels intervenant à domicile. Par ailleurs, dans le cadre de la loi du 17 Août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi, j'ai travaillé avec l'organisme de formation conventionnée, à la rédaction d'un plan de formation pluriannuel, à partir des besoins qui ont émergé des entretiens professionnels et des réunions ; les délégués du personnel y ont été associés. Les professionnels non diplômés ont fait le choix de la VAE et/ou se sont inscrits dans les formations préprogrammées, afin d'acquérir des compétences nouvelles.

Concernant les outils de la loi 2002-02, l'audit a fait apparaître un manque inquiétant de documents supports de la qualité de la prise en charge et garantissant le respect des droits et des libertés de la personne. Aussi, depuis le mois de juillet 2016, j'ai constitué des groupes de travail (encadrants, intervenants et direction adjointe) pour ensemble créer les outils (annexe2) tels que le projet individualisé, le DIPEC, le recueil de données individuelles, le cahier de liaison et le document de repérage des risques de perte d'autonomie. Les pratiques professionnelles étaient jusqu'ici basées sur la culture de l'oralité. Cependant, bien que l'audit ait révélé un déficit de conventionnement partenarial auprès des autres acteurs du territoire, SIR bénéficiait d'un bon ancrage dans deux territoires de l'île, l'Ouest et le Nord. Aussi, afin de développer la stratégie partenariale, de nombreuses réunions de rencontres (responsables de secteur et direction adjointe ou

direction) ont été programmées avec les principaux acteurs de secteur sanitaires, social et médico-social. Ces rencontres ont eu pour but de communiquer sur notre savoir-faire, de présenter les nouveaux outils et d'améliorer la coordination des prises en charges, au travers notamment de conventions et des fiches de liaison (annexe 3).

Tous ces leviers ont été actionnés quasi simultanément et ont mobilisé toutes les composantes du service. Une vraie dynamique de professionnalisation est née et qui me permet de dire que l'équipe est prête à s'engager dans un projet d'envergure et qui s'inscrirait dans le prolongement des actions qui ont été menées à l'interne.

En effet, l'analyse de l'état des lieux des prises en charge de l'ensemble des situations a mis en exergue des manquements importants dans l'accompagnement des personnes aidées. Les difficultés de coordinations auxquelles les salariés font face dans leur cadre professionnel, me font dire qu'il faut tendre vers un dispositif, outil de coordination, qui garantit l'intervention conjointement des missions d'un service de soins infirmiers à domicile et celles d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile ; c'est ce que propose le SPASAD³⁸ dans sa nouvelle forme, permettant ainsi à la personne accompagnée de bénéficier :

- D'un lieu unique d'accueil et d'informations par la mise en place d'un guichet unique,
- D'une prise en charge globale déclinée au travers du projet individualisé,
- D'un accompagnement de services et de soins coordonné au sein du service et auprès des partenaires externes par un infirmier coordonnateur,
- D'actions de préventions dont le financement pourra être prise en charge dans le cadre de la conférence des financeurs.

³⁸ Arrêté du 30 décembre 2015 fixant le cahier des charges des expérimentations relatives aux SPASAD prévue à l'Art.49 de la loi ASV n°2015-1776 du 28 décembre 2015.

3 Le SPASAD : UN CHANGEMENT DE PARADIGME DE LA PRISE EN CHARGE

Si hier la personne accompagnée devait s'adapter à l'organisation du système de santé, aujourd'hui c'est à partir de ses besoins que l'offre de soins évolue³⁹. C'est sur ce principe que ce projet repose et c'est à partir du projet personnalisé qu'elle se réalise.

3.1 Le projet stratégique

Le SSIAD « O'ptit soin » et le SAAD SIR sont deux services médico-sociaux, relevant de la loi n° 2002-02 du 02 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Les deux structures ont été créées sous le statut juridique de l'association et disposent d'un conseil d'administration.

Le service de soin bénéficie d'une autorisation de 99 places et intervient sur le secteur Ouest de l'île. Le service d'aide rayonne sur l'ensemble de l'île et depuis le 1^{er} Janvier 2016 relève du régime de l'autorisation.

Le projet de création d'un SPASAD expérimentateur a émergé d'abord à SIR, du fait des problèmes récurrents qui se posaient au niveau de la coordination des prises en charge. Le service de soins également s'est penché sur la question de l'opportunité d'un rapprochement, en vue de proposer un accompagnement complémentaire aux personnes soignées.

Fort de ces éléments, j'ai engagé une analyse stratégique des dispositifs permettant de pallier au manque d'articulation des prestations de soins et de l'aide à domicile.

Je me suis appuyée sur l'Art 49 de la loi ASV et sur l'Arrêté du 30 Décembre 2015 fixant le cahier des charges des SPASAD, pour proposer la mise en place d'un SPASAD dans le cadre d'une convention de coopération. Ce projet était en cohérence avec les projets associatifs des deux structures et de l'association gestionnaire du SAAD, puisqu'il s'agissait de développer l'activité au bénéfice de la personne accompagnée. De plus, il répondait aux orientations des schémas directeurs, car le SOMS prévoit d'améliorer la qualité de prise en charge et d'accompagnement des personnes âgées dépendantes et au travers du PRIAC, il insiste sur l'effort à consentir en faveur des dispositifs existants et notamment dans les coordinations territoriales, pour favoriser le maintien à domicile. Par ailleurs, au regard du plan de maîtrise des dépenses publiques engagé par les pouvoirs publics, ces dernières années, en ma qualité de directrice, je devais intégrer à mon analyse, l'aspect financier contraint du secteur. Toutefois, le SPASAD offre d'autres

³⁹ BLOCH.M.A., HENAUT.L., 2014, *Coordination et parcours, la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Dunod, Paris, p95.

possibles, en termes de mutualisation des moyens et des ressources humaines, qui permet sa mise en place à un moindre coût.

Par conséquent, au regard des orientations des projets associatifs et des opportunités réglementaires du secteur, le SPASAD expérimentateur a été retenu et validé par les administrateurs des associations. Trois choix de mise en œuvre étaient possibles, par une demande d'autorisation conjointe d'un dispositif existant de coordination aide et soins ; par un SSIAD et un SAAD qui décident de constituer un GCSMS ; par un rapprochement d'un SSIAD et d'un SAAD qui décident de coopérer sous forme de convention. J'ai fait le choix du dernier mode de constitution, du fait de l'autonomie de fonctionnement qu'il préserve et qui permet aux deux structures de maintenir l'organisation d'origine. Cette condition n'était pas négociable.

Cependant, les deux parties n'excluent pas l'idée d'une évolution du mode de constitution, au terme d'une nécessaire période d'expérimentation.

Dans le cadre du pilotage de ce projet, je m'appuierai sur le management participatif qui est l'affirmation d'une croyance en l'homme capable d'engagement, à condition qu'il soit placé dans des conditions favorables⁴⁰. Il me paraît important d'associer à ce projet, tous les protagonistes concernés. J'entends par-là, impliquer les salariés des deux structures, pour une meilleure appropriation du projet et afin de mieux engagé le changement induit par cette coopération. En ma qualité de directrice, il est de ma responsabilité aussi de rechercher la participation des usagers ou leurs représentants, comme le réaffirme la loi 2002-02 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

3.1.1 L'objectif

C'est à la lumière des valeurs qui animent les deux structures, que nous avons construit le projet de SPASAD.

Ce projet vient répondre à une nécessité de repenser l'articulation du soin et du service, mais participe aussi à rendre plus lisibles les interventions des différents acteurs du domicile sur le territoire.

Aussi, au travers de ce projet, je propose d'envisager un changement de paradigme de la prise en charge à domicile, c'est le pari de l'innovation et de l'intelligence collective que nous faisons.

Notre ambition, étant de recentrer nos interventions autour de la personne accompagnée en veillant au respect de ses droits et de ses libertés.

Ce projet offre aussi l'opportunité de créer des liens entre les professionnels et des passerelles entre les pratiques, mais aussi des outils communs voire une culture

⁴⁰ J.M. MIRAMON, D. COUET, J.B. PATURET, 2009 *Le métier de directeur, techniques et fictions*, Presses de l'EHESP, Rennes, p98

professionnelle commune du domicile. Nous aspirons par là-même, à créer une relation privilégiée entre l'utilisateur, ses proches et les professionnels et d'inscrire l'intervention globale dans un parcours qui rassure tout au long de la prise en charge. Tous ces aspects seront traduits dans le projet stratégique et qui *in fine* aura pour but de sécuriser la prise en charge de la personne aidée.

Le projet politique commun que nous portons, se décline en 4 points :

- La coopération qui renforce l'ancrage de nos structures sur le territoire. La mise en commun de nos expériences et savoirs représente une valeur ajoutée pour les bénéficiaires.
- Les deux structures partagent les mêmes valeurs associatives et des interventions professionnelles. La proximité professionnelle aux bénéficiaires reste au centre de nos intérêts.
- Le rapprochement des deux entités accroît la capacité d'innovation du SPASAD au bénéfice du territoire et de ses acteurs. Il favorise l'articulation avec les professionnels en vue d'une qualité de prise en charge.
- Le projet phare étant de réunir en une seule entité le soin et le service, afin d'améliorer les prises en charge et de proposer aux bénéficiaires une qualité de prestation.

Le service devra être en mesure d'apporter des réponses claires, adaptées et évolutives, aux besoins des personnes âgées, atteintes de maladie chroniques et en perte d'autonomie transitoire, sur le territoire Ouest de l'île.

Les professionnels devront mettre en œuvre une organisation dont les missions permettront :

- D'accompagner prioritairement et suivre de manière intégrée les personnes requérant à la fois des prestations d'aide et de soins à domicile,
- De veiller à la qualité des réponses apportées aux besoins de la personne et de ses proches aidants,
- De veiller au respect du mode de vie de la personne dans son environnement,
- De respecter les droits et libertés des personnes,
- De protéger et de maintenir la santé physique et mentale de la personne,
- D'entretenir son autonomie,
- De mettre en place des actions de prévention relative à la dénutrition, à la déshydratation, aux chutes, à l'isolement etc.
- De repérer, d'alerter et de signaler les situations d'isolement, de fragilités, de perte d'autonomie ou d'aggravation de celles-ci,
- De mettre en place des partenariats utiles afin de favoriser le retour à domicile après une hospitalisation,
- De créer une identité commune d'intervention à domicile,

- De garantir le respect du secret professionnel.

3.1.2 Analyse stratégique du SPASAD :

- Pour les personnes accompagnées et leurs aidants :

Le rapprochement des deux cadres d'interventions donne une meilleure visibilité des prestations et amène une coordination cohérente et globale de l'accompagnement, au travers d'une seule entité et d'un guichet unique. Il est garant de la continuité des services et diminue le risque de rupture dans le parcours de santé. La combinaison des deux prestations limite les hospitalisations et permet de garder la personne le plus longtemps possible à son domicile et dans de bonnes conditions. L'unicité de l'interlocuteur est facilitatrice des relations entre la personne et les professionnels intervenants, ce qui contribue à l'apaisement, au bien-être et au bien vieillir du bénéficiaire et de son entourage. L'équipe pluridisciplinaire favorise une meilleure prise en charge de par les compétences croisées.

- Pour les professionnels :

L'interdisciplinarité représente une richesse pour les professionnels des deux structures. Les échanges de pratiques donnent plus de possibilité en termes de réponses à apporter aux situations les plus complexes. La connaissance des pratiques professionnelles de chacun apporte une meilleure compréhension des interventions et donne de la cohérence à l'accompagnement. Mieux se connaître permet également de mieux se reconnaître et donc de se respecter. La coordination des activités rassure les professionnels et est créatrice de bonne dynamique d'équipe. Les professionnels se sentent plus soutenus et moins isolés surtout dans le cadre qu'induit le domicile. Le SPASAD favorise le décloisonnement des différents champs d'intervention (social, médico-social et sanitaire).

- Pour les structures :

La polyvalence des services soin et aide est un gage de qualité des prestations par rapport à ce qui est proposé par les autres structures du service à domicile du territoire. Elle induit de la cohérence et de la complémentarité dans les interventions. Le SPASAD structure les équipes au travers d'une identité professionnelle commune. Elle crée des conditions favorables au partage des informations. Le SPASAD rend possible la mutualisation des moyens humains et matériels.

- Pour le secteur :

Une offre nouvelle de services et de soins intégrés permet au secteur Ouest d'être mieux doté, car à ce jour aucun projet de SPASAD n'a vu le jour à la Réunion.

Le SPASAD permet l'identification d'un unique interlocuteur du service et de soin sur le territoire et qui serait facilitateur des sorties d'hospitalisation.

3.1.3 Les axes stratégiques

Il est nécessaire pour atteindre l'objectif de création du SPASAD, que nous posions les fondations qui conditionnent sa réussite. En effet, les trois axes primordiaux sur lesquels j'ai choisi de travailler pour gérer de manière efficace ce projet sont :

- Le respect des droits et des libertés de la personne aidée, car l'intervention harmonisée, peut parfois faire naître des questions paradoxales, ce qui nécessitera d'avoir une réflexion éthique, qui recentre notre démarche sur l'intérêt suprême de la personne et de son environnement (projet individualisé, CVS...).
- L'adhésion des salariés des deux structures, au projet. Il est primordial que les salariés soient associés, en amont de la réflexion et participent activement aux instances qui seront mises en place, pour à la fois alimenter les débats de leurs expériences et compétences, mais aussi pour donner du sens à la démarche. Par cette approche, ils deviennent acteurs de leur nouvelle organisation professionnelle. Ils seront amenés dans des groupes de travail à être force de proposition sur des thématiques telles que l'organisation, aide/accompagnement/soin, l'éthique partagée, les outils communs.
- La construction d'une culture partagée. Nous sommes face à des professionnels du soin, d'un côté et du service, de l'autre, avec deux cultures différentes mais aussi des points de rapprochement. Il ne s'agit pas d'ignorer les difficultés mais plutôt de prendre appui sur les sujets qui les rassemblent pour faire naître le sentiment d'appartenance et créer une identité professionnelle nouvelle et commune (le plan de GPEC...).

3.1.4 Le public cible

Le SSIAD ne bénéficie pas d'autorisation pour intervenir auprès des personnes atteintes de la maladie Alzheimer et des personnes en situation de handicap et par conséquent, il nous faut en tenir compte pour définir le public du SPASAD. Cela s'explique du fait de la présence sur le secteur de d'autres acteurs du soin, à qui l'ARS a confié des autorisations spécifiques pour répondre à leur besoin de prise en charge. Cependant, il prend en charge :

- Les personnes âgées relevant du GIR 1 à GIR 3,
- Les personnes atteintes de pathologies chroniques,
- Les personnes en perte d'autonomie transitoire.

Au SAAD SIR, 35 personnes âgées sur l'Ouest relevant de l'APA bénéficient aussi d'une prise en soin et 20 situations présentaient des difficultés de prise en charge avec l'infirmier libéral. Un travail de coordination devra être engagé avec les infirmiers libéraux au travers de conventionnement au SPASAD.

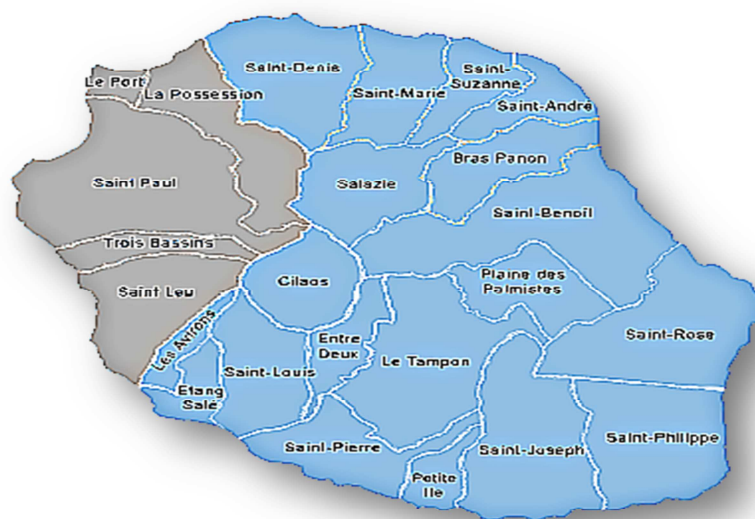
Aussi, du fait de la présence de huit établissements de santé sur le territoire, un accompagnement des sorties d'hospitalisation sera proposé.

Par ailleurs, lors d'une de nos rencontres avec les services de l'ARS, nous avons évoqué la possibilité de faire évoluer le SPASAD plus tard, par rapport au profil du public et par rapport au périmètre d'intervention. L'ARS ne s'y est pas opposée, nous conseillant de le faire progressivement, à autorisation constante et bien sûre au regard des besoins du territoire, car les enveloppes régionales sont limitatives.

3.1.5 Le périmètre d'intervention

Le SPASAD ne couvrira pas l'ensemble d'île comme l'autorisation du SAAD SIR le permet. Le territoire d'intervention sera délimité à la région Ouest du fait de l'autorisation du SSIAD qui est limité au bassin Ouest. Cinq villes sont concernées :

- **Le Port** qui compte 35 653 habitants et 12,70% de personnes âgées,
- **La Possession** compte 32 261 habitants et 10,80% de personnes âgées,
- **Saint-Leu** compte 33 575 habitants et 13% de personnes âgées,
- **Trois-Bassins** compte 7 198 habitants et 14,30% de personnes âgées,
- **Saint-Paul** compte 104 634 habitants et 13,60% de personnes âgées⁴¹.



Le SPASAD couvre l'ensemble des villes du bassin Ouest de l'île et qui compte 213 321 d'habitants dont 27 614 personnes âgées.

3.1.6 Le réseau partenarial du SPASAD

Les professionnels libéraux

La région Ouest est bien dotée en offre de soins libérale :

- 247 médecins,

⁴¹ DIAGNOSTIC LOCAL, 2017 - Région Ouest – personnes âgées - MAIA

- 443 infirmiers,
- 131 orthophonistes,
- 434 kinésithérapeutes,
- 127 pharmaciens,
- 18 psychologues,
- 3 psychomotriciens,
- 2 ergothérapeutes.

Néanmoins, on peut déplorer l'absence de gériatres libéraux, au regard de la population. Le travail de coordination ne pourra pas se faire uniquement entre le SAAD et le SSIAD, mais devra s'articuler avec les autres professionnels du territoire. Le SSIAD par ses conventions partenariales passées avec les infirmiers libéraux et les professionnels, sera facilitateur de l'amélioration la prise en charge des personnes accompagnées. Le SAAD également par son ancrage sur le secteur Ouest, contribuera à le développer. Il s'agira pour le SPASAD de consolider le maillage territorial des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux par la mise en place des conventions formalisées, afin de faciliter la cohérence et la continuité des activités auprès des personnes aidées.

Le SPASAD s'emploiera à favoriser la collaboration avec les médecins généralistes qui restent des acteurs incontournables de la prise en charge de la personne soignée.

Les établissements de santé

Des conventions partenariales seront à développer aussi avec les établissements de santé dans l'optique de proposer une réponse à la sortie d'hospitalisation des personnes dépendantes. Ils sont au nombre de huit à savoir et représente une capacité de plus de 722 places, il s'agit de :

- Du centre de rééducation « base vision Horus » : 20 places,
- Du centre hospitalier Gabriel Martin : 231 places,
- De l'EPSMR : nombre de places non déterminé,
- De la maison des Oliviers : 100 places,
- De la clinique « des flamboyants Ouest » : 71 places,
- De la clinique « des tamarins » : 99 places,
- De la clinique Jeanne D'Arc : 159 places,
- Du centre de rééducation fonctionnelle «Ylang Ylang » : 42 places.

Les services de coordination

Le territoire Ouest était doté également d'un CLIC, mais celui-ci a cessé son activité en 2015. Toutefois, l'Ouest bénéficie de la présence la MAIA.

Les acteurs du domicile

La région Ouest est équipé de :

- 2 SSIAD sur Saint-Paul et le Port qui offre 179 places
- 1 ESA sur Saint-Paul qui offre 15 places,

- 2 HAD à la Possession.

Aussi, au regard de cet état des lieux, il est nécessaire de réfléchir à la mise en place d'un plan stratégique qui permettrait au SPASAD d'être positionné comme un des acteurs majeurs de la coordination et de se situer à l'interface des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. En effet, il n'existe à ce jour qu'un acteur de la coordination sur l'Ouest, la MAIA, et au vu du nombre important des acteurs de santé et de la proportion des personnes âgées on peut envisager développer une logique de territoire pour répondre aux besoins de la prise en charge à domicile. Ces éléments pourront faire l'objet d'une négociation avec les tutelles, dans le cadre de l'élaboration du CPOM.

3.2 La programmation des actions

Le projet de SPASAD a été proposé et validé par les administrateurs de SIR et de MAGRM au mois de janvier 2016. Ensuite, j'ai pris contact avec la direction du SSIAD « O'ptit soin » pour une présentation du service et pour évoquer ensemble de l'éventualité d'une collaboration, dans le cadre de la création d'un projet de SPASAD par convention.

Du côté du SSIAD, l'idée de rapprochement avec un SAAD avait germé dans les esprits depuis quelques mois, mais l'opportunité ne s'était pas encore présentée à la structure. En effet, l'association s'était inscrite dans une démarche qualité deux ans auparavant, et les résultats des questionnaires faisaient apparaître une attente des usagers et de leurs proches d'une meilleure collaboration avec les acteurs des différents champs du territoire. Le projet de SPASAD semblait répondre à la volonté d'évolution de leur activité par la complémentarité des services. De plus, soucieux de maintenir la bonne santé financière de sa structure, le Président n'était pas insensible à l'argumentation de la mutualisation des moyens.

Nonobstant, pour que notre coopération puisse démarrer sur des bases transparentes et solides, nous devons nous assurer de la viabilité financière des deux entités. Une rencontre en présence des experts comptables respectifs a montré l'absence de dette, une bonne maîtrise de la facturation et une gestion normale de la masse salariale.

Sur cette base, ce projet a été approuvé par les trois conseils d'administration au mois de février 2017. Après avoir bénéficié de la confiance des administrateurs de SIR et de MAGRM et eu l'aval de ma direction, nous avons convenu de la mise en place d'un comité de pilotage tous les mois, et ce, à partir du mois février 2017. Des commissions également seront programmées pour travailler sur des thématiques des axes stratégiques, entre les mois de février et juillet 2017 ; après communication du projet aux salariés entre le mois de février et mars 2017. D'autres temps communications seront prévus tout au long de l'avancée du projet.

Une rencontre avec les représentants du personnel des deux structures a été décidée, pour leur communiquer le contenu du projet. A l'issue de cet échange, ils ont émis le

souhait d'être régulièrement tenus informés de son avancée et je leur ai proposée de se réunir mensuellement pour faire un point d'étape mais aussi pour recueillir leurs avis qui seront transmis au comité de pilotage.

Dès lors, dans chaque structure un travail interne devait être mené auprès des salariés pour engager ce nouveau virage institutionnel.

En ma qualité de directrice adjointe j'ai soumis l'idée, que les présidents et les directions des associations viennent à la rencontre des salariés des deux structures pour informer de la création du SPASAD, échanger avec eux et surtout répondre à leurs questionnements. L'intention étant de les rassurer sur les objectifs de la création et de leur expliquer l'opportunité que cela représente pour les bénéficiaires, pour eux et pour les deux structures. Par ailleurs, au niveau du SAAD, j'ai utilisé les réunions mensuelles que les responsables de secteurs animent auprès des intervenants, pour à nouveau réexpliquer la démarche. En effet, la réunion étant plus restreinte, la parole se libère plus facilement.

Enfin, un courrier d'information sur la création du projet a été envoyé aux deux autorités de tarification au mois de février 2017. Deux rencontres ont été posées au mois de mars 2017 avec les services de l'ARS et du Conseil départemental pour présenter le projet de SPASAD. Des arbitrages sont programmés pour permettre au projet de se préparer à l'appel à projet.

3.2.1 La mise en place du comité de pilotage et des commissions

Insuffler une dynamique de changement au sein d'une équipe, peut s'apparenter à une prouesse d'équilibriste, je n'en suis pas, mais si je parviens à la persuader du bien fondée de la démarche, alors on peut considérer que le processus est bien engagé. Le ciment indispensable est l'engagement de la direction vis-à-vis du changement ; la personne qui possède les ressources possède la clé du changement Toutefois⁴². Je suis consciente des questionnements, des inquiétudes voire des résistances que le changement organisationnel peut provoquer au travers de ce projet, c'est aussi pour cette raison que j'ai instauré un groupe projet par lequel les salariés pouvaient participer et s'exprimer. En plus de répondre à cette vocation, le comité de pilotage permettra de suivre le bon déroulement des opérations (mise en place des choix retenus, respect des planifications...) et de valider des décisions dans ce sens. Les difficultés majeures qui se présenteront dans le cadre de la création y seront aussi aborder, dans l'optique d'apporter des réponses partagées. Par ailleurs, je m'appuierai sur ce support de travail pour insuffler une bonne dynamique entre les différents membres des deux structures, en

⁴² Cahier de l'Actif – N° 308/309, « l'approche systémique, clé du changement », p63.

créant, notamment des moments conviviaux avant ou après la réunion (petit-déjeuner, « buffet déjeunatoire »).

Il sera composé de directions, de responsables de secteur et d'infirmiers coordinateur sans oublier les professionnels libéraux et les membres du personnel (par corps de métier), qui, au regard de la production des commissions thématiques alimenteront le projet. Une communication de l'avancée des travaux sera faite aux délégués du personnel et aux personnels par support email et par le biais de réunions.

Toujours dans un souci d'associer le personnel en amont de ce projet, j'ai souhaité la création de commissions pour alimenter les échanges autour des thématiques qui participeront au fonctionnement du SPASAD. Les salariés sont invités à les investir et à être force de propositions au travers des différents points qui seront abordés (organisation, aide/soin et accompagnement, éthique partagée et projet social). Cette démarche leur permettra de s'approprier le projet et participera à accompagnera le processus de changement. Elle a aussi pour but de faire se rencontrer les salariés des deux structures et de commencer à apprendre à se connaître et à apprendre à travailler ensemble. Les groupes n'excéderont pas 7 personnes.

Le contenu des groupes de travail sera transmis au comité de pilotage qui en prendra acte.

Pour mener à bien les réunions de travail, il est important que nous ayons des outils facilitateurs tels que :

- Le SWOT nous permettra d'évaluer les forces et les faiblesses qui se présentent à la réalisation du SPASAD, aussi bien dans les deux structures,
- La planification du projet qui va permettre de définir les travaux à réaliser et rendre compte de l'état d'avancement du projet,
- Le planning pour fixer les rencontres du comité de pilotage, des commissions de travail, des réunions IRP,

Le tableau de bord clair qui permet de synthétiser et de suivre les travaux menés dans les commissions.

3.3 Plan d'action stratégique

3.3.1 L'organisation intégrée : un accompagnement global

Les moyens humains et matériels

Dans le cadre du projet SPASAD les deux associations ont opté pour une organisation qui préserve leur autonomie de fonctionnement dont la responsabilité relève des directions respectives.

Au sens de l'Arrêté du 30 décembre 2015 fixant le cahier des charges des expérimentations relatives aux SPASAD, il convient d'entendre par « organisation

intégrée » un accueil physique et téléphonique qui favorise une meilleure information aux personnes accompagnées.

Il a été acté par les deux associations la nécessité de disposer d'un local commun sur l'Ouest, là où le SSIAD est déjà basé, de manière à ce qu'il soit bien identifié sur le territoire. Le SAAD SIR prévoyait dans le second semestre 2017 d'y ouvrir une annexe, mais au vu du projet de SPASAD, une nouvelle stratégie a été envisagée et en ma qualité de directrice, j'ai proposé dans un souci de mutualisation des moyens et de meilleure coopération de l'aide et du soin, que les professionnels de l'aide de l'Ouest soient dans les mêmes locaux que ceux du soin, puisque l'espace le permettait.

SIR s'engage à participer au financement à 50% ETP, du secrétariat accueil du SPASAD pour un accueil physique et téléphonique, cohérent avec l'offre de service intégré. Le SPASAD met à la disposition du public un numéro d'appel unique et des documents d'information relatifs à l'ensemble des prestations proposées.

SIR bénéficiera d'un bureau pour son propre secrétariat (50% ETP) et le personnel de l'aide utilisera la salle de transmission pour échanger avec les aides-soignants et l'infirmier sur les situations, une demande qui a été aussi formulée par le groupe de travail « organisation ».

La direction du SAAD se propose de mettre à la disposition des intervenants de l'aide, les outils (informatiques et téléphoniques...) nécessaires à leur fonctionnement.

Par ailleurs, dans le cadre de la nouvelle structure nous avons proposé qu'un lieu d'écoute des proches aidants, soit mis en place. Un CVS verra aussi le jour pour permettre aux familles et aux personnes accompagnées d'être force de proposition au sein du SPASAD.

Toutefois, pour assurer le bon fonctionnement du SPASAD, un responsable sera désigné et aura pour fonctions :

- D'exercer un rôle de gestion et d'organisation de la structure et du personnel,
- De s'assurer du bon fonctionnement du SPASAD,
- De veiller à la bonne intégration des prestations d'aide et de soins,
- De veiller à la mise en place des actions de prévention.

Il devra travailler avec les directions du SAAD, pour favoriser la transversalité des deux activités. Au vu des compétences de l'IDEC du SSIAD, il nous a paru plus stratégique de renforcer ses responsabilités en lui attribuant la gestion du SPASAD. En effet, il a déjà une vision de la coordination sur le territoire Ouest, la confiance de son équipe, un réseau partenarial développé avec les professionnels libéraux et établissements. Son rôle d'infirmier coordinateur lui confère une expertise de la prise en charge, inscrite dans la réalité du terrain, qui sera un atout majeur pour favoriser le fonctionnement du SPASAD.

Les équipes garderont leur propre fonctionnement et donc leur responsable d'origine (le responsable de secteur pour les aides à domicile et l'infirmier coordinateur pour les aides-soignants et AMP). De même, l'architecture des interventions restera identique (binôme intervenant/usager), au travers de laquelle chacun restera rattaché à son secteur initial.

Le responsable de secteur de L'Ouest et l'infirmier coordinateur continueront à travailler à la fois sur leur champ d'intervention d'origine, mais auront aussi à créer de nouvelles pratiques sur les situations communes Aide/Soin.

L'accompagnement global

L'accompagnement global de la personne implique une bonne articulation professionnelle des activités de l'aide et de soin et d'être réalisé dans le respect de L'Art. 1110-4 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, en matière de secret professionnel et de partage d'informations.

L'évaluation des besoins et des attentes de la personne sera menée par le binôme responsable de secteur/infirmier coordinateur ou son adjoint. Cette étape de l'accompagnement nécessite des outils facilitateurs et adaptés. En effet, pour éviter de multiplier le nombre de visites nécessaire à la démarche d'évaluation, il serait plus opportun d'envisager un recueil de données unique (annexe 5). Elle prend en compte l'état de fragilité de la personne aidée en diminuant la fatigue que les échanges peuvent induire. Ainsi, l'analyse du recueil d'informations menée par le binôme est plus enrichissante et abouti à une meilleure appréciation des besoins et des attentes qui seront traduits dans le projet individualisé. Il est important de rappeler que la démarche d'évaluation n'a de sens qu'au regard du respect du droit de la personne, d'être associée à la réflexion et d'exprimer son avis, selon les termes de la loi 2002-02, rénovant les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

L'accent sera aussi mis sur la relation de proximité que les professionnels seront amenés à développer avec la personne et ses proches, toujours pour améliorer l'accompagnement. Le projet personnalisé sera au cœur de la qualité de prise en charge, avec tout ce que la loi 2002-02 rénovant l'action sociale et médico-sociale induit en termes de respect des droits et des libertés de la personne accueillie.

Il est primordial que les intervenants et les responsables prennent le temps de l'explicitation aux bénéficiaires, des modalités de la prise en charge à fortiori parce que évolutives. Face à l'apparition de nouvelles pathologies, les professionnels se doivent de développer et d'adapter leurs compétences. Dans le cadre de la prévention des risques de la perte d'autonomie, de chutes, de déshydratation, de dénutrition et d'isolement et de maltraitance, le personnel bénéficiera de temps de formation au repérage des signes et disposera d'outils d'évaluation, à partir des recommandations de bonnes pratiques

professionnelles de l'ANESM. Le SPASAD devra promouvoir la bientraitance à l'égard des personnes dépendantes.

Aussi, afin d'anticiper, d'évaluer les compétences nécessaires, à la réalisation du projet, le SPASAD mobilisera avec le soutien des OPCA du SSIAD et du SAAD un plan de GPEC conformément à la loi n°2015-994 du 17 Août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi, Cette démarche s'inscrit dans une logique de décloisonnement des pratiques professionnelles et ainsi faciliter l'approche globale de la prise en charge.

Du côté des usagers, il conviendra de créer un CVS, afin de favoriser la participation et l'expression des personnes ou leur représentant à la vie de la structure. En effet, peu de moyen sont mis à leur disposition pour accueillir leurs requêtes et leurs propositions mais aussi leurs mécontentements. Des actions de sensibilisation aux différents risques précités, en direction des personnes accompagnées et de leurs proches-aidant seront dispensées.

Sur le même principe, il proposera un lieu d'écoute aux proches-aidant qui sont souvent en grande souffrance et se sentent isolé face à la maladie.

Enfin, pour que à l'organisation intégrée soit facilitatrice de la coordination, et contributive d'une culture commune de l'intervention à domicile, il est important qu'elle propose des outils uniques tels :

- Le recueil des données individuelles (annexe 4),
- Le projet personnalisé (annexe 5),
- Le CP,
- La charte des droits et des libertés des personnes accueillies,
- Les outils de repérage des différents risques,
- Un classeur de liaison commun,
- Un livret d'accueil
- Un projet de service
- CVS
- Un règlement de fonctionnement,
- Des procédures,
- Des brochures de présentation du SPASAD.

Aussi, pour les besoin du CPOM, toutes ces mesures seront réalisées sous la forme de fiches actions.

Le projet individualisé sera l'outil fédérateur et de formalisation de ces différents aspects de l'accompagnement global.

3.4 La communication aux différentes composantes des deux structures

Un plan de communication a été prévu en direction des salariés, des personnes accompagnées et des partenaires pour une bonne information de la création du SPASAD.

Pour les salariés :

Une intervention commune des deux présidents et directions des structures auprès des salariés de chaque structure pour informer, échanger et répondre aux questions.

Toutefois, j'ai proposé qu'au niveau du SAAD, j'aie à la rencontre de chaque secteur, lors des réunions mensuelles pour à nouveau permettre aux salariés de réagir à froid à l'annonce de la création du SPASAD. Je pense qu'en comité restreint, la parole se libère plus facilement et les personnes sont moins crispées qu'en présence des présidences et directions. J'ai souhaité aller à leur rencontre aussi pour leur expliquer l'importance que revêt leur participation aux différentes commissions et qui contribue au nouveau projet. Il est primordial que ce soit leur propre construction car il s'agit de créer leur quotidien professionnel, au regard de leur expérience du terrain.

Les décisions du comité de pilotage seront portées à leur connaissance, après chaque réunion par email.

Pour les personnes accompagnées et leurs proches :

Au niveau du SAAD, j'ai décidé d'informer les bénéficiaires du projet par courrier postal. Mais pour ceux qui sont illettrés ou qui ont besoin d'aide à la compréhension, les intervenants, les référents et les responsables de secteur se mobilisent pour communiquer aux personnes, de notre nouvelle identité, de notre nouvelle approche basée sur la complémentarité des interventions. A la visite, on y associera un document schématisé, pour faciliter la compréhension.

Pour les partenaires :

Une communication écrite (email) et commune sera faite en direction des partenaires sociaux, médico-sociaux et sanitaires de l'ensemble du territoire.

Je pense qu'il est important que les présidents et directeurs des deux structures mettent aussi en place une réunion de rencontre avec les professionnels libéraux qui sont conventionnés avec le SSIAD et qui sont directement concernés par les changements.

3.5 Le CPOM

Dans le cadre du dialogue de gestion, l'ARS et le Conseil Départemental a salué la stratégie de développement de l'offre de soins et de l'aide SAAD et SSIAD et qui se concrétise au travers d'une convention de coopération en vue de la création d'un SPASAD sur le territoire Ouest. A ce jour, l'appel à projet n'est toujours pas paru, et les services de l'ARS nous informe par là-même que l'enveloppe allouée aux SPASAD

expérimentateurs est limitative et qu'il est important de tendre vers la mutualisation des moyens.

Les deux structures ont souhaité garder une autonomie financière et de fonctionnement, parce que l'organisation intégrée concerne que le territoire OUEST de l'île et qu'à titre expérimental, il est souhaitable de commencer ainsi.

Par ailleurs, le SAAD est financé au tarif horaire, tandis que le SSIAD est financé par d'une dotation globale. La loi de financement de la sécurité sociale 2017 a modifié les dispositions concernant le CPOM prévu à l'Art. L313-12-2 du CASF⁴³, ce qui implique que les actions de prévention de la perte d'autonomie qui seront mises en place et qui sont éligibles aux financements de la conférence des financeurs, seront inscrites au CPOM du SPASAD. Elle prévoit également que le SAAD SIR pourra bénéficier d'un fond d'appui en soutien à l'action de l'expérimentation de l'organisation intégrée. Les outils uniques de coopération bénéficieront aussi d'un financement, pour permettre au SPASAD de fonctionner dans de bonnes conditions. Les actions qui bénéficieront d'un financement, feront l'objet de fiches actions et seront soumises à une évaluation.

L'IDEC sera donc responsable du SPASAD et du SSIAD et gardera ses fonctions de coordination (50% IDEC ; 25% responsable du SSIAD ; 25% responsable du SPASAD).

La mutualisation des moyens concernera dans un premier temps :

- le personnel (en fonction des nécessités),
- les locaux du SSIAD,
- le secrétariat accueil,
- une voiture de service,

Au fur et à mesure que l'organisation intégrée se structurera, nous envisagerons des réajustements et des évolutions qui s'imposent.

Cependant, au regard de l'activité du SSIAD, qui avoisine 98% de prise en charge effective, il nous a paru opportun de négocier une extension d'autorisation pour dix places supplémentaires ; le nombre de personnes inscrit sur la liste d'attente du SSIAD était important et dans le cadre du projet SPASAD, l'équipe se renforçait.

Par conséquent, dans le cadre du SPASAD expérimentateur par convention, le CPOM devra être signé entre le SAAD SIR, le SSIAD O'ptit soin, le Président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé.

Le contrat donne donc mandat aux professionnels d'intervenir dans le cadre des missions dévolues au SPASAD. Les documents que nous ferons apparaître dans le contrat seront les suivant :

- Le nombre et les catégories de personnes prises en charge,

⁴³ CPOM : l'instruction n°DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du CPOM.

- Le territoire desservi et les modalités horaires de prises en charge,
- Les objectifs et les moyens mis en œuvre pour l'organisation intégrée,
- Les actions de préventions sous la forme des fiches actions,
- Les objectifs de qualification professionnelle au regard du public accompagné,
- Les modalités de coordination avec les autres organismes sociaux, médico-sociaux ou sanitaire du territoire.

Enfin, une convention entre les deux parties signataires, le SSIAD SIR et le SAAD « O'ptit soin » qui définit les règles de coopération sera signée, après validation du CPOM.

3.6 L'évaluation

L'évaluation revêt un enjeu majeur pour les initiateurs du projet et ses bénéficiaires. Elle permet de contrôler et de mesurer si les objectifs initiaux du SPASAD ont été atteints pour *in fine* poursuivre l'amélioration. Elle nous donne aussi des indications sur ce qui dysfonctionne et ce qui nécessite des réajustements.

Pour engager son évaluation, je me baserai sur ces trois aspects de l'évaluation :

- L'évaluation des résultats au regard des objectifs de départ du projet et des résultats atteints ; et de la vision quantitative et qualitative,
- L'évaluation des effets qui porte sur l'interaction entre le projet et son environnement (les personnes accompagnées, les proches-aidants, les professionnels internes et externes du SPASAD),
- L'appréciation de l'impact au vu de l'ensemble des changements opérés (significatifs, durables...), positifs ou négatifs, prévus ou imprévus, sur les différents protagonistes du projet.

Pour faciliter la lecture de ses éléments, je propose d'élaborer un plan d'évaluation de projet (ci-dessous) qui réunit tous les aspects précités. Le plus important étant de définir les indicateurs de l'évaluation qui me permettraient de vérifier de manière la qualité de la prise charge du SPASAD.

Action et ses objectifs	Résultats	Effets	Impact

Pour mesurer la qualité de prise en charge des personnes accompagnées, je m'appuierai sur les indicateurs suivants :

- Nombre de personnes accompagnées,
- Le type de pathologie,
- Nombre de difficultés de prise en charge,
- La nature,
- Nombre de difficultés de prise en charge dues à la coordination,
- Nombre de rupture de parcours,
- Nombre d'hospitalisation des bénéficiaires,
- Nombre de professionnels insatisfaits par la prise charge,
- Le type de professionnels,
- Les raisons,
- Nombre de personnes aidées insatisfaites,
- Les raisons,
- Nombre de proches-aidant insatisfaits,
- Les raisons,

Je prévois également de mesurer l'impact de l'offre de soin et d'aide du SPASAD et sa plus ou moins-value sur le territoire auprès des professionnels et des familles et pour ce faire j'utiliserai des questionnaires de satisfaction.

L'évaluation des actions de préventions et leurs retombées feront aussi l'objet d'évaluation, à partir d'un recensement :

- Du nombre de chutes,
- Du nombre de personnes souffrant de déshydratation,
- Du nombre de personnes souffrant de dénutrition,
- Du nombre de personnes isolées,
- Du nombre de personnes en perte d'autonomie.

Enfin, pour mesurer l'organisation interne du SPASAD et l'impact sur les pratiques des professionnels, je leur soumettrai un questionnaire également.

A la lumière de ces éléments, des « réajustements » seront réalisés, dans l'optique toujours d'amélioration de la qualité de prise en charge en faveur des bénéficiaires.

Conclusion

L'avancée en âge est une bonne nouvelle pour l'humanité, nous vivons plus longtemps et en meilleure santé, il n'en demeure pas moins vrai qu'elle génère aussi son lot de problèmes dans les sociétés modernes. En effet, la prise en charge des aînés reste une vraie préoccupation des pouvoirs publics au niveau mondial. Le maintien à domicile est une réponse à ce phénomène grandissant. Pour des raisons de coût et de choix de vie, de la majorité des français, souhaite vieillir à leur domicile ; ce qui explique que nos gouvernants aient mis l'accent, ces dernières années sur le développement des services d'aide et d'accompagnement à domicile. La loi ASV du 28 Décembre 2015 réaffirme cette volonté de soutenir les personnes dépendantes dans leur choix de recevoir des soins et des aides dans leur lieu de vie, en contribuant à la modernisation des structures de services à la personne ou encore en soutenant la création de dispositif d'organisation intégrée tel que le SPASAD.

Cependant, les changements qu'opère cette nouvelle organisation sont importantes, tant au niveau du changement de paradigme qu'elle induit dans la prise en charge, qu'au niveau des moyens qu'elle mobilise. Il ne suffit pas d'un rapprochement de deux structures pour que la coordination se mette à fonctionner. Il s'agit d'un changement profond de la culture des pratiques professionnelles et des politiques de soin en France. A cette nouvelle façon d'appréhender la question du soin hors des murs (établissements hospitaliers), on y associe des professionnels de champs divers et différents (privé, public, libéraux, salariés, sociaux, médico-sociaux, sanitaire...), qui doivent apprendre à travailler ensemble, dans un cadre informel, le domicile. Autant de paramètres qui nous font dire que nous sommes aux balbutiements de cette nouvelle construction du soin et que le SPASAD est au début de son processus.

Or, engager ce virage à 180 degré, nécessite une mobilisation de tous les instants, de l'ensemble des acteurs concernés, les autorités de tutelle, les professionnels libéraux, les professionnels du soin et de l'aide, les familles. Aussi, appréhender une organisation telle que le SPASAD, nécessite d'avoir une approche systémique du management, basée sur une vision globale, ouverte et orientée vers la promotion du changement⁴⁴. Toutefois, la coordination des activités du soin et de l'aide, reste un enjeu majeur de la politique du maintien à domicile et un droit pour les personnes âgées.

⁴⁴ Les Cahiers de l'actif – N°308/309 ? *L'approche systémique, clé du changement*, p49.

Bibliographie

- BLOCH Marie-Aline et HENAUT Léonie « Coordination et parcours – dynamique du monde sanitaire, social et médico-social »
- COUET Denis et PATURET Jean Bernard « Le métier de directeur »
- Décret n°2016-502 du 22 avril 2016 relatif au cahier des charges national des services et d'accompagnement à domicile et modifiant le CASF
- ENNUYER Bernard « Repenser le maintien à domicile »
- IGAS « Enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées » Juillet 2009
- JANVIER Roland « Le métier de direction en institution sociale et médico-sociale »
- JANVIER Roland « Ethique de direction en institution sociale et médico-sociale »
- L'arrêté du 30 Décembre 2015 ART 49 fixant le cahier des charges des expérimentations des SPASAD
- LABOREL Bernard et VERCAUTEREN Richard « Construire une éthique en établissements pour personnes âgées »
- Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches
- Pr Gilbert LAGRUE « Bien vieillir, c'est possible, je l'ai fait »
- Rapport de la cour des comptes, chambre régionale et territoriale des comptes – thématique « maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie »
- Rapport de la loi ASV relative à l'adaptation de la société au vieillissement
- Rapport de loi du 21 juillet 2009 HPST portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Rapport Laroque
- Rapport POLETTI « aide à domicile »
- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles « questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico sociaux » ANESM
- SDOSMS 2013/2017
- Service à la personne agence national « la démarche qualité dans les services à la personne »

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Règlement intérieur

ANNEXE 2 :

- Projet individualisé d'aide et d'accompagnement
- DIPEC
- Recueil de données individuelles
- Document de repérage de perte d'autonomie

ANNEXE 3 :

- Fiche de liaison
- Convention ARAR.

ANNEXE 4 : Recueil de données unique

ANNEXE 5 : Projet personnalisé

BOYER

Marie Herwine

Novembre 2017

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement
ou de service d'intervention sociale
ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS DE LA REUNION**

**PILOTER LA CREATION D'UN SPASAD POUR ASSURER UNE MEILLEURE
COORDINATION DES PRESTATIONS DE SERVICES ET DE SOINS A DOMICILE**

Résumé :

L'accélération du vieillissement observée ces dernières années, continue sa progression et s'accroîtra davantage dans les prochaines décennies. Dès lors, les questions de la prise en charge des personnes âgées et de la dépendance sont au cœur des débats. Pour appréhender le phénomène du vieillissement, les pouvoirs publics se préparent à la réorganisation des politiques de santé publique. Désormais, le soin ne se conçoit plus uniquement dans les murs, mais il se conçoit également à domicile. Ce changement de paradigme, se vérifie au travers de la création de SPASAD, qui vient répondre à une nécessité de coordination entre les acteurs du soin et du domicile, en vue de maintenir à leur domicile, les personnes dépendantes.

Mots clés :

Vieillesse, personnes âgées, dépendance, coordination, accompagnement global, mutualisation, organisation intégrée, SPASAD.

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.