

PROJET MOSTRA

*Modéliser l'organisation du travail des SAAD en
période de crise et pour accompagner au passage
en Services Autonomie*

**RAPPORT FINAL
DECEMBRE 2023**

PREAMBULE

Décalage dans le rendu du rapport final

Le rapport final devait être adressé pour la fin janvier 2023.

Nous avons par courrier une demande de report de rendu pour les raisons suivantes (extrait courrier) :
« *depuis de lancement opérationnel du projet, en 2021, les SAAD enchainent des crises ce qui ralentit la partie expérimentale du projet. Le troisième confinement national, du 3 avril au 3 mai 2021, s'est poursuivi par une crise sans précédent des ressources humaines dans les services, jusqu'aux pénuries de l'essence, une nouvelle fois subie ces dernières semaines. La perte des ressources humaines disponibles, cumulée avec le manque d'attractivité des métiers du domicile et du médicosocial plus globalement, ont diminué la possibilité de mobilisation et d'expérimentation des services sur le terrain, comme initialement prévu dans le projet.*

Néanmoins, les partenaires du projet restent déterminés et convaincus de l'importance des apports du projet Mostra. Nous présentons en annexe à cette lettre l'état d'avancement et de réalisation du projet.

Afin d'atteindre les objectifs initiaux, à savoir de : a) proposer des outils et pratiques inspirants accompagnant la transformation des SAAD ; et b) élaborer une approche pragmatique et réaliste d'appropriation et d'accompagnement des SAAD désireux de les implanter dans leur structure, nous sollicitons une prolongation du projet Mostra, de février à décembre 2023 ».

Nous avons convenu ce qui suit (voir en annexe 3 mai suivant).

« Toutefois, la convention qui lie la CNSA et PSP PACA se **terminant le 24 juillet 2023**, nous vous proposons de nous transmettre un rapport « **semi-final** » pour le **4 juillet 2023** portant sur :

- Les résultats en cours du projet (point d'avancement – les apports et freins constatés).
 - Les résultats et débats issus de la journée du 3 mai.
 - A cela, la transmission du compte-rendu financier suivant le modèle de la CNSA (en pièce-jointe).
- Par la suite, vous pourrez nous transmettre une « version consolidée » du rapport final pour **décembre 2023** ».

Nous présentons dans ce document :

3 sur 125

- Objectifs : le rappel (et évolution au cours du projet) des objectifs de ce dernier : initialement centrés sur la capacité organisationnelle et managériale à hiérarchiser et prioriser les interventions en situation de crise ; en ayant identifié un autre objectif majeur, ayant pris de l'importance au cours du projet : la capacité organisationnelle et managériale à répondre à l'enjeu du Service Autonomie.

Ces deux objectifs sont liés, reposant sur la capacité à anticiper pour mieux répondre à des changements de l'environnement.

- Méthodologie : l'ensemble de la méthodologie déployée à ce jour et celle à venir pour décembre 2023,
- Pratiques et outils inspirants : les expérimentations accompagnées et les analyses menées autour de pratiques et outils inspirants, ainsi que leur enrichissement issu de la journée des ateliers du 3 mai prochain,
- Conclusion : dans cette partie, nous présentons la démarche de construction d'un guide méthodologique de diffusion de ces outils et pratiques, dont les recommandations et modalités pour une appropriation effective, permettant aux SAAD : a) de mieux surmonter des périodes de crise (objectifs initiaux) et de répondre aux enjeux des Services Autonomie (objectif émergent au cours du projet) ; b) d'anticiper pour mieux répondre à l'enjeu des Services Autonomie.

TABLE DES MATIERES

Projet Mostra	1
Rapport semi- final	1
Juillet 2023	1
Préambule	3
Résumé	7
Enquêtes exploratoires, évolution du projet et délimitation	12
Trois constats à l'origine du projet	12
1° constat : un enjeu de reconnaissance des auxiliaires de vie et des aides à domicile	12
2° constat. Un tournant médical et préventif se renforçant inexorablement	13
3° constat. Un prisme RH éprouvé	13
L'émergence d'un quatrième constat : le prisme des middle-managers particulièrement éprouvé	15
L'émergence d'un cinquième constat : les ingrédients pour répondre à l'enjeu des Services Autonomie ?	16
Les objectifs du projet MOSTRA	16
Démarche méthodologique du projet MOSTRA	18
L'équipe projet	18
La mobilisation des SAAD dans le projet	19
Le calendrier de déroulement du projet	23
Les autres partenaires de MOSTRA	27
Collecte et analyse des données	27
Les ateliers de partage et d'enrichissement des outils et pratiques inspirants	30
La revue de littérature	33
Présentation des Outils et Pratiques Inspirants	37
Présentation générale	37
Deux outils Cahier de Liaison pour structurer l'information et sa remontée	37
Deux outils de repérage et de priorisation dans la mise en œuvre des interventions	38
Les pratiques inspirantes pour d'autres modèles de management	39
Présentation détaillée des outils et pratiques inspirants - retours d'expérience	39
Le cahier de liaison révisé – format papier	39
Le cahier de liaison révisé – format digitalisé	42

1° outil de repérage et de priorisation dans la mise en œuvre des interventions : la fiche de remontée structurée d'information (ou fiche de liaison mensuelle)	46
2° outil de repérage et de priorisation dans la mise en œuvre des interventions : ICOPE	51
Les Equipes Autonomes.....	52
AZURERO : les pratiques et modèles pour la coordination territoriale.....	58
Conclusion et perspectives	63
La capacité des SAAD à prioriser et à répondre à l'enjeu des Services Autonomie	63
Synthèse des éléments d'analyse et réponse aux objectifs du projet.....	63
Renforcer la capacité des SAAD à prioriser leurs interventions en situation de crise.....	63
Dans quelle mesure armer les SAAD à faire face aux situations de crise facilite le passage en Services Autonomie ?	71
L'accompagnement à la diffusion et l'appropriation d'outils et de pratiques inspirants.....	72
Les principes de rédaction du guide	73
Les ingrédients pour accompagner les SAAD à se transformer	74
Le calendrier de travail.....	Erreur ! Signet non défini.
Références bibliographiques	76
Annexe 1. Présentation courte des CV des membres de l'équipe	78
Annexe 2. Résultats de la première étape : analyse des pratiques et autres adaptations en période de crise	81
Des besoins et des manques au coeur de la crise	82
Prioriser en temps de crise	83
Mise en oeuvre des priorisations.....	91
L'information sur les bénéficiaires : une implication importante des intervenants dans la remontée d'information	105
Des organisations bousculées.....	113
Annexe 3. Liste des documents annexés	124
Annexe 4. CRF	125

RESUME

Dans le cadre de l'appel à projets « *Tirer les enseignements de la crise du Covid-19 pour améliorer l'accompagnement des personnes* », la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a retenu le projet Mostra, piloté par le Pôle Services à la Personne, en partenariat avec le Centre d'Expertise Santé & Innovation de KEDGE Business School, la faculté de Médecine d'Aix-Marseille-Université et un ensemble des Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) de la région Sud (PACA).

Notre projet vise (tel que formulé initialement) à renforcer la capacité des SAAD à s'organiser et prendre des décisions, notamment en situation de crise, en prenant en compte la situation des bénéficiaires et la capacité/ressources disponibles. Il s'agit concrètement d'accompagner à une meilleure organisation du travail des équipes, à un redéploiement des ressources et à une meilleure adaptation et qualité des services : à travers une remontée et une objectivation de la situation des bénéficiaires, en routine et en flux continu.

Cette question de l'organisation et de la décision a fait écho, au fil du projet, à anticiper et répondre au mieux, à un autre enjeu, celui de la mise en place des Services Autonomie. Les pratiques et outils inspirants, permettant de prioriser et hiérarchiser les intervenants, offre des ingrédients intéressants (tant pour les intervenants que leurs responsables en agence) pour répondre à cet enjeu. Nous avons donc estimé opportun d'enrichir les objectifs initiaux, au regard de l'actualité du secteur.

Les objectifs du projet sont :

- **1° objectif.** Identifier les informations de nature non médicale et relatives à l'expérience du vécu au domicile en situation en période de crise, qui soient pertinentes et valides pour hiérarchiser et prioriser les interventions.
- **2° objectif.** Concevoir, expérimenter puis modéliser le processus de décision couvrant les phases d'analyse des informations, de décisions de priorisation et de hiérarchisation des interventions, puis d'élaboration des plans de charges des salariés au domicile.
- **3a° objectif.** Analyser la capacité d'auto-organisation de l'opérateur et de ses équipes pour être en mesure de déployer concrètement les interventions prioritisées et hiérarchisées dans le respect d'une qualité de service.
- **3b° objectif.** Identifier les éléments de cette capacité d'auto-organisation en situation de crise, pour renforcer la capacité des SAAD à répondre à d'autres enjeux stratégiques (le cas du déploiement des Services Autonomie).
- **4a° objectif.** Définir les conditions d'appropriation de la capacité des opérateurs des SAAD à prioriser et hiérarchiser les interventions en situation de crise. En particulier, les catégories de situation dite « de crise » (canicule estivale, grippe hivernale...) requérant la mise en place de ce mode d'organisation du travail seront définies.
- **4b° objectif.** Définir les conditions d'appropriation des ingrédients d'auto-organisation dans le contexte de réponse à l'enjeu stratégique de déploiement des Services Autonomie.

La démarche a consisté à mobiliser les SAAD pour expérimenter ou analyser leurs activités pour faire émerger des outils et des pratiques inspirantes. Tous interrogent les modèles managériaux des SAAD :

Outils inspirants

- Améliorer la qualification de l'information collectée au quotidien : deux nouveaux formats (papier et digitalisé) du cahier de liaison.
Enjeu : assurer une traçabilité structurée des informations sur le bénéficiaire utile en situation de changement d'intervenants ; disposer d'un outil facile à remplir pour assurer la continuité de la collecte d'information sur le bénéficiaire ; enrichir le cahier de liaison par de nouvelles catégories d'information qui valorisent le travail des intervenants.
- Se doter d'un outil de repérage et de priorisation dans la mise en œuvre des interventions :
 - Une fiche de remontée structurée d'information par les intervenants en direction de leur « middle-manager » (généralement responsable de secteur).
Enjeu : disposer d'un outil de centralisation de l'information permettant de suivre l'évolution de l'état et de la situation du bénéficiaire (hors informations médicales) pour être en mesure de : a) prioriser des intervenants en cas de manque prolongé d'intervenants ; b) déclencher une visite chez le bénéficiaire au moment opportun ou une éventuelle révision de son plan d'aide.
 - ICOPE : mobilisation des SAAD à utiliser l'application mobile actuellement expérimentée dans différents territoires (urbain et semi-rural) en PACA.
Enjeu : participer à une coordination professionnelle en faveur de la prévention de la dégradation des personnes âgées fragiles vivant à domicile (GIR 5-6).

Les deux outils renforcent ou rendent davantage visible l'expertise des intervenants dans leur compréhension de la situation des bénéficiaires, pouvant renforcer leur contribution (à leur initiative) à tout signalement et acte de prévention, auprès de leurs différents responsables, à proposer des interventions additionnelles, une nouvelle visite au domicile, des prises de contact avec l'entourage. Ils encouragent également les SAAD à renforcer la compétence de leurs intervenants à savoir faire formuler puis prendre en compte les savoirs expérientiels (Borkman, 1976, Gardien, 2017) des bénéficiaires. Ce qui, partant, nous permet de familiariser les SAAD avec cette notion importante (liée également à celle du pouvoir d'agir) de SAAD contribuant, par leurs activités, à une société plus inclusive.

Ces compétences sont des ingrédients d'une évolution des modes managériaux, vers davantage d'expertise, que nous considérons comme, soit un préalable vers l'implantation de l'équipe autonome, soit une alternative managériale tout aussi intéressante ; dès lors que les deux ont potentiellement un effet sur le sentiment d'un travail enrichi, davantage valorisant et porteur de reconnaissance professionnelle (tant pour les intervenants que leurs responsables directs). Ceci est d'autant plus intéressant à pointer que le terme même « d'équipe autonome » semble rencontrer moins d'intérêt qu'avant la survenance de la crise sanitaire.

Pratiques inspirantes

- Accompagner l'évolution du modèle managérial des SAAD : les Equipes Autonomes
Enjeu : soutenir le changement de posture professionnelle et renforcer les compétences et le rôle du middle-manager, à l'égard des équipes et des partenaires de son territoire.
- Accompagner l'évolution du modèle managérial des SAAD : la coordination et les échanges de données sur le territoire : AZUREZO.
Enjeu : participer à la coordination des parcours des bénéficiaires sur les territoires, développer son offre de service et renforcer son positionnement stratégique sur les territoires.

Ces deux pratiques, au-delà de leur visée principale, offrent des assises, par l'autonomie et les relations sur les territoires, pour mieux répondre à des situations de crise. Elles permettent aux SAAD d'être davantage en relation avec les autres professionnels du soin et de santé qui interviennent au domicile du bénéficiaire, ou plus largement dans le territoire d'intervention. Ce qui est un préalable à une meilleure connaissance de ces acteurs, nécessaires pour participer à la coordination des parcours de soins et de santé des bénéficiaires. Elles offrent ainsi des ingrédients tout à fait pertinents pour permettre aux SAAD de mieux répondre au déploiement des Services Autonomie.

Elaboration d'un guide méthodologique à la transformation des SAAD

Le « Guide méthodologique d'accompagnement à la transformation majeure dans un SAAD » a été construit avec les acteurs de ces structures, middle-managers et intervenants. Il présente les ingrédients indispensables pour lancer un projet de manière pérenne :

- Selon une démarche collaborative de travail en équipe ;
- Pour encourager les structures à ne pas « appliquer de recettes-miracles » mais à élaborer leur propre projet de manière pertinente et adaptée :
 - Clarifier les visées stratégiques et/ou managériales du projet ; se poser des questions que les structures ne se posent que rarement ;
 - Elaborer son cahier des charges pour définir le cadrage et le plan d'actions ; ce cahier des charges est entendu comme l'outil indispensable au pilotage du projet en interne. Sa rédaction (et au moins dans ses éléments essentiels) sont également utiles pour étayer la recherche d'un expert extérieur accompagnant le SAAD dans sa transformation, et pour guider et cadrer son intervention ;
 - Se donner le temps de la réflexion collective à chacune des étapes-clés, pour maintenir l'adhésion de l'équipe et ajuster le cas échéant ;
 - Identifier et maîtriser les outils pertinents pour élaborer le projet et guider son pilotage ;
 - Dédier une période de temps (variable selon les projets) à expérimenter, pour assurer la faisabilité et la pérennité du projet.

9 sur 125

Modéliser l'organisation des SAAD en période de crise.
PSP PACA pour la CNSA – Décembre 2023

La forme du guide est pratique, organisée en fiches et présentant différents outils et techniques d'animation.

Pour conclure - De nouvelles configurations organisationnelles

La crise sanitaire a fortement bouleversé les SAAD et les a conduits à réviser leur mode managérial d'organisation. Trois configurations ont été repérées auprès des structures avec lesquelles le projet a été conduit, qui articule différemment le binôme « middle-manager + intervenants » :

- Configuration appelée classique : ou modèle habituel de gestion des interventions, les intervenants n'ayant que très peu d'autonomie sur leur planning ; l'essentiel des relations avec les bénéficiaires est également opéré par ce responsable de secteur, la remontée plus structurée d'information lui permettant de mieux savoir quand il doit prendre contact avec le bénéficiaire. Le recrutement de nouveaux salariés ou de nouveaux bénéficiaires incombe également au middle-manager ;
- Configuration dite de l'équipe autonome : en équipe généralement de 6 à 8 intervenants, avec une visée managériale (donner davantage de sens au travail des intervenants) et/ou une visée stratégique (permettant d'étendre le périmètre d'intervention sans forcément ouvrir une nouvelle agence). Pour les SAAD étudiés, l'autonomie porte principalement sur : l'organisation des tournées et des plannings de travail. On constate néanmoins une relation renforcée avec les autres professionnels au domicile et sur le territoire. Parfois, les intervenants peuvent être force de proposition dans le repérage d'un nouveau bénéficiaire, ou d'un nouvel intervenant. Mais le middle-manager reste décisionnaire, y compris sur la composition de l'équipe, même s'il est parfois laissé la liberté aux intervenants de décider avec qui ils souhaitent se regrouper.
- Configuration intermédiaire s'appuyant sur le rôle de l'intervenant-référent : celui-ci est à la fois auxiliaire de vie (pour 3 à 4 jours par semaine) et référent (pour 1 à 2 jours par semaine).

Dans l'une des structures participantes au projet, il a été créé et mis en place la création de deux postes intermédiaires, L'un de middle manager : responsable secteur - coordinateur et l'un de fonction intervention : aide à domicile- référent présenté comme un chaînon manquant avant ce système. Ces deux postes permettent :

- Une meilleure remontée informations aux professionnels de la santé
- Une meilleure gestion des plannings, plus efficace et plus efficiente
- Un meilleur diagnostic des besoins et suivi des bénéficiaires
- Pour les aides à domicile :
- Une sécurisation de leur activité
- Une montée en compétence (dans les remontées d'informations ; sur l'identification des pathologies) notamment par la proposition de formations adaptées, sur une communication facilitée
- Sur le poste de RS-coordonnatrice :
- Plus d'autonomie dans sa gestion des tâches
- Plus de diversité : déplacement ; bureau 1 fois/ semaine : évènements emploi ; entretien de recrutement
- Côté vie privée : une plus grande proximité de son secteur et de son domicile

Notre projet met en évidence le rôle majeur du binôme « responsable de secteur – intervenants », alors que l'attention dans d'autres rapports, ou encore les plans de formation et d'accompagnement des structures, tendent à les dissocier, à savoir à les envisager l'un sans l'autre :

- Des intervenants, acteurs de première ligne, et qui ont une expertise majeure, que les outils et pratiques inspirantes permettent d'étayer : a) la connaissance fine du bénéficiaire et de son tissu relationnel (familial,

proches, autres professionnels du soin et de santé) dans sa vie au quotidien ; b) la capacité à repérer et formuler l'information pertinente, pour la faire remonter à l'agence.

Les intervenants possèdent ce double savoir d'expertise professionnelle qu'il est important de valoriser. Les outils et pratiques proposées dans ce guide poursuivent cet objectif. La reconnaissance de leur compétence doit également conduire les SAAD à les associer autant que possible, à tout projet de transformation managériale et/ou stratégique.

- Des middle-managers qui doivent être accompagnés dans l'évolution de leur posture professionnelle.

Poser clairement les modes d'organisations et les outils à la disposition du binôme, élaborer des plans de formation et d'accompagnement de montée en compétence et de posture professionnelle, est finalement source de valorisation, et un des leviers de recrutement des salariés, de leur rétention (ou fidélisation, pour lutter contre le turn-over). Ce sont des ingrédients importants pour la valorisation de l'ensemble de secteur de l'intervention à domicile au profit de la qualité de service et du maintien de l'autonomie des personnes accompagnées.

La solidité de ce binôme permet d'envisager une ouverture et collaboration vers les autres professionnels auprès de la personne âgée au domicile (Infirmier-e-s, kinésithérapeutes, ergothérapeutes...) et des proches aidants dans un partenariat de prise en charge partagée dans le but de faciliter / optimiser le maintien à domicile.

ENQUETES EXPLORATOIRES, EVOLUTION DU PROJET ET DELIMITATION

TROIS CONSTATS A L'ORIGINE DU PROJET

Toute crise, et en particulier la crise sanitaire de la Covid-19, perturbe le fonctionnement des organisations, dont un des fondements est de planifier et réguler en routine l'allocation des ressources (notamment humaines) sur la base de plans d'activité, aussi prévisibles que possible, au regard des besoins des bénéficiaires qu'elles accompagnent. Ce fonctionnement en routine inclue aussi une capacité (elle-même en routine) de savoir s'adapter à l'évolution de la situation des bénéficiaires (l'outil « Evaluation de la situation » est régulièrement actualisé pour ce faire). Cette compréhension du fonctionnement général des organisations (nonobstant la variété de leurs choix stratégiques à proposer une personnalisation plus ou moins forte de leurs interventions) concerne d'autant plus les opérateurs des Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) que leurs activités reposent essentiellement sur une bonne gestion de leurs ressources humaines : en volume (nombre ETP par ex.), en expertise (métiers, compétences) et quant à la localisation (au regard des lieux de domicile des bénéficiaires pris en charge).

Les perturbations induites par une crise trouvent leur origine tant du côté des bénéficiaires que du côté des intervenants et des acteurs du management des opérateurs, révélant ainsi le caractère déboussolant de la crise sanitaire autant que désorganisant au sein même des structures de l'aide à domicile.

Pour en prendre une première mesure, le Pôle PSP PACA (Pôle Services à la Personne Provence- Alpes- Côte d'Azur, dénommé le PSP dans le reste du texte) avait mené dès les premiers temps de la crise une démarche exploratoire de remontée d'informations et de témoignages (juin-août 2020). Plusieurs constats avaient alors été dressés : « vécu » très variable de la situation de la crise du côté des bénéficiaires âgés, amplification de la grande vulnérabilité des personnes âgées en perte d'autonomie, très fortes perturbations, parfois soudaines, dans l'organisation du travail des salariés du côté des SAAD, surcroît (épuisement, retrait, départ) de travail généré par la crise, etc.

1° CONSTAT : UN ENJEU DE RECONNAISSANCE DES AUXILIAIRES DE VIE ET DES AIDES A DOMICILE

Si la crise a mis quelque chose en lumière, c'est bien que ces acteurs de première ligne étaient clairement dans l'ombre. Ce constat a été l'occasion de réouvrir/renforcer certaines revendications en matière de reconnaissance : on a ainsi vu des aides à domicile « marcheuses », la publication d'ouvrages (Mouchenik, 2020), des articles de presse (notamment professionnels, relayés par HOSPIMEDIA) ou des reportages TV se multiplier... Mais cette reconnaissance demeure toujours en suspens.

L'« engagement » du personnel a certes été récompensé par les primes octroyées ou l'accélération de l'avenant 43 valorisant les salaires des structures conventionnées. L'accueil en a été positif. Certaines critiques persistent toutefois. Elles ciblent le fait que cet octroi ait été réalisé au détriment de logiques de valorisation des métiers et d'un focus sur les conditions de travail. Ainsi, les évolutions salariales de l'avenant 43, par exemple, sont souvent critiquées parce que n'optant que pour une revalorisation salariale au détriment de l'allocation de budgets sur la problématique de la formation. Le caractère limité de la valorisation des métiers (par-delà son mode de financement qui est resté

longtemps indécis) a ainsi pu interroger. Mais cela soulève ici tout le paradoxe de cette mise en visibilité : important engagement du personnel aux moments les plus critiques, d'une part ; problématique de fidélisation et d'attractivité, de l'autre.

MANC

« Le m
part, ça a été très dur de l'accepter. Et c'est vrai que dans cette période-là, j'ai eu une très grosse remise en question par rapport à mon travail. J'ai vraiment pensé à arrêter. Mais après je pense qu'il y a une conscience professionnelle qui fait que (je ne l'ai pas fait)... » (L)

« Du côté des bénéficiaires, il n'y a non plus aucune reconnaissance. Ils sont tellement habitués que l'on se mette en quatre

« C'est
d'entre elles. Elles étaient très contentes. » (M)

La crise sanitaire a évité l'opportunité d'un virage médical dans l'accompagnement des bénéficiaires. Néanmoins, elle a entraîné une lente et continue montée de la dépendance de ceux qui malgré tout décident de rester au domicile. Sur la base de leur expérience et de leur propre traversée de la crise, nombre des SAAD impliqués dans le projet souhaitent à présent l'emprunter et, pour cela, s'inscrire dans des logiques de prévention à la perte d'autonomie (notons-le, au cœur de l'efficacité économique du modèle Buurtzorg, et plus généralement de l'orientation vers un système de santé plus préventif, et marqué par un accroissement important des maladies chroniques). De ce point de vue, la crise sanitaire a fait surgir l'opportunité de ce virage médical et préventif. Cependant, de fortes réserves existent tout de même vis-à-vis de ce tournant et de ses implications¹.

¹ Certaines structures l'ont emprunté il y a quelques années et, à l'expérience, en sont revenues. Également, comme nous le faisait remarquer une directrice de SAAD, l'angle sanitaire ne constitue pas vraiment une priorité « pour » les aides à domicile. Dans le cadre de leur activité à elles, il importe surtout de savoir s'il y a beaucoup de linge sale à laver chez un bénéficiaire, s'il y a une prolifération de cafards ou de punaises de lit, etc.

Les priorisations sont clairement balisées et bornées par les cadres, schèmes d'interprétation, catégories et indicateurs d'usage auxquels les structures recourent ordinairement pour apprécier et « objectiver » leur propre activité. Le triptyque, qu'il soit d'alerte, problématique ou explicatif (c'est selon !), demeure récurrent et le même : usure professionnelle, recrutement, absence ou plutôt, avec l'usage couramment connoté, « absentéisme ».

Au cœur de la crise, ce triptyque s'est alors révélé central dans la façon même d'appréhender les priorisations telles qu'elles se sont renforcées avec la crise sanitaire. Ce sont en fait les difficultés de personnel et de recrutement (qui ne permettent pas de répondre aux besoins des bénéficiaires, à leur augmentation, à la dégradation de la dépendance, à une continuité de service, etc.) qui ont contraint à toujours plus renforcer les priorisations. Au point d'ailleurs que la priorité absolue en période de crise pour les structures soit le recrutement².

Toutefois, la crise a aussi eu comme effet de déplacer les appréhensions et façons de voir. Elle a déjà replacé de façon significative au cœur des considérations le public de bénéficiaires. Ensuite, et parce qu'elles ont été durement éprouvées, certaines structures ont révisé leur présupposé d'une organisation *a priori* viable, stable ou efficace. Certaines se sont orientées vers des réorganisations (inscrites dans des « plans de relance » par exemple, des « croissances externes », des réflexions sur des transferts de compétences entre personnel, etc.), de plus ou moins grande envergure et de plus ou moins grande portée. Certaines ont alors entrevu le besoin d'emprunter le tournant médical, sous l'angle de la prévention ; et/ou d'aller vers des solutions numériques. D'autres ont vu un intérêt à retravailler (ou du moins à envisager de retravailler) leur propre organisation en interne (création de référents terrains, équipes autonomes, transferts de compétences en direction des intervenantes pour renforcer des compétences de coordination au niveau des RS, etc.).

Les trois premiers constats avaient amené le PSP à proposer au cœur du projet MOSTRA la question de la priorisation et de la hiérarchisation des interventions :

- Question 1. Dans des situations de perturbation dans l'organisation du travail des intervenants (retrait, démission, craintes et épuisement), et dans des situations de changements (souvent soudains) dans la situation (socio-médicale ou psychologique) des bénéficiaires : comment identifier et qualifier les interventions prioritaires ?
- Question 2. Comment en conséquence, réorganiser, de manière réactive et flexible, l'organisation du travail ?

Nous avons tout au long du projet, mobilisé, interrogé et accompagné des structures SAAD (voir partie Méthodologie) dans des expérimentations ou des retours de pratiques autour d'outils ou de modes d'organisation qui permettront de les aider à mieux qualifier et prioriser leurs interventions en cas de survenance de nouvelles crises.

² Le recrutement est supposé assurer la continuité et la qualité des services (quoiqu'imposant de relancer les formations, la qualité de service n'étant pas toujours au rendez-vous du fait de recrutements dans l'urgence, de personnes sans qualification, etc.). Il permet aussi de réduire l'usure et l'absentéisme, voire de répondre à ce que la crise semble avoir affermi pour certains : la prise en charge des personnes vraiment fragiles (fondant la nécessité de recruter du personnel compétent sur ces publics-ci).

Ici, par le terme crise, nous entendons tout évènement brutal, soudain et généralement mal anticipé, dont la durée s'avère (lors du retour à une situation « normale ») très variable, tel qu'une crise caniculaire, des inondations, un incendie dans un immeuble.... qui empêcheront, durant quelques jours à quelques semaines, le déroulé initialement prévu des plans d'interventions.

Pot
pro. **L'EMERGENCE D'UN QUATRIEME CONSTAT : LE PRISME DES MIDDLE-MANAGERS
PARTICULIEREMENT EPROUVE**

Alors que la crise sanitaire a mis au premier plan la lourde charge et l'épuisement des intervenants « de première ligne », au cœur de notre enquête exploratoire (juin – août 2020), le retour à une situation hors crise a révélé que les intervenants ont retrouvé un sens à leur travail auprès des bénéficiaires ; et c'est la relation avec ces derniers qui priment.

Par contre, les tensions sur leur recrutement, ou leur fidélisation (maintien dans le poste) ont atteint un niveau qualifié de "jamais vu" par nombreuses structures du champ de la Santé et du Social.

L'ensemble de ce contexte a mis en lumière les difficultés, souvent impensées et invisibles, du « middle-manager ». Ici, nous appelons middle-managers ceux assumant la fonction de Responsable de secteur, Responsable d'Agence, ou Coordinateur de parcours (selon des terminologies variables selon les SAAD), voire aussi le Directeur de structures de taille modeste.

Ils ont été et restent en première ligne quant aux difficultés RH déjà évoquées, intensifiant leurs relations avec les bénéficiaires (appels) pour s'assurer de leur état et expliquer la situation. Or ils étaient et restent, assez largement, dépourvus d'outils de traitement systématique de l'information remontée par les intervenants, pour agir.

Et alors que l'évolution du secteur des SAAD fait évoluer leurs fonctions vers l'organisation générale du travail des équipes, en lien étroit avec les acteurs (institutionnels et professionnels) de leurs territoires pour coordonner (ou participer à) le parcours de suivi des bénéficiaires, ces middle-managers restent trop souvent « englués » dans des questions très opérationnelles.

Cette difficulté à déployer pleinement leur rôle ou à endosser de fonctions nouvelles est d'autant plus problématique que, cette fonction est occupée par des intervenants qui ont pris quelques responsabilités managériales au fil du temps, souvent après avoir assumé la fonction « Gestion des Plannings », mais sans réel soutien (acquisition de compétences, formation...) au changement de posture professionnelle.

Ce 4° constat est à considérer sérieusement pour préparer les SAAD vers les nouveaux enjeux portés par les Services Autonomie. Nous formulons ainsi une question additionnelle :

- Question 3. Quelles sont les compétences et outils du middle-manager ; et comment soutenir son accompagnement à la fonction ?

L'EMERGENCE D'UN CINQUIEME CONSTAT : LES INGREDIENTS POUR REpondre A L'ENJEU DES SERVICES AUTONOMIE ?

Nous retenons de ce qui précède un certain nombre d'ingrédients (qui peuvent trouver forme dans des outils et des pratiques managériales) qui offrent des réponses alternatives au modèle de l'équipe autonomie, ou préfigurant l'avancée dans ce modèle :

- Expertise des intervenants à comprendre les bénéficiaires et à recourir à leurs savoirs expérientiels pour anticiper, prioriser et prévenir...
- Sentiment de valorisation et de reconnaissance professionnelle (tant chez les intervenants que leurs responsables directs),
- Évolution de la posture, des compétences et des activités des responsables de secteur ou d'agence,
- Tissage de relations avec d'autres professionnels dans le territoire d'intervention....

Nous avons amené les SAAD à questionner ces ingrédients pour faciliter l'entrée dans le modèle stratégique et organisationnel des Services Autonomie.

- Question 4 : comment la démarche de savoir faire face aux situations de crise permet de mieux armer les SAAD à se transformer en Service Autonomie ?

LES OBJECTIFS DU PROJET MOSTRA

Le projet MOSTRA vise à renforcer la capacité des SAAD à s'organiser et prendre des décisions, notamment en situation de crise, en prenant en compte la situation des bénéficiaires et la capacité/ressources disponibles. Il s'agit concrètement d'accompagner à une meilleure organisation du travail des équipes, à un redéploiement des ressources et à une meilleure adaptation et qualité des services : à travers une remontée et une objectivation de la situation des bénéficiaires, en routine et en flux continu.

Les objectifs du projet sont :

- o **1° objectif.** Identifier les informations de nature non médicale et relatives à l'expérience du vécu au domicile en situation en période de crise, qui soient pertinentes et valides pour hiérarchiser et prioriser les interventions.
- o **2° objectif.** Concevoir, expérimenter puis modéliser le processus de décision couvrant les phases d'analyse des informations, de décisions de priorisation et de hiérarchisation des interventions, puis d'élaboration des plans de charges des salariés au domicile.
- o **3a° objectif.** Analyser la capacité d'auto-organisation de l'opérateur et de ses équipes pour être en mesure de déployer concrètement les interventions prioritisées et hiérarchisées dans le respect d'une qualité de service.

- **3b° objectif.** Identifier les éléments de cette capacité d'auto-organisation en situation de crise, pour renforcer la capacité des SAAD à répondre à d'autres enjeux stratégiques (le cas du déploiement des Services Autonomie).
- **4a° objectif.** Définir les conditions d'appropriation de la capacité des opérateurs des SAAD à prioriser et hiérarchiser les interventions en situation de crise. En particulier, les catégories de situation dite « de crise » (canicule estivale, grippe hivernale...) requérant la mise en place de ce mode d'organisation du travail seront définies.
- **4b° objectif.** Définir les conditions d'appropriation des ingrédients d'auto-organisation dans le contexte de réponse à l'enjeu stratégique de déploiement des Services Autonomie.

L'annexe 2 rappelle l'exposé de l'analyse exploratoire (juin-août 2020) et l'analyse de la phase d'enquête conduite sur la première année du projet (déjà présenté dans le rapport intermédiaire de mars 2022, et semi-final de juillet 2023).

DEMARCHE METHODOLOGIQUE DU PROJET MOSTRA

L'EQUIPE PROJET

Le projet est porté par le PSP. Il a été animé par Jean-Stéphane Borja (jusqu'en juillet 2022) puis par Maryse Cadet, sous la coordination générale de Fahrudin Bajric, directeur (voir CV en annexe 1).

Nom	Fonction	Roles dans le projet	Expertise
Fahrudin Bajric	Directeur PSP	Coordination générale du projet MOSTRA.	Stratégie des SAAD et du secteur de l'aide à domicile et du champ de la santé. Analyse institutionnelle des enjeux du secteur. Mobilisation des acteurs dans le projet.
Stéphane Borja	Chargé de mission, PSP Sociologue	Animation du projet jusqu'en juillet 2022.	Analyse sociologique des organisations et des relations de travail.
Maryse Cadet	Chargée de mission, PSP	Contribution au projet dès son démarrage, puis animation du projet à partir de septembre 2022.	Analyse du travail et des organisations en didactique professionnelle
Corinne Grenier	Docteur en sciences de l'éducation et formation Chercheur-consultant, KEDGE Business School Sciences du management	Contribution au projet.	Analyse des transformations stratégiques, managériales et organisationnelles des organisation du champ de la santé.
		Modéliser l'organisation des SAAD en période de crise PSP PACA pour la CNSA – Décembre 2023	Diffusion et appropriation de nouvelles pratiques et outils.

Sylvie Bonin-Guillaume	Professeur de gériatrie Hôpitaux universitaires de Marseille Enseignante chercheur Aix Marseille université	Contribution au projet.	Intégration de l'expérience usagers. Expertise externe Connaissances des besoins des personnes âgées à domicile, de leur évaluation, de l'identification des situations de crise éventuelles et des rôles des acteurs professionnels du domicile

Tableau 1. Membres de l'équipe projet

LA MOBILISATION DES SAAD DANS LE PROJET

Notre réponse à l'appel à projet de la CNSA (septembre 2020) a été construite avec des opérateurs SAAD, certains conseils départementaux et l'équipe de recherche associée. Tous ces acteurs professionnels et institutionnels ont exprimé un véritable intérêt à participer au projet MOSTRA, comme une occasion de bénéficier d'un temps de réflexion, d'analyse et d'expérimentation pour faire évoluer leur structure et leurs modalités d'intervention au regard de ce qui avait été vécu durant les premiers mois de la crise. L'une des structures impliquées avait déjà engagé un plan de relance intégrant un projet important de transformation organisationnelle. Une autre poursuivait sa « croissance externe » en intégrant une nouvelle structure et s'implantant par ce biais sur un nouveau département.

Plusieurs raisons expliquent l'intérêt des SAAD de la région PACA à la participation au projet MOSTRA :

- Les difficultés de recrutement et le manque de personnel ont renforcé l'intérêt pour déployer des outils facilitant une logique de priorisation des interventions.
- Pour certaines structures, la baisse du nombre de bénéficiaires, ou au contraire, l'augmentation des prospects sans pouvoir apporter une réponse par manque de personnel, ont eu un effet stimulant.
- L'implication et le relais des conseils départementaux.
- L'opportunité stratégique et managériale que constitue MOSTRA pour initier des évolutions ou être accompagnés (pour répondre à une difficulté majeure, accompagner un plan de relance, renforcer l'utilisation d'un outil, rénover les modèles managériaux).
- Se préparer aux transformations managériales, organisationnelles et partenariales pour passer en mode Service Autonomie.

19 sur 125

Modéliser l'organisation des SAAD en période de crise

PSP PACA pour la CNSA – Décembre 2023

Pour autant, l'engagement initial de certains SAAD s'est affaibli après février 2021 (date de démarrage du projet), tandis que les conséquences de la crise continuaient à perturber l'activité des SAAD : vagues successives de contamination, confinement ou couvre-feu perturbant l'activité et épuisant les équipes ; tensions accrues et persistantes sur le recrutement de nouveaux professionnels (pour absorber les démissions et les arrêts-maladie,

pour répondre aux nouvelles demandes d'accompagnement...). Enfin, comme cela sera discuté par la suite, nous avons noté la difficulté à mobiliser des SAAD pour expérimenter des pratiques ou des outils ou analyser de manière réflexive ce qui s'est joué durant la crise sanitaire. Pour beaucoup, c'est « *le retour comme avant* » qui primait.

Pourtant, un autre agenda est venu perturber l'engagement des SAAD dans le projet, l'annonce du déploiement des Services autonomie, que pourtant nous pouvons considérer comme un tournant majeur et nécessaire pour permettre aux SAAD de contribuer au virage domiciliaire du système de santé. Nous nous sommes ainsi saisi des remontées d'expérience de la crise et des ingrédients qui ont pris forme dans des outils et pratique pour surmonter une crise, pour viser un second objectif : comment peuvent-ils accompagner la transformation des SAAD vers les Services Autonomie ?

Très généralement, l'engagement des structures s'est révélé prudent et timoré, et par la suite (début 2022), une certaine volatilité a été de mise³. Le projet a été exposé à un « va et vient » récurrent des structures, redevable de périodes denses en difficultés et accaparantes, et de périodes plus propices. Mostra repose néanmoins sur un noyau fortement investi.

L'équipe-projet a en conséquence consacré plus de temps que prévu à identifier et mobiliser des organisations, par de nombreuses rencontres avec leurs directions ou les responsables d'agence. Elle a aussi ajusté le calendrier de travail du projet. Elle a enfin profité de différents temps de rencontres organisées par le PSP pour organiser des tables-rondes de présentation et de discussion sur les avancées du projet, ainsi que des ateliers d'échanges.

Les deux tableaux suivants présentent :

- La liste des SAAD ayant participé au projet MOSTRA : éléments descriptifs des SAAD.
- Leurs modalités de participation au projet.

Tableau 2. Caractéristiques descriptive des SAAD associés au projet

SAAD	Directeur	Localisation	Activités	Taille
ABCD Saint Joseph	Valérie RIPPET	Marseille (13)	Services à la personne	72 salariés
ACAP 83	Olivia MINETTI	Var (83), Bouches-du-Rhône (13) et Alpes-Maritimes (06)	Services à la personne	386 salariés

³ Participer à un Comité de pilotage est une chose, expérimenter en est une autre. On notera que ce ne sont pas forcément les directions qui déclinent l'engagement dans le projet. Nous avons aussi noté que certains acteurs du middle management, plutôt occupé et chargé.

ADAR	Rémi CABON	Bouches-du-Rhône et Vaucluse (84)	Aide à domicile et aux plus fragiles	600 salariés
ADHAP	M QUATRINI	Pays-d'Aix et Salonais (13)	Aide à domicile, livraison repas, aide à la mobilisation	
ADMR 84	Gilles PIAZZA	Vaucluse	Services à la personne	41 salariés
AIDADOMI	Frédérique MOROU	Marseille	Services à la personne	183 salariés
Aide aux Familles				
AMICIAL (Provence)	Julie GAUTHIER	Vaucluse ; Bouches- du-Rhône	Services à la personne	569 salariés
Arcade Assistances Services	Patrick AGATI	Bouches-du-Rhône et Var		544 salariés
AZAE	Sandra SOLA, responsable agence Aix	Vaucluse et Bouches-du-Rhône	Services à la personne	Groupe A2micile Europe
CCAS Carpentras	Stéphanie HUGUES	Carpentras et alentours (84)	PA	Environ 120 bénéficiaires 26 intervenants dont 15 en activité (à mi 2022)
CCAS du Thor	Hélène PELLETIER	Le Thor et alentours (84)	Aide à domicile ; portage repas	5 aides à domicile ; 14 auxiliaires de vie
Izydom	Philippe DI VINCENZO	Marseille et alentours	Services aux personnes dépendantes Services de la Vie quotidienne Services à la Famille 21 sur 125	Entre 20 et 49 salariés
Le temps Retrouvé	Jean-Baptiste SWANK	Toulon Ouest et Lavandou	Services à la personne	Entre 20 et 49 salariés

Radeau	Rémy COLLOT	Fréjus et alentours (83)	Portage de repas	9 salariés
--------	-------------	-----------------------------	------------------	------------

Tableau 2. Liste et caractéristiques des SAAD participant au projet

Tableau 3. Modalités de participation au projet

SAAD	Participation aux comités et réunions de suivi du projet	Participation aux expérimentations ou rencontres d'analyse de pratique Participation à l'atelier de partage d'expérience	Participation à l'élaboration du guide méthodologique (mai 2023)	
ABCD Saint Joseph	X	X		
ACAP 83		X		
ADAR	X	X	X	
ADHAP	X	X		
ADMR 84	X			X
AIDADOMI				X
AIDE AUX FAMILLES				X
AMICIAL (Provence)	X	X	X	
Arcade			X	
AZAE		X		
CCAS Carpentras	Modéliser l'organisation des SAAD en période de crise PSP PACA pour la CNSA – Décembre 2023	X		
CCAS du Thor		X		

Izydom	X	X		
Le Temps Retrouvé				X
Radeau	X	X	X	

Tableau 3. Modalités de participation au projet

Nous complétons le tableau 3 (qui présente le noyau dur des SAAD investis dans le projet) par ceux qui ont participé à la journée des ateliers du 3 mai. Ils pourront être par la suite des vecteurs dans la diffusion des outils et pratiques inspirants que nous avons identifiés :

APF Bouches du Rhône et Vaucluse, Association Aides Aux Familles, Home services, AIDADOMI, ASVM, CCAS La Ciotat, CQFD, Soins Assistance, La Mutuelle Française PACA, Solidarité Générations Services, Association TCA 13, Majordome, CCAS Aix en Provence, Les Dauphins 06, Partage et Bonheur, OuiHelp, la Halle aux Services, Horizon Bleu et Stella Horizon Bleu.

A noter également la participation de l'UDES (union départementale de l'économie sociale), ainsi qu'une association de consultance et formation investie dans la promotion des habitats inclusifs (Philae Associés).

LE CALENDRIER DE DEROULEMENT DU PROJET

Le premier tableau présente le déroulement général du projet à ce jour. Le second tableau présente le travail mené avec les SAAD et autres organisations pour proposer les outils et pratiques inspirants.

Tableau Déroulé général du projet

2021

2022

Lancement du projet et définition des modalités de mise en œuvre en CoPil

Revue de littérature	Tout au long du projet		
Réunions du CoPil	Deux en 2021	Deux en 2022	
			23 sur 125
Modéliser l'organisation des SAAD en période de crise PSP PACA pour la CNSA – Décembre 2023			

Présentation du projet MOSTRA (a)	Décembre	Décembre	
Entretiens avec les SAAD pour identifier les expérimentations à conduire ou les analyses réflexives de pratiques (b)	Mi 2021 – début 2022		
Conduites des analyses ou des expérimentations (voir tableau détaillé ci-dessous)		2022 et début 2023	
Atelier de partage et d'enrichissement des outils et pratiques inspirants (c)		Mai	
Entretiens et analyse des modèles existants pour préfigurer le guide méthodologique de diffusion et d'appropriation des outils et pratiques inspirants		Juillet – septembre	
Elaboration du guide méthodologique et stabilisation de son contenu et de son mode d'animation et d'utilisation		Septembre – décembre	
Evaluation externe (d)		Juillet – novembre	
Présentation des recommandations MOTRA aux Asses organisées par le PSP		14 décembre	
Rédaction du rapport final complet		Décembre	

Tableau 4. Déroulé général du projet

(a). Présentation du projet MOSTRA à l'occasion du Mois de la Silver Economie organisée par le PSP en région PACA. Cela a donné lieu à des tables-rondes de discussion et de communication.

(b) Voir Annexe 2 Phase d'enquête (déjà présentée dans le rapport intermédiaire de mars 2022).

(c) Voir ci-dessous.

(d) L'évaluation externe de la conduite du projet sera menée sur la période de septembre à novembre 2023. Un appel à candidature a été rédigée en juin et diffusée dans les réseaux du Pôle PSP PACA ainsi que sur son site internet : [Appel à candidature : évaluation externe - Pôle Services à la Personne PACA \(psppaca.fr\)](https://psppaca.fr). Deux propositions de réponse ont été reçues ; et la proposition de WINLINK CONSULTING – PLURISANTE (<https://plurisante.com>) a été retenue.

Tableau Déroulé détaillé sur les expérimentations et analyse réflexive

Outils / Pratiques	SAAD / structures	
Nouveau format du cahier de liaison papier	CCAS Carpentras	Fin 2021 : rencontre avec la directrice et directrice adjointe : compréhension de la situation et des tensions problématiques du CCAS. Début 2022 : définition de l'objet d'expérimentation : améliorer le cahier de liaison. Avril et mai 2022 : organisation de deux ateliers collectifs avec la directrice, directrice adjointe et des intervenants (environ 8 par ateliers) pour : a) identifier les points de faiblesse de l'actuel outil ; b) élaborer des propositions d'amélioration. Juin 2022 : le CCAS élabore une version 1 du nouveau cahier des charges. Juillet 2022 : atelier collectif pur ajuster et stabiliser la version 1 et anticiper sa « prise en main ». Juillet - Octobre : utilisation de la version 1. Octobre : rencontre avec la directrice et directrice adjointe pour une analyse des remontées d'expérience sur l'usage de la version 1. Elles élaborent avec des intervenants une version 2 du cahier de liaison. Mi 2023 : déploiement de la version 2.
Cahier de liaison digitalisé (Fialys)	Association Fialys	Octobre 2022 : rencontre avec Victoire d'Aubert, étudiante Master 2, PGE, Kedge BS, qui veut faire avancer le projet dans le cadre de son mémoire de recherche. Travail tout au long de l'année jusqu'à juin 2023 1^{er} trimestre 2023 : rencontre avec le PSP. Mai 2023 : présentation de l'outil Fialys à la journée des Ateliers organisée par le PSP. Septembre 2023 : démarrage d'une première expérimentation.
Outil de repérage et de priorisation	ADAR Modéliser l'organisation des SAAD en p PSP PACA pour la CNSA – Décembre 2023	Début 2022 : rencontre avec le directeur général et une responsable de secteur (Mde O.) : compréhension de la situation et des tensions problématiques au sein de l'agence étudiée. Mars : rencontre avec Mde O. pour établir une première liste des informations à collecter pour prioriser les interventions ou réviser le plan d'aide.

		Avril : mise en forme de la fiche. Début juillet : organisation de deux ateliers (avec environ 20 intervenants) pour affiner et stabiliser la fiche. Elle est rendue accessible par un QR-Code sur les téléphones portables des intervenants. Fin juillet 2022 : participation à 8 entretiens de fin de mois entre Mde O. et des intervenants pour expliquer l'utilisation de la fiche. Octobre : entretien – bilan avec Mde O. : très peu de fiches ont été remplies (absence d'intérêt, format QR-Code non accessible depuis la plupart des téléphones des intervenants). Novembre 2022 : un atelier collectif avec Mde O. et des intervenants pour redéfinir les modalités de remontée d'information. Choix de la direction d'utiliser un format papier durant l'expérimentation. Décembre 2022 – mars 2023 : utilisation de la fiche selon les modalités définies en décembre (par environ 10 intervenants et pour 20 à 30 bénéficiaires). Début février, mars et avril : entretien avec Mde O. sur les retours d'utilisation de la fiche. Pistes d'amélioration.
ICOPE	CPTS Pays d'Aubagne et de l'Etoile (13)	Début 2023 : rencontre avec la CPTS pour soutenir la participation des SAAD à entrer dans l'expérimentation d'ICOPE. Mai 2023 : présentation de l'outil ICOPE à la journée des Ateliers organisée par le PSP avec par Wassilia Lanzi, CPTS Aubagne - Pays de l'Etoile. Septembre 2023 : possible expérimentation (en complément d'AZUREZO) par un SAAD du Var.
Evolution du rôle du middle-manager	AMICIAL	Juillet 2022 : rencontre avec la référente nationale des équipes autonomes (EA) et la directrice Territoire sud-est ; compréhension de la situation et de l'avancement du projet (lancé en 2020, stoppé avec la crise, en redéploiement début 2022). Septembre et octobre 2022 : entretiens pour établir un plan de suivi de la mise en place des EA. Janvier 2023 : entretiens avec les coordinatrices de parcours et deux responsables d'agence. Avril 2023 : entretiens avec les ^{26 sur 125} coordinatrices de parcours, une responsable d'agence et la responsable adjointe des agences du 84.
AZUREZO	DAC Var Est	Avril 2023 : rencontre avec la DAC Var Est pour soutenir la participation des SAAD à entrer dans le dispositif AZUREZO.

		Mai 2023 : présentation de l'outil AZUREZO à la journée des Ateliers organisée par le PSP, par Olivier Lola SUNSJAR, DAC VAR EST. Septembre 2023 : possible expérimentation (en complément d'ICOPE) par un SAAD du Var.
--	--	---

Tableau 5. Déroulement des expérimentations et analyses réflexives autour des outils et pratiques inspirantes

LES AUTRES PARTENAIRES DE MOSTRA

Les trois départements sur lesquels se déploie Mostra ont été rencontrés. Une collaboration resserrée a été initiée avec le CD 13 dès le lancement du projet ; puis à l'automne 2021 avec le CD 84. Et une rencontre pour présenter le projet a été effectuée avec le CD 83.

Ces collaborations se sont traduites par des relais auprès des structures (13 & 83), ainsi que des échanges réguliers (retour global sur la situation, rencontre avec l'équipe d'inspectrices du CD 13, échanges sur les difficultés et les solutions, sur les procédures de priorisation, leur rôle de tutelle, sur des outils ou bases réglementaires, etc.). A noter que certains départements sont particulièrement sensibles à la question de l'appropriation par les structures des modèles à venir, et notamment à leur intégration au sein même des Plans de Continuité de l'Activité des structures. Le CD 84 notamment a mis l'accent dans le cadre de son appel à contribution pour la dotation complémentaire 2023 sur le modèle managérial des équipes autonomes.

Enfin, la Carsat Sud-Est a également été contactée. Elle-même déploie depuis une année une expérimentation sur les Alpes-Maritimes et le Var visant à repérer les « bonnes pratiques » de prévention professionnelle en période de crise, sous l'angle des risques psycho-sociaux. Des groupes d'échanges ont ainsi impliqué six SAAD sur les deux départements et l'apport de cette expérimentation, notamment sur le volet « usure professionnelle », est positivement accueilli. La Carsat envisage d'élargir son expérimentation à d'autres départements de la Région Sud. La collaboration pourrait faire l'objet d'une valorisation au sein du projet.

Les départements des Bouches-du-Rhône et du Vaucluse ainsi que la Carsat Sud-Est intègrent le comité de pilotage, aux côtés des SAAD et des experts.

Les résultats de MOSTRA leur seront communiqués, notamment lors des Assises Autonomie de décembre 2023 (voir plus loin). De même, ils seront sollicités pour la dernière étape du projet relative à l'accompagnement pour faciliter l'appropriation des outils et des pratiques inspirants. Ceci prend place dans le contexte de révision des schémas départementaux de l'Autonomie de ces deux Départements.

Tout au long du projet MOSTRA, ainsi qu'au cours de l'étude exploratoire (avant le démarrage du projet), nous avons collecté et analysé des données primaires et secondaires :

COLLECTE ET ANALYSE DES DONNEES

Les données ont été retranscrites et codées pour en faciliter l'analyse.

Bénéficiaires et aidants 4

Equipes SAAD	7 responsables de secteur	28 sur 125
Modéliser l'organisation des SAAD en période de crise	PSP PACA pour la CNSA – Décembre 2023	

	7 intervenants	

Période d'analyse de la
première phase de MOSTRA

Bénéficiaires et aidants 5

Autres 2 assistantes sociales (clinique et centre hospitalier,
83)

Outils / Pratiques	SAAD / Structures	Entretiens individuels	Entretiens collectifs
Nouveau format du cahier de liaison papier	CCAS Carpentras	Mde C., directrice Mde G. directrice adjointe 2 intervenantes	Mde C., directrice Mde G., directrice adjointe Environ 15 intervenantes
Cahier de liaison digitalisé (Fialys)	Association Fialys	Mle d'A., étudiante en Master 2, Kedge BS, associée au développement de l'association portant le projet Fialys.	
Outil de repérage et de priorisation	ADAR	Mr. C., directeur général Mde O., responsable de secteur 3 intervenantes (à l'occasion de leurs interventions chez des bénéficiaires)	Mde O., responsable de secteur Environ 20 intervenants.
ICOPE	CPTS Pays d'Aubagne et de l'Etoile (13)	Mde G-S, directrice Mde L., chargée de mission	
Evolution du rôle du middle-manager	AMICIAL	Me M., référente nationale Equipe autonome Mde O., directrice territoire sud-est Mde D., coordinatrice de parcours, agence dans le 84 Mde C. coordinatrice de parcours, agence dans le 13 Mde P., responsable de deux agences dans le 13 Mde C., responsable agence dans le 84 Mde P., coordinatrice de parcours dans le 84	

		Mde D., responsable adjointe des agences du 84
AZUREZO	DAC Var Est	Mde Lola Susjnar, chargée de mission
Elaboration du guide méthodologique (voir tableau 8 ci-dessous)	Le Temps Retrouvé	M Jean-Baptiste Swank, gérant Mde Laetitia Lequeux, RH Mde Aurélie Zambotti, référente secteur – aide à domicile Mde Charlene Douchet, RS- Coordinatrice. Mde Cindy CADIOU, RS- Coordinatrice
	AIDADOMI	Mde Frédérique MOROU, directrice Qualité Mde Muriel Solente, Responsable service Qualité
	RADEAU	M Rémi Collot, directeur
	ADMR 84	M Gilles Piazza, directeur
	EFICUM	M Geoffroy D'Aubert, consultant Mde Victoire d'Aubert, étudiante Kedge
	AIDE AUX FAMILLES VALREAS	M Frédéric Artaud, Directeur Mde Isabelle Blancher, chef de service Mde Jessica Nervi- Verret, IOEC
Tableau 7. Liste des personnes interrogées – phase expérimentation		

[Participez à la journée d'échanges « Les SAAD innovent ! » - Pôle Services à la Personne PACA \(psppaca.fr\)](https://psppaca.fr/)

LES ATELIERS DE PARTAGE ET D'ENRICHISSEMENT DES OUTILS ET PRATIQUES INSPIRANTS
Se sont tenus le 3 mai 2023 sur Aix-en-Provence les ateliers intitulés : « Les SAAD innovent. Ateliers sur les outils et pratiques inspirants ».

Extrait site d'annonce du PSP :

Face à une société en pleine mutation, égrenée par des crises et tensions multiples : crise sanitaire, recrutement en tension, nouvelles attentes des bénéficiaires, nouveaux modèles managériaux, évolution vers le Service Autonomie..., les SAAD répondent et anticipent en innovant au quotidien par la mise en place de différents outils et pratiques.

Pour capitaliser ces pratiques et outils innovants émanant du terrain, soutenir vos modèles d'intervention et de développement d'activité..., le Pôle vous propose une journée d'échanges, en partenariat avec Corinne Grenier, KEDGE Business School, qui permettra de :

- Identifier les outils et pratiques
- S'enrichir mutuellement
- S'en inspirer

47 professionnels ont participé à la journée, représentant 31 SAAD, venus des départements des Bouches-du-Rhône (13), du Var (83), du Vaucluse (84) et des Alpes-Maritimes (06). L'agenda était le suivant :

- **Matinée :**
 - Ouverture ; présentation du projet MOSTRA ; présentation de la journée et du mode d'échanges en ateliers
Matinée dédiée aux outils inspirants
 - Atelier 1 : (Ré)inventer ses outils pour mieux structurer les remontées d'informations sur les bénéficiaires
Nombre de participants : 24.
Objectif : Comment dépasser le stade du « bricolage » et de l'informel pour des outils structurés afin d'optimiser la prise en charge et le suivi du bénéficiaire et répondre au mieux aux attentes des familles ?
Outils présentés : le cahier de liaison révisé, en version papier, et version électronique (Fialys).
 - Atelier 2 – Se doter d'un outil de repérage et prise de décision des ajustements dans la mise en œuvre des interventions
Nombre de participants : 23.
Objectif : se doter d'un outil de repérage et de capitalisation des ajustements (au quotidien) dans la vie de la structure, pour renforcer ses pratiques managériales ou son projet stratégique.
Outils : la fiche de remontée structurée d'information ; ICOPE.
- **Après-midi : dédiée aux pratiques inspirantes :**
 - Atelier 3 : Accompagner l'évolution de son modèle managérial : rôle et compétences du middle manager
Nombre de participants : 24.

Objectif : identifier les nouveaux modèles d'organisation du travail des intervenants (ou des équipes d'intervenants) auprès des bénéficiaires ; analyser les conséquences sur l'évolution du rôle, des compétences et de la posture du middle-manager.

Pratiques : les équipes autonomes ; le rôle du middle-manager en temps de crise.

- o Atelier 4 : Développer son offre de service et renforcer la coordination sur les territoires

Nombre de participants : 23.

Objectif : identifier les catégories d'acteurs du territoire avec lesquels vos structures travaillent (habituellement ou plus occasionnellement) ; repérer les modalités de « partenariat » (formel, informel) ; comment faire que ces relations contribuent à un meilleur accompagnement de vos bénéficiaires et au renforcement de la coordination sur le territoire ?

Outils : AZUREZO.

- o Clôture et perspectives pour finaliser le projet MOSTRA (prochaine étape relative à la diffusion et l'appropriation des outils et pratiques présentés).

Chaque atelier se déroulait dans trois salles différentes, pour faciliter, en nombre raisonnable, une discussion libre et riche. Chaque temps était animé par deux animateurs, l'un assurant la fluidité des discussions, le second prenant des notes et enregistrant celles-ci. Pour chaque temps, un scénario d'animation a été élaboré en quatre temps :

- o Présentation des outils et pratiques par les SAAD et professionnels porteurs de ces expériences ;
- o Question 1 : Etat des lieux des outils qui existent/ Ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas
- o Question 2 : Retours d'expériences
- o Question 3 : Si je dois m'approprier / utiliser cet outil présenté / cette pratiques managériale, Comment/ pourquoi (fait-on/ ne fait-on pas) – quelle étapes, quels freins ?

Des posters et post-it étaient mis à disposition des participants pour formaliser leurs réponses aux trois questions, synthétisées, puis mises en discussion, avant de passer à l'étape suivante.

La journée Ateliers a rencontré un vif succès ; ce que confirme le questionnaire d'évaluation administré par la suite : 12 structures se disent favorables pour être contactées dans le cadre du projet MOSTRA dont 4 se disent partantes pour participer activement. La note moyenne donnée à la journée est de 4.6/5.

Les actes des ateliers seront diffusés mi-juillet 2023.

LE CALENDRIER D'ELABORATION DU GUIDE METHODOLOGIQUE

Etape	Acteurs	Date
Elaboration d'une première version du guide	Equipe projet	Juillet
Entretiens pour enrichir le guide	Equipe projet + SAAD (+ bénéficiaires si possible)	Aout – septembre
Accompagnement de SAAD à se transformer en déployant le guide	Equipe projet pour accompagner à l'utilisation du guide	Septembre – novembre
	Au moins deux à trois SAAD pour mener l'expérimentation (a)	
Stabilisation du guide et rédaction	Equipe projet	Novembre et décembre
Rédaction enrichie des outils et pratique inspirantes		
Communication du guide et plus généralement du projet MOSTRA	Equipe projet, partenaires institutionnels et professionnels	Décembre (et sur 2024) Lors des assises de la silver économie organisée par le PSP le 14 décembre.
Pour rappel	Pluri Santé	Juillet – novembre
Evaluation externe		
Tableau 8. Calendrier d'élaboration du guide méthodologique		

La conduite du projet MOSTRA a été constamment alimentée par un étayage académique, pour l'élaboration des guides d'entretiens, la conduite d'expérimentations, l'analyse des données, et par la suite pour l'élaboration de recommandations managériales en vue de l'appropriation de certains outils et pratiques inspirants. Nous en présentons brièvement les principaux éléments.

LA REVUE DE LITTÉRATURE

Faire sens des situations de crise

Il existe une terminologie très riche pour définir la gravité d'une situation : incident, accident, désastre, catastrophe, ou encore situation extrême. Lagadec (1984) définit la crise comme « une situation où de multiples organisations,

aux prises avec des problèmes critiques, soumises à de fortes pressions externes et d'après tensions internes, se trouvent projetées brutalement et pour une longue durée sur le devant de la scène ; projetées aussi les unes contre les autres, le tout dans une société de communication de masse, avec l'assurance de faire la une des informations radiodiffusées, télévisées, écrites, sur une longue période ». La crise est ainsi une situation particulière, caractérisée par l'incertitude, une survenance généralement rapide, une contrainte temporelle (rapidité des réponses réactives/correctrices), des pertes importantes à court terme (d'un point de vue humain, économique, etc.), un manque de contrôlabilité et un niveau élevé de stress (Flin, 1996). Ainsi, Hermann définit la crise comme « un événement surprenant les individus, restreignant leur temps de réponse et menaçant leurs objectifs prioritaires » (Herman, 1963). Dans le même sens, Shrivastava, Mitroff, Miller & Miglani (1988) la considèrent comme un « événement à faible probabilité et à fort impact ». Weick (1995) rajoute qu'elle « menace les buts fondamentaux d'une organisation ».

Les travaux montrent que s'engager dans des activités pour faire sens collectivement de la situation de crise est un préalable à toute prise de décision et toute action pertinentes ; et nous nous appuyons sur les travaux de Weick pour ce faire.

La création de sens est un processus collectif, mené par un ou plusieurs individus, permettant de donner un sens à une situation (Weick, 1995) : faisant émerger une compréhension partagée d'une situation de crise, et grâce à laquelle les acteurs pourront conduire des actions correctrices, et créant une nouvelle réalité. Le *Sensemaking* et le *Sengiving* sont associés à ce processus de création collective de sens et d'action.

Cette compréhension passe par une création de sens *a posteriori*, car « l'idée de base du *sensemaking* est que la réalité est un accomplissement en cours qui émerge des efforts pour créer de l'ordre et donner du sens rétrospectivement à ce qui se passe » (Weick, 1993).

L'improvisation organisationnelle

Après une lecture de différents modèles organisationnels et managériaux, la notion d'improvisation est apparue pertinente pour rendre compte des premiers entretiens exploratoires qui avaient été menés sur juin-juillet 2020.

Pour Godé, Melkonian et Picq (2016), « évoluer en contexte extrême renvoie à une forme d'hybridité des compétences collectives, exigeant respect des normes et procédures en vigueur, mais également capacités d'improvisation, d'adaptation et de prise de recul face aux imprévus » (p.75).

L'improvisation consiste alors à opérer des activités non routinières, sortant de l'habitude, et très souvent « sur le tas », à savoir sans obligatoirement d'analyses (quant à une pertinence, une faisabilité) préalables. Cette pertinence ou cette faisabilité interviennent alors par la suite, par une mise à l'épreuve et des retours d'expériences.

Le rôle du middle-manager

Alors que le projet MOSTRA était initialement centré sur le travail des intervenants, nos entretiens ont confirmé que le niveau pertinent pour saisir la capacité de l'organisation à faire face à une situation de crise et, en particulier, à faire remonter et traiter de l'information pour hiérarchiser et prioriser des interventions, était celui des *middle-managers*, à savoir des responsables de secteur ou d'agence.

Traditionnellement, le *middle manager* est défini comme les « coordinateurs entre les activités quotidiennes des unités et les activités stratégiques de la hiérarchie » (Floyd et Wooldridge, 1994). C'est pour cela qu'il est considéré comme un acteur « intermédiaire » entre ceux qui décident et élaborent la stratégie et les politiques de l'organisation (top-manager), et ceux qui font ou délivrent l'activité (low-manager, ou acteurs opérationnels). Il tient alors un rôle

crucial de transmission d'information, de décisions, et de connaissance du terrain, entre ce « haut » et ce « bas » de l'organisation. Finalement, le *middle-manager* a la charge d'opérationnaliser les initiatives de changement et d'aligner les objectifs de leurs unités avec ceux émanant du sommet de l'entreprise. C'est pourquoi, il est parfois qualifié d'« acteurs d'interface » en charge de négocier, coordonner, planifier, communiquer, gérer les conflits et les ressources.

Ce rôle traditionnel se repère dans les structures dont le management est dominé par une logique top-down. En particulier, dans des périodes de changement ou de crise, on peut observer un rôle davantage stratégique de cet acteur intermédiaire. Ainsi, pour Autissier et Vandangeon-Derumez (2007), les *middle managers* ne sont plus uniquement considérés comme de simples « vecteurs et prescripteurs naturels du changement en direction des opérationnels » (logique *top-down*) ; ils sont davantage vus comme des « impulseurs créatifs », qui encouragent, soutiennent et contribuent à l'élaboration de solutions innovantes (logique *bottom-up*) (autissier et Vandangeon-Derumez, 2007). Ainsi, ils facilitent « le développement d'initiatives au sein de leur équipe », font « remonter les opportunités stratégiques qui émergent de la base opérationnelle, les vendre à leur hiérarchie directe et supérieure, qui se chargera de les sélectionner » et « s'investi[sse]nt eux-mêmes dans le développement d'innovations » (Ibid., p. 118).

Les savoirs expérientiels

L'expression « savoirs expérientiels » est actuellement utilisée pour désigner ce que savent dire de leur vécu au quotidien les patients et bénéficiaires du secteur du soin et de l'accompagnement social. Il s'agit en effet de prendre en considération et reconnaître comme légitimes ce que les patients et bénéficiaires disent de leur vécu quotidien avec leur maladie ou leur situation. Une autre terminologie est celle des savoirs profanes (Rabeharisoa et Callon, 1998).

La reconnaissance de ces savoirs est une évolution du « statut » du patient, qui de passif devient expert de sa propre maladie et de sa vie au quotidien avec cette maladie : « *reconnu comme un acteur du soin au même titre que les professionnels de santé, son rôle actif dans le processus clinique est développé en continu afin de favoriser son autodétermination et son autonomie* » (Flora, 2015, p. 95).

Pour Gardien (2017), un des premiers textes à définir le savoir expérientiel est celui de Borkman (1976) considéré comme « une vérité apprise par l'expérience personnelle d'un phénomène plutôt qu'une vérité acquise par raisonnement discursif, observation ou réflexions sur des informations fournies par d'autres » (p. 446). Les savoirs expérientiels ne sont pas réductibles à la maladie ou la situation problématique vécue par la personne ; ils englobent au contraire sa vie dans toutes les dimensions. De plus, ils sont issus d'une « *pratiques longue et répétée d'une activité qui permet l'émergence de l'individu expérimenté* » (Demailly et Garnoussi, 2015, p. 58).

Dans le contexte de notre projet, il ne nous a pas été possible d'aller au domicile de certains bénéficiaires et de repérer leurs savoirs. Cela supposait une présence sur une longue période, pour établir un lien de confiance, avant de pouvoir déployer tout protocole d'enquête ⁽⁴⁾.

Pour autant, notre projet a permis de pointer l'importance du savoir d'expérience des intervenants, qui reste encore trop invisible, mais qui joue un rôle essentiel dans le repérage de la situation au quotidien du bénéficiaire. Les

⁴ Lors de la rédaction de notre réponse à l'appel à projet, nous n'avions pas anticipé la durée de la crise sanitaire dans le secteur, ni les conséquences sur le comportement des bénéficiaires, prudents, voire réticents, à voir arriver à leur domicile une nouvelle personne. Nous avons cependant, durant l'été 2022, suivi la tournée de trois intervenantes sur plusieurs jours, pour appréhender concrètement la réalité de l'activité.

pratiques et outils inspirants que nous proposons, visent donc à soutenir les intervenants (et en relation avec leur responsable de secteur) dans le questionnaire régulier du bénéficiaire, pour que celui-ci soit en capacité de formuler son vécu de la situation ; et à soutenir les intervenants à identifier l'information pertinente pour le maintien de la qualité de service.

Nous considérons donc que l'expression du savoir expérientiel du bénéficiaire repose sur un savoir d'expérience professionnel des intervenants, que nous avons pris en considération dans notre projet.

PRESENTATION DES OUTILS ET PRATIQUES INSPIRANTS

Nous proposons dans un premier temps une présentation générale des outils et pratiques inspirants, puis une présentation détaillée de chacun d'eux.

Pour rappel, le tableau 5 dans la partie Méthodologie présente les différentes étapes qui auront permis, avec les SAAD, de réaliser cette

PRESENTATION GENERALE

Trois outils inspirants ont été identifiés par les SAAD pour deux enjeux différenciés ; ainsi que deux manières de questionner les pratiques professionnelles des middle-managers.

Leur choix s'explique pour les raisons suivantes :

- Tous questionnent les modèles managériaux des SAAD, qui après la crise sanitaire, s'avèrent épuisants, peu favorables à donner un sens au travail, trop centrés sur la seule (bonne) gestion des bénéficiaires, et donc peu coordonnés avec les autres acteurs professionnels de leur territoire ;
- Des outils ou pratiques qui ont été expérimentés ou analysés durant le projet ; d'autres peu connus des SAAD (ICOPE, AZUREZO) alors que nous pensons qu'ils sont importants pour soutenir l'évolution du rôle des SAAD face à la transformation du système de santé ;
- Tous offrant des ingrédients pour renforcer la capacité à prioriser les interventions et/ou préparer le déploiement des Services Autonomie.

Aucun de ces outils ou de ces pratiques ne permettent de surmonter une crise ou de préparer l'entrée dans le modèle des Services Autonomie. C'est pourquoi, après leur présentation, dans cette partie, nous esquisserons des recommandations pour répondre à ces deux enjeux dans la partie suivante.

Contexte : durant les périodes de confinement ou de couvre-feu de la crise sanitaire, nous avons observé un fort « désir de métier » (Osty et Dahan-Seltzer, 2006) face à une anomie qu'on aurait pu craindre, tant tout un chacun était invité à rester chez soi ou à limiter fortement toute interaction sociale. Ce désir de métier s'est manifesté chez les intervenants par un surcroît d'activités et de tactiques pour collecter et faire remonter auprès de leur middle-managers des informations sur l'état des bénéficiaires. Il s'agissait pour les intervenants de garder, sous toute forme possible, un contact avec les bénéficiaires, et de prévenir toute aggravation de leur situation.

Pour autant, cette remontée d'information s'est faite de manière non structurée : par différents moyens (texto, appels téléphoniques, mails, mots laissés sur le bureau des responsables d'agence / de secteur, de vive-voix...) ; et portant sur des informations très variables : plus ou moins précises et documentées, sur différents items.... Dès lors, si l'information était abondante, elle était difficilement traitable.

Les entretiens d'analyse réflexive sur les pratiques en période hors crise, ont mis à jour que la collecte régulière et au quotidien d'information sur les interventions au domicile faite au moyen du cahier de liaison était très variable dans sa forme (mots, phrase...), dans la nature des informations transcrites par les intervenants (simple liste des tâches effectuées, remarques sur la situation du bénéficiaire, voire des jugements portés...) et dans sa régularité (un cahier pas systématiquement rempli lors de chaque passage au domicile).

Enfin, les entretiens ont mis en lumière que les intervenants pouvaient parfois ne pas trouver sens à remplir le cahier de liaison, quand celui-ci était perçu comme un « outil de contrôle ».

Ce qui rendait le cahier de liaison peu opératoire pour suivre au quotidien la situation des bénéficiaires, et faciliter le remplacement d'intervenant.

Enjeu : assurer une traçabilité structurée des informations sur le bénéficiaire utile en situation de changement d'intervenants ; disposer d'un outil facile à remplir pour assurer la continuité de la collecte d'information sur le bénéficiaire ; enrichir le cahier de liaison par de nouvelles catégories d'information qui valorisent le travail des intervenants.

Outils : révision du contenu du cahier de liaison, en format papier (outil cahier de liaison papier) et en format électronique (outil Fialys).

DEUX OUTILS DE REPERAGE ET DE PRIORISATION DANS LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS

Contexte : si le cahier de liaison remplit la fonction de suivi au quotidien des interventions au domicile et de la situation du bénéficiaire, il ne permet pas réellement de se faire une « image » de celle-ci plus globale, ni même de réellement repérer des moments d'inflexion qui pourraient être des signes de dégradation de la situation du bénéficiaire (état physique, environnement social, moral, conditions matérielles de vie...).

En conséquence, il n'est pas aisé pour les intervenants et leur middle manager de faire sens d'une situation de dégradation (souvent non linéaire, et parfois lente) et d'anticiper toute mesure ou action à prendre.

Outils :

- Une fiche de remontée structurée d'information.

Enjeu : disposer d'un outil de centralisation de l'information permettant de suivre l'évolution de l'état et de la situation du bénéficiaire (hors informations médicales) pour être en mesure de : a) prioriser des intervenants en cas de manque prolongé d'intervenants ; b) déclencher une visite chez le bénéficiaire au moment opportun une éventuelle révision de son plan d'aide.

- ICOPE : mobilisation des SAAD à utiliser l'application mobile actuellement expérimentée dans différents territoires (urbains et semi-rural) en PACA.

Enjeu : participer à une coordination professionnelle en faveur de la prévention de la dégradation des personnes âgées fragiles vivant à domicile (GIR 5-6).

LES PRATIQUES INSPIRANTES POUR D'AUTRES MODELES DE MANAGEMENT

L'expérimentation ou l'analyse de l'utilisation des outils ci-dessus met largement en évidence l'intérêt, et alors des pistes, pour repenser les modèles managériaux des SAAD. Cette question a été au cœur du suivi d'une expérimentation de réorganisation en Equipe Autonome. C'est également la question de la coordination des SAAD avec les professionnels et autres acteurs de leurs territoires, supposant de nouvelles compétences, qui est centrale dans l'évolution des SAAD. C'est à nouveau la figure du middle-manager, ses pratiques et postures professionnelles, qui sont au cœur de ces évolutions.

- Accompagner l'évolution du modèle managérial des SAAD : les Equipes Autonomes

Enjeu : soutenir le changement de posture professionnelle et renforcer les compétences et le rôle du middle-manager, à l'égard des équipes et des partenaires de son territoire.

- Accompagner l'évolution du modèle managérial des SAAD : la coordination et les échanges de données sur le territoire : AZUREZO.

Enjeu : participer à la coordination des parcours des bénéficiaires sur les territoires, développer son offre de service et renforcer son positionnement stratégique sur les territoires.

PRESENTATION DETAILLEE DES OUTILS ET PRATIQUES INSPIRANTS - RETOURS D'EXPERIENCE

Voir annexe 3

LE CAHIER DE LIAISON REVISE – FORMAT PAPIER

Rôle du cahier de liaison

Le maintien à domicile d'une personne âgée dépendante repose sur un travail d'équipe. Le cahier de liaison est un outil qui reste au domicile et qui fait le lien entre les différents acteurs : professionnels (intervenant du domicile, coordinateur de parcours, infirmier, ... et le bénéficiaire et les proches aidants). Il est normalement présent dans tous les domiciles où intervient un SAAD.

Son rôle est essentiel dans la qualité du maintien à domicile. La première finalité du cahier de liaison est la transmission des informations essentielles en lien avec le maintien à domicile de la personne âgée. Chaque intervenant y reporte ses observations à l'attention des autres partenaires. Cette transmission de l'information contribue à une meilleure coordination de la prise en charge de la personne âgée.

Le cahier de liaison reste au domicile, à disposition de la personne âgée et de ses proches, respectant ainsi sa dignité. Il peut parfois être nécessaire de ranger le cahier hors de portée de la personne aidée si sa pathologie peut la conduire à le perdre ou à le détruire.

Mise en évidence des difficultés d'usage du cahier de liaison

L'importance de la transmission d'informations durant cette période a été renforcée. Et le manque de structure de l'outil s'est révélé un frein.

Les entretiens (individuels avec des middle-managers, et collectifs avec des intervenants) ont révélé qu'il n'est pas toujours rempli à chaque intervention ; ou encore qu'il n'est pas toujours accessible à la famille, aux autres intervenants professionnels, ou à une intervenante en remplacement, quand le bénéficiaire ne sait plus où il est déposé. De même, le cahier de liaison se présente très souvent comme un simple « cahier d'écolier », laissant toute latitude à l'intervenante d'y apposer ses remarques. De fait, les informations mentionnées sont très variables et certaines ne relèvent pas du cahier de liaison (par ex. : avis ou jugement personnel de l'intervenante sur l'état du bénéficiaire). Cette absence de structuration dessert la remontée d'information et son exploitation par toute autre personne et professionnel habilité à le consulter.

Enfin, la crise a montré que, même en période dite normale, le cahier de liaison n'était pas systématiquement rempli, par manque de temps, par manque d'aisance de l'écrit, ou encore parce que l'outil était perçu comme un outil de contrôle du travail de l'intervenante. La perception de la répétition de la tâche de remplissage du cahier ne favorise pas non plus son usage.

Certaines personnes âgées peuvent être réticentes ou se sentir infantilisées par le fait que des informations sur leur vie quotidienne soient inscrites dans ce cahier. Pour établir une relation de confiance et rassurer, il est important d'expliquer à la personne âgée à quoi sert le cahier de liaison et lui dire ce qu'on y écrit.

La crise a mis en évidence l'importance à redonner un sens d'usage au cahier de liaison et à repenser sa structuration, pour faciliter son remplissage et renforcer la pertinence des informations notées ; tout comme pour aider le middle manager dans l'exploitation des informations reportées dans le cahier.

Elaboration de l'outil et retour sur son usage au sein d'un SAAD

L'outil se présente comme un ensemble d'items relatifs à : Aide et Autonomie, Logement, Rythmes et habitude de vie, Goûts et centres d'intérêt, loisirs et activités ; ainsi que des informations autres telles que : coordonnées, entourage, tutelle / curatelle, coordonnées relatives au SAAD. Ces informations tiennent sur une page ; chaque page étant collé sur un cahier restant au domicile des bénéficiaires.

L'utilisation de cette version révisée du cahier de liaison fait apparaître les éléments positifs suivants :

- Son élaboration, qui a associé les intervenants du SAAD, au cours de deux ateliers d'échanges collectifs, a été fortement apprécié : leurs avis étaient demandés, pour une première fois sur un outil au cœur de leur pratique ; ils ont ainsi pu valoriser leurs expertises : a) une expertise formelle et technique (dans les gestes prodigués, dans les activités au domicile, dans l'organisation de leur intervention) ; b) une expertise relationnelle, dans le lien entretenu avec le bénéficiaire, sa famille, parfois avec les autres professionnels passant au domicile ; et c) une expertise « invisible », mais oh combien essentielle, celle du « bon coup d'œil » à repérer ce qui va et ne va pas, ou ce qui est différent d'une précédente intervention.
- Les informations listées étaient dès lors perçues comme pertinentes ; et reflétant bien l'étendue de leur métier (trop souvent perçu comme celui d'une femme de ménage !).
- Ces deux éléments expliquent que les intervenants ne se sentaient plus surveillés à remplir le cahier de liaison, mais au contraire intéressés à le faire, pour contribuer au bon suivi des bénéficiaires.
- Si toutes les informations « à cocher » l'ont été, les espaces de libre commentaire étaient systématiquement remplis (donc à chaque passage) ; ce qui pour les middle-managers du SAAD, est assez peu fréquent.
- De même le remplissage de la fiche du cahier de liaison valorise l'expertise des intervenants en sachant repérer, qualifier et transcrire l'information.
- En particulier, les intervenants nous ont déclaré se sentir valoriser dans leur métier vis-à-vis des familles ou des autres professionnels, en rendant ainsi visible l'étendue de leurs tâches.
- Enfin, pour le middle-manager, il déclare disposer d'une information plus systématique, mieux renseignée, et plus complète sur les bénéficiaires accompagnés. La structuration de l'information annotée lui permet aussi de mieux comprendre sa situation, et être mieux à même d'agir (visite au domicile, révision du plan d'aide, prise de contact avec la famille ou un professionnel de santé...) en tant que de besoin.

Echanges durant la journée des ateliers du 3 mai

Les échanges ont permis de souligner l'intérêt de l'expérimentation sur l'outil cahier de liaison, sur les points suivants :

- Les participants ont retenu le processus d'élaboration de l'outil, par consultation et atelier d'échange avec les intervenants.

A contrario, un SAAD fait part d'une expérimentation qui n'a pas fonctionné :

« On a créé un classeur de liaison avec un diagramme d'intervention (en s'inspirant du diagramme du soin). On a détaillé : l'entretien ménager, la partie repas.... On a été fiers de nous. Mais cela n'a pas fonctionné parce que trop complexe. Donc on va revenir au cahier de liaison classique. Pourtant on l'avait testé avant mise en place. L'avantage était que cela simplifiait la rédaction ; car on cochait des cases pour l'essentiel. Et c'était positif. Mais au fil du temps, l'utilisation apparaissait comme trop complexe ».

- Le format « 1 page » structuré est apprécié.
Modéliser l'organisation des SAAD en période de crise
PSP PACA pour la CNSA – Décembre 2023

A contrario, un SAAD témoigne :

« On avait un cahier de liaison sous forme de classeur qu'on devait ramener à la coordinatrice tous les trois mois. Il fallait prendre au moins 3 mn pour le remplir. Autre avantage : pouvait être consulté (rempli aussi)

par les infirmières. Mais trop long par rapport au cahier habituel où l'on met quelques lignes. Et aussi : peu de retour de feuilles à la coordinatrice ».

« Je mets en place le cahier de liaison quand je fais la visite à domicile, avec partie Soins et partie aide sociale. On doit le retourner à la fin du mois... Fait par les intervenantes consciencieuses ; mais elles ne le sont pas toutes ! Ça pose problème pour les APA lourdes vis-à-vis du CD ».

- Le format papier est apprécié, dès lors que toutes les structures n'ont pas les moyens humains et financiers pour digitaliser cet outil. Un CCAS explique :

« On a du mal à passer aux nouvelles technologies ». Le CCAS se heurte à un refus des agents de donner leur numéro de téléphone ; donc pas de possibilité de pointer avec le téléphone. Le refus de badger avec le téléphone personnel est estimé à 80%. L'encadrante dit de ce refus qu'il peut légitimement se comprendre. Mais disposer d'une tablette par bénéficiaires cela coûte cher ».

Car pour certains SAAD, le passage à la téléadministration a renforcé le sentiment de « flicage » chez des intervenants ; et ceux réticents sont aussi les plus jeunes.

Les middle-managers témoignent du dialogue pédagogique qu'ils ont avec les intervenants, pour assurer que remplir le cahier de liaison ne signifie pas qu'ils n'ont pas confiance dans le travail de ces derniers.

- La qualité et une certaine exhaustivité de l'information sur le bénéficiaire sont appréciées, permettant aux SAAD d'apporter au Conseil Départemental (CD) la preuve de la bonne mise en œuvre du plan d'aide. Ce qui diminue toute contestation de la part du bénéficiaire ; et facilite la facturation auprès du CD (un SAAD témoignant qu'il pouvait perdre jusqu'à 6% de chiffre d'affaires non facturés, par manque de remontée d'information sur la réalité du travail effectué aux domiciles. Cette information permet également aux intervenants d'ajuster en temps réel l'objet de leur intervention, quand ils peuvent lire, par ex., que « le repas a déjà été préparé, mais qu'il reste le ménage à faire ». Ce qui renforce également le sentiment d'utilité des intervenants : « ne pas refaire la même chose ».

Voir annexe 3

LE CAHIER DE LIAISON REVISE – FORMAT DIGITALISE

Rôle de l'outil Fialys

L'outil Fialys vise à favoriser la gestion du quotidien de la personne âgée à domicile. Il se présente comme un cahier de liaison digitalisé commun à tous les professionnels, avec la possibilité de faire un lien avec le DMP. C'est le bénéficiaire et sa famille du bénéficiaire qui choisit le recours à l'application.

L'application se veut facile d'utilisation et permet la communication en temps réel entre les familles et les intervenants. Elle peut s'installer sur smartphone ou tablette. Pour les professionnels du domicile, l'outil est tout à la fois avec :

- Un système de pointage intégré,
- Un cahier de liaison digitalisé.

L'outil Fialys est proposé par la société Fialys, constituée en 2018, par trois fondateurs, dont Victoire d'Aubert (présente aux ateliers) et son père. Il est né d'une expérience personnelle de ce dernier, qui a dû faire face avec ses frères et sœurs à la perte d'autonomie de son propre père. Force de constater qu'en temps de crise il leur fut difficile de trouver les bons services et de partager les informations pour prendre les bonnes décisions. La famille d'Aubert a alors imaginé un service capable de vous accompagner selon vos besoins et quel que soit la situation telle une conciergerie accessible à tous. L'outil a été développé et utilisé au sein de la famille pour le maintien à domicile du grand-père de Victoire. Ce premier usage a donné lieu à une seconde maquette de l'outil.

Victoire d'Aubert a saisi l'occasion de la réalisation de son mémoire de fin d'étude (Master 2, PGE, Kedge BS, sous la direction de Corinne Grenier) pour étudier comment créer un réseau de professionnels et acteurs institutionnels pouvant soutenir l'innovation Fialys, et définir les modalités d'une première expérimentation (sur la seconde maquette). Celle-ci devrait se dérouler sur Marseille à partir de juillet / septembre 2023.

Echanges durant la journée des ateliers du 3 mai

Une grande partie des échanges a porté sur l'intérêt (ou les difficultés) à utiliser un cahier de liaison intégré (avec la fonction de pointage) dans un format digitalisé, et accessible depuis un smartphone ; venant ainsi en complément des échanges relatés ci-dessus.

Il ressort des discussions un intérêt pour l'outil qui :

- Renforce le lien entre l'intervenant, le bénéficiaire et la famille,
- Permet de tracer l'historique des informations,
- (Re)place le bénéficiaire au centre des relations avec la famille et les professionnels.
- Permet de connecter l'ensemble des messageries internes et les différents systèmes de gestion des informations centrées bénéficiaire.

Ce qui évite des ressaisies entre le Planning, la Facturation et la Fiche de mission :

« Avec la télégestion on a couplé le dossier bénéficiaire : avantage à avoir info facilement accessible. Ce donnant-donnant a bien marché. Les informations à collecter sont organisées autour des grandes catégories du plan d'aide : ménage – course – aide sociale - On a 5 ligne et non plus 50 ! Le diagramme est très synthétique ».

Mais à la condition que les différents systèmes soient interopérables. Ce qui n'est encore largement pas le cas ; les SAAD estimant que les éditeurs cherchent à se garder leurs clients en ne facilitant pas cette interopérabilité.

Un SAAD témoigne de son expérience, d'un outil qui est connecté à Apologic et autres outils centrés Soin.

Une autre difficulté a été identifiée, quand les paiements des prestations par les bénéficiaires se font encore par chèque (ce qui n'est pas exceptionnel).

Pour la mise en place de l'outil, les structures relèvent des freins à prendre en compte de 4 ordres :

- Le coût financier à supporter pour la structure.

Les structures sont convaincues que le coût est absorbé par la diminution du taux d'absentéisme mais la question reste de savoir qui finance. La solution pour les structures serait que l'outil soit financé par le conseil départemental.

Des SAAD font part de financements possibles proposés par la CNSA ou les ARS, notamment « *pour actualiser les solutions logicielles et les faire évoluer* ».

- La fracture numérique (illectronisme)
Beaucoup de salariés ne sont pas à l'aise avec le numérique ; rencontrant pour certains des difficultés avec le pointage et le planning. Des structures soulignent la difficulté de la mise en application et utilisation de la fiche de mission numérisée.
Un CCAS témoigne : les intervenants refusent d'utiliser le téléphone personnel et rencontrent de grosses difficultés avec le numérique.

Des besoins de formation de montée en compétence sont identifiés :

- Montée en compétences numériques pour les intervenants ;
- Montée en compétences sur la conduite de changement pour les middle managers pour mieux accompagner. La digitalisation doit s'accompagner de temps d'échanges. Face à la digitalisation, il est important de matérialiser les échanges. La digitalisation simplifie le formalisme mais il faut travailler en amont ce changement avec les bénéficiaires et les salariés.

Pour un SAAD, introduire un outil digitalisé doit être envisagé comme un changement de pratique à conduire pour redonner du sens : « *Tout dépend du sens qu'on donne à l'introduction de la nouvelle technologie. Il faut faire voir le retour positif et l'avantage pour l'intervenant* ».

- La barrière de la langue (FLE), l'illettrisme peuvent faire barrage également.
Des solutions sont identifiées : les commandes vocales sont très utiles pour certain cas de figure (réponse à l'illettrisme) ou système de cases à cocher.
- La confrontation avec l'existant sur le territoire.
Sachant que chaque structure a son propre système de pointage personnels ou que certains Conseils généraux ont mis en place ces systèmes. Par exemple, le Conseil départemental des Bouches du Rhône va mettre en place un système de pointage directement du temps, donc ce sera l'application du Conseil départemental qui s'appliquera.
Ainsi l'outil pourrait intéresser les services d'aide à la personne mais pour cela il faudrait que les Conseils départementaux et les services APA soient parties prenantes du réseau d'intéressement.
Avec deux applications, pour éviter une double saisie, il faudrait créer un portail entre les deux.
Le directeur d'un SAAD se dit étonné qu'on soit toujours à ce stade de réflexion sur le cahier de liaison et le numérique. Il relève un état d'avancement très en retard par rapport au soin (SSIAD). De son côté, il s'inspire de ce qui se fait dans le soin (anamnèse, diagramme aide et soin etc.).

Des solutions sont identifiées:

- A la question du coût : beaucoup de programmes de type ESMS Numérique permettent de financer les équipements.
- Système d'accompagnement, tutorat : process un peu long mais efficace sur le long terme.
- Des solutions comme XIMI, ARCHE MC2 etc. doivent accepter d'utiliser les méthodes que l'on retrouve dans la santé afin de décroïsonner l'aide et le soin (rôle du Ségur du Numérique).
- Ouvrir sur le monde du Numérique aux familles et aux professionnels.

PSP PACA pour la CNSA – Décembre 2023

Le système de tablettes permet de simplifier les choses, les process mais en parallèle le contact humain est primordial.

- La crainte d'un service déshumanisé.
Mais des SAAD témoignent : digital et proximité ne sont toutefois pas incompatibles soulève une structure :
« *Passer au digital ne veut pas dire déshumaniser le service* ».
D'autres rappellent combien les réunions en visio avec les familles ou les équipes ont été utiles durant la crise sanitaire.

Le travail en mode « post-it » a particulièrement bien fonctionné durant cet atelier. Ce qui donne les éléments suivants :

Ce qui fonctionne

Télégestion mobile
Réduction des fiches de vacation
Solution globale fermée
Téléassistance
Dossier Médical Partagé
Editeur de logiciel Arche MC2
Transmission ciblée
Echanges facilités en modèle équipes autonomes
Cahier de liaison
Whats App
Fiche mission
Réunions
Feuille de liaison –vacation
Présage
Messagerie instantanée
Transmission entre les SAAD
Médicis
Fiche de suivi intervention plus guidante
Remontée information via application

Ce qui ne fonctionne pas

Système de télégestion perçu comme du « flicage »
XIMI
« oubli » de l'outil : les intervenants ne remplissent pas le cahier de liaison
Editeur de logiciel Arche MC2
Difficulté avec le numérique
Manque d'informations à la sortie d'hospitalisation
Diffusion de la communication en masse aux bénéficiaires ou aidants
Fiche de remontées d'informations écrites

Retours d'expérience - Objectifs

Présage
Coût de la réorganisation
Remontées et transmissions pour les SSIAD
Application MobileTag (création de QCode)
RdV mensuel avec les intervenants et leur middle-manager
Espace d'échange

Fiche de mission
Fiche de vacation
Prévention partagée INRS
Prévention perte d'autonomie - risques professionnels
Mieux communiquer avec les bénéficiaires
Mieux partager les informations
Harmoniser les pratiques professionnelles

Comment ?

Apologik mais ne permet pas d'envoyer l'informations à tous
Remontée d'informations davantage structurée
Accompagnement des salariés – montée en compétence numérique
Objets connectés
Echanges en face à face sur les remontées d'information
Application DOME (espace commun d'échange et de partage d'informations entre tous les acteurs (professionnels, aidants, personnes âgées).
Analyse de pratiques professionnelles
Formation Dépistage des fragilités
Fiche de liaison partagée (google drive)

Quels outils feraient consensus. Pourquoi ?

Gagner en autonomie
Revaloriser la personne
L'écrit à mutualiser sur le numérique : instantanéité ; lecture commune

Comment ?

Messagerie interne
« Interopérabilité » avec les logiciels métiers
Conduite de changement
Réunions en présentiel
Numérique
Relations avec les cadres de santé à la sortie d'hospitalisation
Enrichir l'outil existant
AZUREZO
ICOPE
FIALYS

1° OUTIL DE REPERAGE ET DE PRIORISATION DANS LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS : LA FICHE DE REMONTEE STRUCTUREE D'INFORMATION (OU FICHE DE LIAISON MENSUELLE)

Modéliser l'organisation des SAAD en période de crise

46 sur 125

Voir annexe 3

PSP PACA pour la CNSA – Décembre 2023

Rôle

Le cahier de liaison est un outil qui reste au domicile et qui fait le lien entre les différents acteurs : professionnels (intervenant du domicile, coordinateur de parcours, infirmier, ... et le bénéficiaire et les proches aidants. Son rôle est essentiel dans la qualité du maintien à domicile : suivi des interventions, information sur l'état du bénéficiaire et ses relations sociales (visite de la famille ou d'aidants, par ex.). Voir précédemment.

La crise a révélé que cette information factuelle, notée au quotidien, et restant au domicile du bénéficiaire, ne permettait pas aux middle-managers d'avoir une information plus synthétique et permettant de repérer une dégradation (ou un changement) de la situation du bénéficiaire, ou de l'anticiper. De plus, une telle information aurait été utile en période de crise pour prioriser certaines interventions.

C'est dans ce but qu'a été élaborée la fiche de liaison mensuelle, pour alerter.

Elaboration de l'outil et retour sur son usage au sein d'un SAAD

L'outil se présente comme un deux-pages (dans sa version papier, pour l'expérimentation) organisé autour de items suivants :

- Item Isolement / Besoins relationnels
- Item Prévention / Stimulation
- Item Prévention Déprime et Soutien
- Item Actes essentiels
- Item Intervenants extérieurs
- Commentaire libre sur la personne aidée.

Le souhait du SAAD est de limiter le nombre d'items pour faciliter le remplissage et concentrer la remontée d'information sur des points d'alerte :

- C'est un outil d'aide pour déclencher une visite à domicile, davantage d'investigations et une éventuelle révision du plan d'aide ;
- C'est un outil d'aide à prioriser des interventions en situation de crise ou de manque de personnel ;
- C'est un outil d'aide au remplacement d'intervenants (définitif, ou temporaire, comme en période de congés hibernaux et estivaux).

Les modalités suivantes d'utilisation ont été définies :

- A remplir une fois par mois, ou à tout moment en cas de repérage d'une dégradation soudaine sur l'un des items.
- Administré en priorité auprès des bénéficiaires avec les critères suivants de situation dite sensible :
 - Fin de vie,
 - Pathologie neuro- dégénérative
 - Polyhandicap ou situations
 - Accident récent
 - Sortie hospitalisation
 - Décès d'un proche/ animal de compagnie
 - Changement de comportement important

La fiche est un outil de gestion à usage strictement interne au SAAD, dont la famille n'a pas connaissance ; sauf en soutenant des échanges avec celle-ci en cas de besoin.

L'outil a été utilisé pendant quatre mois, par environ 10 intervenants et auprès d'environ 20 à 30 bénéficiaires. Pour le SAAD, il faut se donner au moins trois mois pour stabiliser l'appropriation de l'outil.

Il ressort de l'expérimentation les éléments suivants :

- De même que précédemment évoqué, son élaboration, qui a associé les intervenants du SAAD, au cours de deux ateliers d'échanges collectifs, a été fortement appréciée : leurs avis étaient demandés, pour une première fois sur un outil au cœur de leur pratique ; ils ont ainsi pu valoriser leurs expertises : a) une expertise formelle et technique (dans les gestes prodigués, dans les activités au domicile, dans l'organisation de leur intervention) ; b) une expertise relationnelle, dans le lien entretenu avec le bénéficiaire, sa famille, parfois avec les autres professionnels passant au domicile ; et c) une expertise « invisible », mais essentielle, celle du « *bon coup d'œil* » à repérer ce qui va et ne va pas, ou ce qui est différent d'une précédente intervention.
- Pour autant, c'est dans l'usage (durant 4 mois) que les intervenants ont développé une meilleure compréhension des items et une meilleure expertise à remplir la fiche.

En effet, et par exemple sur l'item Isolement, que signifie « le bénéficiaire a-t-il la visite / échange-t-il (téléphone) avec plus de 2 personnes proches (famille, aidants...) dans la semaine ? ».

Pour certains bénéficiaires, ce n'est pas suffisant et ils se sentiront isolés ; pour d'autres au contraire, ils n'éprouveront pas ce sentiment.

L'expertise et la connaissance fine des bénéficiaires par les intervenants prennent alors toute leur importance et cette valorisation importe pour ces derniers.

De même, alors que presque toutes les fiches ont été remplies en fin de mois avec le middle-manager, elles l'ont été par les intervenants sur mars et avril suivants, et remontées au moment du RDV de fin de mois.

- En cas de doute quant aux informations à donner, le middle manager rappelle l'objet de la fiche : donner des informations d'alerte.

De même, il a rappelé que la fiche était d'usage strictement interne au SAAD, non accessible à la famille. Cette consigne a été rappelée quand les intervenants ne savent pas s'ils doivent noter des informations telles que « alcoolisme ».

- Les fiches ont été au fil des mois mieux renseignées qualitativement, dans la rubrique « Commentaire libre » et plus justement codées sur les items.
- Le dialogue entre le middle-manager et les intervenants en fin de mois est enrichi. Il ne se résume plus en la passation du planning du mois suivant (ou à l'exposé de plainte), mais à une discussion constructive sur les activités des intervenants, qui se sentent plus à l'aise et plus légitime pour apporter quelques remarques : changements d'horaires, révision du plan des tâches à effectuer, voire même suggérant qu'une visite à domicile serait nécessaire pour une éventuelle révision du plan d'aide.

- Le middle-manager nous fait savoir qu'il n'a pas été surpris par les informations remontées dans la fiche. Pour autant, cette fiche a deux avantages majeurs : a) la remontée d'une information complète et structurée permettant d'avoir une compréhension plus précise, renseignée et actualisée de la situation ; b) la disposition des informations dans un seul même fichier, complété ainsi le dossier Bénéficiaire.

Echanges durant la journée des ateliers du 3 mai

L'intérêt pour la fiche porte sur :

- Le soutien au dialogue entre middle-manager et intervenants (savoir poser les bonnes questions). Même si certains SAAD déplorent devoir limiter ces temps (voir les basculer en visio), par manque de temps (de budget) et en raison de l'éloignement géographique des équipes,
- La valorisation de l'expertise de l'intervenant, sa montée en compétence,
- La participation à la prévention, donnant un sens au travail de l'intervenant,
- Un outil de traçabilité et de qualité,
- Un outil de prévention ; pouvoir faire des alertes au moment opportun,
- Routiniser une remontée structurée d'information,
- Le développement d'un langage commun grâce à l'utilisation récurrente d'outils,
- Faciliter les remplacements.

Les échanges ont apporté des suggestions sur le circuit de l'information, certains intervenants déplorant ne pas être informés des suites décidées par leurs middle-managers à des informations données. Le principe d'une communication à 360° a été évoqué. Ce qui aurait l'intérêt de renforcer le sens de l'usage de tels documents. Car un SAAD témoigne : nos fiches de liaison ne sont pas systématiquement remontées.

Un autre point a également été le renforcement des compétences du middle-manager sur :

- Savoir apprécier les remontées d'information pour prendre toute décision adéquate,
 - Mieux connaître qui contacter (famille, professionnels, CD...) en cas de situation problématique.
- De même la discussion a fait apparaître que les middle-managers ne disposaient pas toujours d'une liste de tels contacts, renseignés et pertinents : *« On le sait, parfois, mais c'est pas formalisé, ça reste très empirique »*.
- Ce qui rejoint la question de la collaboration dans les territoires (voir plus loin, outil AZUREZO) et en prévision du passage en Service Autonomie.

Plus largement l'idée de « communautés de pratiques » réunissant middle-manager et intervenants est évoquée, pour renforcer les bonnes pratiques professionnelles à repérer ce qui fait alerte dans la vie au quotidien des bénéficiaires. Mais le manque de financement, et un modèle d'organisation du travail « *sans temps mort* » rend délicate cette proposition : *« On n'a pas de budget pour cela. C'est sur le budget de la structure »* ; *« Chez nous, on fait des réunions d'équipe deux fois par an, dans le cadre de la démarche Qualité, sur des thèmes tels que la qualité de vie au travail ; et autour de cas pratiques »*.

Un participant témoigne : « *On a eu un financement CNSA pour faire des réunions de pratiques* ». Un SAAD passé en mode Equipe Autonome explique que le modèle permet d'attribuer des heures (4h) de réunions entre intervenants, et avec le manager. Mais ces cas semblent exceptionnels.

Alors que tous conviennent qu'on ne peut prétendre à davantage de qualité et d'évolution dans la pratique professionnelle sans des temps d'échanges et de travail (par-delà la formation, souvent individuelle).

L'atelier s'est interrogé sur la distinction entre la fiche proposée et l'outil PRESAGE (éviter les hospitalisations en urgence), d'autant que le SAAD porteur de l'initiative, avait participé au démarrage de l'expérimentation PRESAGE dans les Bouches du Rhône. Une autre structure témoigne : « *On a fait partie de l'expérimentation. « A partir de questions : dans les 15 jours : la personne risque – elle d'être hospitalisée ? « Cela a pris du temps, beaucoup de formation et d'explications. Mais intéressant. On a fini la période d'expérimentation ; mais maintenant on ne l'utilise plus » ; « C'est une culture du sanitaire et c'est bien qu'on se l'approprie ».*

Le travail en mode « post-it » a particulièrement bien fonctionné durant cet atelier. Ce qui donne les éléments suivants :

Ce qui fonctionne

Plan bleu
Fiche de remontée de terrain
Remontées d'information par message solution mobile
Réunions : d'échanges pluri professionnelles ; ; réunions mensuelles ; réunion en petit groupe
Cahier de liaison
Echanges par SMS, MMS
Remontées orales informelles

Ce qui ne fonctionne pas

La non-utilisation de l'outil (« oubli ») par les intervenants et les équipes support
Temps en plus de remplissage
Difficulté d'utilisation du numérique
Fiche repérage INRS
Cahier de liaison
Manque de formation du « récepteur » (middle manager) du message qui passe à côté d'une information essentielle

Retours d'expérience - Objectifs - Comment ?

CRM HubSpot (CRM suivant automatiquement les interactions avec les clients, par e-mail, sur les réseaux sociaux ou par téléphone)
Sollicitation de l'entourage
Réorientation des missions
Logiciel métier
Prévention – dépistage fragilité
Partage d'informations avec le nouvel arrivant
Rentrée d'informations constructives utiles
Démarche qualité

Quels outils feraient consensus. Pourquoi ?

Filtrage

Un niveau intermédiaire de personnes impliquées

Fiche de remontées d'information (exemple fiche ADAR)

Comment ?

Responsabilité en contexte de crise

Presage

Professionnalisation (infirmiers)

Perte de connaissance sur le bénéficiaire dans la durée

Prioriser

Coordinatrice de parcours

ICOPE

Fiche numérique transmission sur logiciel métier

Formation des intervenants

2° OUTIL DE REPERAGE ET DE PRIORISATION DANS LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS : ICOPE

Voir annexe 3

Présentation de l'outil

Le programme ICOPE et son outil ICOPE Monitor vise à anticiper et permettre une meilleure prise en charge de la personne âgée, selon les recommandations de l'OMS. Le public visé est la personne âgée de 60 ans et plus, vivant à domicile et autonome (GIR5-6) ⁽⁵⁾.

L'application mobile ICOPE Monitor évalue en quelques minutes le maintien des fonctions des personnes âgées. Elle vise à permettre au professionnel d'évaluer et de suivre l'évolution des fonctions et de former le senior à s'autoévaluer dans le cadre de son suivi. Toutes les données saisies dans l'application mobile sont directement collectées dans une base de données sécurisée et en cas de perte de fonction chez le sujet, une alerte est générée automatiquement.

Ainsi l'outil contribue à prévenir la dépendance par une amélioration de la précocité du diagnostic et de la prise en charge du déclin des capacités. Le programme permet de repérer les premiers signes de fragilité. Le dispositif est basé sur la coordination des acteurs ; professionnels soignant, aidants et patient.

Le programme repose sur 6 indicateurs (mobilité, nutrition, psychologie, vision, audition, cognition) et se présente en 4 étapes :

- Le dépistage

⁵ ICOPE est un programme pour une prévention de la dépendance et pourrait paraître hors champ de cette activité. Mais il comprend les points clés de vigilance sur des capacités fonctionnelle, sensorielle, nutritionnelle, cognitive, psychologique ; il permet de formuler des points d'alerte par les bénéficiaires.

Cette phase – réitérable tous les 6 mois - repose sur un outil numérique : ICOPEBOT qui est un robot conversationnel, et sur l'application ICOPE Monitor à partir d'un smartphone ou une tablette.

- L'évaluation
- Le plan de soin personnalisé
- Le suivi du parcours de soin

Déploiement en région PACA

Le déploiement a été accéléré en raison du contexte épidémique et les effets néfastes du confinement sur cette population. Le déploiement visait en premier lieu les hôpitaux, comme le CHU de Toulouse.

Sur le territoire, des déploiements sont en cours auprès des SAAD et SSIAD par :

- La CPTS Pays d'Aubagne et de l'Etoile (secteur semi-urbain) (13, Bouches du Rhône)
- La CPTS Nice-Vallée Ouest (secteur urbain) (06 Alpes Maritimes)
- La CPTS Cerebellum (84, Sorgues et Lubéron, secteur rural et semi-rural)
- La MSP de Digne (semi urbain) (04, Alpes de Haute Provence)

Un SAAD désire expérimenter l'outil (ainsi qu'AZUREZO) à partir de septembre 2023. La structure est convaincue que l'outil répond à un besoin de la filière et notamment des SAAD dans la mesure où elle permet d'évaluer une situation complexe avec des critères précis et de pouvoir la transmettre au service concerné. La difficulté anticipée est la gestion des homonymes avec le risque de création de plusieurs fiches pour un même individu.

C'est pour ces différentes raisons que l'outil a été présenté à la journée des ateliers de mai 2023.

Echanges durant la journée des ateliers du 3 mai

L'outil ICOPE fait sens pour les SAAD, en amont du recours d'une fiche d'alerte, telle que présentée ci-dessus. En effet, ICOPE est un outil auto-administré par la personne âgée elle-même (ou avec l'aide de la famille, d'un aidant). Non seulement la plate-forme peut déclencher des alertes ; mais, même en l'absence d'alerte, les SAAD ont estimé que son usage peut rendre « plus expert » le bénéficiaire sur sa propre situation. Nous avons touché là un thème important : le renforcement et la prise en compte des savoirs expérientiels (ou dits d'usage) des publics accompagnés, pourtant peu évoqué tout au long de nos entretiens exploratoires.

La présentation d'ICOPE a soulevé l'intérêt des SAAD, pour se sentir partie prenante d'une coordination professionnelle autour de la prévention de la dégradation de la personne âgée à domicile. Reste cependant en suspens la question de l'usage d'un outil informatisé, dont nous avons rapporté plus haut les difficultés.

52 sur 125

LES EQUIPES AUTONOMES

Voir annexe 3

Présentation

Le terme « Equipe Autonome » retient d'autant plus l'attention des SAAD depuis quelques années qu'ils s'interrogent sur leur modèle managérial, et qu'un modèle venu de Hollande paraît être à ce point inspirant qu'il pourrait devenir la « *recette miracle* ». Buurtzorg définit ainsi son modèle, déployé en soins infirmiers et (ce qui est trop souvent oublié) après plus de 10 années d'études et d'expérimentation avant de connaître le succès que l'on connaît :

« Avec pour devise L'humanité prévaut sur la bureaucratie, Buurtzorg a développé un modèle d'organisation fondé sur trois principes : la simplification des procédures en matière de logistique, d'administration et de communication, une offre de soins dits « holistiques » – autrement dit, considérant les particularités sociales, économiques, culturelles, environnementales des patients conformément au cadre conceptuel de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) – et le développement du pouvoir d'agir des infirmières grâce à leur travail en équipes autonomes » (Cristolafo et al., 2021, p. 528).

Ainsi que

« L'objectif est de réduire le besoin de soins et d'aider les patients à retrouver leur dignité, à retrouver de l'autonomie (empowerment du patient). Une mission, chez Buurtzorg, est considérée comme un succès à partir du moment où les infirmières ne sont plus nécessaires, et que les patients prennent soin d'eux-mêmes » (Auger et Grenier, 2022, p. 3).

En France, les associations « Soignons humain » (<https://www.soignonshumain.com/>) et « Alenvi » (Alenvi : [page d'accueil](#)) s'inspirent du modèle de Buurtzorg pour rénover profondément les modèles dominants auprès des personnes âgées : dans les soins infirmiers (SSIAD, services de soins infirmiers à domicile) en prônant des équipes d'infirmières libérales autogérées et responsables (Soignons humain) ; dans les SAAD (service d'aide et d'accompagnement à domicile) pour Alenvi. En 2019, le collectif « L'humain d'abord » a été créé en regroupant ces deux associations, et d'autres structures pour promouvoir plus fortement le modèle de Buurtzorg (<https://www.collectiflhumaindabord.fr/>) (Ibid.).

Cet intérêt pour ce modèle et ses déploiements en France est renforcé par un nouvel ensemble de principes managériaux qui pénètrent le champ des SAAD, autour des vocables d'entreprise libérée, d'organisation démocratique (Dupuis, 2020), voire par extension du modèle de l'hôpital « Magnet » (aimant, avec son double sens d'une organisation qui aime ses salariés et qui les retient) (Sibé et Alis, 2016).

Le contexte généré par la crise sanitaire

La crise sanitaire a mis en avant la nécessité d'une plus grande autonomie des intervenants, faisant autant que faire ce peut, en lien avec les middle-managers, pour assurer la continuité du service. Pourtant, le retour « à la normale », ainsi que l'enjeu immédiat de recrutement, semblent donner moins d'importance au modèle de l'équipe autonome. Et si un SAAD avait lancé un tel projet dès 2019, pour le redynamiser depuis 2022, que quelques-uns cherchent des voix de rénovation différentes (mais visant finalement les mêmes enjeux principaux que ceux de Buurtzorg), beaucoup semblent réticents, voire réfractaires, au moins, au terme même d'équipe autonome. Et quand nous les interrogeons sur le spectre de l'autonomie, c'est quasiment uniquement sur l'organisation du planning des interventions au sein d'une équipe que le mot Autonomie est associé.

Il est fort à parier que depuis, les retours d'expérimentations et d'évaluation ont circulé, montrant que ce changement de modèle managérial est bien plus qu'une simple « recette facile » : supposant de repenser le rôle des middle-

managers (voir de créer de nouvelles fonctions), de former et d'accompagner ceux-ci et les intervenants au changement, parfois de se doter d'outils spécifiques, de déployer par étapes successives (expérimenter avant de stabiliser) le modèle retenu par le SAAD.... et en se donnant au moins deux ans. C'est à ces conditions que les modèles dits de plus grande autonomie des équipes pourra tenir toutes ces promesses.

Retour sur l'expérimentation menée au sein d'un SAAD

Alors qu'une première équipe autonome (EA) avait été mise en place en région PACA en 2019, ce n'est qu'en 2022 que le SAAD reprend la poursuite de sa stratégie managériale en lançant le mot d'ordre : 22 EA pour 2022 » au niveau national.

Nous avons pu rencontrer et interroger différents middle managers de trois agences en PACA, sur la base des hypothèses suivantes qui ont guidé les entretiens :

- le middle manager a développé de nouvelles compétences pour accompagner le travail des équipes autonomes.
- le middle manager a développé de nouvelles compétences en termes de coordination et de capacité à développer un réseau partenarial sur les territoires.
- le middle manager sait se positionner par rapport aux équipes autonomes.
- le middle manager a pu ou envisage de développer de nouvelles compétences et activités suite à la mise en place des équipes autonomes.
- les équipes autonomes ont une compréhension claire du rôle des middle manager à les accompagner.

Chez ce SAAD, l'EA est composée de 6 à 8 intervenants, relevant d'un même middle manager, appelé Coordinateur de parcours (des bénéficiaires). L'équipe est à ce jour constituée sur la base du volontariat, en tenant compte des (bonnes) relations entre les intervenants intégrant une équipe (« *les équipes se forment par affinité* »), et en équilibrant autant que possible les situations dites « lourdes / plus légères » auprès de qui l'équipe aura à intervenir.

Globalement, chaque EA a pu bénéficier d'une courte formation (quelques heures) à l'outil Planification et aux règles essentiels du droit du travail (connaissances relatives aux heures travaillées, aux congés, aux règles de repos... nécessaires pour établir un planning). Cette formation était en visio et s'est révélée insuffisante ; elle est désormais complétée par des formations complémentaires, un accompagnement (dans le cadre d'un projet de recherche) pour certaines EA en région, et des temps d'échanges pour partager les pratiques et les questions / réponses. Enfin chaque EA dispose de 4 heures de réunions par mois pour se réunir entre intervenants et préparer le planning, rencontrer le middle manager et valider le planning ⁽⁶⁾.

⁶ Les premières EA bénéficiaient de 5h de réunion.

A noter que dans les agences, des intervenants restent hors EA. Non seulement tous ne souhaitent pas intégrer ce nouveau modèle de management ; et d'autre part ils permettent une flexibilité dans l'organisation du planning général de chaque agence.

Les middle-managers ont eu quelques formations (courtes, en visio) pour appréhender leur fonction et leur accompagnement des EA. Ce n'est que sur 2023, alors que le nombre d'EA va croissant, que des temps de réunions sont organisés.

Les entretiens avec les middle managers ont permis d'identifier les points d'attention suivants :

Quant aux intervenants

- L'argument majeur de la mise en place d'une EA est le renforcement du sens au travail pour les intervenants, redonner plus de reconnaissance au métier, et dynamiser le recrutement (ou renforcer la rétention des salariés).

Mais force est de constater que cet argument serait davantage sensible pour de nouvelles embauches, mais pas forcément pour les salariés en place.

- Le passage en EA ne va pas de soi pour les intervenants : crainte de tout changement (quelque soit l'ancienneté de la personne), argument de la zone géographique plus restreinte de travail peu sensible ; alors que la montée en compétences et les nouvelles responsabilités ne sont que très faiblement compensées par une revalorisation salariale.

De même les salariés avec des contrats à faible heure mensuelle ne sont pas intéressés à passer en EA.

Quand le projet EA fut présenté, le terme était peu évocateur pour certains intervenants, et par « *peur que la charge de travail soit importante et pas qu'ils ne soient pas assez formés pour absorber la charge de travail* ».

- La responsabilité nouvelle de l'EA concerne à ce jour l'élaboration du planning, qui est toujours validé en fin de mois par le middle-manager ; ainsi qu'une autonomie dans la gestion des absences et des remplacements (toujours sous le contrôle du middle-manager, dans cette période où les EA n'ont pas encore acquis une maturité dans leur organisation et leur fonctionnement).

L'acquisition de cette nouvelle responsabilité demande au moins 6 mois (voire une année).

Dès lors, l'évolution de l'EA vers d'autres activités, telles que : être source de proposition pour recruter de nouveaux collègues, prospecter et intégrer de nouveaux bénéficiaires (notamment par des relations plus étroites avec d'autres professionnels du territoire), pourra advenir plus tard.

A ce stade d'avancée de la mise en place des EA, l'essentiel est pour un middle manager que les intervenants « *doivent être autonomes sur le planning, la remontée d'information, le suivi de l'évolution de la situation du bénéficiaire* ». Ainsi doivent-ils « *savoir faire la différence entre : a) ce qui est urgent ; b) ce qui ne l'est pas (normal / pas normal)* ».

- L'acquisition des compétences nécessaires à fonctionner en EA demande un accompagnement important de la part du middle-manager : « *pas encore d'automatisme à ajuster le planning en fonction des jours fériés ; des repos sur week-end...* ».

55 sur 125

Par contre, l'expertise à faire remonter une information plus précise et plus complète sur le bénéficiaire semble s'acquérir plus rapidement touchant en effet le cœur du métier de l'intervenant. Pour autant, cette expertise demande à être renforcée par des formations (ou échanges de pratiques) telles que, par exemple : « *mieux repérer ce qui se passe dans les habitats (salubrité, ergonomie...)* » ; « *savoir quand (et si opportun) prendre contact avec la famille, l'infirmière* ».

Quant aux middle-managers

(ici les coordinatrices de parcours, responsables des EA).

- La prise de fonction ne va pas non plus de soi, d'autant qu'un même middle manager gère des EA ainsi que des intervenants non intégrés dans une équipe.
Il doit donc déployer deux types de postures managériales, dès lors que la fonction de coordinateur d'une EA appelle une nouvelle posture professionnelle (souvent appelée « coach » dans le langage Buurtzorg).
- La définition de cette posture n'est pas facile : « *On est plus Accompagnateur que Manager* » ; mais la question est sensible durant la phase de maturation de l'EA, quand l'accompagnateur exerce encore un rôle de « contrôle » et de validation. Le passage à la supervision suppose une réelle autonomie expérimentée de l'équipe.
Ainsi : « au début, l'erreur c'est que je n'étais pas dans l'accompagnement, je n'étais pas positionné comme accompagnatrice mais comme manager »... « parce qu'on ne change pas sa posture qu'on a acquis sur dix ou 20 ans d'expérience » ; et que « je ne me rappelle pas qu'on ait eu un guide » (sur la fonction). C'est davantage « en faisant » que les middle managers appréhendent les contours de leurs nouvelles fonctions. L'organisation de temps de réunions plus formels à partir de 2023 est attendue.
- Cette fonction suppose de développer de nouvelles compétences :
 - Savoir repérer d'éventuelles tensions au sein d'une équipe, ou des situations d'iniquité (quand par ex., les heures en week-end sont chargées sur une même intervenante).
 - Savoir « *les sécuriser, les rassurer... c'est plus du soutien moral* ».
- La principale satisfaction est double :
 - Du fait d'une meilleure remontée d'information sur les bénéficiaires, les échanges avec l'EA sont plus éclairés et plus constructifs pour définir s'il y a lieu de déclencher une nouvelle visite à domicile, contacter la famille, ou envisager une révision du plan d'activité,
 - Si les middle-managers n'ont pas encore trouvé le temps nécessaire pour développer de nouvelles activités en lien avec les acteurs du territoire, ils disent tous : « *je suis moins dans l'urgence* » ; « *j'ai l'impression de faire les choses de manière moins bâclée* ».

Pour autant, un nous déclare : "*on est plus impliqué dans les appels à projets, dans des offres de services puisque là on a il y a eu le soutien, participé dans le projet de service sur l'aide à la personne dans les aidants (un projet national)*"

Echanges durant la journée des ateliers du 3 mai

Les échanges ont porté sur les éléments suivants :

56 sur 125

Modéliser l'organisation des SAAD en période de crise

- L'acquisition de la posture d'accompagnement de l'EA.
Ainsi, « la posture « petit chef » : cela tue !!! il faut savoir faire du recadrage positif en les responsabilisant. C'est une technique qui s'apprend ».

POP SAAD pour l'ANSA - Décembre 2022

L'attention est portée sur le nécessaire accompagnement au changement managérial du middle-manager, par des formations, mais surtout par un accompagnement au fil de l'eau, en mettant en place des réunions d'échanges de pratiques et de conseils.

Ce dernier format est d'autant plus important quand il s'agit de mieux appréhender des situations délicates. Les thèmes d'acquisition de compétences sont : les techniques de communication non violente, savoir organiser ses priorités, savoir gérer son temps

Pour autant, les participants relèvent qu'il est peu habituel dans le secteur d'investir dans la formation sur le management local.

- Les participants s'interrogent sur les modèles diffusés dans le secteur, tels que le modèle Kaizen, ou du Lean Management qui est avant tout un modèle développé pour l'organisation industrielle. Au-delà du principe de propositions innovants « par le bas », dans quelle mesure un métier de service peut-il s'approprier de tels modèles, qui visent à réduire le trop de ressources (rappelons que Lean signifie « amaigri »).
- Ils témoignent sur leur participation à des réunions visant à enrichir leurs pratiques. Si c'est nécessaire, la bonne gestion de ces réunions est un sujet d'attention : quand l'ordre du jour ou l'objet ne sont pas toujours clairement annoncés (« *on a l'impression de perdre son temps* »).
- Quelques SAAD notent que ce sont davantage les intervenants avec le plus d'ancienneté qui seraient intéressés à participer à des réunions en agence. Les plus jeunes auraient davantage « *un esprit cow-boy* », naturellement moins fidèles à une organisation (génération Z).

Le travail en mode « post-it » a particulièrement bien fonctionné durant cet atelier. Ce qui donne les éléments suivants :

Que signifie l'EA pour vous ?

Continuité du service et fierté du métier
Autonomie et supervision
Culture prestataire
Expérimenter & évaluer
Poser les marges d'ajustement
Evolution des autres échelons

Ce qui fonctionne

Meilleure écoute sur des situations difficiles
Laisser le salarié être force de proposition
Proximité avec les salariés du terrain
Groupe d'analyse des pratiques professionnelles : 1 fois par mois
Réunions trimestrielles avec encadrants et intervenants
Les remplacements entre membre de l'équipe
Stabilité de l'équipe
Sectorisation de l'équipe, réduction des temps de déplacement
Meilleur suivi des plans d'aide

57 sur 125

Ce qui ne fonctionne pas

Imposer un planning qui ne fonctionne pas

Arrêt maladie

Quand pas l'adhésion des salariés

Le double rôle de la responsable

Temps de coordination en face à face toujours lourd

Turn-over de l'encadrement

Objectifs de nouvelles pratiques managériales. Pourquoi ?

Véritable accompagnement professionnel du parcours

Transmission de compétences

Progression dans la délégation

Optimisation des ressources humaines

Continuité de service

Redéfinition des rôles

Aller vers le service autonomie

Faire évoluer les compétences du MM

Evolution de la fonction du MM vers le « care manager » et davantage de suivi de parcours.

L'autonomie jusqu'où ? vers un centre de profit ?

Comment ?

Entretiens réguliers avec les intervenants

Prise en compte de la pénibilité

Formation

Sensibiliser sur la désorganisation en cas d'absence

Mise en place de réunions collectives à la place des RDV en face à face

Faire évoluer le rôle et les compétences du MM

Aller vers l'extérieur

Réunions pour parler de la situation des bénéficiaires.

Formation au management.

AZURERO : LES PRATIQUES ET MODELES POUR LA COORDINATION TERRITORIALE

Voir annexe 3

Présentation

Azurezo est un outil innovant s'adressant aux professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social. Cet outil est transposable au secteur du domicile mais très peu ou pas identifié par les SAAD.

L'outil permet aux professionnels d'échanger de l'information de façon sécurisée et optimise de ce fait la coordination des prises en charges et la collaboration entre les différents professionnels. L'application est conçue, chiffrée et sécurisée pour permettre d'échanger des données de santé. L'outil est disponible depuis un mobile ou un ordinateur.

L'outil dispose de deux modules complémentaires :

- Une discussion : messagerie instantanée sécurisée commune pour tous les professionnels du parcours de santé en Région SUD.
- Un dossier de coordination : service de partage interprofessionnel des données de prise en charge, de soins et d'aide, de services et informations utiles à la coordination.

Il permet notamment de :

- Retrouver des professionnels dans l'annuaire (Répertoire Opérationnel des Ressources),
- Créer des conversations individuelles ou de groupe entre professionnels inscrits dans le ROR,
- Échanger de l'information autour d'une thématique (ex : vaccination covid ; groupe de travail Soins Non Programmés),
- Échanger de l'information autour de patients/ usagers (ex : obtenir rapidement un avis médical),
- Partager des documents et des photos,
- Retrouver le cercle de soins de l'utilisateur,
- Échanger avec les appels vidéos.

Contexte de la crise sanitaire

Le projet MOSTRA a permis d'observer la coordination peu ou prou développée pendant la crise Covid-19 qui s'est révélée être de quatre ordres :

- Une coordination pour maintenir des interventions au domicile, dont l'objectif premier était d'éviter l'isolement des bénéficiaires,
- Une coordination pour faire circuler l'information entre intervenants et IDE (et autres professionnels), dont l'objectif premier était de connaître et suivre l'évolution de la situation du bénéficiaire,
- Une coordination avec des pharmacies (ou autres) sur du matériel : masques, gels..., dont l'objectif premier était de mutualiser la logistique.

Cependant, nous n'avons pas observé de coordination structurée entre SAAD, mais un renforcement de la coordination au sein mêmes des SAAD (notamment pour les remontées d'informations).

Or, si la crise a révélé l'importance de renforcer la coordination sur le territoire, force est de constater que les « bricolages partenariaux » opérés durant la crise sanitaire n'ont que peu survécu au retour « à la normal ». Quatre hypothèses se dégagent des entretiens exploratoires :

- Les SAAD étant surtout centrés sur la gestion en interne, préoccupés de recruter ou de maintenir leur effectif,
- Un manque d'expertise et de connaissances précises des acteurs du territoire (nature, rôles respectifs),
- Et partant une posture et une expertise des middle-managers qui les orientent davantage vers un travail en interne que sur le territoire,
- Enfin, la coordination avec les acteurs du territoire, pourtant préfigurant les Services Autonomie, n'est pas toujours perçue comme un enjeu stratégique.

59 sur 125

Modéliser l'organisation des SAAD en période de crise
PSP PACA pour la CNSA – Décembre 2023

Pourtant, la mise en œuvre des parcours de prises en charge, des outils de coordination (des DAC, des Plateformes de Coordination et d'Orientation - enfance handicap, etc...) obligent les SAAD à trouver leur place dans tous les dispositifs de parcours et de coordination autour de la personne âgée.

Une enquête a permis d'identifier un outil numérique de coordination connu et utilisé par un nombre très insuffisant de SAAD : AZUREZO, une plateforme de coordination numérique pour accompagner au mieux la prise en charge du patient.

Echanges durant l'atelier du 3 mai

AZUREZO a été présenté comme suit : « *Identifier les catégories d'acteurs du territoire avec lesquels vos structures travaillent (habituellement ou plus occasionnellement) ; repérer les modalités de « partenariat » (formel, informel) ; comment faire que ces relations contribuent à un meilleur accompagnement de vos bénéficiaires et au renforcement de la coordination sur le territoire ?* »

Les échanges ont montré un intérêt certain pour AZUREZO :

- L'interconnexion entre différentes bases de données, et permettant une meilleure circulation de l'information autour des bénéficiaires,
- Le programme OSCAR

Par contre, les points suivants ont fait l'objet de doutes :

- Le rapprochement entre SAAD ou avec d'autres professionnels pour aller dans une logique Prévention n'est pas toujours perçu comme nécessaire.
Faut-il rappeler que la nouvelle « crise » est celle du recrutement et de la fidélisation du personnel salarié. Tout ce qui peut contribuer à renforcer le sens au travail, directement, semble privilégié.
- Les échanges professionnels restent encore une « inconnue », puisque peu mis en œuvre.
Les échanges de (bonnes) pratiques ont manqué durant l'atelier. Elles restent à collecter ; ce que nous ferons en vue de la dernière étape du projet (recommandations pour diffusion).
- Une certaine réticence, déjà évoquée, à une digitalisation accrue et à l'usage des objets connectés.
- Enfin, l'attention à bien rester dans le cadre du DMP, tel que son déploiement actuellement porté par l'ARS PACA.

Des pistes et des questions ont été évoquées :

- Envisager l'utilisation d'AZUREZO dans le cadre de la réforme en cours SAAD-SSIAD, et pour préparer l'arrivée des Services Autonomie.
Ce qui a suscité de nouvelles questions : quelle sectorisation et coordination ? Nécessité de regroupements de SAAD pour mutualiser les ressources humaines et financières (et de temps), changement nécessaire pour répondre aux nouveaux enjeux portés par cette réforme.
- Encourager fortement les SAAD à questionner leur modèle stratégique de développement et de positionnement.
Comment se préparer à la diversification de leur offre de services ?
Comment réviser leur structure de gouvernance, si par exemple des partenariats doivent être renforcés, ou une grappe à intégrer (réseau régional de SAAD) ?
Sur quels critères peut-on identifier et retenir différentes formes de partenariats, voir aller vers une gouvernance intégrée ?

- Faut-il aller vers un nouveau référentiel métier, pouvant remplir les missions de l'aide à domicile ou de l'aide-soignante ?

Dans tous les cas, cela suppose de proposer des formations adaptées aux mutations des modèles de management ; tant aux intervenants qu'aux middle managers pour accompagner le changement.

Pour approfondir la question de la saisine des dispositifs par les structures, nous avons conduit un entretien avec la société RADEAU (portage de repas). Depuis une dizaine d'année, la structure se mobilise pour freiner la (ré)hospitalisation des bénéficiaires à domicile et pour cela a suivi les différentes évolutions (MAIA, PTA (plateforme territoriale d'appui et aujourd'hui le DAC (Dispositif d'appui à la coordination)) et notamment les avancées informatiques ; l'ARS s'étant tourné vers AZUREZO pour coordonner les structures du médical et médico-social. Avec la base AZUREZO, la structure peut savoir si un bénéficiaire est hospitalisé ou non et faire un signalement de fragilité auprès du DAC et des différents intervenants avec ses fiches de suivi. A terme, RADEAU souhaiterait pouvoir rentrer tous les bénéficiaires dans AZUREZO. Pour cela la structure attend une validation des services juridiques pour avoir l'autorisation du bénéficiaire de diffuser des informations. RADEAU se dit également très intéressé par l'outil ICOPE Monitor pas encore déployé sur le territoire. L'outil ICOPE Monitor est perçu comme facilitant pour mobiliser les SAAD et structures médicales sur le dispositif AZUREZO ; Ce qui manque aujourd'hui est une véritable coordination des acteurs autour de la base de remontées et partage d'informations. L'enjeu pour la structure est également financier. RADEAU estime une perte d'1 h par jour à « chercher » (appels téléphoniques) les bénéficiaires qui ne se trouvent pas au domicile au moment de la prestation. Si toutes les absences ne s'expliquent pas par une hospitalisation, elle est une des causes principales.

Sur la question du développement de son offre de services et renforcement de la coordination des territoires, le travail en mode « post-it » durant cet atelier a souligné beaucoup de points de perplexité. Ce qui donne les éléments suivants :

Ce qui fonctionne

Interconnexion
Casser les dynamiques
Dispositif OSCAR
Complexité
Pole info sénior ; DAC ; SSIAD
Coordination SAAD – autres professionnels – familles
Mutualisation des achats (EPI durant la crise)
Qualité de l'offre de service
Coordination avec les travailleurs sociaux

Ce qui ne fonctionne pas

Limites des outils
Cas complexe sans solution
IDEC dans un SAAD, une grosse inconnue
Cohérence des dispositifs
Difficultés de personnel notamment
Manque d'IDE de nuit
Coordination avec médecins et travailleurs sociaux MDPH
Logiciels métiers
Manque d'attractivité

61 sur 125

Retours d'expériences des structures - objectifs

Visites dans les établissements

Rapprochement avec les SSIAD – Développer des pratiques de prévention commune

Réflexion d'un projet SAAD-SSIAD 2023-2028

ESMS numérique

Comment ?

Bureau commun

Prise en compte des aides

Réunions organisées avec le Pôle info sénior

Développement d'objets connectés

Pratiques qui feraient consensus ?

Appui dans la coordination

Comment ?

Laisser la place aux familles

SPASAD intégré

Savoir se coordonner pour passer en Services Autonomie

Outils sécurisés

Informations et montée en compétences

Partenariat avec SSIAD

Regroupement SAAD pour mutualisation (exemple dans le 06)

CONCLUSION DU PROJET ET PERSPECTIVES

LA CAPACITE DES SAAD A PRIORISER ET A REpondre A L'ENJEU DES SERVICES AUTONOMIE.

LE GUIDE D'ACCOMPAGNEMENT METHODOLOGIQUE A LA TRANSFORMATION DES SAAD

SYNTHESE DES ELEMENTS D'ANALYSE ET REponse AUX OBJECTIFS DU PROJET

Nous identifions ici les éléments de recommandations pour soutenir la capacité des SAAD à mieux prioriser leurs interventions en situation de crise, et à mieux répondre au déploiement des Services Autonomie. Des ingrédients sont communs, que nous listons également. Nous identifions finalement des freins que les SAAD nous ont indiqués.

Ces éléments seront repris dans le guide que nous présentons dans le second temps de cette conclusion.

RENFORCER LA CAPACITE DES SAAD A PRIORISER LEURS INTERVENTIONS EN SITUATION DE CRISE.

Savoir faire sens de la situation et de l'action à mener.

La crise, quel que soit sa durée, est destruction du sens que chacun a de son environnement et de son organisation. C'est, avec Weick (1995), la nécessité de maintenir l'action collective qui permet à un collectif de se redonner un sens à l'extraordinaire qui advient.

L'action a été maintenue par ce désir de métier (Osty et Dahan-Seltzer, 2006) des intervenants (et des middle-managers) qui déploient des efforts considérables pour assurer autant que possible la continuité de service.

Mais cet investissement, salubre et à saluer, ne peut permettre de construire le sens de ce qui se passe qu'à quatre conditions que nous avons exploré et documenté :

- 1° condition : faire circuler une information utile. Ce qui est permis par l'utilisation des différents outils de remontée de l'information ;
- 2° condition : maintenir le collectif de travail ;
- 3° condition : savoir s'appuyer sur les savoirs expérientiels des bénéficiaires ;
- 4° condition : porter attention au middle-manager.

Nous discutons ci-après des deux premières conditions. La 3° condition reste, selon nos observations, un ingrédient très peu familier des SAAD. Nous ferons alors des propositions par la suite.

1. Savoir structurer la remontée et la circulation de l'information. Différencier les différents outils

La crise a également mis en évidence comment les intervenants se sont investis pour faire remonter des informations à leur middle-manager. Mais avons-nous analysé combien celles-ci s'étaient souvent peu pertinentes, car non structurées ; voire pouvaient épuiser le middle-manager par cette surcharge informationnelle.

De même, cet investissement peut utilement alimenter la construction de sens au regard des cinq propositions suivantes :

- 1° proposition : disposer d'un outil spécifique pour repérer tout changement dans la situation du bénéficiaire.

Le projet nous permet de proposer la fiche dite de liaison (voir annexe 3). Elle est construite sur un nombre limité d'items, considérant qu'il est préférable de remplir un outil simple d'usage, que de disposer d'un outil complexe et « complet » qui sera peu utilisé.

- 2° proposition : comprendre clairement l'objet et l'utilité des différents outils dits de remontée d'information.

Il est fréquent d'entendre des SAAD et des intervenants en particulier, qu'ils sont « surchargés » d'outil d'information dont ils ont du mal à comprendre l'utilité.

L'inflation dans l'outillage managérial est bien connue et bien documentée dans le champ de la santé (tout comme dans beaucoup d'autres champs d'activités), et il n'est pas de notre intention de le commenter.

Par contre, nous confirmons que plus les organisations prennent un temps de discussion et d'échange pour « mettre au travail » l'objet des différents outils, plus elles pourront les différencier et comprendre l'intérêt d'un tel outillage, notamment dans leur contribution à une meilleure traçabilité et participation au parcours de santé du bénéficiaire.

Le projet a permis de mettre en discussion trois orientations d'outils :

- L'outil du quotidien, qui trace ce qui est fait au quotidien chez le bénéficiaire, et qui reste à son domicile. C'est le cahier de liaison ;
- L'outil du temps plus long, pour repérer d'éventuels changements qui peuvent être alertant (logique de la prévention) ou qui permettent de prendre des décisions de type « priorisation ». C'est la fiche de liaison ; ce peut-être aussi l'objet d'ICOPE pour ce qui est d'une vigilance partagée sur des capacités restantes ou sur un changement de ces capacités. Cet outil peut également être partagé avec les professionnels de santé présents autour du bénéficiaire.
- Et enfin l'outil de la coordination, qui formellement organise la place et le rôle du SAAD dans la coordination de parcours. Cela peut être l'outil AZUREZO.

- 3° proposition : être en lien avec les autres professionnels intervenant auprès du bénéficiaire.

Cette condition complète ce qui précède ; mais nous n'hésitons pas sur ce rappel, tant que les SAAD (en général) restent encore centrés sur leurs propres activités, et n'ont qu'une connaissance partielle et peu

opérateur, des autres professionnels, avec qui ils sont amenés à être en coordination, voire en coopération, avec la mise en place des Services Autonomie.

La période de retour « à la normale » nous a montré combien tous les « bricolages », souvent informels, d'entraide et d'information mutuelle, avec les professionnels du territoire durant la crise, a peu sédimenté.

- 4° proposition : former le middle-manager à savoir recevoir l'information et savoir quoi décider en fonction des informations collectées.

Tous ces outils sont et doivent être bien compris comme une aide à la décision, et non pas un quasi-producteur de décision.

Ceci suppose la formation des middle-managers à faire sens de l'information reçue et à savoir quelles décisions prendre.

Ceci suppose également de positionner le SAAD dans le tissu partenarial du territoire, notamment en travailler avec les dispositifs de proximité identifiés par les SAAD (par ex. CPTS et DAC, que nous avons convoqué, notamment à cet effet, lors de la journée des ateliers du 3 mai).

- 5° proposition : préserver l'échange intervenant – bénéficiaires, entre intervenants et entre intervenants et middle-managers.

Ici, nous trouvons opportun de rappeler trois ingrédients déjà mentionnés, et développés par la suite :

- Toute information structurée dans un outil n'épuisera jamais l'apport essentiel d'une connaissance plus qualitative, plus informelle, et enrichie par le recours aux savoirs expérientiels des bénéficiaires, qui ne peut circuler qu'oralement ;
- L'importance dès lors à maintenir des échanges dans des collectifs de toute nature.

2. Maintenir des collectifs de travail pour donner du sens aux outils et aux situations comme vecteur de valorisation des expertises

Nous savons combien tout un chacun s'approprie un outil dès lors qu'il se sent valoriser par cette prise en main. Mais l'activité même des SAAD, pluri-acteurs, fait que cette construction doit être collective. A savoir que chaque professionnel peut comprendre (plus ou moins) différemment l'outil qu'il utilise, dès que le sens est collectivement travaillé et discuté. Ce qui permet un partage des connaissances et des compétences, un langage commun, et une meilleure appropriation dès lors qu'il a été élaboré ensemble.

Ceci prévaut tout autant quand il s'agit de donner un sens aux situations vécues, comme nous l'avons expliqué plus haut. Plus précisément ici, il s'agit pour les intervenants et les middle-managers d'agir et de continuité l'activité pour, pas à pas, définir ensemble ce que signifie « prioriser une intervention » (pourquoi, pour quoi, comment).

Le projet permet de formuler les propositions suivantes :

- 1° proposition : le collectif de travail peut prendre différentes formes, plus ou moins formelles. C'est toujours une affaire sérieuse, qui n'est pas totalement naturelle (l'organisation ne fait pas automatiquement collectif) et qui demande donc des ressources et du temps pour être construits et maintenus.

Nous pouvons citer trois formes : l'équipe autonome, le groupe d'analyse des pratiques professionnelles (GAPP), la communauté de pratique (CoP, Wenger et al., 2002) ou encore l'équipe projet (ou de conception).

Nous discuterons de la première par la suite. Le GAPP est davantage habituel dans le champ médico-social et social. Par contre, la CoP, malgré l'ancienneté du concept et sa popularité dans différents pans d'activité, se révèle encore un « objet étrange » dans notre champ (7).

Un apprentissage de ces différentes formes de collectifs de travail reste encore à promouvoir.

- 2° proposition : le collectif animé pour être source de valorisation et de reconnaissance (en interne et vis-à-vis de partenaires extérieurs)

Quel que soit sa forme et son objet, la participation des intervenants et/ou des middle-managers orientée vers l'expression de leurs expertises et l'échange constructif est un élément essentiel pour que les collectifs deviennent des environnements favorables à la construction de sens dans la crise.

Plus précisément, nous avons noté combien la participation des intervenants dans des ateliers d'intelligence collective pour construire ensemble le cahier de liaison révisé ou la fiche mensuelle de liaison avait été un élément essentiel à l'appropriation de l'outil et une source de satisfaction pour ces professionnels.

Ils se sont sentis écoutés, ont acquis que leurs expertises comptaient, y compris dans cette phase de conception, à l'encontre des situations habituellement vécues où l'outil leur est imposé.

Ces collectifs sont d'autant plus importants qu'ils permettent de faire circuler cette information informelle, difficilement réductible à des items à cocher dans un outil, et dont nous avons déjà dit l'importance. Ils permettent aussi de faire circuler des pratiques invisibles, mais qui pourtant donnent sens et consistance au métier de l'intervention sociale au domicile.

Enfin, ces collectifs sont sources d'apprentissage et de socialisation. Ces deux points sont extrêmement importants :

- L'accompagnement des bénéficiaires est constitutif d'imprévus auxquels il faut apprendre à répondre (fondement de la servuction) ;

Alors que les tensions actuelles sur les ressources humaines, les entrées et sorties) fréquentes de salariés, obligent de plus en plus à maintenir et enrichir la mémoire organisationnelle ;

- La socialisation d'un nouveau salarié n'est pas facile dans l'organisation des SAAD dont la très grande partie de l'activité est décentralisée au domicile des bénéficiaires.

⁷ Corinne Grenier anime le volet scientifique du projet CoP START (porté par l'ANCREAI et financé par la CNSA). Nous constatons sur ce terrain des professionnels des TND que le concept de CoP n'est pas encore très bien connu.

Pourtant, les témoignages des SAAD ont montré combien une meilleure socialisation, ou encore une meilleure intégration d'un nouvel intervenant, ou un remplacement effectué dans de bonnes conditions, participent de la qualité du service, et rassure tant le bénéficiaire lui-même que ses proches aidants, ainsi que les acteurs institutionnels (et en particulier un conseil départemental).

- 3° proposition : le collectif doit permettre un environnement de travail capacitant.

Cet environnement est qualifié comme tel dès lors qu'il permet « *aux personnes de développer de nouvelles compétences et connaissances, d'élargir leurs possibilités d'action, leur degré de contrôle sur leur tâche et sur la manière dont elles les réalisent, c'est-à-dire leur autonomie* » (Fernagu-Oudet, 2012, p. 12).

Différents ressorts ont été identifiés dans la littérature, tels que : la bienveillance, la formation à l'écoute et à la parole constructive, la mise à disposition d'outils ou de ressources (espace, temps), et l'animation, reposant avant tout sur l'art de faire circuler la parole.

Nous avons identifié un ressort complémentaire : le langage commun, qui permet de mieux se comprendre. Les SAAD ont eux-mêmes identifiés que l'utilisation avec sens d'outil, ou la participation à des groupes de travail, permet la construction de ce langage commun.

Ici, il ne s'agit de dire que tout un chacun va « parler de la même manière », ce qui serait contradictoire avec l'essence de nos propos, qui porte au contraire à la reconnaissance de l'expertise de chacun (et donc des mots qu'il utilise pour en parler).

Nous préférons nous référer aux travaux de Carlile (2004) qui distingue trois natures de connaissance (ou langage) permettant de se comprendre :

- Le langage syntaxique : c'est la compréhension littérale du mot et des acronymes,
- Le langage sémantique : c'est la compréhension des représentations sur l'environnement et les personnes véhiculés dans les mots qu'on utilise,
- Le langage pragmatique : c'est la compréhension de « qui fait quoi » au travers de ce que les uns et les autres expriment.

Si nous devons illustrer ces propos, nous pouvons dire que nous avons repéré combien les intervenants, dans les ateliers collectifs que nous avons mis en place pour élaborer des outils (le cahier de liaison ou la fiche mensuelle de liaison) :

- Langage syntaxique : dans l'explication de termes spécialisés ou techniques,
- Langage sémantique : que signifie « un bénéficiaire ayant deux passages à son domicile par semaine » : est-ce la représentation d'une forme de solitude, ou une situation qui peut convenir à celui-ci ?
- Langage pragmatique : quand les intervenants se questionnaient sur certaines informations à indiquer (tel que : « alcoolisme »), ne sachant pas qui allait traiter cette information.

- 4° proposition : des collectifs pour faire adaptabilité.

La crise suppose de se réorganiser rapidement, et souvent en permanence tout au long de sa durée. S'il est difficile pour les organisations, notamment de taille importante, d'opérer de tels changements, elle peut néanmoins retrouver cette capacité par le jeu de ces collectifs de travail, plus souple, plus faciles à mettre en place, voire dans des modalités et schémas variables selon les territoires d'intervention.

Dès lors, maintenir la capacité des SAAD à créer et animer des collectifs, contribuera, aussi, à sa capacité à faire face à la survenance de la crise.

Le modèle de l'équipe autonome ?

Nous avons souligné combien ce modèle « à la mode » rencontrait des réticences de la part d'un grand nombre de SAAD. Pourtant, tous étaient désireux de rénover leur mode managérial, voire en comprenaient bien la nécessité pour être plus attractifs.

Nous retenons ici, par cet exemple, ce qui va constituer notre approche du guide méthodologique de diffusion et d'appropriation : non pas un « prêt-à-utiliser » les outils et pratiques que nous avons analysées, mais une analyse de leurs constituants (ou ingrédients) qui, réagencés au regard de l'histoire du SAAD, de sa taille, de ses activités, de sa culture managériale (etc), feront capacité à faire face à la crise ou à se transformer en Service Autonomie.

3. Comprendre et s'enrichir des savoirs expérientiels des bénéficiaires ⁽⁸⁾.

Pour Borkman (1976), les savoirs expérientiels du patient sont « *une vérité apprise par l'expérience personnelle d'un phénomène plutôt qu'une vérité acquise par raisonnement discursif, observation ou réflexions sur des informations fournies par d'autres* » (p. 446). C'est donc la personne elle-même qui en reconnaît la valeur et la « validité », par une pratique longue et répétée d'un questionnement sur ce qu'elle vit, et reposant sur une activité réflexive de ce qui est vécu). Leur construction est étayée ou permise par des dispositifs tels que des groupes d'expression (entre pair par ex., ou avec des professionnels) pour favoriser une compréhension construite, structurée des situations vécues. Il ne s'agit donc pas d'une « pure et simple compilation des situations de vie passées » (Godrie, 2016, p. 37).

Nous formulons ici, deux propositions.

- 1° proposition : la reconnaissance des savoirs expérientiels des bénéficiaires.

⁸ Le projet initialement proposé prévoyait la mobilisation d'un chercheur spécialisé dans le recours aux savoirs expérientiels. Le très peu d'intérêt des SAAD pour cette question, et l'orientation du projet vers la question des Services Autonomie, nous a conduit à ne pas trouver opportun cette mobilisation. Pour autant, nous en défendons toute l'importance. Les savoirs expérientiels constituent ainsi un des ingrédients qui sera proposé à l'appropriation et la diffusion des résultats de ce projet. Cette question est cependant travaillée directement par Corinne Grenier, qui notamment participe à l'évaluation de la démarche EPoP (le recours aux savoirs expérientiels des PSH, portée par la Croix Rouge française), et qui, en raison d'autres travaux, a coordonné avec Luigi Flora et Frédéric Ponsignon un ouvrage à paraître sur cette forme de savoirs.

Tel que nous venons de les appréhender, les savoirs expérimentiels des bénéficiaires (et de leurs proches aidants) ne sont pas en concurrence avec l'expertise professionnelle des intervenants et des middle-managers, au contraire de ce qui est parfois entendu ou ressenti.

Mais cette notion reste complexe, repose sur des apprentissages et des formations. Elle est encore très peu appréhendée par les SAAD engagés dans le projet MOSTRA.

Pourtant, nous considérons qu'amener les SAAD à en saisir pour enrichir leur pratique et leurs services présente des enjeux importants :

- Une meilleure appréhension du bénéficiaire, notamment dans la logique de la Prévention (ou également pour une limitation du risque d'aggravation de la dépendance), « terrain » que les SAAD doivent investir, sans réellement savoir comment faire (même si le travail que nous avons mené avec ICOPE a permis d'avancer sur ce point) ;
- Un positionnement des SAAD dans le mouvement (peut-on dire dans le changement de paradigme) qu'entame le champ de la santé, vers la société inclusive, qui repose sur la reconnaissance que toute personne a (toute chose égale par ailleurs) la capacité et le désir de s'auto-déterminer, de dire et de faire par elle-même.

Définie ainsi, on peut percevoir le potentiel de valorisation de l'intervenant, qui sera réellement dans l'accompagnement à la re-capacitation de la personne.

- 2° proposition : étayer et valoriser le savoir d'expertise professionnels des intervenants

Il est important de reconnaître l'intervenant comme l'acteur de première ligne en capacité d'amener le bénéficiaire à formuler son vécu, et en capacité de repérer dans ces récits, tout autant que ce qui peut être observé du comportement du bénéficiaire (et de l'état du domicile) l'information pertinente qui est à noter dans le cahier de liaison ou qui sera remonté auprès du responsable de secteur.

Nous encourageons également les SAAD à s'appuyer sur ces savoirs d'expertise professionnels lors de l'élaboration puis le déploiement (et notamment durant la phase d'expérimentation) de tout projet de transformation.

Nous considérons que les outils et pratiques inspirants que nous proposons dans le projet sont des modalités adéquates pour les intervenants à faire valoir leurs savoirs d'expertise professionnels, à la condition qu'ils soient un support à la discussion entre l'intervenant et le responsable de secteur, chacun apprenant ainsi à savoir quoi et comment formuler la connaissance pertinente sur le bénéficiaire, et à élaborer ensemble toute éventuelle décision à prendre ou action à mettre en œuvre.

4. Porter attention au middle-manager

Alors que la « première ligne » a été pendant des semaines applaudies chaque soir de la première (voire seconde) vague de la crise, l'oublié était celui dans son bureau qui « tenait la boutique » ! Mais il en est de même dans beaucoup de processus de changement, qui portent davantage attention au top-management (leurs capacités à prendre des décisions stratégiques) et au low-management (la capacité à délivrer le service). Cette strate intermédiaire est négligée.

Pourtant, toutes nos expérimentations et nos analyses, tout comme nos entretiens, ont montré combien cette cheville ouvrière de l'organisation du travail devait être mise en considération ; au risque de surcharge physique et cognitive, et un turn-over également observé ces postes :

- Quelque soit les modèles de management qui peuvent être retenus, c'est un changement de posture et de rôle qui constitue un passage obligé de toute capacité de l'organisation à faire face à la crise (et à se transformer en Service Autonomie).

Dans tous les cas, les SAAD doivent faire avec la poussée des intervenants pour davantage de reconnaissance, d'expertise, d'élargissement de leurs tâches (enrichissement du travail) et de plus d'autonomie.

- Ce qui oblige naturellement à déplacer la zone d'intervention et de compétence du middle-manager.

Nous donnons ici à titre d'illustration des exemples cités par les SAAD :

- Participer à la coordination sur les territoires du parcours de santé des bénéficiaires (coordinateur de parcours),
- Participer, voire initier, des projets au sein de sa structure : projet Qualité de vie au travail, projet Développer une nouvelle offre de service...,
- Participer aux réponses à des appels à projets des acteurs de la régulation (ARS, CD, Région) ou d'agences publiques (CNSA)...

Nous formulons dès lors les quatre propositions suivantes :

- 1° proposition. La définition de la nouvelle posture managériale du middle-manager et son acquisition doivent être mises en question.

Est-il un coach, un accompagnateur, un leader.... pour reprendre des terminologies souvent utilisées.

Quelle est sa part de pouvoir hiérarchique (qui dans tous les cas doit demeurer) et sa part à favoriser des environnements capacitants pour plus d'autonomie de ses salariés ?

Il ne nous appartient pas de trancher ; mais seulement d'inciter les SAAD à poser ces questions d'un point de vue stratégique, managérial et organisationnel.

- 2° proposition. Deux formats d'accompagnement.

Le premier format d'accompagnement est celui de la formation, idéalement à visée diplômante, ce qui suppose un temps certain dédié à la formation et des échanges d'expériences entre pairs, sous la conduite de professionnels experts en management, dans les populations prises en charge et en approches pédagogiques.

Le second format est celui, déjà évoqué, du collectif (GAPP ou CoP), d'autant plus nécessaire que nous avons pu observer (confirmé des retours d'analyse d'autres consultants ou chercheurs) combien ces middle manager dans les SAAD étaient, eux aussi, isolés dans le quotidien de leur travail.

- 3° proposition. Les nouvelles frontières de ses responsabilités.

Nous rappelons combien le middle manager doit avoir pour périmètre d'intervention le territoire, pour insérer stratégiquement le SAAD dans la réorganisation du système de santé en parcours.

- 4° proposition. La traduction et l'orchestration des changements de paradigme.

Nous avons également évoqué combien des expressions telles que « société inclusive », « auto-détermination », « savoirs expérientiels », « autonomie » traversent de plus en plus le champ médico-social et social, et sont « attrapés » par des directions (générales) pour réorienter stratégiquement (voire en termes d'identité organisationnelle) leurs structures.

Mais concrètement, ils peuvent rester des termes difficilement appréhendables s'ils ne sont pas traduits, au sens de Callon et Latour, à savoir transposer dans les mots, les gestes, les attitudes, les postures, les outils (etc) qui font sens pour les intervenants. Ces termes sont également difficilement appréhendables si, au quotidien, les pratiques des uns et des autres ne sont pas revisitées.

Mais la pratique n'est pas que le visible du geste technique.

Nous nous appuyons ici sur le modèle de Blin (1997) qui distingue trois éléments constitutifs de la pratique professionnelle (en illustrant dans le contexte du SAAD) :

- Les activités, gestes dans le quotidien de l'intervention,
- Les représentations professionnelles que l'on a de son environnement, ou des personnes auprès de qui on intervient,
- L'identité professionnelle : « qui suis-je » quand je dois travailler avec une infirmière ? « qui suis-je » quand on me dit que le bénéficiaire a des savoirs ?....

On comprend dès lors toute l'importance de la formation et de l'accompagnement du middle manager pour être en capacité à mettre en capacité les intervenants à intervenir différemment sur ces trois éléments constitutifs de la pratique.

La réforme « Autonomie » s'inscrit dans les suites du bilan de l'expérimentation SPASAD intégrés lancée par la loi ASV, et dans un contexte marqué par la mise en place du tarif national des 22 € de l'heure pour l'APA et la PCH

DANS QUELLE MESURE ARMER LES SAAD A FAIRE FACE AUX SITUATIONS DE CRISE FACILITE LE PASSAGE EN SERVICES AUTONOMIE ?

Modéliser l'organisation des SAAD en période de crise
PSP PACA pour la CNSA – Décembre 2023

(2022), et la dotation complémentaire versée par les départements moyennant la signature d'un CPOM, avec une compensation par la branche autonomie.

La réforme vise à créer une catégorie unique de Services Autonomie à domicile, qui répondront à des « conditions minimales de fonctionnement » définies par un cahier des charges (la publication du cahier des charges doit avoir lieu par décret au plus tard le 30 juin 2023).

L'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 a fixé comme objectif de renforcer les services à domicile et de favoriser l'accompagnement de qualité. Pour ce faire la création de nouveaux « services autonomie à domicile » regroupe sous une même appellation les SAAD, SSIAD et SPASAD actuels.

Il y aura deux catégories de service unique :

- Les services qui dispensent de l'aide et du soin (autorisation conjointe par l'ARS et le CD),
- Les services qui ne dispensent que de l'aide (autorisation uniquement par le CD).

Le fonctionnement en Services Autonomie appelle à plus de coordination entre les services médicaux et médico-sociaux.

Les enseignements tirés de MOSTRA alimentent ce passage en Services Autonomie :

- Par l'attention apportée sur la posture et le rôle du middle-manager,
- L'importance à renforcer les compétences de coordination et de coopération des structures,
- Une meilleure structuration de leurs remontées d'information (ainsi que leur circulation), préparant ainsi la coordination et la coopération avec les autres acteurs sur le territoire,
- Une meilleure acculturation et de nouvelles compétences (ou outils) pour le repérage des fragilités (prévention).

LE GUIDE METHODOLOGIQUE D'ACCOMPAGNEMENT A LA TRANSFORMATION DES SAAD

PRESENTATION GENERALE

Nous définissons le guide méthodologique comme un guide d'auto-évaluation de la capacité des SAAD à mener un projet de transformation majeure de son organisation, son modèle managérial et/ ou sa stratégie. Il a pour objectif de faire monter en compétence l'équipe projet dans sa capacité à porter un projet et le mener à son terme ; cette équipe devant associer les responsables de secteur et des intervenants dans la réflexion et le suivi de l'expérimentation (avant stabilisation).

Le « Guide méthodologique d'accompagnement à la transformation majeure dans un SAAD » a été construit avec les acteurs de ces structures, middle-managers et intervenants. Il présente les ingrédients indispensables pour lancer un projet de manière pérenne :

- Selon une démarche collaborative de travail en équipe ;
- Pour encourager les structures à ne pas « appliquer de recettes-miracles » mais à élaborer leur propre projet de manière pertinente et adaptée :
 - Clarifier les visées stratégiques et/ou managériales du projet ; se poser des questions que les structures ne se posent que rarement ;
 - Encourager les SAAD à formuler la création de valeur propre à chaque structure, qu'ils entendent promouvoir avec le projet de transformation ;
 - Elaborer son cahier des charges pour définir le cadrage et le plan d'actions ; ce cahier des charges est entendu comme l'outil indispensable au pilotage du projet en interne. Sa rédaction (et au moins dans ses éléments essentiels) sont également utiles pour étayer la recherche d'un expert extérieur accompagnant le SAAD dans sa transformation, et pour guider et cadrer son intervention ;
 - Se donner le temps de la réflexion collective à chacune des étapes-clés, pour maintenir l'adhésion de l'équipe et ajuster le cas échéant ;
 - Identifier et maîtriser les outils pertinents pour élaborer le projet et guider son pilotage ;
 - Dédier une période de temps (variable selon les projets) à expérimenter, pour assurer la faisabilité et la pérennité du projet.

LES PRINCIPES DE REDACTION DU GUIDE

Le guide est rédigé au regard de deux principes :

- 1° principe : un guide expérientiel

Il est organisé selon un séquençage de conduite de projet, partant de la mise en questionnement (stratégique et managérial) du SAAD, pour aller vers la conception de la transformation, son expérimentation et son évaluation : « *Sauf pour de petites organisations, nos observations conduisent à recommander les expérimentations locales dans des unités volontaires, qui permettent un retour d'expérience et des ajustements, plutôt qu'un basculement global de toute l'organisation et un « passage en force »* (Dubey et al., 2020, p. 4).

Le guide enfin se veut accessible à tout salarié des SAAD. En conséquence, il a été élaboré en consultant autant les directions (générales) que les middle-managers et les intervenants.

- 2° principe : « adopter c'est adapter » ou l'appropriation des ingrédients.

Selon cet adage bien connu en management de l'innovation, nous récusons toute vision d'implantation d'un modèle fermé, éprouvé dans un contexte, ne laissant aucune marge de manœuvre stratégique et managériale aux SAAD désireux de se transformer.

Nous adoptons ainsi la logique proposée par Dubey et al (2020, p. 3) : « *Il n'y a pas de modèle à imiter mais un principe de cohérence à respecter* ».

Ainsi, nous avons élaboré à partir de la synthèse faite précédemment un ensemble d'ingrédients que le guide met en proposition pour que chaque SAAD puisse construire sa propre adaptation et sa propre cohérence.

LES INGRÉDIENTS POUR ACCOMPAGNER LES SAAD À SE TRANSFORMER

Les ingrédients

- Appréhender les changements de paradigme. Faire sens des mots et des idées.
- Se positionner par rapport aux enjeux de prévention, de coopération dans le territoire, de coordination de parcours de santé, d'auto-détermination et de savoirs expérientiels des bénéficiaires.
- Concevoir les outils et les modèles managériaux par des démarches collaboratives de conception.
- Savoir valoriser l'expertise de chacun.
- Concevoir des outils à bon escient, tout en favorisant la circulation d'informations plus qualitatives.
- Savoir positionner le rôle, la posture, et le spectre des pratiques des middle-managers.
- Mettre en place et animer des collectifs de travail.
- Savoir prôner la confiance et la reconnaissance ; savoir les mettre en acte.
- Savoir interroger chacun des outils et des pratiques inspirantes pour les adapter au contexte de son SAAD.
- Elaborer des plans de formation et d'accompagnement au changement.
- Savoir réévaluer les actions en cours avec des indicateurs pertinents et adaptés au SAAD.

Les freins à identifier

La démarche que nous proposons conduira également les SAAD à pouvoir appréhender les freins qui peuvent perturber sa visée de transformation. Ces freins devront faire l'objet de décision : un espace raisonnable de contrainte ou des actions de contournement ? :

- L'illectronisme et la difficulté de l'écrit,
- Le turn-over des intervenants et des middle-manager

- La faible ouverture sur le territoire,
- Le manque de temps et des ressources financières limitées,
- La difficulté à construire une démarche réflexive et stratégique (approche court-termiste).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Borkman T. (1976). Experiential knowledge: A new concept for the analysis of self-help groups». *Social Service Review*, n° 50/3, p. 446.
- Autismes France (2019). *Le manager en première ligne*, I. (2007). Les managers de première ligne et le changement. *Revue française de gestion*, (5), 115-130.
- Blin, Carlile, P. R. (2004). Transferring, translating, and transforming: An integrative framework for managing knowledge across boundaries. *Organization science*, 15(5), 555-568.
- Demilly L. et Garnoussi N. (2015). Le savoir-faire des médiateurs de santé pairs en santé mentale, entre expérience, technique et style. *Sciences et Action sociale*, n° 1, p. 51-72.
- Dubey, A. S., Weil, T., & Cahier, M. L. (2020). Entreprises «libérées»: comment renforcer l'autonomie et la participation des collaborateurs. *La Gazette de la Société et des Techniques*, (105).
- Fernagu-Oudet, S. (2012). Concevoir des environnements de travail capacitants : l'exemple d'un réseau réciproque d'échanges des savoirs. *Formation emploi. Revue française de sciences sociales*, (119), 7-27.
- Flin, R. (1996). *Sitting in the hot seat: Leaders and teams for critical incident management*. Wiley.
- Flora L. (2015), « Du patient passif au patient expert », in Dechamp-Leroux C. et Rafale F. (coords), *Santé mentale : guérison ou rétablissement. Regards croisés*, chap. 11 (p. 95-105), John Libbey.
- Floyd, S. W., & Wooldridge, B. (1994). Dinosaurs or dynamos? Recognizing middle management's strategic role. *Academy of Management Perspectives*, 8(4), 47-57.
- Flora L., Grenier C., Ponsignon F. (à venir), *L'expérience dans l'Innovation en santé : modes éphémères ou nouveau paradigme ? - Regards croisés dans l'écosystème de la santé*, ISTE.
- Godé, C., Melkonian, T., & Picq, T. (2016). Performance collective : quels enseignements des contextes extrêmes?. *Revue française de gestion*, (4), 73-78.
- les savoirs expérimentiels à la recherche en sciences humaines et sociales ?. *Vie Sociale*, n° 20/4, p. 31-44.
- Hermann, C. F. (1963). Some consequences of crisis which limit the viability of organizations. *Administrative sciences quarterly*, 61-82.
- Le Partenaire, n° 24/5, p. 35-38.
- Grenier C. (2023), « Repenser l'organisation d'un accueil de jour au regard de l'expérience des bénévoles en grande précarité sociale », chap 4., p. 79-102 ; in Flora L., Grenier C., Ponsignon F., *L'expérience dans l'Innovation en santé : modes éphémères ou nouveau paradigme ? - Regards croisés dans l'écosystème de la santé*, ISTE.

Lagadec, P. (1984, August). Le risque technologique majeur et les situations de crise. In *Annales des Mines* (Vol. 8, pp. 41-52).

Mouc Sibé, M. & Alis, D. (2016). Chapitre 10. L'hôpital magnétique : un hôpital « aimant » qui favorise performance et bien-être au travail. Dans : Roland Coutanceau éd., *Stress, burn-out, harcèlement moral: De la souffrance au travail au management qualitatif* (pp. 131-145). Paris: Dunod.

Shrivinding industrial crises [1]. *Journal of management studies*, 25(4), 285-303.

Weick K.E., (1988). Enacted sensemaking in crisis situations. *Journal of management studies*, Vol. 25/4, pp. 305-317.

Weick K.E., (1995). *Sensemaking in Organizations*. Sage.

Wenger, E., McDermott, R. A., & Snyder, W. (2002). *Cultivating communities of practice: A guide to managing knowledge*. Harvard business press

ANNEXE 1. PRESENTATION COURTE DES CV DES MEMBRES DE L'EQUIPE

Fahrudin Bajric

Directeur du PSP

Domaine d'expertise : politiques européennes, innovation et méthodes prospectives.

Formation : Executive MBA (IAE d'Aix-en-Provence) et DEA Etudes Européennes (Université Grenoble-Alpes),
épaulé l'équipe dans la mobilisation des acteurs partenaires du projet.

Jean-Stéphane Borja

Chargé de mission et d'études au PSP (jusqu'en août 2022).

Formation : doctorat en sociologie (2013, Aix-Marseille Université) et certifié évaluateur externe des organisations de
l'économie sociale - expert SAAD.

Domaine d'expertise : politiques publiques, publics (fragiles) et problèmes publics.

Maryse Cadet

Chargée de mission au Pôle PSP PACA (depuis janvier 2021).

Formation : doctorat en sciences de l'éducation et de la formation (2017, Aix-Marseille Université).

Domaine d'expertise : didactique professionnelle, théorie des organisations, éducations transversales.

Corinne Grenier

Fonction : Professeur – chercheur à KEDGE Business School. A dirigé pendant 18 ans l'executive mastère MSAIS
(management des structures d'activités innovantes en santé) qui forme les directeurs et managers des
organisations de santé (sanitaire, médico-social, social, dispositif de coordination...).

Elle coordonne la collection Santé et Innovation chez ISTE / Wiley (<https://www.istegroup.com/fr/series/sante-et-innovation/>)

78 sur 125

Modéliser l'organisation des SAAD en période de crise

Formation : Sciences Po Paris (1988), Maîtrises de droit (Paris II Assas, 1986), Doctorat et HDR en sciences de
gestion (Paris Dauphine, 1997, 2008).

Domaine expertise : les transformations managériales et organisationnelles des organisations des champs santé et
social ; les modèles d'émergence et de diffusion de l'innovation, les communautés de pratiques pour soutenir les

transformations, les modèles de coopération et les pratiques professionnelles en faveur de l'inclusion et de l'autodétermination des personnes vulnérables, les savoirs expérientiels des usagers.

Projets : elle est ou a été responsable scientifique de projets de recherche financés (IRESF, OSCP Santé, Carsat Sud-Est, ARS PACA, CNSA, SSHRC : Social Sciences and Humanities Research Council of Canada...). Elle vient de finaliser une étude pour l'OPCO Santé sur une prospective des métiers en santé à l'horizon 2040 ; elle pilote le projet de recherche Réseaux de Communautés de Pratiques START (financé par l'ANCREAI et la CNSA) et participe à l'évaluation de l'expérimentation EPoP (recours aux savoirs expérientiels des PSH), porté par la Croix Rouge française et l'ANCREAI.

Travaux (récents) :

- Grenier C. (2023), « Repenser l'organisation d'un accueil de jour au regard de l'expérience des bénévoles en grande précarité sociale », chap 4., in Flora L., Grenier C., Ponsignon F., *L'expérience dans l'Innovation en santé : modes éphémères ou nouveau paradigme ? - Regards croisés dans l'écosystème de la santé*, ISTE.
- de Saint Julien O., Grenier C. et Paixao-Barradas S. (2022), « Se familiariser avec la démarche d'absorption de la nouveauté : le rôle d'un atelier participatif dédié à des entrepreneurs de TPE » », *Revue Management et Avenir*, n° 132, p. 151-172.
- Grenier C., Ibrahim R. et Paixao-Barradas S. (2021), « Concevoir et innover dans la santé digitale : le co-design pour prendre en compte les besoins des patients », in Rizoulières R. et Béranger J. (coord.), *La révolution digitale en santé*, chapitre 7, ISTE.
- Grenier C. et Dutrieux C. (2021), « Innovation et capacité d'absorption des organisations dans le champ de la santé », chapitre 9, p. 199-217, in Grenier C. et Oiry E. (coord), *Les défis du décloisonnement: innovations organisationnelles en santé*, ISTE.
- Grenier C., Ibrahim R. et Duprat L. (2020), « Comment organiser un tiers-lieu éphémère pour favoriser l'émergence d'innovations institutionnelles ? Le cas d'un pôle d'opérateurs de services à domicile », *Revue Innovation*, 66 (1), p. 89-115
- Grenier C. (2019), « Le changement et les processus transformationnels en milieux organisationnels publics », In *Gestion du changement en contexte et milieu organisationnel publics*, coord. Mazouz B. et Gagnon S., chapitre 7, p. 123-144, Presses Universitaires du Québec.
- Touati N., Denis J.L., Grenier C., and Smits P. (2019), "Implementing spaces to favor the emergence of ecologies of complex innovation in the public health sector: an empirical analysis", *Administration and Society*, Vol. 51(3), p. 463–490.
- Grenier C. et Denis J.L. (2017), "S'organiser pour innover : Espaces d'innovation et transformation des organisations et du champ de l'intervention publique », *Revue Politiques et Management Public*, 34/3-4, p. 191-206.
- Crespin-Mazet F, Goglio-Primard K. et Grenier C. (2017), « Social collectives: a Partial Form of Organizing that sustains Social Innovation », *Revue Management International*, Vol 21 (3), p. 33-44.
- Valette A., Grenier C., Saulpic O. et Zarlowski P., (2015) « La fabrication du médico-économique dans les hôpitaux français : une analyse de la littérature », *Revue Politique et Management Public*, vol 32/3, p. 241-264.

Sylvie Bonin-Guillaume

PU-PH Discipline Gériatrie ; Professeur des Universités Enseignante Chercheur, UFR Médecine Timone, Aix Marseille Université ; Praticien Hospitalier Service de médecine Interne gériatrie, Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille.

Formations :

2006 Habilitation à diriger les recherches ;

2006 : Thèse Sciences ED des sciences de la vie et de la santé AMU, Discipline Neurosciences ;

1998 : Master Neurosciences ; 1996 DESC gériatrie ;

1994 Doctorat de Médecine et DES Psychiatrie ;

2008 Professeur des Universités, CNU sous-section : médecine interne et biologie du vieillissement

Travaux (récents)

Arlotto S, Bonin-Guillaume S, Denicolai S, Durand AC, Gentile S. Do caregivers of non-dependent elderly have specific characteristics? Study among 876 elderly-caregiver dyads]. Rev Epidemiol Sante Publique. 2019 Nov;67(6):403-412. doi: 10.1016/j.respe.2019.07.006. Epub 2019 Sep 5. French.

Sebban A, Lesclide E, Bonin-Guillaume S, Campana M, Grino M, Franqui C. Previous in-home physiotherapy prevents institutionalization after short-term hospitalization in community-dwelling older dependent people. Aging Clin Exp Res. 2019 Aug 17. doi: 10.1007/s40520-019-01310-7. [Epub ahead of print

Philippe AS, Braunstein D, Clot-Faybesse P, Teissier S, Roch B, Micallef J, Bonin-Guillaume S. Impact of an awareness of the doctors treating on the decrease of the prescriptions of antipsychotics in the demented residents in Ehpad. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2018 Dec 1;16(4):383-390.

Boucherie Q, Gentile G, Chalançon C, Sciortino V, Blin O, Micallef J, Bonin-Guillaume S. Long-term use of antipsychotics in community-dwelling dementia patients: prevalence and profile accounting for unobservable time bias because of hospitalization. Int Clin Psychopharmacol. 2017 Jan;32(1):13-19

Bonin-Guillaume S, Jouve E, Lauretta R, Nalin C, Truillet R, Capriz F, Rat P. Algoplus performance to detect pain in depressed and/or demented old patients. Eur J Pain. 2016;20:1185-93

Jacquín-Piques A, Sacco G, Tavassoli N, Rouaud O, Bejot Y, Giroud M, Robert P, Vellas B, Bonin-Guillaume S. Psychotropic Drug Prescription in Patients with Dementia: Nursing Home Residents Versus Patients Living at Home. J Alzheimers Dis. 2015;49:671-80.

Bonin-Guillaume S, Durand AC, Yahi F, Curiel-Berruyer M, Lacroix O, Cretel E, Alazia M, Sambuc R, Gentile S. Predictive factors for early unplanned rehospitalization of older adults after an ED visit: role of the caregiver burden. Aging Clin Exp Res. 2015 ; 27:883-91.

ANNEXE 2. RESULTATS DE LA PREMIERE ETAPE : ANALYSE DES PRATIQUES ET AUTRES ADAPTATIONS EN PERIODE DE CRISE

Ci-dessous nous reprenons le texte in-extenso, porté dans le document intermédiaire de mars 2022.

Nous présentons l'analyse des pratiques et autres adaptations des SAAD durant la crise, développées pour (formellement, ou *de facto*) hiérarchiser et prioriser les interventions auprès des bénéficiaires.

Notre hypothèse de départ, au cœur de la proposition Mostra, et issue des entretiens exploratoires (juin-juillet 2020) est la suivante : la crise ayant fortement perturbé les plannings des intervenants ainsi que la situation de santé et l'expérience vécue des bénéficiaires, les opérateurs SAAD ont été dans l'obligation d'adapter leur organisation, en hiérarchisant et priorisant les interventions, en priorité vers les bénéficiaires qu'ils percevaient comme les « *plus en danger* ».

Cette phase d'analyse avait pour but de comprendre les points suivants :

- La réalité de ces pratiques de hiérarchisation et de priorisation ;
- Les raisons ayant conduit à prendre de telles adaptations ;
- Les « outils » et *process* ayant permis ces pratiques et adaptations.

Les quatre résultats forts suivants expliquent l'analyse plus détaillée ci-dessous :

- Une très forte attention à la situation des bénéficiaires pour maintenir une qualité dans un accompagnement, malgré les perturbations dues à la crise ;
- Un souci tout autant important de préserver la santé au travail des intervenants ;
- Un effort intense de « débrouillardise » (ou « bricolage ») découlant de : l'incertitude sur l'ampleur, la gravité et l'évolution de la crise sanitaire, le manque d'anticipation ou de préparation, le manque d'EPI (dans les premiers temps) et d'outils / procédures pour faciliter cette gestion de crise ;

Car la sidération est le maître-mot pour décrire la situation qu'ont rencontré l'ensemble du secteur à l'annonce du confinement en mars 2020 : « *Au début, on était dans le flou complet* » ;

- Un sentiment d'isolement, face à une ARS ou un CD peu soutenant (ou trop « présent » par une avalanche d'information difficilement absorbable), et accentué par le manque de coopération (ou de relations

DES BESOINS ET DES MANQUES AU COEUR DE LA CRISE

Les structures ont globalement fait état de divers manques que l'on peut regrouper dans le tableau suivant :

Un manque d'information sur les bénéficiaires	« Ce qui nous manqué au départ, ce sont des informations concrètes par rapport à nos bénéficiaires. "Qu'est-ce qu'on fait ? Avec qui ? Et comment ?" » (A) « Quand on récupérait des bénéficiaires (ESMS fermés), aucune information de la part du CD. » (D)
Un besoin de coordination assurée par les tutelles et une absence d'entraide entre SAAD	« On est dans un système cloisonné. On part à la guerre mais sans savoir comment on va faire. "Chacun pour sa peau". C'est pour cela qu'il faut vraiment un coordinateur. Le CD est là normalement pour coordonner tout ça. (...) J'aurais vu cela soit par l'ARS soit par le CD. » (D)
Un manque de soutien des diverses tutelles (CD, ARS, Direccte, Médecine du travail, etc.)	« Aux questions posées au CD, on a eu très peu de réponses. "C'est vous qui voyez en fonction de vos bénéficiaires." (...) Je trouve que l'on a pas été soutenu du tout par les instances quand il y a eu l'annonce de ce confinement. » (A) « Au niveau des informations, on a navigué à vue. Comment se passait les procédures avec la Direccte par exemple ? On n'arrivait pas à les avoir. » (A) « Au départ, on n'arrivait pas à avoir de réponse. "Qu'est-ce qu'on fait pour les APA ?" APA, c'est du public fragilisé, GIR 4, etc. Est-ce qu'on continue chez tous les APA et on arrête chez les actifs les prestations de ménage classique ? Est-ce que dans

		ces APA tout le monde est prioritaire ? Etc. Finalement, on n'a jamais eu de réponse concrète. (...) Il n'y a eu aucune reconnaissance des services publics. » (D)
L'obtention d'une solution à la problématique de matériels / EPI		« L'hécatombe ! » « On a tourné au ralenti par rapport à d'autres secteurs » « L'information s'est perdue, les familles n'ont pas eu de nouvelles. Les médecins ? Le CD ? L'ARS ? » (P)
Une non-implication des aidants		« On s'est retrouvé face à des tuteurs qui n'étaient finalement pas présents. » (A) « Les familles, très peu se sont manifestées pour prendre les nouvelles de leurs parents »
Des ressources humaines manquantes et une gestion perturbée		« Là, mon travail a complètement changé. Je n'étais plus du tout responsable de secteur. Je n'étais plus dans les services à domicile, j'étais plus dans la sollicitation. Là, clairement, je faisais des journées de 7 heures où je recevais des salariées dans mon bureau pour les rassurer, pour répéter les gestes barrières, pour calmer les angoisses. On était plus sur un travail psycho »

De fait, les priorisations ont été importantes durant la crise. Importantes, dès le départ, importantes aussi parce qu'elle se sont renforcées jusqu'à l'automne 2021, avec quelques périodes d'accalmies. On notera trois principales raisons à prioriser :

PRIORISER EN TEMPS DE CRISE

83 sur 125

Modéliser l'organisation des SAAD en période de crise

PSP PACA pour la CNSA – Décembre 2023

MODIFIER	
Répondre aux consignes des tutelles	« Il a quand même place très rapidement »
Pallier au manque de personnel/réduire la voilure	« Ce qui nous importait le plus, c'était le plan d'aide du bénéficiaire. C'était la répartition de savoir chez qui on devait aller, surtout par rapport à cette situation où on était très attentifs à ce que les autorités nous demandaient. » (A) Prioriser et hiérarchiser par manque d'intervenants, état des lieux du personnel (fragilité, garde d'enfants, etc.), parfois privilégier le personnel intervenant diplômé « La première décision après les annonces de Macron : on va arrêter les ménages et n'intervenir que pour les personnes dépendantes qui ont vraiment un besoin important. » (M)
Prioriser de l'état des bénéficiaires	L'enjeu était « de l'impasse d'une quelconque intervention pendant le confinement ». « on s'est retrouvé avec des personnes totalement isolées, presque totalement privés d'aides ménagères d'auxiliaires de vie qui ne venaient plus les voir » (D) « Il y en avait qui avaient vraiment de gros besoins mais qui n'avaient pas assez d'aide... Elle s'est retrouvée toute seule car son mari, ils ont été obligés de le mettre en EPHAD » (I)

Dans les SAAD, les priorisations ont le plus souvent réalisées « par le haut », à savoir :

- Sur la base d'une remontée (très souvent peu structurée) d'informations sur le vécu de la situation et l'état de santé de la personne accompagnée, de la part des intervenants (rôle habituel) et des middle-managers qui se sont investis dans cette fonction (souvent inhabituelle) ;
- Mais décidées par le middle-manager (ou directeur pour les plus petites structures).

Elles forment, à ce titre, des « décisions », côté directions et des responsables d'agence ou de secteur, sans inclure le personnel intervenant :

« Le directeur a averti certains bénéficiaires de la suspension des plans d'interventions (portage de repas). Puis la suspension est survenue 10 jours après. En tant que livreurs, ce n'est pas nous qui décidons » (G).

Nous n'avons en revanche pas observé une prise ou un souhait d'autonomie chez les intervenants à organiser par eux-mêmes cette priorisation.

CE QU'IL Y A

« Le ch
On avai

« Les co

« Finaie
réellement dans le besoin et demandées. » (M)

« J'ai gardé tous les actes essentiels. » (P)

CE QUI N'A PAS ÉTÉ GARDÉ...

« J'ai pas donné du tout priorité aux ménages. Sauf quand il n'y avait personne, bien entendu. »

QUELS SONT ALORS LES PRINCIPAUX CRITÈRES POUR SUSPENDRE LES INTERVENTIONS ?

Répondre aux consignes	« On avait effectué vague » (H) « Tout ce qui a été » « Les interventions étaient ciblées entre personne et après »
	« On a suspendu le portage de repas pour ceux ne prenant que un ou deux repas par semaine. Sur la quarantaine de personnes, la quasi totalité a parfaitement compris. » (D)
Manque d'EPI	« On se disait : on ne va même pas pouvoir intervenir en fait on n'a pas de masque. » (M)
Bénéfice par le covid/cas contacts	« Des fois, on a eu » On a dû annulé beaucoup de prestations. » (M)
Manque de personnel	« Moins 30% (3 salariés sur 10) des effectifs du jour au lendemain » (D) « Au départ, ce n'était pas clair <u>si nos enfants pouvaient être pris en charge par les écoles</u> comme ceux des soignants. » (S) « On a eu beaucoup d'arrêts pendant la crise. » (I) « Arrêts des interventions car beaucoup de salariés absents. Mais pour garde d'enfants ou angoisse et peur. » (H) « On a eu un gros travail au niveau des plannings : savoir les salariés qui étaient d'accord pour intervenir, parce qu'on s'est heurté à la peur. On en a maintenu que très peu en activité. (...) Certaines, c'était leur choix : elles avaient très peur et ne voulaient pas sortir et intervenir. Là, on parle de personnel qui n'est pas qualifié, au sens - ce n'est pas péjoratif du tout - mais qui n'ont pas de diplômes et qui finalement ne font que des prestations de ménages. » (A)

Sur ce dernier point, on notera que les structures ont été confrontées à une pression de plus en plus forte en matière de personnel. Cette pression se précise à partir de décembre 2020 pour se renforcer progressivement autour de l'« usure » du personnel, le cas contacts/déclarés, l'obligation vaccinale, l'augmentation des prospects, la dégradation de la dépendance, etc. Il en résulte qu'aujourd'hui encore, et peut-être toujours davantage qu'il y a un ou deux ans, on priorise les interventions. Et si certaines structures semblaient avoir été un temps épargnées, elles ont néanmoins fini par être rattrapées :

« Jusqu'à maintenant (été 2021), on l'a plutôt bien vécu. On a un petit peu paniqué au début, mais après on l'a bien vécu. Mais maintenant, c'est plus compliqué. » (M)

Face à cette pression, les difficultés de recrutement ont alors tout particulièrement été pointées du doigt :

« Ce qui a été difficile à gérer, à la rentrée (janvier 2021), c'est le recrutement. On n'avait pas de CV, on avait rien. Les gens ne cherchent pas forcément à travailler. » (A)

« Encore plus difficile avec la crise. (...) Le recrutement, c'est l'horreur. Aujourd'hui, c'est un bricolage encore différent. Mais on est encore sur du bricolage : on se retrouve à ne pas pouvoir placer des interventions. Cela reste compliqué. Les interventions, on ne peut pas les faire... » (H)

Sur certains territoires, plutôt touristiques, des structures ont pu bénéficier d'un regain - temporaire - de candidatures à l'automne-hivers 2020-21, du fait d'un afflux de CV en provenance du monde de la restauration alors à l'arrêt. Mais les vocations et la qualité n'étaient pas toujours au rendez-vous :

« C'est vrai qu'on envoie sur le terrain des personnes qui ne sont pas qualifiées, qui ne font pas le travail qu'on souhaite qu'elles fassent. On n'a pas de bons retours du coup. On n'a pas la qualité... C'est compliqué. » (M)

Fin 2021, la situation s'est encore aggravée par la mise à l'arrêt du personnel non vacciné (« compliqué car on ne peut pas imposer le vaccin », M) et du fait que la plupart des candidats potentiels à l'embauche ne disposaient pas, eux aussi, de leur obligation vaccinale. Pour se maintenir au possible, certaines structures ont alors cherché à redéployer le personnel non vacciné vers des activités qui n'engageaient pas cette obligation. Mais cela n'est pas été possible pour les SAAD concernés.

QUELS SONT LES PRINCIPAUX CRITÈRES POUR MAINTENIR LES INTERVENTIONS ?	
Informations importantes	« Ce qui nous importait le plus, c'était le plan d'aide du bénéficiaire. C'était la répartition de savoir chez qui on devait aller. » (A)
Engagement du personnel	« Et puis, tous ceux chez qui on doit aller, il faut les livrer. Si on ne les livre pas, ils ne mangent pas. Il faut les livrer. » (G)
	« (Les assistantes de vie et auxiliaires de vie) voyaient bien la nécessité d'intervenir chez ce
Grâce à disponible	« On l'a vraiment avaient peur aussi. Mais elles <u>acceptaient certaines missions</u> chez certains bénéficiaires. » (A)
	« Je n'ai pas de retard, je n'ai pas d'absentéisme, je n'ai pas de maladie. Je suis peut-être blasé, mais cela ne m'a pas surpris. <u>C'est un peu dans leur ADN : ils sont content de venir travailler, ils savent pourquoi ils bossent le matin et cela fait plaisir.</u> C'est des points positifs, mais je le savais avant. C'est pour cela que je n'ai pas été surpris par rapport à cela. » (D)
	« A cette époque, on avait beaucoup de chances. <u>On avait beaucoup de candidatures.</u> On a beaucoup embauché. » (M)
A la demande du bénéficiaire	« Ceux qui avaient d'autres besoins nous appelaient. Par exemple pour les rendez-vous médicaux. <u>Ils nous appelaient et on s'arrangeait pour leur trouver une solution.</u> Mais il y en avait très peu. » (A)

AUTR BÉNÉ

« L'appri
nécessi
cours
mainten
ciblé su
les weel

« Une d
semaine
On ne p
on avait
Cela dé
pas. Mè

« Là, c'é
bénéficiaires, on les a tous vu, que ce soit (la directrice) ou moi ou la PS, on les connaît - par rapport à leur fragilité, on
s'est dit : "Au lieu de 3 fois, peut-être qu'on va y aller que 2 fois ou 1 fois, pour la présence, on ne fera pas forcément
du ménage. Peut-être que l'on ira sortir dehors, faire des courses, s'assurer qu'il ait un minimum pour tenir une
semaine". » (A)

« Pour personnes dépendantes, on continuait le ménage. Mais en fréquence allégée. Pour une dame dépendante et
isolée, on continuait à passer une fois par semaine. » (H)

Plusieurs professionnels ont ainsi fortement insisté sur l'isolement des seniors. Certaines situations semblent en effet
avoir été particulièrement dramatiques :

« On s'est retrouvé avec des personnes totalement isolées, presque totalement privées d'aides ménagères
d'auxiliaires de vie qui ne venaient plus les voir. » (D)

Ce qui est notable ici, c'est que la responsabilité des aidants est le plus souvent ciblée dans cet isolement - point
précis où la question des aidants surgit dans l'enquête. Plusieurs éléments sont alors mis en avant ; tantôt positifs,
tantôt négatifs. Le plus souvent, il s'agit de souligner leur absence auprès de leur(s) parent(s) :

« (Les personnes âgées) pensaient que les enfants les avaient carrément abandonnés. Dès que, nous, on arrivait, on était leur soleil. » (I)

« Les familles ? Très peu se sont manifestées pour prendre les nouvelles de leurs parents. » (D)

A côté de cette absence, il est aussi souligné le fait que ce soient les proches qui ont stoppé les interventions, rompant la possibilité que « les personnes âgées (aient) toujours quelqu'un autour, que ce soient les aides à domicile, les infirmiers, les kinés... » (A) :

« On a stoppé les interventions chez une dame isolée. Mais à la demande du fils. » (H)

Si la charge est placée du côté des aidants, leur place reste pourtant difficile et particulièrement délicate à appréhender. Déjà, elle demeure « difficile à appréhender » du fait que cet isolement est à relativiser tant, durant cette crise, il y a eu un paradoxe à protéger ses proches en les isolant et en s'isolant soi-même, bref, en n'allant pas les voir :

« On s'est rendu compte que les aidants n'étaient pas forcément, à ce moment-là, disponibles et ne pouvaient pas non plus forcément venir. » (A)

Egalement, cet isolement se relativise parce que les proches ont gardé le contact, notamment par téléphone :

« Il y en a beaucoup qui ont des enfants et des aidants qui téléphonaient. Même s'ils n'étaient pas présents, il y avait quand même ce lien. » (A)

Mais cette place demeure surtout délicate à appréhender parce que, toujours dans cette optique de responsabilité, certains font au contraire le constat que la crise a été un moment fort d'investissement des aidants et de « prise de conscience ». Ceux-ci ont ainsi pu « prendre le relais » (des SAAD ?) et pleinement se révéler à eux-mêmes (!) :

« Là, je trouve que quand même, et c'est un peu le point positif, on a vu beaucoup les aidants, les proches, prendre le relais. Certains aidants ne sont découverts aidants ! » (H)⁹

La toile de fond est ici une absence habituelle des aidants. Et on le notera aussi : tout aidant qu'ils se soient découverts, cela n'empêche pas de leur reprocher de rendre visite à leur proche et de les exposer à une contamination...

MISE EN OEUVRE DES PRIORISATIONS

Mobiliser et rassurer le personnel

Ces priorisations n'ont alors pas été sans poser des cas de conscience ou des dilemmes dans les hiérarchies (« Aller ou non chez les gens qui sont seuls » ? « Envoyer nos salariés au "casse-pipe" en les exposant au Covid ? », « Qu'est-ce qu'un "besoin essentiel" ? Est-ce que sortir en est un ? »).

« C'est nous (direction, RS & RA) qui l'avons déterminé à la base en disant : "On ne fait que du ménage chez cette personne". » (A)

Il a fallu aussi « appeler les salariées pour faire un état des lieux des absences, des intervenantes avec enfants, etc. » (M). Et puis, « faire un gros travail pour avoir quand même des intervenants qui soient disponibles et continuer les interventions sur les axes essentiels de la vie » (P). Outre les personnes fragilisées ou les difficultés que posait la garde d'enfants, beaucoup d'intervenantes étaient en effet angoissées. La peur a été omniprésente parmi le personnel, et les intervenantes ont été nombreuses à avoir continué leur activité « la boule au ventre »¹⁰. Les craintes vis-à-vis de la situation sanitaire étaient alors diverses :

⁹ Il est d'usage dans la quasi-totalité de la littérature experte dédiée aux aidants et des actions qui leur sont adressées de penser que les « aidants » sont dans le déni d'eux-même, n'ont pas conscience qu'ils sont aidants. Ainsi peut-on « se découvrir aidants ».

¹⁰ PSP PACA, *Quand les invisibles deviennent les indispensables. Paroles de bénéficiaires et professionnels de l'aide à domicile lors du confinement. Printemps 2020.*

« D'attraper le covid et d'avoir des problèmes de santé. Car j'ai une comorbidité. Donc j'avais cette peur de me dire : "Si je l'attrape, est-ce que je peux m'en sortir ?" » (A)

« J'avais peur de ramener le covid chez moi. Dès que j'ai pu me faire vacciner, j'ai été en pharmacie et je me suis fait vacciner. » (I)

« C'était la peur de la maladie ; pour soi, sa famille, les bénéficiaires. » (P)

Les bureaux ou agences n'étaient, eux aussi, pas épargnés. Il y avait la question de la distribution des plannings ou encore « la problématique des clés ». Là s'y improvisaient aussi de nouveaux protocoles :

« On avait tous peur. Quand on réceptionnait un colis à l'agence, on le mettait en quarantaine. » (M)

Les « bureaux » sont néanmoins apparus comme un lieu de soutien important pour le personnel intervenant. Une responsable de secteur nous a expliqué comment elle « a changé de métier » à l'occasion du premier confinement, toute affairée qu'elle a été à « rassurer ses intervenantes », à les recevoir régulièrement une par une à l'agence, à évoquer avec elles les enjeux sanitaires, les protocoles, le respect des consignes, les gestes barrière et leur mise à jour, à assurer un soutien « psychologique », et à distribuer les EPI. Elle s'y livrait alors qu'elle-même « n'en menait pas large » (H). Elle rappelait le respect des protocoles aux intervenantes ? Ceux-ci évoluaient parfois le lendemain même ! En fait, ils ne cessaient d'évoluer, d'un jour à l'autre, d'une semaine à l'autre (masque ou pas masque ? Etc.). La situation n'était pas anodine non plus. Il s'agissait d'une pandémie mondiale. Les nombres de morts et de contaminés et les autres statistiques étaient restitués chaque soir dans les médias. Etc. Et pourtant, cette responsable devait maintenir le cap, tenir la ligne et le coup, parfois rationner les EPI, en dépit de ses propres doutes et de la fluctuation incessante des annonces et des procédures.

En outre, respecter les gestes barrière dans l'ordinaire des interventions n'a rien d'évident. Si ces gestes sont *a priori* « simples » ou comme une habitude à prendre, ils sont mis au travail et mal menés dans l'ordinaire. Par exemple, porter des courses sur une longue distance avec un masque est compliqué. Porter une personne avec un masque l'est également. Chez le bénéficiaire, la situation n'était pas toujours simple et posait parfois de petits tracas :

« Il y a un de mes clients qui me disait : "Enlevez le masque car je ne comprends (entends) rien !" Je disais : "Non, je ne peux pas !" "Mais je ne comprends rien à ce que vous dites !" » (G)

Le respect *par les bénéficiaires* des gestes barrière a aussi constitué une autre difficulté pour les SAAD. Au départ, pour rassurer le personnel intervenant, il a souvent été argué que le risque n'était pas pour lui d'attraper le covid chez les bénéficiaires confinés, mais de contaminer ceux-ci s'il ne respectait pas les gestes barrière. Néanmoins, cette question n'a cessé de se poser durant deux ans, et l'argument a fini par ne plus tenir. Certaines structures ont investigué dès l'automne 2020 pour savoir s'il était légalement possible d'imposer le port du masque aux bénéficiaires lors des interventions. Ce sera finalement une solution intermédiaire qui sera retenue : « faire de la pédagogie » auprès des bénéficiaires¹¹... Mais à l'épreuve du réel, la question ne sera jamais véritablement tranchée. Ainsi un an plus tard :

« Maintenant, les bénéficiaires en ont marre de porter le masque ; surtout que beaucoup sont vaccinés. »
(G)

Des séquences de priorisations variables selon le moment de la crise, mais se renforçant au fil du temps...

Il est important de le préciser : même si la situation a été hors norme lors du premier confinement, les priorisations ont été facilitées au début de la crise. A cette période, de nombreuses annulations à la demande explicite des bénéficiaires ou de leurs aidants ont permis de compenser l'indisponibilité du personnel (garde d'enfants, arrêts, fragilités, etc.) :

« Durant le premier confinement, les gens avaient peur. Beaucoup ont annulé les interventions d'eux mêmes, avant qu'on ne le fasse ou en même temps. » (A)

« Ça (prioriser), on l'a fait après. On ne l'a pas fait au premier confinement. » (L)

« On a eu beaucoup de bénéficiaires qui ont arrêté les prestations, qui ne voulaient plus nous voir. On venait de l'extérieur, cela leur faisait peur. (...) Du coup, on ne savait plus comment gérer les choses. "Où est-ce qu'on va ?" Il y a des gens qui nous claquaient la porte au nez aussi. Ils ne nous voulaient plus du tout. » (L)

¹¹ En interrogeant les bénéficiaires dans le cadre de cette enquête, nous avons nous-même pu noter un manque d'informations sur le covid. Beaucoup de bénéficiaires interrogés donnent l'impression de ne pas très bien avoir de connaissance sur le covid, les cas de contaminations, ou quoi faire (hormis rester chez eux et éviter tout contact).

« Pendant cette période, je n'ai eu personne. J'ai téléphoné. J'ai dit : "Pendant que j'ai le covid, vous m'envoyez personne". » (J)

Beaucoup de bénéficiaires sont en effet « restés à la maison » :

« Je me suis confiné, je ne sors quasiment pas. Donc pour moi tout va bien. Je suis organisé. (F)

D'autres enfin ont été accompagnés par leur famille, davantage présente car (par exemple) en télétravail.

Procédant à ces annulations, ils ont alors adapté leur mode de vie, se sont « organisés ». Ils ont réduit au strict nécessaire leurs sorties (santé, courses...) ainsi que les visites à domicile (familles, etc.). Certains ont d'ailleurs fait preuve d'adaptation, comme ce monsieur de 90 ans :

« Oui, beaucoup de commandes et de livraisons : Amazon, Picard... Je passe le chèque au bout d'une perche (à travers le portail de mon jardin). C'est pratique ! Même si cela s'améliore ou si je suis vacciné, je vais continuer à faire comme cela, au moins jusqu'à la fin de l'année 2021. Après, on verra. » (F)

Cette vague d'annulations, quelque part salvatrice, s'est néanmoins tarie. A la sortie du premier confinement, les prestations ont vite repris :

« Et petit à petit, je ne sais pas si c'est l'habitude d'une situation ou si c'est le raz le bol de ne voir personne - parce que cette souffrance sociale pour les personnes... - ils revenaient en disant : "Ben non ! Finalement, je veux bien mais une fois dans la semaine". » (A)

« Donc après il n'y avait plus de souci. On a retrouvé tous nos bénéficiaires. Donc ça, ça a été un point positif, même pour nous. » (L)

Repris pour même s'inverser lors de pics épidémiques suivants : le maintien des interventions a été exigé par nombre de bénéficiaires.

COMM	
Première vague	« Les personnes, que l'on ait suffisamment de personnel qu'importe sur les salaires qui devaient travailler pour arriver à contenir tout le monde. Donc c'est vrai que l'on a des gens qui ont mangé à 13 heures au lieu de manger à midi. <u>Cela n'a pas forcément bien été compris au départ, mais après oui. Les bénéficiaires se sont quand même très vite rendus compte que cela n'était pas possible. Mais bon, cela n'a pas toujours été évident...</u> » (A)
Adapt bénéfi	
Après	« Petit à petit, on que c'est ce qui a « Sur cette troisième <u>Et je veux impérativement une remplaçante</u> ». » (A) « Même si l'on propose un remplacement sur un autre horaire, ça ne va pas : <u>«Non, je veux mon horaire d'avant, je veux mon intervenante d'avant</u> ». On est sur une situation complètement différente. » (A)

Le maintien des prestations n'a toutefois pas toujours été possible. Loin s'en faut ! Cela tient principalement à l'usure et au manque de personnel¹². Les difficultés rencontrées par les SAAD se sont en effet accrues pour culminer l'automne 2022, et garantir une continuité de service devenait un enjeu central. Il le devenait alors même que, parallèlement, les besoins de nombreux bénéficiaires se renforçaient (plus d'heures sollicitées) et que le nombre de prospects augmentait lui aussi (sorties d'hospitalisation, décompensations, parfois sorties d'Ehpad, etc.).

« Début d'année (2021), on a été plus accaparé par beaucoup de demandes de cas quand même assez lourds, en GIR 3, en GIR 2, sorties d'hospitalisation, des gens qui avaient perdu beaucoup, des 50 heures...

¹² Parmi les difficultés rencontrées au gré de l'évolution de la crise : automne 2020 : « cas contact », « cas contacts de cas contacts », etc. ; premier semestre 2020 : absences liées à la maladie, gardes d'enfant ; été 2021 : période de congés sans saisonnier (étudiants, etc.) ; automne 2021 : obligation vaccinale ; etc. Il faut aussi garder en tête que l'épidémie ne s'est pas installée uniformément en France, tout d'un coup, et que les vagues n'ont pas affecté les territoires de la même façon.

Et on a eu beaucoup, beaucoup, beaucoup, beaucoup de demandes. (...) J'ai eu des personnes qui étaient parties en EHPAD et la famille les fait ressortir quand même ! Donc, on s'est retrouvé avec des GIR 1 ou 2 où en 15 jours il fallait mettre les choses en place. » (P)

« Des personnes fragilisées, parce qu'on a récupérées du coup toutes les personnes qui étaient suivies en accueil psychiatrique, en accueil de jour principalement, et qui, du jour au lendemain, sont dépourvues de tout. "Dépourvues de tout" parce qu'également dépourvues de traitements. Des gens qu'on ne connaît pas et qui se retrouvent seuls ou pour qui la famille est à distance mais qui nous dit : "Il faut livrer mon frère ou ma soeur à tel endroit." » (D)

Les priorisations se sont en conséquence renforcées en visant une continuité de service « accrue ». Pour encaisser le coup, cela s'est traduit par :

1/ Arrêter certaines interventions, principalement de confort¹³. Cela a été initié dès le premier confinement. Mais cela s'est amplifié par la suite. Il est d'ailleurs à noter que lorsque certains critères ont trop fermement appliqués, ces interruptions ont pu engendrer des difficultés pour les structures :

« J'avais une collègue sur un secteur qui était très très angoissée par le covid, et son agence a complètement chuté car on n'avait pas le même niveau de priorisation, le même niveau de gravité de la situation. Elle avait stoppé beaucoup plus d'interventions que d'autres. » (H)

2/ Réduire les heures d'interventions chez certains bénéficiaires en privilégiant certaines activités essentielles, mais pour dégager des heures et ainsi maintenir des interventions auprès d'un maximum de bénéficiaires :

« Durant le covid, pour pouvoir faire plus de personnes dans la journée, ils nous réduisaient nos heures à nous. Quand j'avais deux heures chez une personne, je ne faisais qu'une heure pour pouvoir aller faire une heure ailleurs. C'était surtout les courses et les repas. » (I)

¹³ A noter qu'une seule structure fera état d'une période marquée par la perte significative de bénéficiaires (décès, dégradation), concomitante à la difficulté à faire rentrer de « nouveaux dossiers ».

Ce point vaut en particulier pour les SAAD classiques. Dans le cas du portage de repas à domicile, il s'agissait plutôt d'augmenter le nombre de tournées par salariés pour pallier au manque de personnel, chaque tournée impliquant à la base trois salariés en rotation pour la structure impliquée dans le projet :

« Il y a eu une réorganisation du travail, mais pas au niveau livreurs. Les livreurs qui tournent sur mes tournées, ont plus travaillé pour me remplacer. (...) Les bénéficiaires n'ont "rien vu" entre guillemet. » (G)

Tout cela s'est alors accompagné d'une incessante réorganisation des plannings, qui s'est « répercutée » sur le personnel intervenant. **Pour lui, cela s'est concrètement traduit par davantage de déplacements, davantage de bénéficiaires accompagnés, mais aussi des activités recentrées et concentrées sur les besoins « essentiels » (alimentation mais surtout courses).** Les intervenants ont ainsi été confrontés à un sur-investissement, avec pour conséquence un important épuisement (ou « usure »), avec des arrêts de travail plus importants qu'à l'accoutumé :

« Notre taux d'arrêt de travail a augmenté. Parce qu'elles sont usées, elles sont fatiguées et du coup, elles glissent, elles tombent dans les escaliers. » (P)

EN MATIÈRE DE SUR-INVESTISSEMENT

« Même moi, j'ai dit que je dépassais beaucoup mes heures. En même temps, je comprends. Parce que moi je suis là. C'est vrai, mais là, tu ne dois pas dépasser !" (...) Quand il y a un incident et qu'on appelle les pompiers, je reste pour les attendre. Je ne vais pas partir ! » (I)

« On a fatigué les intervenantes. Elles faisaient beaucoup d'heures dans la semaine. (...) Après on a eu des accidents de travail. On a eu 2 ou 3 accidents du travail parce qu'on les a usées. Parce qu'il y avait des structures qui ont fermées ou qui ne répondaient plus à la demande et c'est vrai que des fois il y a fallu intervenir en urgence... » (M)

EN MATIÈRE D'ÉPUISEMENT

« Ça a été un fort épuisement en fin de journée, pendant longtemps. » (L)

« C'était beaucoup d'épuisement à la fin de la journée. Par exemple, c'était épuisant de faire les courses. On avait peu de temps, il y avait les files d'attente, on était contrôlé dans la rue et magasins... » (I)

« Et finalement on se retrouve à donner des remplacements de remplacements sur un cas contact ! Et même si ce n'est qu'une semaine ou dix jours, les plannings étaient quand même plus chargés qu'une semaine habituelle. Donc c'est vrai qu'elles ont eu cette impression d'être épuisées à la fin. (...) Après, cela tient aussi au fait que nos salariées, pour leur grande majorité, ont entre 40 et 60 ans. C'est une génération qui n'a pas connu de crise de ce type. » (A)

QUEL		
Courses	« Beaucoup de de C'est le besoin qui est le plus ressorti. » (M)	
Sorties d'hospitalisation	« En septembre 2020, on a eu beaucoup de sorties d'hospitalisation de bénéficiaires qui n'étaient pas chez nous ou qui n'avaient jamais eu d'aide, mais qui sortaient par rapport au covid. Donc, qui ont eu le covid, qui ont été hospitalisés, qui ont perdu des 10-20 kilos et qui sont sortis totalement affaiblis. » (M)	
Visite à domicile	« On se rend compte que c'est utile. » (D)	
Rassurer	« Beaucoup d'appels pour rassurer les bénéficiaires et salariés. J'ai des salariées présentes au bureau 24/24 et là j'ai eu pas mal de passages de salariées qui craquaient, qui étaient à bout, en stress. Beaucoup d'angoisses, beaucoup de peurs. Et j'essayais de rassurer tout ça. » (H)	
	« On en a parlé pas mal avec mes collègues, avec la direction. Avec ma direction, il n'y a jamais eu de souci. Que ce soit week-end, jour férié ou soir, j'ai toujours une réponse. L'écoute, je n'ai jamais eu de souci. De ce côté-là, au niveau soutien, du tout ! Et même avec mes collègues : on est assez solidaires entre nous, que ce soit responsables ou assistantes de secteur d'ailleurs. » (H)	
Aucun changement	« Pour moi, il n'y a rien qui a changé. » (L)	
98 sur 125		
Modéliser l'organisation des SAAD en période de crise		

Des changements plus fins au niveau de l'intervention elle-même ont également été observés. Il s'agit de petites adaptations qui ont été mises en oeuvre par les intervenants à leur initiative :

- **Prendre du temps pour les bénéficiaires ayant des besoins ponctuels et décaler le planning :**

« Quand j'arrivais chez mes bénéficiaires et quand ils avaient vraiment besoin, moi, j'arrivais toujours à décaler mes plannings. Donc je restais. Et après j'appelais le bureau en disant : "J'ai été obligée de rester parce qu'il y avait ça, ça, ça". » (I)

Et d'ajouter : « Mais c'est la vie du quotidien, de tous les jours. Nous, on le vit sur le terrain. Mais ceux qui sont dans les bureaux ne sont pas sur le terrain. Ils ne comprennent pas ce que, nous, on vit sur le terrain. » (I)

- **Réordonner les tâches effectuées à domicile :**

Une intervenante nous expliquera la petite modification qu'elle a opérée chez les bénéficiaires qu'elles désignent affectueusement comme les « Madames Café » ; dames chez qui elle intervient et où l'y attend systématiquement un café chaud à son arrivée. Le volume horaire et les tâches ayant été réduit, elle a dû aménager la séquence de ses interventions à domicile. Ainsi : avant : café, ménage puis courses ; désormais, du fait des priorisations dont elle doit tenir compte : courses et, si temps restant, café, le ménage ayant été suspendu.

Du côté des bénéficiaires, les principales difficultés liées aux modifications des plans d'intervention ont été :

1/ Le changement incessant d'intervenant :

La question peut paraître surprenante, tant elle semble usuelle et courante pour ceux-ci au registre qualité ; mais tant il en va aussi, pour les structures, d'un effort pour garantir une continuité des interventions « essentielles » au coeur de la crise. Ce changement implique alors deux difficultés. Tout d'abord, en lien avec la cacophonie qui résulte parfois

de la révision des plannings dans l'urgence, « **ne pas être prévenu quand il y a une annulation de l'intervention** » (J) :

« Les gens qui viennent, les gens qui ne viennent pas ou qui se mettent en arrêt maladie, nous, on le voit. C'est souvent embêtant. On ne vous prévient pas. » (H)

« Le problème, c'est que comme tu n'as pas des gens fiables au niveau des intervenants, c'est aléatoire. Un coup, ils viennent. Un coup, ils ne viennent pas. » (J)

Ensuite, nous retrouvons **le changement de l'intervenant à proprement dit**. Ce changement a été souligné par nombre de bénéficiaires (tout du moins par ceux qui n'ont pas annulé, fait preuve de « compréhension », ou qui n'y ont pas été exposés¹⁴). Les logiques de priorisation semblent en effet avoir exacerbé ce besoin du « bon intervenant » chez les bénéficiaires :

« C'est surtout d'embaucher de bonnes personnes ! C'est tellement difficile de trouver du monde. Ils prennent ce qu'il y a. Si elles ne sont pas bien payées, je le comprends. Ce n'est pas un travail facile. Mais chaque fois qu'on m'envoie des petits jeunes... Elles ne savent rien faire ! Elles sont avec leur téléphone... (...) Ils ont des problèmes de recrutement, je peux le comprendre. Mais "Faites le tri !"'. Qu'ils fassent un tri ! » (J)

« Il a fallu que l'on se batte. Moi, j'ai dit : "Si vous ne me donner pas cette personne, je quitte l'association, je vais ailleurs. Parce que, j'en ai assez d'être toujours derrière, je veux cette personne". Et à force de le dire, ils me l'ont donnée. » (J)

La crise ainsi que les injonctions réglementaires (cas contacts, arrêts maladie, obligation vaccinale, etc.) en ont renforcé l'occurrence, et les remplacements se sont multipliés.

« On nous envoie, comment cela s'appelle, pour le mois, le planning, et cela change toujours ! On nous met un nom, et c'est une autre personne qui vient. Le planning n'est jamais pareil. Ils vous annoncent quelqu'un et c'est quelqu'un d'autre qui arrive. Ils ne tiennent pas compte. Ils changent. Même les intervenantes, elles

¹⁴ Certains bénéficiaires n'ont que peu été exposés à de tels changements. Pour Mme N., aidante de sa maman de 93 ans atteinte d'une maladie neurodégénérative qu'elle héberge, le SAAD a clairement limité le « turnover ». Selon elle : « Ma mère est rassurée si elle voit toujours les mêmes intervenants ». Selon ses dires, ce confort aurait même permis que sa mère ne se rende pas compte de la crise sanitaire, tout en soulageant l'aidante qu'elle est.

disent : "Mais nous, on le reçoit juste à la dernière minute." (...) C'est ce manque de coordination... Même les intervenantes me disent : "Non. Moi j'ai su que je venais chez vous que tout à l'heure, "Allez-y chez Mme B."" Il y a beaucoup de changements. » (J)

Les plaintes se redoublent même de la réclamation de contrôles renforcés par le SAAD :

« Ce qu'il manque, c'est qu'il y ait une personne de l'association qui se rende chez les gens à l'improviste comme ça, pour voir un peu et contrôler ce qu'ils ne font pas. » (J)

Des contrôles ont alors été mis en place par certains SAAD. Mais ils semblent plutôt avoir été orientés par le respect des gestes barrières et des protocoles (« Moi, j'ai fait des visites de contrôle pour si nos intervenantes mettaient bien le matériel », M) que pour vérifier la qualité du service.

A l'autre extrême, et on l'oublie souvent, aller chez de « nouveaux bénéficiaires » demeure toujours compliqué pour les intervenants. La crise en a clairement accentué l'inconfort pour le personnel intervenant du fait des remplacements :

« Là où il y a eu des difficultés pour les salariés, c'est d'avoir des bénéficiaires qu'elles ne connaissaient pas et elles ont dû s'adapter à la situation. (...) Elles ont leur habitude avec leurs bénéficiaires. Et là on les envoyait dans d'autres domiciles. Et la difficulté c'est peut-être ça pour les salariés : arriver sur un domicile inconnu durant cette crise sanitaire. En temps normal, je pense qu'elles le vivent différemment. » (A)

Pour pallier à ce genre de difficultés, certaines structures pratiquent en temps normal le doublon (voire plus !), notamment sur les « gros dossiers ».

« Souvent, quand il y a des gros gros contrats, on a toujours deux, voire trois des fois même quatre sur un même client. Ça dépend du volume d'heures de boulot qu'il y a. Et par exemple, moi, j'ai une cliente, on doit y aller quatre fois par semaine pour l'instant. Elle a la maladie d'Alzheimer. Donc on a un volume horaire et on se le partage à deux. » (S)

D'autres essaient d'anticiper ou de contourner la difficulté en n'exposant pas trop leurs intervenants réputés appréciés des bénéficiaires. Ainsi, une intervenante, visiblement très demandée, nous expliquera que sa structure a fini par l'interdire de remplacements, chacun de ses passages chez un nouveau bénéficiaire générant des demandes impossibles à satisfaire. Malgré tout, en période de pénurie de personnel, les remplacements doivent assurés. Une

autre intervenante nous expliquera ainsi comment certains de ses remplacements sur un secteur éloigné, toujours pour pallier au manque de personnel, ont suscité des demandes insistantes des bénéficiaires pour « la garder » ; des demandes en l'occurrence difficiles à maintenir du fait des coûts de déplacement.

Cette question du choix de l'intervenant s'est ainsi exacerbée au coeur de la crise au regard des arrêts, des remplacements et des difficultés de recrutements. Elle semble même si importante aux yeux de bénéficiaires que certains, détenant la « perle rare », nous ont confié ne pas souhaiter annuler « complètement » leurs interventions de peur de la perdre !

Ce que cette question laisse entrevoir finalement, c'est qu'une intervention est autre chose qu'une simple prestation, par exemple jugeable en qualité à travers des savoir-être ou savoir-faire. L'intervenante idéale apparaît souvent comme celle qui prend des initiatives, qui prévient la famille, l'infirmière ou le SAAD quand il y a un problème. Elle est celle qui fait bien le ménage ou toute autre tâche, qui vient et qui respecte les heures. Parée de toutes ces « qualités », elle est alors celle en qui :

« J'ai confiance parce que je sais qu'elle est travailleuse, elle n'est pas voleuse, elle ne cherche pas à attendre les minutes. » (J)

Mais ce que nous montre la situation crise, c'est que l'intervention ne se réduit pas des compétences mises en oeuvre : elle implique aussi en filigrane du lien, d'autant plus important lorsque l'isolement à domicile est renforcé, lorsqu'il est question de soutien, de maintenir le contact ou encore de prendre des nouvelles des bénéficiaires. Ce lien est alors fort : il traduit un attachement, participe d'une continuité de la prise en charge (par l'engagement des intervenantes auprès de « leurs » bénéficiaires par exemple, en faisant passer le mot « particulier » à une collègue en cas d'absence, etc.), et même d'une bonne connaissance de la situation de la personne, de ses proches. Et tout cela procède - notons-le - non par distanciation, mais au contraire par proximité¹⁵ :

« Quand la famille m'a appelé pour me dire qu'il était décédé – la structure n'était pas encore au courant – ça fait quand même quelque chose ! Parce qu'on s'y attache quand même ! On nous dit : "Il ne faut pas avoir des affinités avec les personnes". Mais ce n'est pas possible. On est des humains quand même. » (I)

¹⁵ Ce qui est en jeu ici, c'est de savoir, par-delà les compétences et savoir-faire professionnels, comment intervenir le soir pour un repas chez une personne âgée rentrant épuisée d'une dialyse par exemple. Comme y a insisté une bénéficiaire, si l'intervenant est déployé dans l'urgence, n'est pas au fait du domicile (rangement des ustensiles et des aliments dans les placards, de l'agencement de la maison, des habitudes de la personne, etc.) voire même de la situation du bénéficiaire, l'intervention risque d'être compliquée, le bénéficiaire dialysé n'ayant pas forcément la force de l'accompagner.

2/ La difficulté à assurer une augmentation des heures de prises en charge :

Le besoin d'une augmentation du plan d'intervention a, lui aussi, soulevé d'autres difficultés pour certains bénéficiaires. De tels besoins se sont, semble-t-il, renforcés à partir de début 2021. Par exemple, N, aidante, y a été confrontée pour sa mère, du fait d'un nouveau besoin de garde en soirée auquel la structure prestataire n'a pas pu répondre, faute de personnel disponible. Survenant au moment du déploiement de l'obligation vaccinale, la situation a été pour elle « compliquée car les intervenantes manquantes ne veulent pas se faire vacciner ». Au moment même où il était encore question d'un vaccin à même de réduire la transmission du virus, celle-ci était prête à signer une décharge au SAAD pour qu'une personne non vaccinée puisse intervenir. Elle n'a cependant pas été exhaussée.

Enfin, on notera, du côté des structures cette fois-ci, et non sans lien avec le point précédent, **la difficulté à assurer de nouvelles prises en charge**. A côté des besoins d'augmentation du nombre d'heures, de nombreuses structures ont aussi fait état d'une augmentation significative des « prospects » à partir du printemps 2021. Des sollicitations auxquelles beaucoup n'ont pu donner suite du fait du manque de personnel.

L'origine de cet emballement de nouvelles prises en charge n'est ici encore pas très claire. Beaucoup s'accordent sur une chute globale de l'autonomie des seniors (effets du confinement, de l'isolement, report des soins, « guérison » du covid laissant les seniors dans des états sanitaires déplorables - importante perte du poids, etc.). Pourtant, certaines structures ne semblent pas partager cette vue :

« On n'a eu quasiment aucun cas covid chez nos bénéficiaires. J'ai l'impression que nos bénéficiaires ont gardé une dépendance stable. (...) Il n'y a pas eu de situations changeantes sur les prestations que l'on effectuait chez eux. (...) Finalement, on n'était pas sur des personnes de 80 ans. Les personnes qui ont été le plus mises à mal, ce sont les bénéficiaires suivis par les centres médicaux psychologiques qui ont entre 25 et 60 ans. Je pense que c'est ce public-là qui en a le plus souffert, et pas les personnes âgées. » (M)

D'autres structures supposent également que c'est là le fait d'une clientèle insatisfaite par la suspension ou la réduction des interventions, ou par la non-prise en compte de leurs besoins accrus ; et qui va sonner à toutes les portes.

Dans tous les cas, cette augmentation des prospects flèche, pour les structures, sur l'absence de recrutement et le manque de personnel (et, en rebond, sur les questions des tarifs, des salaires, etc.). De façon plus contextualisée,

elle souligne aussi, au coeur de la crise, l'objectif de maintenir une continuité de service pour leurs propres bénéficiaires.

Néanmoins, la difficulté demeure plus large : pouvoir prendre en charge de nouveaux bénéficiaires recouvre un enjeu important lors des crises, et dépasse les structures elles-mêmes. Ainsi, deux assistantes sociales d'une clinique et d'un hôpital varois nous ont fait part de leur difficulté à trouver des SAAD pour mettre en place de plans d'aide lors des sorties d'hospitalisation. La difficulté était telle lors du premier confinement qu'avec d'autres assistantes sociales des centres de soin du département, elles se sont constituées en réseau pour mieux faciliter le repérage de SAAD à même de pouvoir assurer de nouvelles prises en charge sur les différents territoires. L'enjeu est bien évidemment d'accompagner des personnes à leur sortie d'hospitalisation. Mais il est aussi de permettre un accès aux soins à d'autres en favorisant la rotation des patients.

En résumé, concernant les satisfactions au sein des structures :

- Celles-ci sont importantes et principalement redevables : -) des consignes de tutelles (besoins dits « essentiels »), -) du manque de personnel -) et de la situation des bénéficiaires ;
- Les *interruptions* d'interventions font principalement suite : aux consignes des tutelles, au manque d'EPI, à la contraction du covid / cas contact personnel ou bénéficiaires, au manque de personnel ;
- Les *maintiens* font, au contraire, suite : -) aux informations sur les bénéficiaires (degrés de dépendance, etc. ; dans le cas de la crise Covid, on notera l'importance de l'isolement), -) à l'engagement du personnel, -) et à des demandes directes de bénéficiaires ;
- Se renforçant au fil du temps, leur mise en oeuvre a impliqué de : -) mobiliser et rassurer le personnel, -) arrêter certaines interventions, -) réduire les heures d'interventions chez certains bénéficiaires.
- Les principales difficultés rencontrées ou en lien avec leur mise en oeuvre sont : les changements incessants d'intervenant côté bénéficiaires et intervenants, l'impossibilité d'augmenter les heures de prises en charge, et celle d'assurer de nouvelles prises en charge.

L'INFORMATION SUR LES BÉNÉFICIAIRES : UNE IMPLICATION IMPORTANTE DES INTERVENANTS DANS LA REMONTÉE D'INFORMATION

Les intervenants sont apparus fortement impliqués dans la remontée d'information sur les bénéficiaires. Cette pratique semble bien ancrée. La totalité des intervenants rencontrés nous ont en effet fait part de « remontées » régulières d'informations :

« Je remonte tout le temps les informations. Je suis tout le temps en train de raconter des trucs au bureau de tout ce qui se passe » (I)

« Quand on voit des évolutions, on les fait remonter tout de suite. (...) On les écoutait (aux bénéficiaires) et on retransmettait directement à (la coordinatrice). » (L)

Ces remontées sont courantes et routinières. La crise n'a pas tari le flux informationnel qui en découle.

Quelles sont alors les principales caractéristiques de cette circulation d'informations ?

1/ L'usage des outils disponibles est relativement peu répandu et il n'y a pas davantage été recouru durant la crise. Cette remontée procède par **2 voies** :

Principalement, via le téléphone ou en direct : « Les informations sont rentrées dans le logiciel. On a une fiche informatisée par bénéficiaire avec toutes les infos dessus. On crée des fiches d'action et on note toutes les informations. Cela peut venir des proches, des bénéficiaires eux-mêmes. Si je téléphone et que la personne se sent seule, automatiquement je le note sur la fiche. » (E)

Et via des outils spécifiques : - *Le carnet de liaison* : « Les remontées, elles (les intervenants) le font systématiquement par le biais du classeur de liaison pour les transmissions avec les autres (professionnels) intervenants. » (A)

--	--

- Une tablette ou smartphone avec logiciel : « Tout remonte automatiquement par tablette, sur des choses simples. En cochant des réponses en choix multiples (prédéfinies). » (D)

Si cette remontée d'informations est abondante, elle n'est pas dans la majorité des cas systématisée ou structurée. Les outils disponibles ne sont pas toujours connus, intégrés, appropriés ou routinisés au sein des structures. Leur non-usage provient le plus souvent des intervenants. Un manque de compétence est généralement mis en avant par leur hiérarchie pour l'expliquer (« Il faut voir le personnel qui est en capacité, aussi, de faire remonter les infos, de gérer ça derrière. », P). Néanmoins, cette hiérarchie n'y recourt pas toujours elle-même :

« On a une tablette pour nos visites à domicile où l'on remplit nos évaluations en direct, avec la grille AGIR, les objectifs, etc. Moi, je n'utilise pas cette tablette, au grand désespoir de (mon directeur) ! Je n'ai pas d'outils. C'est dans ma tête. » (H)

Cependant, même lorsque ces outils sont bien intégrés, les annulations et les modifications d'intervention ont clairement réduit le flux de remontée d'informations, qui s'est fait moins poussif. Par exemple, pour le portage à de repas, le suivi de la prise de repas et de la « situation de la personne », tel que l'opère habituellement la structure, s'est interrompu. Celle-ci dispose en effet d'un équipement numérique - une tablette pour chaque livreur - et d'une grille lui permettant d'assurer le suivi de la personne, de son état, de sa nutrition, etc. Ce suivi en présentiel et de contrôle (du réfrigérateur, etc.) n'a plus été possible au plus fort de la crise. Un suivi à distance a néanmoins pu se mettre en place, par téléphone.

Sur un registre différent, la même limitation a été de mise pour le suivi diffus et intuitif. La généralisation de la livraisons on de courses « devant le pas de la porte », ne permettait plus de passer du temps avec les bénéficiaires.

Comment est recueillie l'information ?

Par la présence	« C'est vrai que l'on s'appuie beaucoup sur <u>les retours des aides à domicile</u>. Durant la crise, cela s'est maintenu. (...) S'il y a des choses un peu plus importantes, elles vont nous appeler pour nous dire "bon voilà, il se passe ça". (Mais) c'était déjà quelque chose qui était mis en place chez nous. » (A) « Si c'est eux (livreurs) qui perçoivent un changement chez le bénéficiaire, ils leur arrivent de nous appeler pour nous avertir. (...) Les livreurs nous font remonter l'info si le bénéficiaire ne répond pas ou s'il y a un autre problème. » (E) « Même si on livrait devant la porte, on disait "bonjour", on discutait un peu. On a noué du lien. Un exemple quand je rentre chez eux, au lieu de dire "bonjour", je dis "Hello ! Comment ça va ? Vous allez bien". Et ils me racontent leurs petites histoires. Parfois je raconte aussi mes petites histoires. » (G) « Dès que je suis alertée sur quelque chose, je fais une visite à domicile. » (H)
Par des appels téléphoniques	« On appelait pour prendre des nouvelles, collecter l'info. (Mais) il en a qui les appelaient, les salariées, de leur propre chef. » (A) « On essaie d'appeler, pour les anniversaires par exemple. Mais parfois, je manque de temps. (...) Il faut que <u>j'essaie de détecter ce qui va / ce qui ne va pas en appelant</u>. Mais comme je suis nouvelle à ce poste, c'est au ressenti. » (E) « Essentiellement par les bénéficiaires qui appelaient pour prévenir qu'ils étaient malades. » (I) « Toutes les deux semaines, on appelait tous nos bénéficiaires pour prendre des nouvelles. Même pour ceux auprès de qui on n'intervenait plus. » (M) « Souvent <u>je les appelle</u>. Mais, moi, je vais directement au bureau. Je prends deux minutes pour m'arrêter. » (I)
Sur la base d'une connaissance expérientielle	Je ne sais pas comment expliquer ça, c'est plus une intuition, en fait. On sent quand on est à côté de la personne. Pour moi, ça marche comme ça. Je suis très intuitive (S)

--	--

« Comme on voit les bénéficiaires presque tout le temps, on voit de suite qu'il y a quelque chose qui ne va pas. » (I)

2/ Le traitement de l'information demeure le plus souvent un point aveugle pour les intervenantes. Les retours auprès des intervenants apparaissent en effet rares, soulignant un cheminement plutôt ascensionnel de l'information au sein des structures. Le terme de « remontée » apparaît ici parfaitement ajusté.

On notera cependant que les intervenants semblent ensuite n'avoir aucune idée du devenir, du cheminement, de la prise en compte ou du traitement effectif (ou non d'ailleurs) de ce qu'ils font remonter. Pour le dire clairement, ils *préviennent*. Leur rôle se limite à faire passer l'information et ils ne semblent que peu impliqués dans le suivi, et en sont dessaisis.

« Après, tout ce que j'ai dit au bureau, je ne sais pas si l'information, ils la mettent à la poubelle ou si ça remonte. » (I)

Une fois l'information « remontée », le plus souvent au niveau RS, direction ou RH, son traitement s'opère en lien avec d'autres professionnels. Il repose principalement sur une filtration, une orientation et un relais des informations :

« Médecins, infirmières, kinésithérapeutes, aide-ménagère, les proches, les enfants, les petits enfants, les assistantes sociales, le CCAS... A mon niveau, ce sont les contacts que j'ai pour pouvoir appeler en cas de besoin. » (E)

« On les entend systématiquement (les intervenantes). Et ce que l'on fait, c'est qu'on prend contact avec l'infirmière si la salariée ne l'a pas fait. » (A)

« Et puis après, on prévient le bureau. On envoie un SMS systématique au bureau ou on téléphone si c'est urgent. Et après, c'est le bureau qui contacte l'entourage, le personnel médical. (...) Après, on n'appelle pas tout de suite les pompiers. On essaie de savoir, on pose des questions. » (G)

« La coordinatrice fait la remontée des informations vers les autres professionnels (infirmiers, kiné). Je communique aussi beaucoup avec les infirmières et les infirmiers. Mais je ne les vois pas tout le temps... »
(L)

3/ Les intervenants font très fréquemment circuler l'information plus largement autour d'elles, en « alertant » la famille, les infirmières ou les kinésithérapeutes. Cette information ne prend pas toujours, en effet, une trajectoire ascensionnelle et interne à la structure - *i. e.* une « remontée ». Dans ce cas, il est alors question d'« alerte » et très souvent d'un essaimage de l'information autour du bénéficiaire :

« Quand il y a de la famille, j'alerte en premier la famille. Sinon j'alerte l'association. Soit l'infirmière aussi. Si j'ai des contacts avec des infirmières, des fois ça m'arrive. » (S)

Ici, l'orientation vers des formes de coordination très opérationnelle est généralement privilégiée, sinon engagée. Celle-ci sert en effet à rendre possible un contrôle de premier niveau, à vérifier et à donner du crédit :

« Cela permet aux soignants qui interviennent de voir s'il y a quelque chose qui ne va pas. » (A)

A l'inverse, aucune intervenante nous a fait part de contact ou d'alerte de la part d'un autre professionnel en lien avec l'un de leurs bénéficiaires. Cette coordination bute en effet régulièrement sur des difficultés de statuts et relationnelles¹⁶ :

« Ça dépend aussi quel est le caractère de l'infirmière. Il y a des infirmières qui sont très, très proches. Il y en a d'autres qui nous considèrent un peu... Elles sont hautaines ! Elles nous considèrent un peu comme des basses besognes. Donc, on n'est pas trop respectés. » (S)

« On voit davantage le kiné que l'infirmière. C'est la coordinatrice (salariée) qui a davantage le contact avec l'infirmier. » (L)

¹⁶ SUCHIER, M., MICHEL, L., FOURNIER, C., 2021, « Des tensions entre dynamiques professionnelles et interprofessionnelles dans le travail des aides à domicile, des aides-soignantes et des infirmières en soins primaires », in *Questions d'économie de la santé*, n°263, Irdes.

Dans ce cas, elle retrouve son caractère plus ascensionnel au sein des structures. Là, elles font alors l'objet d'un traitement particulier par le *Middle management*, centré sur le crédit du message et de la source. Parfois, il s'agit de croiser l'information :

« Les livreurs communiquent beaucoup ; et donc font remonter l'information. (Ils sont) trois par tournée. Donc c'est utile car chaque livreur a son interprétation, sa perception. » (D)

A d'autres moments, il est question de vérification directement à la source. Certaines responsables de secteurs, alertées, rappelaient ainsi les bénéficiaires ou leur proches concernés, pour vérifier ce qui n'allait pas, avant de prendre des dispositions (prévenir d'autres professionnels, improviser une visite chez le bénéficiaire, etc.).

Parfois aussi, le traitement repose davantage sur le crédit donné à « qui informe » que sur le « quoi », certaines intervenantes étant jugées beaucoup trop alarmistes par exemple, ou encore trop inquiètes vis-à-vis du Covid et empruntées à en déceler les symptômes à tout bout de champ.

Au final, on retrouve le drame du lanceur d'alerte (Chateauraynaud, 1999) : soit être dessaisi de son alerte, soit de ne pas être cru. Mais on décèle aussi où se joue concrètement la prévention et la place qu'occupe les intervenants par rapport à elle : *prévenir*.

Sur quels critères s'appuient alors les professionnels ?

Nous pouvons lister une série de critères « habituels » (et non exhaustifs) auxquels il est recouru. Ceux-ci apparaissent largement intuitifs, construits à partir de la pratique routinière des intervenants, même si, dans certains cas, des grilles existent.

CRITÈRES REPÉRÉS

Le mode de vie	Manger / ne pas r ... le ...
	Par exemple : « On sait que l'on passe un cap lorsqu'on nous dit que la personne n'est plus en capacité de faire ses repas. Là, on réévalue et on revoit tout le plan d'aide et on met d'autres prestations. » (H)
Les att	
Les symptômes	Fièvre, « le bénéficiaire est pâle », « fait des malaises »
Le lieux de vie	Domicile en mau vaise état d'entretien, volets fermés, lumières non allumées, dégradations du lieu de vie
L'isolement	Bénéficiaires seuls, présence d'aidants ou non « Ils ont besoin de quelqu'un pour être là. Donc ça, ça a été l'un des critères qui fait que l'on a plus repris les interventions chez ce public-là. » (A)
La dépendance	Personnes dépendantes, qui ne peuvent pas sortir
Une sortie d'hospitalisation	« Cela reste toujours des prestations "préparation de repas", "entretien du logement", "gestion du linge", "les courses". Après, moi, je les plaçais parce que je faisais un dossier APA par la suite. Parce qu'ils étaient totalement affaiblis, que les RDH cela va un temps mais c'étaient des personnes qui étaient de GIR 6 à GIR 3 ou 4. Donc il fallu que j'aide, moi, plus souvent sur le terrain faire beaucoup de dossiers pour maintenir les prestations. » (M)
Les informations sur le « tout va bien »	« On sent quand la personne a le sourire au bout du fil, quand elle me demande si tout va bien. » (E)
Traitements suivis par les bénéficiaires	« Je regarde le type de traitement que l'on fait. » (P)
A eux, il convient d'ajouter des critères plus conjoncturels relatifs à la crise actuelle et au covid. Une attention plus que renforcée a été de mise sur cet angle sanitaire, « au moindre signe qu'avant, elles (les intervenantes) n'auraient	

peut-être pas fait attention » (A). Les alertes se sont par exemple multipliées autour de « toux », de « mal de gorge » ou de « mal de tête ». Dans la même veine, le **non-respect de consignes sanitaires par les bénéficiaires à domicile** a démultiplié les remontées des intervenantes (tout au moins pour lesquelles cela comptait) :

« En remontée d'informations, c'étaient surtout des plaintes. "Tel bénéficiaire ne met pas son masque", "La famille vient manger et personne n'a le masque"... » (M)

L'ensemble de ces critères ont, en outre, pu trouver une acuité renforcée selon le moment de la crise. D'autres ont, en revanche, été découverts chemin faisant, et permis de décrire des « besoins essentiels ». C'est le cas de l'isolement (plus que l'enfermement) qui a fini, à l'issue du premier confinement, par être considéré comme majeur par certaines structures. Cela a valu, lors des pics suivants, le maintien de certaines interventions (une heure de ménage par semaine par exemple) « pour la présence » ou « pour le lien social » des personnes très isolées. Augmenter ou relancer une prestation de ménage n'est alors pas lié à un accroissement de la saleté ou du monticule de linges sales - en tout cas, cela ne nous a pas été présenté comme tel. Mais cela peut se justifier au regard de l'isolement de la personne, et être reporté à une perte d'autonomie ou un « facteur de fragilisation ».

En résumé, concernant **l'information sur les bénéficiaires**, on retiendra :

- Une implication très importante et continue des intervenants dans la remontée d'information ;
- La centralité du lien bénéficiaire-intervenant dans la connaissance de la situation ; ce lien a également fortifié l'engagement vers les bénéficiaires de la part des intervenants ;
- Le traitement de cette information demeure le plus souvent un point aveugle pour les intervenantes, une fois la remontée opérée au niveau du *middle management* ; mais eux-mêmes transmettent et n'ont pas toujours d'écoute ni de retours ;
- L'usage des outils disponibles est relativement peu répandu et il n'y a davantage été recouru durant la crise ; dans le cas des rares usages habituels, cela s'est notablement relâché ;
- Une série de critères « habituels » (et non exhaustifs) sont utilisés lors des « remontées » ; ceux-ci apparaissent largement intuitifs, construits à partir de la pratique routinière des intervenants. A eux, sont

veru
des

- Les intervenants font très fréquemment circuler l'information autour d'eux, en « alertant » directement la famille, les infirmières ou les kinésithérapeutes.

DES ORGANISATIONS BOUSCULEES

Quelles que soient les structures, les organisations ont vacillé et ont fait l'objet de nécessaires adaptations. Le premier confinement a été particulièrement éprouvant, surtout au niveau des *back offices*, même si certaines difficultés se sont installées et renforcées dans la durée. Les organisations ont été la plupart prises de court et placées dans l'urgence, à tous les niveaux

« Durant la première crise, on était un peu perdu. On a géré comme on a pu. » (I)

« Les fiches protocole changeaient tous les 15 jours. » (M)

« Ça a été une réorganisation permanente des plannings. » (P)

A cela s'ajoute aussi l'approvisionnement en EPI, surtout en masques. Quelles sont alors les principales adaptations repérées de l'organisation ?

ADAPTATIONS REPEREES DE L'ORGANISATION

Fermeture des locaux « On a fermé les locaux l'après-midi et on a maintenu l'ouverture le matin. Parce qu'il faut aussi penser au personnel, aux passations de clé des bénéficiaires, distributions des masques, des gels. » (A)

	« <u>Au bureau, il n'y avait plus personne</u> . C'est moi qui gérais le bureau. » (D)
Rôle a standa	
Modification des horaires d'intervention	« Avec le couvre de compréhension et de solutions trouvées. (...) Donc on a retravaillé ça avec les intervenantes et les bénéficiaires. On a trouvé un compromis. On a retravaillé les temps d'intervention, on essaye de trouver quelque chose qui aille pour les deux, un bon compromis. » (P)
Contact et soutien des intervenantes	« On a un outil qui est déjà en place. On a un logiciel car elles ont un téléphone professionnel nos intervenantes. Avec ce logiciel que nous avons, on peut leur envoyer des SMS et, elles, elles peuvent aussi nous envoyer des SMS, groupés comme individuels. Ce logiciel est tout le temps ouvert et c'est vrai que souvent on les encourageait, on leur donnait des informations importantes, on posait des questions. » (M)
	« Beaucoup de relationnel (téléphone) pour les rassurer, pour leur dire qu'on ne les laisse pas tomber, répondre aux questions, pour rassurer et prendre du temps. C'est nécessaire. » (P)
	« Moi, je trouve que mon boulot a complètement changé pendant cette période mars-avril 2020, où effectivement, je n'étais plus sur de la gestion de planning, sur les visites à domicile - qu'on avait complètement stoppées d'ailleurs. » (H)
Recours au télétravail (personnel administratif)	« Mise en télétravail du salarié en charge des paies. » (M)
	« Mais c'est vrai que l'activité a totalement changé. La manière de travailler était totalement différente. On était en télétravail et on passait notre temps à passer des coups de fil pour prendre des nouvelles des uns et des autres. » (M)
	« Après, vu qu'on était en télétravail, on a créé un groupe <i>WhatsApp</i> . Pour qu'on puisse échanger des infos ou pour rigoler et se détendre un peu. C'était juste pour l'équipe administrative. » (M)
	« Par la suite, les filles sont revenues au fur et à mesure. Enfin, ils ont fait revenir les filles. Donc ça nous a un peu allégé les plannings. Pour ma part, j'ai récupéré mes plannings d'avant. » (L)

**Au niveau de la
gestion RH**

Suspension des contrats

« On a eu moins d'interventions à faire. Des contrats ont été suspendus. » (L)

Modulation

« Ce qui a été très compliqué, c'est qu'on était en modulation, comme toutes les assos. Et au niveau de la gestion des soldes de modulation, personne ne pouvait nous donner de réponses sur cette activité partielle. » (A)

Gestion "en urgence"

« Beaucoup de temps passé à trouver remplacement pour maintenir les activités qu'on voulait /devait maintenir » (H)

« On n'était pas encore véritablement dans la crise du covid, mais plus dans la crise de la gestion des absences. La première chose que j'ai faite à 9-10h du soir, c'est de prendre la liste de mes salariées et de compter le nombre de mamans qu'il y avait et de me dire : "Bon, comment on va gérer toutes ces absences ?" » (M)

« Il a fallu faire un choix (*chez qui intervenir*). Donc à ça a été la panique un peu générale au sein de l'équipe administrative. (...) On a appelé les salariées pour faire un état des lieux des absences. » (M)

**Gestion des
protocoles**

Outils

« En plus, les fiches protocole changeaient tous les 15 jours. Donc on avait mis en place un classeur spécial covid où dedans il y avait la fameuse liste de nos niveaux d'urgence des bénéficiaires et les fiches protocoles mises à jours au fur et mesure. » (M)

« Il a fallu faire de la gestion d'absences, d'information, de rappel à l'ordre sur le port du masque, sur le lavage des mains, sur les gestes barrière, sur le rappel aussi aux clients de bien porter le masque, que ce n'était pas fini, etc. » (M)

Contrôle

« Après moi, j'ai fait des visites de contrôle pour si nos intervenantes mettaient bien le matériel. » (M)

	Passage à l'agence « Il y a eu des affiches de communication et le fait que les intervenantes ne pouvaient pas passer toutes en même temps. Donc il fallait vraiment planifier des moments de passage en agence. » (M)
Mise en œuvre d'astreintes Pour les livraisons de repas	« On n'a pas eu mis systématiquement (D) « Les tournées sans les masques, il y avait des gens. On livrait à la porte. » (G) « Il y en a qui ont préféré qu'on continue de livrer à la porte le sac pour éviter tous les risques. Il y avait les familles aussi qui refusaient que l'on rentre chez leur parent. (...) Je pense qu'à la campagne, ils avaient moins peur du covid qu'en ville. En ville, c'était vraiment "déposer à la porte". Toc-toc ? Ils disaient "oui" et puis on s'en va. A la campagne, ce n'était pas du tout pareil, sur leur rythme de vie. » (G)

Si les organisations ont été malmenées, on notera tout de même quelques solutions « ad hoc » ayant été mise en œuvre pour y pallier :

1/ Le rapprochement des directions, des RS et du « terrain » ;

Ce rapprochement s'est concrétisé de quatre manières :

Organiser de réunions quotidiennes	« Par contre, on confinement, et m rassemblement de si
« Mettre la main à la pâte »	« On a eu une per directrice) et moi, c
Prendre le relais	« Le patron aidait Standard télépho « La responsable c réceptionné les appels qui arrivaient sur le standard et qui basculaient. » (A) Intervention chez les bénéficiaires de certaines RS pour pallier à des urgences
Prendre en charge	mise en charge par certains dirigeants de la chaîne logistique des EPI (masques), assurant les achats, la livraison, le stockage « sécurisé », le suivi drastique des stocks et des usages, l'approvisionnement des agences voire la distribution aux intervenantes.

2/ L'émergence informelle ou le renforcement de nouvelles fonctions : coordination avec autres professionnels, accompagnement du personnel, soutien aux bénéficiaires ;

Certaines structures disposent d'ores et déjà d'une fonction de coordinateur. Son travail a été particulièrement remarqué et apprécié par les intervenantes et les bénéficiaires :

« On a une coordinatrice (salariée) qui a été formidable, que ce soit avec les bénéficiaires ou avec nous, les salariés. Franchement, elle ne nous a jamais abandonné. (...) Vous avez (la coordinatrice) qui est là que ce soit pour les petits ou gros dossiers et qui vous écoute. (...) La coordinatrice adaptait les plannings,

demandait de nos nouvelles. (...) Je pense que l'on a eu une bonne écoute psychologique de sa part. » »
(L)

Deux choses sont à noter concernant ce rôle/cette fonction :

- Avec la crise, le lien s'est le plus souvent distendu avec les autres professionnels (médico-social, médical, etc.) et cette coordination s'est davantage internalisée au sein des structures, autour d'un niveau intermédiaire impliquant planification, accompagnement du personnel, soutien des bénéficiaires (soulignant ainsi un repli sur soi sur lequel nous reviendrons plus avant - mutualisation, etc.).
- Ce rôle et cette fonction, même s'ils ne sont pas définis, ont toutefois été « habités » dans les autres SAAD, par des directeurs, des RS ou RA.

Concrètement, cette fonction s'est traduite par un **accompagnement du personnel**, précédemment évoqué :

« J'ai repris les formations individuelles : 3 heures avec chaque salariés pour reprendre le bébé. Donc, on passe 3 heures avec chaque salarié. Et ça y est ! Depuis cette formation-là, il n'arrivent plus la matin beaucoup plus tôt (pour discuter), ou quand ils arrivent, ils ont le masque. Ça y est ! La vague est quasiment finie... J'espère qu'ils respectent enfin les *process* que je leur avais demandé. » (D)

Elle s'est aussi traduite par **un soutien aux bénéficiaires**, répondant d'une volonté d'« être davantage dans la bienveillance » (L) à travers des contacts réguliers, une présence maintenue et une disponibilité auprès des bénéficiaires (notamment pour faire face à l'isolement). Deux biais ont été principalement empruntés :

Contact direct

« Cela s'est passé très bien. Ils nous voyaient tous les jours, donc c'était de la confiance. Ils savaient l'heure à laquelle on arrive, donc ils nous attendaient. » (I)

Par té

« Même
bénéfici
mainten

« Aucun
j'ai été c

chose. Je n'ai rien eu. (...) Mon non plus, d'ailleurs, je ne me suis pas déclaré comme étant susceptible d'avoir besoin.
Je suis vraiment autonome. (...) Le seul contact, c'est avec (le directeur du saad). De temps en temps, j'appelais... »
(F, bénéficiaire)

Comme on le devine, l'éventail va ici de contacts furtifs mais fréquents (le plus souvent par téléphone), à des liens personnels très denses (plusieurs heures de présence par semaine). Par-delà cette variation, un trait commun peut néanmoins être repéré : la prise de nouvelles (« Comment ça va ? »). Ces contacts, très appréciés des bénéficiaires, constituent un support important d'informations comme nous l'avons vu.

On notera enfin quelques initiatives ayant pu être mises en place à destination des bénéficiaires.

INITIATIVES EN DIRECTION DES BÉNÉFICIAIRES

Apprentissage des gestes barrières	« On a enseigné les gestes barrières aux bénéficiaires. Cela posait problème quand le bénéficiaire ne met pas le masque. On ne veut pas prendre de risque ! » (L)
Prévention suicide	« Donc hormis le ménage qu'on faisait on faisait beaucoup d'accompagnement. On leur parlait beaucoup. Il fallait les raisonner. Il y en avait beaucoup qui voulaient se suicider. » (I)
Ludique	« (Pour les bénéficiaires) On a demandé aux enfants de nos salariés de faire des dessins, lors du premier confinement. (...) Mais on s'est rendu compte que les salariées n'ont pas joué le jeu. Cela m'a marqué. Car finalement on n'a reçu que 2 dessins, sur les 90 salariées. » (A)

--	--

Ou : 1 fois par mois, une gazette, quelques conseils (nutrition, covid), avec des petits quiz questionnaires

3/ Ce qui n'a pas été envisagé, fait ou usité :

CE QU'		
Davanti d'autonomie	« C'est peut-être u confiance. (...) Apr le dire. Pas du tout Mais il faut alors q communication l'accompagne. La communication “++”. » (H)	
Implication des intervenants dans la réorganisation des plannings	Aucune allusion	

Davantage d'échanges et de réunions

« Déjà, on en a pu secrétaire, la resp covid. Il y avait un goûter. On essaya nos plannings diffé

« Avant, les livreu tous ensemble. (I matin). Au fond de collègues. (...) regroupement)... E

« Non. Même pas crise, il n'y a pas tous les 4 (en bac)

« On n'a pas assez les réunions se font en plein milieu d'après-midi. » (I)

« Il fallait que l'on reste séparés. Mais du moment qu'on avait le masque et qu'on respectait les distances, on restait quand même ensemble, on se voyait tous les jours ». (G)

« Mais nous, ça a plus été un manque d'écoute au début de la direction. On a eu un gros manque d'écoute par rapport à tout ça. On leur disait qu'on avait besoin de plus de matériel. » (L)

Peu de coopération ou mutualisation entre les SAAD pour surmonter la situation et trouver des solutions

« Aucune mutualisation ou échanges d'informations avec les autres SAAD. C'est chacun pour soi ! (C'est pour cela) J'aurais vu cela soit par l'ARS soit par le CD. Une ou deux personnes, même en télétravail, avec une base de données commune de toutes les structures, qui relèvent les problématiques de chacun. (...) J'attendais de l'ARS ou CD de favoriser de l'entraide entre SAAD au profit des bénéficiaires. » (D)

Parfois, découverte de la possibilité de mutualiser, crue jusque-là impossible :

« On a mutualisé des plans d'interventions avec d'autres SAAD » (P).

--	--

Débrouillardise, par exemple concernant les EPI :

« Comme je connais bien une pharmacie, j'avais pu avoir des masques. » (P)

4. Ce que l'on

PISTE	
Dispositif d'astronomie	« Cette idée pour ce métier, on a une salariée d'astronomie »
Equipe	« Ça a été une équipe de collègues, mais qui s'est un peu créé. » (H) « Je vois que ça a resserré les liens. Il y a eu vraiment un lien de confiance que je ressens encore aujourd'hui. Parce que chacun aussi a été touché dans sa famille. Notamment moi. J'ai partagé ça avec eux au téléphone. Moi, j'ai perdu de la famille en Italie, j'ai eu mon frère dans le coma parce que pas de soins, etc. Et du coup, on a parlé de soi. Et ça, ce lien-là, il n'était pas là avant et il est encore là aujourd'hui. » (P) « Entre elles, elles se sont appelées et se sont... "Ben ouais, M., elle traverse ça", "Ben moi, il y a telle personne...". Du coup, ça crée une relation qui est vraiment chouette et qui encore existante aujourd'hui. Je pense que, ça, ça reste. » (P)
Renforcer la mutualisation des plans d'aide	« Maintenant, on mutualise nos interventions avec une autre structure sur un même plan d'aide. Alors qu'avant on ne le faisait pas. C'est une façon de trouver des solutions au manque d'intervenants. Maintenant, on sait qu'on peut travailler ensemble, parce que vous ne pouvez pas faire avec tout le monde. » (P)

En rés

- Elles
locu
inter

- Un r
de ré
notai

- L'éin
personnel, soutien aux bénéficiaires.

ANNEXE 3. LISTE DES DOCUMENTS ANNEXES

Document 1. L'outil Cahier de liaison structuré - version papier

Document 2. L'outil Cahier de liaison structuré - version digitalisée (Fialys)

Document 3. La fiche de repérage et de priorisation : la fiche de remontée structurée d'information

Document 4. Outil de repérage et de priorisation des interventions : ICOPE

Document 5. AZURERO : les pratiques et modèles pour la coordination territoriale

Document 6. Fiche évaluation initiale e modifier les numéros suivants dans corps du texte

Document 7. La place des SAAD dans la coordination/ Journée d'échanges

Document 8. Le rôle renforcé du Middle Manager/ Journée d'échanges

Document 8. Le rôle renforcé du Middle Manager/ Journée d'échanges

Document 10. Le cahier de liaison/ Journées d'échanges

ANNEXE 4. CRF