



**Étude-action sur le développement de
coopérations territoriales entre établissements
pour personnes âgées, pour personnes
handicapées et services d'aide à domicile**

Juin 2015

Dr Bernard LEDÉSERT – Médecin de santé publique

Bruno FOUCARD – Directeur adjoint

Étude réalisée à la demande du Département de l'Hérault

CREAI-ORS Languedoc-Roussillon

BP 35567 – ZAC de Tournezy – 135 allée Sacha Guitry – 34072 MONTPELLIER Cedex 3

☎ 04 67 69 25 03 – Fax : 04 67 47 12 49 – Email : creaiorslr@creaiorslr.fr – Site : www.creaiorslr.fr

Résumé

Le travail présenté dans ce rapport a été réalisé à la demande Du Département de l'Hérault dans le cadre de sa convention avec la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Depuis plusieurs années, l'accompagnement des personnes en situation de handicap et des personnes âgées s'inscrit dans un continuum de parcours pouvant associer des prestations assurées aussi bien à domicile qu'en établissement. Dans cette perspective, cette étude permet de faire un bilan de l'existant (première phase) et de vérifier la faisabilité et la viabilité de la mise en place de coopérations territoriales entre établissement et services à domicile (deuxième phase) sur deux territoires expérimentaux, un rural et un urbain.

Quatre types de coopérations ont pu être mis en évidence au cours de la première phase : les coopérations « réseau » permettant une connaissance mutuelle et des échanges de savoirs et de pratiques ; les coopérations « organisationnelles » permettant de mutualiser des outils, des moyens, du personnel ; les coopérations « parcours » qui permettent de faciliter le parcours de l'utilisateur, notamment lors des phases de passage d'un dispositif à un autre ; les coopérations « accompagnement » qui permettent de coordonner les interventions de plusieurs acteurs autour d'un même usager.

La deuxième phase du travail a permis de faire émerger six fiches actions regroupées en trois axes correspondant aux coopérations « réseau », « parcours » et « accompagnement ». Le travail mené a également permis de formaliser les conditions nécessaires à la réussite du développement de coopérations entre établissements d'hébergement et services à domicile.

Mots clés : étude, action terrain, établissement médico social, personne âgée, personne handicapée, accès soins, accompagnement social, soutien domicile, partenariat, Languedoc-Roussillon

Sommaire

Résumé	3
Contexte	7
Méthodologie	9
Calendrier de réalisation - participation	11
Résultats de l'enquête	15
Les coopérations « réseau »	19
Les coopérations « organisationnelles ».....	20
Les coopérations « parcours ».....	20
Les coopérations « accompagnement ».....	22
Nouvelles coopérations	23
Éléments issus des concertations avec les structures	25
Discussion sur les résultats de l'enquête.....	25
Sur la question de la mise en œuvre effective des coopérations.....	25
Sur le contexte général dans lequel s'inscrit ce travail.....	26
Des éléments facilitateurs.....	27
Des points d'attention :	27
Propositions de coopérations à développer.....	28
Dans le domaine des coopérations « réseau ».....	28
Dans le domaine des coopérations « parcours ».....	28
Dans le domaine des coopérations « accompagnement ».....	29
Hiérarchisation dans le développement des coopérations	29
Point de vue des usagers et de l'entourage	31
Détermination des axes de travail pour la seconde phase	35
Propositions de fiches actions pour le développement des coopérations	37
Fiche A-1 : Développement d'une culture commune	38
Fiche A-2 : Échanges de pratiques	40
Fiche B-1 : Intégration des informations issues des accompagnements à domicile dans les procédures d'admission en établissement	42
Fiche B-2 : Visite à domicile en amont de l'admission en accueil de jour.....	44
Fiche C-1 : Développement d'outils favorisant la circulation de l'information entre accompagnants	46
Fiche C-2 : Co-construction des projets personnalisés	48
Les conditions de la réussite	51

Contexte

A la suite des schémas gérontologiques d'une part, des schémas d'organisation sociale et médicosociale en direction des personnes adultes handicapées, d'autre part, et dans la perspective du développement d'un schéma départemental de l'autonomie, le Département de l'Hérault appréhende l'accompagnement des personnes en situation de handicap et des personnes âgées dans un continuum de parcours pouvant associer (en simultané ou en séquentiel) des prestations assurées aussi bien à domicile qu'en établissement.

Dans cette perspective, et dans le cadre d'une convention, liant la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et le Département de l'Hérault, a été retenu le principe de la réalisation d'une étude permettant de vérifier la faisabilité et la viabilité de la mise en place de coopérations territoriales entre établissement et services à domicile.

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), autorisés par le Président du Conseil Départemental, ont vocation à apporter une aide personnalisée auprès de personnes ayant un certain niveau de dépendance vivant à domicile :

- personnes âgées, en lien avec l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ;
- personnes handicapées, en lien avec la prestation de compensation du handicap (PCH).

Par ailleurs, d'autres personnes présentant une dépendance, sont accueillies dans des structures médicosociales financées par le Département, adaptées à leur besoins :

- établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour les personnes âgées ;
- foyers d'hébergement, foyers de vie ou foyers occupationnels pour les personnes handicapées.

Ces deux dispositifs d'aide et d'accompagnement sont distincts, à la fois du point de vue de l'accès aux droits et du point de vue du financement (financement de la structure d'accueil, d'une part, prestation versée à la personne elle-même, d'autre part).

Toutefois, la complexité des réponses aux besoins variés de certaines situations de personnes en situation de handicap pourrait parfois conduire à envisager la conjugaison des deux dispositifs.

Actuellement, cette conjugaison ne peut se réaliser qu'à partir d'un financement par la personne elle-même (ex : une personne handicapée vieillissante accueillie en EHPAD qui peut se financer en plus quelques heures d'une aide de vie pour l'accompagner pour certaines sorties), et est donc encore assez rarement réalisée.

A partir de l'existant, l'objectif de cette étude-action est ainsi de pouvoir repérer, sur deux territoires de nature différente sur le département :

- le degré de pertinence, en matière de meilleure réponse aux besoins des usagers, de cette éventuelle coopération entre dispositifs :
- les conditions de faisabilité et de viabilité de cette éventuelle mise en place effective de coordination territoriale, en lien avec les contraintes juridiques, financières, techniques, organisationnelles de chacun des dispositifs et les possibilités des usagers.

Les deux territoires sur lesquels cette étude-action a été menée sont :

- le Montpelliérain d'une part ;
- le Pays Cœur d'Hérault d'autre part.

Méthodologie

La méthodologie mise en œuvre a reposé sur deux phases :

- une première phase de diagnostic et d'état des lieux ;
- une seconde phase d'accompagnement du Département dans l'identification et la caractérisation de modalités de coopérations territoriales pouvant être développées.

La **première phase** comportait 5 étapes :

- Étape 1 : Présentation de la démarche aux acteurs concernés sur chacun des deux territoires
- Étape 2 : Recueil de données sur les coopérations ou expérimentations déjà effectuées sur le territoire
- Étape 3 : Concertations sur les coopérations ou expérimentations déjà effectuées sur le territoire
- Étape 4 : Recueil du point de vue des usagers et des familles
- Étape 5 : Production d'une synthèse intermédiaire.

La **seconde phase** comportait également 5 étapes :

- Étape 1 : Accompagnement du comité de pilotage pour analyser les résultats et déterminer des pistes de travail pour la phase 2
- Étape 2 : Analyses complémentaires de pertinence, faisabilité et viabilité à partir des orientations du comité de pilotage avec un groupe de travail mixte associant le Département et des représentants des structures concernées sur les 2 territoires afin d'avancer vers la conception de modalités de coopérations adaptées
- Étape 3 : Production d'un rapport final présentant l'ensemble des éléments constitutifs d'un cahier des charges de mise en œuvre effective de ces nouvelles modalités
- Étape 4 : Comité de pilotage de validation de ces éléments
- Étape 5 : Présentation des décisions à l'ensemble des représentants des trois types de structures.

Calendrier de réalisation - participation

L'étape 1 de la première phase s'est déroulée les 9 et 20 mars.

La première réunion de présentation de la démarche a concerné le territoire Montpelliérain et a rassemblé 39 personnes : 12 personnes venant de SAD, 12 personnes venant d'ESMS PH, 7 personnes venant d'ESMS PA, 6 personnes du Département de l'Hérault, une personne de l'Uriopss LR et une du CREAI-ORS LR.

La seconde réunion a concerné le territoire du Cœur d'Hérault et a rassemblé 24 personnes : 5 personnes venant de SAAD, 2 personnes venant d'Etablissements ou services médico-sociaux pour personnes en situation de Handicap (ESMS PH), 8 personnes venant d'Etablissements ou services médico-sociaux pour personnes âgées (ESMS PA), 7 personnes du Département de l'Hérault, une personne de la Délégation territoriale de l'Agence régionale de la santé du Languedoc-Roussillon (DT ARS) et une du CREAI-ORS LR.

L'étape 2 de la première phase s'est déroulée entre le 10 mars et le 24 avril.

Un premier temps (16 au 27 mars) a permis de bâtir le questionnaire, de le valider et de préparer l'outil de saisie en ligne du questionnaire.

Le recueil d'informations a été lancé le 30 mars et s'est poursuivi jusqu'au 10 avril.

L'analyse des éléments recueillis a été effectuée entre le 13 et le 24 avril.

L'étape 3 de la première phase s'est déroulée entre le 6 et le 11 mai.

Cette concertation s'est déroulée en deux temps. La première séance a permis de présenter les résultats de l'enquête, de les discuter et d'avoir un premier échange sur les coopérations existantes et à développer. La seconde séance a permis de retenir et préciser des coopérations à proposer pour la seconde phase de l'étude-action.

La première séance (6 mai) a réuni (en sus du CREAI-ORS LR et du stagiaire du Département) :

- Montpelliérain : 15 participants pour 14 structures (7 SAAD – 3 ESMS PA – 4 ESMS PH) ;
- Pays Cœur d'Hérault : 4 participants pour 3 structures (0 SAAD – 2 ESMS PA – 1 ESMS PH).

La seconde séance (11 mai) a réuni (en sus du CREAI-ORS LR et du stagiaire du Département) :

- Montpelliérain : 15 participants pour 14 structures (7 SAAD – 1 ESMS PA – 6 ESMS PH) ;
- Pays Cœur d'Hérault : 4 participants pour 3 structures (2 SAAD – 1 ESMS PA – 1 ESMS PH).

L'étape 4 de la première phase s'est déroulée entre le 7 et le 13 mai.

Les Unités territoriales d'actions gérontologiques (UTAG) des deux territoires concernés et le réseau du CREAI-ORS LR ont été mobilisés pour l'organisation de ces temps de réunion consacrés au recueil du point de vue des usagers et de leur entourage. Ces temps avec les usagers animés par l'intervenant du CREAI-ORS LR se sont tenus en présence d'un stagiaire du Département (à l'exception de celle de Clermont-l'Hérault).

Usagers personnes âgées :

- une réunion à Montpellier (7 mai) avec 6 personnes et une à Clermont-l'Hérault (13 mai) avec 1 personne.

Usagers personnes handicapées :

- une réunion à Montpellier (12 mai) avec 2 personnes (accompagnées par un éducateur).

Entourage personnes âgées :

- une réunion à Montpellier (13 mai) avec 9 personnes (5 du Comité départemental des retraités et personnes âgées (CODERPA) et 4 de France-Alzheimer).

Entourage personnes handicapées :

- une réunion à Montpellier (12 mai) avec une personne (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques - UNAFAM).

L'étape 5 de la première phase s'est déroulée entre le 18 et le 21 mai en prévision du comité de pilotage du 22 mai.

La seconde phase s'est déroulée entre le 22 mai et le 30 juin.

Le comité de pilotage, 1^{ère} étape de la seconde phase s'est tenu le 22 mai.

L'étape 2 de la seconde phase s'est déroulée le 2 et le 4 juin. Ont été invités à y participer :

- 5 ESMS « Personnes âgées » : 3 implantés sur le Montpelliérain et 2 sur le Pays Cœur d'Hérault ;
- 3 ESMS « Personnes handicapées » : 2 implantés sur le Montpelliérain et 1 sur le Pays Cœur d'Hérault ;
- 6 ESMS « SAAD » : 2 implantés sur le Montpelliérain, 1 sur le Pays Cœur d'Hérault et 3 intervenants sur les deux territoires ;
- 2 directions du Département de l'Hérault (Autonomie et Offre médicosociale) ;
- la Maison départementale des personnes handicapées de l'Hérault.

Les deux réunions ont permis de réunir :

- 9 participants à la première : 2 venant d'EHPAD, 4 de SAAD, 1 de ESMS pour personnes en situation de handicap et 2 du Département ;
- 10 à la seconde : 2 venant d'EHPAD, 4 de SAAD, 1 de ESMS pour personnes en situation de handicap, 2 du Département et 1 de la MDPH.

L'étape 3 de la seconde phase aboutissant à la rédaction du rapport s'est déroulée entre le 5 et le 22 juin.

L'étape 4 de la seconde phase, dernier comité de pilotage, a eu lieu le 24 juin.

L'étape 5 de la seconde phase permettant la restitution des résultats de l'étude a eu lieu le 30 juin.

Résultats de l'enquête

L'enquête a été lancée le 30 mars. La date initiale de retour a été fixée au 8 avril. Elle a été repoussée au 10 avril dans un second temps.

Au total, 148 structures ont été sollicitées et 48 réponses ont été obtenues soit un taux de réponse de 32 %. Le tableau suivant détaille les taux de retour par territoire et par type de structures. On relève que le taux de réponse est légèrement meilleur dans le Pays Cœur d'Hérault que sur le Montpelliérain. Au niveau des SAAD, 16 des 28 structures ont répondu (soit un taux de réponse de 57 %). Le taux de réponse dans le secteur personnes handicapées (PH) est plus élevé (15 sur 35 soit 43 %) que dans le secteur personnes âgées (PA) (20 sur 88 soit 23 %).

Tableau 1 – Participation des établissements et services à l'enquête

	Montpelliérain	Cœur d'Hérault	Total*
SAAD	13	9	16
ESMS PH	14	4	15
ESMS PA	11	9	20
Total **	35	21	48
Taux de réponse	28 %	34 %	32%

* Certaines structures intervenant sur les deux territoires, le total des réponses est inférieur à la somme des réponses par territoire

** Certaines réponses peuvent porter sur différents types de service

Les structures étaient invitées à détailler leur offre de service. Ces informations sont présentées dans le tableau suivant :

Tableau 2 – Offre de service des structures répondantes

	Montpellierain	Pays Cœur d'Hérault	Total*
SAAD	13	9	16
Service d'accompagnement à la vie sociale -SAVS	6	2	7
Service d'accompagnement médico-social de personnes adultes handicapées - SAMSAH	4	2	4
Foyer d'accueil médicalisé - FAM (dont avec accueil temporaire)	2 (1)	2	3 (1)
Foyer Occupationnel – FO / Foyer de vie – FV (dont avec accueil temporaire)	3 (3)	1 (1)	3 (3)
Foyer d'hébergement – FH / Foyer logement - FL (dont avec accueil temporaire)	3 (0)	1 (0)	4 (0)
EHPAD (dont avec accueil de jour - hébergement temporaire)	11 (2-3)	9 (5-3)	20 (7-6)

Les structures étaient également invitées à préciser les contacts qu'elles développaient avec d'autres établissements ou services médicosociaux dans le cadre de la mise en œuvre de leurs missions en direction des usagers. Le détail des résultats est présenté dans le tableau ci-dessous. Les constats suivants peuvent être faits : Les SAAD développent principalement des contacts entre eux (12 des 16 SAAD ayant répondu), avec des EHPAD (10 / 16) et avec des SAVS (8 / 16). Les ESMS pour personnes en situation de handicap développent principalement des contacts avec les SAAD (11 des 14 ESMS PH ayant répondu), avec les EHPAD (11 / 14), avec les ESAT (12 / 14) avec les FAM (9 / 14) et avec les SAVS (8 / 14). Les ESMS pour personnes âgées développent principalement des contacts entre eux (15 des 18 ESMS PA ayant répondu).

Tableau 3 – Contacts déployés par les répondants dans le cadre de la mise en œuvre de leurs missions en direction des usagers

	Montpellierain			Pays Cœur d'Hérault			Total		
	SAAD (13)	PH (13)	PA (9)	SAAD (9)	PH (3)	PA (9)	SAAD (16)	PH (14)	PA (18)
SAAD	10	10	2	6	2	3	12	11	5
SAVS	8	8	0	6	2	1	8	8	1
SAMSA H	5	5	0	4	2	0	5	5	0
MAS	2	3	0	1	2	2	2	4	2
FAM	2	9	0	1	1	0	2	9	0
FO/FV	2	5	0	0	1	0	2	5	0
FH/FL	2	6	0	2	1	0	3	6	0
ESAT	4	11	1	3	3	1	4	12	2
EHPAD	7	10	7	5	2	8	10	11	15
Autres	3	6	1	1	1	3	3	6	2

Note de lecture : Sur le Montpellierain, 13 SAAD ont répondu (1^{ère} colonne). Parmi eux, 10 ont développé des contacts avec d'autres SAAD et 8 avec des SAVS

Deux répondants ont indiqué ne pas développer ce type de contact. Il s'agissait à chaque fois d'EHPAD. Les raisons invoquées sont l'absence de temps dédié pour ces contacts et l'absence d'utilité particulière perçue dans ces contacts. Il ressort que pour ces structures, les partenariats se font de fait davantage avec les structures sanitaires.

Un établissement (SAVS) utilise cette espace d'expression pour relever l'absence de concrétisation de contacts avec l'UTAG malgré les efforts faits en ce sens.

En dehors des contacts avec le secteur médicosocial, des contacts avec d'autres types d'établissements et services sont mentionnés par 36 des 48 répondants. Il apparaît que ces contacts se font principalement avec les établissements de santé d'une part, les structures et services permettant l'accompagnement social des usagers d'autre part :

- Établissements de santé 20
- CCAS 11
- CLIC 10
- UTAG / ADS 7
- SSIAD 6
- MAIA 4
- GEM 3
- Services mandataires judiciaires 2

- MDPH 2
- Réseaux de santé 2
- HAD 1

Sur les 48 structures ayant répondu, 22 mentionnent des coopérations existantes soit 46 %. Les SAAD sont en proportion les plus nombreux dans ce cas (11 / 16 – 69 %) avant les structures pour personnes en situation de handicap (5 / 14 – 36 %) et les structures pour personnes âgées (6 / 18 – 33 %).

Les structures pouvaient décrire plusieurs coopérations existantes. Jusqu'à 4 coopérations ont ainsi été mentionnées par les structures. Au total 48 coopérations ont ainsi pu être décrites.

Tableau 4 – Nombre de coopérations décrites par les structures répondantes

Coopérations	Montpellierain			Pays Cœur d'Hérault			Total		
	SAAD (13)	PH (13)	PA (9)	SAAD (9)	PH (3)	PA (9)	SAAD (16)	PH (14)	PA (18)
Aucune	3	7	6	4	2	6	5	9	12
Une	4	2	3	2	0	2	4	2	5
Deux	2	1	0	0	0	0	2	1	0
Trois	2	1	0	1	1	0	3	2	0
Quatre	2	0	0	2	0	1	2	0	1
Au moins 1	10	6	3	5	1	3	11	5	6

Note de lecture : Sur le Montpellierain, 13 SAAD ont répondu (1^{ère} colonne). Parmi eux, 3 n'ont décrit aucune coopération et 4 en ont décrit 4

Parmi les coopérations décrites, quatre n'ont pas pu être prises en compte pour l'analyse : une était hors champ (portant sur le sanitaire), une autre car il s'agissait d'un projet en cours de mise en place et les deux autres étaient insuffisamment décrites (un titre de coopération sans autres informations).

L'étude des coopérations décrites permet de proposer un classement de celles-ci en quatre grands groupes :

- les **coopérations « réseau »** permettant une connaissance mutuelle et des échanges de savoirs et de pratiques ;
- les **coopérations « organisationnelles »** permettant de mutualiser des outils, des moyens, du personnel ;

- les **coopérations « parcours »** qui permettent de faciliter le parcours de l'utilisateur, notamment lors des phases de passage d'un dispositif à un autre ;
- les **coopérations « accompagnement »** qui permettent de coordonner les interventions de plusieurs acteurs autour d'un même usager.

Les coopérations « réseau »

Ces coopérations sont au nombre de neuf (21 % des coopérations décrites) et émanent de sept répondants (32 % de ceux ayant décrit des coopérations).

Cinq coopérations émanent de structures sur le Montpelliérain, 2 de structures sur le Pays Cœur d'Hérault et 2 de structures sur les deux territoires. Cinq sont portées par des SAAD, 4 par des structures PH et 2 par des structures PA.

Ces neuf coopérations peuvent être regroupées en 5 grands types :

- manifestations communes d'information du public ;
- rencontres ponctuelles de présentations des différentes structures ;
- rencontres interinstitutionnelles régulières ;
- participation commune aux réunions / échanges d'administrateurs ;
- partage d'expériences, échanges de pratiques (entre structures différentes ou au sein d'un même réseau).

Des éléments de descriptions apportés par les répondants, ressortent les points suivants :

- éléments positifs :
 - échanges de bonnes pratiques ;
 - synergie ;
 - meilleure connaissance des acteurs / des pratiques ;
 - amélioration de l'accompagnement des usagers.
- éléments négatifs :
 - le plus souvent – aucun élément négatif repéré (6 / 9) ;
 - lourdeur de la démarche / chronophage ;
 - des contacts entre structures insuffisamment développés.
- facteurs facilitant :
 - volonté des acteurs ;
 - connaissance mutuelle ;
 - disponibilité.
- facteurs bloquant :
 - aucun facteur bloquant mentionné dans deux cas ;
 - manque de temps ;
 - turn-over du personnel ;
 - multiplicité des intervenants ;
 - déplacements des professionnels.

Les coopérations « organisationnelles »

Ces coopérations sont au nombre de trois (7 % des coopérations décrites) et émanent de trois répondants (14 % de ceux ayant décrit des coopérations).

Deux coopérations émanent de structures sur le Pays Cœur d'Hérault et une d'une structure sur les deux territoires. Deux sont portées par des SAAD et une par une structure PA.

Ces trois coopérations portent sur les sujets suivants :

- mutualisation de moyens de gestion ;
- groupement d'employeur ;
- mutualisation de locaux.

Des éléments de descriptions apportés par les répondants, ressortent les points suivants :

- éléments positifs :
 - continuité du service ;
 - économies dans le recrutement et la gestion du personnel ;
 - anticipation des situations de crise.
- éléments négatifs:
 - le plus souvent – aucun élément négatif repéré (2 / 3) ;
 - dans le troisième cas, le dispositif de mutualisation de locaux climatisés en cas de canicule n'a pas encore été sollicité.
- facteurs facilitant :
 - disposer d'outils de gestion communs.
- facteurs bloquant :
 - aucun facteur bloquant mentionné dans deux cas ;
 - un sentiment d'ingérence perçu par certains administrateurs.

Les coopérations « parcours »

Ces coopérations sont au nombre de onze (25 % des coopérations décrites) et émanent de neuf répondants (41 % de ceux ayant décrit des coopérations).

Cinq coopérations émanent de structures sur le Montpelliérain, 3 de structures sur le Pays Cœur d'Hérault et 3 de structures sur les deux territoires. Cinq sont portées par des SAAD, 6 par des structures PH et 3 par des structures PA.

Ces onze coopérations peuvent être regroupées en 6 grands types :

- favoriser l'accueil temporaire et les échanges d'accueil de personnes ;
- visites et rencontres sur le lieu de vie de la personne avant admission avec les équipes assurant son accompagnement ;

- visite à domicile avant accueil de jour ;
- préparation des retours à domicile ;
- élaboration d'un projet de vie en amont des admissions ;
- préparation de la gestion des situations d'urgence.

Des éléments de descriptions apportés par les répondants, ressortent les points suivants :

- éléments positifs :
 - réactivité des structures aux besoins des usagers ;
 - prise en compte de la demande de l'utilisateur ;
 - accompagnement adapté ;
 - accompagnement crédibilisé et facilité ;
 - liens plus forts avec les aidants ;
 - réassurance du bénéficiaire / de l'entourage ;
 - retour à domicile facilité ;
 - complémentarité des accompagnements ;
 - évolution des représentations concernant chaque dispositif.
- éléments négatifs :
 - le plus souvent – aucun élément négatif repéré (8 / 11) ;
 - absence de places ;
 - décalage entre les acquis développés par les personnes et la réalité de la vie en établissement ;
 - liens insuffisants si les intervenants à domicile ne sont pas présents.
- facteurs facilitant :
 - ancienneté des relations ;
 - connaissance mutuelle ;
 - proximité géographique des acteurs ;
 - volonté des acteurs ;
 - systématisation de la démarche ;
 - anticipation des situations ;
 - effets bénéfiques observés sur les situations antérieures ;
 - disponibilité des acteurs.
- facteurs bloquant :
 - aucun facteur bloquant mentionné dans cinq cas ;
 - places limitées ;
 - coût financier ;
 - méconnaissance mutuelle ;
 - problématiques aiguës des usagers.

Les coopérations « accompagnement »

Ces coopérations sont les plus nombreuses. Elles sont au nombre de 17 (39 % des coopérations décrites) et émanent de neuf répondants (41 % de ceux ayant décrit des coopérations).

Dix coopérations émanent de structures sur le Montpelliérain, 4 de structures sur le Pays Cœur d'Hérault et 3 de structures sur les deux territoires. Treize sont portées par des SAAD, 3 par des structures PH et 1 par une structure PA.

Ces onze coopérations peuvent être regroupées en 6 grands types :

- coordination des réponses d'aide à la vie domestique ;
- accompagnement des projets personnalisés ;
- articulation avec les urgences ;
- intégration des personnes accompagnées à domicile dans les activités proposées par des établissements ;
- coopération autour d'un dossier commun / dossier unique de l'utilisateur ;
- faciliter les interventions spécialisées.

Des éléments de descriptions apportés par les répondants, ressortent les points suivants :

- éléments positifs :
 - soutien au maintien dans le logement ;
 - meilleure faisabilité des projets, facilitation des projets ;
 - maintien des liens sociaux ;
 - meilleure intégration des usagers ;
 - meilleure coordination des acteurs ;
 - moins de mécontentement des usagers ;
 - meilleure qualité du travail effectué ;
 - ajustement en continu des prestations ;
 - amélioration de la qualité de vie des usagers
 - émulation dans le travail.
- éléments négatifs :
 - le plus souvent – aucun élément négatif repéré (13 / 17) ;
 - opposition des logiques d'acteurs ;
 - compatibilité des plannings ;
 - frustrations des personnels face à certaines lourdeurs des structures limitant le développement des coopérations.
- facteurs facilitant :
 - temps de rencontre entre acteurs et connaissance mutuelle ;
 - sensibilisation / volonté de l'encadrement ;
 - formation / professionnalisme des acteurs ;
 - implication des représentants légaux ;

- qualité des relations entre acteurs ;
- proximité des acteurs ;
- outils communs ;
- référent reconnu.
- facteurs bloquant :
 - le plus souvent – aucun élément négatif repéré (10 / 17) ;
 - planning / disponibilité des acteurs ;
 - absence de formalisation ;
 - turn-over du personnel ;
 - absence de réciprocité dans les évaluations de projets ;
 - méconnaissance réciproque des logiques et contraintes de chacun ;
 - non respect du cadre établi ;
 - non respect du secteur d'activité de l'autre ;
 - déni de la famille.

Nouvelles coopérations

Enfin, les structures interrogées étaient invitées à proposer des coopérations qu'elles souhaiteraient voir mises en œuvre. Au total, 16 structures ont utilisé cette possibilité (33 % des répondants).

Dix propositions émanent de structures sur le Montpelliérain, 3 de structures sur le Pays Cœur d'Hérault et 3 de structures sur les deux territoires. Six sont suggérées par des SAAD, 6 par des structures PH et 5 par des structures PA.

Ces propositions peuvent être regroupées selon les mêmes catégories que pour les coopérations existantes :

- Coopérations « réseaux »
 - Contacts et coopérations entre structures
 - Échange d'expertises
- Coopérations « organisationnelles »
 - Labellisation et charte sur les pratiques de coopération
- Coopérations « parcours »
 - Faciliter le retour à domicile
 - Organisation de temps de répit (SAAD-EHPAD)
- Coopérations « accompagnement »
 - Aide à la personne pour les personnes en externat
 - Coopération entre établissements et services en amont de l'admission
 - Participation des SAAD aux animations en établissements
 - Lien avec les personnes en accueil de jour
 - Accompagnement à l'extérieur des personnes isolées
 - Faciliter les interventions spécialisées.

Éléments issus des concertations avec les structures

Discussion sur les résultats de l'enquête.

Les temps de concertations avec les structures ont d'abord porté sur les résultats de l'étude menée auprès des structures. Les points discutés par les participants ont porté sur les résultats observés mais, à partir de là, les discussions ont principalement porté sur les éléments nécessaires au développement des coopérations entre les différentes structures. Ces points peuvent être résumés de la façon suivante :

Sur le taux limité de réponse :

Il témoigne de la difficulté de pouvoir ou de vouloir dégager du temps pour répondre à ce type de sollicitation. Il est aussi le témoin d'une culture professionnelle du travail entre soi et de la difficulté de faire évoluer les pratiques même si un accord de principe est posé. Il faut aussi tenir compte de la logique concurrentielle qui existe sur les territoires.

La question de la finalité de ce travail dans un contexte où les établissements et services font face à des « injonctions contradictoires » des différents tarificateurs est posée. Ce questionnement peut aussi expliquer la réticence de certains à participer à la démarche proposée.

Une impression que ce sont toujours les mêmes structures qui se mobilisent dans ce type de démarche et une attitude moins proactive d'une part importante des autres structures concernées. En contrepoint, le constat que la participation à des projets de ce type favorise les prises de contact avec d'autres acteurs avec lesquels on n'aurait jamais été en contact autrement.

Sur la question de la mise en œuvre effective des coopérations

Des coopérations qui apparaissent très « *personnes dépendantes* ». Ce sont des volontés individuelles qui permettent de les développer. Mais ce sont aussi des positionnements individuels qui empêchent leur développement. Ceci est notamment vrai pour les coopérations de type « parcours » ou « accompagnement ».

Des coopérations qui partent du terrain et de l'expérience partagée auprès de l'utilisateur. Ce n'est que dans un deuxième temps que celles-ci peuvent être développées au niveau des structures.

Des coopérations qui nécessitent d'être formalisées pour en assurer la pérennité (sans que cela soit un facteur suffisant) mais des formalisations qui peuvent s'avérer complexes et même faire apparaître des obstacles à leur poursuite (réglementaires ou organisationnels).

Des coopérations qui, pour se développer, nécessitent un engagement réciproque des parties et, au sein d'une structure, une mobilisation aussi bien du personnel intervenant auprès des usagers que de l'encadrement.

La nécessité d'évaluer les coopérations pour s'assurer de leur efficacité et de leur efficience. La nécessité d'être au clair sur le besoin auquel la coopération répond : est-ce un besoin des professionnels, des structures ou des usagers ?

Les coopérations apparaissent comme un sujet complexe pour nombre d'acteurs sollicités.

Sur le contexte général dans lequel s'inscrit ce travail

Le constat d'une méconnaissance mutuelle entre acteurs.

Des dispositifs de recours aux différents services pas toujours clairs pour les professionnels : il est important de clarifier les possibilités de recours, à des services à domicile (SAAD ou SSIAD) pour une personne en établissement médicosocial.

Un décalage est perçu entre une volonté politique affichée prônant la fluidité du parcours des personnes et les modes d'organisation et financements actuels qui maintiennent des clivages entre dispositifs (domicile – établissement ou PA – PH). Ce clivage des dispositifs explique sans doute le frein au développement des coopérations.

Une impression que les structures sont invitées à coopérer entre elles alors que les différentes autorités de tarification ou de tutelle ont elles-mêmes des difficultés à mettre en place ces coopérations en interne. Dans le même ordre d'idée, les coopérations entre les différentes autorités apparaissent également comme insuffisantes.

Le fait d'entrer en contact avec les usagers dans le cadre d'une prescription spécifique d'accompagnement peut amener un « saucissonnage » des prestations mises en œuvre si une attention n'est pas portée à une approche globale de la problématique.

Un développement insuffisant des dispositifs de type Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD) sur le territoire alors qu'il permettrait une meilleure coordination des actions auprès des usagers.

Des éléments facilitateurs

Un élément positif pouvant favoriser les coopérations : la mise en place de la maison de l'autonomie.

Des orientations MDPH plus généralistes permettant de combiner des accompagnements différents de façon plus souple en étudiant la question des modalités de financement et des arbitrages.

La mobilisation des différentes fédérations professionnelles pour favoriser les échanges inter-dispositifs / inter-secteurs.

Un dispositif plus fluide qui permettrait plus facilement des alternances de temps d'accompagnement à domicile et des temps d'accueil en établissement.

Une meilleure valorisation de l'information collectée par les personnes qui interviennent auprès des usagers à domicile.

Au-delà des contacts entre professionnels sur le terrain, il apparaît indispensable, pour que les coopérations se développent dans un cadre plus formalisé, que l'encadrement se mobilise fortement dans ce domaine et en fasse une priorité dans une démarche d'amélioration du service rendu aux usagers.

Des points d'attention :

Une mise en œuvre des recommandations issues de ce travail qui ne devront pas apparaître comme des injonctions mais comme des outils / dispositifs que les structures auront la possibilité de retenir ou non. Il s'agit d'éviter que soit reproduite comme dans d'autres domaines, la signature de conventions dans le seul but d'avoir le document *ad hoc* au bon endroit dans le dossier de demande d'autorisation.

Garder en permanence à l'esprit que les coopérations ne sont pas des modes de fonctionnement qu'on impose mais des modes d'accompagnement qui se construisent pour apporter une réponse adaptée aux besoins des usagers.

Un travail sur les coopérations qui ne doit pas se limiter au seul secteur médicosocial mais intégrer également le champ sanitaire. Est notamment mis en avant la question des retours à domicile ou en structure après une hospitalisation en court-séjour ou en soins de suite.

L'importance de la notion de confiance pour le développement des coopérations : entre les différentes structures, entre les différents intervenants, avec les autorités de tarifications.

A travers la tarification des différents services, il est important de préserver les moyens permettant les temps de travail indirect. En effet, le développement des coopérations autour d'un usager nécessitent des temps de rencontres et de coordinations entre les

professionnels, les équipes. Ce temps doit pouvoir être maintenu à un juste niveau et peu rendre plus efficient le temps en présentiel.

Propositions de coopérations à développer

Dans le domaine des coopérations « réseau »

Disposer d'un outil de connaissance des établissements et services (prestations proposées, type d'accueil, capacité, places disponibles ...).

Faciliter la connaissance des établissements et services d'amont et d'aval.

Permettre une meilleure connaissance mutuelle et déconstruire les représentations réciproques.

Développer une charte de coopération permettant de repérer les ESMS qui s'engagent sur un territoire.

Mettre en place des rencontres entre équipes pour partager des pratiques autour des personnes : connaître les modes d'actions des autres, éviter les représentations.

Développer des formations transversales vers les intervenants à domicile et en établissement pouvant également intégrer des personnes du sanitaire (en particulier des Services de soins infirmiers à domicile - SSIAD). Des thématiques sont évoquées à titre d'exemple : respect de la vie privée, échanges d'informations sur les usagers, écrits professionnels, élaboration en commun d'un projet d'accompagnement de l'usager...

Dans le domaine des coopérations « parcours »

Travailler plus particulièrement les coopérations de parcours : visites de locaux, rencontre des équipes.

Faciliter l'accueil temporaire et les séjours d'essai en collaboration avec les services à domicile.

Développer des procédures d'admission en établissement associant les intervenants à domicile. En particulier, intégrer dans les dossiers d'admission en EHPAD un compte-rendu de l'accompagnement à domicile.

Développer des dossiers communs (ou plutôt des outils facilitant la circulation d'informations entre établissements et services).

Dans le domaine des coopérations « accompagnement »

Développer des dispositifs permettant d'anticiper de manière concertée les situations de crise.

Travailler de façon commune les projets des usagers autour d'un projet de vie partagé.

Développer des outils d'évaluation commun (PCH / APA).

Favoriser l'accueil de personnes extérieures lors des animations organisées en établissement.

Travailler en commun la préparation aux situations d'urgence : échanges entre professionnels pour un usager sur les éléments permettant de repérer une situation à risque assortie d'éléments de conduite à tenir face à ces situations. De tels dispositifs peuvent être perçus comme pouvant sécuriser aussi bien les intervenants que les usagers, que ce soit à domicile ou en établissement.

Pour la mise en œuvre de ces coopérations, notamment celles nécessitant des développements d'outils, la mobilisation des fédérations semble être un moyen permettant d'allier l'approche technique de terrain et l'approche réglementaire et organisationnelle avec éventuellement l'appui d'un organisme de conseil et d'accompagnement.

En outre, il apparaît important :

- de faire connaître / rendre visible les coopérations existantes ;
- de permettre une reconnaissance et une valorisation des démarches de coopérations engagées ;
- d'informer les usagers des coopérations mises en place.

Hiérarchisation dans le développement des coopérations

In fine, l'objectif poursuivi doit être celui d'une amélioration du service rendu aux usagers. Pour cela, il apparaît nécessaire de donner la possibilité aux intervenants de terrain de resituer l'accompagnement qu'ils mettent en œuvre dans un cadre plus global. L'idée serait de faciliter l'intervention des différents professionnels autour d'un projet de vie commun pour l'usager auquel chacun contribuerait en fonction de ses capacités et spécificités.

En préalable, il faut favoriser par l'action des acteurs à tous les niveaux, l'appropriation du besoin de développer des coopérations entre établissements et services autour de l'usager.

Ce qui doit être priorisé, ce sont les actions qui permettent aux professionnels de se connaître et celles qui facilitent les échanges entre eux. Pour cela, deux axes seraient à privilégier : les formations transversales puis les échanges de pratiques entre équipes.

Deux autres éléments pourraient être mis en œuvre pour favoriser le développement des coopérations : la définition d'une charte de la coopération, la diffusion d'éléments à destination notamment des administrateurs des structures montrant les avantages à tirer du développement des coopérations, notamment comme élément permettant de consolider et pérenniser les services existants.

Point de vue des usagers et de l'entourage

Parmi les personnes rencontrées, que ce soit au niveau des usagers ou de l'entourage, plusieurs personnes vivaient, ou avaient vécu, des situations ou pluri-interventions venant de services ou d'établissements différents.

Il ressort des échanges que les liens étaient en général peu développés entre ces professionnels. Quelques expériences de modes de communication (notamment cahier de liaison) étaient citées mais principalement entre professionnels du même domaine, notamment entre professionnels de santé.

Il faut noter que, en premier lieu, la question de la mise en place de modalités de coopérations entre les professionnels apparaît surprenante pour la plupart des interlocuteurs. Les éléments avancés peuvent être résumés ainsi :

- *pourquoi serait-il nécessaire qu'ils se coordonnent entre eux pour échanger des informations, je (usager ou entourage) suis le mieux placé pour le faire ;*
- *c'est moi qui connaît le mieux la situation de mon parent, les informations transitent par moi ;*
- *je préfère qu'ils passent par moi : s'ils se concertent entre eux, ce serait à mon détriment.*

Dans un deuxième temps, d'autres éléments apparaissent dans les échanges en faveur de ces coopérations. Ils sont de deux ordres différents mais reflètent chacun la question du positionnement du proche dans l'accompagnement d'une personne en situation de vulnérabilité du fait du handicap ou de l'âge.

- En premier lieu, il s'agit de la capacité de prendre de la distance par rapport aux situations vécues par la personne. Un professionnel serait sans doute mieux placé et ne se laisserait pas envahir par l'affectif pour juger à leur juste niveau les problématiques rencontrées.
- En second lieu, une coordination entre les acteurs réalisée par les professionnels eux-mêmes serait peut-être préférable et plus efficace que ce que fait l'utilisateur lui-même ou son entourage.

Cette question de la coordination au quotidien des intervenants entre eux réapparaît à d'autres moments au cours des échanges que ce soit avec les usagers ou avec l'entourage, aussi bien pour les personnes âgées que pour les personnes en situation de handicap. Dans certaines des situations rencontrées avec un niveau d'accompagnement important et des interventions pluriquotidiennes, le nombre de personnes différentes peut être très élevé : des personnels de SAAD ou des infirmiers différents selon les jours de la semaine et différents selon l'intervention du matin et celle de l'après-midi. Une forme de régulation de l'accompagnement est demandée. La désignation d'un interlocuteur référent identifié par tous pour coordonner les différents intervenants est avancée. Un usager exprime cela de la

manière suivante : « *on dirait un troupeau sans berger. Il faudrait une maîtresse de maison pour coordonner tout cela* ».

Apparaît également la nécessité de coordonner les projets entre intervenants. L'exemple peut être pris d'un travail mené par un SAMSAH pour favoriser une autonomie alimentaire avec une alimentation équilibrée : pour cela la coordination avec l'auxiliaire de vie est indispensable pour que, lorsque celle-ci accompagne l'utilisateur pour ses courses, les achats alimentaires soient faits en cohérence.

D'autres situations relatées mettaient en avant des liens plus importants entre services. C'est notamment le cas des personnes en situation de handicap qui ont été rencontrées. Pour l'une d'entre elles, un contact hebdomadaire a lieu entre l'auxiliaire de vie du SAAD et l'équipe d'accompagnement du SAMSAH. Celui-ci est possible car l'auxiliaire de vie accompagne l'utilisateur pour une des activités auquel il participe dans les locaux du SAMSAH. Ce temps d'échange hebdomadaire est perçu comme très important par l'utilisateur. De plus, pour cet utilisateur, un cahier de liaison a été mis en place à l'initiative des infirmières libérales. Il est utilisé aussi bien par les professionnels de santé, que par les autres intervenants à domicile et par l'entourage à la satisfaction de tous¹. Pour l'autre personne en situation de handicap, la question des liens entre services est traitée différemment : au stade où la personne était rencontrée, dans une phase de réappropriation de son autonomie avant une reprise d'activité professionnelle, le choix a été fait par les intervenants de favoriser la communication entre professionnels par le biais de l'utilisateur, justement dans cet objectif d'autonomisation.

Il ressort également que, vu par les utilisateurs, il y a peu de rencontres entre les services pour l'élaboration d'un projet en commun. Cet élément pourrait être développé, notamment pour que les intervenants des SAAD soient mieux en position de comprendre les situations des personnes, notamment pour celles en situation de handicap.

Finalement, la communication entre les intervenants apparaît comme indispensable pour les utilisateurs rencontrés. Il est intéressant de noter que, d'une certaine façon, ceux-ci posent la question de la qualité des écrits professionnels en mettant en avant que le choix des informations à faire figurer pour ces liaisons (avec un cahier ou tout autre outil adapté) doit être raisonné pour se concentrer sur ce qui est utile pour les autres intervenants.

L'autre point qui semble devoir être développé à partir des éléments apportés par l'entourage, c'est la nécessité de développer une cohésion d'équipe des intervenants auprès d'un même utilisateur, même s'ils viennent d'organismes différents et qu'ils sont de champs professionnels différents.

¹ Il est important de souligner que, lors de concertations avec les structures des problèmes ont été relatés autour de la question des cahiers de liaison. Dans certains cas, un cahier spécifique aux professionnels de santé cohabite avec un autre utilisé par le SAAD et l'entourage. Certains professionnels de SAAD ont pu se voir reprocher d'écrire dans le cahier « sanitaire »

Les difficultés d'accès à l'information sont également mises en avant : il manque des lieux ressources communs permettant d'accéder aux différents services aussi bien sanitaires que sociaux et médicosociaux. L'accès aux assistants de service social est perçu comme trop difficile, leur nombre apparaissant insuffisant.

Les expériences d'accompagnement conjoint à domicile et en établissement (accueil de jour ou hébergement temporaire) sont perçues positivement. Ces temps d'accueil en établissement permettent la mise en place d'activités impossibles (ou très difficiles) à réaliser à domicile. Ils favorisent le maintien des capacités de la personne et des liens sociaux. Pour l'entourage, cela donne la possibilité au proche d'avoir un temps pour lui, de se reposer et de faire des activités qu'il n'est pas en mesure de faire en présence de l'utilisateur.

Même si ces éléments ne sont pas directement en lien avec la thématique abordée, plusieurs points soulevés par les personnes rencontrées sont à rapporter :

- le niveau de formation insuffisant des intervenants à domicile ;
- la nécessité d'une meilleure reconnaissance financière et sociale des personnes intervenant à domicile ;
- un turn-over trop élevé des intervenants ;
- le poids de la charge financière avec des restes à vivre qui peuvent être très limités une fois les frais financiers d'accompagnement réglés.

Détermination des axes de travail pour la seconde phase

À l'issue de la première phase et pour préparer la deuxième phase de l'étude action, le comité de pilotage s'est réuni. Le travail s'est basé sur une synthèse des éléments recueillis et discutés au cours de la 1^{ère} phase. Après discussion, le comité de pilotage a élaboré une liste ordonnée de propositions de coopérations territoriales à développer par le groupe de travail mixte mis en place pour cette deuxième phase. Cette liste est organisée selon trois grands axes à mettre en place successivement et une action transversale finale, reprenant les grands types de coopérations identifiés :

Connaissance mutuelle (coopérations « réseaux ») :

- les formations transversales ;
- les échanges de pratique.

Parcours des usagers (coopérations « parcours ») :

- procédures d'admission en établissement intégrant les éléments issus de l'accompagnement à domicile ;
- visites à domicile avant accueil en établissement.

Co-accompagnement des usagers (coopérations « accompagnement ») :

- développement d'outils favorisant la circulation de l'information entre accompagnants ;
- co-construction des projets individualisés autour d'axes communs (projet de vie)
- mise en place d'un référent unique.

In fine, une charte des coopérations territoriales (*coopérations « organisationnelles »*) pourra être développée afin de formaliser l'engagement des SAAD et autres ESMS qui le souhaitent dans ce processus de coopération.

Le comité de pilotage a également arrêté la liste des structures invitées au groupe de travail mixte. La participation des établissements et services qui se sont mobilisés pour participer aux concertations de la 1^{ère} phase a été privilégiée. Une attention a été portée à un double équilibre : entre catégories d'ESMS (SAAD, ESMS PH, ESMS PA) d'une part, entre territoires d'autre part. Cette répartition et la participation aux réunions ont été présentées page 7.

Propositions de fiches actions pour le développement des coopérations

Les trois axes de travail proposés par le comité de pilotage ont pu être abordés. Les échanges au sein du groupe de travail mixte ont permis de formaliser un certain nombre de propositions de coopérations. Seule, celle sur le référent commun n'a pu être abordée, le constat étant fait que l'ensemble des autres coopérations doit être effectif avant de pouvoir aborder la question de la mise en place d'un référent commun. La coopération sur la co-construction des projets individualisés a fait apparaître un certain nombre de préalables avant qu'elle puisse être mise en œuvre. Les coopérations qui ont été travaillées en groupe sont présentées ci-dessous sous formes de fiches.

Les fiches produites peuvent être rassemblées en trois groupes :

- Connaissance mutuelle (*coopérations « réseaux »*) : fiches A ;
- Parcours des usagers (*coopérations « parcours »*) : fiches B ;
- Co-accompagnement des usagers (*coopérations « accompagnement »*) : fiches C.

FICHE A-1 : Développement d'une culture commune

Objectif(s) de la coopération :

Permettre aux intervenants de connaître le champ d'intervention / action des autres intervenants

Démythifier les différents champs d'intervention

Développer la légitimité d'intervention des différents acteurs dans leur champ spécifique

Développer un langage commun, un référentiel commun

Inscrire les modalités d'intervention des professionnels dans un parcours d'accompagnement d'une personne ayant des besoins évolutifs

Préalables :

Engagement des établissements et services sur un territoire pour développer ce type de coopération

S'inscrire dans le cadre général d'une charte territoriale de coopération

Public(s) visé(s) :

Professionnels intervenant au contact des usagers sur un territoire donné

Acteur(s) concerné(s) :

Encadrement des établissements et services

Personnes ressources identifiées au sein des établissements et services

Organismes de formation

Descriptif(s) de la coopération :

Mobilisation des établissements et services sur un territoire donné pour déterminer des thématiques transversales à développer (connaissance des différents intervenants dans le champ social ou médicosocial, écrits professionnels, circulation de l'information et règles de confidentialité, respect de la vie privée, construction des projets de vie / projets individualisés...)

Identification de personnes ressources au sein des ESMS impliqués ou en dehors pouvant animer ces temps de rencontre

Facteur(s) facilitant(s) / point(s) d'appui :

Volonté des acteurs

Charte d'engagement

Facteur(s) bloquant(s) / point(s) de vigilance :

Capacité à mobiliser les personnels concernés (temps, disponibilité, financement)

Vigilance face aux réticences de certains professionnels à avoir des temps de formations avec des personnes d'un autre groupe professionnel

Problème de l'organisation / financement de ces temps d'échanges si ils sont intégrés dans un plan de formation quand les structures relèvent de régimes de formation continue différents

Porteur(s) :

Direction / encadrement des ESMS sur un territoire de proximité

Temporalité :

Coopération à développer en premier

FICHE A-2 : Échanges de pratiques

Objectif(s) de la coopération :

Retravailler les situations complexes ou à problèmes vécues entre services différents pour en tirer des enseignements

Valoriser les initiatives et les modalités de travail en commun bénéfiques pour les usagers et pour les professionnels

Valoriser les interventions des professionnels contribuant au projet de vie général de l'usager

Préalables :

Confiance réciproque entre acteurs

Disponibilité

Identification de situation complexes ou ayant posé problème ayant impliqué différents acteurs et à reprendre en commun

Public(s) visé(s) :

Professionnels intervenant au contact des usagers sur un territoire donné

Acteur(s) concerné(s) :

Encadrement des établissements et services

Personnes ressources identifiées au sein des établissements et services

Descriptif de la coopération :

Identification de situation de travail à reprendre entre professionnels et à valoriser
Définition d'une méthode de travail (rythme, animation, régulation)

Facteur(s) facilitant(s) / point(s) d'appui :

Engagement des acteurs
Possibilités de valoriser les expériences de travail en commun bénéfiques pour les usagers et pour les professionnels

Facteur(s) bloquant(s) / point(s) de vigilance :

Capacité à mobiliser les personnels concernés (temps, disponibilité, financement)
Réticences des professionnels à s'engager dans des temps de rencontres en commun reprenant le travail réalisé auprès des usagers.

Porteur(s) :

Direction / encadrement des ESMS sur un territoire de proximité

Temporalité :

Coopération à développer après le lancement des coopérations « développement d'une culture commune »

FICHE B-1 : Intégration des informations issues des accompagnements à domicile dans les procédures d'admission en établissement

Objectif(s) de la coopération :

Contribuer à l'évaluation de la pertinence de l'entrée en établissement de l'utilisateur
Avoir une meilleure connaissance de l'utilisateur et de ses besoins
Prendre en compte les habitudes de vie des personnes à leur domicile pour adapter l'accompagnement en établissement
Assurer une continuité entre l'accompagnement à domicile et l'accompagnement en établissement

Préalables :

Déterminer les informations à partager
Former le personnel concerné à la question des écrits professionnels et aux règles de confidentialité / secret professionnel

Public(s) visé(s) :

Usagers entrant en établissement, quelque soit les modalités d'accueil (accueil de jour, hébergement temporaire, hébergement permanent)

Acteur(s) concerné(s) :

Encadrement des établissements et services
Personnels des services à domicile intervenant auprès des usagers

Descriptif(s) de la coopération :

Co-construction entre services à domicile et établissements d'une fiche permettant de recueillir les éléments sur les habitudes de vie des personnes à domicile à partir des observations des professionnels des services à domicile. Un travail sur les fiches de liaisons / fiches d'évaluation actuellement utilisées par les SAAD devra être fait pour étudier si ces outils peuvent convenir tels quels ou avec des modifications mineures.

Définition d'une procédure d'information et de recueil de consentement des usagers

Lien avec les formations sur les écrits professionnels et le respect de la confidentialité et du secret professionnel

Facteur(s) facilitant(s) / point(s) d'appui :

Au-delà des objectifs fixés, l'outil développé devrait permettre une meilleure circulation de l'information entre les acteurs intervenant auprès des usagers et servir au co-accompagnement des usagers dans un projet global

Il peut aussi servir de fiche de liaison pour des situations d'urgence (changement d'accompagnement, hospitalisation...)

Facteur(s) bloquant(s) / point(s) de vigilance :

Charge de travail pour les SAAD si un outil déjà existant ne peut pas être utilisé

Réticences des professionnels sur les échanges d'informations entre structures

Porteur(s) :

Direction / encadrement des ESMS

Temporalité :

Coopération à développer après le lancement des coopérations « développement d'une culture commune »

FICHE B-2 : Visite à domicile en amont de l'admission en accueil de jour

Objectif(s) de la coopération :

Prendre en compte les habitudes de vie des personnes à leur domicile pour adapter l'accompagnement en établissement

Assurer une continuité entre l'accompagnement à domicile et l'accompagnement en accueil de jour

Préalables :

Développer les contacts entre établissements proposant un accueil de jour et services à domicile (SAAD, SAVS, SAMSAH, SSIAD...) sur un territoire

Public(s) visé(s) :

Usagers accueillis en accueil de jour

Acteur(s) concerné(s) :

Encadrement et personnel des services à domicile et des établissements proposant un accueil de jour sur un territoire donné

Descriptif(s) de la coopération :

Quand un accueil de jour est envisagé, prendre contact entre l'établissement assurant l'accueil de jour et le service à domicile
Planifier une visite conjointe à domicile
Réaliser une évaluation commune pour déterminer les capacités de la personne et les actions à développer en accueil de jour

Facteur(s) facilitant(s) / point(s) d'appui :

Connaissance mutuelle
Développement d'outils d'évaluation communs

Facteur(s) bloquant(s) / point(s) de vigilance :

Planning et disponibilité des intervenants

Porteur(s) :

Direction / encadrement des services à domicile et des établissements proposant un accueil de jour sur un territoire donné

Temporalité :

Coopération pouvant être mise en œuvre sans délai après contact entre les acteurs concernés

FICHE C-1 : Développement d'outils favorisant la circulation de l'information entre accompagnants

Objectif(s) de la coopération :

Favoriser la circulation de l'information entre acteurs co-accompagnant un usager
Faciliter le repérage et le respect des champs et des modes d'intervention des différents acteurs
Partager les évaluations des situations des usagers
Veiller au respect des droits des usagers en mettant de la cohérence entre les différents modes d'accompagnement et en les y associant

Préalables :

Intégrer les acteurs du sanitaire dans la coopération
Faire le bilan des outils existants

Public(s) visé(s) :

Usagers, personnel intervenant auprès des usagers, entourage

Acteur(s) concerné(s) :

Encadrement et personnel des services à domicile

Descriptif(s) de la coopération :

Définir les informations à échanger par le biais de ces outils et les modalités d'accès à ces informations

Évaluer les outils existants (cahier de liaison, fiches de mission) avec leurs avantages et leurs limites

Dans un premier temps, adapter / développer des outils « papiers », à terme, pouvoir développer des outils en ligne

Définir les modes d'information et d'association dans l'utilisation de ces outils des usagers et de leur entourage

Déterminer les situations où un tel outil apparaît indispensable, nécessaire ou facultatif

Facteur(s) facilitant(s) / point(s) d'appui :

Acteurs formés aux écrits professionnels et aux règles de confidentialité / secret professionnel

Besoin exprimé par l'utilisateur / son entourage

Facteur(s) bloquant(s) / point(s) de vigilance :

Réticence face à des outils pouvant être vécus comme un contrôle de leur activité par les professionnels

Porteur(s) :

Direction / encadrement des ESMS

Temporalité :

Coopération à développer après le lancement des coopérations « développement d'une culture commune »

FICHE C-2 : Co-construction des projets personnalisés

Objectif(s) de la coopération :

Dans les situations de co-accompagnement d'un usager, disposer de projets personnalisés cohérents entre eux

Développer une culture professionnelle intégrant l'action auprès de l'utilisateur dans un cadre plus large que celui lié aux champs de compétence et d'intervention de sa structure d'appartenance

Favoriser l'association des usagers à cette co construction et faciliter leur participation et leur adhésion au projet

Préalables :

Stabiliser et simplifier les procédures d'évaluation et d'élaboration des projets personnalisés

Communiquer aux autres structures co-accompagnant un usager les éléments d'évaluation et le projet personnalisé produit

Public(s) visé(s) :

Usagers, entourage

Acteur(s) concerné(s) :

Encadrement et personnel des services à domicile

Descriptif(s) de la coopération :

A définir une fois les préalables atteints

Facteur(s) facilitant(s) / point(s) d'appui :

A identifier une fois les préalables atteints

Facteur(s) bloquant(s) / point(s) de vigilance :

A identifier une fois les préalables atteints

Porteur(s) :

A identifier une fois les préalables atteints

Temporalité :

Coopération à développer après la mise en œuvre des préalables

Les conditions de la réussite

Les coopérations sont des modalités de travail et d'accompagnement qui naissent et se développent à partir d'initiatives individuelles. De ce fait, favoriser le développement des coopérations entre SAAD et autres ESMS ne peut se faire que sur des territoires de proximité où les établissements et services sont amenés à intervenir auprès de la même population. Ainsi, d'une part, l'inscription de l'action d'un établissement ou d'un service dans des coopérations doit être de l'ordre de l'incitation et non de l'obligation, d'autre part la prise en compte de la dimension territoriale des coopérations est importante.

Le développement des coopérations ne peut se concevoir qu'au service des usagers d'abord, des établissements et services ensuite.

Des points discutés au cours des deux réunions du groupe de travail mixte, mais aussi abordés lors des différents temps de cette étude-action, cinq éléments ressortent comme étant nécessaires, voire indispensables, au développement des coopérations sur le terrain :

1. Le travail avec les acteurs de terrain fait apparaître que la charte de coopération ne doit pas venir couronner le développement des coopérations mais intervenir au départ pour formaliser l'engagement des acteurs et servir de déclencheur au développement des coopérations. Cette charte, doit notamment mettre en avant :
 - que les coopérations doivent s'organiser et se développer sur des niveaux de territoires de proximité (territoire sur lesquels les contacts et collaborations entre les différents acteurs se font),
 - qu'il s'agit d'un engagement libre et volontaire des ESMS concernés,
 - qu'elle engage les signataires au respect des valeurs, spécificités et champs de compétence des différents autres signataires.

Cette charte doit être un texte simple pouvant être rédigée et adoptée dans un laps de temps bref ne retardant pas la mise en œuvre effective des premières coopérations.

Il est préférable qu'une telle charte soit construite par les acteurs de terrain et adaptée à chacun des territoires où sont construites et mises en œuvre les coopérations. A partir d'un « squelette » de base d'une charte de coopération, il pourrait être proposé aux acteurs, sur chacun des deux territoires expérimentaux, de bâtir une charte territorialisée de coopérations. Dans un second temps, un travail d'identification des points communs à ces chartes territoriales serait réalisé pour proposer une ossature transversale aux chartes de coopération à bâtir dans les autres territoires.

2. Il apparaît nécessaire de trouver un lieu de rencontre et de coordination des acteurs impliqués dans ces coopérations tant du secteur personnes âgées que du secteur personnes en situation de handicap d'une part, tant des établissements d'hébergement que des services à domicile, d'autre part. Dans la mesure du possible,

il s'agit de mobiliser un lieu de rencontre déjà existant pour lui adjoindre cette fonction de coordination. Ce lieu de rencontre doit être adapté aux territoires dans lesquels les coopérations se développent. Une attention doit aussi être portée à ce que ce mode de coordination reste léger et souple et respecte la liberté de chaque ESMS de s'impliquer ou non dans des coopérations.

Plusieurs lieux ou dispositifs territorialisés existants ont été évoqués : les MAIA ou les CLIC par exemple, mais leur orientation principale vers les personnes âgées n'est pas en faveur de ces solutions ; les instances de coordination des contrats locaux de santé ont aussi été évoqués mais elles ne couvrent pas l'ensemble du territoire et nécessitent l'adhésion de l'ensemble des acteurs concernés au CLS. Le développement de la Maison Départementale de l'Autonomie (MDA) avec les Maisons Territorialisées de l'Autonomie (MTA) apparaît dans l'état actuel des choses une perspective intéressante. Cette solution permettrait de couvrir l'ensemble du champ des publics (personnes âgées et personnes handicapées), des services (à domicile et en établissement) et couvrant l'ensemble du territoire. On peut imaginer que, avec l'appui du Département et sans attendre le déploiement effectif de la MDA, des groupes de coordination des coopérations se mettent en place dans les deux territoires expérimentaux, ces groupes ayant vocation dans un deuxième temps à intégrer les MTA.

3. L'association du secteur sanitaire dans le développement des coopérations. Les acteurs de ce secteur sont en effet apparus comme partie prenante des coopérations qui se développent ou qui devraient se développer, tant au niveau des échanges lors des réunions de lancement de l'étude action, que dans les réponses à l'enquête ou lors des échanges pendant les séances de concertation. Ce sont les services de soins infirmiers à domicile et les établissements d'hospitalisation pour soins de courte durée qui apparaissent les plus importants à associer à cette démarche. Pour cela, les inviter à participer à la rédaction de la charte territoriale de coopération (cf. point 1 ci-dessus) peut être une première étape.
4. Le groupe insiste sur la nécessité de valoriser les coopérations qui se développent ou vont se développer, d'une part en maintenant les financements permettant ce travail indirect auprès des usagers, d'autre part en organisant des temps de rencontres permettant aux équipes de présenter les coopérations développées, les difficultés rencontrées et les avantages qui en résultent.
5. Enfin, mêmes si les coopérations se développent sur des territoires limités, il est important que l'ensemble des territoires du Département puisse, à terme, bénéficier des enseignements de cette étude-action et participer au développement des coopérations proposées.