Université de Bretagne Occidentale
UFR Lettres et Sciences Humaines

Master 2 – Intervention et Développement Social
Direction et Responsabilité de Services et de Projets :
Vieillissements – Handicaps

REVENIR CHEZ SOI APRES UNE OU PLUSIEURS HOSPITALISATIONS

Quels ajustements des parcours des individus par le recours à des services à domicile?

Auteur : Laurine CHAMBERT

Directeur de mémoire : Françoise LE BORGNE-UGUEN

Date : Le 07 juin 2018

Université de Bretagne Occidentale
UFR LLSHS
20 Rue Duquesne – CS 93837
29238 BREST Cedex 3

Tél : 02.98.01.63.32 – Fax : 02.98.01.65.89

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier l'équipe pédagogique de l'Université de Bretagne Occidentale encadrant la formation « Master 2 Intervention et Développement Social » et particulièrement Madame LE BORGNE-UGUEN, directrice de mémoire, pour son suivi et ses conseils autour de la rédaction de ce travail.

Je remercie également Monsieur RENAULD, responsable de l'agence « Age d'Or Services Brest » et tuteur de stage, pour m'avoir accordé sa confiance en me permettant d'effectuer ce stage au sein de son entreprise. Son dévouement à me transmettre son savoir et ses compétences m'a permis de m'intégrer au mieux dans cette structure.

Mes remerciements vont ensuite à l'ensemble de l'équipe professionnelle du service pour l'accueil et l'accompagnement qu'elle m'a offert tout au long de ce stage. Les échanges avec le personnel de l'agence ont enrichi ce mémoire en illustrant les activités quotidiennes réalisées.

Enfin il me semble essentiel de remercier tous les clients rencontrés au cours de cette expérience ainsi que leur entourage, qui ont fait preuve d'attention et d'implication à l'égard du travail de recherche effectué. Je tiens également à remercier les partenaires du service m'ayant accordé un temps précieux pour partager leurs expériences et pratiques en lien avec ce sujet de mémoire.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS 1

INTRODUCTION 5

CHAPITRE 1. L'HOSPITALISATION DES PERSONNES AGEES EN FRANCE : UNE QUESTION SOCIALE AUTANT QUE MEDICALE 8

1. Les enjeux du vieillissement de la population Française 8
1.1. Le contexte socio-démographique du vieillissement 8
1.2. Des personnes âgées fragiles ? 10

2. L'évolution de l'offre gérontologique 12
2.1. Les dispositifs d'accompagnement des vieillissements 12
2.2. Les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile 14

3. Les « trajectoires » de maladies et de vie au domicile 16
3.1. La généralisation de soins à domicile qui affectent les modes de vie 16
3.2. Des « parcours de vie à domicile » réorientés par l'hospitalisation 19

CHAPITRE 2. DES EXPERIENCES DE RETOUR CHEZ SOI APRES UNE HOSPITALISATION 22

1. Des retours à domicile différenciés 23
1.1. Des effets entre trajectoires de maladies et parcours de vie 23
1.2. Des transitions pour « démédicaliser » et préserver le sens de la vie à domicile 25
1.3. Des soutiens au moment des retours à domicile 27

2. Un contexte d'accompagnement des retours à domicile 30
2.1. Le SAAD « Age d'Or Services Brest » 30
2.2. Les enjeux des retours à domicile pour les personnes, leur entourage et les professionnels des services 33

3. La mise en œuvre d'une méthodologie de recherche-action 36

CHAPITRE 3. DES SORTIES DE L'HOPITAL ORGANISEES EN URGENCE POUR REPONDRE A DES BESOINS 48

1. Un ordonnancement du mode de vie à domicile 48
1.1. Une sortie « médicale » de l'hôpital 48
1.2. La priorité donnée aux besoins de santé 51

2. Des parcours anticipés par les professionnels 55
2.1. Une coordination normée 55
2.2. Un travail prescrit aux membres de l'entourage 58

3. Une scénarisation de la vie à domicile 61
3.1. Des prestations individualisées dans le cadre d'un panier de services 61
3.2. Des recours différenciés au SAAD 64

CHAPITRE 4. DES ACCOMPAGNEMENTS PROGRESSIVEMENT ADAPTES POUR SATISFAIRE DES BESOINS ET DES ATTENTES 67

1. L'appropriation du retour à domicile 68
1.1. Une personnalisation progressive des services 68
1.2. Le pouvoir d'agir des personnes qui reviennent à domicile 71

2. Une négociation de l'organisation de la vie au domicile 73
2.1. Une flexibilité des professionnels du domicile 73
2.2. Des droits affirmés par le statut de client 75

3. Des tentatives de conciliation entre trajectoires de maladies et formes de vie à domicile 79
3.1. Un travail d'adaptation pour rester chez soi 79
3.2. Des attentes non pourvues 82

CONCLUSION 85

NOTE DE SYNTHESE 88

TABLE DES MATIERES 91

GLOSSAIRE 93

BIBLIOGRAPHIE 95

ANNEXES 101

Annexe 1 : Exemple de document individuel de prise en charge – Age d'Or Services Brest 101

Annexe 2 : Guide d'entretien auprès des clients du service Age d'Or Services Brest 107

Annexe 3 : Retranscription des entretiens auprès des clients du service Age d'Or Services Brest 109

Annexe 4 : Guide d'entretien auprès des professionnels du service Age d'Or Services Brest 166

Annexe 5 : Synthèse des données recueillies auprès des professionnels du service Age d'Or Services Brest 168

Annexe 6 : Guide d'entretien auprès des partenaires du service Age d'Or Services Brest ... 174

Annexe 7 : Retranscription des entretiens auprès des partenaires du service Age d'Or Services Brest 175

Annexe 8 : Fiche de liaison service social CHRU/CLIC de Brest 207

INTRODUCTION

Rester chez soi le plus longtemps possible est aujourd'hui le souhait de la majorité des personnes en France. C'est également l'orientation prise par les politiques publiques qui poursuivent la promotion du « maintien à domicile » des « personnes âgées » depuis plus de soixante ans. La notion de « vieillesse en France n'est pas un problème mais une question sociale », affirme B. Ennuyer (2014). C'est donc sous cet angle que des moyens, dispositifs et prestations très variés ont été mis en œuvre pour tenter de répondre aux besoins et attentes des personnes concernées. Parmi eux, c'est sous « la figure du "citoyen consommateur" » (Anchisi, Kuhne, Debons, Follonier, 2014) que certains services se sont construits. La loi du 26 juillet 2005[1] relative au développement des services à la personne a notamment ouvert le champ de l'aide à domicile à la structuration de services privés. La législation récente, avec la loi « d'adaptation de la société au vieillissement »[2] votée en décembre 2015 apporte réforme au champ des services à la personne en l'orientant vers un régime unique d'autorisation. Ainsi, les services à la personne privés, relevant initialement de l'agrément, ont basculé de manière systématique vers le régime d'autorisation accordée par le conseil départemental.

Dans ce cadre, j'ai réalisé mon stage de master 2 « Intervention et Développement Social » au sein d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD). Fournissant des services aux personnes âgées et s'inscrivant en continuité des soutiens présents au domicile, le SAAD semble être un dispositif central en termes de « maintien à domicile ». Saisissant ces priorités dans le domaine médico-social, le but était de comprendre les enjeux de ce type de structure. J'ai ainsi effectué ce stage au sein du service d'aide et d'accompagnement à domicile « Age d'Or Services Brest ». Cette agence propose un accompagnement de ses clients par différentes prestations dont les principales sont : le service de portage de repas, l'aide-ménagère à domicile, l'accompagnement aux déplacements et l'installation de systèmes de téléassistance.

Au cours de cette immersion, c'est le contexte même de l'organisation Age d'Or Services Brest qui m'a questionné. Les hospitalisations des clients accompagnés et l'arrivée de nouveaux clients à la suite d'une sortie de l'hôpital font partie du fonctionnement habituel de ce service. Si la contractualisation de prestations fait souvent suite à des parcours de vie dont l'hospitalisation constitue l'étape la plus récente, qu'en est-il de la gestion et de l'organisation de ces sorties de l'hôpital ? Les séjours hospitaliers de personnes âgées de plus de 60 ans sont

[1] Loi n°2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant sur diverses mesures en faveur de la cohésion sociale.
[2] Loi n°2015-1779 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

passés de 5,4 millions en 2000 à 6,7 millions en 2014 (Blanchet, 2017). Si la plupart de ces personnes reprennent le cours de leur vie, sans changement, après cette expérience, cette population a tout de même plus de risques d'éprouver des difficultés lors du retour à domicile. Les polypathologies dont sont atteintes la plupart des personnes âgées hospitalisées participent à leur « fragilité ». Celle-ci constitue un « équilibre précaire » au cours duquel, l'hospitalisation peut être envisagée comme un élément déstabilisateur (Moulias, 2017). Ce constat établi, il était nécessaire de comprendre **en quoi l'expérience d'une ou de plusieurs hospitalisations de personnes âgées les conduit à réaménager l'organisation de leur mode de vie à domicile ?**

Afin de répondre à ce questionnement, la première partie de ce mémoire fera état de la situation actuelle de la prise en compte du vieillissement en France. Nous verrons ainsi les conditions ayant permis le développement des services de « maintien à domicile » des personnes âgées. Si ces derniers apparaissent au cours d'une étape de vie pouvant bouleverser l'équilibre jusque-là établi, différentes dimensions de leurs interventions permettent d'assurer un prolongement du parcours de vie. Les hospitalisations, les éléments de santé, les soins de plus en plus présents au domicile peuvent alors donner de la continuité ou introduire des ruptures dans les modes de vies des personnes concernées. A la suite de ces expériences d'hospitalisations, le SAAD Age d'Or Services Brest tente d'apporter des réponses adaptées aux besoins et attentes soulevés.

La deuxième partie de ce mémoire sera consacrée à la présentation des particularités de ce service et à l'accompagnement proposé aux clients revenant à leur domicile après une sortie de l'hôpital. La méthodologie de travail mise en place afin de répondre à la question de recherche sera présentée. L'enquête conduite auprès des clients de l'agence, de ses professionnels ainsi que des partenaires pour comprendre les enjeux de ce fonctionnement sera développée.

La troisième partie de ce mémoire porte sur l'organisation en urgence des sorties de l'hôpital qui cherchent à répondre aux besoins des personnes rentrant à domicile. Tandis que des changements de l'état de santé s'observent fréquemment à la suite des passages à l'hôpital, c'est une « médicalisation » du domicile qui a lieu pour assurer une transition dans les plus brefs délais. Ces sorties de l'hôpital semblent correspondre à une succession de concessions à l'égard du mode de vie souhaité au domicile. La prescription par l'hôpital d'aides et de services à mettre en place au domicile y participe. Lors de cette étape, les types de recours à l'agence Age d'Or Services Brest seront identifiés afin de décrire le rôle de chacun des acteurs au cours de ces retours à domicile.

Enfin, si le terme de vieillissement évoque d'un prime abord, « des images, celles de vieillards au regard perdu, confinés sur leur fauteuil, épuisés d'ennui, devant leur téléviseur. Silencieux et seuls » (Campéon, 2014), nous montrerons qu'une autre réalité coexiste. En effet, si les raisons d'usage du SAAD peuvent se rapprocher de cette image, notamment lors des sorties de l'hôpital, l'accompagnement ensuite poursuivi s'éloigne de cette dimension. C'est autour des besoins et des attentes des personnes revenues à leur domicile que se discutent les aides et services mis en place. La volonté des clients, leurs capacités à s'exprimer et à affirmer leur choix prennent une place capitale dans la poursuite de cet accompagnement. C'est au fil du temps, qu'une réappropriation du mode de vie antérieur à l'hospitalisation s'établit. Elle laisse place à des négociations et des conciliations permettant l'intégration des éléments nouveaux dans le parcours de vie. La place de l'agence Age d'Or Services Brest tout au long de ces cheminements sera ainsi analysée.

CHAPITRE 1. L'HOSPITALISATION DES PERSONNES AGEES EN FRANCE : UNE QUESTION SOCIALE AUTANT QUE MEDICALE

Susceptible de survenir chez l'ensemble de la population française, l'expérience de l'hospitalisation est particulièrement observée chez les personnes âgées. Face à l'identification d'enjeux découlant des situations de vieillissements, une offre gérontologique s'est progressivement construite, prenant en compte les éléments sociaux et médicaux des personnes concernées.

1. Les enjeux du vieillissement de la population Française

Elaborées à partir d'un contexte social, les réflexions au sujet du vieillissement de la population Française s'orientent notamment autour du concept de « fragilité ».

1.1. Le contexte socio-démographique du vieillissement

La question du vieillissement de la population Française est souvent abordée sous l'angle de l'économie et de l'offre de soins. Interrogée de cette façon, il est difficile de comprendre les enjeux qui en résultent. B. Dormont admet cette augmentation des dépenses de santé liée à une progression du vieillissement et propose une analyse suivant différents éléments. Parmi les facteurs qui influent ces dépenses elle note « l'évolution de l'état de santé à âge donné et les innovations en matière de médicaments et de procédures » (Dormont, 2009).

Si dans l'esprit de chacun, vieillir constitue une étape de vie des existences, personne ne s'accorde sur la définition de la vieillesse considérant qu'elle relève d'une notion subjective relative aux cultures, époques et lieux. Ce n'est pas le cas du vieillissement qui comprend une dimension biologique et objectivable qui est notamment prise en compte dans les approches épidémiologiques. Le vieillissement de la population Française est présenté comme étant au cœur des préoccupations politiques, en fonction du bilan démographique de 2017 publié par l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques). La part des personnes de plus de 65 ans représente 19,6% de la population Française en 2018 et 16,4% en 2008 soit une augmentation de 3,2% en 10 ans. Alors que ce phénomène tient pour une part son explication de l'arrivée en âge de retraite de la génération du baby-boom[3] et de l'augmentation de l'espérance de vie, tous les territoires ne le connaissent pas de manière équivalente.

[3] Augmentation brusque de la natalité dans les pays d'Europe immédiatement après la Seconde Guerre Mondiale, Le petit Larousse, 2013.

En Bretagne, la part des personnes âgées de 60 ans et plus a augmenté de plus de 2 points en cinq ans (24.3% de personnes âgées de 60 ans et plus en 2009 contre 26.6% en 2014 d'après l'estimation de la population au 1er janvier 2018 publiée par l'INSEE). Les estimations prévoient une poursuite de cette augmentation dans les années à venir en projetant pour 2050 qu'un habitant de Bretagne sur trois sera un « senior » (Le Strat, Molina, 2017). Si les mêmes explications qu'à l'échelon national sont avancées pour justifier ce vieillissement de la population, F. Le Strat et V. Molina, mettent en avant la particularité de l'apport migratoire que connait cette région. Ainsi, la mobilité qu'a connu le territoire avec une arrivée importante d'actifs mais aussi de personnes en âge de retraite, a participé au vieillissement de la population.

Néanmoins, si la part des personnes âgées de plus de 60 ans diffère selon les territoires, elle est en augmentation sur l'ensemble de la France. Les données publiées par l'INSEE en 2018 montrent qu'aujourd'hui, un homme peut espérer vivre 79.2 ans et une femme 85.4 ans. Cette augmentation de l'espérance de vie à la naissance s'explique aussi par les progrès des sciences et l'amélioration des conditions de vie. Cependant, si sous l'angle démographique, le vieillissement correspond à l'accroissement de la part des personnes âgées au sein d'une population, cela ne suffit pas pour attribuer des caractéristiques identiques à l'ensemble des individus de ce même groupe d'âge.

De ce point de vue, le vieillissement renvoie également à une désignation sociale marquée par le passage à la retraite. Pourtant, ce passage devient de plus en plus flou notamment en raison de la diversification et du report des âges d'entrée en retraite. De ce fait, c'est moins sur des critères d'âges mais davantage sur des « capacités » personnelles des individus que l'on voit s'élaborer une distinction entre des « seniors », actifs et financièrement indépendants et des « personnes âgées » rattrapées par un « déclin physique ». Ainsi, si les capacités de financement des retraites sont mises en question par le vieillissement de la population, c'est plus encore le coût de la prise en charge de la dépendance par la société qui fait débat.

Le risque d'être confronté à des difficultés engendrant des incapacités croît avec l'âge. C'est vers cette population qualifiée de « personnes en perte d'autonomie » que se porte l'attention des pouvoirs publics aujourd'hui. En effet, la loi d'adaptation de la société au vieillissement[4] déclare que « l'âge moyen d'entrée en perte d'autonomie est de 83 ans ». Elle annonce également que si la dépendance touche à l'heure actuelle environ 8% des personnes âgées de plus de 60 ans, cette tendance va s'accroître dans les années à venir. Cette loi promeut

[4] Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

une évolution du regard en matière de vieillissement et ses dispositions portent principalement sur le projet de réforme du système de maintien à domicile des personnes âgées. On assiste donc à une évolution de l'offre de services mise en place afin d'accompagner les demandes de soutien engendrées par le vieillissement.

La notion de « vieillissement » rassemble donc des réalités plurielles. Cependant, dans le cadre de ce travail, ce terme sera majoritairement employé pour désigner ce qui engendre des incapacités. Ainsi, il est essentiel de comprendre les différentes modalités qui lui sont associées.

1.2. Des personnes âgées fragiles ?

Alors que la désignation des « personnes âgées » par les pouvoirs publics est principalement effectuée sous l'angle du problème social qu'introduit la « dépendance », d'autres réalités coexistent. En ce sens, le rapprochement entre « vieillissement » et « dépendance » est confus. Comme l'atteste V. Caradec, « la caractéristique de l'avancée en âge n'est pas la dépendance mais le processus de fragilisation » (Caradec, 2012).

A partir du suivi de cohortes dans deux régions Suisses, C. Lalive d'Epinay et E. Guilley précisent que les trajectoires de fin de vie ne sont pas nécessairement celles de situations de dépendances. Ils mettent en avant un autre processus, celui de la « fragilisation » (Lalive d'Epinay, Guilley, 2004). Selon eux, la « fragilisation » ou « fragilité » correspond au « résultat d'un processus de pertes des réserves physiologiques et sensori-motrices qui rend le vieillard vulnérable face aux défis de l'environnement et affecte sa capacité à préserver un équilibre ou à le rétablir lorsqu'il est compromis » (Ibid). Ces auteurs définissent une situation de fragilité lorsque la personne possède une atteinte d'au moins deux des cinq dimensions suivante: la mobilité, les capacités sensorielles, l'énergie, la mémoire, les troubles physiques (Ibid). Ce processus de « fragilisation » serait donc une « menace » pouvant conduire à une situation de dépendance.

Cette notion de « fragilisation » est fréquemment employée sous le vocable de « vulnérabilité » et renvoie à une succession d'événements pouvant mettre à mal l'équilibre établi par les individus. Des facteurs de nature diverses : passage à la retraite, situation de veuvage, expérience de la maladie, diminution des ressources économiques, etc… peuvent ainsi faire basculer une existence habituelle en une situation instable alors qualifiée de « fragile ».

Sur la base de ce constat, le Plan National de Prévention de la Perte d'Autonomie (2015) fixe l'objectif d'améliorer le repérage de ces situations de « fragilités ». En effet, alors que cet

état est modifiable, il semble cohérent de vouloir l'identifier de façon précoce afin de maximiser les possibilités de changements et d'éviter un basculement vers une situation de « perte d'autonomie ». En ce sens, si les risques de connaître une situation de fragilité augmentent avec l'âge, il est important de garder à l'esprit le caractère réversible de cette situation.

La survenue d'un élément venant fragiliser le quotidien des personnes âgées donne donc lieu à divers réaménagements. Ces réajustements peuvent être saisis par la notion de « déprise », élaborée par J-F. Barthe, S. Clément, et M. Drulhe (1988). Elle consiste en un « processus de réorganisation des activités qui se produit au cours de l'avancée en âge » (Caradec, 2008). Repris par V. Caradec, ce concept trouve son opérationnalité à partir des « déclencheurs » (Caradec, 2012) tels la survenue de pathologies entrainant des incapacités physiques. Toutefois, le réaménagement du quotidien ne se fait pas uniquement par « l'abandon de certaines activités » (Ibid), il peut aussi s'élaborer par la poursuite de certaines d'entre elles à un autre niveau ou selon d'autres conditions. Au final, la « déprise » est à envisager comme un processus par lequel les personnes âgées tentent de parer aux difficultés qu'elles rencontrent en construisant des alternatives afin de poursuivre leur existence de la meilleure façon qu'il soit.

Cependant, pour reprendre les propos de C. Attias-Donfut, « la vie ne se déroule plus dans des moules préétablis, mais selon une ligne de vie individualisée » (Attias-Donfut, 2012). Ainsi, les processus de fragilisation apparaissent de manière inégale chez les individus. Le concept « d'autonomie relationnelle » développé par N. Rigaux rejoint cette dimension en exposant que « l'autonomie est un exercice, une pratique en situation » (Rigaux, 2011). Ce sont donc à la fois les « compétences internes au sujet » et les « conditions externes » (Ibid) qui participent de cette conception de l'autonomie. Le passage par ces différentes séquences des processus de fragilisation n'est donc pas systématique dans l'ensemble des parcours de vie. Néanmoins, cette potentialité existe, c'est pourquoi, ce n'est pas tant la « fragilité », mais davantage la menace de perte d'autonomie qui constitue un risque important et a fait l'objet de mesures d'action publique.

Face à l'augmentation du risque de développement de pathologies liées à l'âge, la perte d'autonomie des personnes âgées devient un enjeu public. Les « chiffres clés de l'aide à l'autonomie » dévoilés par la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) en 2017 affirme que si 7,9% des personnes âgées de 60 ans et plus bénéficiaient de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en 2013, il est difficile d'établir une mesure fiable du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie. Un rapport de la cour des comptes de juillet 2016 explique que cette imprécision est en partie due à « l'instrument utilisé » pour cette

mesure. En effet, cette appréciation est à ce jour effectuée à partir de la grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources) établissant six niveaux de dépendance. Ainsi, les personnes classées dans les GIR (Groupes Iso- Ressources) 1 à 4 sont considérées en « perte d'autonomie » et peuvent prétendre à un plan d'aide APA. En somme, l'accompagnement de la fragilité des personnes âgées s'est donc construit autour d'une offre gérontologique visant notamment à prévenir la perte d'autonomie.

2. L'évolution de l'offre gérontologique

L'offre gérontologique façonnée pour répondre aux enjeux du vieillissement est le fruit d'une évolution, majoritairement envisagée sous l'angle de dispositifs visant un accompagnement à domicile.

2.1. Les dispositifs d'accompagnement des vieillissements

Fondée au départ sur une solidarité familiale et religieuse, la « prise en charge » des personnes âgées a évolué au fil du temps. La première mesure publique visant assistance aux « vieillards, infirmes et incurables » date de 1905[5], mais c'est surtout la création de la sécurité sociale, notamment sa branche vieillesse en 1945[6], qui marque un tournant dans l'élaboration du système de prise en compte de la vieillesse en lui attribuant une reconnaissance en tant que risque social.

D'abord bâtie sur une volonté de solvabilisation des personnes âgées, la politique en matière de vieillissement s'est peu à peu transformée afin de prendre en compte les différents besoins rencontrés par ce public sous ses aspects sociaux, médicaux et environnementaux. En 1962, le rapport Laroque fait état des difficultés rencontrées par les personnes âgées et pointe particulièrement, la dépendance, la pauvreté et l'isolement vécus par une partie de cette population. La promotion du maintien à domicile des personnes âgées est donc envisagée sous l'angle de la coordination gérontologique, privilégiant la prise en compte des besoins individuels.

Si cette coordination peine à voir le jour, des mesures et dispositifs en faveur des personnes âgées vont être instaurés. Guidé par le schéma national et reposant sur une logique d'assistance et d'assurance, la création des régimes de retraites et la mise en place du minimum vieillesse ont pour objectif de faire face à la pauvreté des personnes âgées. Peu après, suite à

[5] Loi du 14 juillet 1905 relative à l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources
[6] Ordonnance N°45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale

l'augmentation des situations de dépendance, est créée en 1997 la PSD (Prestation Spécifique Dépendance), remplacée par l'APA en 2001. Cette allocation permet de financer une partie des dépenses nécessaires au « maintien à domicile » des personnes âgées ou du forfait dépendance d'un EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes). Cette double attribution assure ainsi la solvabilité des personnes âgées en perte d'autonomie quel que soit leur lieu de résidence.

Toujours sous l'influence du rapport Laroque et de la vigilance à tenir concernant la pauvreté des personnes âgées, la création de l'aide sociale tend à parer aux coûts engendrés par l'entrée dans la « dépendance ». Accessible à domicile ou en établissement d'hébergement, l'aide sociale intervient en dernier recours, après la solidarité familiale, et permet de garantir à chacun la prise en charge financière des dépenses engagées pour couvrir les conséquences de la perte d'autonomie.

Le vieillissement parait donc être abordé de façon cloisonné entre des politiques d'hébergement qui se tiennent à distance de celles, majoritaires, visant le maintien à domicile. C. Capuano explique alors le « maintien dans son lieu de vie » des personnes âgées avait pour but, à partir du début du XX^{ème} siècle, de diminuer les dépenses relatives à « l'entretien en hospice » (Capuano, 2017). Anne-Marie Guillemard (2014) poursuit en rappelant que le maintien à domicile constitue l'objectif principal soutenu par les politiques de la vieillesse depuis 1975. La législation récente confirme cette orientation par la loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement votée en décembre 2015 qui fait de la revalorisation de l'APA à domicile une mesure phare. L'ambition nationale reste de promouvoir le maintien à domicile des personnes âgées notamment par la possibilité d'augmenter le nombre d'heures d'aide à domicile conclu dans les plans d'aides et de réduire la participation financière des bénéficiaires. De plus, alors qu'il s'avère que le maintien à domicile est, dans la plupart des situations, possible grâce à l'implication et aux soutiens de proches, la loi instaure le droit au répit des aidants. Cette mesure renforce ainsi l'orientation prise par les pouvoirs publics de promotion du maintien à domicile.

Si cette volonté de favoriser le « maintien à domicile » est réaffirmée par cette récente loi, ce choix de vie est également un souhait exprimé par la plupart des personnes qui, au fil de l'avancée en âge, connaissent une réduction de leur indépendance pour la réalisation des actes de la vie quotidienne et parfois, un amoindrissement de leur autonomie. Le maintien à domicile renvoie donc aux différents moyens mis en œuvre pour permettre à ces personnes de rester à leur domicile le plus longtemps possible.

Le schéma de promotion du maintien à domicile des personnes âgées s'est construit sous l'angle d'une politique médico-sociale. On assiste donc à la nécessité d'un travail commun entre le secteur sanitaire, centré sur la « prise en charge » de la dépendance, et le secteur social, axé sur les problématiques sociales du maintien à domicile. Cependant, cette articulation entre les différents secteurs n'est pas évidente au regard des « forts cloisonnements » existants (Bauduret, 2013). Si l'accompagnement global des situations de vieillissements et notamment de la dépendance se veut construit, sur la base d'un décloisonnement, les pratiques reflètent une division culturelle et organisationnelle encore très prégnante.

Les services et dispositifs mis en œuvre en faveur du maintien à domicile des personnes âgées visent à la fois à prévenir la survenue d'un état de dépendance mais aussi à pallier les incapacités qui surviennent au cours du vieillissement. La cohérence de l'accompagnement de ces personnes passe donc par une collaboration et une coordination entre acteurs d'horizons variés.

2.2. Les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

Pour répondre à cette « volonté de se maintenir chez soi jusqu'au bout de sa vie » (Ennuyer, 2014) différents moyens existent, des services et prestations variés ont été mis en place afin d'accompagner cette période de vie. Si les premiers services d'aide-ménagère sont créés en France au début des années 1950, ils sont d'abord gérés par les municipalités ou bien par des associations et sont à but non lucratif. Les aide-ménagères ont alors pour rôle de lutter contre « l'hospitalisation des vieillards malades et isolés » (Ennuyer, 2013). Si la circulaire du 24 septembre 1971 définit l'aide-ménagère comme faisant partie d'un ensemble « concourant au maintien à domicile et à l'intégration sociale de la personne âgée »[7] les missions de ces services ont été précisées depuis. La structuration des organismes a également évoluée. En effet, alors que 135 organisations étaient en place en 1962 (Capuano, 2017), au 1er janvier 2017, le nombre d'organismes de services à la personne recensés sur la base de données NOVA est de 36 195. Ce chiffre important place donc les services à domicile au cœur des dispositions prises en matière de maintien à domicile.

Nommées « Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile » (SAAD) depuis la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale[8], ces structures peuvent intervenir au domicile des individus concernés afin d'apporter différents services pour un soutien dans les

[7] Circulaire n°1575 du 24 septembre 1971 relative aux équipements sanitaires et sociaux en faveur des personnes âgées
[8] Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

activités quotidiennes. Les prestations effectuées peuvent donc prévenir la perte d'autonomie et préserver les capacités des bénéficiaires. L'intervention des SAAD est ainsi définie par le ministère des solidarités et de la santé : « actes essentiels de la vie, au soutien à domicile, à la préservation ou à la restauration de l'autonomie dans l'exercice de la vie quotidienne et au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage » (2014).

Dans ce cadre, ces actions s'inscrivent dans l'orientation prise par les pouvoirs publics d'inciter la prévention en matière d'accompagnement de la perte d'autonomie, et ce, notamment par le plan national d'actions de prévention de la perte d'autonomie de septembre 2015. En effet, l'un des deux principes de ce plan repose sur : « le développement d'une " prévention globale " entendue comme la gestion active et responsabilisée du " capital autonomie " de chaque personne ou groupe de personnes ». L'aide aux activités quotidiennes apportée par un service à domicile peut donc s'inscrire dans une démarche de prévention de la perte d'autonomie. L'aide à la préparation des repas ou l'accompagnement lors de déplacements représentent des prestations proposées par les SAAD et s'intègrent pleinement à cet objectif de maintien des compétences et de l'autonomie des personnes accompagnées.

Relevant du régime d'autorisation délivré par le président du conseil départemental, ces services s'adressent particulièrement aux publics dits vulnérables et fragiles. Dans ce cadre, c'est pour assurer une compensation de la diminution des capacités des individus que ces prestations ont lieu. Le « maintien à domicile » peut alors être organisé avec plus ou moins de soutiens (matériel, humain, financier) au quotidien. Cette organisation est notamment formalisée dans un « plan d'aide » lorsque les personnes sont bénéficiaires de l'APA ou d'autres formes de prises en charges financières par des caisses de retraites, des mutuelles ou des assurances. Ainsi, les prestations nécessaires à l'accompagnement de chaque individu sont renseignées afin de mettre en œuvre les services censés correspondre à leurs besoins et attentes.

A cet effet, les dispositifs et accompagnements susceptibles d'être mis en œuvre à domicile sont multiples. De l'unique « aide-ménagère » proposée historiquement, des services d'aide à la mobilité se sont développés, d'autres proposent de la livraison de repas au domicile, du soutien relationnel ou encore de la téléassistance. Cette extension de l'offre a notamment été favorisée par la loi Borloo de 2005[9] simplifiant l'accès et le développement des services à la personne.

[9] Loi n°2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale

En parallèle d'une professionnalisation du secteur visant à garantir une qualité de services aux bénéficiaires, cette loi introduit la création de services à la personne relevant du secteur privé. Cependant, cet accroissement de l'offre de service se réalise en tenant compte de deux caractéristiques que rappelle B. Ennuyer : « La solvabilité des individus et la mise à l'emploi effective de population antérieurement au chômage » (Ennuyer, 2014). L'apparition de services marchands dans le champ médico-social marque le début d'une concurrence affichée entre ces différents organismes.

La mise en avant des conditions et prestations de chacun semble donc se superposer à une offre de services déjà « peu lisible du fait de la multiplicité des intervenants » (Cour des Comptes, 2016). Si l'abondance de l'offre peut permettre aux usagers de choisir le service correspondant le mieux à leurs attentes et besoins, cette décision peut se révéler complexe compte tenu des capacités de chacun. Par ailleurs, comme mentionné par la Cour des comptes, si l'offre semble suffisante de par sa quantité, celle-ci n'est pas « nécessairement adéquate ni disponible à proximité » (2016). Ces inégalités d'accès à certains services ou prestations demandent donc une coordination et une collaboration plus importante entre les acteurs existants.

Le passage de l'ensemble des services à domicile vers le régime unique d'autorisation annoncé par la loi d'adaptation de la société au vieillissement de décembre 2015 vise donc à limiter ces risques. C'est désormais le code de l'action sociale et des familles par le cahier des charges national fixé par le décret du 22 avril 2016[10] qui élaborent les règles de fonctionnement des SAAD. Cette mise en place de règles homogènes pour l'ensemble du secteur a donc pour objectif d'améliorer la lisibilité de l'offre en assurant davantage de qualité aux usagers.

3. Les « trajectoires » de maladies et de vie au domicile

Au fil de l'avancée en âge, différents éléments tels que les hospitalisations peuvent conduire les individus à recourir à des soins à domicile devant être associés à leur mode de vie.

3.1. La généralisation de soins à domicile qui affectent les modes de vie

Alors que le nombre d'acteurs intervenant en matière d'accompagnement des vieillissements est toujours plus croissant, la notion de « parcours » a vu le jour. Impliquant un aspect temporel, ce terme se définit comme « une succession d'événements et de positions

[10] Décret n°2016-502 du 22 avril 2016 relatif au cahier des charges national des services d'aide et d'accompagnement à domicile et modifiant le code de l'action sociale et des familles

occupées par un individu» (Bouquet, Dubéchot, 2017). S'il fait référence à des domaines multiples, ce concept est né des politiques visant l'insertion des jeunes dans l'emploi. L'idée est alors d'accompagner des jeunes au travers de différents dispositifs (formations, stages, etc…) afin de les conduire jusqu'à l'emploi. Le concept de « parcours », s'est donc imposé « comme une nouvelle référence terminologique » (Loubat, 2013) visant à favoriser la continuité des situations dans des secteurs variés. Alors que cette notion s'est d'abord construite sous l'angle d'une perspective professionnelle, le temps des vieillissements échappait à cette idée.

Cependant, les fragilités de santé que peuvent connaître les individus au cours de l'avancée en âge sont susceptibles de les conduire à recourir à des soins médicaux. Ainsi, leur prise en charge sanitaire relève de la notion de « parcours de soins ». Celle-ci est définie en 2012 par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme « le juste enchaînement et au bon moment des différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins ». Dans cette perspective, le médecin traitant est placé comme « coordinateur » des soins. Néanmoins, ce principe prend uniquement en compte la dimension médicale et conduit à des discontinuités dans les modes de suivis selon les offres de santé disponibles au fil des trajectoires de maladies.

Dans ce cadre, la notion de « parcours de santé » émerge et relève d'une définition plus large. Elle englobe non seulement les soins mais aussi « en amont, la prévention en santé et sociale et, en aval, l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile » (Jaeger, 2017). Reprenant l'explication de M. Jaeger, le parcours de santé semble davantage correspondre à l'ensemble des étapes qui peuvent marquer le « maintien à domicile » d'un individu dont les fragilités l'auraient conduites à faire l'expérience de l'hospitalisation. Ainsi, pour reprendre les propos de M-L. Bloch et L. Hénaut, le vieillissement est à envisager comme un « processus » et non comme « un état, ni même comme une succession d'états différents » (Bloch, Hénaut, 2014). En ce sens, si le vieillissement ne peut se traduire comme une situation universelle que rencontre chaque individu au cours de sa vie, différents « types » de parcours peuvent être identifiés.

« Penser la situation de chacun comme singulière » (Bloch, Hénaut, 2014) renvoie à la signification même de la notion de « parcours ». Ainsi, toutes les dimensions qui ont trait à la vie quotidienne des individus pourraient faire l'objet d'une prise en considération par le recours à la notion de parcours. Pour ce faire, les évaluations des besoins doivent faire l'objet d'une personnalisation selon les caractéristiques propres à chaque individu. La Caisse Nationale de

Solidarité pour l'Autonomie définit pour la première fois en 2012 la notion de « parcours de vie » comme « l'ensemble des événements intervenant dans la vie d'une personne et les différentes " périodes " et transitions qu'elle connaît ». Cette dernière indique également que « le bien-être physique, mental et social, sa capacité à prendre des décisions ou à maîtriser ses conditions, ses interactions avec son entourage, sa participation à la vie sociale » sont autant de dimensions interrogées par le « parcours de vie » (CNSA, 2012). Les parcours de vie sont donc liés d'une part à des éléments individuels et d'autre part relèvent d'un contexte plus global dans lequel l'environnement de vie de chaque individu prend une place significative.

En matière d'accompagnement médico-social, cette dimension de parcours se traduit notamment par la mise en application, via le décret du 26 novembre 2004[11] du document individuel de prise en charge. Ce document *(Cf. Annexe 1 : Exemple de document individuel de prise en charge - Age d'Or Services Brest),* conclu entre le service prestataire et le bénéficiaire, vise à prendre en compte les attentes et souhaits envisagés de ce dernier, dans le cadre de son parcours. Ce sont pour autant « des réponses collectives » (Bouquet, Dubéchot, 2017) qui sont recherchées afin de prendre en compte les attentes et besoins spécifiques des individus entendus dans la notion de parcours. En ce sens, les solutions conclues conviennent à l'organisation des services qui énumèrent ainsi les prestations engagées dans le document individuel de prise en charge.

Aussi, ce concept reflète plus largement une volonté de changement, un passage « d'une logique de structure à une logique de parcours » (Bouquet, Dubéchot, 2017). Ce sont donc des ajustements, des adaptations des modes d'interventions qui s'opèrent afin de décliner, selon les parcours, les prestations pensées par les services. Ces aménagements se justifient notamment compte tenu de la multitude d'acteurs pouvant jouer un rôle dans cette étape de vie. Raisonner en termes de parcours revient donc à envisager une situation au regard de la diversité des dimensions concernées. L'objectif promu au travers de cette approche sous forme de parcours est d'améliorer l'efficience en visant une coordination des acteurs. Cette dernière demande à être modulée en fonction des expériences vécues au cours des vieillissements. Les ajustements des offres et accompagnements s'élaborent en tenant compte de la singularité des parcours de vie au domicile.

[11] Décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles

3.2. Des « parcours de vie à domicile » réorientés par l'hospitalisation

B. Ennuyer soutient que : « l'hôpital de court séjour est un des premiers maillons du maintien à domicile » (Ennuyer, 2014). Les chiffres montrent cependant que chez les « personnes âgées », les séjours sont bien souvent longs et surviennent en urgence. Ces situations interrogent ainsi la continuité des « parcours de vie » à domicile. Si en 2016, 1,5 million (Etude ATIH, 2017), de personnes âgées de 80 ans ou plus ont été hospitalisées en France, les prévisions estiment une forte augmentation d'ici douze ans. Ainsi, à l'heure actuelle on ne dénombre pas moins de 63 séjours hospitaliers par an pour 100 personnes âgées de plus de 75 ans en 2015 (Etude Cap Retraite, 2017). Cependant, l'importance du nombre d'hospitalisations que connait cette tranche de la population n'est pas le seul élément à prendre en compte.

En effet, la majorité des « parcours de soins » des personnes âgées à l'hôpital diffèrent du reste de la population. Une succession de prises en charge part des services d'urgence et s'étend régulièrement vers des services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR).

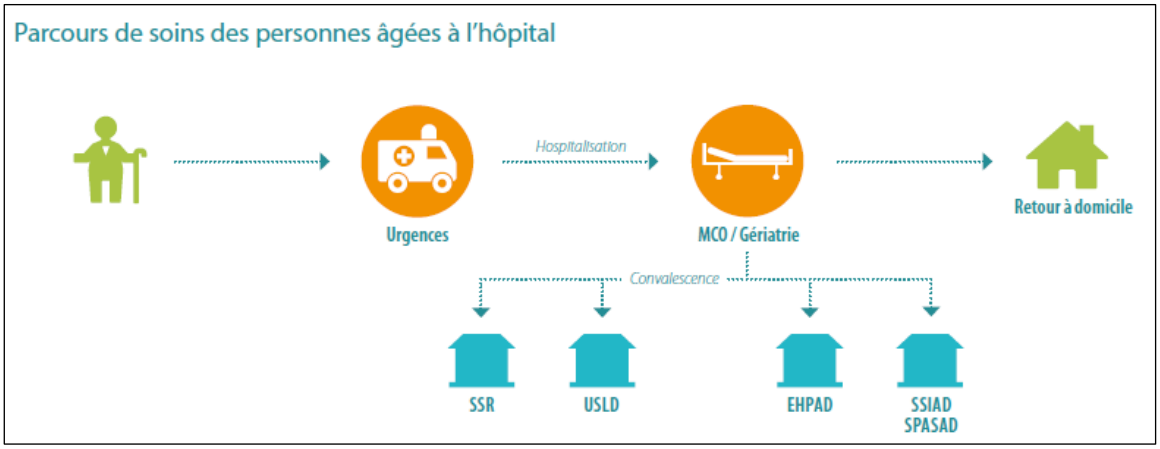

Figure 1. Schéma du parcours de soins des personnes âgées à l'hôpital

Si les parcours de soins de ces personnes se distinguent selon les situations de vie, ils peuvent néanmoins se différencier de ceux connus par le reste de la population. Alors que les services des « urgences » sont davantage fréquentés par les « personnes âgées », l'étude conduite par B. Boisguérin et L. Mauro (2017) pour la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) met en avant, le profil particulier de cette population. D'après ces auteurs, les conditions de vie et les pathologies qui ont trait à l'âge distinguent en une catégorie ces patients fréquentant les urgences.

S'il est vrai que l'avancée en âge accroît le risque de survenue d'affections de santé, le recours aux services d'urgences fait généralement « suite à un état de crise » (Boisguérin,

Mauro, 2017). Reprenant également ce constat, le rapport de la Cour des comptes de juillet 2016 identifie quatre facteurs récurrents qui conduisent à des hospitalisations. Ces derniers sont : les « chutes, dépressions, effets secondaires médicamenteux, dénutrition et déshydratation ». Comme le rappellent B. Boisguérin et L. Mauro, « des causes médicales mais également sociales » sont à l'origine des hospitalisations qui concernent les « personnes âgées ». Ce sont donc, dans un premier temps, ces motifs d'admissions aux « urgences » qui distinguent cette catégorie d'âge.

Par ailleurs, la prise en charge des patients âgés aux urgences est plus longue. En effet, selon une autre étude menée par B. Boisguérin et L. Mauro, en 2017, le temps passé dans ce service est pratiquement le double pour les personnes âgées de plus de 75 ans en comparaison de celles ayant entre 15 et 74 ans. Cette durée de prise en charge plus importante s'explique notamment par le fait que des examens complémentaires soient demandés en plus grand nombre pour les patients âgés. La suite donnée à ce passage aux « urgences » influe aussi la durée de prise en charge par ce service. En ce sens, la recherche de services d'hospitalisation rallonge la durée de présence au sein des « urgences ».

Si le passage par les « urgences » est une caractéristique importante des hospitalisations des personnes âgées, « c'est principalement la modalité de sortie » (Boisguérin, Mauro, 2017) qui les différencie de celle connue par le reste de la population. En ce sens, 56% des patients âgés de plus de 75 ans sont hospitalisés à la suite d'un passage aux « urgences » contre 17% (Ibid) des 15-74 ans. Si les hospitalisations de ces personnes sont notamment dues aux pathologies dont elles sont atteintes, des causes sociales sont aussi à prendre en compte. Les « conditions d'arrivée aux urgences » (Ibid) laissent transparaître des éléments déterminants pour la sortie de ce service. Ainsi, il est observé que la probabilité d'hospitalisation augmente chez les personnes conduites aux urgences en ambulance ou taxi. Pouvant paraître relativement anodin, le mode d'arrivée peut refléter une partie des situations de vie au domicile. En effet, si 43% (Ibid) des personnes de plus de 75 ans admises aux urgences déclarent vivre seules à leur domicile, elles sont 45% à y être conduites par une ambulance ou un taxi. L'ensemble de ces éléments favorise l'hospitalisation des « personnes âgées » se présentant dans un service d'urgence.

Ainsi, la plupart des hospitalisations à l'égard de cette population s'effectue dans des services de médecine ou de gériatrie. Cependant, la durée de séjour est très hétérogène en fonction du parcours de soin de chaque patient. La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des

Travailleurs Salariés (CNAMTS) établit qu'un tiers des personnes âgées de 75 ans et plus (33%) a connu une hospitalisation dans un service de MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) au cours de l'année 2010. Ce chiffre est d'autant plus marquant que l'on sait qu'avec l'avancée en âge, on observe un « allongement des durées de séjours et des ré-hospitalisations plus fréquentes » (Fournier, 2002).

Dans ces circonstances, les sorties d'hospitalisations peuvent être envisagées comme des étapes instables permettant ou non le retour vers le mode de vie qui précède cette expérience. Une étude menée en 2009 au sein du service de médecine polyvalente du CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de La Roche-sur-Yon décrit l'évolution des patients âgés de plus de 75 ans ayant été hospitalisés. Le domicile était l'origine des trois quarts des patients âgés hospitalisés. L'enquête met en avant que sur les 57 patients habitant leur domicile avant l'hospitalisation, seul 29 d'entre eux l'ont regagné après un an. Parmi ces personnes revenues à leur domicile, 18 d'entre elles ont connu une « majoration des aides » (Bleher, Dimet, Guimard, Perre, Février, 2012). L'étude révèle également un taux de ré-hospitalisations des patients de 53% indiquant un lien entre « risque de perte d'autonomie et de ré-hospitalisation » (Ibid).

Les sorties d'hospitalisations ne donnent donc pas toutes lieu à des retours au domicile. En effet, la situation médicale et sociale des patients peut être à l'origine d'une admission en EHPAD. M. Blanchet affirme en effet qu'en 2011, 28% des entrées en EHPAD ont eu lieu à la suite d'une hospitalisation (Blanchet, 2017). La fin de la prise en charge par les services de « soins aigus », des situations médicales peut tout de même demander une poursuite des soins. Les patients peuvent alors être dirigés vers des unités de Soins de Suite et de Réadaptation. Cependant, la continuité des soins peut quelquefois être assurée au domicile par des Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), d'autres professionnels mais également des proches assurant un rôle de soutien. C'est donc sur ces retours à domicile, organisés ou non avec une poursuite de soins médicaux, que ce travail va s'orienter.

Si durant l'hospitalisation, une prise en charge sanitaire s'organise pour l'accompagnement des patients, l'anticipation et la planification de la sortie demandent bien souvent un ajustement de la situation antérieure connue au domicile. Tandis que le médecin traitant est le « référent » désigné en matière de « parcours de soins », il est rare que celui-ci participe à l'organisation de la sortie de l'hospitalisation dans l'ensemble de ces dimensions. Dans ce cadre, d'autres acteurs sont bien souvent interpellés afin d'accompagner les patients

dans l'organisation de leur retour à domicile. L'hôpital contribue de différentes manières à une « concertation avec la personne concernée, sa famille et les équipes d'aide et de soins à domiciles » (Ennuyer, 2014) dans le but d'organiser ce retour à domicile.

CHAPITRE 2. DES EXPERIENCES DE RETOUR CHEZ SOI APRES UNE HOSPITALISATION

Les retours à domicile faisant suite à une hospitalisation se déroulent de manières différentes selon les individus. Les services d'aide et d'accompagnement à domicile participent à l'organisation mise en place au cours de ces sorties. Le questionnement établi à partir des particularités du SAAD « Age d'Or Services Brest » donne lieu à la présentation de la mise en œuvre de la méthodologie conduite.

1. Des retours à domicile différenciés

Différents enjeux sont posés lors des retours à domiciles après une hospitalisation. Alors que les trajectoires de maladies s'inscrivent peu à peu dans le parcours de vie des individus, c'est dans une recherche de continuité du mode de vie que des soutiens se mettent en place.

1.1. Des effets entre trajectoires de maladies et parcours de vie

D'après M. Jaeger, le parcours est à envisager dans sa « dimension dynamique » (Jaeger, 2017), ainsi, des étapes de nature diverses peuvent venir le marquer. Si cette notion permet de rendre compte de l'inscription des individus au fil de parcours, des obstacles peuvent venir bouleverser les plans établis. B. Bouquet et P. Dubéchot évoquent ce principe en expliquant que le parcours intègre « l'aléatoire de la vie, […] ainsi que les notions d'étapes et d'allers et retours » (Bouquet, Dubéchot, 2017). La vie à domicile peut être analysée comme un parcours puisqu'au cours du vieillissement et des trajectoires de maladies, il peut être rompu du fait de différents éléments.

Tandis que le risque de survenue de pathologies s'accroît avec l'âge, les conséquences d'hospitalisations peuvent bouleverser l'ordre établi. Dans certaines situations, l'hospitalisation se révèle être sans conséquence sur le devenir de l'individu. Elle apparaît néanmoins fréquemment comme un élément de rupture dans le parcours. Selon ses caractéristiques, l'hospitalisation peut être un événement imprévisible pouvant être « la source de réorientations importantes dans les trajectoires individuelles » (Ibid). Au-delà de l'hospitalisation, ce sont également l'ensemble de ses conséquences ou de ses effets qui peuvent être à l'origine d'une modification des modes de vie à domicile.

Si certains individus parviennent à retrouver un état de santé et une « forme » générale semblable à celle qu'ils connaissaient avant cette étape, d'autres se voient transformés et contraints à de nouveaux accommodements. Cette rupture du parcours peut notamment correspondre à un changement de lieu de vie. C'est ainsi que certaines admissions en EHPAD font suite à des sorties d'hospitalisations lorsque l'état de santé des individus ne leur permet pas d'envisager un retour à leur domicile. Ce sont donc ces moments de transformations liés à des événements inattendus qui donnent lieu à des « bifurcations » de parcours. D'après M. Grossetti, ces « bifurcations » ont lieu au cours d' « un processus dans lequel une séquence d'action comportant une part d'imprévisibilité produit des irréversibilités » (Grossetti, 2009). L'expérience de l'hospitalisation représente donc cette « imprévisibilité » donnant parfois lieu à une « irréversibilité » et donc à une « bifurcation » du parcours de vie à domicile.

Durant l'hospitalisation, la prise en charge des patients est centrée sur une dimension sanitaire et biomédicale. La perspective de sortie demande bien souvent un remaniement de la situation jusque-là présente au domicile. Comme exposé par M. Jaeger la logique de « parcours » vise à « garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficience de la prise en charge » (Jaeger, 2017). La naissance des « Parcours de santé des ainés » PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie) tend à montrer une volonté d'appropriation de ce modèle par les pouvoirs publics. « Sécuriser la sortie de l'hôpital » est notamment un des enjeux de ce dispositif déployé de manière très localisé sur des territoires pilotes. Au-delà de cette expérimentation, des bouleversements et ébranlements des « parcours » sont observés lors de ces moments d'accompagnement des sorties d'hospitalisation.

En ce sens, si la prise en compte des « parcours » supposerait une coordination, M. Jaeger, B. Bouquet et P. Dubéchot expliquent combien la réalité observée est différente. Cette discontinuité, cette absence de fluidité dans les réponses apportées à différentes étapes du parcours, est d'autant plus marquée qu'elle se heurte aux « clivages institutionnels » exposés par M. Jaeger entre les secteurs sanitaire et social (2017). J-F Bauduret parvient au même constat, expliquant comment la division de ces domaines « entrave toujours la fluidité de circulation des usagers » (Bauduret, 2013). Ce cloisonnement effectif entre ces dimensions se retrouve présent lors des suites d'une hospitalisation. Il peut être une cause supplémentaire de fracture du « parcours de vie » à domicile.

Alors que depuis la stratégie nationale de santé annoncée en janvier 2013[12], le système de santé vise à s'organiser autour du parcours de chacun dans le but d'éviter les ruptures, l'application de cette directive est bien plus complexe. L'analyse proposée par M-L. Bloch et L. Hénaut met en avant le fait que les notions de « parcours de santé et de vie se sont développées en opposition au parcours de soins standardisé » (Bloch, Hénaut, 2014). Aussi, force est de constater que malgré cette prise en considération d'une logique de parcours, les situations de fragilités que peuvent rencontrer les individus au cours de leur vieillissement peuvent conduire à des bifurcations ou des ruptures. Les professionnels voient dans les événements indésirables qui rendent instables les parcours des individus, des « problèmes à résoudre » (Ibid). Les professionnels mettent alors en œuvre leurs services et prestations afin de pallier à ces difficultés rencontrées par ces personnes et qui peuvent être compliquées à

[12] Annoncée par Marisol Touraine le 16 janvier 2013 lors de la présentation de la stratégie nationale de santé.

surmonter seules ou en présence d'un entourage. Ce modèle d'intervention est expliqué par M. Jaeger qui énonce que « l'accompagnement de parcours individualisés » s'est construit pour répondre à ces préoccupations.

Les bifurcations et ruptures dans les parcours peuvent donc être causées par des facteurs d'origines diverses. Les sorties d'hospitalisation sont un moment emblématique de ces phénomènes. Ainsi, est ce que l'introduction de nouveaux services ou objets dans le quotidien peut demander des changements d'articulations entre « parcours de soins » et « parcours de vie » ? Le rôle « sanitaire de prise en soin » (Ennuyer, 2014) de l'hôpital, se poursuit-il par une « sanitarisation » du domicile ? Lorsque des prescriptions médicales sont formulées à la sortie de l'hôpital, il revient alors aux personnes concernées de parvenir à concilier ces nouvelles mesures avec leur mode de vie antérieur ou de réorganiser ce mode de vie. L'absence d'harmonisation de la situation peut alors donner lieu à une annulation de toute forme de projet de vie au détriment d'une vie restreinte à un « parcours de soin » et alors illustrer l'expression : « c'est l'hôpital à la maison ». En ce sens, la survenue d'hospitalisation peut remettre en cause les parcours de soins et de vie des individus qui en font l'expérience.

1.2. Des transitions pour « démédicaliser » et préserver le sens de la vie à domicile

Alors que le retour à domicile après une hospitalisation demande, bien souvent, un aménagement de l'organisation de son mode de vie, celui-ci est conditionné pas une succession d'étapes. Si l'état de santé des personnes sortant d'hospitalisations peut nécessiter la poursuite de soins médicaux au domicile, cette « médicalisation du domicile » s'observe chez un grand nombre de personnes âgées hospitalisées. Définie par G. Fernandez comme la « traduction d'une situation dans des termes médicaux », la médicalisation ne se limite pas « à la gestion d'un processus de soin en tant que tel », mais relève « de l'évaluation d'un risque » (Fernandez, 2014). En ce sens, on assiste à une médicalisation du vieillissement qui vise d'une part à repousser l'apparition de pathologies et d'autres part, à introduire de façon précoce une logique de prévention dans les modes de vie des « personnes âgées ». N. Lapierre explique en effet « la médecine a toujours cherché à expliquer les causes du vieillissement comme à en retarder les effets » (1983). Outre les actes médicaux effectués lors des retours à domicile, c'est tout un système élaboré par l'hôpital qui est rapporté, dupliqué, miniaturisé, dans l'accompagnement en matière de maintien à domicile.

Reprenant la notion de parcours du vieillissement, le « parcours de soins » positionne le médecin généraliste comme le coordonnateur en la matière. Cependant, son champ d'actions privilégie l'approche sanitaire de son patient. Ainsi, c'est l'hôpital qui s'assure, en collaboration avec l'environnement du patient, de sa sortie dans de bonnes conditions. Néanmoins, l'hôpital est questionné par P. Fournier : peut-il « imaginer totalement le mode de vie à domicile ? » (Fournier, 2002). En effet, malgré la connaissance du patient par les équipes médicales, son évaluation s'effectue dans un environnement inhabituel, conduisant à élaborer une organisation de sortie de manière prospective.

Dans ce cadre, la médicalisation de la sortie d'hospitalisation se construit, à l'image de la médicalisation du vieillissement, par l'emprunt et l'exportation de pratiques du secteur sanitaire au domicile. La prévention des risques en matière de santé s'applique ainsi au champ du vieillissement. L'un des objectifs soutenus est de lutter contre les ré-hospitalisations évitables, qui sont définies en 2013 par la HAS (Haute Autorité de Santé) comme « une hospitalisation non programmée, en lien avec le séjour hospitalier précédent et survenant dans les 30 jours suivant la sortie ». Un taux de ré-hospitalisations évitables de 14% a été annoncé lors d'une étude portant sur des patients français âgés de plus de 75 ans (Laniece, 2008). Les sorties d'hospitalisations des personnes âgées donnent donc lieu à la mise en œuvre d'outils de lutte contre ces ré-hospitalisations évitables. Les dispositifs de prévention des chutes ou encore d'éducation en matière de nutrition font partie de ces moyens utilisés. Cette « médicalisation » du retour à domicile semble donc se construire à partir d'une coordination anticipée formalisée par l'hôpital.

Cette réorganisation peut être comprise par le recours au concept de déprise qui désigne « une forme de réaménagement de l'existence avec l'avancée en âge » (Gagnon, 2018). En effet, si la sortie d'hospitalisation peut s'effectuer à un moment de « perte de capacités » (Ibid), elle demande néanmoins une « adaptation à sa nouvelle situation » (Ibid). L'introduction massive d'éléments nouveaux au quotidien conduit à revoir l'organisation du mode de vie à domicile. C'est donc l'ensemble des activités et rôles auparavant pratiqués au domicile qui est amené à se redéfinir en fonction d'étapes, et de transitions pour lesquelles les modes d'action de différents acteurs sont mobilisés.

Toutefois, des disparités de parcours sont identifiables, et ce, en fonction des caractéristiques « d'états de santé, de ressources familiales et d'entourage, et d'accès aux services professionnels » (Le Borgne-Uguen, Pennec, 2018) de chaque individu. Ces spécificités propres aux personnes concernées vont alors leur permettre ou non, de réorganiser

leur vie à domicile, en intégrant les éléments nouveaux qui font suite à leur hospitalisation. Cette construction prend aussi en compte les dimensions sociales et environnementales dans lesquelles s'inscrivent les individus. Les propos d'E. Gagnon prennent alors sens : « la notion de déprise conduit à la question des ressources dont dispose la personne vieillissante dans son environnement pour conserver une prise sur son existence » (Gagnon, 2018).

Si l'enjeu qui prime à la sortie de l'hôpital est de retrouver l'organisation et la vie à domicile menée jusqu'alors, les démarches entreprises pour assurer la continuité de cette volonté sont d'autant plus importantes. Ce sont donc l'ensemble des actes et moyens élaborés dans le but de recouvrir à cette « vie d'avant » qui seront significatifs. Tous les choix que les individus vont faire selon leurs préférences pour réorganiser leur mode de vie à domicile vont témoigner de cette recherche de continuité. Lorsque ces transitions s'effectuent au regard de « ce que la personne veut demeurer malgré les changements » (Gagnon, 2018), on assiste alors à un nœud, une attache, qui relie une vie passée, à une vie à venir.

Exposés par E. Gagnon, ces moments demandent l'affirmation d'une identité, l'expression de souhaits, d'attentes, mais aussi de besoins afin de « s'orienter dans un monde familier » (2018). La succession de ces étapes, de ces manifestations personnelles va donc dépendre des capacités de chacun à faire appel à des ressources permettant de préserver le sens de leur vie à domicile. Détournant quelque peu le concept de « déprise », V. Caradec explique que la recherche est alors au « maintien de prises signifiantes sur le monde » (2018). L'importance de ces « paliers » est étroitement liée aux parcours de chacun. Les retours à domicile se déclinent donc selon l'expérience faite par chaque individu.

Néanmoins, selon les éléments rencontrés lors de ces étapes, la réorganisation peut ne pas permettre de donner de la continuité à ces parcours et engendrer alors, des bifurcations, des ruptures. Si la question des ressources individuelles peut être posée, le contexte global dans lequel s'inscrit ce retour à domicile doit également être envisagé. L'entourage, les professionnels, mais plus généralement la place des acteurs présents lors des différentes transitions de réappropriation du mode de vie à domicile demande alors à être prise en compte.

1.3. Des soutiens au moment des retours à domicile

Outil d'une politique de maintien à domicile, les SAAD sont amenés à s'inscrire en continuité de l'environnement des personnes qu'ils accompagnent. Les services et prestations alors mis en place s'ajoutent bien souvent à un soutien effectif assuré par l'entourage et les proches. En effet, alors que la sortie de l'hôpital s'accompagne fréquemment d'une diminution

de mobilités, « le logement devient souvent le centre à partir duquel la sociabilité s'organise » (Gagnon, 2018). Les relations sociales peuvent donc se restreindre à l'entourage proche. A. Campéon rejoint cette idée en affirmant que si le vieillissement est souvent synonyme d'une diminution des relations qu'entretiennent les personnes âgées, force est de constater que l'entourage familial demeure présent (2014). De ce fait, les situations d'isolement ne peuvent rassembler à elles seules les différentes formes de vieillissement à domicile. En effet, en 2008, l'enquête Handicap-Santé déclare que 8 personnes âgées de plus de 60 ans et vivant à domicile sur 10 reçoivent de l'aide de leur entourage et 5 sur 10 de l'aide d'un professionnel (Soullier, Weber, 2011). Ces aides se justifient majoritairement en raison d'un handicap ou de problèmes de santé et interviennent pour les tâches de la vie quotidienne, le soutien financier ou moral.

Si les sorties d'hospitalisation constituent des épreuves pour les personnes qui les vivent, ces mêmes mouvements de soutien et d'épaulement s'observent à ces moments. Et alors que 4 millions de personnes âgées de plus de 60 ans vivent seules (Etude de la fondation de France, 2014), des relations d'aides s'instaurent souvent avec l'entourage proche. C'est dans ce cadre que l'on désigne les « aidants », définit par le dictionnaire de la gérontologie sociale comme « une personne qui apporte assistance à un individu réclamant une aide ou ne pouvant subvenir seul à ses besoins ».

Ces « proches aidants » vont alors jouer un rôle important tout au long de la réorganisation du mode de vie au domicile des personnes qui ont fait l'expérience de l'hospitalisation. En effet, l'enjeu est alors de « prendre appui sur les autres » (Gagnon, 2018) pour se reconstruire et remodeler sa manière de vivre selon ses propres attentes. Renvoyant à cette notion de déprise, E. Gagnon explique au combien cette démarche est paradoxale. En ce sens, alors que l'objectif des personnes qui rentrent à leur domicile est de reconquérir leur autonomie, les moyens pour y parvenir reposent alors « sur des liens de dépendance ou d'interdépendance » (Ibid).

Par ailleurs, puisque 32% des personnes âgées aidées ont recours à la fois à une aide de l'entourage et de professionnels (Soullier, Weber, 2011), cela suppose une coordination entre les parties. Le retour à domicile est généralement prévu par l'entourage, et prescrit par les professionnels, intègre un principe de prévention. Ainsi, on assiste régulièrement à des discussions et échanges entre l'entourage et les professionnels afin de « mettre en place » les services et prestations nécessaires au retour d'hospitalisation des individus.

Cependant, la place donnée aux échanges et à la négociation pour les personnes concernées est bien souvent limitée. Dans ce contexte, la référence au concept de déprise apparaît alors comme une manière de prendre en compte « un positionnement dans une structure sociale » (Gagnon, 2018). En ce sens, cette notion ne renvoie pas seulement à la capacité des personnes de se positionner au sein d'un modèle construit pour eux, mais également à la capacité d'exprimer une volonté, un souhait. Au cours de ces transitions, les services d'aide et d'accompagnement à domicile ont pour rôle de « libérer » cette parole afin d'accompagner ces personnes lors des retours à domicile. Le but étant, pour ces personnes sortant d'hospitalisation, de réaménager leur mode de vie en tenant compte des éléments nouveaux, mais sans oublier ce qui fut leur quotidien pour prétendre envisager l'avenir.

Dans cette situation, tous les moments d'échanges, les « évaluations de besoins » généralement organisées par les professionnels, sont des occasions de négocier et d'adapter les services rendus au domicile. Ces services sont parfois pensés avant même la sortie de l'hôpital, notamment lors d'entretien avec des assistants de services sociaux des établissements hospitaliers. Ainsi, comment les personnes peuvent s'imaginer poursuivre leur mode de vie sans « reproduire les catégories de pensées et les raisonnements du monde médical » (Schweyer, 2014) ?

C'est ainsi que le constat émerge : l'organisation de sorties d'hospitalisation en urgence, de personnes âgées fragilisées par cet événement et qui, se retrouvent seules pour faire face au retour à leur domicile, ou bien encore des membres de l'entourage, familles et proches, qui ne savent pas vers qui se tourner pour s'orienter dans l'offre existante en matière de soutien à domicile. Dans ces circonstances, les services et aides s'élaborent de manière empirique sans réelle concertation entre les acteurs et donnent lieu à des frustrations pour l'ensemble des parties mais aussi à un manque de pertinence pour le modèle visé.

Au final, « c'est souvent dans le silence que se décident les choses » (Gagnon, 2018) alors même que des soutiens seraient nécessaires à la réorganisation du mode de vie à domicile. L'entourage présent participe-t-il toujours aux réaménagements qui ont lieu lors d'un retour à domicile après hospitalisation ? Différentes formes de médiation, de négociation peuvent se mettre en place, et ce, en fonction des ressources et des capacités des personnes âgées, de leur entourage mais aussi des professionnels impliqués.

2. Un contexte d'accompagnement des retours à domicile

Le contexte de recherche du SAAD « Age d'Or Services Brest » est à l'origine du questionnement s'organisant autour des enjeux des retours à domicile.

2.1. Le SAAD « Age d'Or Services Brest »

Alors que la part des personnes âgées de plus de 60 ans augmente en France, ce même constat est fait à l'échelle de la métropole Brestoise. Sur ce territoire, plus d'une personne sur cinq a plus de 60 ans en 2013 (ADEUPA, 2017). Les mêmes questions liées aux vieillissements, que celles relevées au niveau national, sont alors apparues sur le secteur Brestois et ont motivé la création de l'agence d'aide à la personne : Active Ouest en 2006. L'impulsion donnée par le Plan Borloo du 26 juillet 2005, encourageant l'arrivée sur le marché de l'aide à domicile d'entreprises privées, a aussi favorisé l'ouverture de cette structure. C'est donc sous un statut de Société A Responsabilité Limitée Unipersonnelle (SARLU) que l'entreprise « Active Ouest » a vu le jour relevant du régime de l'agrément délivré par la DIRECCTE (Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi) de Bretagne. Si en 2007, l'agence s'est ralliée au réseau « Plaisir d'aider », c'est en soutenant des valeurs de « bientraitance dans l'accompagnement » offert à ses clients, qu'elle a rejoint le réseau « Age d'Or Services » en 2011.

Les locaux de l'agence étant situés dans le quartier de Brest-Centre, le choix a été fait d'établir un territoire d'intervention relativement restreint, limitant ainsi les déplacements. Les activités d'aide à domicile sont donc majoritairement effectuées au sein de la ville de Brest quand celles des portages de repas s'étendent à la périphérie de la ville et se prolongent jusqu'au secteur de Landerneau.

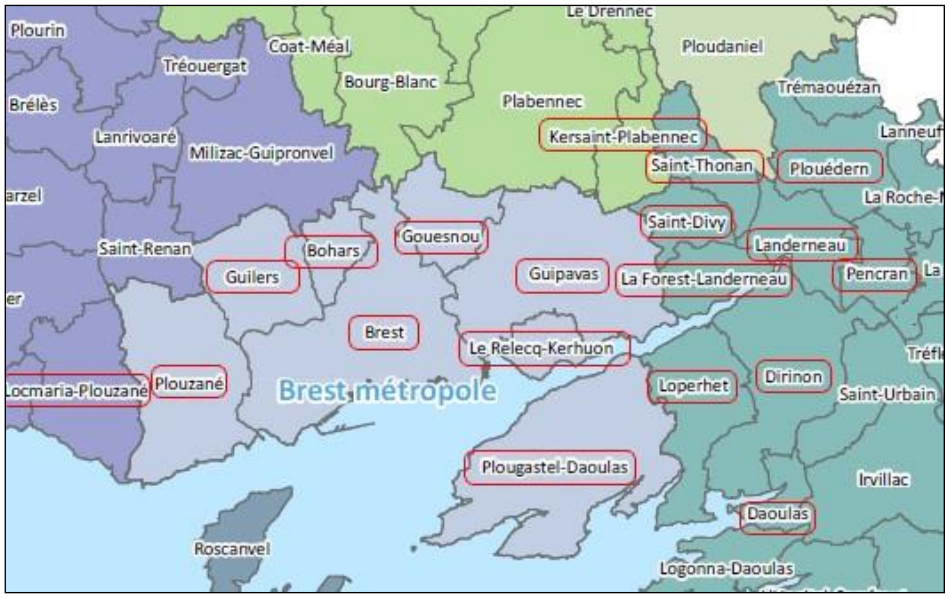

Figure 2. Territoire d'intervention Age d'Or Services Brest

L'agence bénéficie depuis 2013 de la certification « NF 311 – Services aux personnes à domicile » délivrée par l'AFNOR (Association Française de Normalisation) qui garantit la qualité des prestations de services fournies aux clients. Ainsi, l'entreprise s'inscrit dans une démarche d'offre globale visant à assurer un accompagnement de qualité à l'ensemble des bénéficiaires. Dans ce cadre, l'agence Age d'Or Services de Brest intervient principalement auprès d'un public de personnes âgées et de personnes en situation de handicap. L'objectif, tel qu'il est énoncé dans le projet de service 2018-2022, est alors « d'une part, de favoriser le maintien à domicile des clients et d'autre part, de leur permettre de conserver du lien social ».

L'organisation du travail au sein de l'agence s'est principalement construite autour des activités de portage de repas et d'aide à domicile. Toutefois, l'agence réalise également des prestations d'accompagnement (véhiculées ou au bras), de pose de systèmes de téléassistance, de livraison de courses ou encore des travaux ménagers (consistant par exemple à la réhabilitation de logement). L'équipe professionnelle composée de six assistantes de vie, trois agents de portage de repas, une assistante administrative et un responsable d'agence œuvre donc au fonctionnement de la structure. Cette offre de service proposée par l'agence est déclinée en fonction des besoins et attentes de chacun des clients déterminés lors des contacts entretenus avec ces derniers.

Si aucune « procédure » n'est appliquée lors de l'arrivée d'un nouveau client, un suivi de l'organisation des prestations peut être observé. En effet, le premier contact avec une personne demandant la réalisation de services à son domicile donne généralement lieu à une

visite à domicile visant à « évaluer » ses besoins. Ce choix s'explique par la volonté de maximiser la prise en considération des souhaits et besoins des clients. Par ailleurs, les visites à domicile permettent également d'évaluer et de faire un état des lieux du logement afin d'orienter les prestations proposées. Il est vrai que le temps accordé à l'entretien d'un logement ne sera pas le même selon sa superficie. De plus, concernant les prestations de service de portage de repas, les visites à domicile permettent de s'assurer de la présence d'un frigo et d'un micro-onde, nécessaires à leurs réalisations dans de bonnes conditions. La visite à domicile peut également permettre la rencontre avec l'entourage des personnes accompagnées. L'écoute de chacun est alors essentielle pour promouvoir l'organisation de service de manière concertée. Les activités ensuite conclues et négociées font donc l'objet d'un engagement par la signature d'un contrat.

Les conditions de mise en œuvre des services proposés par l'agence ne permettent pas toujours de suivre cette approche. Si l'entourage (familial ou professionnel) peut être à l'origine de la demande de soutien au domicile, les discussions avec les personnes concernées peuvent être difficiles à élaborer. Ces situations se réalisent particulièrement lorsque l'état de santé de la personne devant être accompagnée ne permet pas d'échanges avec le service. Dans ce cadre, ce sont les proches, lorsqu'ils sont présents, ou bien les professionnels (Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs, Assistants de services sociaux, Infirmiers…) ayant connaissance de ces situations, qui se rapprochent du service afin d'envisager une solution.

Ces observations sont particulièrement vraies concernant l'organisation des sorties d'hospitalisations chez des personnes âgées. En effet, ces situations qui peuvent survenir de manière précipitée demandent bien souvent un aménagement des conditions de vie au domicile. Ce sont donc les personnes elles-mêmes, ou plus fréquemment leur entourage, qui font appel à l'agence Age d'Or Services de Brest lors de ces étapes.

N'assurant pas d'aide à la toilette ou encore d'aide à la préparation du petit-déjeuner, les sollicitations que reçoit l'agence Age d'Or Services Brest sont davantage orientées sur le portage de repas. Si l'alimentation constitue un besoin essentiel pour chaque individu, l'état de santé des personnes âgées qui regagnent leur domicile après une hospitalisation ne permet pas toujours de satisfaire ce besoin. La préparation des repas peut s'avérer compliquée et un régime alimentaire a aussi pu être instauré au cours du séjour à l'hôpital. Créé en septembre 2012, le service de portage de repas apparaît donc comme une solution possible de réponse à ces

situations. Ainsi, 93 clients bénéficiaient au 28 février 2018 du service de portage de repas assuré par l'agence en partenariat avec le groupe « Ansamble », fournisseur des repas.

Si l'ensemble des prestations réalisées par le service s'inscrit dans un projet individualisé d'aide et d'accompagnement, force est de constater que le retour à domicile après une hospitalisation peut bouleverser les plans. Les professionnels de l'agence Age d'Or Services de Brest se font l'écho de ces situations au cours desquelles s'organisent, parfois sans continuité, le retour à domicile de personnes sortants d'hospitalisation. C'est donc la place du SAAD dans l'organisation des sorties d'hospitalisations qui est questionnée.

2.2. Les enjeux des retours à domicile pour les personnes, leur entourage et les professionnels des services

❖ *Définition du questionnement*

Alors que le Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile s'inscrit dans une volonté de maintien à domicile des personnes âgées, cette structure se retrouve au cœur de différentes questions. En effet, si nous avons vu que de nombreux facteurs peuvent être à l'origine de l'hospitalisation de ce public, de multiples caractéristiques sont à prendre en compte lorsqu'il s'agit d'envisager la sortie vers le domicile. Si ces éléments semblent être propres à chaque individu, il est pourtant observé une certaine uniformité dans les prestations mises en place lors du retour au domicile. C'est une « scénarisation » du mode de vie à domicile qui paraît s'instaurer.

Tandis que le SAAD recense un panier de services pouvant être dispensés auprès des personnes âgées et notamment à la sortie d'hospitalisation, une similitude des plans d'aides a été observée chez une partie de la clientèle. Ce constat se poursuit au regard des aides financières accordées. Alors que les services réalisés par le SAAD représentent un coût non négligeable, la sortie de l'hôpital peut donner lieu à des aides financières de la part de différents acteurs. Relevant des mutuelles, des caisses prévoyance ou encore de l'ARDH (Aide au Retour à Domicile après Hospitalisation) octroyée par des caisses de retraite, ces aides peuvent ouvrir des droits à des prestations clairement définies. Il est par exemple courant d'observer la mise en place de système de téléassistance au domicile de personnes sortant d'hospitalisations lorsque celui-ci est inclus dans le plan d'aide. L'ensemble de ces éléments laisse à penser la difficulté de l'individualisation des services existants fondés sur les besoins spécifiques de chacune des personnes accompagnées.

Cette « scénarisation » des modes de vie et de soins à domicile est d'autant plus marquée lorsque les sorties d'hospitalisations s'organisent à la hâte. Dans ces conditions, des solutions doivent être rapidement trouvées et la place de la négociation peut être restreinte. C'est donc parfois, quelques professionnels de l'hôpital qui accompagnent la sortie des patients, avec la mise en place d'un lit médicalisé au domicile ou encore l'aménagement d'une salle de bain. Ce sont autant de changements soudains, pour une part subi, qui font l'objet de prescriptions médicales, de recommandations professionnelles, ou de conseils de proches auxquels les personnes doivent faire face à leur retour « chez-eux ». Dans ce cadre, quelles réappropriations du domicile ont lieu à la suite d'une hospitalisation ?

Néanmoins, si les prestations conduites au domicile peuvent restreindre le maintien des spécificités qui caractérisent la vie de chacun, d'autres scénarios sont aussi envisagés. En effet, les sorties d'hospitalisations ne donnent pas toutes lieu à des ruptures dans le mode de vie jusqu'ici établi. Les réorganisations qui prennent place au quotidien sont donc provisoires et graduées dans le temps. Dans ce cadre, le SAAD prend une place centrale et complexe dans l'accompagnement de ces transitions. Alors que ce dernier doit répondre aux prescriptions arrêtées, quelle marge de manœuvre lui reste-t-il pour accompagner ses clients en suivant leurs envies ?

A partir de ces constats, comment penser la place et le fonctionnement de l'agence Age d'Or Services Brest lors de l'organisation de retour à domicile suite à des hospitalisations ? Ce travail de recherche-action vise à comprendre, **en quoi l'expérience d'une ou de plusieurs hospitalisations de personnes âgées les conduit à réaménager l'organisation de leur mode de vie à domicile ?**

La méthodologie de travail mise en œuvre vise donc à vérifier plusieurs hypothèses. La sortie d'hospitalisation se positionne à mi-chemin entre des préoccupations sanitaires et des préoccupations sociales. Les modalités d'organisations du soin mettent en questions les modes de vie à domicile. Ainsi, la première hypothèse porte sur le fait que **le retour à domicile après hospitalisation met en question les articulations entre « parcours de soins » et « parcours de vie »**. Si la sortie d'hospitalisation questionne, c'est aussi par les nombreux changements dans le quotidien qu'elle peut engendrer. De ce fait, **la réorganisation du mode de vie à domicile passe par une succession d'étapes permettant ou non de préserver le sens de la vie à domicile**. Enfin, au regard des caractéristiques communes aux personnes faisant l'expérience de l'hospitalisation, les difficultés qui peuvent apparaître pour organiser la sortie

renvoient tout d'abord au besoin d'accompagnement lors de cette transition. Les soutiens des proches et ceux des professionnels s'organisent de manière différente, certains permettant une préservation du mode de vie à domicile et d'autres mettant en question sa cohérence. En ce sens, la troisième hypothèse élaborée porte sur **l'importance des soutiens lors de la réorganisation du mode de vie au domicile.**

❖ *Définition de l'objet de recherche*

Nous l'avons vu, la caractéristique de « fragilité » attribuée au public accompagné par l'agence Age d'Or Services Brest peut justifier les hospitalisations dont il fait l'expérience. Des aménagements du mode de vie peuvent s'opérer lors de ces situations. Si les retours à domicile qui font suite à une hospitalisation, se déroulent de manières très disparates, de nombreux acteurs sont impliqués pour organiser la transition entre hôpital et domicile. Les personnes faisant l'expérience de l'hospitalisation, leurs proches, les professionnels de l'établissement de santé et les professionnels du domicile, sont autant d'interlocuteurs pouvant intervenir lors de cette étape. L'agence Age d'Or Services Brest participe ainsi à l'organisation des sorties d'hospitalisations de ses clients ou intervient dans ce contexte. Nous avons donc pu observer que chaque retour à domicile s'élabore de manière différente et notamment en fonction de l'investissement des différents acteurs lors de cette étape. Un constat est alors pointé : l'agence est particulièrement sollicitée par l'entourage familial des personnes hospitalisées qui recherche de l'information sur les aides et services existants pour faciliter le retour à domicile de leur proche.

Alors que les services proposés par le SAAD s'inscrivent dans une logique d'accompagnement de la vie à domicile, ces mêmes services sont renseignés et proposés aux personnes regagnant leur domicile à la suite d'une hospitalisation. Cependant les besoins et attentes alors rencontrés sont parfois spécifiques et liés aux conditions et caractéristiques de sorties de l'hôpital, et demandent un ajustement des services dispensés. Des adaptations et arrangements doivent alors être trouvés par l'ensemble des professionnels de la structure afin de répondre aux questions et demandes du public. L'accompagnement des personnes lors d'un retour à domicile après hospitalisation demande donc une prise en compte particulière de la part du service.

Dès le début de cette immersion au sein de l'agence Age d'Or Services Brest, nous avons compris que les hospitalisations, de manière générale, étaient un point de réflexion de la

structure. La volonté d'améliorer l'organisation de ces retours à domicile s'est tout d'abord traduite par l'inscription d'un professionnel du service à une formation organisée par la fondation AUB Santé portant sur le « retour à domicile du patient en perte d'autonomie ». Un des objectifs de cette formation était l'identification des dispositifs de retour à domicile après hospitalisation. L'agence Age d'Or Services Brest souhaitait d'une part accroitre ses connaissances afin d'améliorer l'orientation du public vers les dispositifs pertinents et d'autre part, saisir les enjeux de ces situations pour développer en ce sens le panier de service qu'elle propose. L'inscription à cette formation montre la volonté soutenue par l'agence d'améliorer la qualité des renseignements et prestations transmis aux clients, futurs clients et leurs proches lors de ces situations. Ce travail de recherche-action s'inscrit donc dans un questionnement présent au sein de la structure dont le quotidien est marqué par des réorganisations du travail liées à des hospitalisations.

Alors que les raisons conduisant à l'hospitalisation des personnes âgées sont différentes en fonction de chacune d'entre elles, les conditions de retour à domicile se distinguent également selon des facteurs multiples. La place du SAAD dans ces situations est donc l'angle de recherche retenu pour ce travail qui vise à comprendre les enjeux de l'hospitalisation sur l'aménagement du mode de vie à domicile. La méthodologie mise en œuvre pour répondre à ce questionnement vise à interroger différents acteurs concernés par l'organisation de ces retours à domicile. De ce fait, cette démarche s'est construite selon trois publics investigués : les clients de l'agence Age d'Or Services Brest, les professionnels de cette même agence et les partenaires extérieurs à l'agence.

3. La mise en œuvre d'une méthodologie de recherche-action

C'est à partir des objectifs de recherche préalablement énoncés que le recueil de données auprès de l'Agence Age d'Or Services Brest et de ses partenaires s'est établi. Afin de rendre compte de manière ordonnée et rigoureuse des réorganisations de la vie à domicile après hospitalisation, il nous fallait échanger de façon directe avec les personne concernées. Nous avons donc tout d'abord cherché à rencontrer des clients de l'agence Age d'Or Services Brest qui ont fait l'expérience de l'hospitalisation. C'est ensuite pour identifier les rôles mis en place par le SAAD que nous avons souhaité échanger avec les professionnels du service. Et alors que les retours à domicile s'envisagent bien souvent autour d'une multiplicité d'acteurs, il semblait intéressant de rencontrer les partenaires privilégiés du SAAD.

❖ *Entretiens auprès des clients ayant fait l'expérience de l'hospitalisation*

Comprendre les expériences d'organisation de la vie à domicile après une ou plusieurs hospitalisations était l'un des objectifs de ce travail de recherche action. Pour répondre à cette question, il était logique de s'entretenir avec des clients de l'agence Age d'Or Services Brest ayant connus une ou plusieurs hospitalisations. Nous devions donc envisager un outil permettant de recueillir les pratiques, visions et attentes de ces personnes dans leur parcours de retour à domicile. Consciente de la « fragilité » de ce public, il était important de créer un outil pouvant être adapté selon les capacités de discussion de chacun. Ainsi, les interactions et observations au sein de l'agence nous ont permis d'orienter notre travail vers la mise en œuvre d'un guide d'entretien semi-directif *(Cf. Annexe 2 : Guide d'entretien auprès des clients du service Age d'Or Services Brest).*

Le choix de cet outil semblait pertinent car il permettait une certaine souplesse lors de l'entretien tout en assurant un cadre à l'échange. Nous avons fait le choix d'aborder quatre dimensions : les caractéristiques de l'hospitalisation, l'organisation de la sortie de l'hôpital, le parcours depuis le retour à domicile et les services présents au domicile. D'autres éléments de contexte étaient questionnés afin de mieux situer l'environnement de vie des personnes rencontrées. Un premier entretien avec un client a permis de « tester » notre démarche. Si ce dernier s'est déroulé convenablement, quelques ajustements ont été réalisés par la suite. En effet, alors que les questions étaient regroupées en quatre thématiques, il semblait plus opportun d'envisager la discussion comme le récit du parcours de vie à partir de l'hospitalisation. Nous avons donc choisi par la suite d'intégrer la dimension des services présents au domicile à l'expérience relatée par les clients plutôt que de l'aborder dans un quatrième temps. C'est dans ce cadre que le travail d'enquête s'est poursuivie.

La méthodologie employée n'a pas concerné l'ensemble des clients mais correspond à une population de 9 personnes faisant appel aux services de l'agence Age d'Or Services Brest. Alors que 80% des services dispensés par l'agence s'effectuent auprès de personnes âgées de plus de 75 ans, nous avons fait le choix de mener ce travail auprès des personnes de plus de 60 ans. En effet, les premières observations du SAAD ont révélé que l'accompagnement des retours à domicile après hospitalisation s'effectuait également chez cette partie de la clientèle. Par ailleurs, afin de recueillir leur expérience mais aussi leurs sentiments vis-à-vis de leur retour à domicile, l'hospitalisation connue par ces personnes devait dater de moins de deux ans.

Une fois ces conditions fixées, il nous fallait identifier les personnes susceptibles de participer à cette démarche. Le responsable de l'agence ainsi que l'assistante administrative ont ainsi mis à profit leur connaissance de la clientèle afin de nous permettre de nous entretenir avec ces personnes. Tenant compte de la fatigabilité et des capacités motrices des clients à rencontrer, nous avons envisagé d'effectuer ces entretiens à leur domicile. Alors que nous avons tout de même appréhendé des difficultés, nous avions, semble-t-il, amoindri leur importance. Si la méfiance liée à la première prise de contact par téléphone s'est rapidement estompée, il nous fallait adopter des stratégies afin de prendre en compte la fatigabilité du public. Quatre entretiens se sont donc effectués en présence d'un professionnel de l'agence Age d'Or Services Brest afin de limiter la multiplication des passages à domicile. Nous avons conduit deux entretiens en présence d'un agent de portage de repas sur le temps de livraison et deux autres en présence d'une aide à domicile sur ses horaires d'interventions habituels. Ainsi, comme rappelé par la loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement, il est essentiel d'interroger les personnes concernées directement lorsque la situation le permet. En ce sens, nous sommes arrivée à concilier les possibilités de chacun afin de mener ce travail.

La présentation de la population enquêtée est établie en fonction des types de services Age d'Or Services Brest effectifs au moment de l'enquête à leur domicile : AD pour aide à domicile, PR pour portage de repas et T pour téléassistance. L'ordre de présentation retenu expose en premier lieu les personnes relevant d'un service d'aide à domicile, ensuite, ceux bénéficiant du service de portage de repas et, se termine par les clients ayant choisi de souscrire à une offre de téléassistance. En effet, les services dispensés sont à prendre en compte dans l'organisation de la vie à domicile et peuvent aussi refléter le cheminement parcouru depuis la sortie de l'hôpital. Si les profils des personnes rencontrées diffèrent, la situation de vie à domicile est représentative de la population accompagnée par l'agence avec une grande majorité de personnes vivant seules.

Les entretiens d'une durée moyenne de 25 minutes ont été enregistrés et retranscrits intégralement *(Cf. Annexe 3 : Retranscription des entretiens auprès des clients du service Age d'Or Services Brest)*. Ils ont ainsi permis l'obtention de données concernant les différentes thématiques abordées. Le format « semi-directif » du guide entretien a apporté des échanges fluides et constructifs. Par ailleurs, une relation de confiance avec les personnes rencontrées s'est plus facilement installée lors des entretiens en présence d'un professionnel du SAAD favorisant la discussion. L'espace d'échange choisi selon les préférences de chacun, et correspondant à un environnement familier, a également facilité la parole. Ainsi, des réponses

concernant une partie du questionnement ont pu être obtenues suite à l'analyse de ces entretiens. Les données recueillies rendent notamment compte des expériences et pratiques vécues lors des retours à domicile, de la place du SAAD et des facteurs essentiels qui ont pesés sur cette transition.

Clients	AD 1	AD 2	AD 3	AD PR 4

Sexe	Homme	Femme	Homme	Homme
Age	73 ans	79 ans	72 ans	61 ans
Situation à domicile	Vit seul (veuf)	Vit seule (divorcée)	Vit seul (séparé)	Vit seul (séparé)
Type d'habitation	Appartement RDC	Appartement 3ème étage	Appartement 1er étage	Appartement 2ème étage
Profession exercée	Artisan (Plombier chauffagiste)	Concierge	Commerçant Ameublement	Fonctionnaire (France Télécom)
Entourage	1 Nièce (visites les weekends)	2 fils (visites hebdomadaire) et 1 fille	Voisins, ex-femme et 3 enfants	2 filles (visites hebdomadaire) et un fils
Maladie auto-énoncée	Sclérose en plaques			Alcoolisme
Période de dernière hospitalisation	Automne 2017 (2 jours)	Mars 2017 (8 jours)	Mars 2017 à Août 2017 (5 mois)	Septembre 2017 à février 2018 (5 mois)
Lieu et service d'hospitalisation	HIA Neurologie	CHU Neurologie	CHU Chirurgie orthopédie et SSR	CHU Soins Intensifs et Rééducation fonctionnelle
Raison de l'hospitalisation	Hospitalisation programmée pour traitement	Grande fatigue	Chute et fracture jambe gauche	Accident Vasculaire Cérébral
Autres hospitalisations	Environ 2 hospitalisations/an	En 2015 pour fracture au bras		
Services Age d'Or en place	Aide à domicile 5j/7 : 30 min	Aide à domicile 2j/7 : 1h30	Aide à domicile 2j/7 : 1h30	Aide à domicile 2j/7 : 1h30 -Portage de repas 7j/7
Ancienneté du recours Age d'Or	Environ 3 ans	Environ 3 ans	8 mois	1 mois
Choix du service Age d'Or	Recherches sur Internet	Connaissance par livret d'information du CCAS	Orientation assistante sociale	Orientation assistante sociale
Autres services non fournies par Age d'Or	Portage de repas (CCAS) Passage infirmier 6j/7	Passage infirmier 7j/7	Rééducation kiné 2j/semaine	Passage infirmier 2j/7 Rééducation avec kiné 3j/semaine
Evolution des services au domicile	Réduction du temps d'intervention (30min contre 1h)	Arrêt de l'aide à la préparation des repas	Arrêt du portage de repas (5 mois après la sortie de l'hôpital)	
Difficultés exprimées	Coût des services Restriction de mobilité Peur de chuter Solitude	Fatigue Diminution de mobilité	Diminution de la mobilité SDB non adaptée	Fatigue Difficultés d'élocution
Attentes exprimées	Sortir à l'extérieur	Sortir pour aller faire ses courses	Avoir une évaluation plus précise des besoins lors du retour	Réacquérir un moyen de paiement
AD PR 5	**AD PR 6**	**AD T 7**	**AD T 8**	**PR 9**

Femme	Femme	Homme	Femme	Femme
78 ans	74 ans	81 ans	76 ans	76 ans
Vit seule (veuve)	Vit seule (veuve)	Vit en couple (marié)	Vit seule (veuve)	Vit seule (veuve)
Appartement 2ème étage	Appartement 3ème étage	Appartement 6ème étage	Appartement 4ème étage	Appartement 2ème étage
Secrétaire comptable	Mère au foyer	Ajusteur Monteur Mécanicien	Secrétaire comptable	Fonctionnaire (Agent La Poste)
1 fils, 1 petit-fils, 1 cousine (visites quotidienne)	1 fille, 1 sœur	1 fille (visite régulière) et 2 fils	2 filles, 2 gendres, 4 petits- enfants et voisinage	1 fils (visite hebdomadaire) voisinage présent
Diabète	Problèmes de tensions		Problèmes de vue	Cancer
Mars 2015 à Janvier 2017 (2 ans)	Août 2016 à Octobre 2016 + hospitalisation jour/ 15 jours	Novembre 2017 (4 jours)	Janvier 2018 (10 jours)	Août 2017 (1 semaine)
CHU Chirurgie orthopédie et SSR	CHU Psychiatrie	CHU médecine gériatrique	CHU Soins Intensifs et Neurologie	CHU Oncologie
Diabète et amputation jambe gauche	Dépression	Grande fatigue	Accident Vasculaire Cérébral	Réaction à un traitement médicamenteux
			Mai 2017 pour un AVC	Depuis février2016 2 hospitalisations
Aide à domicile 2j/7 : 1h -Portage de repas 7j/7	Aide à domicile 2j/7 : 1h30 -Portage de repas 7j/7	Aide à domicile 2j/7 : 1h30 Téléassistance	Aide à domicile 1j/7 : 1h30 Téléassistance	Portage de repas 5j/7
1 an et 2 mois	Environ 1 an et demi	3 mois	5 mois	Environ 1 an et demi
Choix avec son fils	Choix fait par sa fille	Connaissance de l'agence	Choix après rencontre de 2 services	Connaissance par une voisine
Passage infirmier 7j/7 3fois/jours Rééducation avec kiné 2j/semaine Courses (par l'entourage)	Passage infirmier 7j/7 Mesure de curatelle	Passage infirmier 7j/7 Adaptation du logement Taxis pour les déplacements	Passage infirmier 1j/7 Rééducation avec kiné 2j/semaine	Courses (par son fils) Aide-ménagère en gré à gré Des repas apportés par les voisins
		Adaptations du logement	Arrêt portage de repas (après 3 mois) Diminution passages infirmier	Interruption du service de portage de repas pendant 8 mois
Perte de mobilité Solitude	Baignoire non adaptée Perte d'équilibre	Diminution de mobilité Peur de chuter	Régime alimentaire Crainte d'un AVC Fatigue Difficultés d'élocution	Démarches administratives Fatigue Restriction de mobilité Peur de chuter
Retrouver la marche	Lever la mesure de curatelle	Avoir un système de téléassistance pour l'extérieur du logement	Reprendre certaines activités (piano/ marche)	Etre accompagner pour sortir son chien

Figure 3. Présentation de la population des clients enquêtés

❖ *Recueil de données auprès des professionnels de l'agence Age d'Or Services Brest*

Dès l'immersion au sein de l'agence Age d'Or Services Brest nous avons vu la multiplicité des acteurs impliqués dans l'organisation du retour à domicile. Si les services hospitaliers peuvent initier l'organisation de la sortie de l'hôpital, le SAAD participe quant à lui à assurer une transition entre l'établissement de santé et le domicile. L'objectif de cette démarche était d'échanger avec les professionnels de ce service sur leurs pratiques et les rôles qu'ils mettent en place auprès des personnes rentrant à domicile après hospitalisation. En ce sens, il n'était pas question d'évaluer le travail effectué par les professionnels mais de saisir l'implication, les arrangements et ajustements s'opérant lors de ces situations.

Le recueil de données auprès de ces professionnels a donc été pensé en deux temps. Tout d'abord, une observation du travail mené au sein de l'agence et de la gestion des réorganisations journalières liées aux sorties d'hospitalisation a été conduite. Si des hospitalisations surviennent chez les clients de l'agence, c'est aussi l'arrivée de nouveaux clients qui conduit l'agence à intervenir de façon quasi-quotidienne auprès de personnes sortant de l'hôpital. Dans ce cadre, l'observation menée visait en premier lieu le recueil d'informations quant à la provenance des personnes faisant l'expérience de l'hospitalisation. C'est ensuite sur les services dispensés lors de ces retour à domicile que notre attention s'est portée, le but étant d'identifier les besoins des personnes qui sortent d'hospitalisation et ce qui les conduit à réorganiser leur vie à domicile. C'est aussi sur les acteurs impliqués lors de cette étape que des observations ont étés effectuées afin de comprendre le rôle de chacun et l'éventuelle coordination de ceux-ci.

Ce travail a été mené en prenant part à l'activité quotidienne de l'agence Age d'Or Services Brest, en observant le travail des professionnels mais aussi en échangeant avec ces derniers. Des échanges informels portant sur les modifications ayant trait aux conditions de sorties d'hospitalisation, sur les tâches effectuées au domicile ou encore sur les renseignements indiqués nous ont permis de comprendre les rôles du SAAD dans les réaménagements de la vie à domicile à la suite d'une hospitalisation. L'observation des outils et documents utilisés par les professionnels de l'agence dans ce cadre rend également compte de la prise en considération de ces situations. L'ensemble de ces observations effectuées ont ainsi été consignées dans un cahier de bord.

Dans un second temps, la conduite d'entretiens auprès de ces professionnels a été envisagée afin de compléter les données recueillies grâce à l'observation en obtenant des informations sur les pratiques mises en place à domicile. Nous avons souhaité identifier les rôles que les différents professionnels adoptaient en fonction des situations, leurs préoccupations, et le déroulement des accompagnements proposés lors de retour à domicile après hospitalisation. L'idée était alors de demander aux professionnels de décrire deux ou trois accompagnements de ce type tout en identifiant les différents enjeux qui leur importaient. Pour ce faire, nous avons choisi de réaliser un guide d'entretien semi-directif *(Cf. Annexe 4 : Guide d'entretien auprès des professionnels du service Age d'Or Services Brest)* afin de récolter des données qualitatives reprenant plusieurs situations concrètes. Ceci nous a permis d'étayer nos données en matière d'organisation des sorties de l'hôpital mais également de comprendre l'objet des interventions lors de ces retours à domicile et l'individualisation des réponses qui sont apportées.

Utiliser ce type d'outil nous assurait un recueil de données qualitatives tout en cadrant les propos et évitant ainsi des entretiens trop longs compte tenu du peu de temps que les professionnels pouvaient nous accorder. Lors de la conception, l'objectif était donc de rencontrer le responsable de l'agence, les trois agents de portage de repas à domicile ainsi que les six aides à domicile. Toutefois, nous ne sommes pas parvenue à nous entretenir avec l'ensemble de ces professionnels compte tenu des difficultés rencontrées. Concernant les aides à domicile, il s'est avéré que deux d'entre elles n'étaient jamais intervenues auprès de personnes ayant connues une hospitalisation. Par ailleurs, si nous avions appréhendé le manque de temps comme un frein potentiel, celui-ci s'est confirmé et a nécessité une nouvelle stratégie pour ce recueil de données. Ainsi, nous avons fait le choix d'aborder les entretiens de manière très synthétique en invitant les professionnels à nous décrire succinctement les profils de situations et les réponses apportées. Deux agents de portage de repas et deux aides à domicile ont ainsi pu être rencontrés sur des temps d'échanges n'excédant pas quinze minutes.

Un temps d'échange avec le responsable de l'agence a également permis de comprendre son rôle lors de retour à domicile et les transmissions d'informations effectuées dans ces situations. La configuration des locaux de l'agence Age d'Or Services Brest a permis d'enregistrer et de retranscrire intégralement deux entretiens. Par ailleurs, cette disposition et le manque de confidentialité, dû à l'unique pièce, lors des échanges avec les salariés devra être pris en compte lors de l'analyse de ces entretiens. En somme, le corpus des données recueillies auprès des professionnels de l'agence Age d'Or Services Brest *(Cf. Annexe 5 : Synthèse des*

données recueillies auprès des professionnels du service Age d'Or Services Brest) regroupe donc à la fois les séquences d'observations et échanges informels mais aussi les entretiens formels.

	AIDES A DOMICILE	**AGENTS DE PORTAGE DE REPAS**	**RESPONSABLE D'AGENCE**
NOMBRE DE PROFESSIONNELS DE L'AGENCE	6	3	1
NOMBRE DE PROFESSIONNELS RENCONTRES	2	2	1
FREQUENCE D'INTERVENTION SUITE A DES SORTIES DE L'HOPITAL	Ponctuelle	Quotidienne	Quotidienne

Figure 4. Présentation des professionnels de l'agence Age d'Or Services Brest enquêtés

❖ *Entretiens auprès des partenaires de l'agence Age d'Or Services Brest*

Dès les premières observations menées au sein de l'agence Age d'Or Services Brest, nous nous sommes aperçue que rares étaient les personnes organisant seules leur retour à domicile après une hospitalisation. Si la famille, et plus généralement l'entourage, est souvent présent lors de cette transition, des acteurs professionnels participent également à l'orientation et à la coordination des services à mettre en place. Ces acteurs, qui sont ainsi des prescripteurs et des partenaires du SAAD, poursuivent l'objectif de favoriser la « fluidité » des parcours des personnes qui sortent de l'hôpital. D'après la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, il s'agit pour ces professionnels d'anticiper les « moments charnières » et les « risques de ruptures » de parcours. Ce sont donc les observations conduites mais aussi les entretiens réalisés auprès des clients de l'agence qui nous ont permis d'identifier les partenaires les plus fréquents.

L'hôpital est semble-t-il le premier acteur informant sur cette décision de sortie d'hospitalisation. Ce sont donc les assistants de services sociaux des établissements hospitaliers qui organisent bien souvent ce retour à domicile. Alors que plusieurs clients interviewés expliquaient avoir suivi les conseils de ces professionnels pour la mise en place de services à leur retour à domicile, il nous semblait essentiel de les rencontrer. Nous avons donc fait le choix de contacter le service social du CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Brest afin de rencontrer des professionnels travaillant particulièrement auprès de personnes âgées de plus de 60 ans. Nous avons ainsi rencontré deux assistantes sociales, l'une rattachée au service des urgences gériatriques de l'hôpital La Cavale Blanche, et l'autre intervenant en service

Dermatologie et Rééducation Fonctionnelle à l'hôpital Morvan. L'activité de ces dernières est donc majoritairement centrée pour des personnes de plus de 60 ans et particulièrement, celles de plus de 75 ans afin d'organiser les sorties d'hospitalisations ou les suites de séjour.

Les parcours des personnes hospitalisées témoignent d'un cheminement comprenant le passage dans différents services. On observe ainsi que de nombreuses personnes âgées de plus de 75 ans, intègrent un service de SSR (Soins de Suites et de Réadaptation) à la suite d'une prise en charge pour des soins aigus. Dans ce cadre, les SSR sont donc aussi amenés à participer à l'organisation des retours à domicile de leurs patients. Observant que l'agence Age d'Or Services Brest travaille régulièrement avec ces établissements, et particulièrement les SSR « Ty Yann » situé à Brest et « Kérampir » situé à Bohars, nous avons choisi de rencontrer l'assistante sociale en poste.

Par ailleurs, le CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination) de Brest joue un rôle important sur le territoire et intervient également auprès de personnes ayant connu une hospitalisation. S'il arrive que l'agence soit directement en contact avec le CLIC pour l'organisation de retour à domicile, nous avons observé que ce dernier avait bien souvent un rôle d'intermédiaire entre l'entourage des personnes ayant connues l'hospitalisation et le SAAD. La rencontre avec une coordinatrice travaillant au sein de cette structure avait donc pour objectif de saisir l'importance des liens tissés entre les différents acteurs et les pratiques en place.

PARTENAIRES RENCONTRES	**LIEU DE TRAVAIL**	**SECTEUR D'INTERVENTION**	**FORMATION INITIALE**
Assistante Sociale	CHU – Hôpital La Cavale Blanche	Urgences Gériatriques	Assistante de Service Social
Assistante Sociale	CHU – Hôpital Morvan	Dermatologie – Rééducation Fonctionnelle	Assistante de Service Social
Assistante Sociale	SSR	Ty Yann (Brest) – Kérampir (Bohars)	Assistante de Service Social
Coordinatrice	CLIC Brest	Communes d'intervention du CLIC	Infirmière

Figure 5. Présentation des partenaires de l'agence Age d'Or Services Brest enquêtés

Tandis que d'autres acteurs professionnels, tels que les infirmiers, les médecins, les autres SAAD, les réseaux de santé, etc… interviennent lors des retours à domicile, nous avons fait le choix d'interroger ces quatre acteurs particulièrement pertinents en raison du lien entretenu avec l'agence. Alors que les qualités de ces acteurs professionnels interrogés

diffèrent, nous avons souhaité une même grille d'entretien visant à comprendre leurs rôles dans ces réaménagements de l'organisation de la vie à domicile.

Echanger avec ces professionnels était donc pour nous l'occasion de comprendre les pratiques d'accompagnement et de coordination mises en place lors des retours à domicile. Les données recueillies avaient pour objet de venir compléter celles déjà collectées. Si les conditions et critères d'interventions de ces différents professionnels devaient être abordés, nous avons aussi souhaité connaître leurs préoccupations et les besoins et attentes auxquelles ils tentent de répondre. Par ailleurs, nous voulions comprendre la place de l'entourage au cours de ces parcours ainsi que les modalités de transmission entre les différents acteurs. La fluidité des parcours des personnes accompagnées passe par une coordination des acteurs professionnels. Si P. Fournier explique que cette « collaboration s'avère donc indispensable et complémentaire » (2002), nous nous attacherons à analyser sa fréquence et ses modalités de recours.

Ce sont donc l'ensemble de ces thèmes que nous avons repris pour élaborer notre guide d'entretien *(Cf. Annexe 6 : Guide d'entretien auprès des partenaires du service Age d'Or Services Brest)*. Nous avons ainsi rencontré individuellement ces quatre partenaires de l'agence Age d'Or Services Brest. Enregistrés et retranscrits, ces entretiens d'une durée moyenne d'une heure représentent une source importante de données *(Cf. Annexe 7 : Retranscription des entretiens auprès des partenaires du service Age d'Or Services Brest)*. Ils nous permettent de mieux analyser les particularités de l'agence Age d'Or Services Brest et les activités mises en place dans le cadre des réaménagements à domicile.

- *L'analyse des parcours marqués par l'hospitalisation*

Notre recueil de données effectué auprès des clients de l'agence Age d'Or Services Brest, de l'équipe professionnelles ainsi que de ses partenaires nous a permis d'obtenir les données nécessaires à ce travail de recherche action. Nos investigations terminées, nous avons établi un modèle d'analyse permettant d'identifier et de comprendre les enjeux et les aménagements liés au retour à domicile après hospitalisation.

Alors que la sortie de l'hôpital semble s'envisager, comme nous l'avons exposé, en prolongement du parcours de vie et de soins, c'est sous cet angle que nous avons fait le choix d'aborder l'analyse de nos données. En ce sens, nous souhaitions interroger la « fluidité » du parcours lors des réaménagements de l'organisation de la vie à domicile. L'approche de nos ressources ne pouvait se faire sans un découpage de ces parcours en plusieurs « séquences ».

Deux étapes ont alors marqué ces cheminements : la préparation de la sortie de l'hôpital et la poursuite du mode de vie lors du retour à domicile.

C'est en distinguant ces deux « séquences » des parcours de vie lors de retour à domicile que nous avons poursuivi l'analyse transversale des données recueillies. L'intérêt du croisement des données issues des différents publics réside dans la confrontation des perceptions et pratiques selon les acteurs interrogés. Les mêmes thématiques ont donc été étudiées pour l'ensemble du corpus et font apparaître des notions clés gravitantes autour de l'expérience de retour à domicile. Ainsi, la temporalité apparaît comme une pièce centrale des aménagements organisés lors des sorties de l'hôpital tout comme l'état de santé des personnes en faisant l'expérience. Alors que l'organisation de ces retours semble explicite pour une partie des acteurs concernés, d'autres voient ici de l'angoisse et de l'inconnu.

CHAPITRE 3. DES SORTIES DE L'HOPITAL ORGANISEES EN URGENCE POUR REPONDRE A DES BESOINS

La préparation de la sortie de l'hôpital constitue la première « séquence » marquant des réaménagements dans les modes de vie à domicile. Organisées dans un contexte d'urgence, ces sorties d'hospitalisations sont majoritairement élaborées par l'hôpital, dans un prolongement du modèle « sanitaire » au domicile. Les aménagements pensés avant la sortie effective des individus donnent lieu à des scénarisations des modes de vie à domicile.

1. Un ordonnancement du mode de vie à domicile

Prescrite par l'hôpital, les sorties d'hospitalisations s'élaborent en prenant en compte les enjeux médicaux des retours à domicile.

1.1. Une sortie « médicale » de l'hôpital

La consultation d'un spécialiste, l'hospitalisation directe ou le passage par le service des urgences sont les trois modalités d'accès à l'hospitalisation au sein d'un établissement de santé. Ce sont principalement des situations de « crise » qui conduisent les personnes âgées à l'hôpital puisque « la majorité des personnes du grand âge entre à l'hôpital par les urgences » (Fournier, 2002). Les partenaires hospitaliers interrogés expliquent l'importance accordée à l'identification des « patients gériatriques ». Si l'âge minimal de 75 ans permet de distinguer cette catégorie de patients, l'attention des médecins vise à repérer les signes de fragilité. *« Les quatre M : Mémoire, Manger, Moral et Marcher »* (AS Urgences Gériatriques) sont donc scrutés chez ces patients, et ce, dès l'arrivée dans le service des urgences afin d'orienter leur prise en charge. Ces indices représentent donc une nouvelle lecture des cinq éléments de fragilité proposés par Fried et al (1998, 2001) « la perte de la force musculaire, le ralentissement de la marche, la diminution de l'énergie, la réduction des activités physiques et la perte involontaire de poids ». Tandis que les recours à l'hôpital se font pour raisons médicales, c'est principalement l'état de santé des patients qui conditionne leur sortie.

Construit comme un lieu où l'on prodigue des soins aigus, l'hôpital organise donc la prise en charge thérapeutique des patients. Dès lors que les soins médicaux de ces derniers peuvent être effectués à leur domicile, une sortie de l'hôpital est programmée. *« Une sortie d'hôpital est toujours médicale, il faut vraiment avoir ça à l'esprit »* explique l'assistante sociale rencontrée aux urgences gériatriques du CHU de Brest. Elle poursuit en indiquant que la décision de sortie de l'hôpital est prise par les médecins. Les autres travailleurs sociaux rencontrés confirment cette prise de décision médicale des sorties d'hospitalisations en

expliquant les faibles possibilités de négociation de ces choix. Alors que de nombreux professionnels participent à la prise en charge du patient à l'hôpital, la décision de sortie ne relève pas toujours d'une concertation en équipe.

Plusieurs facteurs tentent d'expliquer le caractère médical de la sortie de l'hôpital. Il est vrai que, « le patient gériatrique est perçu comme " embolisant " le service » (Jeandel, 2006). Alors que ces patients présentent bien souvent des polypathologies, les médecins tiennent alors à dissocier les éléments qui ont conduit ces patients à l'hôpital de ceux qui représentent leur *« état de base »* (AS Urgences Gériatriques), c'est-à-dire qui tiennent de leur état de santé habituel. Le but recherché par le corps médical est de trouver des solutions aux difficultés étant à l'origine de l'hospitalisation. C'est pourquoi, lorsque les situations sont « médicalement stabilisées », les patients sont déclarés « sortants » par les médecins alors même que les retours à domicile peuvent comprendre des difficultés.

Prescrites par les professionnels de santé, ces sorties d'hospitalisations doivent également répondre à des contraintes administratives et de fonctionnement. Si « la fluidité s'impose comme un impératif essentiel de gestion des pôles » (Jeandel, 2006), les sorties de l'hôpital doivent s'organiser pour permettre l'entrée de nouveaux patients. Le nombre de places étant limité dans chaque service, les sorties d'hospitalisations ont ainsi pour fonction de réguler le flux de patient à l'hôpital. Par ailleurs, assurant une convalescence après un passage en service de soins aigus, les SSR (Soins de Suites et de Réadaptation) sont tenus de respecter une durée de séjour fixée à vingt et un jours. Si cette durée est administrative et peut donc donner lieu à des ajustements, pour l'assistante sociale rencontrée, un SSR est *« un centre de soin, c'est un passage »*. Le respect du temps de séjour fixé permet donc d'assurer une prise en charge d'un maximum de patients.

L'aspect « médical » des sorties de l'hôpital s'explique aussi par le rôle des médecins dans l'organisation de ces dernières. Alors que les trois assistantes sociales rencontrées indiquent travailler en collaboration avec l'équipe soignante lors de l'organisation des retours à domicile, la majorité de leurs interventions auprès des patients se fait après un signalement de la part du corps médical. Il est ainsi observé que les médecins sont à l'origine de la plupart des sollicitations des assistantes sociales en matière d'organisation des sorties de l'hôpital. C'est après une première évaluation conduite par les médecins que ces professionnelles participent et travaillent au retour à domicile des patients.

A partir des entretiens, une corrélation peut être faite entre la durée d'hospitalisation et la date à laquelle la sortie d'hospitalisation est indiquée aux patients. L'observation montre donc que plus l'hospitalisation est longue et plus la date de sortie est connue du patient de manière anticipée. Les entretiens réalisés avec les professionnels hospitaliers montrent en effet que lors de séjours en SSR (d'une durée moyenne de 21 jours) ou en service de rééducation fonctionnelle (d'une durée moyenne de 3 mois), la date de sortie de l'hôpital est respectivement communiquée en moyenne une et trois semaines avant la sortie effective. Cette annonce permet d'évaluer de façon plus précise les besoins des patients afin d'envisager la sortie en prévoyant les aides les plus adaptées possible. A l'inverse, plus la durée de séjour est courte, plus l'annonce de la sortie sera rapprochée de celle-ci.

Si les temps d'hospitalisations sont plus importants chez les personnes âgées de plus de 75 ans, ces derniers sont tout de même jugés de plus en plus courts de la part des professionnels mais aussi de l'entourage des personnes hospitalisées. *« On est étonné que papa sorte si tôt, on pensait qu'il allait rester un peu plus longtemps à l'hôpital »*, ou encore, *« Elle n'est pas prête à rentrer, elle vient juste d'arriver à l'hôpital »*, sont autant de phrases prononcées par les familles des personnes hospitalisées qui s'étonnent du retour rapide de leur proches à domicile. Et si ces retours à domicile font suite à des hospitalisations de plus en plus courtes, l'organisation de ces sorties s'établie bien souvent dans un contexte d'urgence. L'agence Age d'Or Services Brest perçoit ce phénomène de *« sorties rapides, parfois très rapides »* (Responsable Age d'Or Services Brest), où les aides prescrites doivent être mises en place de manière précipitée.

A cette occasion, les sorties de l'hôpital s'envisagent en continuité de la prise en charge sanitaire organisée durant le séjour hospitalier. Plusieurs clients témoignent à ce sujet d'un départ du lieu de l'hospitalisation qui s'est organisé en VSL (Véhicule Sanitaire Léger) pour accélérer cette sortie. B. Ennuyer explique à cet effet que le « rôle sanitaire de prise en soin » de l'hôpital vise à apporter un diagnostic et des soins « le plus rapidement possible » pour « rétablir un état de santé, la plupart du temps compatible avec un retour à domicile » (Ennuyer, 2014). Une partie des clients rencontrés annonce avoir pris un rendez-vous auprès de leur médecin traitant lors du retour au domicile. Celui-ci est en effet le « référent » du parcours de soins de ces patients et doit assurer la continuité de la prise en charge de ces derniers après leur sortie de l'hôpital.

Les personnes âgées rencontrées témoignent de ces sorties rapides et dénoncent, pour certaines d'entre elles, l'insuffisante préparation à ce retour. En effet, si ces personnes

expliquent que leur état de santé permettait un retour à domicile, pour cinq des clients enquêtés, l'hospitalisation a entrainée chez eux une fatigue importante. La fragilité reconnue à l'entrée à l'hôpital et sur le temps de l'hospitalisation perdure donc lors du retour à domicile. La coordinatrice du CLIC insiste sur l'importance de la prise en considération de ces *« gens qui sont fragilisés »* lors de leur retour chez eux. C'est afin de considérer la fragilité de ces patients, et pour répondre à leur besoins de santé que les sorties d'hospitalisation se programment.

1.2. La priorité donnée aux besoins de santé

D'après E. Schröder-Butterfill, « la fragilité a servi à désigner le " besoin" d'intervention des services médicaux et sociaux auprès des personnes âgées » (2013). Ainsi, le repérage de la fragilité chez les patients âgés faisant l'expérience de l'hospitalisation constitue le premier pas de l'évaluation visant à planifier des aides et dispositifs pour les retours à domicile. Fondée sur une approche médicale, cette « identification précoce permet de prédire des complications pour la santé » (Bertillot, Bloch, 2016). Ce sont donc sur des aspects médicaux que se porte l'attention des professionnels participant à l'organisation des sorties d'hospitalisations. S'intéresser aux éléments de santé est, pour les professionnels, un moyen de limiter les risques de ré-hospitalisation de ces patients.

L'ensemble des professionnels rencontrés a indiqué cette vigilance vis-à-vis d'une ré-hospitalisation potentielle. Parue en 2017, une étude menée par la HAS (Haute Autorité de Santé) auprès de patients français de plus de 75 ans montre 14% de ré-hospitalisations non programmées à 30 jours. Les conseillers auprès de la HAS, R. Bataillon et C. Grenier, ayant réalisés cette étude affirment que 23% de ces ré-hospitalisations sont considérées comme évitables. L'enjeu est donc d'assurer la transition entre l'hôpital et le domicile en apportant des réponses à chacun des besoins détectés. Un retour à domicile dans de bonnes conditions permettra de diminuer les *« chances d'une ré-hospitalisation derrière »* (Coordinatrice CLIC Brest). Mais les professionnels ne sont pas les seuls à envisager cette probabilité puisque si les personnes hospitalisées craignent de devoir retourner à l'hôpital, se sont leurs proches qui semblent le plus inquiets face à cette possibilité. C'est donc bien souvent, lors de l'organisation de ces retours à domicile que l'entourage comme les professionnels se montrent vigilant afin d'envisager des réponses aux différents besoins identifiés dans le but de réduire ce risque.

Chez « le patient » qui rentre à domicile « les priorités élémentaires nécessaires à son existence dans son univers ou sa sphère vitale » sont déterminées par différents acteurs (Vercauten, 2011). Tandis que ces besoins portent « sur des nécessités vitales immédiates et

non existentielles » (Ibid), des réponses urgentes sont formulées et proposées aux personnes à leur retour à domicile. Les professionnels des établissements hospitaliers tout comme ceux de l'agence Age d'Or Services Brest expliquent que lors de la transition entre l'hôpital et le domicile, l'objectif est de comprendre rapidement les besoins des personnes afin de déterminer ce qui est « nécessaire » de mettre en place au domicile. En ce sens, ce sont dans un premier temps des réponses aux « besoins physiologiques », tels qu'ils sont présentés par la théorie de pyramide des besoins d'Abraham Maslow[13], qui sont mises en œuvre. Ce sont des solutions aux « besoins en termes d'intendance, de sécuritaire » (Responsable Age d'Or Services Brest) qui sont recherchées.

Ce recensement, porté uniquement sur les besoins essentiels des personnes s'explique aussi par ses conditions de réalisations au moment de l'hospitalisation. *« On pose une première photographie de l'existant »* explique l'assistante sociale des urgences gériatriques. C'est donc à partir de cette image que les professionnels tentent de trouver des réponses sans toujours prendre en compte les souhaits des patients (Jaeger, 2017). L'enjeu est d'apporter une aide immédiate permettant le retour à domicile. Le responsable de l'agence Age d'Or Services Brest explique ceci en admettant que ces interventions, s'organisant de façon rapide et parfois urgente, ne sont pas forcément faites pour perdurer dans le temps. L'intervention est donc parfois conçue uniquement dans le but de pallier à l'absence d'un autre service. L'observation de la situation de Monsieur X l'illustre : *L'agence reçoit le 19 mars un appel d'une assistante sociale du service orthopédie du CHU afin de mettre en place un portage de repas pour ce monsieur dont la sortie est prévue le lendemain, le 20 mars. Il est prévu que ce portage de repas se termine le 26 mars, date à laquelle un autre service de portage de repas prendra le relais.* Ainsi, la mise en place du service de portage de repas sur ce laps de temps vise à assurer la continuité de l'alimentation de cette personne.

La nutrition fait donc partie des principaux points de vigilance scrutés lors des retours à domicile. L'observation menée au sein de l'agence montre que le service de portage de repas est celui le plus sollicité lors des retours à domicile. Le ministère des solidarités et de la santé définit en effet le portage de repas comme un outil permettant aux bénéficiaires de « continuer à manger des repas complets et équilibrés ». Plusieurs des clients interrogés ont ainsi bénéficié de la mise en œuvre en urgence d'un portage de repas à leur retour de l'hôpital. Nous relatant

[13] Schématisation de la théorie du psychologue Abraham Maslow selon cinq niveaux de besoins (Besoin physiologique, besoin de sécurité, besoin d'appartenance, besoin d'estime et besoin de s'accomplir)

son expérience, une cliente (AD T 8) énonce à ce sujet : *« Il s'est débrouillé, et j'ai eu un repas pour le dimanche »*.

Les agents assurant la livraison des repas sont ainsi témoins de ces situations se mettant en place à la hâte et expliquent les problèmes qu'elles engendrent. Alors que le programme MOBIQUAL (Mobilisation pour l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles) indique que le « bien manger » et « l'envie de manger » sont des éléments essentiels au portage de repas, ces organisations en urgence ne permettent pas toujours de réunir ces conditions. *« Ce n'est pas muri », « les régimes, il faut que ce soit digéré »*, sont autant de propos tenus par une agent de portage de repas qui explique les difficultés relevées. Le manque de discussion autour de la mise en place de ce service, la prescription médicale d'un régime alimentaire, la brutalité et la soudaineté du service sont des situations complexes et fréquentes identifiées par les professionnels de l'agence Age d'Or Services Brest au cours de l'organisation d'un portage de repas lors d'un retour à domicile.

Les besoins en nutrition ne sont pas les seuls repérés par les professionnels lors des retours à domicile. Le temps d'hospitalisation ne délimite pas la durée des soins. Il est ainsi observé que « l'hospitalisation agit comme un marqueur fort de la sanitarisation du domicile » (Fassin, 2000). Si l'état de santé des patients leur permet de retourner à domicile, un aménagement de ce dernier est bien souvent nécessaire. L'installation d'un lit médicalisé, de barres d'appuis dans la salle de bain, sont autant d'ajustements pratiqués lors des sorties de l'hôpital. Ces derniers ont en effet été observés au sein de l'agence Age d'Or Services Brest qui intervient de façon ponctuelle pour effectuer ces aménagements au domicile, de manière générale, lorsque l'entourage est inexistant ou ne peut pas sans charger.

Les rencontres avec des assistantes sociales des établissements hospitaliers exposent que les retours à domicile de la quasi-totalité des personnes âgées, majoritairement de plus de 75 ans, sont conditionnés par un passage infirmier. Tandis que l'enquête menée ne s'est pas portée sur la rencontre de ces professionnels, sept des neuf clients interrogés ont déclaré le passage d'un professionnel infirmier au moins une fois par semaine à leur domicile. Les « prescripteurs » justifient le recours à ces services afin de garantir une vigilance des personnes concernées. Une assistante sociale explique ainsi que la présence de ces professionnels à domicile permet de prévenir une *« mise en danger »* (AS Urgences gériatriques).

L'enquête présentée par A. Anchisi, N. Kuhne, J. Debons et M-C. Follonier et présentant huit situations de soins à domicile dans un canton Suisse vient étayer cette analyse (2014). Ces

auteurs montrent en effet que l'intervention des professionnels dans six des huit situations présentées fait suite à une hospitalisation, tandis que le médecin traitant est à l'origine de cette prescription pour les deux autres situations. Cette même proportion se retrouve chez les clients de l'agence Age d'Or Services Brest rencontrés où cinq d'entre eux indiquent la mise en place d'un passage infirmier à la suite de leur hospitalisation. Ces interventions professionnelles sont notamment organisées pour la gestion des traitements médicamenteux mais aussi l'aide à la toilette : *« Je prends ma douche […] deux fois avec l'infirmier »* (AD PR 4) explique un client. Les trois prestations que sont « la toilette et les soins d'hygiène, la mobilisation, le semainier » (Anchisi, Kuhne, Debons, Follonier, 2014) sont donc les principales raisons de prescription d'interventions de professionnels des soins lors des retours à domicile. Si les activités d'hygiène et de gestion des médicaments reviennent aux infirmiers, il est observé que les activités de « mobilisation » (Ibid) sont davantage attribuées aux kinésithérapeutes. Ces interventions visant principalement la récupération ou la préservation de fonctions motrices font également suite aux sorties de l'hôpital et s'observent chez quatre des neufs clients rencontrés.

L'évaluation des « besoins fondamentaux » est d'autant plus marquée lorsqu'elle détermine l'attribution d'une aide financière. Dans ce cadre, c'est principalement sur l'autonomie des personnes que s'oriente cette évaluation. La coordinatrice rencontrée au CLIC de Brest explique en effet que *« le maintien à domicile, ça va toujours être la même chose »*. Il s'agit donc de s'assurer que ces personnes lors de leur sortie de l'hôpital puissent rester à domicile en veillant à *« tous les actes de la vie, surtout les actes essentiels, se laver, s'habiller, manger, se déplacer, avoir une vie sociale »* (Coordinatrice CLIC Brest). La grille AGGIR constitue l'outil central de ce processus permettant aux professionnels de déterminer les points où subsistent des difficultés, des fragilités. Leur objectif est alors de *« savoir les dispositifs à enclencher »* (AS Dermatologie), et notamment, les éventuelles aides financières auxquelles les personnes pourraient avoir recours.

Si les critères d'évaluation sont définis pour ces professionnels, ceux-ci s'accordent pour dire que l'hôpital représente *« un moment de crise »* (AS Dermatologie). Une évaluation précise, des besoins et attentes lors du retour à domicile a donc rarement lieu (Gagnon, 2018). Ainsi, alors que les premiers services après la sortie de l'hôpital sont conditionnés par cette première évaluation au moment de l'hospitalisation, les professionnels de l'hôpital et ceux du domicile, se doivent d'assurer la meilleure transition possible.

2. Des parcours anticipés par les professionnels

Orchestrées par l'hôpital, les sorties d'hospitalisations demandent la mise en place de soutiens lors des retours à domicile. Dans ces situations, chaque acteur se voit attribuer un rôle défini pour lequel sa participation est programmée.

2.1. Une coordination normée

L'hospitalisation est fréquemment un motif de recours au service d'aide et d'accompagnement à domicile. Les professionnels du service ne connaissent alors pas les personnes et ignorent donc leurs besoins, habitudes et mode de vie. Même lorsque les personnes faisaient déjà appel au SAAD avant leur hospitalisation, leur autonomie peut s'être modifiée demandant de nouveaux aménagements. Face à ces circonstances les professionnels de l'hôpital et du domicile doivent « collaborer » (Fournier, 2002) afin de proposer des solutions adaptées aux personnes revenant à leur domicile. Si ces retours à domicile doivent faire l'objet d'une coordination des acteurs impliqués, celle-ci suit un processus qui semble normé.

Un « rôle social » (Ennuyer, 2014) est alors reconnu à l'hôpital dont la fonction est d'organiser le « retour à domicile en concertation avec la personne concernée, sa famille et les équipes d'aide et de soins à domicile » (Ennuyer, 2014). Cependant, la concertation de ces acteurs se met en place selon un déroulement et des objectifs prédéfinis. Les acteurs hospitaliers rencontrés évoquent ainsi, le discours identique que les travailleurs sociaux s'attachent à tenir auprès des personnes âgées rencontrées. Si cette répétition des informations transmises n'est pas ressortie des entretiens effectués auprès des clients de l'agence, les professionnels nous indiquent l'importance de ce cheminement afin de guider les patients vers *« les bonnes décisions »* (AS Urgences gériatriques). L'enjeu est alors pour l'hôpital de transmettre les informations pertinentes, notamment au sujet des prestations envisageables, pour conduire les patients à une réflexion sur leur sortie de l'hôpital.

Cette première étape informative effectuée, les professionnels de l'hôpital souhaitent connaître la volonté des patients afin d'organiser les retours à domicile. Si une réflexion peut être conduite de la part des personnes âgées hospitalisées, les professionnels reconnaissent que c'est davantage à partir de *« ce que les gens acceptent »* (AS Dermatologie) que les aides et services se mettent en place. C'est donc une acceptation de la personne à une organisation « pré-déterminée » par les professionnels qui est recherchée. Ce recueil du consentement est donc « associé à la notion d'acceptation » visant à satisfaire un « enjeu pratique » pour les professionnels (Lechevalier Hurard, Vidal-Naquet, Le Goff, Eyraud, 2017). La mise en place

des services proposés pour le retour à domicile par les professionnels est donc conditionnée par « la façon dont les personnes concernées expriment (ou non) des demandes de prise en charge et le consentement qu'elles donnent » (Lechevalier Hurard, Vidal-Naquet, Le Goff, Eyraud, 2017) aux offres qui leurs sont faites.

Si l'organisation des retours à domicile est présentée sous la forme d'une discussion entre l'ensemble des acteurs concernés, on assiste davantage à une « prise de décision en termes d'influences » (Legrand, Voléry, 2013). Chaque acteur intervenant lors de ces retours à domicile endosse un rôle défini ne pouvant être « partagé ». Des domaines d'intervention sont précisément établis et rattachés à une fonction particulière. Une agent de portage de repas rencontrée explique notamment que le choix des régimes alimentaires des clients revient aux médecins : *« même les infirmières n'ont pas le droit de changer les régimes, les régimes c'est les médecins qui choisissent »*. Si ces dispositions se justifient notamment par des responsabilités et connaissances qui ont trait à un métier en particulier, cela peut engendrer des difficultés pour les personnes concernées. En effet, le délai de prescription d'un régime plus adapté aux besoins et souhaits des clients peut leur paraître long. Si le passage infirmier assuré de façon journalière ou hebdomadaire permettrait une meilleure réactivité, la visite chez le médecin, prescripteur du régime, se limite bien souvent à une visite mensuelle.

C'est ensuite un lien entre l'hôpital et le domicile qui doit être construit afin de faciliter et promouvoir une sortie de l'hôpital dans de bonnes conditions. Ce sont principalement les professionnels hospitaliers, en fonction des besoins recensés et des aides « consenties » par les patients, qui vont faire appel aux acteurs du domicile. La priorité est alors à l'organisation de la poursuite des soins par la mise en place d'un passage infirmier à domicile ou encore la transmission des ordonnances de traitements médicamenteux. L'agence Age d'Or Services Brest est bien souvent contactée par la suite, notamment afin d'assurer un portage de repas aux patients lors de leur retour à domicile.

L'organisation des retours à domicile s'élabore donc à partir d'une succession d'étapes. Ce « protocole » s'étend également aux moyens utilisés pour la transmission d'information entre les acteurs. Le responsable de l'agence Age d'Or Services Brest explique ne pas recevoir la demande d'intervention par le même outil de communication selon l'urgence de la situation : *« La demande arrive souvent par mail lorsque la sortie est anticipée, et sinon c'est par téléphone, par exemple si c'est le jour ou la veille que la personne sorte »* (Responsable Age d'Or Services Brest). D'après les travailleurs sociaux du CHU, adapter les outils en fonction

des conditions permet d'ajuster la pertinence de la demande et ainsi de favoriser la réactivité des interlocuteurs sollicités.

Par ailleurs, d'autres outils ont été mis en œuvre afin de partager des informations avec d'autres acteurs. Le service social des établissements hospitaliers de la ville de Brest a ainsi travaillé avec le CLIC de Brest sur la création d'une fiche de liaison *(Cf. Annexe 8 : Fiche de liaison service social CHRU/ CLIC de Brest)*. Cette fiche de liaison est transmise par l'hôpital au CLIC lorsque le patient souhaite recevoir des informations complémentaires par ce dernier à son domicile. La fiche explique donc l'ensemble des éléments ayant été abordés au cours de l'hospitalisation ainsi que les orientations prises. La coordinatrice rencontrée au sein du CLIC relève que les assistantes sociales *« initient des choses et nous, on vérifie que tout se passe bien »*. C'est donc une façon d'assurer aux patients rentrant à domicile, un appui à l'extérieur permettant de proposer un relais. Les travailleurs sociaux expliquent travailler avec le CLIC principalement lors d' *« une situation un peu complexe »* ou lorsque les personnes sont *« isolées »* (AS Dermatologie). Cependant, les professionnels admettent que tous les patients hospitalisés ne rencontrent pas une assistante sociale. Quatre des neuf clients de l'agence interrogés n'ont en effet pas rencontré le service social de l'établissement dans lequel ils étaient hospitalisés. Dans ce cadre, la liaison avec les partenaires extérieurs tels que les CLIC n'est pas assurée par l'hôpital mais repose sur les connaissances des patients et de leur entourage.

Tandis qu'un « ordre d'intervention » des différents acteurs s'impose dans l'organisation des sorties de l'hôpital, une coordination est également menée au sein même du service d'aide et d'accompagnement à domicile. En effet, les observations menées ont permis de comprendre la marche suivie lors d'un retour à domicile. Ici encore, l'urgence de la situation et les caractéristiques de l'intervention modifient quelque peu la transmission d'informations aux personnels concernées. Ainsi, lors de la mise en place d'une intervention d'aide-ménagère, une fiche de liaison est complétée sur le logiciel commun et est transmise au salarié concerné, le plus souvent en main propre. Reprenant de manière globale les tâches à effectuer, cette fiche de liaison permet aux intervenants à domicile de disposer d'un premier objectif de mission. De manière différente, l'arrivée d'un nouveau client concernant le portage de repas fait l'objet d'une inscription dans le cahier de liaison, accessible à l'ensemble du personnel, et indiquant les informations essentielles à la bonne marche de l'intervention. De plus, l'agent concerné sera averti de cette création par SMS.

C'est donc un véritable « parcours » de l'information qui s'élabore au cours duquel, chaque acteur joue un rôle précis. Si « le manque de coordination des acteurs » (Bloch, Hénaut,

2014) est le discours communément appliqué au système de santé, des liens et partenariats se nouent pourtant afin de faciliter la fluidité des parcours des personnes âgées dans ces situations de retour à domicile. C'est en effet un *« maillage »* (Coordinatrice CLIC) qui est recherché par l'ensemble de ces acteurs. Les professionnels interrogés expliquent à ce sujet, l'importance « d'une étroite collaboration entre l'équipe hospitalière et les intervenants du domicile » (Fournier, 2002), afin de proposer aux personnes hospitalisés, une sortie dans de bonnes conditions.

L'ensemble de ces éléments nous donne tout de même à voir une coordination prospective désirée et rythmée en partie par l'hôpital sur le modèle de l'action publique. En ce sens, on assiste à la construction d'une clientèle au sein du service Age d'Or Services Brest. Amenés par la « filière gériatrique », ces nouveaux clients constituent une part importante de l'activité de l'agence, et ce, particulièrement concernant le service de portage de repas. Si l'hôpital, à l'origine des sorties d'hospitalisation, semble ériger des axes à suivre, les acteurs du domicile, mais aussi l'entourage des personnes hospitalisées sont mis à contribution afin d'organiser ces retours.

2.2. Un travail prescrit aux membres de l'entourage

Les retours à domicile des personnes âgées faisant l'expérience de l'hospitalisation sont en partie organisés par les professionnels des établissements hospitaliers et ceux intervenants au domicile. Pourtant, comme le rappelle le rapport de juillet 2016 de la cour des comptes, « le rôle de la solidarité familiale est resté majeur dans l'organisation du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes ». Aussi, les travailleurs sociaux estiment ne pas pouvoir *« se substituer à la première des solidarités. La première des solidarités c'est la solidarité familiale »* (AS Dermatologie). C'est donc en suivant cette logique, en accordant une place centrale à la solidarité familiale, que s'orchestrent les sorties de l'hôpital des personnes âgées.

En effet, les professionnels des établissements hospitaliers demandent à l'entourage, et plus particulièrement, à la famille, d'être « acteur » du retour à domicile de leur proche. C'est un véritable « travail » (Weber, Trabut, 2009) qui est demandé à ces « aidants ». *« On va énormément regarder l'aidant principal, une fois qu'on l'a défini, une fois qu'on sait qui c'est, on va essayer de travailler avec cet aidant principal pour qu'il tienne le coup »* déclare l'assistante sociale des urgences gériatriques. L'objectif des professionnels est donc d'associer l'entourage dans la transmission des informations afin qu'il participe aux prises de décisions. Ce dernier est donc « invité » à être *« acteur au maximum »* (AS Dermatologie).

Cet entourage est constitué le plus souvent du conjoint et des enfants mais s'étend dans certaines situations à la famille de façon plus générale tout comme aux voisins et amis. Ces proches représentent pour les professionnels, de l'hôpital comme du domicile, des soutiens « indispensables » pour penser les retours à domicile. Si l'hôpital indique que c'est *« la famille au centre »* (AS Urgences gériatriques), cela se traduit notamment par l'intitulé de « rendez-vous famille » attribué aux réunions permettant de faire le point sur l'évolution de l'organisation de la sortie de l'hôpital pour les personnes hospitalisées dans le service de rééducation fonctionnelle. Du point de vue des travailleurs sociaux de l'hôpital, la famille a donc véritablement un rôle à jouer, un « pouvoir » à prendre étant donné que ce sont *« ceux qui connaissent le mieux le patient »* (AS Dermatologie).

La mise en place d'aides lors du retour à domicile dépend donc en partie de l'acceptation par les proches « des solutions qui leur sont présentées » (Lechevalier Hurard, Vidal-Naquet, Le Goff, Béliard, Eyraud, 2017). Sur cette « adhésion » aux services proposés, l'entourage joue également un rôle important d'aide et de soutien aux proches. L'assistante sociale du service dermatologie explique que *« c'est en premier lieu la famille qui doit accompagner ce projet »*. Cet accompagnement par l'entourage est essentiel puisque « c'est sur lui que repose ensuite la stabilisation de la situation » (Anchisi, Gagnon, 2018) quand la personne sort de l'hôpital. Lorsqu'il est présent, l'entourage se retrouve parfois dans une situation où l'aide au proche sortant d'hospitalisation lui est « imposée ». Dans ce cadre, *« ce sont les familles les plus surprises de la précocité des retours »* (Responsable Age d'Or Services Brest). Les observations menées ont permis de constater que ces situations génèrent chez ces proches du stress.

S'investissant dans l'organisation du retour à domicile de leur proche, l'entourage, bien souvent suite aux « recommandations » des professionnels hospitaliers se présente à l'agence avec de nombreuses attentes. Sur ce point, le responsable de l'agence Age d'Or Services Brest explique que les familles *« veulent du professionnalisme, de la disponibilité et plus ou moins du sur mesure »*. De plus, lorsqu'il s'agit d'une mise en place d'un service de portage de repas, la question du goût revient quasi-systématiquement. Parallèlement, concernant les interventions d'aide-ménagère, les demandes s'orientent très fréquemment vers l'intervenant unique afin de *« ne pas perturber leur parent »* (Responsable Age d'Or Services Brest). L'agence se doit donc d'ajuster les prestations fournies afin de satisfaire au maximum les demandes pour d'une part rassurer l'entourage et d'autre part, proposer un accompagnement de qualité aux clients.

Néanmoins, si l'agence doit s'adapter aux attentes des familles, les professionnels et clients interrogés s'accordent pour dire que l'investissement de ces proches lors de la phase de sortie d'hospitalisation facilite cette transition. Si les professionnels hospitaliers trouvent dans l'entourage, des ressources et relais permettant de « combler » le manque de moyens disponible, il en va de même pour les professionnels du domicile. Les proches permettent d'assurer *« le fil rouge »* (AS urgence gériatriques) entre l'hôpital et le domicile. Il parait alors plus simple d'organiser les retours à domicile dès lors que les familles *« sont présentes et quand elles sont preneuses d'informations »* (AS SSR). L'importance de cet acteur se poursuit lors de la mise en place des aides au domicile. Une agent de portage de repas explique notamment que la présence de la famille lors de la première livraison « facilite » la prise de contact. Dans ces moments, l'entourage permet effectivement d'apporter plus de précisions sur les conditions de ce retour à domicile et assure au personnel d'effectuer une « double information ». Les modalités du service de portage de repas sont ainsi annoncées tant au client qu'aux proches présents.

Pourtant, les retours à domicile ne s'organisent pas toujours en présence d'un entourage. Si l'absence de famille ou l'isolement social des personnes hospitalisées peuvent venir compromettre ce soutien au cours de cette étape, d'autres éléments sont pris en considération. *« L'état de la famille, l'état de l'aidant »* (Responsable Age d'Or Services Brest) est alors appréhendé tant par les professionnels à l'origine de la sortie de l'hôpital que par ceux participant à l'accompagnement à domicile. Alors que l'assistante sociale de SSR rencontrée expose que *« les trois quarts des enfants sont soucieux de leur parent »*, le reste du temps, d'autres relais sont recherchés. Tandis que le CLIC permet d'intervenir à domicile de façon ponctuelle pour accompagner la mise en place de dispositifs ou prestations, certaines situations demandent un accompagnement plus important. Dans ce cadre, l'agence peut se positionner en soutien de l'entourage afin d'organiser ce retour à domicile. On voit ainsi apparaître *« une délégation plus ou moins importante pour trouver des solutions »* (Responsable Age d'Or Services Brest).

Au final, « la famille demeure un espace régulier et privilégié d'échanges et de solidarités » (Blanchet, 2017). Ainsi, l'observation menée au sein de l'agence a permis d'apprécier une présence importante de l'entourage au moment des retours à domicile. Huit des neufs clients interrogés ont ainsi pu recevoir une aide, à minima lors de la sortie de l'hôpital. Si l'engagement de l'entourage varie selon chaque situation, les membres des familles sont majoritairement au cœur des prises de décisions concernant les aménagements du mode de vie

de leur proche à domicile. Les propos tenus par les clients enquêtés : *« Ce sont mes filles qui ont tout fait »* ou encore *« C'est mon fils qui a rencontré une assistante sociale »*, illustrent la participation des familles, et notamment des enfants pour organiser les retours à domicile. En somme, alors que les professionnels perçoivent dans l'entourage un moyen de déléguer l'accompagnement des patients et clients lors des retours à domicile, celui-ci est amené à se positionner sur les aides et prestations à mettre en place. Dans ces conditions, on observe des entourages, des familles, conjoints et enfants qui « choisissent » et « réinventent » une organisation de vie à domicile pour leur proche. Ces décisions sont alors prises selon des recommandations, et orientations construites par rapport à une offre existante.

3. Une scénarisation de la vie à domicile

Visant à répondre prioritairement à des enjeux médicaux, des prestations standardisées à partir d'une offre existante sont proposées lors des retours à domicile et correspondent à des recours de différentes natures.

3.1. Des prestations individualisées dans le cadre d'un panier de services

A l'initiative de l'établissement hospitalier, l'organisation des retours à domicile des personnes âgées hospitalisées est portée par de nombreux acteurs. Si la notion de parcours renvoie à une prise en considération de « la situation de chacun comme singulière » (Bloch, Hénaut, 2014), elle doit faire l'objet d' « une personnalisation de l'évaluation des besoins » (Bloch, Hénaut, 2014). Cette évaluation, lorsqu'elle est réalisée à la sortie de l'hôpital, est effectuée à un moment donné, fondée sur des outils d'évaluation préétablis. Une assistante sociale rencontrée insiste sur le fait que cette évaluation se déroule *« dans un moment aigu, qui se modifie »* et nécessite donc de prendre *« beaucoup de précaution »* (AS Urgences gériatrique). Cette étude porte en réalité sur la détermination des besoins essentiels de ces personnes pour envisager leur retour chez-elles. Ce sont donc *« tous les actes de la vie, surtout les actes essentiels »* (Coordinatrice CLIC) qui sont questionnés afin d'envisager des réponses.

Dès lors que ces éléments sont identifiés, ce sont des « réponses collectives » (Bouquet, Dubéchot, 2017) standardisées qui sont apportées. Celles-ci tiennent d'une part à l'offre existante en matière de services à domicile. A. Le Roy et E. Puissant expliquent que « la mise en place d'un marché repose sur le présupposé de l'homogénéité des produits ou services échangés » (2016). On assiste donc à l'instauration de plans d'aide « individualisés » à partir d'outils similaires, existants. Les professionnels interrogés nous expliquent donc que les aides mises en places aux sorties de l'hôpital se distinguent en quatre catégorie : Aide médicale, Aide

à domicile, Aide technique et Aide à la vie quotidienne. Ce sont donc tant des aides humaines (soins infirmiers, aide-ménagère) que des aides techniques (téléassistance, aménagement du domicile) qui sont mobilisés dans ces situations. C'est donc une déclinaison de l'offre des services proposés qui s'opère, au cours de laquelle, la négociation du plan d'aide « ne se module que faiblement ou pas du tout » (Anchisi, Kuhne, Debos, Follonier, 2014).

Cette faible modulation du plan d'aide est liée à plusieurs facteurs. Le premier tient aux recommandations données par les professionnels lors de ces retours à domicile. En effet, plusieurs acteurs rencontrés ont indiqué que les aides proposées après les hospitalisations étaient souvent composées de *« portage de repas, aide-ménagère et téléassistance »* (Responsable Age d'Or Services Brest). L'association de ces services renvoie à la notion d'un « panier » qui serait alloué à toutes les personnes revenant à leur domicile après une hospitalisation. Une cliente déclare à ce sujet *« on m'a fait hospitaliser, et c'est là que j'ai eu toutes ces choses qui ont démarré »* (AD 2). La sortie de l'hôpital de cette cliente a en effet été conditionnée par la mise en place d'un passage infirmier et l'intervention d'une aide à domicile pour la préparation de ces repas.

Ceci est d'autant plus vrai lorsque les services mis en place sont compris dans un plan d'aide conclu à partir de l'attribution d'une aide financière. Le travail d'observation mené a ainsi permis d'établir des liens entre les services présents au domicile et les aides financières attribuées. En ce sens, les prises en charges financières par les mutuelles ou assurance ouvrent fréquemment des droits pour des heures d'aides ménagères dont la durée varie selon les contrats souscrits. L'ARDH (Aide au Retour à Domicile après Hospitalisation) délivrée par la CARSAT (Caisse d'Assurance Retraite et de Santé au Travail) donne quant à elle droit à des aides plus conséquentes et ce, pour une durée maximale de trois mois. Si les plans d'aides varient selon les besoins évalués, l'installation d'un système de téléassistance, une aide-ménagère et un service de portage de repas font bien souvent partie des services pris en charge. Les demandes d'aides financières doivent être effectuées durant le temps d'hospitalisation. Cette condition participe donc à une certaine « scénarisation » de la vie à domicile étant donné que cela demande aux personnes hospitalisées, leurs proches et les professionnels concernés d'imaginer le retour à domicile et les aides nécessaires à ce moment-là.

Cette anticipation des aides au domicile favorise une déclinaison de l'offre existante selon les premiers besoins identifiés. Les travailleurs sociaux des établissements hospitaliers indiquent donc *« aller à l'essentiel : la préparation du retour à domicile, les aides et les dispositifs financiers »* (AS SSR). Les mêmes services sont alors proposés aux personnes lors

de leur sortie de l'hôpital et ensuite déclinés en fonction de leurs spécificités. Les expériences relatées par les clients de l'agence Age d'Or Services Brest font, pour une partie, écho de cette individualisation de l'offre selon un panier de services. L'un d'entre eux énonce son parcours depuis l'hospitalisation et l'élaboration des services à domicile selon les besoins exprimés sur le temps de l'hospitalisation. Ainsi, il déclare comment l'assistante sociale de l'hôpital a organisé la mise en place du service de portage de repas : *« Il (Le responsable de l'agence Age d'Or Services Brest) m'a contacté parce que l'assistante sociale de Ty Yann l'avait contacté. Donc tout était prêt, comme je ne pouvais pas me faire mes repas, il est venu me voir, […], dire on viendra vous livrer tel jour et puis, le jour même ils m'ont livré les repas, c'est bien organisé ».* Dans cette exemple, c'est l'évaluation menée au cours de l'hospitalisation qui a permis de déterminer la nécessité de mettre en place un service de portage de repas lors du retour à domicile.

Néanmoins, si la prescription d'un plan d'aide semble être conclue d'avance, le constat fait état d'ajustements possibles permettant une individualisation des services. *« Tout est modifiable, tout est adaptable »* (AS Urgences gériatriques) ce qui implique que les professionnels aient une attention particulière à ces situations qui évoluent de manière rapide. C'est par exemple la sortie de l'hôpital qui peut être aménagée et adaptée aux besoins du patient rentrant à son domicile. C'est le cas d'une cliente interrogée qui explique comment l'assistante sociale de l'hôpital a mis en place un VSL pour son retour et s'est occupée de transmettre des informations essentielles au chauffeur pour effectuer le trajet. Tandis que le trajet était source d'inquiétudes pour cette cliente, les particularités associées à son organisation ont permis de la rassurer.

D'autres services font aussi l'objet d'une individualisation. Le service de portage de repas proposé par l'agence Age d'Or Services Brest en fait partie en permettant aux clients de choisir entre différents régimes et menus. Répondant principalement à des besoins de santé, l'agence propose différents régimes : Pauvre en sel, pauvre en sucre, hypocalorique, hypocalorique sans sel, confort intestinal, hyper-protéiné, mixé, mixé sans sel, mixé sans sucre et végétarien. Si ces régimes dits « spécifiques » donnent lieu à un choix de deux menus par jour, trois choix sont proposés pour les repas dits « classiques ». Ces possibilités préservent les habitudes et préférences alimentaires des clients qui peuvent ainsi élaborer individuellement leurs menus. Pourtant l'observation conduite a permis d'identifier que ce choix se réalise la plupart du temps lorsque les personnes sont rentrées à leur domicile. En ce sens, lors de la transition entre l'hôpital et le domicile, la détermination des repas revient à l'entourage ou, le

plus souvent, aux professionnels. Un délai d'environ quinze jours est alors nécessaire pour assurer des commandes à partir des choix effectifs des clients.

P. Cardon et S. Gojard parlent de « dépendance culinaire » pour définir les « situations dans lesquelles des personnes âgées ne peuvent plus assurer l'approvisionnement et/ou la préparation des repas et sont conduites à les déléguer à un tiers » (2009). Ainsi, le recours à un service de portage de repas s'apparente à une forme de « médicalisation » de l'alimentation au cours de laquelle, un « choix » est proposé aux personnes concernées ou à l'entourage afin d'encourager les individus à se nourrir. Tandis qu'« améliorer l'alimentation c'est améliorer la santé et donc garantir le maintien à domicile » (Cardon, 2015), la déclinaison de différents menus constituant une même offre participe à l'individualisation des prestations lors des retours à domicile.

Concernant le service d'aide à domicile, d'autres modes d'individualisation du service sont proposés. Alors que « le turn over des professionnelles et le fractionnement des prestations » (Anchisi, Kuhne, Debons, Follonier, 2014), est caractéristique de nombreux services d'aide et d'accompagnement à domicile, l'agence Age d'Or Services Brest se distingue. Proposant une intervenante unique pour des plans d'aide-ménagère inférieurs à cinq heures par semaine, la structure permet ici de combler une crainte et d'assurer une certaine stabilité dans l'accompagnement proposé. Visant à répondre prioritairement aux besoins essentiels des personnes sortants d'hospitalisation, les aides et services mis en place sont semblables. L'individualisation de certains services correspond donc à l'ajustement de l'offre conçue pour être déclinée.

3.2. Des recours différenciés au SAAD

Les professionnels hospitaliers enquêtés indiquent que la majorité des personnes âgées rencontrées et orientées au cours de l'hospitalisation font, à leur retour à domicile, appel à un service d'aide et d'accompagnement à domicile. Le choix du SAAD est alors construit selon les caractéristiques et disponibilités qui lui sont propres. Les professionnels de l'hôpital recherchent « le bon appariement » (Bergeron, Castel, 2010), c'est-à-dire trouver les soutiens nécessaires permettant « une certaine stabilité de la situation » (Anchisi, Gagnon, 2018). Pour le responsable du SAAD, l'agence Age d'Or Services Brest est *« un des maillons du plan »* en présentant des recours diversifiés. Tandis que le choix du SAAD lors des retours à domicile des personnes âgées est orienté par des professionnels ou des membres de l'entourage, différentes raisons le motive.

Organisés fréquemment dans un contexte d'urgence, la réactivité de l'agence, notamment en matière de portage de repas lui permet de se positionner sur ces retours à domicile. Alors qu'un délai de deux à trois jours est annoncé aux nouveaux clients souhaitant recourir au portage de repas, l'observation a démontré que la gestion des commandes permet en général d'assurer les repas sous un à deux jours. Lorsque la sortie de l'hôpital est connue la veille, cela permet d'envisager une solution pour répondre au besoin de s'alimenter. Dans ce cadre, l'adhésion à ce service est parfois temporaire, notamment lorsque le choix initial des clients s'est porté sur un autre service de portage de repas mais que les délais assurés par ce dernier ne permettent pas une mise en place immédiate. Cette réactivité est reconnue par les clients puisque l'une d'entre eux déclare *« il a une grande disponibilité »* (AD T 8) pour parler de la flexibilité des services proposés. Pour autant, différentes raisons viennent limiter l'inscription dans la durée des services conclus entre les clients et l'agence.

La capacité de financement des services devient très vite un point limitant pour les travailleurs sociaux de l'hôpital lors de la présentation des services disponibles. Si des aides financières peuvent être accordées selon les conditions et besoins révélées au cours de l'hospitalisation, un reste à charge est inévitablement laissé au compte des clients disposant des services. Le tarif de portage de repas appliqué par l'agence Age d'Or Services Brest est composé de deux parties. On retrouve d'un côté le coût du repas, tel qu'il est facturé par le fournisseur des menus, et de l'autre côté, le coût du service, revenant à l'agence. Les aides financières s'appliquent donc uniquement sur la partie « service » laissant obligatoirement et à minima à charge le coût du repas aux clients.

S'inscrivant dans le « marché des services à la personne » (Le Roy, Puissant, 2016) l'agence Age d'Or Services Brest place ces tarifs en « alignement » de ses « concurrents ». Le responsable de l'agence explique donc clairement : *« quand il n'y a pas d'argent, il n'y a pas de continuité ».* Cependant, les observations menées ont permis de comprendre que dans ces situations, si la continuité du prestataire n'est pas assurée, un relais en termes de services est, la plupart du temps, trouvé auprès d'un partenaire. Cette réalité est connue des travailleurs sociaux. Une assistante sociale a notamment déclarée avoir orientée *« des personnes qui avaient les moyens financiers donc qui pouvaient payer ce type de service »* (AS Dermatologie).

La temporalité fluctue également en fonction de la situation familiale et de vie à domicile des personnes âgées qui rentrent d'hospitalisation. En effet, plus les personnes sont isolées socialement où, ont un entourage éloigné géographiquement, plus l'aide s'inscrira sur du long terme. A contrario, lorsqu'un entourage, et particulièrement un conjoint, est présent au

domicile, les services viendront faire transition avec l'hôpital mais l'organisation de la vie au domicile demeurera souvent inchangée. De plus, le rôle de l'agence est modifié selon la situation de vie des clients accompagnés. Les travailleurs sociaux expliquent qu'il s'opère un *« repérage des personnes isolées »* (AS Urgences gériatriques) afin de *« trouver du relais, quelque chose à l'extérieur »* (AS Urgences Gériatriques). L'une des spécificités de l'agence se niche donc dans l'accompagnement de ces situations pour lesquelles *« l'agence est la seule interlocutrice possible pour envisager un retour avec des aides »* (Responsable Age d'Or Services Brest).

Les missions effectuées par l'agence Age d'Or Services Brest viennent s'ajouter aux rôles attribués aux professionnels. L'ensemble du personnel de l'agence Age d'Or Services Brest joue ainsi un rôle de médiateur et assure une veille des situations suivies et notamment de celles où les personnes sont relativement seules. H. Bertillot et M-A Bloch, parlent des « compétences informelles » pour identifier ce « repérage des situations » (2016). Les discussions menées avec les intervenantes à domicile font notamment écho de l'importance qu'elles accordent à la transmission des informations au sujet de l'évolution de la vie à domicile des clients qu'elles accompagnent. Cette vigilance a notamment trait à l'état de santé et aux conditions de « récupération » des personnes regagnant leur domicile après une hospitalisation. Sur ce registre, le responsable de l'agence explique que *« la singularité de la tâche est aussi liée aux pathologies »*. L'état de santé et les capacités de récupération viennent modifier le sens même des services conclus mais aussi l'accompagnement dans son ensemble.

En somme, *« les services dépendent des conditions de vie des gens »* (Responsable Age d'Or Services Brest). L'analyse menée au sein de l'agence permet d'aboutir à une « catégorisation » des clients de l'agence lors des retours à domicile selon deux registres. La première « catégorie » envisagée distingue des personnes au potentiel financier suffisant, qui ont choisi ce service pour sa flexibilité et sa réactivité. La seconde « catégorie » de clients s'envisage autour de personnes particulièrement isolées, de situations qualifiées de « fragiles » par les travailleurs sociaux pour lesquelles l'agence joue un rôle de soutien et est un des « garant » de la continuité de la vie au domicile. Le responsable de l'agence explique donc qu'en matière de sortie d'hospitalisation, *« il faut mettre en place pour assurer le minimum, et après on ajuste »*. Les ajustements attendus par les clients, les entourages et les professionnels partenaires se croisent avec ceux pratiqués par l'agence.

CHAPITRE 4. DES ACCOMPAGNEMENTS PROGRESSIVEMENT ADAPTES POUR SATISFAIRE DES BESOINS ET DES ATTENTES

La seconde « séquence » illustrant les ajustements des modes de vie à domicile se produit une fois la sortie de l'hôpital passée. C'est à ce moment que les capacités et ressources des individus leur permettront ou non, de se réapproprier leur vie à domicile en parvenant à plus ou moins négocier les services mis en place et à conjuguer leurs trajectoires de maladies avec leur mode de vie.

1. L'appropriation du retour à domicile

L'évolution des services au domicile et la prise de position face aux prestations mises en place vont progressivement donner lieu à une appropriation du retour à domicile par les personnes concernées.

1.1. Une personnalisation progressive des services

Majoritairement orchestrés par l'entourage familial et professionnel, les retours à domicile sont élaborés à partir d'une individualisation de l'offre existante. Se réalisant dans un contexte d'urgence, ces mises en œuvre assurent des retours à domiciles qui répondent aux besoins évalués. Toutefois, ces services et prestations peuvent venir bouleverser le mode de vie des personnes à leur domicile. Peu à peu, une réappropriation de leur « chez-elles » est observée par les personnes ayant fait l'expérience de l'hospitalisation. C'est dans un premier temps une personnalisation progressive des services mis en place qui s'opère.

Si les travailleurs sociaux des établissements hospitaliers élaborent un plan d'aide prospectif à partir des besoins évalués et observés à l'hôpital, l'évaluation des besoins par le service d'aide et d'accompagnement à domicile permet de mieux comprendre la réalité du domicile. Le responsable de l'agence Age d'Or Services Brest explique que cette évaluation des besoins permet *« d'en savoir plus sur comment les gens fonctionnent, qu'est-ce qu'ils aiment, qu'est-ce qu'ils n'aiment pas »*, et d'adapter les services en conséquence. D'après M-A. Bloch et L. Hénaut, la personnalisation des services au domicile passe par « une prise en compte des multiples dimensions de la vie des personnes » (2014). Ces mêmes auteurs expliquent cependant l'importance d'une actualisation régulière de ces évaluations. C'est donc au fil des interventions, lorsque de nouveaux besoins ou souhaits apparaissent qu'une personnalisation des services peut être faite. Sur ce point, le responsable de l'agence explique qu'il revient donc à l'ensemble de l'équipe professionnelle d'observer ces changements.

Les salariés rencontrés font également part de cet aspect dans l'aide apportée. Tandis que les services de portage de repas sont fréquents lors des sorties de l'hôpital, les agents de portage s'adaptent aux situations et mode de vie de chacune de ces personnes. Ces professionnels expliquent que des ajustements débutent dès la première livraison de repas. Une agent de portage de repas relate les différentes modalités de livraison des repas : *« Soit je leur laisse sur la table, soit je leur met au frigo avec le sac, soit je leur met au frigo selon les jours »* (Agent de portage de repas). Selon les souhaits et capacités de chacun, les agents adaptent le

service qui va alors d'un dépôt du sachet contenant le repas à l'organisation du frigo de manière à assurer le roulement des préparations.

La personnalisation des services proposés par l'agence Age d'Or Services Brest ne se limite pas au portage de repas. En ce sens, les intervenantes à domicile dans le cadre de l'aide-ménagère participent également à cette prise en considération du mode de vie des clients. Une aide à domicile déclare par exemple faire *« le lien avec la famille suivant ce que dis l'infirmière quand elle passe »* (Aide à domicile). Ce rôle de médiation contribue également à la personnalisation du service selon les besoins lorsque les personnes et leur entourage attendent d'elles ce lien. Le responsable de l'agence explique donc s'attacher à *« sensibiliser l'équipe »* (Responsable Age d'Or Services Brest) afin de se rapprocher des souhaits des clients et ainsi de faire « évoluer le système » (Bloch, Hénaut, 2014).

Si « la personnalisation effective suppose de partir des besoins de la personne bénéficiaire et de son projet de vie » (Loubat, 2013), elle dépend également des capacités de « récupération » des personnes après leur retour à domicile. Le projet de vie identifié lors de l'évaluation des besoins à domicile comprend bien souvent pour seul objectif : rester chez soi le plus longtemps possible. Un accord avec le mode de vie est pourtant essentiel pour y parvenir mais dépend des conditions qui façonnent ce retour. Le récit d'une cliente (AD T 8) fait écho à cette réappropriation progressive de son mode de vie. Rentrée chez elle en utilisant un déambulateur pour se déplacer, l'utilisation d'une canne puis, au fil des semaines, le retour à un usage de la marche similaire à la situation connue avant l'hospitalisation, lui a permis d'entreprendre sa vie à domicile de manière différente. En ce sens, le service de portage des sept repas de la semaine, indispensable lors de son retour a pu être dans un premier temps réduit à quatre repas par semaine avant d'être arrêté. Les modifications apportées au plan d'aide initial, prennent du temps et dépendent des situations individuelles vécues au domicile.

Les données exposées par la coordinatrice du CLIC concernant l'activité du service montrent également une évolution progressive des prestations mises en place à domicile à la suite d'une hospitalisation. Si le classement en niveau 2 du CLIC de Brest indique que ce dernier n'assure pas de *« suivi des situations »* (Coordinatrice CLIC), 5% des personnes accompagnées ont fait l'objet de plus de vingt rencontres. Parmi ces personnes, il est observé que la grande majorité d'entre elles ont fait l'expérience d'une hospitalisation. Ces interventions qui relèvent d'un accompagnement au retour à domicile semblent donc *« les plus problématiques »* d'après la coordinatrice rencontrée et notamment, de par les nombreux changements entrainés. C'est

donc dans la durée, une fois la sortie de l'hôpital passée, que des ajustements des services s'opèrent, demandant parfois, le soutien de nombreux acteurs.

« Apporter, dans la durée, la réponse la plus appropriée à la situation de chaque personne selon son lieu de vie mais aussi ses préférences » (Bloch, Hénaut, 2014) demande de la part de l'agence Age d'Or Service Brest de diversifier les services qu'elle propose. Si les aides financières accordées en sortie d'hospitalisation sont nombreuses à prendre en charge une partie du coût de mise en œuvre d'un système de téléassistance, l'intérêt est alors pour l'agence de rechercher l'offre correspondant le mieux aux besoins et mode de vie des personnes. Les observations menées donnent à voir là aussi à une adaptation du service. Ceci s'observe notamment lors de l'installation d'un système de téléassistance sous la forme d'un bracelet au retour à domicile. Ce dernier se transforme ensuite avec l'installation d'un système de détection des chutes, notamment lorsque ces incidents sont une crainte énoncée par les personnes ou lorsque celles-ci en ont déjà étés victimes. Dans ce cadre, c'est généralement les informations transmises par les intervenants au domicile qui permettent au responsable de l'agence de proposer à ces personnes d'autres offres qui semblent plus adaptées.

Cependant, les personnes concernées sont elles-mêmes à l'origine de certaines adaptations de leur organisation au domicile. Un client de l'agence (AD T 7) explique notamment comment il a apporté des modifications dans son appartement afin de faciliter sa vie à domicile. Suite à une chute, il s'est rendu compte de ses difficultés de rester debout sans appui et a donc fait installer tout le long du plan de travail de sa cuisine des barres d'appuis afin de pouvoir continuer à cuisiner. Si cela renforce la « dimension dynamique » (Jaeger, 2017) du parcours, c'est également la dimension réflexive qui est mise en avant par cet exemple. Ce sont le passage par différentes étapes qui ont amenés ce client à réfléchir et à adapter les services en fonction de sa situation.

« Ce n'est qu'après qu'on est rentré qu'il y a des besoins » (AD T 7) déclare un client interrogé au sujet des changements ayant eu lieu lors de son retour à domicile. La personnalisation des services lors des retours à domicile intervient au fil du temps. Cette dimension rejoint les propos d'une assistante sociale rencontrée qui déclare qu' *« il faut que les gens aient les choses en main pour se les approprier »* (AS Dermatologie). Si les besoins essentiels trouvent des réponses par les prestations mises en place de façon urgente lors du retour chez soi, ce n'est qu'en se réappropriant son domicile et en retrouvant ses propres usages qu'une nouvelle organisation va pouvoir être pensée. Les personnes elles-mêmes, leur

entourage comme les professionnels du domicile vont ainsi proposer ou adapter des services pour poursuivre de la manière la plus évidente, le mode de vie existant avant l'hospitalisation.

1.2. Le pouvoir d'agir des personnes qui reviennent à domicile

De retour à leur domicile, les personnes qui ont fait l'expérience de l'hospitalisation réorganisent leur quotidien à domicile. Le questionnement porte alors sur la manière dont ces personnes « peuvent construire et maintenir un point de vue autonome qui ne se contente pas de reproduire les catégories de pensées et les raisonnements du monde médical » (Pennec, Le Borgne-Uguen, Douguet, 2014). Si une personnalisation progressive des services s'opère au domicile, les capacités d'agir des personnes ayant été hospitalisées sont alors réaffirmées. Une intervenante à domicile explique que les informations dévoilées par les personnes sont un premier élément affirmant ce pouvoir qu'elles détiennent. S'appuyant sur les travaux de M. Crozier et E. Friedberg (1977) définissant le pouvoir selon une approche « dynamique et interactionniste », J-P Viriot-Durandal intègre à cette notion l'inscription des individus « dans un processus de répartition du pouvoir » leur permettant de mettre « en œuvre leur capacité d'action directe ou indirecte sur les champs impliquant leurs intérêts » (Viriot-Durandal, 2001). Le pouvoir d'agir des personnes lors des retours à domicile se construit donc à partir d'échanges, de négociation avec les acteurs concernés.

C'est avant tout pour que les aides mises en place répondent au mieux à leurs attentes que les individus s'investissent dans des ajustements de leur mode de vie. Cette « demande formulée de façon plus ou moins explicite par la personne exprimant un souhait » (Vercauten, 2011) est appréhendée par les professionnels qui élaborent avec cette personne les changements désirés. Ceci renvoi au concept de déprise argumenté par E. Gagnon comme « la capacité de la personne de dire et de se raconter, sa capacité de prendre la parole, de formuler une préférence ou d'exprimer un choix, mais également sa capacité d'imaginer ce que fut sa vie et ce qu'elle sera ou pourrait être » (Gagnon, 2018). Les propos exprimés par une cliente rejoignent cette idée de retrouver la capacité à se projeter dans l'avenir : *« Chacun a sa vie, donc c'est à moi de construire, de reconstruire la mienne »* (AD T 8). L'idée est ici de trouver une continuité au mode de vie connu avant l'hospitalisation et de trouver des moyens de lier ces différentes étapes.

Ce pouvoir d'agir se concrétise dès le choix du service d'aide et d'accompagnement à domicile. En ce sens, même si des prestations relevant d'un certain service ont été organisées pour assurer la sortie de l'hôpital, la capacité des personnes à choisir le SAAD intervenant à

domicile participe à l'appropriation de ce retour. Pour autant une seule personne sur les neuf clients rencontrés a « mis en concurrence » différents prestataires de services à domicile. Cette cliente (AD T 8) explique avoir demandé à l'assistante sociale rencontrée lors de son séjour à l'hôpital différents services proposant des prestations à domicile pour ensuite rencontrer deux d'entre eux avant d'opter pour l'agence Age d'Or Services Brest. Faire ce choix était une façon, pour cette personne, d'affirmer son pouvoir de déterminer lequel de ces services répondraient le mieux à ses attentes.

D'autres facteurs peuvent conduire les personnes bénéficiant de services à domicile à changer de prestataire. Un client de l'agence déclare avoir choisi *« par élimination »* (AD 1), l'agence Age d'Or Services Brest. Par ailleurs, il explique avoir choisi de modifier les temps de prestations conclus lors de la première évaluation à domicile, et ce, pour motif financier. *« Il ne les donne pas ces heures »*, indique-t-il en parlant des tarifs appliqués au sein de l'agence. Le « pouvoir d'achat » des clients de l'agence participe à la continuité ou non des services envisagés et donc à la concordance avec le mode de vie entrepris.

Réacquérir un mode de vie similaire à celui pratiqué avant l'hospitalisation est l'objectif poursuivi par les personnes qui en font l'expérience. Pour autant, cela ne signifie pas l'absence d'aménagement. L'une des clientes rencontrées a mis en place à son domicile de nombreux services depuis son hospitalisation. Soins infirmier, kinésithérapie, portage de repas, aide-ménagère sont autant de services qui rythment son quotidien depuis son retour à domicile. Pourtant, cette cliente témoigne être *« complétement indépendante »* (AD PR 5). Elle explique ce sentiment du fait d'être à l'origine et d'avoir participé à l'organisation de l'ensemble des services pour assurer son retour chez-elle. Affirmant être au départ réfractaire à la mise en place d'aides à son domicile, une longue réflexion lui a permis de consentir à ces prestations. Le consentement comme « fruit d'un travail continu de construction » (Le Chevalier Hurard, Vidal-Naquet, Le Goff, Béliard, Eyraud, 2017) est alors illustré par cette situation.

Cette notion de consentement est d'autant plus présente pour le service de portage de repas. Dans ce cadre, « l'obtention du consentement n'est pas seulement un impératif abstrait. Elle est aussi un enjeu pratique » (Le Chevalier Hurard, Vidal-Naquet, Le Goff, Béliard, Eyraud, 2017). On observe en effet, pour les clients soumis à des régimes alimentaires, des réticences à ce service. Et si l'objectif de l'agence Age d'Or Services Brest est d'assurer des repas complets et équilibrés à ces clients, le responsable insiste sur l'importance de la continuité de l'alimentation chez ces personnes « fragiles ». Pour ce faire, lorsqu'une adaptation du régime est possible, les professionnels du service favorisent une « alimentation plaisir » basée sur les

habitudes et préférences alimentaires des clients. Une agent de service de portage de repas affirme donc que ce service doit être réfléchi et accepté car il est souvent synonyme pour ces personnes de *« coupure, de ne plus être autonome »* (Agent de portage de repas). Dans ces situations, les personnes revendiquent leur capacité à déterminer ce qui constituera leur alimentation.

Cette capacité individuelle de choisir et d'affirmer ces volontés est encouragée par le service d'aide et d'accompagnement à domicile. Le recueil du projet de vie lors de l'évaluation des besoins au domicile est un premier pas pour laisser à ces personnes qui reviennent chez-elles la place centrale dans les ajustements de leur mode de vie. Pour les professionnels, les clients jouent ainsi « un rôle de partenaire » (Cresson, Schweyer, 2010) dans la mise en place des services au domicile. Cette nouvelle place accordée aux personnes ayant fait l'expérience de l'hospitalisation conduit à une nouvelle balance de la relation d'aide repositionnant chaque acteur et incitant à une négociation.

2. Une négociation de l'organisation de la vie au domicile

Les relations entretenues avec les soutiens assurant des services au domicile ainsi que les droits liés au statut de client vont conduire les personnes concernées à faire de nouveaux aménagements dans leur vie à domicile.

2.1. Une flexibilité des professionnels du domicile

Donnant lieu à une réappropriation du mode de vie à domicile, les retours après hospitalisation font aussi émerger des négociations entre les personnes revenant à leur domicile et les professionnels participant à cette nouvelle organisation. Cette « négociation » ne s'apparente que rarement à une discussion formalisée entre l'ensemble des acteurs concernés par le retour à domicile, mais s'envisage davantage comme des échanges s'établissant tout au long de l'accompagnement. Passée l'étape de la sortie de l'hôpital, c'est de façon progressive que les services s'intègrent au quotidien des clients. Les relations entretenues avec les professionnels se façonnent au fil du temps et s'aménagent selon les habitudes de vie et les préférences de chacun.

C'est donc « dans les interactions de la relation d'aide et de soins » (Le Chevalier Hurard, Vidal-Naquet, Le Goff, Béliard, Eyraud, 2017) que se construit le consentement nécessaire à la poursuite de l'exercice des professionnels. Le *« passage de témoin »* (Coordinatrice CLIC) qui s'organise entre les professionnels de l'hôpital et ceux du domicile au cours de certaines situations est donc un moyen de se tenir à disposition des

personnes à la sortie de l'hôpital. Néanmoins, une coordinatrice du CLIC explique qu'il est parfois nécessaire de laisser du temps à ces personnes afin qu'elles prennent conscience de leurs besoins et envies pour apporter des aménagements à leur mode de vie.

Cette souplesse est particulièrement attendue des professionnels et apparaît dès le premier contact avec les clients. Pour le responsable de l'agence Age d'Or Services Brest, cette attention est mise en œuvre lors de la première évaluation des besoins à domicile. Appréhender le fonctionnement au domicile est à ce moment-là indispensable afin de proposer les services les plus pertinents de la manière la plus rapide qui soit.

Les observations menées montrent qu'une première négociation a bien souvent lieu lors des conversations téléphoniques au sujet de la mise en place d'un service de portage de repas. Si celles-ci peuvent alors s'établir avec les professionnels organisant le retour à domicile, les personnes recherchant elles-mêmes ce type de service soumettent leurs attentes à l'agence. Une cliente déclare avoir été agréablement surprise de ne jamais s'être entendu refuser un service. Elle explique qu'une solution à partir du *« système débrouille »* (AD T 8) a toujours été trouvée, notamment, pour assurer la livraison de ses repas. En effet, si l'agence organise ses livraisons de portage de repas sur quatre journées : les lundis, mardis, jeudis et vendredis, les sorties de l'hôpital se déroulent parfois sur d'autres périodes. Afin d'assurer un service de portage de repas à ces personnes sortant de l'hôpital en dehors de ces journées de livraisons, des solutions sont proposées. C'est bien souvent, le responsable de l'agence qui effectue ces premières livraisons lors des retours à domicile et conduit dans le même temps « l'évaluation des besoins » des personnes concernées.

Ces ajustements se poursuivent tout au long de l'accompagnement proposé par l'agence Age d'Or Services Brest. Les salariés intervenants à domicile organisent aussi l'aide apportée en fonction des conditions de vie des clients. Si un planning d'intervention est établi à l'avance, les professionnels sont parfois amenés à modifier leurs horaires selon les disponibilités des clients. L'un d'entre eux explique ainsi *« s'arranger »* (AD 1) avec l'intervenante à domicile qui effectue l'intervention d'aide-ménagère chez-lui. En fonction des rendez-vous médicaux, des convenances personnelles mais aussi des imprévus que peuvent connaître les clients de l'agence, des changements d'emplois du temps sont acceptés par les salariés.

Les réaménagements du mode de vie au retour à domicile des personnes ayant connue une hospitalisation ne peuvent « se faire qu'avec le concours des personnes et l'appui des professionnels pertinents » (Bertillot, Bloch, 2016). Pourtant, la flexibilité que les

professionnels apportent ne leur est pas toujours consciente. Les échanges avec les salariés de la structure montrent en effet la multiplicité des « services » rendus au domicile. Une agent de service de portage de repas explique qu' *« il y en a chez qui je prends le courrier, il y en a chez qui j'ouvre les volets, des choses rapides, des petits services »*. Une intervenante à domicile déclare quant à elle faire *« des petites choses, aller aux courses, acheter ce qu'ils aiment »*. Dans le cadre des interventions conclues entre le client et l'agence, l'ensemble de ces services évolue au fil du temps, avec la connaissance, par les professionnels, des habitudes de vie de chacun.

Les interventions pour « aide-ménagère » conclues lors de la signature du contrat avec le responsable de l'agence se déclinent par la suite en courses, accompagnement à des rendez-vous ou encore soutien moral. En ce sens, un client annonce *« on est bien content d'avoir un coup de main avec Mme X […] et puis on discute ensemble aussi »* (AD T 7). Une autre (AD 2) déclare qu'il était prévu que l'intervenante à domicile fasse des courses et du ménage mais l'a finalement emmenée à la mairie afin qu'elle refasse sa carte d'identité perdue. C'est donc un « soutien moral ou social » (Legrand, Voléry, 2013) qui est assuré par les intervenantes à domicile qui opèrent une adaptation du travail initialement demandé.

Le fonctionnement de l'agence Age d'Or Services Brest assure aux clients cette « flexibilité » des professionnels. Le choix de l'intervenant au domicile de chaque client est alors réfléchi selon les volontés et capacités des clients, mais aussi des intervenants à domicile. Plusieurs situations observées au sein du service ont abouti à un changement d'intervenante au domicile afin d'obtenir un « consentement durable » (Le Chevalier Hurard, Vidal-Naquet, Le Goff, Béliard, Eyraud, 2017) de la part des clients concernés. *« L'alliance avec les gens »* (AS Dermatologie) est ainsi le principal enjeu recherché pour mener les interventions à domicile.

Par ailleurs, l'évolution des services au domicile donnent lieu à des réévaluations des besoins des clients. Celles-ci devant être effectuées tous les ans, ce sont entre autre les intervenants à domicile qui permettent de « repérer » les situations pour lesquelles une réévaluation des besoins serait pertinente.

2.2. Des droits affirmés par le statut de client

Le retour à domicile des personnes hospitalisées marque le passage d'un statut de « patient » attribué par l'hôpital à celui de « client » du service d'aide et d'accompagnement à domicile. Au-delà d'un changement de vocabulaire, c'est un changement de paradigme qui est

observé. C'est la loi du 4 mars 2002[14] relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui énonce les règles fondamentales devant être garanties aux patients. Les droits des clients de l'agence Age d'Or Services Brest sont quant à eux repris par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Cette loi énonce en effet les droits des usagers fréquentant les établissements et services sociaux et médicaux-sociaux. Si des principes généraux se confondent, la sortie de l'hôpital signe le détachement aux droits indiqués sur la « charte du patient hospitalisé » et l'adhésion à ceux présentés sur la « charte des droits et des libertés de la personne accueillie ». C'est donc l'agence Age d'Or Services Brest qui informe les nouveaux clients de leurs droits en leur délivrant cette dernière charte lors de la remise du livret d'accueil.

Le droit des usagers consiste en premier lieu d'avoir le choix du service intervenant au domicile. La mise en concurrence des services d'aide et d'accompagnement à domicile participe au renforcement « d'une régulation marchande » (Puissant, Le Roy, 2016). En ce sens, le régime d'autorisation unique créé par la loi d'adaptation de la société au vieillissement de décembre 2015 intensifie cette concurrence en admettant une même réglementation pour l'ensemble des services. Proposant alors des prestations similaires, les clients expliquent avoir de la peine à se repérer dans cette diversité de l'offre. Ainsi, c'est bien souvent sur la tarification que s'effectue le choix. Une cliente indique alors avoir fait appel au service car *« il n'était pas trop cher, donc j'ai pris celui-là, celui qui m'avantageais le mieux en fait »* (AD 2).

Le fait « d'acheter » des services fait aussi émerger d'autres dimensions dans la sphère sociale. En ce sens, E. Gagnon explique qu'une personne qui « achète » des services d'aide-ménagère sera perçue comme une « personne active » quand celle qui reçoit de « l'aide des services publics pour les même tâches » apparaîtra comme ayant « besoin de l'assistance publique » (Gagnon, 2018). Les discours de deux des clientes rencontrées rejoignent cette idée en affirmant être *« assez autonome »* (PR 9) ou encore *« indépendante »* (AD PR 5) du fait qu'elles peuvent financer un service d'aide et d'accompagnement à domicile. L'une d'entre elles pointe par exemple la différence entre les soins qu'elle reçoit des *« infirmières libérales qui viennent tous les jours, des kinés qui viennent aussi »* (AD PR 5) et l'indépendance acquise par le fait d'être *« en location »* (AD PR 5). Le rapport au « chez-soi » prend une place prépondérante dans la revendication des droits qui y sont liés.

[14] Loi N°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Le positionnement dans leur domicile permet aux personnes de déterminer les services entrants ou non dans leur environnement. Le domicile est ainsi le « lieu privilégie de l'exercice de la souveraineté » (Ennuyer, 2014) des personnes. Les observations menées montrent tout de même peu de résistances face aux prescriptions médicales. Les services de soins infirmiers à domicile prescrits par l'hôpital ou par le médecin traitant ont été acceptés sans négociation par l'ensemble des clients rencontrés bénéficiant d'un tel soutien. Ainsi, « la prescription médicale légitime l'intervention » (Anchisi, Kuhne, Debons, Follonier, 2014) conduisant les individus, considérés comme patients, à accepter ces services.

Néanmoins, certaines recommandations faites lors des sorties de l'hôpital sont parfois rediscutées lors des retours à domicile. Un client affirme n'avoir pas suivi les préconisations du médecin rencontrés lors de son séjour à l'hôpital lui disant *« il faudrait faire ceci, il faudrait faire cela »* (AD T 7). Si ce client s'affichait en opposition du discours tenu par le corps médical, d'autres clients ont aussi entrepris une réflexion face aux propos entendus lors de leur hospitalisation. C'est notamment le cas d'une cliente expliquant avoir pris le temps de se reposer après son passage à l'hôpital avant de déterminer les services auxquels elle souhaitait faire appel. Elle a donc prioriser les interventions selon ses besoins en tenant compte de ses capacités. Ces situations sont fréquemment observées au sein de l'agence Age d'Or Services Brest et le responsable du service déclare que bien souvent, les réflexions conduites lors des retours à domicile aboutissent à des interventions plus pérennes que celles s'organisation *« dans la précipitation »* (Responsable Age d'Or Services Brest).

Faisant appel à un service marchand, les clients ont de ce fait le droit de renoncer aux prestations conclues selon les conditions indiquées dans leur contrat. Si le service de portage de repas est la prestation la plus courante, fournie par l'agence après les sorties de l'hôpital, c'est aussi autour de celui-ci que s'observe le plus de créations et de ruptures de contrats.

SEMAINE	NOMBRES DE CLIENTS	NOMBRES DE MOUVEMENTS	MOTIFS DES MOUVEMENTS
Semaine 5	96	Arrivée : 2	2 Sorties d'hospitalisation
		Départ : 1	1 Arrêt volontaire
Semaine 6	97	Départ : 2	1 Hospitalisation et 1 arrêt volontaire
Semaine 7	95	Arrivée : 2	2 Sorties d'hospitalisation
		Départ : 7	3 Arrêts volontaires, 1 hospitalisation, 1décès, 1fin de contrat, 1raison inconnue
Semaine 8	90	Arrivée : 4	3 Sorties d'hospitalisation, 1 mise en place directe
		Départ : 1	1 Arrêt volontaire

Semaine 9	93	Arrivée : 3	2 Sorties d'hospitalisations, 1 mise en place directe
		Départ : 2	1 Hospitalisation, 1 arrêt volontaire

Figure 6. Observation du nombre d'arrivée et de départ de clients pour le service de portage de repas sur le mois de février 2018

Cette dynamique est directement liée à la possibilité de choix laissée aux clients. Le nombre de repas hebdomadaire commandés par ceux-ci peut fluctuer librement d'un repas à quatorze, mais les clients peuvent aussi décider de stopper ce service à leur domicile. L'observation menée sur les mouvements d'entrée et de sortie des clients au sein du service de portage de repas sur le mois de février 2018 donnent à voir cette dynamique. On comprend ainsi que la création de portage de repas auprès de nouveaux clients est directement liée aux sorties de l'hôpital. En effet, sur les onze clients ayant fait appel pour la première fois ou après une période d'absence au service de portage de repas, neuf faisaient suite à un retour à domicile après hospitalisation. A l'inverse, seul trois des treize arrêts recensés au cours de ce même mois avaient pour motif une hospitalisation. L'arrêt du service de portage de repas tient donc plus largement à un choix individuel des personnes ayant bénéficiées de cette prestation. Les propos recueillis auprès des agents de portage de repas illustrent cette dimension en donnant pour exemples certaines exigences des clients. En effet, il est fréquent que les clients demandent des arrêts temporaires ou définitifs du service de portage de repas pour convenances personnelles. Cette liberté accordée par l'agence est associée à son inscription dans le secteur marchand.

Néanmoins, s'il est observé que les clients affirment leurs droits autour des services auxquels ils ont recours, ces revendications sont souvent insufflées par l'entourage. Tandis que ce dernier assure régulièrement un soutien au domicile, une vigilance particulière des fils sur les services intervenants au domicile de leur mère est pratiquée. Les clientes interrogées déclarent pour quatre d'entre elles que leurs fils mais aussi leurs gendres assure une veille des documents administratifs. Dans ce cadre, certaines de ces clientes indiquent que cet entourage masculin est à l'origine des réclamations qu'elles peuvent faire auprès du service à domicile. A ce sujet, M. Legrand et I. Voléry affirment que les femmes « ne s'opposent généralement pas à la volonté de leurs enfants ou tout du moins de leurs fils » (Legrand, Voléry, 2013). Les revendications enregistrées au sein de l'agence se font donc bien souvent sous l'égide d'un proche des clients. Toutefois, la mise en place de services lors des retours à domicile fait l'objet d'un travail continu tant par les personnes ayant vécu l'hospitalisation, que leur proches ou encore les professionnels concernés.

3. Des tentatives de conciliation entre trajectoires de maladies et formes de vie à domicile

Un travail d'adaptation pour rester chez-elles est effectué par les personnes ayant fait l'expérience de l'hospitalisation. Des renonciations sont toutefois observées lorsque les personnes ne sont pas parvenues à concilier leurs trajectoires de maladies avec leur mode de vie à domicile.

3.1. Un travail d'adaptation pour rester chez soi

M. Jaeger explique que la notion de « parcours » trouve son origine autour de la notion de « parcours du combattant » (Jaeger, 2017) notamment en comprenant des dimensions de durée et de lutte. Les parcours de vies à domicile, lorsqu'ils sont marqués par une hospitalisation illustrent particulièrement ce concept en demandant un important travail d'ajustement du mode de vie. Lors des retours à domicile, les modes de vie doivent être quelque peu réorganisés pour laisser une place aux trajectoires de maladies. Alors que les hospitalisations peuvent faire émerger des besoins de santé nouveaux, à leur retour chez elles, les personnes concernées entament un travail d'intégration de ces nouveaux services intervenants à leur domicile. Tandis qu'une cliente explique distinctement avoir *« besoin d'une aide médicale »* (AD PR 5) et donc accepter les trois passages quotidiens d'une infirmière, une autre explique comment elle a acquis des connaissances sur ses problèmes de santé (AD T 8). Cette dernière a en effet participé à un programme d'éducation thérapeutique afin de connaître les signes à surveiller pour prévenir la survenue d'un autre AVC (Accident Vasculaire Cérébral). Cette « capacité d'adaptation à sa nouvelle situation » renvoie donc au concept de « déprise » où les personnes conservent une « maitrise » de leur mode de vie malgré « une réduction des possibles » (Gagnon, 2018).

Ce travail d'adaptation se poursuit dans toutes les sphères du quotidien, des activités essentielles qui permettent à ces personnes de continuer leur vie à leur domicile, à celles leur assurant un bien être ou encore un lien social. L'alimentation est une question centrale lors des sorties de l'hôpital mais aussi tout au long de la vie au domicile. Selon leurs capacités et souhaits, les personnes peuvent alors avoir recours à un service de portage de repas ou encore trouver d'autres stratégies pour assouvir ce besoin fondamental. Les professionnels rencontrés affirment que la non capacité à effectuer ses courses est un facteur déclencheur du service de portage de repas. D'autres alternatives sont cependant trouvées par les personnes pour continuer à se nourrir par elles-mêmes, alors même que cette tâche ne leur est plus possible.

Plusieurs situations observées montrent que l'activité des courses peut tout d'abord être déléguée à un proche, ou un professionnel. Ainsi, une cliente explique comment, chaque semaine son fils se charge ou l'accompagne pour effectuer ses courses dans le supermarché proche de chez elle (PR 9). L'aide apportée par son fils pour cette tâche devenue trop fatigante pour qu'elle puisse l'effectuer seule lui permet de continuer de choisir les repas qu'elles souhaitent se confectionner. Une autre cliente explique quant à elle avoir recours aux services de l'agence Age d'Or Services Brest pour réaliser cette activité : *« Avant j'allais faire mes courses, mais je ne le fais plus, parce que je ne peux plus, c'est l'aide-ménagère qui va me faire les courses »* (AD 2). Ces ajustements dans l'organisation quotidienne permettent « de disposer des repères pour la mémoire » et d' « assurer une continuité entre le passé et le présent » (Gagnon, 2018). Ces repères peuvent être par exemple, les « marques » privilégiées des produits alimentaires consommés. Les délégations qui s'opèrent se positionnent donc malgré tout en prolongement du parcours de vie connu avant l'hospitalisation et la maladie.

F. Balard explique les différences de comportements au grand âge selon le genre par la métaphore des « femmes roseaux et des hommes chênes ». D'après lui, les hommes ont davantage tendances à « repousser les stigmates de la vieillesse jusqu'à un point de rupture » (Balard, 2013). En ce sens, un client de l'agence raconte la stratégie mise en place à son retour de l'hôpital afin de parvenir à amener son assiette du frigo jusqu'à la table. Sortie de l'hôpital après une fracture de la jambe à la suite d'une chute, cette personne ne pouvait se déplacer que très difficilement et à l'aide d'un déambulateur à son retour à domicile. « *Du micro-onde, je posais sur le petit congélateur mon assiette, j'avançais, je mettais mon déambulateur au milieu, je mettais mon assiette sur la petite tablette, et après je mettais mon déambulateur là, au milieu de la pièce et j'approchais mon assiette* » (AD 3) explique ce client afin de décrire les étapes pour passer à table. C'est donc « l'impératif de vivre sa vie de façon autonome » (Attias-Donfut, 2012) qui est traduit par cette description. A leur retour à domicile, les personnes revendiquent le fait d'être leur « propre maître » (Attias-Donfut, 2012).

Pour autant, le retour à domicile après une hospitalisation demande « une capacité d'adaptation et de réactivité » (Loubat, 2013). Afin de « récupérer après une crise », ces personnes doivent trouver « les ressources et les relations » leur permettant de « les aider à se protéger contre les menaces » (Schröder Butterfill, 2013). Les enfants sont généralement les premiers acteurs leur permettant de « travailler ensemble » (Ennuyer, 2014) sur la réorganisation de leur mode de vie à domicile. C'est notamment pour les déplacements que ces derniers permettent une continuité des trajets effectués antérieurement. Les courses et les

rendez-vous médicaux sont les deux raisons les plus souvent observées de déplacements effectués par les enfants. Il en va de même pour les réunions familiales, une cliente explique que depuis son hospitalisation, *« je vais chez mes enfants mais on vient me chercher en voiture »* (AD 2). Des alternatives sont donc trouvées pour assurer le maintien d'un maximum d'activités pratiquées avant ce séjour à l'hôpital. En fonction de l'environnement social des personnes à leur retour à domicile, les professionnels font partie des ressources sollicitées par les clients. L'un d'entre eux (AD 1) explique qu'il délègue l'ensemble des activités devant être effectuées à l'extérieur (poubelle, pharmacie, bureau de poste, etc…) à l'aide-ménagère intervenant cinq jours par semaine en raison de son impossibilité de sortir de son domicile.

Mais, si des ressources « accumulées au cours du parcours de vie antérieur » sont réquisitionnées lors du retour à domicile, d'autres « supports […] dans leur environnement présent » (Caradec, 2012) le sont aussi. La notion de « débrouille » est employée par la majorité des clients interrogés et renvoie à ces moyens trouvés dans le quotidien. L'un d'entre eux (AD T 7) explique en effet se « débrouiller » avec sa conjointe pour organiser des solutions leur permettant de poursuivre le mode de vie entrepris. Il cite pour exemple, l'aménagement ayant dû être réalisé dans leur chambre afin de limiter et prévenir les chutes. La pose d'une moquette a donc été l'aboutissement d'un travail de réflexion mené conjointement et entrepris pour assurer la continuité de leur lieu de vie.

L'un des objectifs recherché lors des retours à domicile est ainsi de poursuivre les activités afin de « résister aux contraintes, au déclin des forces vitales et à la maladie » (Gagnon, 2018). Des stratégies différentes sont adoptées pour continuer les tâches centrales dans le mode de vie de ces personnes. Tandis qu'une cliente (AD T 8) annonce qu'elle a délégué certaines tâches comme le ménage pour se consacrer à la préparation de ces repas, une autre (PR 9) explique poursuivre ses activités mais de façon moins conséquentes. Cela revient au concept de déprise où les personnes poursuivent « certaines de leurs activités antérieures sur une plus petite échelle » (Caradec, 2012). D'après F. Balard, les femmes ont davantage de faciliter à « relativiser leur fragilité » pour « continuer à vivre » (Balard, 2013). Une cliente explique ainsi avoir réduit les activités qu'elle pratique en raison de sa fatigue mais affirme qu'elle *« relativise énormément »* et qu'elle *« ne voit plus les choses de la même façon »* (AD T 8). Se détachant des capacités perdues du fait de leurs maladies et hospitalisations, les clientes de l'agence Age d'Or Services Brest sont en effet plus nombreuses à « prioriser » les activités qu'elles souhaitent voir perdurer et déléguer d'autres qu'elles considèrent de moindre importance.

« Je fais du ménage un peu mais on voit bien la différence par rapport à avant, je ne peux pas tout faire, donc des fois je suis obligée de m'arrêter, je fatigue » (PR 9) déclare une cliente. Le travail d'adaptation effectué par les clients à leur retour à domicile se fait donc également sous le signe de la renonciation. Délaisser une activité est alors un « travail préventif » (Baszanger, 2010) mené dans le but d'écarter la survenue d'un risque, d'une maladie, d'un accident. Une cliente présente sa renonciation à la marche qu'elle pratiquait au sein d'un groupe comme un travail de deuil qu'elle a entrepris afin de réduire les risques de survenue d'un autre AVC. Mais alors que des ajustements peuvent être organisés pour assurer la continuité de la vie au domicile, certaines difficultés persistent.

3.2. Des attentes non pourvues

Concilier trajectoires de maladies et mode de vie à domicile est l'objectif recherché par l'ensemble des personnes qui rentrent à domicile après une hospitalisation. Cependant, si la définition même de la notion de parcours énonce qu'ils « sont souvent jalonnés d'obstacles » (Jaeger, 2017), des craintes, difficultés et attentes restent parfois impossible à satisfaire. Les situations de fragilités nées autour des séjours hospitaliers entravent la réorganisation du mode de vie lors des retours à domicile.

Avant d'entamer un travail d'adaptation et d'ajustement de leurs modes de vie pour rester chez elles, les personnes ayant connu une hospitalisation doivent tout d'abord se « remettre » de cette expérience. La majorité des clients interrogés évoquent « l'épreuve » qu'ils considèrent être le séjour à l'hôpital. Beaucoup d'entre eux expliquent être revenus de l'hôpital dans un état de grande fatigue. Tous les clients interrogés affirment en effet qu'une hospitalisation est une étape désagréable qu'ils souhaitent ne plus connaître. Un client reconnait que *« c'est traumatisant, d'aller à l'hôpital, de revenir »* (AD 1) et vit ces moments de façon très difficile. Ce sont aussi les conséquences ayant trait à l'hospitalisation qui demandent une acceptation de la part des personnes qui les vivent. Une cliente dont le séjour à l'hôpital s'est soldé par une amputation de la jambe gauche déclare *« Il y a des moments où c'est dur parce qu'il faut se dire que ça, ça ne repoussera pas »* (AD PR 5). C'est donc le « deuil » de certaines capacités, d'un champ des possibles qui doit être réalisé par les personnes en faisant l'expérience.

Alors que les « métamorphoses du corps » (Attias-Donfut, 2012) participe à la modélisation des parcours de vie, certaines transformations génèrent des conséquences qui sont difficiles à surmonter pour ces individus. Les suites de l'AVC qu'a connu une cliente (PR 9) de

l'agence Age d'Or Services Brest l'ont contraint à abandonner certaines activités, du moins, de manière temporaire. Jouer du piano, de l'accordéon, sont des loisirs qu'elle n'arrive plus à pratiquer du fait des séquelles laissées par cet accident de santé. Mais cette cliente explique qu'au-delà de ces renoncements, elle doit continuer de vivre avec le risque de connaître à nouveau un AVC, comme une *« Epée de Damoclès au-dessus de la tête »* (AD T 8). Cette peur est omniprésente chez cette cliente et tient à « l'identification » qu'elle porte « à son existence corporelle » (Attias-Donfut, 2012).

Les craintes exprimées par les clients interrogés sont directement liées aux raisons qui les ont conduits à l'hôpital mais aussi aux maladies et problèmes de santé rencontrés. En ce sens, un client admis à l'hôpital à la suite d'une chute garde ce risque en tête lors de son retour à domicile. Si cette peur de la chute est évoquée par plusieurs clients, des différences d'appréciation de celles-ci sont observées. Les clients ayant déjà connu une chute au sein de leur domicile envisagent alors cette possibilité dans leur habitat comme dans leur environnement extérieur. Un client (AD 1) ayant déjà chuté à son domicile projette cette situation et toutes les conséquences en découlant. Il nous explique ainsi, les obstacles que les secours devront franchir avant de pouvoir lui venir en aide. Il annonce ne pas être *« tranquille »* (AD 1) face à cette probabilité. Un autre client explique les stratégies mises en place pour limiter la survenue de ce risque notamment lors de la descente des escaliers : *« je me tiens, et je me tire à la rambarde, descendre, je suis beaucoup plus prudent »* (AD 3). Malgré l'adoption de moyens pour éviter de chuter, cette crainte ne disparaît pas et fait partie du quotidien vécu par ces individus.

A contrario, les personnes qui utilisent un soutien matériel (Canne, béquille, fauteuil roulant, etc...) sans avoir connu une chute à l'intérieur de leur logement développent cette crainte dans les endroits qui ne leur sont pas totalement familier. Ce sont principalement, les trottoirs et les espaces extérieurs qui sont visés par ces peurs. L'une des clientes explique utiliser une canne lors de ses sorties pour contrer sa *« peur de perdre l'équilibre »* (PR 9). Si cette personne a réussi à trouver une alternative pour poursuivre de petite escapades, elle indique pourtant *« c'est vrai, je ne vais pas très loin toute seule »* (PR 9). Le discours d'une autre cliente est similaire puisqu'elle explique être *« pénalisée »* (AD PR 6) depuis qu'elle ne parvient plus à se déplacer seule en ville. Ne pouvant trouver de réponses, ces incapacités prennent une « importance croissante dans l'identité individuelle » (Attias-Donfut, 2012).

Les incapacités physiques ne sont pas les seules responsables de ces difficultés d'adaptation du mode de vie au domicile. Tandis que les sorties de l'hôpital sont généralement

orchestrées par l'entourage, familial et professionnels des personnes hospitalisées, la revendication de ces droits lors du retour à domicile peut s'avérer complexe. En ce sens, les difficultés énoncées par les clients interrogés portent principalement sur les moyens financiers dont ils disposent. Si une mesure de curatelle a été mise en place pour une cliente à la suite de son séjour à l'hôpital, celle-ci ne l'a *« pas digéré »* (AD PR 6). Il est pour elle difficile de recevoir l'aide de sa fille exerçant la mesure tout comme le fait d'accepter de ne plus disposer de son argent librement. Non concerné par une mesure de protection, un autre client explique qu'il a été conclu avec ses filles qu'elles disposeraient de sa carte bancaire afin d'éviter que celui-ci « retombe » dans l'alcoolisme. Si ce client possède chaque semaine une somme d'argent en liquide afin d'effectuer ses dépenses courantes, cet accord pèse de plus en plus sur son quotidien puisqu'il envisageait cette situation de façon temporaire. Il s'agit donc aussi de la place prise ou accordée à l'entourage à la sortie de l'hôpital qui impacte la réappropriation du mode de vie au domicile par ces personnes. C'est parfois au travers de cet entourage que ces personnes définissent leur identité.

Pour autant, les données recueillies donnent à voir les difficultés de réorganisation de la vie au domicile lorsque les personnes qui sortent d'hospitalisation se retrouvent dans des situations de solitude ou d'isolement. Si les définitions conventionnelles de ces deux termes peuvent se rapprocher, les auteurs tels que P. Pitaud et D. Argoud s'accordent pour les distinguer. L'isolement est alors décrit comme un état concret et mesurable d'une situation d'une personne seule. Cet élément peut en effet rendre difficile le retour à domicile. C'est le cas d'un client qui explique, lorsqu'il est rentré chez lui, s'être *« retrouvé seul* » et avoir *« eu du mal »* (AD 3). Des difficultés d'organisation notamment en termes de logistiques sont en effet apparues du fait de cet isolement. Cependant, si des stratégies permettent de dépasser ces difficultés en adaptant son organisation quotidienne, le sentiment de solitude peut quant à lui persister. Ce terme est défini par P. Pitaud comme une « perception d'une déficience de son réseau de relations sociales » (2004). *« Quand il y a quelqu'un c'est plus facile, quand on a une autre personne avec soi »* (AD 1) explique un client éprouvant de la solitude depuis son retour à domicile. Cette perception n'est pas sans conséquences sur le quotidien puisqu'elle entraine un abandon total de certaines activités alors mêmes que des solutions auraient pu être pensées.

En somme, certaines dimensions façonnant les modes de vie au domicile ne trouvent de réponse et s'inscrivent comme des « failles » dans l'organisation de la vie de ces individus. L'explication donnée par une assistante sociale de l'hôpital réside dans le fait que certain parcours de vie feront l'objet de séjours à l'hôpital. Et d'après elle, si les professionnels

s'évertuent à imaginer des solutions pour l'ensemble des situations rencontrées c'est principalement car *« c'est plus le corps médical qui a du mal à entendre ça »* (AS Dermatologie). Le fait que les hospitalisations rythment les parcours de vie de certaines personnes âgées est inenvisageable dans une société ou chaque problème doit trouver une solution.

CONCLUSION

Les sorties d'hospitalisations représentent une étape importante du parcours de vie des individus en faisant l'expérience. Le service d'aide et d'accompagnement à domicile fait ainsi partie des soutiens nécessaires lors de cette transition. L'accompagnement proposé au travers des différentes prestations et services pouvant être mis en place participe à la réappropriation du mode de vie par les personnes rentrant chez elles. Demandant une prise en considération des dimensions questionnées lors des retours à domicile, il était nécessaire de se pencher sur cette problématique.

Si notre postulat de départ, indiquant que les parcours de soins ont des effets de mise en questions plus ou moins importants sur les modes de vie, est affirmé, d'autres éléments ont aussi été révélés. Ce travail aura permis de faire émerger que l'organisation des sorties d'hospitalisation revient, dans un premier temps, aux établissements hospitaliers. Une « médicalisation » du retour à domicile est alors observée, au cours de laquelle, le consentement des personnes concernées se révèle être une acceptation des aides et services mis en place (Lechevalier Hurard, Vidal-Naquet, Le Goff, Béliard, Eyraud, 2017). L'agence Age d'Or Services Brest se positionne comme un acteur s'intégrant à cette étape de vie où l'objectif poursuivi, par les « organisateurs » de cette sortie, est de répondre aux besoins de santé de ces individus. La « fragilité » des personnes hospitalisées est alors perçue comme un « problème médical » devant être résolu par des soins de santé. L'offre de service proposée, notamment par l'agence Age d'Or Services Brest, est donc déclinée, assurant ainsi un accompagnement « individualisé » des personnes à leur retour à domicile.

Le retour à domicile des personnes hospitalisées ayant eu lieu, l'agence Age d'Or Services Brest se place comme un acteur s'intégrant à un mode de vie, plus ou moins nouveau selon les aménagements produits. La seconde hypothèse déclarant une réorganisation du mode de vie à domicile selon une succession d'étapes permettant ou non de préserver le sens de la vie à domicile, prend alors forme. Les changements du mode de vie prescrit par l'hôpital peuvent alors s'ancrer dans le quotidien et conduire à des « bifurcations », des « discontinuités » des parcours de vies. Les différents temps observés lors des retours à domicile peuvent aussi permettre aux individus ayant vécus une ou plusieurs hospitalisation, de mettre en avant des capacités leur permettant d'assurer une continuité de leur mode de vie à domicile. L'affirmation de souhaits, la discussion avec les soutiens présents, mais aussi le travail d'adaptation sont autant d'éléments permettant le prolongement de la vie au domicile selon le sens accordé avant l'hospitalisation.

La construction de cette nouvelle étape de vie, bien qu'emprunt au parcours de vie antérieur à l'hospitalisation tient compte des difficultés rencontrées. Ce sont donc des « biographies plus incertaines et singulières » (Guillemard, 2017), qui se poursuivent lors des retours à domicile, selon les ressources propres à chaque individu. La dernière hypothèse tenant à l'importance des soutiens lors de la réorganisation du mode de vie au domicile est ainsi affirmée. Néanmoins, la souplesse et la flexibilité en matière de préservation de la vie au domicile est relative à chaque acteur intervenant. La réponse à des besoins fondamentaux orchestrée par l'hôpital met en question la cohérence de la vie à domicile. De manière différente,

la continuité dans l'accompagnement proposé par les proches (famille, voisins, amis) aux individus ayant fait l'expérience de l'hospitalisation leur assure un temps d'appropriation lors de ces retours. Similairement, les services dispensés par l'agence Age d'Or Services Brest contribue à l'affirmation de droits de la part des individus. Les missions ainsi réalisées par cette structure lui confèrent un rôle clé en matière de promotion du lien entre le parcours vécu avant l'hospitalisation, et celui que les personnes tentent de reconstruire.

Assurant des missions de prévention de ces situations d'hospitalisations que connaissent ses clients, l'agence Age d'Or Services Brest semble être un outil compétent pour traduire les volontés des pouvoirs publics. Si l'hôpital peut s'avérer être une étape constitutive d'un grand nombre de parcours de vie vécus par les « personnes âgées », il est nécessaire pour ce service de veiller à la préservation du sens de la vie à domicile. C'est donc le bien-être représenté par l'organisation du mode de vie en place qui est recherché, en permettant la cohabitation du parcours de soins.

Alors que les pouvoirs publics, relayés par les professionnels du secteur médico-social, laissent entendre que le domicile est le « meilleur endroit pour vieillir » (Anchisi, Kuhne, Debons, Follonier, 2014), les pratiques mises en place pour accompagner cette étape de vie ne reflètent pas toujours cette idée. Tandis que les services d'aide et d'accompagnement à domicile se sont construits en suivant un même modèle, des prestations équivalentes sont dispensées par l'ensemble de ces structures. Ces organisations donnent à voir une compréhension du domicile comme un « sas avant l'institution » (Ibid), en élaborant des accompagnements « standardisés » visant principalement à répondre à des besoins fondamentaux.

Pourtant, les situations très différentes que connaissent les personnes à leur retour de l'hôpital laissent à penser que ce sont « des réponses non standards » (Guillemard, 2017), qui devraient être mises en place. Malgré la personnalisation des plans d'aides, opérée au fil de l'accompagnement de la vie à domicile, le sens de ces réponses reste ambigu. Les retours à domicile après hospitalisation de personnes âgées sont toujours considérés comme des problématiques qui demandent à être résolues. Plus largement, c'est le regard que la société accorde au vieillissement qui interroge. Le questionnement émis dans le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie (2015) prend alors sens : « Le vieillissement harmonieux ne résulte-t-il pas finalement d'un dialogue constructif entre la personne, son environnement et les acteurs de la protection sociale ? »

NOTE DE SYNTHESE

L'avancée en âge expose davantage les individus à certains risques pouvant les conduire à faire l'expérience d'une ou de plusieurs hospitalisations. L'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation déclare qu'1,5 millions de personnes âgées de plus de 80 ans sont hospitalisées chaque année en France. Ces séjours se distinguent de ceux connus par le reste de la population Française notamment, par des durées d'hospitalisations qui se révèlent être plus longue que la moyenne. C'est aussi, par une plus forte tendance à des ré-hospitalisations que les séjours hospitaliers des « personnes âgées » se différencient. Une prévention centrée sur la réduction des risques de ré-hospitalisations évitables est donc conduite par les pouvoirs publics et relayée par les acteurs médico-sociaux et de santé.

Ce travail de recherche-action a pour premier questionnement de comprendre les enjeux de l'hospitalisation sur la vie à domicile. L'immersion au sein d'un service d'aide et

d'accompagnement à domicile nous a permis d'observer les retours à domicile de personnes ayant fait l'expérience de l'hospitalisation. Ainsi, des changements liés à l'état de santé des individus et à leur environnement les contraignent à apporter des modifications dans leur mode de vie. Le recours à de nouveaux modes de soutiens tel que le service d'aide et d'accompagnement à domicile témoignent de ces aménagements. En ce sens, l'hospitalisation des « personnes âgées » est appréhendée comme un problème tant social que médical.

Dans ce contexte, l'objet de recherche-action retenu pour ce travail cherche à comprendre en quoi l'expérience d'une ou de plusieurs hospitalisations de personnes âgées les conduit à réaménager l'organisation de leur mode de vie à domicile ? Afin de répondre à ce questionnement, la méthodologie mise en œuvre implique la rencontre de différents acteurs intervenant au cours de cette étape des retours à domicile. C'est dans un premier temps, les clients du service d'aide et d'accompagnement à domicile que nous avons souhaité rencontrer. Ces personnes ont fait l'expérience d'une hospitalisation et sont de retour à leur domicile depuis moins de deux ans. L'objectif est alors de saisir le parcours vécu, les obstacles et les soutiens dans les aménagements mis en place pour permettre ce retour à domicile. Une observation et des échanges ont également été conduits avec les professionnels du service afin de comprendre les pratiques et rôle assurés tout au long de l'accompagnement de ces personnes connaissant une hospitalisation. Enfin, alors que les retours à domicile s'organisent bien souvent avec l'aide d'autres acteurs, quatre partenaires privilégiés du service ont été rencontrés. Ces partenaires, travailleurs sociaux du secteur hospitalier et coordinateur de service médico-social nous ont ainsi éclairé sur leurs pratiques au cours de l'organisation de cette étape.

Deux séquences clés des retours à domicile ont été identifiées à partir de l'analyse de l'ensemble des données recueillies. Les réaménagements de l'organisation des modes de vie à domicile après une hospitalisation s'élaborent donc en deux temps. L'organisation dans un contexte d'urgence de la sortie de l'hôpital constitue le premier d'entre eux en affichant dès lors, des ajustements permettant aux personnes concernées de retourner à leur domicile. Majoritairement orchestrées par l'hôpital, ces sorties donnent lieu à une scénarisation des modes de vie à domicile qui visent à satisfaire les besoins fondamentaux des individus. Les soins d'hygiène, l'alimentation et la sécurité du domicile sont les principaux éléments à l'origine de la mise en place de services pour assurer ces retours. Au cours de ce premier temps, une coordination des acteurs se met en place de manière normative entre les professionnels hospitaliers mais aussi ceux du domicile afin de proposer des services nécessaires lors de cette

étape. L'entourage présent dans ces situations est alors encouragé à s'investir dans le retour à domicile de leur proche.

L'étape de la sortie d'hospitalisation passée, le travail mené montre que c'est en fonction des capacités et ressources personnelles de chacun que l'accompagnement initialement prescrit peut progressivement être adapté, selon les besoins et attentes des personnes concernées. Si l'objectif de ces personnes ayant été hospitalisées, est de poursuivre le parcours de vie engagé avant cette expérience, il va désormais leur falloir conjuguer avec leurs trajectoires de maladies. C'est progressivement que les individus vont mettre en place des stratégies d'adaptation, avec l'aide de différents soutiens. Selon les orientations prises, certains vont réussir à négocier des accompagnements « sur-mesure » quand d'autres, vont rester dans le format du départ, davantage prescrit. Les personnalisations des services au domicile vont ainsi plus ou moins permettre une réappropriation par les personnes concernées de leur mode de vie à domicile.

En somme, alors que les retours à domicile sont ordinairement pensés par l'hôpital, la poursuite des modes de vie à domicile est envisagée par les personnes concernées recevant différents soutiens. L'importance de la prise en considération des enjeux que représente l'hospitalisation au sein d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile est apparue au cours de ce travail. Tandis que des changements quotidiens ont trait à des réorganisations liées à l'hospitalisation, une attention particulière de ces situations est nécessaire de la part du service. C'est ainsi, à partir des postures et rôles entretenus par l'ensemble du personnel de la structure que peuvent s'élaborer les ajustements des accompagnements. De plus, au cours de ce travail, les liens et échanges rassemblant les acteurs participant à ces aménagements ont été mis en lumière. Il semble donc qu'une promotion d'un accompagnement de qualité, adapté aux besoins et attentes des personnes concernées, passent par une coordination avec les professionnels et l'entourage. Dans ce cadre, les partenariats conclus avec les acteurs clés intervenant au fil de ces parcours sont précieux.

Le travail de recherche-action mené nous a ainsi permis de saisir les enjeux des hospitalisations sur les réaménagements de l'organisation des modes de vie à domicile. Cependant, conduit au sein du contexte particulier d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile, des questions subsistent. Ce sont en effet, les particularités de cette structure qui favorisent certains ajustements des services au cours des accompagnements. Ainsi, l'homogénéité des possibilités proposées au sein des services d'aide et d'accompagnement à domicile questionne.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION **5**

CHAPITRE 1. L'HOSPITALISATION DES PERSONNES AGEES EN FRANCE : UNE QUESTION SOCIALE AUTANT QUE MEDICALE **8**

1. Les enjeux du vieillissement de la population Française **8**

1.1.Le contexte socio-démographique du vieillissement 8

1.2.Des personnes âgées fragiles ? 10

2. L'évolution de l'offre gérontologique **12**

2.1.Les dispositifs d'accompagnement des vieillissements 12

2.2.Les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile 14

3. Les « trajectoires » de maladies et de vie au domicile **16**

3.1.La généralisation de soins à domicile qui affectent les modes de vie 17

3.2.Des « parcours de vie à domicile » réorientés par l'hospitalisation 19

CHAPITRE 2. DES EXPERIENCES DE RETOUR CHEZ SOI APRES UNE HOSPITALISATION **23**

1. Des retours à domicile différenciés **23**

1.1.Des effets entre trajectoires de maladies et parcours de vie 23

1.2.Des transitions pour « démédicaliser » et préserver le sens de la vie à domicile 25

1.3.Des soutiens au moment des retours à domicile 28

2. Un contexte d'accompagnement des retours à domicile **30**

2.1.Le SAAD « Age d'Or Services Brest » 30

2.2.Les enjeux des retours à domicile pour les personnes, leur entourage et les professionnels des services 33

❖ Définition du questionnement 33

❖ Définition de l'objet de recherche 35

3. La mise en œuvre d'une méthodologie de recherche-action **36**

❖ Entretiens auprès des clients ayant fait l'expérience de l'hospitalisation 37

❖ Recueil de données auprès des professionnels de l'agence Age d'Or Services Brest 42

❖ Entretiens auprès des partenaires de l'agence Age d'Or Services Brest 44

❖ L'analyse des parcours marqués par l'hospitalisation 46

CHAPITRE 3. DES SORTIES DE L'HOPITAL ORGANISEES EN URGENCE POUR REPONDRE A DES BESOINS **48**

1. Un ordonnancement du mode de vie à domicile **48**

1.1.Une sortie « médicale » de l'hôpital 48

1.2.La priorité donnée aux besoins de santé 51

2. Des parcours anticipés par les professionnels **55**

2.1.Une coordination normée 55

2.2.Un travail prescrit aux membres de l'entourage 58

3. Une scénarisation de la vie à domicile **61**

3.1.Des prestations individualisées dans le cadre d'un panier de services 61

3.2.Des recours différenciés au SAAD 64

CHAPITRE 4. DES ACCOMPAGNEMENTS PROGRESSIVEMENT ADAPTES POUR SATISFAIRE DES BESOINS ET DES ATTENTES **68**

1. L'appropriation du retour à domicile **68**
1.1.Une personnalisation progressive des services 68
1.2.Le pouvoir d'agir des personnes qui reviennent à domicile 71
2. Une négociation de l'organisation de la vie au domicile **73**
2.1.Une flexibilité des professionnels du domicile 73
2.2.Des droits affirmés par le statut de client 76
3. Des tentatives de conciliation entre trajectoires de maladies et formes de vie à domicile **79**
3.1.Un travail d'adaptation pour rester chez soi 79
3.2.Des attentes non pourvues 82

CONCLUSION **86**

GLOSSAIRE

AD : Aide à Domicile

AFNOR : Association Française de Normalisation

AGGIR : Autonomie, Gérontologie Groupe Iso-Ressources

ALD : Affection Longue Durée

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARDH : Aide au Retour à Domicile après Hospitalisation

AS : Assistante Sociale

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AVS : Auxiliaire de Vie Sociale

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de Santé Au Travail

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CDAS : Centre Départemental d'Action Sociale

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GIR : Groupe Iso-Ressources

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HIA : Hôpital d'Instruction des Armées

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MJPM : Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs

MOBIQUAL : Mobilisation pour l'amélioration de la Qualité des pratiques professionnelles

PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

PCH : Prestation de Compensation du Handicap

PR : Portage de Repas

PSD : Prestation Spécifique Dépendance

RIP : Recueil d'Informations Préoccupantes

SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SARLU : Société A Responsabilité Limitée Unipersonnelle

SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

T : Téléassistance

UAG : Unité d'Accueil Gériatrique

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

VSL : Véhicule Sanitaire Léger

BIBLIOGRAPHIE

- ADEUPA. (2017), « Portrait de Brest Métropole ».
- Age d'Or Services Brest. (2018), « Projet de service Age d'Or Services Brest 2018-2022 ».
- Amalberti R. (2012), « La sortie de l'hôpital, phase de transition à très haut risque », *Le concours médical*, (tome 134, n°8), p. 651-653.
- Anchisi A., Kuhne N., Debons J., Follonier M-C. (2014), « Situations de soins à domicile : discontinuité des trajectoires », *Recherche en soins infirmiers*, (n°118), p. 26-37.
- ATIH. (2017), « Hospitalisation Chiffres Clés 2016 ».

- Baszanger I. (2010), « Une autonomie incertaine : les malades et le système de soins », in Hirsh E., *Traité de bioéthique*, Erès, p. 189-198.
- Bauduret J.F. (2013), *Institutions sociales et médico-sociales : de l'esprit des lois à la transformation des pratiques*, Paris, Dunod, 276p.
- Béland F., Michel H. (2013), *La fragilité des personnes âgées. Définitions, controverses et perspectives d'action*, Presses de l'EHESP, 288p.
- Bertillot H., Bloch M-A. (2016), « Quand la "fragilité" des personnes âgées devient un motif d'action publique », *Revue française des affaires sociales*, p. 107-128.
- Blanchet M., (2017), *Atlas des séniors et du grand âge en France, 100 cartes et graphiques pour analyser et comprendre*, Rennes, Presses de l'EHESP, 188p.
- Bleher Y., Dimet J., Guimard T., Perre P., Février R. (2012), « Personnes âgées hospitalisées dans un service de médecine polyvalente : description initiale, suivi à un an », *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieill*, (n°10), p. 47-54.
- Bloch M-L, Hénaut L. (dir.), (2014), *Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris, Dunod, 315p.
- Boisguérin B., Mauro L. (2017), « Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier », *DREES Etudes et Résultats*, n°1007.
- Boisguérin B., Mauro L. (2017), « Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue », *DREES Etudes et Résultats*, n°1008.
- Bouquet B., Dubéchot P. (2017), « Parcours, bifurcations, ruptures, éléments de compréhension de la mobilisation actuelle de ces concepts », *Vie sociale*, (n°18), p. 13-23.
- Cap retraite. (2017), « Observatoire 2017 - L'hôpital face au vieillissement de la population française ».
- Capuano C. (2017), « De l'aide à domicile aux services à la personne. Les incohérences des politiques de la tierce personne des années 1960 à nos jours », *Vie sociale*, n°17, p. 13-29.

- Caradec V. (2018), « Intérêt et limites du concept de déprise. Retour sur un parcours de recherche », *Gérontologie et société*, n°155, p. 139-147
- Caradec V., Ertul S., Melchoir J-P. (dir.) (2012), *Les dynamiques des parcours sociaux : temps, territoires, professions*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 272 p.
- Cardon P. (2015), « La prévention nutritionnelle comme mode de gestion publique du maintien des personnes âgées à domicile », *Questions de communication*, 27, p.63-78.
- Cardon P., Gojard S. (2008), « Les personnes âgées face à la dépendance culinaire : entre délégation et remplacement », *Retraite et société*, (n°56), p. 169-193.
- CNSA. (2012), « Promouvoir la continuité des parcours de vie: d'une responsabilité collective à un engagement partagé ».
- CNSA. (2017), « Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie ».
- Cour des comptes. (2016), *Entité et politiques publiques : Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler*, Rapport public thématique, Paris, La documentation Française, 198p.
- Cresson G., Schweyer F-X. (dir.), (juin 2000), *Les usagers du système de soins*, Rennes, Editions ENSP, 352p.
- Dormont B. (2009), « Vieillissement et dépenses de santé », *Presses de Sciences Po*, « Hors collection », p. 123-130.
- Dossier de presse relatif à la loi d'adaptation de la société au vieillissement. (janvier 2016).
- Ennuyer B. (2003), « Les aides à domicile : une profession qui bouge. Un rôle clé dans le maintien à domicile mais toujours un manque de reconnaissance sociale », *Gérontologie et société*, n°104, p. 135-148.
- Ennuyer B. (2014), *Repenser le maintien à domicile : enjeux, acteurs, organisation*, Paris, Dunod, 310p.
- Fernandez G. (2014), « Quand les décisions touchent à l'autonomie des personnes : quelle place pour les médecins généralistes ? », *Retraite et société*, (n°67), p.111-129.

- Fournier P. (2002), « La collaboration ville-hôpital, de la filière au réseau gérontologique : éviter une hospitalisation non justifiée ou réussir une sortie difficile », *Gérontologie et société*, (n°100), p. 131-147.
- Gagnon E., (2018), « La déprise comme interrogations : autonomie, identité, humanité », *Gérontologie et société*, p. 33-44.
- Grossetti M., (2009), « Imprévisibilités et irréversibilités : les composantes des bifurcations », *La découverte « Recherches »*, p. 147-159.
- Guillemard A-M., Mascova E. (dir.), (2017), *Allongement de la vie. Quels défis ? Quelles politiques ?*, Paris, Editions La Découverte, 413p.
- HAS, (Avril 2013), Note méthodologique et de synthèse bibliographique « comment réduire le risque de ré hospitalisations évitables des personnes âgées ? »
- Hummel C., Mallon I., Caradec V. (dir.), (2014), *Vieillesses et vieillissements : regards sociologiques*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 403p.
- Jaeger M. (2017), « Une nouvelle temporalité dans l'action sociale et médico-sociale », *Vie sociale*, (n°18), p. 45-56.
- Jeandel C. (2013), « L'hôpital de l'avenir et le parcours de soins idéal », *Le concours médical*, (tome 135, n°8), p. 633-637.
- Lalive d'Epinay C. Guilley E. (2004), « Les dernières années de longues vies. L'incapacité lourde constitue-t-elle aujourd'hui la dernière étape de la vie ? », *Gérontologie et société*, n°110, p. 121-129.
- Lapierre N. (1983), « Guérir de vieillesse », in Communications. *Le continent gris. Vieillesse et vieillissement*. 37. p. 149-165.
- Le Borgne-Uguen F., Pennec S. (2018), « Un processus de déprise étayé par le soutien d'une maisonnée », *Gérontologie et société*, n°155, p. 73-86.
- Le Roy A., Puissant E. (2016), « Evolution des référentiels politiques dans l'aide à domicile », *RECMA*, n°342, p. 69-84.
- Le Strat F., Molina V. (2017), « En 2050, près d'un Breton sur trois serait un sénior », *INSEE Analyses Bretagne*, n°58.

- Lechevalier Hurard L., Vidal-Naquet P-A., Le Goff A., Béliard A., Eyraud B. (2017), « Construire le consentement. Quand les capacités des personnes âgées sont altérées ». *Revue française des affaires sociales*, p. 41-60.
- Legrand M., Voléry I. (dir.), (2013), *Genre et parcours de vie : Vers une nouvelle police des corps et des âges ?*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy, 320p.
- Loubat J-R. (Juillet/Aout 2013), « Parcours et projets de vie : vers une reconfiguration de l'action médico-sociale », *Les cahiers de l'actif*, (n°446-447), 14p.
- Observatoire de la fondation de France. (2014), « Les solitudes en France ».
- Papon S., Beaumel C. (2018), « Bilan démographique 2017 : Plus de 67 millions d'habitants en France au 1er janvier 2018 », *INSEE Première*, n°1683.
- Pennec S., Le Borgne-Uguen F., Douguet F. (dir.), (2014), *Les négociations du soin : les professionnels, les malades et leurs proches*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 283p.
- Pitaud P. (dir), (2004), *Solitude et isolement des personnes âgées : l'environnement solidaire*, Ramonville Saint-Agne, Erès, pratiques du champ social, 270p.
- Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie, Remis à Laurence Rossignol, (septembre 2015).
- Projet de service agence Age d'Or Services Brest 2018-2022.
- Rigaux N. (2011), « Autonomie et démence », *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieill*, n°9, p. 107-115.
- Robin P. (2016), « Le parcours de vie, un concept polysémique ? », *Les cahiers de l'actif*, (n°67), p. 33.-41.
- Soullier N., Weber A.. (2011), « L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile », *DREES Etudes et Résultats*, n°77.
- Trabut L., Weber F. (2009), « Comment rendre visible le travail des aidants ? Le cas des politiques de la dépendance en France », *Idées économiques et sociales*, n°158, p. 13-22.

- Vercauteren R. (dir.), (2011), *Dictionnaire de la gérontologie sociale*, Toulouse, Erès, « pratiques gérontologiques », 280p.
- Viriot-Durandal J-P. (2001), « Empowerment et vieillissement ou l'âge et le pouvoir en question », in Monique Legrand, *La retraite : une révolution silencieuse*, ERES, « Pratiques du champ social », p.325-341.

ANNEXES

Annexe 1 : Exemple de document individuel de prise en charge – Age d'Or Services Brest

AGE D'OR SERVICES
Une présence active à vos côtés

Document individuel de prise en charge

Ce document, est élaboré conformément aux dispositions légales en vigueur avec la participation et l'accord de la personne prise en charge, de sa famille ou de son représentant légal, ou de sa personne de confiance. Il a pour objet de définir les conditions générales d'intervention au domicile du bénéficiaire. Il est établi lors de l'intervention initiale et remis au bénéficiaire et, le cas échéant à son représentant légal, au plus tard dans les 15 jours qui suivent le démarrage des prestations. Le document individuel de prise en charge (DIPEC) est signé dans le mois qui suit le début de la prise en charge. Une copie du DIPEC signé est remise à la personne de confiance, après accord du bénéficiaire.
En cas de situation d'urgence, le DIPEC est établi au plus tard dans les 14 jours ouvrés après le début de la première intervention. Une situation d'urgence est caractérisée dans les cas suivants : sortie d'hôpital, de clinique, de maison de repos, indisponibilité soudaine de l'aidant.
En dehors de ces cas définis, il convient de se référer à l'agence Age d'Or Services

DOCUMENT INDIVIDUEL DE PRISE EN CHARGE ENTRE :

D'une part, l'agence Age d'Or Services de……, représentée par le Gérant Mr/Mme……, ci-dessous désigné comme

1

LE PRESTATAIRE
Et d'autre part Mr/Mme,……
ci-dessous désigné(e) comme

LA PERSONNE ACCOMPAGNÉE
Qualité civile ☐ monsieur ☐ madame
Situation de famille ☐ marié(e) ☐ célibataire ☐ veuf(ve) ☐ divorcé(e) ☐ Pacs
Prénom : XXXXXXXXXXX
Nom de naissance : XXXXXX
Nom d'usage : XXXX
Date de naissance : xx/xx/xxxx
Profession : ……..
Adresse :……
☐☐☐☐☐ ……..
Téléphone domicile : XXXXXXXX
Email : ……. @……..

☐ 1ère demande ☐ Réévaluation

Date de la dernière réévaluation : ……

Votre prise en charge par l'agence Age d'Or Services…….. a été décidée

par ..... pour une durée :

- ❒ déterminé de ..... jours,
- ❒ déterminé de jours renouvelable par tacite reconduction,
- ❒ indéterminé

Le cas échéant, accompagné par Mr/Mme.....

dénommé(e) comme

LE REPRESENTANT DE LA PERSONNE ACCOMPAGNÉE

Qualité civile ☐ monsieur ☐ madame
Situation de famille ☐ marié(e) ☐ célibataire ☐ veuf(ve) ☐ divorcé(e) ☐ Pacs
Prénom : XXXXXXXXXXX
Nom de naissance : XXXXXX
Nom d'usage : XXXX
Date de naissance : xx/xx/xxxx
Profession : .....
Adresse :.....
☐☐☐☐☐ .....
Téléphone domicile : XXXXXXXX
Email : ..... @.....

☐ *Votre personne de confiance* à désigner (cf. à la notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance qui vous a été remise lors de la prise en charge) qui peut intervenir conjointement avec ou en votre nom, alors que vous exercez pleinement vos droits.
☐ *Votre représentant légal* (préciser : tuteur, curateur, mandat de protection future, joindre photocopie du jugement ou du mandat

OBJECTIF DE LA PRISE EN CHARGE :

L'agence Age d'or Services et la personne aidée **(ou le représentant légal de la personne aidée)** ont défini comme objectif :

- ❒ de permettre à « toute personne fragilisée par l'âge, la maladie, le handicap, la perte d'autonomie et qui a pour choix de vie de rester à son domicile, de réaliser sa volonté ;
- ❒ de lutter contre l'isolement et la solitude ;
- ❒ de créer et/ou recréer un lien social ;
- ❒ aider les personnes dans l'accomplissement des tâches et des activités de la vie quotidienne en veillant à préserver l'autonomie des personnes aidées et à maintenir leur indépendance, notamment en les incitant à faire ce qu'elles peuvent encore effectuer sans aide ;
- ❒ .....

LA PRESTATION

1. L'évaluation individuelle préalable

Avant la mise en place éventuelle des interventions de l'agence Âge d'Or Services, M. / Mme ..... se rend à votre domicile et réalise une évaluation individuelle de vos besoins**.** Cette visite se déroule en votre présence (du représentant légal et/ou de votre personne de confiance). Une information complète est dispensée sur les prestations proposées par le service dans le livret d'accueil transmis.

2. L'évaluation dans le cadre du suivi de la personne accompagnée

Une évaluation continue de vos besoins sera réalisée tout au long de votre prise en charge. Cette évaluation permet de déterminer les actions appropriées à mettre en place pour vous accompagner dans votre projet de vie et de formuler les objectifs d'accompagnement. Cette évaluation est susceptible de modifier la prestation ci-après déclinée, entrainant la conclusion d'un **avenant** au présent contrat sous réserve de l'accord des deux parties. Dans tous les cas, une évaluation des besoins est prévue au moins une fois par an.

3. Planification des interventions - Engagement de la personne accompagnée

L'agence Âge d'Or Services assure les prestations décrites dans l'évaluation des besoins. Les prestations sont susceptibles de varier en fonction des résultats de l'évaluation, mais aussi en fonction des besoins ou des demandes du bénéficiaire.

Les modalités globales d'intervention du service sont précisées *dans le livret d'accueil remis au bénéficiaire*.

4. Rythme théorique déterminé et heures à indiquer :

Nombre d'heures par semaine……

Rythme théorique déterminé et nombre d'heures à indiquer :

Lundi : **de Xh à Xh pour entretien du logement en veillant particulièrement à…….**
Mardi : ……
Mercredi : ……..
Jeudi : ……
Vendredi : ……..
Samedi : ……
Dimanche : ……..

Tâches à effectuer :

☐ **Aide à la toilette**	☐ **Aide à l'habillage**
☐ **Aide à la préparation des repas**	☐ **Aide à la prise des repas**
☐ **Aide à l'entretien du logement**	☐ **Aide à l'entretien du linge**
☐ **Aide aux courses**	☐ **Aide aux transferts**
☐ **Aide aux déplacements extérieurs**	☐ **Aide aux démarches administratives**

Les horaires et la périodicité de passage vous seront communiqués par le référent lors de votre prise en charge.
Les horaires peuvent fluctuer en fonction :
- des urgences,
- des conditions climatiques,
- des tournées reparties géographiquement,
- de votre état de santé.

4

PAIEMENT ET MODALITES FINANCIERES

Il est annexé au présent document, à titre indicatif et non contractuel la grille tarifaire des prestations proposées par l'agence Age d'Or Services.
Les prestations assurées par l'agence Age d'Or Services sont pris en charge financièrement par la personne aidée. Elle peut obtenir des aides par le département ou tout autre organisme ayant conventionné avec l'agence Age d'Or Services qui lui seront énoncés lors de l'évaluation.

Coût horaire de la prestation en TTC : .....
Prise en charge APA, PCH du.....au.....
Nombre d'heures possibles/mois : .....
Pourcentage de reste à charge par le bénéficiaire :..... %
Nom de la Caisse de retraite : .....
Type de prise en charge : .....
Nombre d'heures : .....
Pourcentage de reste à charge du bénéficiaire : ..... %
Coût horaire global de la prestation :..... € par heure.

Le règlement s'effectuera dès réception de la facture mensuelle reçu à terme échu par :

☐ Chèque bancaire	☐ CESU préfinancé
☐ Virement bancaire	☐ Prélèvement automatique

☐ Espèces (le paiement en espèces des prestations n'ouvre pas le droit à un avantage fiscal

Tout retard de paiement pourra entraîner l'application de plein droit et sans mise en demeure préalable de pénalités de retard exigibles le jour suivant la date d'échéance indiquée sur la facture et égales à trois fois le taux d'intérêt légal. Une indemnité de 40 (quarante) euros au titre des frais de recouvrement pourra être également perçue dans le cadre d'une procédure de recouvrement judiciaire et sur présentation d'un titre exécutoire.

L'agence Age d'Or Services s'engage à fournir au bénéficiaire annuellement une attestation fiscale (hors paiement en espèces).

MODIFICATION D'HORAIRES

En cas de modification d'horaires d'intervention la personne aidée devra prévenir l'agence Age d'Or Services……jours à l'avance. En dehors des horaires d'ouverture, un répondeur est à disposition des usagers.

Le N° de téléphone est le suivant……

Les messages seront traités pendant les heures d'ouverture de l'agence Age d'Or Services.

Toute prestation de services annulée par le Bénéficiaire, en dehors des délais prévus à cet effet, fera l'objet d'une facturation conformément aux termes prévus au barème des prix en vigueur. 5

En cas d'hospitalisation, la prise en charge est suspendue jusqu'au retour de la personne aidée et remise en place dans les 48 heures suivant son retour.

Age d'Or Services signalera à la personne aidée ou son représentant légal dans les plus brefs délais tout retard ou absence de l'intervenant. Selon les disponibilités de chacun, et avec son assentiment préalable, la prestation prévue pourra être effectuée plus tard dans la journée ou à une autre date.

Age d'Or Services s'engage à remplacer le(s) intervenant(s) habituel(s) en cas d'absence de ce(s) dernier(s) pour congés ou maladie.

RESILIATION – EXTINCTION – RETRACTATION DE LA PRISE EN CHARGE

Se référer à l'article 12 des conditions générales de vente remise dans le livret d'accueil.

PERSONNE REFERENTE POUR VOTRE PRISE EN CHARGE SAAD

En cas de réclamation, le bénéficiaire peut contacter son référent AGE D'OR SERVICES ou écrire directement au franchiseur – L'AGE D'OR EXPANSION, Direction Qualité, 12 rue du Ravelin, 10 000 TROYES ou contacter le 0 810 053 400 (prix d'un appel local).

En cas d'échec de la demande de réclamation du Bénéficiaire formée conformément à l'article 8 des CGV, ou en l'absence de réponse du référent AGE D'OR SERVICES ou du franchiseur dans un délai de deux (2) mois suivant la date de cette réclamation, le Bénéficiaire pourra saisir le médiateur dont vous trouverez les coordonnées sur le site www.agedorservices.com ou par simple demande écrite à l'AGE D'OR EXPANSION - 12 rue du Ravelin - 10 000 Troyes, pour tenter de trouver une solution amiable à leur différend et de ne saisir la justice qu'en cas d'échec de la médiation.

La liste des personnes qualifiées en cas de litige sur le département de …… est remise en complément du livret d'accueil.
Tout différend touchant à l'interprétation ou à l'exécution du Contrat ou DIPEC sera porté devant le tribunal compétent.

CONNAISSANCE DES DOCUMENTS RELATIFS A LA PRISE EN CHARGE :

Vous, et/ou la personne que vous avez dénommée ci-dessus, déclare avoir pris connaissance, des documents remis lors de la prise en charge dont notamment :

- le livret d'accueil ;
- le règlement de fonctionnement ;
- la notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance ;
- les conditions générales de vente.

PARTAGE D'INFORMATIONS

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, les informations personnelles que vous avez communiquées à l'occasion de l'évaluation de vos besoins sont destinées à l'agence Age d'Or Services et ses partenaires à des fins d'évaluation de vos besoins, de réalisation de la prestation, de gestion administrative et commerciale. En apposant votre signature, vous acceptez que l'agence collecte les données relatives à votre situation de famille, financière, votre santé, votre situation sociale et à vos habitudes de vie pour les finalités précitées. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux données personnelles vous concernant. Pour exercer ce droit, vous devez contacter par écrit votre agence.

6

Je soussigné(e) donne mon autorisation pour le partage des informations sociales et médico-sociales me concernant, aux salariés d'Age d'Or Services à mon domicile permettant une prise en charge adaptée et personnalisée.

Fait à…… le……en……exemplaires

Signature du bénéficiaire (de son représentant légal)……

Signature de la personne de confiance ……

Signature du responsable de l'agence Age d'Or Services ……

Toutes les modifications apportées au présent contrat devront être notifiées dans un avenant cosigné par les deux parties

Annexe 2 : Guide d'entretien auprès des clients du service Age d'Or Services Brest

GUIDE D'ENTRETIEN CONCERNANT L'ORGANISATION DE VOTRE SORTIE DE L'HOPITAL

Bonjour, étudiante en master 2 Intervention et Développement Social, je m'intéresse à l'organisation de la sortie d'hospitalisation. Après avoir observé le fonctionnement et l'organisation de l'agence Age d'Or Services Brest, j'ai choisi de mettre en place cette enquête afin de comprendre votre parcours et vos attentes au moment où vous êtes revenue vivre chez vous après votre hospitalisation. En tant que personne accompagnée par l'agence Age d'Or Services de Brest, vous êtes invitée à participer à cet entretien. Les données recueillies resteront anonymes.

Je vous remercie du temps que vous m'accordez.

Date : Lieu : Durée :

Objectif : Comprendre les expériences d'organisation à domicile après des sorties d'hospitalisations

QUESTION DE DEPART :

Pouvez-vous m'expliquer votre parcours et votre mode de vie à domicile depuis votre sortie de l'hôpital ?

CARACTERISTIQUES DE VOTRE HOSPITALISATION :

- Quelle est la raison (ou les raisons) qui vous a (ont) conduit à l'hôpital ?
- Durant quelle période avez-vous été hospitalisé ? (Combien de jour(s) environ ?)
- Au sein de quel(s) service(s) avez-vous été hospitalisé ?
- Depuis combien de temps êtes-vous revenu(e) chez vous ?
- Avez-vous connu d'autres hospitalisations au cours de ces deux dernières années ?

ORGANISATION DE VOTRE SORTIE D'HOSPITALISATION :

- Quand avez-vous été prévenue de votre date de sortie d'hospitalisation ? (et par qui)
- Comment avez-vous organisé votre retour à votre domicile ?
- Quelles étaient vos préoccupations ?
- Quelles sont les démarches que vous avez réalisées à votre sortie de l'hôpital ?
- Avez-vous été accompagné par un assistant de service social de l'hôpital pour organiser votre sortie ?
- Avez-vous été accompagné par quelqu'un d'autre pour organiser votre sortie (proches, SAAD…) ?
- Au final, avez-vous rencontré des difficultés pour organiser seul(e) certaines tâches ? (si oui lesquelles et comment avez-vous trouvez des relais ?)

VOTRE PARCOURS AUTOUR DE L'HOSPITALISATION :

- Avez-vous pu reprendre progressivement ou rapidement votre mode de vie d'avant votre hospitalisation ?
- Est-ce que votre situation est stable maintenant ?
- Quel est votre mode de vie depuis votre hospitalisation ?
- Il y a-t-il eu des changements de services et d'intervenants dans votre vie après votre (vos) hospitalisation(s) ?
- Avez-vous recours à de nouveaux objets depuis votre hospitalisation ?
- Avez-vous eu une évaluation de vos besoins d'aide / et de soins à domicile ? (et à quel moment)

- Avez-vous demandé, ou, vous a-t-on proposé une réévaluation de vos besoins ?

LES SERVICES PRESENTS A VOTRE DOMICILE :

- A quel(s) service(s) avez-vous recours aujourd'hui ? (services d'aides et/ ou de soins à domicile effectués par des professionnels et/ ou des services effectués par des proches)
- Quelles modifications avez-vous effectuées au moment de votre retour à domicile ? (activités supplémentaires demandant d'être déléguées)
- A qui avez-vous déléguées ces activités ?
- Ces changements ce sont t'ils produits de manière urgente ou progressive ?
- Depuis votre retour à domicile, avez-vous revu votre organisation ?
- Est-ce que les services effectués à votre domicile vous conviennent ? (et sur quels plans)
- Avez-vous demandé à modifier ces services ? (et pourquoi ?)
- Y'a-t-il des services que vous souhaiteriez mais que vous ne pouvez pas demander ? (et pourquoi ?)
- Depuis quand faite-vous appel aux services de l'agence Age d'Or Services de Brest ?
- Pourquoi et comment avez-vous choisi ce SAAD pour réaliser ces services à votre domicile ?

RENSEIGNEMENTS GENERAUX :

- Quel âge avez-vous ?
- Où habitez-vous ? (ville et type d'habitation)
- Vivez-vous seul à votre domicile ?
- Quel est votre statut familial ? (marié, célibataire)
- Quelle était votre profession ?
- Combien avez-vous d'enfant(s) ?
- Etes-vous une femme ou un homme ?

Annexe 3 : Retranscription des entretiens auprès des clients du service Age d'Or Services Brest

Entretien AD 1 (Le 06/03/2018 Après midi, A son domicile. Durée : 20 minutes)

Enquêteur : Donc mon objectif c'est de comprendre votre expérience, votre organisation à votre retour à domicile après votre hospitalisation. Est-ce que vous pouvez m'expliquez, comme ça s'est passé ?
AD 1 : Vous savez, ma dernière opération remonte, à quelques années.
Enquêteur : D'accord, et la dernière fois que vous avez été hospitalisé, c'était il y a longtemps ? Est-ce que vous vous souvenez de la période ?
AD 1 : Euh… C'était il y a plusieurs mois, après l'été, juste à l'automne.
Enquêteur : D'accord, et vous avez été hospitalisé longtemps ?
AD 1 : Non, non pas longtemps. Mais vous savez le retour à domicile ce n'est pas facile, surtout pour une personne handicapée comme moi, j'ai toujours besoin de quelqu'un.
Bon alors, en l'occurrence j'ai trouvé quelqu'un chez M. *(Responsable du service Age d'Or Services Brest)* mais bon, elle vient tous les jours mais bon … *silence*, je n'ai pas de famille ici, je n'ai personne moi.
Enquêteur : D'accord, vous n'avez pas d'entourage ?
AD 1 : Non, non pas à proximité, à part ma nièce qui vient de temps en temps
Enquêteur : Et votre nièce, elle habite loin ?
AD 1 : Oui elle n'habite pas vraiment à côté.
Enquêteur : D'accord, est ce que je peux vous demander les raisons qui vous ont conduites à l'hôpital ?
AD 1 : Oui, j'ai une sclérose en plaques moi,
Enquêteur : Donc vos hospitalisations sont liées à cette maladie ?
AD 1 : Oui, oui ils me mettent de l'interféron de temps en temps, des anti-inflammatoires, par perfusion, pour éviter un peu que ça s'aggrave, donc là je vais à l'hôpital pour qu'ils me fassent ça.
Enquêteur : D'accord, pour limiter les crises.
AD 1 : Oui voilà
Enquêteur : Et vous avez été hospitalisé plusieurs fois ces deux dernières années ?
AD 1 : Oh oui, plusieurs fois
Enquêteur : Est-ce que vous pouvez me dire le nombre de fois ?
AD 1 : Euh, je sais pas, tous les 6 mois à peu près ils me mettent des perfusions
Enquêteur : D'accord donc vous êtes hospitalisés deux fois par an pour ce traitement ?
AD 1 : Oui, oui voilà
Enquêteur : Et vous êtes hospitalisé dans quel service ?
AD 1 : Dans l'hôpital des armées, euh, en neurologie.
Enquêteur : En neurologie d'accord. Et quand avez-vous su que vous sortiez de l'hôpital, est ce que c'était une hospitalisation prévu ?
AD 1 : Ah oui oui, ça dure 48 heures à peu prés.
Enquêteur : Donc en rentrant à l'hôpital, vous savez que vous allez être hospitalisé pour deux jours et qu'après vous ressortez ?
AD 1 : Oui oui
Enquêteur : Et dans ce cadre, est ce que vous avez rencontré une assistante sociale à l'hôpital?
AD 1 : Non non
Enquêteur : D'accord, et comment avez-vous prévu votre retour à domicile, comme vous connaissiez à quelle date vous alliez rentrer ?

AD 1 : Oui oui, alors c'est pratique, comme j'ai le numéro de Mme (*Nom de l'intervenante Age d'Or Services Brest*), je peux l'appeler c'est pratique
Enquêteur : D'accord, donc vous voyez directement avec elle. Et pour quelles tâches est ce qu'elle intervient chez vous ?
AD 1 : Et bin disons qu'il faut aller à la pharmacie, comme ce matin, elle est allée à la pharmacie. Et puis j'ai besoin qu'on me fasse un peu de ménage, les courses je me les fait livrer mais j'ai besoin qu'on me fasse un peu de ménage, d'aller à la boîte aux lettres, de vider les poubelles, d'aller à la poste. J'ai besoin tous les jours de quelqu'un en fait.
Enquêteur : D'accord, donc surtout pour les déplacements à l'extérieur?
AD 1 : Oui voilà, sauf le weekend, elle ne vient pas
Enquêteur : Oui elle vient 5 cinq jours dans la semaine. Et le weekend vous sortez quelquefois ?
AD 1 : Ah moi je ne se sort pas, jamais
Enquêteur : D'accord
AD 1 : Non jamais, jamais, je suis condamné à rester à l'intérieur.
Enquêteur : D'accord, donc c'est elle qui fait vos courses ?
AD 1 : Oui elle fait mes courses et puis, elle fait le petit entretien à l'intérieur, le ménage, un peu
Enquêteur : Oui donc l'entretien courant
AD 1 : Oui, heureusement, moi je ne peux pas faire, tous les jours elle va au courrier, elle prend ce qu'il y a dans la boite aux lettres, si j'ai des lettres à poster.
Enquêteur : D'accord, et est-ce que ce sont des choses qui ont évoluées ? Ça fait combien de temps qu'elle vient ?
AD 1 : Ça fait longtemps
Enquêteur : Vous sauriez me dire, depuis quand elle vient, ça fait plusieurs années ?
AD 1 : Oui oui, je ne sais pas, ça doit bien faire 3 ans
Enquêteur : D'accord, et pendant cette période, est ce que dès le départ elle vous faisait ces courses-là ? , elle venait combien de fois par semaine ?
AD 1 : Elle vient 5 fois, elle est toujours venu 5 fois, elle vient tous les jours quoi
Enquêteur : Oui d'accord, du lundi au vendredi
AD 1 : Oui c'est ça
Enquêteur : Donc ça n'a pas changé?
AD 1 : Non, enfin au début c'était 1heure
Enquêteur : 1 heure chaque jour
AD 1 : Oui et après, bin ça fait cher hein
Enquêteur : Oui
AD 1 : Monsieur (*Le responsable de l'agence Age d'Or Services Brest*) il ne les donne pas ses heures, c'est 23 euros de l'heure donc bon
Enquêteur : Oui c'est sûr, et vous n'avez pas d'aide financière par rapport à ça ?
AD 1 : Non non j'ai pas, j'ai rien.
Enquêteur : Donc c'est à cause du coût que vous avez réduit les heures ?
AD 1 : Oui oui j'ai réduit les heures
Enquêteur : D'accord. Et est-ce que vous de votre côté est ce que vos besoins ont changé par rapport à vos hospitalisations ?
AD 1 : Non non
Enquêteur : D'accord, et donc l'évaluation de vos besoins, ce que vous attendez en fait du service, c'est le responsable d'Age d'Or qui est venu vous voir pour en discuter avec vous ?
AD 1 : Oui oui et puis des fois quand elle est en vacances, c'est Monsieur (*Le responsable de l'agence Age d'Or Services Brest*) qui vient aussi
Enquêteur : Ah oui, et si par exemple vous avez besoin d'autres services, ou de modifier quelque chose, comment est-ce que vous faite ?

AD 1 : J'appelle Mme (*Intervenante Age d'Or Services Brest*)
Enquêteur : D'accord donc vous ne passez pas par l'agence Age d'Or ?
AD 1 : Ah non non, j'ai le numéro de Mme (*Intervenante Age d'Or Services Brest*) donc je l'appelle.
Enquêteur : D'accord, et c'est la seule personne qui vient chez vous, pour vous aider ?
AD 1 : Oui oui, il y a juste elle
Enquêteur : D'accord, et pour la préparation des repas ?
AD 1 : Bin les repas je me les fais livrer et puis je me débrouille pour le préparer. Enfin il faut juste le passer dans le four
Enquêteur : D'accord, ils ont juste besoin d'être réchauffé ?
AD 1 : Oui voilà, dans le micro-onde et c'est prêt.
Enquêteur : D'accord, et est-ce que les services qui sont mis en place vous conviennent, est ce que vous auriez besoin d'autres choses ?
AD 1 : Bin ce que j'aimerai c'est sortir un peu, mais c'est pas facile
Enquêteur : Oui, et en étant accompagné, vous ne sortez pas ?
AD 1 : Bin euh, avec le fauteuil roulant, il faut passer la porte fenêtre, il y a tout un tas de choses. Et puis l'insécurité, je ne suis pas tranquille hein.
Enquêteur : Oui dans la rue, sur les trottoirs ?
AD 1 : Oui oui c'est compliqué, c'est compliqué
Enquêteur : C'est sûr
AD 1 : Ce n'est pas prévu pour on peut dire
Ce n'est pas plat hein, dans la rue et tout ça, donc j'ai peur de tomber souvent, je ne suis pas tranquille, je ne tiens pas debout hein, donc …
Silence
Enquêteur : Oui, et si vous aviez la possibilité de sortir en étant accompagné de quelqu'un, ça changerai quelque chose ?
AD 1 : Mais j'ai personne, je suis tout seul
Enquêteur : Oui, et avec Mme *(Intervenante Age d'Or Services Brest)*, il ne vous arrive jamais de sortir ?
AD 1 : Non elle n'a pas le temps, Mme *(Intervenante Age d'Or Services Brest)*, elle fait mes courses, un petit peu de ménage et, euh, voilà, elle va à la boîte aux lettres mais elle n'a pas le temps pour le reste.
Enquêteur : Oui.
Silence
Enquêteur : Et sinon au niveau du choix de ce service, pourquoi, comment avez-vous choisi Age d'Or Services ?
AD 1 : Pourquoi Age d'Or ?
Enquêteur : Oui
AD 1 : Vous me posez une colle !
Euh bin avant j'avais d'autres sociétés, des sociétés à domicile oui, mais bon par élimination, bin, je change, si demain je ne suis pas content d'Age d'Or Services je change
Enquêteur : Oui vous irez voir quelqu'un d'autre
AD 1 : Oui mais pour l'instant je suis content, ça va à peu près, c'est toujours Mme (*Intervenante Age d'Or Services Brest*) qui vient.
Enquêteur : D'accord, et comment est-ce que vous avez trouvé Age d'Or ?
AD 1 : Euh j'ai cherché, euh, sur le minitel euh *rire*s, par internet, j'ai cherché et j'ai trouvé Age d'Or.
Enquêteur : Ah oui d'accord, et est ce qu'il y a des services, des choses auxquelles vous pourriez avoir recours mais auxquelles vous n'avez pas forcément pour diverses raison ?

AD 1 : Euh je ne sais pas, à part sortir dehors, mais c'est compliqué, je vous ai dit, moi je n'ai personne
Enquêteur : Oui d'accord
Silence
Enquêteur : Et finalement comment est-ce que vous avez vécu votre parcours depuis vos hospitalisation en fait ?, le fait d'être hospitalisé, de revenir chez vous ?
AD 1 : Ba c'est traumatisant, et puis quand on est une personne qui vit seule, c'est traumatisant, d'aller à l'hôpital, de revenir, voilà, c'est traumatisant
Silence
AD 1 : Ce que je souhaite c'est de ne plus y aller !
Enquêteur : Oui bien sûr, je vous le souhaite aussi
AD 1 : Parce que ce n'est pas marrant
Quand on est accompagné, quand il y a quelqu'un c'est plus facile, quand on a une autre personne avec soi, mais quand on est seul, quand on est en invalidité, c'est pas facile, quand on n'est plus autonome, c'est difficile
Enquêteur : Oui, vous ne pouvez pas vous reposez sur quelqu'un
AD 1 : Non non, on n'est tributaire, euh, des secours, des pompiers, du SAMU, des fois je tombe je ne peux pas me relever
Enquêteur : Ah oui, ça vous est déjà arrivé ?
AD 1 : Oui oui, moi quand je tombe je ne peux pas me relever
Enquêteur : Oui et dans ce cas-là vous appelez les secours ?
AD 1 : Ah oui oui, et là peu importe, le rideau est fermé (*Volet roulant de la porte fenêtre*), ils cassent le rideau, pour rentrer, c'est toute une histoire, c'est toute une organisation
Enquêteur : Oui
AD 1 : Quand je tombe je ne peux pas me relever
Parce que Mme (*Intervenante Age d'Or Services Brest*) elle vient une demi-heure, elle vient le matin
Enquêteur : Oui bien sûr, elle n'est pas là toute la journée, et donc le weekend, vous n'avez personne qui vient ?
AD 1 : Non non, j'ai juste ma nièce qui vient, il suffit que je l'appelle mais bon, elle n'est pas là, elle est à 20, 30 kilomètres
Enquêteur : Ah oui, elle n'habite pas Brest
AD 1 : Non non, donc je la dérange le moins possible quoi
Enquêteur : Oui, oui c'est sûr, et vous n'avez pas d'enfants ?
AD 1 : Non, non je n'ai pas eu d'enfants
Enquêteur : D'accord, et est-ce que je peux vous demander quelle était votre profession ?
AD 1 : Oui oui, j'étais artisan
Enquêteur : D'accord
AD 1 : J'étais artisan, j'étais en, je faisais de la plomberie et chauffage central
Enquêteur : D'accord
Enquêteur : Et quel est votre âge, si ce n'est pas indiscret ?
AD 1 : Non non, j'ai 73 ans
Enquêteur : D'accord
Est-ce que vous auriez quelque chose à ajouter par rapport à votre sortie de l'hôpital, à vos besoins et vos attentes lorsque vous êtes revenus chez-vous ?
AD 1 : Ah ba quand on sort d'hospitalisation, ce que l'on souhaite c'est de ne pas retrouver une maison vide
Enquêteur : Oui c'est sûr
AD 1 : Mais malheureusement, elle est vide, silence, comme j'ai perdu mon épouse il y a quelques années

Enquêteur : Ah oui, d'accord, et sinon autour de Brest, vous n'avez pas d'amis qui vous rendent visite ?
AD 1 : Non non, parce que moi j'étais à Paris, donc j'étais à Paris, mais je suis né à Brest, moi je suis de Brest
Enquêteur : Ah oui vous avez fait votre vie professionnelle ailleurs ?
AD 1 : Voilà je suis allez à Paris pour travailler et puis je suis revenu ici à la retraite, quand on m'a dit que j'étais malade, donc des amis j'en ai pas
Enquêteur : D'accord, votre maladie s'est déclarée quand vous êtes arrivé à la retraite ?
AD 1 : Oui oui le docteur m'a dit ça à Paris
Enquêteur : D'accord, et après vous êtes revenu ici, à Brest
AD 1 : Oui voilà, mais je vous dis j'ai que ma Nièce ici
Enquêteur : D'accord, vous avez un petit peu de soutien alors !
AD 1 : Oui oui, un petit peu
Enquêteur : D'accord, bon, je vous remercie d'avoir bien voulu me recevoir pour parler un petit peu de tout ça avec moi
AD 1 : De rien, c'est gentil d'être venu
Enquêteur : De rien, merci à vous de m'avoir reçu.

Entretien AD 2 (Le 13/03/2018 Après midi, A son domicile. Durée : 23 minutes)

Enquêteur : Vous avez déjà été hospitalisée
AD 2 : Oui oui
Enquêteur : Cette hospitalisation remonte à combien de temps environ ?
AD 2 : Euh bin maintenant, à peu près 1 ans
Maintenant j'ai l'infirmière qui vient.
Enquêteur : D'accord, elle vient tous les jours ?
AD 2 : Oui, me donner les cachets
Enquêteur : Pour les médicaments, et elle vient tous les matins ?
AD 2 : Oui tous les matins, vers les 9 heures
Enfin des fois c'est un infirmier ou sinon une infirmière, elles sont plusieurs
Enquêteur : D'accord. Et ça, donc, le passage d'une infirmière c'est suite à votre hospitalisation ?
AD 2 : Oui oui
Enquêteur : Avant vous n'en aviez pas?
AD 2 : Non avant, j'avais pas mais comme j'ai été hospitalisée j'ai eu un traitement à prendre et depuis ça tient quoi
Et donc c'est important de prendre le traitement
Enquêteur : Oui bien sûr, c'est pour ça que l'infirmière passe tous les jours
AD 2 : Voilà
Enquêteur : Et est-ce que je peux vous demander pourquoi avez-vous été hospitalisée ?
AD 2 : Euh, comment dire, euh, c'était pour, comment, une sorte de, enfin, mon état était faible quoi
Enquêteur : D'accord, oui une très grande fatigue en fait
AD 2 : Oui voilà c'est ça
Enquêteur : D'accord, et donc vous avez été hospitalisée sur Brest ?
AD 2 : Oui oui, à la cavale Blanche
Enquêteur : A la cavale Blanche, et dans quel service du coup ?
AD 2 : Euh, en médecine, euh, en médecine quoi ou en neuro je crois.
Enquêteur : D'accord, en neurologie
AD 2 : Oui oui voilà

Enquêteur : D'accord, et vous y êtes restée combien de temps ?
AD 2 : Euh, j'y suis restée 8 jours
Enquêteur : D'accord
AD 2 : Après j'y vais des fois pour des rendez-vous
Enquêteur : Oui en consultation.
AD 2 : Oui oui.
Enquêteur : Et donc là ça fait à peu près un an que vous êtes revenue à votre domicile donc
AD 2 : Oui oui, on me donne des cachets pour, et je vais voir le docteur une fois tous les, oh, au début c'était une fois tous les mois que j'allais chez le docteur parce qu'il fallait que je (*pointe les traitements*)
Enquêteur : Oui pour voir au niveau des médicaments
AD 2 : Voilà pour voir si on continuait et tout ça et maintenant ça sera au mois de septembre.
Enquêteur : D'accord, donc les consultations s'espacent
AD 2 : Oui oui voilà, on m'a dit que c'était bien donc c'est peut être mieux de pas trop y aller !
Enquêteur : Oui oui, c'est sûr.
AD 2 : Enfin j'espère moi, mais bon on ne sait jamais
Enquêteur : Oui bien sûr on n'est jamais certain. *Silence*
Et donc comment s'est passé la sortie de l'hôpital, vous avez été prévenu combien de temps à l'avance ?
AD 2 : Que je sortais ?
Enquêteur : Oui que vous sortiez de l'hôpital ?
AD 2 : Oh, euh, la première fois il m'a dit ça sera pas avant la fin de la semaine. Bon bin j'ai attendu quoi
Enquêteur : Oui
AD 2 : Et puis après ils m'ont dit le jeudi soir que je sortais le lendemain au matin
Enquêteur : D'accord, donc vous avez vraiment appris la veille que vous alliez sortir ?
AD 2 : Oui oui, quand le médecin est passé
Enquêteur : D'accord. Et comment ça s'est passé pour revenir ici, à votre domicile ?
AD 2 : Euh, j'ai pris un taxi enfin, c'était un taxi qui était, euh, de la-bas
Enquêteur : De l'hôpital ?
AD 2 : Oui,
Enquêteur : D'accord oui une ambulance, enfin plutôt un VSL ?
AD 2 : Oui voilà.
Et bin dans cette ambulance taxi là si vous voulez j'ai pris ça et on était plusieurs dedans.
Enquêteur : Oui d'accord, et donc cette ambulance, c'est vous qui l'avez contactée ou c'est directement l'hôpital qui s'en est chargé ?
AD 2 : C'est l'hôpital qui a chargé l'ambulance de venir me prendre et de me ramener. Il y avait plusieurs personnes
Et donc il a fait tout le tour de la ville un peu. Il y avait plusieurs personnes à rentrer à la maison donc, voilà et puis il a pris une personne, il l'a pris, a, euh, à l'hôpital, comment la, euh, …
Enquêteur : Morvan peut être ?
AD 2 : Non, comment que c'est, vers, euh, mince, comment c'est, je me rappelle plus, c'était vers Bohars là-bas, dans une maison de repos vous savez, euh
Enquêteur : A Guilers peut-être ?
AD 2 : Oui c'est ça à Guilers !
Enquêteur : D'accord, en maison de repos.
AD 2 : Oui c'est ça,
Enquêteur : Oui vous vous êtes revenue directement chez vous et vous n'êtes pas passée par une maison de repos en fait ?
AD 2 : Oui oui, directement ici

Enquêteur : D'accord. Et quelles ont été les démarches que vous avez dû faire en revenant chez vous, vous m'avez parlé de l'infirmière qui venait, donc
AD 2 : Ça c'est le docteur de l'hôpital qui a fait, un, euh, un bilan quoi, en me disant que ça il fallait le faire quoi. Et puis c'est moi qui ai appelé après.
Enquêteur : D'accord c'est vous qui avez contacté l'infirmière en rentrant
AD 2 : Oui oui j'ai l'habitude d'appeler, j'ai appelé l'infirmière et j'ai appelé ma doctoresse aussi
Enquêteur : D'accord, votre médecin traitant ?
AD 2 : Oui c'est ça
Enquêteur : D'accord, pour
AD 2 : C'est elle qui a fait le nécessaire pour l'infirmier là.
Enquêteur : D'accord, et à part l'infirmière, est ce qu'il y a d'autres services, est ce que vous avez eu recours à d'autres choses ?
AD 2 : Non non
Enquêteur : Et pour quels services Age d'Or Services vient chez vous ?
AD 2 : Ah oui pour nettoyer un peu
Enquêteur : D'accord, c'est pour de l'aide-ménagère
AD 2 : Ah oui oui, ça fait un petit moment qu'elle est là déjà
Enquêteur : Oui, c'était avant que vous soyez hospitalisée déjà ?
AD 2 : Oui oui un peu je crois, c'était avant que j'avais été à l'hôpital, c'était pour mon bras en fait. J'avais mon bras cassé
Et je ne pouvais pas me, je ne pouvais pas faire mon ménage quoi
Enquêteur : Oui bien sûr
AD 2 : Donc il me fallait quelqu'un pour faire le ménage et pour m'aider un peu
Enquêteur : Oui d'accord, et quand est-ce que vous vous êtes cassé le bras ?
AD 2 : Euh, il y a, euh, je ne sais pas, ça fait un petit moment, ça doit faire 2 ans déjà, je sais plus trop, c'était en 2015 je crois.
Enquêteur : D'accord. Et donc la personne qui vient, elle vient plusieurs fois dans la semaine ?
AD 2 : Oui, deux fois dans la semaine
Enquêteur : Deux fois par semaine
AD 2 : Une heure et demie à chaque fois quoi
Enquêteur : D'accord. Et à l'hôpital est ce que, donc vous m'aviez dit que le médecin vous a fait un bilan un peu par rapport à l'infirmière mais est-ce que vous avez rencontré une assistante sociale pour organiser la sortie ?
AD 2 : Euh, je crois pas enfin, quand je suis sortie il y avait une dame pour appeler le taxi en fait, mais c'est tout je crois, je ne sais pas si c'était une assistante sociale ou pas
Enquêteur : D'accord oui
AD 2 : C'était un responsable quoi, qui a dit que je devais prendre ça quoi
Elle m'a dit que bon bin je sortais quoi et que tout été bien
Enquêteur : Et est ce qu'en sortant, est ce que vous avez rencontré des difficultés dans votre quotidien, des choses, comme vous étiez fatiguée, est ce que ça allait mieux à votre sortie, ou est ce qu'il y a des moments où c'était plus compliqué ?
AD 2 : Oui j'étais un petit peu fatiguée mais autrement j'ai réussi, euh, j'avais l'infirmier qui venait et j'ai la personne qui vient deux fois par semaine faire le ménage, et d'ailleurs, euh, elle était là quand c'est arrivé, mon hospitalisation, elle était là, elle était venue faire mes courses à l'Intermarché et je me suis senti pas bien quoi
Elle s'est aperçue, elle s'en est aperçue
Enquêteur : Donc c'est elle qui a appelé, peut-être, c'est les pompiers, vous aviez appelé les pompiers ou ?

AD 2 : Euh, non non pas les pompiers c'est la doctoresse qu'elle a appelé et elle a appelé une ambulance en fait, et ils sont venu me chercher ici.
Enquêteur : D'accord, oui c'est votre médecin qui a fait le lien
AD 2 : Oui oui
Silence
Enquêteur : Et est-ce que vous diriez que votre mode de vie a changé par rapport aux activités que vous faites maintenant et celles que vous faisiez avant votre hospitalisation ?
AD 2 : Oh, non, pas grand-chose, je ne fais pas grand-chose, je reste à la maison, je vais un petit peu dehors mais pas souvent hein. Avant j'allais faire mes courses mais je fais plus hein, parce que je ne peux plus, c'est l'aide-ménagère qui va faire les courses
Enquêteur : Oui d'accord, vous l'accompagnez ?
AD 2 : Au début oui je l'accompagnais mais après j'avais du mal à marcher, et j'étais oppressée, donc, et puis ça fatigue, donc c'est là que j'arrête en fait
Enquêteur : D'accord,
AD 2 : On m'a fait hospitaliser et c'est là que j'ai eu toutes ces choses qui ont démarré quoi.
Enquêteur : Oui c'est à partir de là
AD 2 : Oui
Enquêteur : D'accord, et sinon, dans votre quotidien est ce que vous avez du aménager certaines choses
AD 2 : Non non. Pour l'instant ça va, je ne prends pas encore de canne hein, mais je ne marche pas beaucoup
Enquêteur : Oui oui vous restez plutôt chez vous
AD 2 : Oui voilà
Enquêteur : Par rapport à l'aide-ménagère qui a été mise en place, vous avez rencontré le responsable de l'agence Age d'Or ?
AD 2 : Oui oui, il est venu me dire ce qu'il allait faire.
Enquêteur : C'était pour l'évaluation des besoins, pour discuter avec lui de ce que vous vouliez ?
AD 2 : Euh, oui oui un peu, il est venu me dire quand est ce que la personne allait venir. Mais j'ai pas beaucoup changé depuis le départ en fait
Enquêteur : D'accord, oui ça n'a pas évolué ?
AD 2 : Non euh, j'ai gardé une heure et demie parce que bon, c'était comme ça quoi, c'était bien, euh, au début, non, c'était au début que j'ai eu besoin pour manger en fait, donc euh, il y avait une personne qui venait, qui m'a fait à manger quoi, tous les jours en fait
Enquêteur : Oui d'accord, c'était compliqué au départ. Et maintenant pour les repas, ça va mieux en fait ?
AD 2 : Oh oui surement,
Enquêteur : Vous n'avez pas d'aide c'est ça ?
AD 2 : Non je prends des plats préparés et puis je mets ça au four quoi, et vu qu'on me fait mes courses, ça va quoi.
Enquêteur : D'accord
Silence
Et donc, ces différents changements vous les avez faits progressivement ou c'est un petit peu du jour au lendemain que ça s'est produit ?
AD 2 : Non non, ça été tout doucement, certaines choses que j'avais besoin, que je pouvais plus maintenant quoi
Enquêteur : Oui donc c'est plus au fur et à mesure du temps
AD 2 : Oui voilà et l'âge aussi
Enquêteur : Oui bien sûr
AD 2 : J'ai bientôt 80 ans, j'ai 80 ans cette année

Enquêteur : D'accord
Silence
Et est-ce que c'est avec la personne qui intervient que vous voyez si vous avez besoin d'autres services justement, d'autres choses ?
AD 2 : Si j'avais besoin oui oui
Enquêteur : D'accord
AD 2 : Oh oui oui, faire mes courses, faire le ménage, par exemple elle m'a emmené à la mairie de St Marc pour faire euh, ma carte d'identité, je l'avais perdu ma carte d'identité donc on a été jusqu'à la mairie de St Marc
Enquêteur : D'accord, donc parfois elle vous accompagne pour des démarches
AD 2 : Oh oui oui, pour aller à la poste aussi
Enquêteur : D'accord, et en fait sinon, seule, est ce que vous sortez ?
AD 2 : Oh, euh, je marche, mais je marche moins hein, je ne marche pas trop trop quoi
Enquêteur : Oui d'accord moins
AD 2 : Je ne veux pas trop m'aventurer quoi, il ne faut pas que j'aille trop loin. Quand on vient me chercher, je vais chez mes enfants, mais on vient me chercher en voiture quoi
Enquêteur : D'accord
AD 2 : Oui oui, ça va autrement mais je ne pourrais pas faire des grandes marches, quoi, toute seule
Enquêteur : Oui oui d'accord, et donc vos enfants, quand ils viennent vous me dites, vous les voyez souvent ?
AD 2 : Oh, oui oui, il y a le grand qui vient toutes les semaines et puis la fille elle est à, euh, dans la Drome quoi alors elle ne peut pas, c'est trop loin
Enquêteur : Oui d'accord
AD 2 : Autrement l'autre garçon vient tous les 15 jours quoi
Enquêteur : Oui d'accord, vos fils habitent les alentours de Brest peut être ?
AD 2 : Oui oui il y en a un qui habite à St Pierre dans un lotissement et l'autre il est dans une petite maison au Relecq
Enquêteur : Oui d'accord, donc ils sont assez proches, en termes de géographie en tout cas
AD 2 : Oui oui, et j'ai des petits enfants aussi, j'ai trois petits enfants
Enquêteur : Ah oui,
AD 2 : Oui, oui j'ai trois petits enfants euh, oui trois et j'ai euh là (*en pointant des photos*) des arrières petits enfants
Enquêteur : D'accord, vous les voyez souvent ?
AD 2 : Oh un peu, c'est les arrières petits-enfants, c'est les enfants de lui (*pointe la photo*), c'est mon petits-fils celui-là.
Enquêteur : D'accord, d'accord, donc une grande famille
AD 2 : Oh oui oui
Silence
Enquêteur : D'accord, et du coup aujourd'hui est ce que les services que vous avez-vous conviennent ?
AD 2 : Oh oui
Enquêteur : Et est ce qu'il y a des choses pour lesquelles vous vous dites parfois, ici j'ai peut-être besoin de quelque chose ?
AD 2 : Non, non pour le moment c'est bon, non
Enquêteur : D'accord
AD 2 : Ça va comme ça quoi, la dame d'Active Ouest elle est très gentille, quand j'ai besoin d'aller quelque part elle me dit quoi, elle me conduit, elle prend sa voiture puis je vais avec elle quoi
Enquêteur : Oui, vous vous arrangez au fur et à mesure

AD 2 : Oui oui
Enquêteur : D'accord. Et comment est-ce que vous avez choisi Active Ouest, est ce que c'est avec le médecin ?
AD 2 : Active Ouest euh, non, j'ai regardé euh, le livret, quoi,
Enquêteur : L'annuaire ?
AD 2 : Non, non, le petit livre qu'on a des personnes âgées quoi
Enquêteur : D'accord, c'est un livre qui est distribué par la mairie ?
AD 2 : Euh, oui c'est l'assistante sociale du CCAS qui est venu à la maison pour me donner ce livret
Enquêteur : D'accord, donc c'est elle qui vous a proposé les différents services
AD 2 : Oui oui voilà.
Silence.
Et puis oui c'est vrai, il n'était pas trop cher donc j'ai pris celui-là quoi, celui qui m'avantageais le mieux en fait, hein, pour faire mes, euh, les choses
Enquêteur : Oui par rapport à vos besoins en fait
AD 2 : Oui, avant j'avais euh, comment que c'était, oh je ne sais plus comment que c'était mais c'était plus cher
Enquêteur : Ah oui, c'était un autre service
AD 2 : Oui, donc je n'ai pas pu continuer quoi en fait
Enquêteur : Oui d'accord
AD 2 : Donc j'ai pris Age d'Or
Enquêteur : Oui, vous n'avez pas d'aide financières pour
AD 2 : Si, si j'ai un peu, mais
Enquêteur : Oui ça ne couvre pas tout
AD 2 : Non non, ce n'est pas tout, j'ai plus de la moitié, hein, presque à donner
Enquêteur : Ah oui d'accord
AD 2 : Oui oui donc il faut calculer quoi.
Enquêteur : Oui bien sûr.
AD 2 : Voilà quoi
Enquêteur : Est-ce que je peux vous demander qu'elle était votre profession ?
AD 2 : Euh, j'étais concierge et avant ça, femme de ménage au départ et concierge après quoi.
Enquêteur : D'accord, sur Brest ?
AD 2 : Oui oui à Kerichen à Brest
Enquêteur : D'accord, vous êtes originaire
AD 2 : De Brest, j'ai fait toute ma vie sur Brest
Enquêteur : D'accord, Brestoise depuis toujours
AD 2 : Ah oui parce que c'est ma ville quoi, j'ai été divorcé donc j'ai élevé mes trois enfants ici quoi
Enquêteur : D'accord
AD 2 : J'ai travaillé et puis j'ai élevé mes enfants quoi et puis après je suis tombée malade quoi
Enquêteur : Oui récemment en fait
AD 2 : Oui oui là depuis quelques temps quoi. Mais bon hein, il a de la chance celui qui est bien portant
Enquêteur : Oui oui, c'est vrai
Silence
Enquêteur : D'accord, et est-ce que vous voulez me dire autre chose par rapport à votre sortie de l'hôpital ?
AD 2 : Non, non, c'est ça, ma vie c'est ça, entre ma famille, mes enfants et puis ma petite maison quoi
Enquêteur : Oui, vous avez trouvé votre équilibre en fait

AD 2 : Oh oui oui, je suis bien, comme je suis pas, euh, j'aime pas trop aller me promener toute seule quoi, j'aime bien ma maison en fait, donc euh, avant j'allais faire mes courses, maintenant je ne peux plus faire parce que j'ai du mal à marcher donc bon, j'ai trouvé d'autres choses, on trouve des solutions hein
Enquêteur : Oui oui
AD 2 : Enfin c'est tout quoi, enfin la dame me fait mes courses, elle me prend des trucs, elle me fait mon ménage et puis voilà, deux fois par semaine
Enquêteur : Oui oui
AD 2 : Et autrement voilà, j'ai mon équilibre comme ça donc c'est bien
J'aime pas trop courir moi, je n'aime pas trop ça, sortir et tout donc
Enquêteur : Oui donc vous êtes bien ici en fait
AD 2 : Oui oui, trotter moi je n'aime pas
Enquêteur : Oui oui, si vous êtes bien comme ça, c'est parfait
AD 2 : Oui oui
Enquêteur : Je vous remercie d'avoir répondu à mes questions, et de m'avoir reçu
AD 2 : Oh non, non, c'est bien, c'est bien, il faut faire des études
Enquêteur : Oui, mais merci.

Entretien AD 3 (Le 13/03/2018 Après midi, A son domicile. Durée : 24 minutes)

Enquêteur : Donc mon objectif c'est de comprendre votre parcours, votre expérience depuis votre hospitalisation et jusqu'à maintenant, dans votre mode de vie, ce que vous avez mis en place à votre domicile.
AD 3 : D'accord
Enquêteur : Est-ce que vous pouvez me dire à quand remonte votre dernière hospitalisation ?
AD 3 : Je suis sorti, de, la maison de convalescence Ty Yann le 3 aout,
Enquêteur : Le 3 aout d'accord
AD 3 : J'étais, euh, mon accident c'était le 25 mai donc j'ai fait deux mois et demi à peu près en dehors de la maison
Enquêteur : D'accord, à Ty Yann du coup ? Et avant vous avez été
AD 3 : A l'hôpital, Cavale Blanche, La Cavale Blanche
Enquêteur : D'accord
AD 3 : Qui est très bien d'ailleurs, j'ai été 3 fois puisque j'ai eu 3 opérations.
Enquêteur : D'accord, et donc c'était par rapport à
AD 3 : Pour ma jambe (*me montre sa jambe*)
Enquêteur : D'accord
AD 3 : J'ai eu un appareil, là, de planté dans la jambe, un gros truc, comme euh,
Enquêteur : Oui, un fixateur externe ?
AD 3 : Oui c'est ça,
Enquêteur : D'accord, pour stabiliser en fait
AD 3 : Oui voilà pour souder tous les os, tous les trucs, j'ai encore bien les traces hein
Enquêteur : Oui oui, effectivement
AD 3 : Mais je suis moins gêné maintenant, j'ai fait de gros progrès hein depuis un mois
Enquêteur : D'accord
AD 3 : Oui, oui de très gros progrès hein
Enquêteur : D'accord, tant mieux alors, tant mieux
AD 3 : Oh oui
Enquêteur : Et c'était dû à une chute?

AD 3 : Oui j'ai valsé dans ma cuisine
Enquêteur : Ah d'accord
AD 3 : J'avais nettoyé et bin en fait j'avais mal rincé et quoi, 10 minutes après je suis parti dans le, parti dans le décor quoi
Enquêteur : Ah oui, mince
AD 3 : Oui, la jambe à exploser quoi, carrément
Enquêteur : Oui d'accord
AD 3 : Mais maintenant il n'y a plus que la cheville qui m'embête mais c'est tout hein, mais ce n'est pas grave
Enquêteur : Oui, vous avez réussi maintenant à vous débrouiller
AD 3 : Oui oui je suis revenu donc c'est bien, hein c'est l'essentiel
Enquêteur : Oui. Donc vous avez été hospitalisé en orthopédie je suppose ?
AD 3 : Oui oui à la Cavale et après je suis allé à Ty Yann pour faire de la convalescence, enfin de la rééducation
Enquêteur : D'accord
Enquêteur : Et donc par rapport à ça est ce que vous aviez déjà été hospitalisé avant ?
AD 3 : Euh, oui oui, pas bien souvent, mais c'était des petits trucs, des petites opérations de jeunesse quoi (*Rires*)
Enquêteur : Oui d'accord
AD 3 : Mais c'était des petits trucs quoi, pas énorme comme ça
Enquêteur : Oui oui. Et là pour votre sortie d'hospitalisation, vous m'avez dit le 3 aout,
AD 3 : Oui
Enquêteur : Et quand est-ce que vous l'avez su que vous sortiez d'hospitalisation justement ?
AD 3 : Bin en fait, j'avais été en consultation bin euh deux jours avant,
Enquêteur : D'accord
AD 3 : Et donc c'était un peu programmé quoi, on en avait déjà discuté mais j'attendais le feu vert du chirurgien en fait quoi
Enquêteur : D'accord
AD 3 : Et il m'a dit ça va être bon pour début août quoi, et de là il a confirmé et donc je suis rentré le lendemain ou le surlendemain je suis parti quoi
Enquêteur : D'accord, vous être rentré.
AD 3 : Oui
Enquêteur : Et comment ça s'est passé pour le retour ?, est ce que vous avez organisé ça ?
AD 3 : Bin euh, j'ai des amis qui m'ont pris d'abord le plein pour à la maison.
Enquêteur : Oui
AD 3 : Je suis arrivé donc avec une maison à peu près équipé, ils avaient remis en route le ballon d'eau chaude, tout en route
Enquêteur : Ah oui
AD 3 : Et puis donc euh, après et bin je me suis retrouvé seul et j'ai eu du mal
Enquêteur : D'accord
AD 3 : Oh, là c'était la galère
Enquêteur : Ah oui ?
AD 3 : Les premiers temps, les premiers jours, j'ai regretté hein
Enquêteur : Ah oui, c'était trop brutal en fait ?
AD 3 : J'ai regretté mais je n'étais pas, je n'étais pas apte du tout quoi en fait, je ne marchais pas. J'avais un déambulateur pour me tenir quoi
Enquêteur : Oui

AD 3 : Et j'avançais par, (*mime le déplacement à petit pas avec le déambulateur*)
Enquêteur : Oui donc c'était pour vous déplacer
AD 3 : Oui donc pour me déplacer et après je marchais donc avec des béquilles alors par exemple pour préparer mes repas, on me livrait mes repas Age d'Or pour le midi
Enquêteur : D'accord
AD 3 : Ça m'a énormément dépanné mais après il fallait faire un peu pour le soir et puis, euh, il fallait que je fasses quelque chose aussi et là rien que pour chopper quelque chose là-bas (*cuisine*), et bin, et pour venir ici (*salle à manger*) parce que je n'ai pas de table dans ma cuisine, alors du micro-onde je posais sur le petit congélateur mon assiette, j'avançais, je mettais mon déambulateur au milieu, je mettais mon assiette sur la petite tablette qui est là (*petite tablette à l'opposé du congélateur à environ 2 mètres*) et après je mettais mon déambulateur là (*au milieu de la pièce*), j'approchais mon assiette
Enquêteur : Oui oui bien sûr jusqu'à la table, ça vous faisait mine de rien un long parcours
AD 3 : Ah ça oui, j'ai trois trucs pour poser au milieu, et j'en ai mis des choses par terre hein
Enquêteur : Oui oui, c'est évident, ça ne devais pas être facile
AD 3 : Ah non, non, au début c'était vraiment la galère, c'était vraiment, vraiment, vraiment la galère, et puis au bout de 15 jours, 3 semaines, là euh, j'aurais, là à ce moment-là j'aurais voulu avoir beaucoup plus d'aide
Enquêteur : D'accord oui, et ça par rapport aux aides, par exemple le portage de repas, vous l'avez mis en place
AD 3 : Le jour même où je suis sorti
Enquêteur : D'accord, et ça vous a été proposé par l'hôpital par
AD 3 : Euh oui par Ty Yann
Enquêteur : D'accord, l'assistante sociale peut être ?
AD 3 : Oui l'assistante sociale elle avait commandé, tout était fait, ça c'est bien organisé hein
Enquêteur : D'accord oui mais c'était juste que ce n'étais peut être pas suffisant tout de suite au retour
AD 3 : Ah oui, là j'aurais dû avoir une personne presque tous les jours quoi
Enquêteur : Oui oui, justement sur les temps des repas en fait
AD 3 : Oui au temps des repas, il fallait une personne une heure par jour
Enquêteur : Oui c'est ça
AD 3 : Minimum quoi, parce que je ne pouvais rien faire, à peine me déplacer hein, j'étais vraiment handicapé les deux premiers mois quoi
Enquêteur : Oui, d'accord, et ça est ce que vous avez essayé de le voir avec quelqu'un, en parler, peut être avec le responsable de l'agence d'Age d'Or ?
AD 3 : Oui mais après je me suis dit, au fur et à mesure, enfin au fur et à mesure ça va s'améliorer
Enquêteur : D'accord oui
AD 3 : Donc après hein, c'est plus nécessaire au bout d'un mois et demi et deux mois quoi, ça n'aurait plus été justifié d'avoir une personne une heure ou une heure et demie tous les jours
Enquêteur : D'accord
AD 3 : Oui au départ il aurait fallu,
Enquêteur : Oui ça vous a manqué au départ, en fait, mais finalement, vous avez suffisamment récupéré pour ne plus en avoir besoin après ?
AD 3 : Oui c'est au départ qu'il faudrait plus quoi,
Enquêteur : Oui après progressivement
AD 3 : Progressivement au bout d'un mois et deux mois bin on baisse carrément le truc quoi

Enquêteur : D'accord oui. Et donc là actuellement vous avez toujours les repas qui vous sont livrés ?
AD 3 : Non non, j'ai supprimé, j'ai arrêté ça
Enquêteur : D'accord, vous avez recommencé à préparer vos repas
AD 3 : Oui je fais mes repas tranquillement, et puis j'aime bien cuisiner, j'ai toujours bien aimé donc je me fais mes repas moi-même aussi quoi
Enquêteur : Oui oui
AD 3 : Et puis ça m'occupe
Enquêteur : Oui bien sûr et si vous y parvenez
AD 3 : Oui oui, et là j'ai repris un petit peu, je vais faire mes courses moi-même, je conduis depuis le 15 décembre.
Enquêteur : D'accord
AD 3 : Donc pendant 6 mois à peu près je n'ai pas conduit du tout hein.
Enquêteur : D'accord
AD 3 : Donc je conduis depuis le 15 décembre à peu près. Enfin je conduis, je vais d'ici à l'Intermarché hein, donc 1, 5 kilomètres aller donc aller-retour 3 kilomètres,
Enquêteur : Oui
AD 3 : Je fais 6 kilomètres, 6 7 kilomètres dans le mois quoi (*Rires*)
Enquêteur : *Rires* oui mais comme ça vous avez recommencé à faire vos courses en fait
AD 3 : Bin oui oui, je ne suis pas allé ailleurs parce que ça ne me dis rien quoi
Enquêteur : Oui oui d'accord. Et donc dans le laps de temps ou vous n'avez pas conduit, pour les courses, tout ça, qui est ce qui vous les faisiez ?
AD 3 : Bin j'ai mon aide là et puis autrement j'ai des amis qui m'ont fait des courses donc 2 fois 3 fois et puis c'est tout quoi
Enquêteur : D'accord
AD 3 : Et maintenant je suis autonome pour mes courses, pour beaucoup de choses quoi
Enquêteur : Oui
AD 3 : Ah oui hein
Silence
Mais au départ, au départ ça a été vraiment la galère, hein, oh, oui,
Enquêteur : Oui vous auriez eu besoin d'un petit peu plus d'aide en fait
AD 3 : Oh oui, oui, j'ai regretté hein, parce que c'est moi qui voulais partir de Ty Yann
Enquêteur : Ah oui, c'est vous qui avez demandé de revenir chez vous ?
AD 3 : Oui oui, j'ai insisté pour euh, lourdement pour sortir hein, autrement ils m'avaient proposés de rester, de me mettre en maison, euh,
Enquêteur : En maison de convalescence peut être ?
AD 3 : Oui oui voilà, mais moi j'ai dit non, j'en avais marre.
Enquêteur : D'accord oui on peut le comprendre.
AD 3 : Oui. Je peux fumer une cigarette ?
Enquêteur : Bien sûr, vous êtes chez vous (*Rires*)
AD 3 : *Rires* oui mais je préfère vous demander, vous fumez ?
Enquêteur : Non, non je ne fume pas
AD 3 : D'accord. Mais oui au début ils ont pensé me mettre dans une maison un peu, euh, genre EHPAD, je ne sais pas trop, pour quelque temps quoi
Enquêteur : Oui en temporaire en fait
AD 3 : Mais je ne voulais pas, non je ne voulais pas, j'avais hâte de rentrer

Enquêteur : D'accord. Donc c'est pour ça en fait. Et vous avez refusé certains services en fait pour rentrer ou simplement ça n'a pas été proposé, personne n'y a pensé tout de suite en rentrant chez vous ?
AD 3 : Non non on m'a pas proposé et j'ai rien demandé aussi hein, j'ai pas demandé, je me suis dit c'est bien comme ça, je suis content,
Enquêteur : D'accord.
Silence
Et maintenant, est ce que vous avez toujours des services à votre domicile ?
AD 3 : Bin j'ai de l'aide, euh, de votre organisme, Age d'Or, j'ai Mme (*Intervenante Age d'Or Services Brest*) qui vient le lundi 1h30 et le jeudi 1h30
Enquêteur : D'accord donc deux fois dans la semaine
AD 3 : Ouais, elle fait le ménage, d'autres trucs
Enquêteur : D'accord, l'aide un peu quotidienne en fait
AD 3 : Oui oui voilà
Enquêteur : Et est-ce que par exemple, quand vous avez besoin de choses particulière, vous voyez directement avec elle ?
AD 3 : Bin elle fait le ménage et puis l'autre jour je lui ai demandé de prendre le pain, des fois elle me fait un peu de coursettes quoi
Enquêteur : D'accord
AD 3 : Elle est allée une fois ou deux à la poste pour m'envoyer du courrier, parce qu'au début je ne pouvais pas me déplacer non plus hein
Enquêteur : Oui
AD 3 : Donc bon, c'est appréciable hein
Enquêteur : Oui, et maintenant, ces déplacements là, vous les faites ?
AD 3 : Euh, oui oui les ¾ moi-même en fait
Enquêteur : D'accord, oui et sinon, c'est pour dépanner
AD 3 : Oui oui de temps en temps. Moi j'aime bien pouvoir sortir un peu mais avec le temps (*Regarde par la fenêtre*)
Enquêteur : Oui oui jusqu'à présent ce n'était pas forcément la bonne saison pour pouvoir sortir
AD 3 : Ah non non, alors au début aussi on me livrait les, j'ai un traitement là aussi pour d'autres choses, donc on me livrait mes médicaments tous les mois
Enquêteur : D'accord
AD 3 : De la pharmacie, je téléphonais, ils venaient chercher l'ordonnance et ils me livraient deux heures après
Enquêteur : Oui
AD 3 : Et avant-hier là par exemple, euh non mardi dernier, j'ai été tout seul, à la pharmacie, j'ai fait mes deux cent mètres aller-retour
Enquêteur : D'accord, donc vous sortez quand c'est comme ça, je vois qu'il y a une béquille, vous sortiez avec votre béquille ?
AD 3 : Oui oui avec une béquille
Enquêteur : D'accord
AD 3 : Il me faut, il me la faut pour avoir un appui quoi
Enquêteur : D'accord oui et puis ça vous permet quand même d'avoir une main de libre
AD 3 : Oui oui pour tenir mon petit paquet l'autre jour
AD 3 : Mais sinon je suis obligé d'avoir la béquille parce que je n'ai pas d'équilibre hein. Le problème c'est que je n'ai pas d'équilibre
Enquêteur : D'accord oui.

AD 3 : Je marche bien dans la maison, mais les trottoirs ils sont tout euh (*mime les trottoirs*)
Enquêteur : Oui c'est vraiment irréguliers
AD 3 : Oh oui et puis les routes c'est pareil, c'est bombé, là pour traverser, c'est toute la galère ici
Enquêteur : Oui oui c'est compliqué à l'extérieur
AD 3 : Oui à l'extérieur c'est compliqué hein, parce que les trottoirs, les trucs, les marches
Enquêteur : Oui des différences de niveau
AD 3 : Oui les marches j'ai du mal aussi, maintenant ça va mieux mais bon
Enquêteur : Oui surtout qu'ici vous avez un étage quand même à monter pour être chez vous
AD 3 : Oui un étage mais l'escalier est facile
Enquêteur : D'accord
AD 3 : L'escalier est facile, il y a une rampe donc j'arrive très bien
Enquêteur : D'accord
AD 3 : Oui monter je n'ai pas besoin de béquille, je me tiens et je me tire à la rambarde et c'est descendre je suis beaucoup plus prudent
Enquêteur : Oui c'est ça, vous vous rassurez. D'accord.
Silence
Donc au final, quels sont les changements que vous avez vu entre votre mode de vie que vous aviez avant d'être opéré et en revenant, est ce que ça a beaucoup changé ?
AD 3 : Bin euh, oui là je reste tranquille à la maison, hein
Enquêteur : Ah oui
AD 3 : Avant je faisais une bonne marche l'après-midi quoi, je sortais, euh, tandis que maintenant je reste enfermé, je suis seul quoi
Enquêteur : D'accord oui
AD 3 : Je ne sors pas beaucoup hein
Enquêteur : Oui, et est ce qu'il y avait des activités que vous aviez l'habitude de faire à l'extérieur par exemple mais sans déplacements vraiment
AD 3 : Non, non, si il va falloir que je reprenne l'habitude d'aller à la bibliothèque là plus haut
Enquêteur : Ah oui
AD 3 : Mais bon là aussi, la bibliothèque, euh, je ne vais pas leur demander de changer l'emplacement mais, (*Rires*) mais escalier, escalier escalier
Enquêteur : Ah oui, oui, elle est juste à côté de l'église c'est ça ?
AD 3 : Oui oui à gauche de l'église
Enquêteur : D'accord
AD 3 : Ah ça grimpe là,
Enquêteur : Ah oui donc c'est compliqué là aussi
AD 3 : Oui oui
Enquêteur : D'accord. Et donc par rapport aux objets que vous avez depuis votre hospitalisation, il y a donc le déambulateur, mais là vous ne vous en servez plus ?
AD 3 : Non non plus du tout,
Enquêteur : Maintenant vous avez simplement une béquille
AD 3 : Oui une béquille enfin j'ai les deux, il y a quelques jours encore je me servais des deux, donc je les ai toujours
Enquêteur : D'accord
AD 3 : Et je me sers que d'une maintenant
Enquêteur : D'accord
AD 3 : Et dans ma maison je ne me sers même pas de ma béquille.

Enquêteur : Oui donc c'est plus pour l'extérieur
AD 3 : Pour l'extérieur oui
Enquêteur : Et sinon, dans votre logement est ce que vous avez dû faire des modifications par rapport à ça ou pas du tout ?
AD 3 : Non, non j'ai fait mettre un tapis antidérapant dans ma salle de bain
Enquêteur : Ah oui
AD 3 : C'est tout, c'est tout, mais je ne peux pas utiliser ma, euh, je ne peux pas utiliser ma douche encore
Enquêteur : Parce qu'il y a une marche ?
AD 3 : Oui il y a une marche
Enquêteur : D'accord
AD 3 : Donc j'ai un problème d'équilibre et j'ai peur
Enquêteur : Oui
AD 3 : A puis seul dans la maison, j'ai peur
Enquêteur : Oui c'est sûr il vaut mieux être plus prudent parfois
AD 3 : Oui donc seul j'ai vraiment peur donc ce n'est pas grave hein, je me lave autrement, je continue, à me laver hein (*Rires*)
Enquêteur : *Rires*, oui bien sûr
AD 3 : Je fais juste autrement quoi, au lavabo
Enquêteur : Oui, vous avez trouvé d'autres solutions.
AD 3 : Mais sinon, c'est vrai que j'ai une maison, j'ai un petit logement qui est pratique hein
Enquêteur : Oui
AD 3 : C'est bien,
Enquêteur : Oui, ici en fait il y a de l'espace pour circuler là entre votre cuisine et votre salle à manger
AD 3 : Oui oui je suis toujours ici la journée en fait
Enquêteur : D'accord.
Silence
Et donc pour mettre en place les services, au retour de l'hôpital, vous avez rencontré le responsable d'Age d'Or ?
AD 3 : Oui oui, il m'a contacté après parce que l'assistante sociale de Ty Yann l'avait contacté, donc tout était prêt, il est venu me voir, se présenter et dire bin on viendra vous livrer tel jour et puis le jour même ils m'ont livré les repas, c'est bien organisé hein.
Enquêteur : Oui donc pour vous expliquer comment ça allait se passer
AD 3 : Oui oui
Enquêteur : Et est ce qu'il y a eu une évaluation de vos besoins
AD 3 : Oui il y a eu une personne qui est passée, une assistante sociale
Enquêteur : D'accord, de quel organisme ?
AD 3 : De la sécu
Enquêteur : De la sécu, Ah oui ?
AD 3 : Oui oui pour évaluer à tant d'heures dans l'année
Enquêteur : D'accord, c'était par rapport à une aide financière peut être ?
AD 3 : Oui c'est ça, après l'hôpital
Enquêteur : D'accord, oui donc c'était peut –être la caisse de retraite ?
AD 3 : Oui c'est la caisse de retraite qui est en charge de, euh, de ça quoi.
Enquêteur : D'accord
AD 3 : Et là donc j'ai droit à l'aide, euh, à mes trois heures hebdomadaires jusqu'à fin novembre

Enquêteur : D'accord, ça a été reconduit
AD 3 : Oui, 144 heures exactement
Enquêteur : Ah oui c'est précis
AD 3 : Ah oui, oui ils sont précis. Mais je trouve que c'est bien organisé quand même moi
Enquêteur : Oui, vous êtes satisfait de la façon dont ça s'est passé
AD 3 : Oh oui oui c'est bien, c'est très bien organisé
Enquêteur : D'accord. Et sinon, par rapport aux services en fait, c'est l'assistante sociale de Ty Yann qui a contacté directement Age d'Or ? Ou est-ce que vous avez choisi précisément cette entreprise ?
AD 3 : Non non, ils se sont mis en relation
Enquêteur : D'accord donc vous n'avez pas
AD 3 : Moi j'ai rien fait
Enquêteur : D'accord, et qu'est-ce que vous en pensez, maintenant que c'est en place, du service
AD 3 : Oh, c'est impeccable
Enquêteur : Oui, ça vous convient en fait ?
AD 3 : C'est très très bien, oui oui
Enquêteur : D'accord, et si vous avez des modifications à faire, sur des changements d'horaires c'est ça, vous passez par l'agence ou vous voyez directement avec la personne qui vient à votre domicile ?
AD 3 : Oh non, on s'arrange, elle s'arrange hein
Enquêteur : Oui
AD 3 : Moi je la laisse libre hein
Enquêteur : D'accord,
AD 3 : Normalement elle vient souvent à midi moins quart en fait, elle décale un peu les horaires suivant ses clients, suivant ce qu'elle a à faire aussi, elle fait son travail, c'est impeccable quoi. Moi je suis là hein donc je ne bouge pas
Enquêteur : Oui donc vous n'avez pas forcément d'impératif
AD 3 : Non, non, elle est toujours la bienvenue hein
Enquêteur : D'accord oui
AD 3 : Elle fait son travail, elle est agréable, ça je dois dire j'ai de la chance, hein dans mon malheur, j'ai de la chance de tomber sur des gens sympa
Enquêteur : Oui, et finalement qu'elles sont les principales difficultés que vous avez ?
AD 3 : Bin je ne peux pas faire de ménage quoi
Enquêteur : Oui
AD 3 : Je ne peux pas passer l'aspirateur, je ne peux pas le prendre, je fais la petite vaisselle tous les jours, je fais le plus possible hein
Enquêteur : Oui oui
AD 3 : Mais faire des gros travaux, je ne peux pas, j'ai du mal à tirer des choses du four par exemple
Enquêteur : Ah oui, ça demande de l'équilibre et d'être baissé
AD 3 : Oui d'être baissé et ça je ne peux pas trop
Enquêteur : D'accord
AD 3 : Je suis prudent quoi
Enquêteur : Oui oui bien sûr
AD 3 : Je suis très très prudent quoi maintenant
Enquêteur : Oui. Et par contre je pense à ça, est ce que vous avez installé un système de téléassistance par exemple ?

AD 3 : Non non, on me la proposer mais non, j'ai le téléphone et je suis prudent en fait maintenant
Enquêteur : D'accord
AD 3 : Mais oui maintenant j'ai peur de tomber, j'ai peur de perdre l'équilibre
Enquêteur : Oui. Parce que dans ce cadre-là, lorsque vous êtes tombé, vous avez directement appelé les pompiers je suppose ou les urgences ?
AD 3 : Non, je suis resté KO pendant quelques minutes, et puis je me suis trainé jusqu'à la porte, mon portable était là (*sur la commode*) je ne pouvais pas le prendre j'avais la jambe complétement fracassée heureusement j'ai réussi à ouvrir ma porte et j'ai appelé au secours et le gars du 3ème est descendu
Enquêteur : D'accord
AD 3 : C'était un jour férié donc heureusement qu'il était là
Enquêteur : Oui
AD 3 : Autrement, euh, oui, la catastrophe quoi
Enquêteur : Oui oui. Et sinon, vous avez de l'entourage proche, vous m'avez parlé de vos voisins et de vos amis qui étaient ?
AD 3 : Non non, j'ai personne, j'ai trois enfants mais ils ne sont pas là du tout
Enquêteur : Ah oui ils ne sont pas dans la région
AD 3 : Non du tout
Enquêteur : D'accord, oui donc sur place il y a vos voisins
AD 3 : Ouais, et autrement quand j'étais à Ty Yann , vu que je suis séparé, divorcé depuis un petit bout de temps, mon ex est venu me voir
Enquêteur : D'accord
AD 3 : Souvent, elle a pris le linge à laver
Enquêteur : Ah oui
AD 3 : On est resté en bon termes, elle m'a rendu des services, elle m'a fait des fois des petites coursettes là
Enquêteur : D'accord oui
AD 3 : Quand j'étais à Ty Yann elle est venue ici prendre du linge, des choses comme ça
Enquêteur : D'accord oui donc elle vous a aidé un petit peu
AD 3 : Oui oui, j'ai eu un peu d'aide de sa part aussi
Enquêteur : D'accord oui c'est bien
AD 3 : Oui oui ça c'est bien passé
Enquêteur : D'accord. Et sinon est ce que je peux vous demander quelle était votre profession ?
AD 3 : J'étais, j'avais une petite affaire, un commerce d'ameublement, d'agencement des rideaux, le voilage, euh, fauteuils de style, la tapisserie
Enquêteur : D'accord donc dans l'ameublement
AD 3 : Oui voilà
Enquêteur : Sur Brest ?
AD 3 : Oui oui
Enquêteur : D'accord, et sinon pour finir, est ce que vous avez autre chose à me dire autour de voilà quel est votre ressenti aussi par rapport à ce retour d'hospitalisation ?
AD 3 : Euh, non j'ai rien à signaler à part ce problème que je n'ai pas eu assez d'aide au départ
Enquêteur : Oui c'est ça
AD 3 : Peut-être coupable, j'aurai du demander peut être. Mais je n'ai pas osé
Enquêteur : Oui oui et personnes, par exemple vous m'avez dit, l'assistante sociale de la caisse de retraite, elle ne vous a pas questionné sur ces choses-là ?

AD 3 : Si si mais bon moi j'ai dit ça va, ça va j'aurai du insister davantage
Enquêteur : D'accord oui,
AD 3 : J'ai pas osé non plus, je me suis dit ils vont se dire qu'il veut profiter non, ce n'est pas mon genre du tout
Enquêteur : Oui oui donc vous n'avez pas demandé plus ce qu'on vous a proposé en fait
AD 3 : Non non, mais heureux hein
Enquêteur : D'accord très bien. Est-ce qu'une dernière petite question, est ce que je peux vous demander votre âge ?
AD 3 : J'ai eu 72 ans
Enquêteur : D'accord très bien.
AD 3 : Né en 46
Enquêteur : Oui. Je vous remercie d'avoir répondu à mes questions
AD 3 : Oh non non c'est normal
Enquêteur : Quand même, merci beaucoup

Entretien AD PR 4 (Le 12/03/2018 Après midi, A son domicile. Durée : 15 minutes)

Enquêteur : Merci, donc à quand remonte votre hospitalisation ?
AD PR 4 : Euh, j'ai été hospitalisé 14 jours à la fin du mois d'août début septembre
Enquêteur : D'accord, à l'automne dernier
AD PR 4 : Oui
Enquêteur : Et vous avez été hospitalisé pour quelle raison ?
AD PR 4 : Pour un AVC
Enquêteur : D'accord. Et donc après comment est-ce que vous avez organisé cette sortie de l'hôpital ?
AD PR 4 : Oula c'était compliqué parce que j'ai, euh j'ai été 48 heures à l'hôpital maritime en fait après j'ai passé 12 jours à l'hôpital de la cavale en soins intensif et puis en chambre normale et puis j'ai été 3 mois et demi à l'hôpital de Morvan quoi. A Morvan c'était de la rééducation et puis au bout de 3 mois et demi ils m'ont laissé sortir quoi
Enquêteur : D'accord, donc votre sortie c'est encore récent
AD PR 4 : Oui oui, et là j'ai trois séances de kiné par semaine et autrement j'ai deux fois le, euh, l'infirmier qui vient me faire des prises de sang et qui met les cachets, il met les cachets dans la boite quoi
Enquêteur : Oui et donc c'était une hospitalisation longue en fait entre l'hôpital maritime et votre sortie
AD PR 4 : Oui oui
Enquêteur : Et donc à Morvan, vous étiez dans un service de rééducation?
AD PR 4 : Euh, de rééducation fonctionnelle et euh, euh, je sais plus
Enquêteur : Oui d'accord, ce n'est pas grave
AD PR 4 : C'était au RDC à droite
Enquêteur : D'accord. Et au niveau de la date de sortie d'hospitalisation vous avez été prévenu un certain temps avant ?
AD PR 4 : J'ai été prévenu le vendredi et je suis sorti le lundi, le lundi après-midi parce que j'ai voulu euh conserver le repas du midi quand même
Enquêteur : Oui bien sûr c'était plus facile pour s'organiser je suppose ?
AD PR 4 : Bin oui oui
Enquêteur : Et donc quand vous êtes revenu à votre domicile, est ce qu'il y a des démarches particulières que vous avez faites ?
AD PR 4 : Je suis venu ici pour la première fois en fait

Enquêteur : D'accord, c'était un déménagement ?
AD PR 4 : J'habitais à St Louis avant, dans la rue (*nom de la rue*). Je ne sais pas si vous voyez ou c'est.
Enquêteur : Pas tout à fait non
AD PR 4 : L'arrière de l'église St Louis
Enquêteur : D'accord d'accord
AD PR 4 : Donc j'ai déménagé et je suis venu ici quoi
Enquêteur : D'accord
AD PR 4 : Parce que enfin mes filles ont tout fait pendant que je n'étais pas là quoi
Enquêteur : Vous avez plusieurs filles ?
AD PR 4 : J'ai deux filles et un fils
Enquêteur : D'accord, et ils habitent les alentours de Brest ?
AD PR 4 : Non, mon fils habite à Paris et puis mes filles n'habitent pas loin, Kergaradec
Enquêteur : Oui, donc vous voyez vos enfants régulièrement ?
AD PR 4 : Oui je les vois deux fois par semaine, enfin les filles, le fils un peu moins
Enquêteur : Oui
AD PR 4 : Elles viennent chacune leur tour parce que (*Rire*) sinon ça fait beaucoup de monde, elles viennent avec les petits enfants alors
Enquêteur : Ah oui d'accord, il y a vite du monde
AD PR 4 : Oui voilà
Enquêteur : Et donc à l'hôpital pour organiser la sortie vous avez rencontré un ou une assistante sociale ?
AD PR 4 : Qui ?
Enquêteur : Une assistante sociale pour organiser la sortie ?
AD PR 4 : Oui oui, elle vient de l'aide sociale des PTT parce que je travaillais à France Telecom avant la retraite et l'assistante sociale de l'hôpital
Enquêteur : De l'hôpital d'accord
Enquêteur : Et est ce que c'est elle qui a fait le lien avec le responsable d'Age d'Or pour mettre en place le portage de repas par exemple, comme ça s'est passé pour mettre en place les services ?
AD PR 4 : Pour mettre en place ?
Enquêteur : Oui
AD PR 4 : Ba, Mme (*Agent de portage de repas Age d'Or Services Brest*) est venue, euh, c'est la jeune femme qui m'apporte les repas
Enquêteur : Oui, mais est-ce que ce sont vos filles, vous, ou peut-être l'assistante sociale qui a demandé à ce qu'elle vienne vous apporter les repas ?
AD PR 4 : Ah oui c'est l'assistante sociale et elle l'a dit à ma fille après
Enquêteur : D'accord directement
AD PR 4 : Oui et elle vient et puis je lui ouvre la porte quoi (*rire*)
Enquêteur : Oui bien sûr et vous êtes satisfait du service ?
AD PR 4 : Oui oui, et puis c'est pas mauvais en plus
Enquêteur : Oui c'est important que ce soit bon
AD PR 4 : Oui oui, mais je n'ai pas à me plaindre, c'est bon.
Enquêteur : Et sinon à part le portage de repas, est ce qu'il y a d'autres services justement qui viennent ?
AD PR 4 : Euh il y a la femme de ménage aussi, elle est de chez vous aussi
Enquêteur : Oui, c'est Mme (*Intervenante Age d'Or Services Brest*) qui vient?
AD PR 4 : Oui oui voilà.
Enquêteur : D'accord, elle vient une ou plusieurs fois par semaine ?
AD PR 4 : Deux fois, le mardi et le vendredi matin

Enquêteur : D'accord d'accord, donc ce sont des services que vous n'aviez pas avant votre hospitalisation ?
AD PR 4 : Non non j'avais rien avant,
Enquêteur : D'accord, et ces services là justement, ce sont vos filles, l'hôpital qui vous ont conseillé, comment est-ce que vous avez choisi de mettre en place tous ces services ?
AD PR 4 : Non non c'est mes filles qui ont tout fait
Enquêteur : Vos filles
AD PR 4 : J'ai même plus ma carte bancaire alors
Enquêteur : Ah oui ? Ce sont vos filles qui l'ont ?
AD PR 4 : Oui oui,
Enquêteur : D'accord, et pourquoi ce sont elle qui l'ont, elles vont vous la rendre ?
AD PR 4 : Oh non, elles auront du mal à me la rendre (*rire*), elles font mes courses avec ma carte bancaire mais moi je n'ai pas le droit de la toucher (*rire*). Mais elles me donnent du liquide quand même. J'ai 80 euros par semaine quand même.
Enquêteur : D'accord
AD PR 4 : Mais bon je ne dépense pas ça hein, je vais juste chercher mon tabac tous les jours
Enquêteur : D'accord, au bureau de tabac, juste en face
AD PR 4 : Oui oui
Enquêteur : Et donc pour le reste des courses ce sont vos filles qui s'en chargent
AD PR 4 : Oui voilà, j'ai les repas mais elles m'achètent euh, de l'eau, et puis des boites de conserves pour le soir, un petit peu
Enquêteur : D'accord oui et des petites choses
AD PR 4 : Oui voilà, les dépenses courantes euh, oui
Enquêteur : D'accord, et donc en fait si vous avez déménagé c'est parce qu'ici l'appartement est plus accessible ?
AD PR 4 : Oui oui, il y a un ascenseur, c'est pour l'ascenseur,
Enquêteur : Ah oui effectivement, vous n'en n'aviez pas dans votre ancien appartement ?
AD PR 4 : Non non et en fait ma chambre était à l'étage, elle était au-dessus donc il y avait des marches à monter, et j'ai commencé sans doute à dévaler le truc, je me suis cassé la clavicule deux fois en arrivant dans la salle, en descendant les escaliers
Enquêteur : Ah oui d'accord, donc c'était compliqué dans l'ancien appartement ?
AD PR 4 : Oui oui, bon c'était un petit peu l'alcool parce que j'avais commencé à boire quand ma femme est partie en fait, et bon voilà
Enquêteur : D'accord
AD PR 4 : Et puis après j'ai été en retraite, donc il y a peut-être un peu de ça, les pompiers quand ils sont venu, ils ont dit bon il y a ça mais il y a aussi autre chose, il y a l'AVC
Enquêteur : Oui c'était quelque chose de plus grave
AD PR 4 : Après je ne sais pas du tout
Enquêteur : Oui, c'est vous qui avez appelé les pompiers ?
AD PR 4 : Non non c'est ma fille
Enquêteur : D'accord
AD PR 4 : Donc c'est comme ça que je suis arrivé ici
Enquêteur : Oui.
Silence
Et donc maintenant par rapport à votre mode de vie, est ce qu'il y a des choses qui ont changé, des choses pour lesquelles vous avez des difficultés ou des besoins particuliers ?
AD PR 4 : Euh non, euh les repas, j'ai jamais fait la cuisine donc je ne sais pas faire (*Rire*)
Enquêteur : D'accord oui donc c'est pour ça que vous faite appel à Age d'Or ?
AD PR 4 : Oui voilà

Enquêteur : D'accord, et sinon pour la mise en place du portage de repas ou de l'aide à domicile, vous avez rencontré le responsable d'Age d'Or?
AD PR 4 : Euh qui ?
Enquêteur : M. (*Responsable de l'agence Age d'Or Services Brest*), le responsable de l'agence pour mettre en place les services justement pour voir avec lui un petit peu vos besoins ?
AD PR 4 : Euh oui le grand monsieur ?
Enquêteur : Oui
AD PR 4 : Oui il est venu une fois je crois mais sinon il a parlé avec mes filles je crois
Enquêteur : D'accord donc il a directement vu avec vos filles ? Et il est passé au tout début où vous être rentré ?
Enquêté : Oui oui c'est ça, il est passé la première semaine je pense.
Enquêteur : Et actuellement, est ce qu'il y a des services dont vous pourriez avoir besoin ?
AD PR 4 : Non, non, là ça va, je prends ma douche une fois par semaine et deux fois avec l'infirmier parce que sinon il ne fait rien (*rire*)
Enquêteur : (*Rire*) D'accord
AD PR 4 : (*Rire*) oui oui, il faut lui trouver des choses à faire
Enquêteur : D'accord
Silence
Est-ce que je peux vous demander votre âge ?
AD PR 4 : Ah, ça, j'ai 61 ans
Enquêteur : Et donc votre métier, vous travailliez dans France télécom ?
AD PR 4 : Oui oui France télécom, c'est orange maintenant
Enquêteur : Oui d'accord, d'accord. Est-ce que vous voulez me dire autre chose sur votre parcours depuis l'hospitalisation ?
AD PR 4 : Non, non, j'ai accepté de répondre à vos questions mais je ne sais pas trop comment je peux vous aider
Enquêteur : D'accord, mais merci, merci beaucoup, ça me sera très utile pour mes études. Je vais vous laisser alors, merci de m'avoir reçu
AD PR 4 : Il n'y a pas de quoi, vous voulez un café ?

Entretien AD PR 5 (Le 12/03/2018 Après midi, A son domicile. Durée : 14 minutes)

Enquêteur : Merci
AD PR 5 : Donc j'ai fait je vous dis, deux ans de maladie, j'ai fait toutes les cliniques de la ville de Brest sauf une, j'ai été à la clinique de Landerneau et trois mois à Roscoff pour finir donc vous voyez tout ce que j'ai fait.
Enquêteur : Oui
AD PR 5 : Et après entre temps bin j'étais comme ça, j'avais une, j'avais un petit peu de récupération quoi. Ici par contre je suis venue de mon plein gré parce que ici ce n'est pas médicalisé vous voyez donc je suis dans un appartement euh, comme n'importe où en fait. Il n'y a pas de médecin, il n'y a rien du tout, il n'y a pas d'infirmières parce que jusque-là j'ai suivi d'autres, euh, quand je n'étais pas en clinique j'étais soit en repos dans un centre spécialisée ou il y avait quand même un médecin, des infirmières, n'importe quoi.
Enquêteur : Ah oui d'accord
AD PR 5 : Tandis qu'ici si j'ai un problème j'appelle au secours par exemple si elle passe (*pointe du doigt l'agent de portage de repas Age d'Or présent lors de l'entretien*)
(*Rires*)
Et j'ai plus, il n'y a rien quoi. Je suis complétement indépendante
Enquêteur : Oui oui vous avez choisi de venir ici

AD PR 5 : Oui le tout c'est de savoir aussi comment, le choix qu'on fait. Enfin bon c'est comme ça. Alors bon, qu'est-ce que vous voulez que je vous raconte, qu'est-ce que vous voulez que je dise ?
Enquêteur : Est-ce que vous pouvez m'expliquer votre parcours, depuis votre hospitalisation jusqu'à aujourd'hui et comment vous avez pu mettre en place et revenir à votre domicile et qu'est-ce que vous avez mis en place pour revenir
AD PR 5 : Alors vous savez j'en ai fait des choses moi
(*Rires*)
Donc je suis déjà pour commencer j'ai été, je suis à Brest depuis pas longtemps puisque j'habitais au Conquet puisque mes parents habitaient au Conquet et je suis allé soigner toute ma famille au Conquet. Donc j'ai soigné toute ma famille avant de tomber malade. Donc j'ai dû quitter ma maison que j'ai toujours au Conquet, et je me suis trouvé bin, j'ai fait deux ans de clinique pour finir par être amputé alors là ça a été le grand drame évidemment
Enquêteur : Oui
AD PR 5 : Parce que là c'était plus la même chose hein, pour, et bon, j'ai choisi donc je suis ici depuis combien de temps ? Je sais plus, j'ai choisi et je suis ici depuis pas si longtemps que ça parce qu'entre mi je suis allé en maison de repos quand même
Mais quand même médicalisé donc j'avais tout sous la main, les docteurs, les infirmières tandis qu'ici je suis en location simplement quoi,
Enquêteur : Oui c'est votre appartement
AD PR 5 : Et si j'ai besoin je dois appeler une copine, comme une copine qui m'amène mes repas (*Rires*). Et puis j'ai quand même des infirmières libérales qui viennent tous les jours, j'ai des kinés qui viennent aussi et je suis moi quand même indépendantes, je suis ici en location, je suis une simple locataire.
Donc en fait je suis arrivée à ça parce que j'en avais marre de pas, d'être en clinique, d'être au milieu de tout ce qu'on veut, c'est quand même dur, c'est long alors simplement bin ça c'est fait, ça s'est déroulé comme ça tout doucement, sans du jour au lendemain, bin je vais carrément changer en location, non, j'ai fait donc des séjours, pratiquement dans toutes les cliniques de la ville de Brest, sauf une, hein, donc j'ai passé pratiquement plus de deux ans en clinique quand même.
Enquêteur : D'accord,
AD PR 5 : De l'une à l'autre
Enquêteur : Oui sans revenir
AD PR 5 : Pour être vraiment indépendante, plus en tant que patient quoi, il y a que depuis que je suis ici.
Enquêteur : Oui
AD PR 5 : Parce qu'autrement j'étais toujours soit à moitié clinique, ou en centre de rééducation.
Enquêteur : D'accord et donc depuis combien de temps est ce que vous vous êtes installé ici ?
AD PR 5 : Oh, depuis un peu moins d'un an, juste avant l'été de l'année dernière, c'était juste un peu avant. Comme c'était un appartement quand même correct, tout neuf, il n'y a pas, euh, au début j'étais dans des milieux médicalisé
Enquêteur : Oui alors qu'ici c'est vraiment chez vous
AD PR 5 : Oui oui ici si j'ai besoin, j'appelle au secours, c'est ça
Enquêteur : D'accord
AD PR 5 : Parce que depuis le temps, c'était vraiment long
Enquêteur : Oui, d'accord, et quand vous êtes revenu ici, vous avez tout de suite mis en place la livraison de repas ?
AD PR 5 : Ah ba oui de toute façon quand je suis arrivée j'ai dit il faut que je mette tout en place hein

Enquêteur : Oui bien sûr
AD PR 5 : Mon fils m'a beaucoup aidé parce que c'est lui qui s'occupe des papiers hein, moi j'étais du métier, j'étais secrétaire comptable donc les papiers je connaissais mais bon, pendant un moment c'était la tête qui suivait plus très bien donc c'est mon fils qui s'est occupé de tout donc on a dit il faut absolument, j'ai trouvé ces petits appartements que je trouvais bien, c'était sympa, c'était dans la ville, c'était bien
Enquêteur : Oui
AD PR 5 : Moi le problème qu'il y a c'est que je ne peux pas retourner chez moi, je suis ici en location
Enquêteur : Oui, parce que votre maison n'est pas adaptée en fait au fauteuil roulant ?
AD PR 5 : Non non, je ne peux pas retourner dans ma maison donc je paye un loyer mais j'ai toujours ma maison au Conquet, qui est vide, qui est grande mais qui est vide, mais je ne pourrais jamais y retourner de toute façon mais enfin bon ça,
Enquêteur : Et donc comment les services se sont mis en route, c'est avec votre fils ?
AD PR 5 : Moi j'ai vu mon fils, je lui ai dit bon, de toute façon, je ne peux pas faire à manger, sur le plan, c'est pas possible de rester faire de l'équilibre sur une jambe pour faire à manger, il faut donc que je vois ce qu'il y a. donc j'ai demandé, on m'a dit il y a des portages de repas à domicile, donc je me suis renseigné un peu, et donc on a trouvé cette solution-là autrement j'ai donc quand même à ma disposition toujours une infirmière libérale qui vient trois fois par jour parce que j'ai des piqures trois fois par jours
Enquêteur : D'accord
AD PR 5 : Parce que je suis sous traitement toujours, hein j'ai en plus un kiné qui vient 3 fois par semaine mais aussi, bin que j'ai pris moi-même comme ça
Enquêteur : D'accord, et vous avez une aide à domicile aussi ?
AD PR 5 : Alors j'ai une aide à domicile aussi, qui m'a été fourni, que j'ai deux heures par semaine
Enquêteur : D'accord,
AD PR 5 : Bon bin sinon je me débrouille comme je peux, tout le monde est gentil, tout le monde est sympa, mais là je me sens quand même libérée parce que je suis quand même chez moi, tandis qu'avant j'étais en clinique, en maison de repos.
Enquêteur : Oui c'est ça, ici vous êtes chez vous
AD PR 5 : Oui, tout en étant, que mon chez moi il est au Conquet
Enquêteur : Oui
AD PR 5 : Mais là je sais que je ne pourrais pas y retourner donc, bon bin ce n'est pas grave, je suis tranquille comme ça
Enquêteur : D'accord
AD PR 5 : Je pense que c'est la meilleure solution pour moi parce que j'ai besoin d'aide médicale vous voyez, je ne suis pas dispensée d'infirmières et tout ça
Enquêteur : Oui d'accord
AD PR 5 : Parce que je suis diabétique moi, c'est ma maladie
Enquêteur : Oui
AD PR 5 : Mais autrement c'est sympa, les gens qui viennent sont gentils. Mais moi je parle à tout le monde de toute façon, j'ai le contact facile, on est bonne copine hein, les infirmières pareilles, les docteurs je reste un peu plus distante quand même (*Rire*)
Oui oui avec les docteurs il faut être plus distante (*Rire*).
Bon non sinon ma vie c'est comme ça, sinon, bien sûr il y a des moments où c'est dur parce que il faut se dire que ça (*montre sa jambe*) ça ne repoussera pas quoi
Enquêteur : Oui bien sûr, ce n'est pas facile

AD PR 5 : Mais j'ai quand même une prothèse mais elle me sert à quoi à la maison ? À rien, je la mets un peu des fois quand je dois marcher avec le kiné, dans le couloir mais bon bin je ne retrouverai jamais une autonomie complète hein, ce n'est pas possible
Enquêteur : Oui
AD PR 5 : Et puis on fait comme ça, on trouve quand même, des solutions, j'ai fait toutes les cliniques et maintenant, je suis en location, j'ai les repas à domicile Age d'Or, j'ai eu le bonhomme au téléphone
(*Entrée de sa cousine qui apporte des courses*)
AD PR 5 : Donc on essaie de faire du mieux qu'on peut pour être bien chez soi.
Enquêteur : Oui bien sûr, vous trouvez des solutions.
AD PR 5 : Oui oui toujours, il y a toujours des solutions à trouver, mais des fois ce n'est pas facile hein
Enquêteur : D'accord, et par rapport à ça est ce que vous avez rencontré des assistantes sociales dans les cliniques ?
AD PR 5 : Alors moi l'assistance sociale c'est mon fils qui l'a vu pour mettre toute en place, c'est mon fils qui a rencontré une assistante sociale. Parce que d'abord c'est les docteurs qui m'ont dit un peu comment il fallait faire pour rentrer chez moi bien sûr mais ensuite c'est mon fils qui a rencontré l'assistance sociale. Et moi ici j'ai eu aussi la visite d'une assistante sociale pour me demander ce que l'on me fait, si ça continue, si je veux changer d'avis tout ça
Enquêteur : D'accord, c'était une assistante sociale, du CLIC, de la ville de Brest
AD PR 5 : Je ne sais pas moi, non je ne sais même pas, elle est venu me voir ici, c'était une assistante sociale pour savoir si j'avais besoin d'autres chose
Enquêteur : D'accord d'accord
AD PR 5 : Je ne l'ai vu qu'une fois. Autrement j'ai mon docteur que je vois régulièrement, tous les mois, l'infirmier trois fois par jour.
Enquêteur : D'accord et donc après pour mettre en place c'est avec votre fils ? Vous avez un seul enfant ?
AD PR 5 : J'ai une fille mais elle ne passe pas souvent, et oui oui pour les papiers tout ça, pour mettre en place les choses c'est mon fils, et après on me donne les renseignements, tout ce qu'il faut pour suivre après.
Enquêteur : D'accord, il vous transmet tout ce qu'il a pu faire
AD PR 5 : Oui voilà il me fait signer les papiers quoi, mais il faut se méfier de ce que les enfants vous font signer (*Rire*) Mais oui voilà on voit ensemble hein, et puis il y a ma cousine aussi, qui m'aide pour les petites courses. Ce n'est pas toujours facile hein, après il suffit d'être un petit peu, euh, de chercher et de demander un petit peu.
Enquêteur : D'accord oui, et est ce qu'il y a des services que vous auriez besoin, mais que vous ne mettez pas en place pour différentes raison ?
AD PR 5 : Non non, moi j'ai tout ce qu'il me faut à domicile, les infirmières, une aide-ménagère, les repas donc c'est tout, j'ai tout à disposition, si j'ai besoin j'ai toujours ma cousine ou mon fils qui m'apporte des petites choses, qui me font des petites courses mais non moi je suis vraiment, non
Enquêteur : D'accord, et comment est-ce que vous avez choisi les services ?
AD PR 5 : C'est pareil, c'est quand je suis venu ici que j'ai cherché, on m'a parlé des repas et puis l'aide-ménagère c'est pareil, elle vient de chez vous aussi, on m'a dit bon tes repas sont fournis par l'Age d'Or, comme je fais partie de l'Age d'Or donc d'accord, et pour l'aide-ménagère c'est l'Age d'Or aussi
Enquêteur : D'accord donc tout est regroupé autour de la même entreprise
AD PR 5 : Oui voilà, c'est plus facile aussi. Sinon après on peut demander soi-même quelqu'un mais moi non non, j'ai laissé faire
Enquêteur : D'accord d'accord

AD PR 5 : Donc l'Age d'Or ils me prennent dans leurs mains et ils ne me lâchent plus (*Rire*)
Enquêteur : (*Rire*) Oui d'accord, et ça vous convient comme ça ?
AD PR 5 : Oui oui, moi j'essaie d'embêter le moins possible les gens quand même
Enquêteur : Oui oui, vous essayer de vous débrouiller
AD PR 5 : Oui oui je me débrouille quand même, ici, il n'y a pas de médecins et tout ça, je suis indépendante
Enquêteur : Oui c'est sûr.
Silence
Est-ce que je peux vous demander votre âge pour finir ?
AD PR 5 : Oui j'ai 78 ans.
Enquêteur : D'accord, merci beaucoup de bien avoir voulu nous accueillir
AD PR 5 : Oh de rien moi j'aime bien voir du monde, je ne sais pas si ça pu vous rendre service
Enquêteur : Si si, c'était très bien, merci beaucoup

Entretien AD PR 6 (Le 16/03/2018 Après midi, A son domicile. Durée : 30 minutes)

Enquêteur : Voilà mon but c'est d'essayer de comprendre, depuis combien de temps vous êtes revenu de l'hôpital et comment est-ce que vous avez fait pour revenir à domicile
AD PR 6 : Moi j'ai été hospitalisé une fois, une seule fois, donc j'ai été hospitalisé en 2016
Du 23 août 2016 au 28 octobre 2016 presque deux mois et une semaine, pour dépression
Enquêteur : D'accord
AD PR 6 : Dépression, c'est à dire que en dépression, je n'étais pas tellement mais c'était mes enfants, enfin c'était ma fille, je n'ai qu'une fille qui était, elle est en Seine et Marne donc quand ils sont venu en vacances ils m'avaient trouvés amaigrie c'est pour ça qu'ils avaient décidé d'appeler le médecin, et sans me dire quoi que ce soit
Enquêteur : D'accord
AD PR 6 : Alors, pour moi, quand j'ai vu que le médecin arriver chez moi, c'était un dimanche je me rappelle je n'étais pas tellement contente hein. Alors bon il a voulu m'ausculter et tout, et puis bon j'avais maigri beaucoup, je faisais que 42 kilos
Enquêteur : Ah oui
AD PR 6 : Et à partir de ce moment-là bon bin le médecin il a décidé de me faire passer des examens et bon après quand j'ai eu les résultats, j'ai passé une visite à la cavale blanche et de la cavale, d'office, ils ont appelé une ambulance pour m'amener à Bohars. Vous connaissez Bohars ?
Enquêteur : Non pas tellement, de nom
AD PR 6 : D'accord, et j'en ai gardé un mauvais souvenir hein, de mon hospitalisation
Parce que là-bas c'est vrai, faut voir les cas qu'il y a là-bas hein, c'est la psychiatrie là-bas, à Bohars
Enquêteur : Oui, donc c'était compliqué pour vous ?
AD PR 6 : Oui c'était dur et puis je dormais mal en plus et encore quand j'ai su que j'allais aller là-bas, à Bohars j'ai demandé une chambre seule, parce que je ne voulais pas une chambre à deux ou trois, et puis bon bin j'ai eu une chambre toute seule mais je ne dormais pratiquement pas et donc je suis restée deux mois et 8 jours et après comment, quand j'étais de retour à la maison ils ont mis donc en place le portage de repas
Enfin c'était une infirmière de Bohars, ils ont mis, sur place le portage de repas, et puis, une aide-ménagère aussi
Enquêteur : D'accord, c'est à l'hôpital directement qu'ils vous ont demandé de mettre ça en place
AD PR 6 : Oui, et puis en plus, là-bas il y a, on peut aller à l'hôpital de jour

Enquêteur : Ah oui les hospitalisations à la journée
AD PR 6 : Voilà donc pendant un petit moment j'allais deux fois par semaine, j'allais le mardi de 11h à 16 h et j'allais le jeudi, le jeudi j'y retournais de 9h à 16h15
Enquêteur : D'accord, et maintenant vous continuez avec ce rythme ?
AD PR 6 : Maintenant, et ça pendant un petit moment et après ça a été une fois par semaine et maintenant j'y vais en principe une fois tous les 15 jours
Enquêteur : Une fois tous les 15 jours, d'accord
AD PR 6 : Mais là depuis que j'ai mon problème de jambe et bin, je ne peux plus, je vais les appeler d'ailleurs pour dire que je ne peux pas y aller, parce que je ne peux plus me chausser.
Enquêteur : Oui
AD PR 6 : Je ne peux plus me chausser donc, je ne peux pas y aller
Enquêteur : Oui vous ne pouvez pas sortir dehors
AD PR 6 : Non, et puis bon, bin j'ai des examens à faire, je dois refaire un doppler des jambes, je retourne le voir le 30 mars.
Enquêteur : D'accord. Et du coup, c'est la seule hospitalisation que vous avez eu depuis disons, 2 ans, 3 ans ?
AD PR 6 : Bin oui, sinon j'ai été à l'hôpital pour l'accouchement de ma fille (*Rire)*
Enquêteur : (*Rire*) d'accord
AD PR 6 : Non non mais avant je n'étais pas maladive
Enquêteur : Oui d'accord
AD PR 6 : Mais là vous avez vu tous les médicaments que j'ai
Enquêteur : Oui, et ça, ces médicaments, c'est suite à votre hospitalisation en fait, que les traitements ont été mis en place ?
AD PR 6 : Oui
Enquêteur : D'accord
AD PR 6 : Et puis, il depuis quelques temps je n'arrête pas de passer des examens, doppler, échographie, j'ai un problème de thyroïde maintenant aussi, donc je fais une échographie de la thyroïde aussi
Enquêteur : Oui, donc ça fait beaucoup d'examens
AD PR 6 : Oui, et puis depuis, euh, oh peut être 2 mois, j'avais des montées de tension, j'avais jusqu'à 22 de tension. Un jour je me suis réveillée, c'était un dimanche et quand l'infirmière est venu, je lui ai dit que j'avais de sacré maux de tête et j'avais 22
Enquêteur : Ah oui
AD PR 6 : Donc elle est restée là sur place et elle a appelé SOS médecins et elle est restée
Enquêteur : Oui jusqu'à ce que le médecin arrive
AD PR 6 : Oui, jusqu'à ce qui reparte. Il m'a donné un traitement et ils sont venus plusieurs fois me prendre la tension dans la journée et, euh, le soir, comme j'avais toujours 20 ils l'ont rappelé, ils ont rappelé SOS médecins. Et finalement, j'ai vu mon médecin après, et ça venait du médicament enfin d'un de mes médicaments que je ne supportais plus
Enquêteur : Ah oui d'accord
AD PR 6 : Donc on m'a changé un peu le traitement et maintenant ça à l'air d'aller, mais maintenant c'est les jambes. Donc je ne peux plus courir comme avant.
Parce que moi j'étais une bonne marcheuse
Enquêteur : D'accord, vous alliez marcher
AD PR 6 : Oui je partais tous, les jours, tous les matins je partais, j'allais en ville
Parce que j'avais beaucoup de copines en ville, j'allais manger au centre-ville, je mangeais à la brioche dorée, mon petit déjeuner déjà à la brioche dorée après je faisais mon retour, j'allais voir plein de copines, après je revenais manger à la brioche dorée ou dans une crêperie et puis le soir j'allais chez Leclerc et je venais, je revenais avec mes deux sacs, euh
Enquêteur : Vos courses

AD PR 6 : Oui, tous les jours, enfin quand il faisait beau quoi. Maintenant je suis pénalisée.
Enquêteur : Oui donc depuis vos problèmes aux jambes, vous ne sortez plus ?
AD PR 6 : Bin oui, ça fais 15 jours que je ne suis pas sortie parce que je ne peux pas me chausser
Enquêteur : Oui, avec vos bandes
AD PR 6 : Oui, ils me les mettent jusqu'à mi cuisses
Enquêteur : D'accord, oui donc vous ne pouvez pas marcher comme vous voulez
AD PR 6 : Non non
Silence
Enquêteur : Et pour revenir à votre sortie de l'hôpital, est ce que vous avez été prévenue de la date de sortie ?
AD PR 6 : Oh, non, j'avais beaucoup d'examens à faire, j'ai gardé un mauvais souvenir de mon hospitalisation
Et en plus depuis que j'ai été hospitalisé à Bohars, ils m'ont mis sous curatelle
Enquêteur : Ah d'accord
AD PR 6 : Ça je n'ai pas digéré quoi, parce que comme je leurs dit hein, quand même, j'ai toute ma tête et puis bin je n'ai jamais été à découvert. Alors ça je ne l'ai pas digéré. Parce que maintenant c'est ma fille qui s'occupe de moi, alors je ne peux plus lui faire de cadeau, et je ne peux plus disposer de mon argent autrement.
Enquêteur : Oui, donc c'est votre fille qui est curatrice ?
AD PR 6 : Oui, la curatrice c'est ma fille
Enquêteur : D'accord
AD PR 6 : J'ai qu'une fille, je n'ai pas pu en avoir d'autres, j'ai perdu deux enfants… Et j'ai perdu mon mari ça fait 9 ans.
Enquêteur : Ah d'accord
AD PR 6 : Parce que j'étais à St Nazaire, j'ai fait 30 ans à St Nazaire, j'étais en Seine et Marne aussi, ma fille est retournée en Seine et Marne, j'étais en Seine et Marne 11 ans. Mais On avait acheté un appartement à St Nazaire et après il a suffi qu'on fasse construire une maison pour la retraite là-bas pour que mon mari tombe malade, donc il est décédé d'un cancer du poumon
Et puis moi je ne voulais pas rester seule là-bas et puis, donc si bien que j'ai décidé de me rapprocher de ma famille
Enquêteur : D'accord,
AD PR 6 : Mais finalement je pense que j'aurais mieux fait de me rapprocher de ma fille. Donc elle vient à toutes les vacances.
Enquêteur : D'accord, donc vous la voyez assez régulièrement ?
AD PR 6 : Oui et puis bon, je l'ai au téléphone, presque tous les jours
Enquêteur : D'accord. Et pour l'organisation de votre retour à domicile, c'est votre fille qui a pris contact avec le service de portage de repas ?
AD PR 6 : Non, euh, l'hôpital, c'est eux qui ont tout mis en place
Enquêteur : D'accord et donc dès le départ vous avez mis en place les repas et l'aide-ménagère ?
AD PR 6 : Oui et les infirmières qui viennent tous les jours
Enquêteur : Ah oui ! Le matin ?
AD PR 6 : Oui tous les matins les infirmières viennent, il y a une infirmière qui vient me préparer mes comprimés, mon traitement pour la journée et là pour le weekend, le vendredi on me prépare pour tout le weekend, donc elle prépare pour le vendredi, le samedi et le dimanche
Enquêteur : D'accord
AD PR 6 : Comme ça ça leur fait gagner du temps
Enquêteur : Oui,
AD PR 6 : Donc là elle m'a fait le vendredi, ça y est, c'est là-bas
Enquêteur : D'accord, et donc elle passe quand même le weekend ?
AD PR 6 : Oui oui,

Enquêteur : Mais elle ne prépare pas les médicaments le weekend c'est ça ?
AD PR 6 : Voilà, c'est pour me changer les bandes, tous les deux, jours, tous les 48 heures ont me change les bandes. Vous avez vu la caisse qu'il y a là (*montre un carton*)
Enquêteur : Ah oui, ce sont les bandes ?
AD PR 6 : Oui, et bin, ça je ne sais pas pour combien de temps j'ai les bandes mais vous savez combien ça coute une bande ?
Enquêteur : Non je ne sais pas du tout
AD PR 6 : 20 euros, c'est écrit dessus, là il y en a pour 400 euros
Enquêteur : Ah oui, oui, il y en a beaucoup
AD PR 6 : Oui et il va falloir en recommander
Enquêteur : Ah oui. Et ça par exemple, c'est la pharmacie qui vous livre les bandes directement, ou comment ça se passe ?
AD PR 6 : Ce sont les infirmières qui s'occupent de tout
Enquêteur : D'accord
AD PR 6 : Ce sont elles qui se chargent des médicaments aussi, elle passe à la pharmacie. Parce que je suis au cabinet Archipel
Enquêteur : Ah oui d'accord, le SSIAD
AD PR 6 : Oui c'est ça, le SSIAD, il y a plusieurs infirmières, et puis donc, euh, ils vont à la pharmacie (*Nom de la pharmacie*), qui est juste en face, et donc ç'est là-bas que je dépose mon ordonnance quand je vais chez un médecin, et après les infirmières elles vont chercher les médicaments.
Enquêteur : D'accord d'accord, donc ce sont les infirmières qui s'en occupent.
AD PR 6 : Oui, et maintenant que à cause de mes bandes je ne peux plus me déplacer pour aller chez mon médecin et bin c'est elle qui vient
Enquêteur : D'accord
AD PR 6 : Elle est sympa mon médecin parce que ma sœur qui habite à la campagne elle dit que les médecins ne se déplacent pas.
Enquêteur : Ah oui, donc vous le médecin se déplace. Et vous le voyez régulièrement, tous les mois ?
AD PR 6 : Oui tous les mois, et même quelques fois plus, ça dépend quand j'ai un problème j'appelle et elle vient.
Enquêteur : D'accord
Enquêteur : Et donc, à Bohars, vous aviez rencontré une assistante sociale pour mettre en place tous ces services ?
AD PR 6 : Oui
Enquêteur : D'accord
AD PR 6 : Une assistante sociale et puis des infirmières
Enquêteur : Oui bien sûr. Et quelles étaient vos préoccupations, ou les démarches que vous avez faites tout de suite en rentrant à domicile en fait ?
AD PR 6 : Ah bin oui, justement, cette mise sous curatelle, il a fallu que je passe devant le juge et tout
Enquêteur : Oui d'accord
AD PR 6 : Ça de toute manière je n'ai jamais digéré, qu'on me mette sous curatelle. D'ailleurs c'est de la faute de ma fille parce qu'elle avait été raconté quand elle avait eu un entretien avec les médecins, sans moi et bin, elle avait raconté que j'avais acheté un appartement.
Et c'est vrai que j'ai acheté un appartement (*Nom de la rue*) parce que, depuis que je suis ici, ça va faire 8 ans, et bin j'ai une voisine qui vient m'embêter tous les jours, et ça sonne, et ça sonne, et ça sonne, et elle n'a rien à me raconter, et même la psychiatre de, de Bohars, qui est très sympa, elle m'a dit qu'il ne fallait plus ouvrir, donc c'est ce que je fais maintenant mais elle continue de venir sonner.

Enquêteur : Ah oui
AD PR 6 : Et donc j'avais acheté un appartement parce que je pensais déménager
Et alors après, bon, parce que je n'avais pas mon problème de jambes à l'époque donc, bon, c'était un immeuble neuf qui était pas, mais comme il n'y a que trois étages il n'y a pas d'ascenseur
Enquêteur : Ah oui
AD PR 6 : Et les escaliers sont assez raides. Donc c'est pour ça que j'ai décidé de rester ici après
Enquêteur : Oui, ici vous avez un ascenseur
AD PR 6 : Oui quand il ne tombe pas en panne, et j'ai fait donation à ma fille et je le loue, il est en location.
Enquêteur : D'accord.
Enquêteur : Et sinon, votre fille, pour la sortie de l'hôpital, est ce qu'elle était là lorsque le responsable d'Age d'Or est venu se présenter je suppose ?
AD PR 6 : Euh, non, elle n'était pas là je crois, je ne me souviens plus mais oui M. (*Responsable du service Age d'Or Services Brest*) est venu m'expliquer, comment ça allait se passer
Enquêteur : Oui oui d'accord. Et donc au quotidien, vous avez vu avec lui, pour voir ce que vous pouviez mettre en place, pour parer à vos difficultés en fait ?
AD PR 6 : Bin j'ai plus d'équilibre quoi, sinon je sortirai tous les jours
Enquêteur : D'accord donc c'est plus à l'extérieur que vous avez des difficultés en fait
AD PR 6 : Oui oui
Enquêteur : D'accord, et par exemple, à cause de vos problèmes de jambes, est ce que vous vous déplacez avec une canne ? ou est-ce que
AD PR 6 : Non, non je n'ose pas, parce que je pense que je ne saurais pas me déplacer avec une canne. Et puis vous avez vu l'état des trottoirs ?
Enquêteur : Oui c'est sûr
AD PR 6 : Non et puis on m'a conseillé de faire de la kiné un peu, mais là mon kiné il est à l'étage aussi et donc moi j'ai peur d'y aller, j'ai peur de tomber, et puis là actuellement je ne peux pas me chausser
Enquêteur : Oui oui c'est sûr, et donc à l'intérieur de votre logement, non plus, vous n'avez pas fait de modification en fait ? Dans votre salle de bain par exemple ?
AD PR 6 : Ah ba là, je dois faire une douche parce que je n'ai qu'une baignoire et là j'ai fait un faux mouvement en descendant, en sautant de ma baignoire donc j'ai un claquage musculaire
Enquêteur : D'accord
AD PR 6 : Donc j'ai fait venir le médecin, elle m'a donné de la crème pour appliquer mais bon, c'est pas ça, donc pour le moment, on me, là hier on m'a fait un shampoing, c'est l'infirmière qui m'a fait mon shampoing et puis bon ba j'ai pas fait de grande toilette quoi, je me débrouille mais il faut que je fasse une douche je pense
Enquêteur : D'accord oui
AD PR 6 : Mais sinon voilà
Enquêteur : Oui. Et par rapport aux services, au portage de repas, d'ailleurs le portage de repas, vous prenez les repas pour toute la semaine ?
AD PR 6 : Oui mais on me livre que 4 fois, Mme (*Agent de portage de repas*) elle vient 4 fois
Enquêteur : D'accord et donc pour les repas du midi et du soir ?
AD PR 6 : Oui midi et soir, autrement je me débrouille pour le petit déjeuner, j'achète mes yaourts, j'achète mes, d'ailleurs en ce moment c'est Mme (*Intervenante Age d'Or Services Brest*) qui fait mes courses, c'est Mme (*Intervenante Age d'Or Services Brest)* qui est allé m'acheter mes yaourt
Enquêteur : D'accord oui donc pour le petit déjeuner
AD PR 6 : Oui

Enquêteur : Et est-ce que, dès le départ du portage de repas, vous preniez 7 repas dans la semaine ou est-ce que au départ, vous preniez je ne sais pas 4 ou 5 repas ?
AD PR 6 : Ah oui oui tout de suite le portage de repas
Enquêteur : D'accord et depuis ça n'a pas changé ?
AD PR 6 : Non non
Enquêteur : D'accord. Et donc autrement, Mme *(Intervenante Age d'Or Services Brest)*, quand elle vient, elle vient combien de fois dans la semaine ?
AD PR 6 : Elle vient deux fois par semaine, deux fois une heure et demie donc elle vient le mercredi de 9h à 10h30 et puis tous les 15 jours le vendredi de 11à 12h30 et autrement, l'autre semaine c'est de 13h à 14h30.
Enquêteur : D'accord
AD PR 6 : Tous les 15 jours, ça change quoi, l'horaire
Enquêteur : Oui d'accord
AD PR 6 : Parce qu'elle a d'autres clients
Enquêteur : Oui bien sûr, et ça au niveau des horaires, vous avez vu avec, elle, comment ça se passe ?
AD PR 6 : Non non, c'est elle qui à décider ça et moi ça ne me dérangeait pas, et avant j'avais Mme (*Nom d'une précédente intervenante Age d'Or*), vous n'avez pas connu Mme (*Nom d'une précédente intervenante Age d'Or)* ?
Enquêteur : Non non
AD PR 6 : Avant c'était Mme (*Nom d'une précédente intervenante Age d'Or)* mais elle a démissionnée parce que son mari a été muté je ne sais plus où
Enquêteur : D'accord
AD PR 6 : Donc ça fait, euh, ça fait peut-être 1 an que Mme (*Intervenante Age D'Or Services Brest*) vient chez moi
Enquêteur : Oui
AD PR 6 : Oh elle est sympa hein
Enquêteur : Tant mieux, au niveau de vos papiers, c'est votre fille qui s'en occupe ?
AD PR 6 : Oui, alors qu'elle a déjà une surcharge de travail.
Mais moi ça je ne l'ai pas digéré quoi, d'ailleurs, on peut supprimer cette curatelle je crois, au bout d'un moment. Parce que là je suis sous curatelle pour 5 ans je crois. Et là je ne peux plus rien faire, je ne peux même plus faire de cadeau à ma fille, je n'ai même plus de chéquier
Enquêteur : Oui
AD PR 6 : Je n'ai plus de chéquier, c'est elle qui a le chéquier en son nom, donc à chaque fois que j'ai une facture. J'ai reçu une facture de la pharmacie parce que j'avais des bandes ordinaires avant donc un jour j'ai reçu, il y a une infirmière qui m'a apporté une enveloppe avec une facture de la pharmacie de 35€, alors j'ai dit à ma fille de me faire le chèque, donc elle a fait le chèque et me l'a envoyé et moi je l'ai donné à l'infirmière qui la transmis à la pharmacie.
Enquêteur : D'accord
AD PR 6 : Oh ça je n'ai pas digéré qu'on m'a mis sous curatelle
Enquêteur : Oui, c'est compliqué pour vous
AD PR 6 : Si j'avais été dépensière d'accord mais tout ça c'est juste parce que j'ai acheté un appartement, mais si je n'avais pas eu les moyens je ne l'aurais pas acheté.
Enquêteur : Oui oui bien sûr.
AD PR 6 : Et mon problème de jambe c'est venu, après, euh, après ma sortie de l'hôpital
Enquêteur : Oui oui c'est plus tard
AD PR 6 : Non, c'est parce que je suis restée deux mois sans marcher là-bas, sans rien faire
Enquêteur : Ah oui, vous ne sortiez pas ?
AD PR 6 : Non on ne sortait pas, on sortait juste quand on avait des visites et sinon, euh, sinon, c'était ceux qui fumaient qui sortaient

Enquêteur : Ah oui d'accord
AD PR 6 : Et c'est douloureux maintenant les œdèmes dans les jambes
Enquêteur : Oui oui je vous crois.
Et là actuellement, les services que vous avez à domicile, l'infirmière, le portage de repas, l'aide à domicile, est ce que ça vous convient, est ce qu'il y a des choses que vous voulez changer ?
AD PR 6 : Non non tout le monde est très sympa avec moi, les infirmiers tout ça, ils sont tous sympas, Mme (*Intervenante Age d'Or Services Brest*) elle et sympa, Mme (*Agent de portage de repas Age d'Or Services Brest*) elle est sympa et vous vous êtes sympa (*Rire*)
Enquêteur : (*Rire*) oui tout le monde en fait
AD PR 6 : Oui oui tout le monde est sympa avec moi.
Enquêteur : D'accord donc vous ne voulez rien changer, ou rien ajouter en fait ?
AD PR 6 : Non non moi je suis contente comme ça, je suis contente de tous les services et puis je n'aime pas changer. En plus Mme (*Intervenante Age d'Or Services Brest*) elle va partir en vacances au mois de juin, elle va partir au mois de juin, mais moi je ne veux pas de remplaçante, quand elle part en vacance, je dis, je me débrouille pour mon ménage, et puis autrement, ma fille vient régulièrement donc il font le ménage en grand aussi donc voilà et puis Mme (*Intervenante Age d'Or Services Brest*) m'a dit qu'avant de partir, on fera les courses en grand quoi et puis comme ça je serai tranquille, mais avant je sortais toute seule aussi, pour aller chercher mes yaourts.
Enquêteur : Oui oui
AD PR 6 : Mais depuis que j'ai mes bandes je ne peux plus, je ne peux même plus enfiler mes chaussons comme il faut regardez *(Mme pointe ses pieds dans ses chaussons*)
Enquêteur : Ah oui, les bandes sont trop épaisses, elles ne rentrent pas
AD PR 6 : Et bin non, l'infirmière m'a dit que je devais faire acheter des nu pieds à Mme (*Intervenante Age d'Or Services Brest*), mais elle n'a pas acheté parce qu'elle m'a dit qu'elle ne savait pas quoi prendre en fait.
Enquêteur : Ah oui oui parce que c'est difficile d'acheter sans essayer.
AD PR 6 : Et oui
Silence
Enquêteur : Et sinon, est ce que je peux vous demander ce que vous faisiez comme profession ?
AD PR 6 : Moi je ne travaillais pas. Parce que mon mari travaillait en raffinerie de pétrole et il n'a jamais voulu que je travaille donc j'ai élevé ma fille.
Enquêteur : Oui d'accord, c'est quand même un travail
AD PR 6 : Oui oui c'est sûr
Enquêteur : Et est-ce que je peux vous demander votre âge ?
AD PR 6 : Quel âge vous me donnez ?
Enquêteur : Je ne sais pas,
AD PR 6 : J'ai vieillit beaucoup, j'ai 74
Enquêteur : D'accord, d'accord. Est-ce que vous auriez autre chose à me dire sur votre retour à la maison après l'hôpital ?
AD PR 6 : Non non, moi j'en garde un mauvais souvenir, c'est pour ça j'essaye quand même de garder le moral, donc je regarde les jeux de mémoire à la télé, j'adore ça,
Enquêteur : Ah oui, vous regardez beaucoup
AD PR 6 : Ah oui, oui, je suis tous les jeux à la télé et c'est pour ça, j'ai une sœur qui est veuve comme moi, et qui habite vers Lesneven, et donc, elle habite là-bas, d'ailleurs elle va déménager bientôt et elle elle m'appelle tous les jours à 12h50 et à 19h50
Enquêteur : D'accord
AD PR 6 : Après les jeux, comme ça on se discute de ce qui nous plait et ce qui nous plait pas Et des fois elle m'appelle même trois fois par jour

Enquêteur : Ah oui, c'est bien, donc oui avec votre fille et votre sœur, vous avez un peu de monde
AD PR 6 : Oui ma fille, le petit, mon gendre avec qui je ne m'arrange pas trop, il est spécial, il commande tout ici, il croit qu'il est chez lui
Mais bon enfin on fait avec, il y a le petit, le petit qui m'appelle presque tous les jours
Enquêteur : Votre petit fils je suppose ?
AD PR 6 : Oui mon petit fils qui a 7 ans, il a eu 7 ans au mois de janvier. Il m'appelle tous les jours, il me dit « mamie tu ne m'as pas appelé pour me demander des nouvelles de mes poissons » (*Rire*)
Enquêteur : (*Rire*), d'accord, d'accord
AD PR 6 : Ba autrement, j'ai ma voisine mais autrement je n'ouvre plus, je crois qu'elle a la maladie d'Alzheimer, elle me raconte toujours la même chose et elle vient juste au moment où je suis occupée à regarder mes jeux
Enquêteur : Ah oui d'accord
Silence
Très bien, Merci beaucoup pour vos réponses à mes questions
AD PR 6 : Je vous en prie, vous pouvez revenir si vous voulez
Enquêteur : D'accord, merci, je pense que ça ira, mais merci de m'avoir reçu.

Entretien AD T 7 (Le 12/03/2018 Après midi, A son domicile. Durée : 30 minutes – Quelques participations de l'épouse présente au domicile au cours de l'entretien)

Enquêteur : Merci, donc mon objectif est de comprendre votre parcours depuis votre dernière hospitalisation, quelles étapes et comment êtes-vous revenu à votre domicile
AD T 7 : Ah oui l'hospitalisation ça c'est sérieux. C'est incommensurable
Enquêteur : Oui, est ce que vous pouvez me dire à combien de temps remonte votre dernière hospitalisation ?
AD T 7 : Oh, combien, la dernière fois ?, euh, oh, je ne m'en rappelle plus, la dernière hospitalisation c'est il y a quelque mois
Epouse AD T 7 : Oh oui c'était il y a pas mal de temps
AD T 7 : Je dirais 3, 4 mois à peu prés. Et après je suis revenu à la maison
Enquêteur : Oui
AD T 7 : J'avais fait ce qu'il fallait avec M. (*Responsable Age d'Or Services Brest*), il m'a donné la solution, tiens voyez (*retire sa manche pour laisser voir son bracelet de téléassistance*)
Enquêteur : Ah oui d'accord le petit médaillon pour la téléassistance c'est ça
AD T 7 : Bin c'est ça, si je tombe j'appelle et puis c'est ça quoi
Enquêteur : D'accord
AD T 7 : Et puis et bin c'est pratique quoi, mais j'essaye de m'en servir le moins possible
Enquêteur : Oui bien sûr
AD T 7 : Euh, qu'est-ce qu'on avait encore,
Enquêteur : Parce que votre hospitalisation c'était dû à une chute justement ?
AD T 7 : Oh, mon hospitalisation non, c'était euh
Epouse AD T 7 : ce n'était pas une chute
AD T 7 : C'est j'ai eu un coup, eu, un coup de fatigue si vous voulez
Enquêteur : D'accord
AD T 7 : Un coup de fatigue hein mamie (*en s'adressant à sa femme*)
Epouse AD T 7 : Oui
AD T 7 : Et puis à un moment donné, euh, X (*Prénom de sa fille*) qui s'en est aperçu, euh, X c'est ma fille hein
Enquêteur : D'accord

AD T 7 : Elle s'en est aperçu et puis, euh, je commençais, euh, ça n'allais pas du tout. Ils ont appelé le médecin quoi, et puis il a dit, et bin il faut le faire hospitaliser. Donc c'est pour ça je suis rentré à la Cavale Blanche pour quelque jours quoi. Combien de temps je suis rentré Mamie ?
Epouse AD T 7 : Je ne sais pas, je ne me rappelle plus
AD T 7 : Oh, 3 jours, 4 jours. Enfin c'était 4 jours ficelé et saucissonné. Parce que comme je suis très nerveux, le lit je ne pouvais pas le sentir. Donc, ils m'ont saucissonné
Enquêteur : Ah oui
AD T 7 : Pendant 4 jours comme ça. Je suis sorti de là je n'étais pas, j'étais plus en colère qu'autres choses. D'ailleurs ils m'ont rien fait, ils se sont contenté de venir me dire bonjour bonsoir, avec des jeunes médecins cravatés et tout, bien fringués, sur eux, un attention (*sifflement*), c'est des types hein, cravates et tout un ohlala, mais où je suis tombé hein (*Rire*) Un vieux briscard comme moi ohlala, et puis à un moment donné, il m'ont dit cher monsieur, il faudrait faire ceci, il faudrait faire cela ! J'ai rien dit, j'ai rien dit et puis je les ai laissé parler quoi et puis bin, qu'est-ce que vous voulez faire, et bin j'ai dit Monsieur, ici vous voyez bien de toute façon où je suis, ça fait quatre jours qu'on m'a saucissonné comme ça, je dis bin moi c'est, c'est, c'est pas mon but ici, moi mon but c'était de me donner un coup de fouet quoi fin, j'entends par des médicaments hein (*Rire*)
Enquêteur : (*Rire*) oui bien sûr
AD T 7 : Pas la cravache hein, (*Rire*)
Enquêteur : Oui j'avais compris (*Rire*)
AD T 7 : Et puis bon, ils m'ont dit oui bin c'est ça, c'est environ ça, il faudra faire ceci, il faudra faire cela (*Sifflement*), oh nom de dieu, j'ai commencé à pâlir, c'est pas mon habitude pourtant, pourtant je suis, je suis doux, il n'y a pas plus doux que moi, mais là je me suis foutu en colère je dis, cher monsieur, je lui ai pas dit docteur hein, j'ai dit cher monsieur, qui c'est qui vous paye ici à l'hôpital, c'est vous ou moi ? Parce que j'étais là à l'hôpital pour me faire soigner moi
Enquêteur : Oui
AD T 7 : Je n'étais pas là pour prier dieu hein, ça ne marche pas, il a tourné les talons et il je ne l'ai plus jamais revu, alors je ne sais pas ce qu'il est devenu celui là
Mais non mais il faut se mettre à la place des gens, alors on vous soigne pour quelque chose, ce n'est pas pour venir vous raconter du baratin après, il faut être attentif aux gens qui sont, qu'est-ce qui vous est arrivé ? Et puis c'est tout. Et puis après, hein mamie, elle venait me voir elle là-bas et elle avait peur aussi je lui dis t'inquiète pas, je vais sortir de là, et effectivement à 5 heures du soir, je partais du plumard et pshuit (*geste qui montre qu'il s'est en allé*) Je suis rentré à la maison quoi bien sûr mais bon j'avais pris quand même un sacré coup, et puis, on se remet doucement hein
Enquêteur : D'accord et donc vous n'avez pas suivi, ce que vous avez dit de faire le médecin c'est ça ?
AD T 7 : Oula non, il voulait que je fasse plein de chose, et il m'a même pas soigné, non non non, moi je pense qu'il faut être attentif aux gens hein
Enquêteur : Oui d'accord. Et donc au final, comment ça s'est passé le retour à domicile ? , vous avez su à partir de quand que vous rentriez chez vous ?
AD T 7 : Oh, ils ne préviennent pas hein,
Non, non, j'avais repris mes esprits et tout, ce sont des gens, la chef médecin, une personne très gentille d'ailleurs, elle m'a dit bon bin vous allez pouvoir rentrer incessamment quoi, et effectivement, à 5 heures, je levais l'ancre quoi, de la machine, pour arriver ici
Enquêteur : D'accord
AD T 7 : Et c'est ma fille, c'est ma fille, c'est X (*Prénom de sa fille*), qui m'a ramené à la maison

Enquêteur : D'accord, qui est venu vous chercher à l'hôpital pour vous conduire ici
AD T 7 : Ba oui oui
Enquêteur : D'accord, votre fille habite Brest ? Ou les alentours peut-être ?
AD T 7 : Non, c'est, euh, elle habite à Plouégat-Moysan, elle demeure à Plouégat-Moysan
Epouse AD T 7 : Mais l'école c'est à Morlaix
AD T 7 : Oui disons, elle travaille à l'école à Morlaix
Enquêteur : D'accord donc ce n'est pas tout près non plus
AD T 7 : Bin non c'est pas trop près, hein il y a 70 kilomètres donc de toute façon je ne pouvais pas la déranger tous les jours
Enquêteur : Oui oui j'imagine
Epouse AD T 7 : Et puis elle est à l'école encore ?
AD T 7 : Oui oui, elle travaille encore ma fille, elle n'a pas encore fini, elle est encore au boulot là, elle bosse encore X (*Prénom de sa fille*)
Enquêteur : Oui
AD T 7 : Moi je n'ose pas la demander trop vite, si il y a quelque chose, bon et bin on prend l'ambulance et comme ça on fout le camp là-bas à la Cavale Blanche et puis c'est tout, mais je ne vais pas exprès, pour un bobo ou quoi que ce soit, embêter ma fille
Elle a quand même un métier, hein, et elle a quand même une sacré responsabilité
Enquêteur : Oui oui
AD T 7 : Moi j'essaye de faire au minimum vous savez, aussi pour savoir que quand je rentre vraiment à l'hôpital c'est que je ne peux pas faire autrement
Enquêteur : Oui c'est en dernier recours
AD T 7 : Voilà c'est en dernier recours, sinon, je vais voir mon médecin de famille
Enquêteur : D'accord
AD T 7 : Oui, je n'aime pas les hôpitaux
Enquêteur : Oui, en principe, personnes ne les aimes beaucoup
AD T 7 : Oui oui c'est vrai. Il y a des gens qui sont très gentil mais il y a aussi des trucs qui ne me plaisent pas
Chacun à comment, dire, chacun à ses idées, hein mamie ?
Epouse AD T 7 : Oui
Enquêteur : Et à l'hôpital, vous étiez hospitalisé dans quel service ?
AD T 7 : Oh, euh, j'étais euh, il y avait des apprentis sorciers (*Rire*), j'étais en médecine gériatrique je crois, je sais quand même, je suis pas jeune, je crois, mais je sais plus, oh, c'est pas vrai, je ne m'en rappelle plus
Enquêteur : D'accord
AD T 7 : Et en plus je n'avais pas de chambre individuelle, tout était plein, alors ils y en a qui dorment pas de la nuit hein
Enquêteur : Oui bien sûr, donc vous étiez en chambre double ?
AD T 7 : Et oui, et oui, on fait comme on peut quoi, on n'a pas le choix.
Enquêteur : Oui, et après votre sortie, est ce qu'il y a des choses qui ont changé chez vous, par exemple Mme (*Intervenante Age d'Or Services Brest*) qui vient chez vous, est ce qu'elle venait déjà avant que vous soyez hospitalisé ?
Epouse AD T 7 : Non
AD T 7 : Non, non, Mme (*Intervenante Age d'Or Services Brest*) est venue après parce que j'avais besoin, parce qu'on avait besoin d'elle quoi
Enquêteur : Oui
AD T 7 : Parce qu'on est bien content d'avoir un coup de main avec Mme (*Intervenante Age d'Or Services Brest*) quoi, et puis elle est gentille et tout quoi, et puis on discute ensemble aussi, elle est franche et tout, c'est une gentille personne, on peut discuter avec elle il n'y a pas de problème

Enquêteur : Bien sûr
AD T 7 : Et croyez-moi, la guérison c'est 50% de, de, euh, de la bonté des gens
Enquêteur : Oui, vous voulez dire qu'il n'y a pas uniquement l'état de santé
AD T 7 : Non non, il n'y a pas que ça, parce que la guérison, et parce que rendre service aux gens c'est 50% de la valeur d'une opération
Enquêteur : Oui et ça vous l'avez ressenti donc après, une fois que vous êtes revenu chez vous en fait ?
AD T 7 : Oui, oui, j'ai eu besoin, parce que bon, bin, c'était pas évident au départ, parce que moi il fallait que je fasse un pas envers moi-même et puis je ne sais pas qu'est ce qui avait, je ne me sentais pas bien quoi, c'est pour ça qu'on a fait appel à Mme (*Intervenante Age d'Or Services Brest*) avec M (*Responsable Age d'Or Services Brest*)
Enquêteur : Oui
AD T 7 : Et puis, ça c'est bien, ça c'est très bien passé. La preuve c'est que, elle vient toujours, elle vient tous les lundis et les jeudis, elle fait ce qu'elle a à faire ici quoi
Enquêteur : Oui oui. Et pourquoi vous avez choisi Age d'Or, vous connaissiez ?
AD T 7 : Non non, absolument pas, absolument pas hein mamie, on ne connaissait personne ici ?
Epouse AD T 7 : Non non
AD T 7 : Dire qu'on a demeuré pendant 40 ans ici, pendant 40 ans on a jamais eu un rhume et puis après patatrac, tout fout le camp quoi. Alors bon après j'ai eu M (*Responsable Age d'Or Services Brest*) au téléphone.
Enquêteur : D'accord
AD T 7 : C'est comme ça que je l'ai connu quoi
Enquêteur : D'accord, parce que vous n'êtes pas originaire de la région en fait ?
AD T 7 : Originaire de la région, non non pensez-vous, moi je suis Nantais d'origine.
Enquêteur : Nantais d'accord
AD T 7 : Oui Nantais d'Origine, mais ça veut dire que je ne suis pas rester beaucoup à Nantes, très vite, très vite je suis partie, j'ai commencé à faire les déplacements autant en France qu'à l'étranger hein, avec l'anglais que j'avais appris donc j'ai été à Montréal et dans n'importe quelle ville donc j'avais l'avantage de parler anglais avec n'importe quoi
Enquêteur : Oui de partout
AD T 7 : Oui parce qu'en France, ils sont, ils sont allergiques à l'anglais
Enquêteur : Oui oui c'est vrai
AD T 7 : Ah oui, oui je ne vous mens pas
Enquêteur : Et donc vos déplacements, c'était dans le cadre de votre travail ?
AD T 7 : Oui oui,
Enquêteur : Vous aviez quel métier ?
AD T 7 : J'étais, je faisais, ajusteur monteur mécanicien
Enquêteur : D'accord donc vous étiez amené à beaucoup voyager pour votre travail
AD T 7 : Oui évidemment
Enquêteur : D'accord. Et donc sinon vous m'avez dit que vous avez fait appel à Age d'Or pour le bracelet, pour les heures d'aide-ménagère mais après, est ce que, est ce qu'il y a d'autres démarches que vous avez faites en sortant de l'hôpital ?
AD T 7 : Non, non c'est lui qui a fait le nécessaire hein, parce que je n'avais pas ça au départ
Enquêteur : D'accord
AD T 7 : C'est lui qui m'a proposé de faire ça, il a téléphoné via l'organisme qui s'occupe de ça (*Vitaris : téléassistance*), parce que c'est un organisme, euh, extérieur, euh
Enquêteur : Oui oui un organisme indépendant
AD T 7 : Voilà c'est ça indépendant, et il nous a installé ça et euh, l'inconvénient c'est que ça a une portée de 100 mètres

Enquêteur : Oui
AD T 7 : Alors bon, quand je sors
Enquêteur : Oui à l'extérieur, ça ne fonctionne plus
AD T 7 : Voilà, et ça m'est arrivé aussi hein, de tomber, quand je sors, mais à part ça j'ai mon euh, ça (*montre le téléphone*), mon téléphone quoi
Enquêteur : Oui d'accord
AD T 7 : Sinon à part ça j'ai rien eu d'autres hein
Enquêteur : D'accord, et toute à l'heure vous me parliez d'un infirmier qui vient, il vient
AD T 7 : Tous les jours
Enquêteur : D'accord tous les jours
AD T 7 : Mais il n'y a pas qu'un infirmier, il y a aussi plusieurs infirmières qui viennent
Enquêteur : Oui bien sûr
AD T 7 : Et puis elles sont gentilles toutes
Enquêteur : Oui
AD T 7 : Mais bon il faut se rappeler des noms, celle qui est venue ce matin, je ne sais plus
Enquêteur : Oui, si elles sont nombreuses
AD T 7 : Oui et puis des noms en Bretons, des Gwen, et tout ça, c'est pas courant hein. (*Rire*)
Enquêteur : Oui oui (*Rire*)
AD T 7 : Mais elles sont sympas hein
Enquêteur : Et elles viennent pour les médicaments ?
AD T 7 : Pour les médicaments, si il y a quelque chose à autre part, elles me lavent le dos parce que moi je n'y arrive pas, j'ai de la misère à me laver dans le dos vous savez. Alors ma femme me donne un coup de main mais après elle ne peut pas toujours être derrière moi aussi
Enquêteur : Oui bien sûr
Epouse AD T 7 : Je te lave le dos des fois
AD T 7 : Oui mais tu fais ce que tu peux, voilà
Epouse AD T 7 : Oui oui
Enquêteur : Oui
AD T 7 : C'est pour ça, avec elle on se débrouille à deux, heureusement, heureusement qu'on se débrouille à deux, et on a la chance hein (*en s'adressant à sa femme*)
Epouse AD T 7 : Oh oui
AD T 7 : Parce qu'avant on ne demeurait pas là, on avait un autre appartement, en face, juste en face au (*adresse*)
Enquêteur : D'accord
AD T 7 : Et on a pris celui ici, pourquoi, parce qu'il y avait un ascenseur
Enquêteur : Ah oui
AD T 7 : On en avait marre
Enquêteur : Parce que dans votre ancien appartement vous n'en aviez pas ?
AD T 7 : Non, non, donc on a changé ici, j'ai acheté là et puis ça a été au poil quoi
Enquêteur : Oui, puisque là vous sortez, vous allez faire vos courses ?
AD T 7 : Oh ba oui, c'est mieux avec l'ascenseur, et puis si je ne veux pas sortir avec la voiture bin je prends le taxi et puis c'est bon
Enquêteur : D'accord
AD T 7 : Bin c'est comme ça qui faut se débrouiller hein
AD T 7 : Et puis moi des fois je préfère le taxi pourquoi, parce que j'ai connu le taxi l'hiver, ici, avec des sacrés problèmes qu'ils ont, hein.
Enquêteur : Oui
AD T 7 : Là on doit retourner à la cavale Blanche, euh, quand est ce qu'on y va mamie ? le 23, oui c'est le 23 qu'on y retourne
Epouse AD T 7 : Ou est ce qu'on va ?

AD T 7 : A la cavale blanche
Epouse AD T 7 : Moi aussi ?
AD T 7 : Toi aussi, bien évidemment
Epouse AD T 7 : ah
Enquêteur : Vous passez des consultations ?
AD T 7 : Oui, oui, bin elle est comme moi, elle n'est pas, et puis quand il faut y aller, il faut y aller
Epouse AD T 7 : Mais je n'ai pas besoin d'y aller
AD T 7 : Ba moi non plus j'ai pas besoin mais il faut y aller quand même.
Silence
Donc voilà, on se fait aider avec des infirmières maintenant,
Enquêteur : Oui, donc au fur et à mesure vous avez mis en place d'autres aides, d'autres services
AD T 7 : De l'extérieur, à part ma fille qui vient, et puis, il y a des fois j'ai mes enfants qui viennent et comme ils sont sur Paris ça leur fait loin quoi
Enquêteur : D'accord, vous avez combien d'enfants ?
AD T 7 : 3
Enquêteur : 3 d'accord. Et donc votre fille qui habite le plus proche, elle habite vers Morlaix c'est ça ?
AD T 7 : Bin voilà, voilà exactement, et tous les autres demeurent à Paris
Epouse AD T 7 : ils sont allez travailler à Paris
AD T 7 : Et je vais pas faire, je vais pas leur faire faire 700 kilomètres pour venir, euh, pour venir me soigner, donc ils ont leur boulot aussi quoi
Enquêteur : Bien sûr
AD T 7 : Et puis à Paris il y a du boulot qu'ici il n'y en avait pas c'est ça
Enquêteur : Oui oui
AD T 7 : Il y en a un qui est ingénieur, et l'autre et informaticien et puis l'autre qui travaille dans l'école pareil. Qu'est-ce que vous voulez dire, moi je suis content, parce que, parce qu'ils ont un bon salaire, ils ont, ils travaillent, ils ont, pas la sécurité, la sécurité de l'emploi ça n'existe pas mais, euh, ils sont bien
Enquêteur : Oui oui
AD T 7 : Et puis bon, ils sont mariés, et puis bon, comme on dit, avec les enfants, ça va au poil hein mamie ?
Epouse AD T 7 : Hein ?
AD T 7 : X et X (*Prénoms des fils*), ils sont bien ?
Epouse AD T 7 : oh, ils se débrouillent bien !
Enquêteur : D'accord. Et sinon, est-ce que par exemple, il y a de nouvelles choses qui sont apparues après votre hospitalisation, des objets dans votre quotidien, j'ai vu que vous vous déplaciez avec
AD T 7 : Ah ba oui parce que, je marchais avec des cannes avant,
Enquêteur : Oui
AD T 7 : Demandez à ma femme et puis les cannes, ça, c'était pas, c'était pas la joie quoi
Enquêteur : Oui
AD T 7 : Et puis je me suis dit, bon écoute, je vais téléphoner à médical 29, qui est juste à côté, donc c'est bien quoi
Enquêteur : D'accord
AD T 7 : Parce que si je suis tombé la première fois c'est par rapport, par rapport à ces planchers-là, c'est du stratifié
Enquêteur : Oui, oui donc c'est tout lisse
AD T 7 : Et ça glisse, ça glisse le diable
Enquêteur : Ah oui

AD T 7 : Je vous le garanti, alors si vous avez, si vous avez des petites chaussures ou quoi que ce soit, vous vous rétamé sur le dos quoi
Enquêteur : Oui
AD T 7 : Et c'est ce qui m'est arrivé quoi, et j'ai dit à ma femme, j'ai dit c'est pas possible, il faut changer. Alors, on a commencé disons par mettre quelque chose d'anti dérapant dans notre chambre, on a fait déménagé pour deux jours, les gars ils sont venus, ils nous ont mis de la moquette partout, antidérapante
Enquêteur : D'accord
AD T 7 : Et comme ça on ne risque rien
Enquêteur : Oui vous ne glissez plus
AD T 7 : Et puis bon, puisque j'avais trouvé l'idée, vous voyez les barres qu'ils y a sur les, sur l'avant (*pointe du doigt la cuisine*)
Enquêteur : Ah oui autour du plan de travail
AD T 7 : Et bin ça, ça c'est intéressant parce que imaginez-vous que vous êtes en train de faire quelque chose sur la table et que tout à coup votre main glisse, vous perdez l'équilibre, et bin, vous vous retrouvez vite sur le dos.
Enquêteur : Oui oui c'est sûr donc vous avez mis en place ce système-là, c'est ingénieux
AD T 7 : Oui oui c'est une sécurité, j'avais trouvé ça avec ma femme j'ai dit bon ba, on, on va faire ça, la femme est venue, la dame de médical 29 et elle m'a dit oui oui j'ai ce qu'il vous faut, et elle nous a fait voir ce qu'elle avait quoi
Enquêteur : D'accord,
AD T 7 : Et puis bon, bin ça c'est bien passé
Enquêteur : Oui oui et puis c'est pratique
AD T 7 : C'est pratique et puis c'est sécurisant hein
Enquêteur : D'accord
Enquêteur : Et donc dans votre salle de bain aussi j'imagine que
AD T 7 : Bin la salle de bain j'ai des trucs (*mime*)
Enquêteur : Des poignées, d'accord
AD T 7 : Oui des poignées, on ne peut pas mettre quoi que soit d'autres dans une salle de bain
Enquêteur : Oui oui d'accord
AD T 7 : Ce n'est pas le même système mais c'est des, c'est comme des, des trucs, vous savez
Enquêteur : Oui des barres d'appuis en fait ?
AD T 7 : Oui oui c'est ça sur les parois
Enquêteur : Oui d'accord,
AD T 7 : C'est bien ça
Enquêteur : Et donc ça vous l'avez mis en place il y a combien de temps à peu près ?
AD T 7 : Oh, il y a un mois, euh, un mois et demi peut être, a peu près quoi
Enquêteur : Ah oui donc c'est récent
AD T 7 : Oui c'est récent oui, mais il faut trouver ça au fur à mesure hein
Enquêteur : Oui
AD T 7 : C'est pas de but en blanc que vous allez pouvoir faire ça
Enquêteur : Oui
AD T 7 : C'est au fur qu'il vous arrive des pépins quoi
Enquêteur : Ah oui. Et est-ce que vous avez été guidé pour ça, vous m'avez parlé de médical 29, mais est ce que ?
AD T 7 : Non non, je suis un ancien, je cherche à comprendre d'abord et à la suite de ça et bin, je, je,je prépare ce qu'il faut pour que personne, que personne soit, pour trouver ce qu'il faut quoi
Enquêteur : D'accord, et par exemple à l'hôpital quand vous êtes sorti, est ce qu'ils vous ont préconisé entre guillemets des choses ?

AD T 7 : Ils disent tout un tas de choses à l'hôpital mais non, non, moi je me suis sauvé
Enquêteur : D'accord
AD T 7 : Non mais moi c'est au fur à mesure qu'on fait des trucs, qu'on fait des trucs de sécurité
Enquêteur : D'accord donc petit à petit vous mettez en place tout ce qu'il vous faut
AD T 7 : Bin oui, écoutez, comme dit l'autre, il faut qu'il, qu'il nous arrive une bêtise pour pouvoir faire la réparation (*Rire*)
Enquêteur : (*Rire*) oui oui on peut comprendre
AD T 7 : Et puis à conditions d'avoir les moyens aussi
Enquêteur : Oui oui bien sûr.
AD T 7 : Et puis avec les chaussons c'est pareil, je glissais le diable hein, demandez à Mme (*Intervenante Age d'Or Services Brest*), vous allez voir je ne vous mens pas, je faisais des sacrés glissades avec (*Rire*), et je me suis dit, il ne faut pas que ça continue, et justement j'ai téléphoné à médical 29 et elle elle est venue parce que je voulais pas allez en centre-ville, non non non non. Alors elle est venue et c'était le grand déballage, toutes les chaussures
Enquêteur : D'accord, elle vous a proposé différentes choses
AD T 7 : Ah oui, oui, mais regardez, je les ai ici (*me fait voir les chaussons*)
Enquêteur : D'accord
AD T 7 : Et ça glisse pas, hein c'est antidérapant.
Enquêteur : D'accord.
AD T 7 : Mais bon il m'arrive des conneries, des fois je ne les mets pas (*Rire*)
Enquêteur : Ah oui
AD T 7 : Donc Mme (*Intervenante Age d'Or Services Brest*), me rappelle à l'ordre des fois. (*Rire*)
Enquêteur : (*Rire*) d'accord,
AD T 7 : Oui mais bon des fois on se dit c'est juste comme ça quoi.
Enquêteur : Oui bien sûr.
Silence
Est-ce que je peux vous demander votre âge ?
AD T 7 : (*Rire*), j'ai dix ans
Enquêteur : (*Rire*), ah d'accord c'est à peu près l'âge que je vous donnais
AD T 7 : Ah ah, moi j'ai 81 ans et ma femme 80 ans, et plus beaucoup de dents (*Rire*). Et je suis fier d'être venu à 80 ans, j'espère allez un peu plus loin
Enquêteur : Oui bien sûr.
Silence.
Est-ce que vous vous voulez me dire d'autres choses sur le retour à votre domicile après votre hospitalisation ?
AD T 7 : Non non, moi je dirais que l'hospitalisation, quand on peut l'éviter il faut le faire hein
Enquêteur : Oui
AD T 7 : Parce que probablement que ça coute très cher hein, ça coute cher l'hospitalisation et puis après on ne sait pas quand est ce qu'on sort.
Enquêteur : Oui c'est sûr
AD T 7 : Donc il vaut mieux aller voir le docteur et tout ça hein. Mais moi j'ai pas eu à me plaindre personnellement. Mais les sorties à domicile ou quoi que ce soit on ne peut jamais le savoir. Ce n'est qu'après qu'on est rentré que, qu'il y a des besoins
Enquêteur : Oui oui c'est au fur et à mesure en fait qu'on s'aperçoit de ce qu'il manque
AD T 7 : Ah oui, oui c'est quand on se met face à la réalité c'est pas quand on rentre de l'hôpital hein.
Enquêteur : D'accord oui
AD T 7 : Mais il y a des médecins qui sont bien, le docteur (*Nom du médecin traitant*) hein, ça fait 30, 35 ans hein, il nous connait hein, il n'y a pas à tortiller quoi.

Enquêteur : Oui c'est votre médecin traitant ?
AD T 7 : Oui oui, le médecin de famille quoi. Il connait bien toute la famille donc c'est pour ça que quand il y a quelque chose on l'appelle quoi, et puis il vient tout de suite, il sait de quoi il retourne.
Enquêteur : Oui
AD T 7 : Il vaut mieux avoir à faire à un vrai médecin de famille parfois, que de l'hôpital, d'un type qui se moque pas mal de nous, hein, comme il dit, après le déluge et bin terminé quoi.
Enquêteur : Oui
AD T 7 : Mais c'est pas comme ça que ça marche bien souvent hein
Enquêteur : Oui et puis souvent l'hospitalisation c'est quand on ne peut plus faire autrement en fait
AD T 7 : Ah oui oui ça c'est différent, ça n'a rien à voir mais quand on sort de d'une hospitalisation, euh, comme on dit, euh, bien souvent, euh, vous êtes obligés de suivre un régime ou quoi, pas un régime mais euh, des ordres un peu
Enquêteur : Oui
AD T 7 : Il faut s'y conformer quoi
Enquêteur : Ah oui, il faut suivre les recommandations des médecins c'est ça ?
AD T 7 : Ah bin oui, du point de vue des médicaments aussi, il faut bien les suivre, il faut bien s'y conformer.
Enquêteur : Bien sûr
AD T 7 : Voilà, évidemment, on fait confiance et puis ba, bien souvent c'est le docteur (*Nom du médecin traitant*) que, euh, que nous on a quoi, qui nous préconise des choses
Enquêteur : Oui d'accord
AD T 7 : Bon bin il y a des gens qui peuvent se tromper. Mais se tromper d'accord, mais après, euh, ils se chargent de rectifier le tir quoi, c'est vrai, il faut se mettre aussi à la place des gens quoi
Enquêteur : Oui
AD T 7 : Mais autrement nous ça va, on a l'ascenseur, on peut faire les courses, Hein mamie ?
Epouse de l'enquêté : oh oui oui, on a déménagé
AD T 7 : Oui on a déménagé
Enquêteur : Oui ça devenait trop compliqué pour aller faire vos courses en fait ?
AD T 7 : Bin 4ème étage sans ascenseur quoi
Enquêteur : D'accord ah oui, et donc vous avez déménagé après votre hospitalisation ?
AD T 7 : Euh, oui il y a 5 mois à peu près quoi
Enquêteur : D'accord, donc c'est vraiment récent
AD T 7 : Oui oui sur l'échelle du temps ça ne représente rien
Enquêteur : Oui c'est tout nouveau
Silence.
Bon je vous remercie de m'avoir reçu en tout cas, et d'avoir répondu à mes questions.
AD T 7 : Oh ba non non (*Rire*), c'est normal hein, vous direz à M (*Responsable Age d'Or Services Brest*) qu'on vous a vu (*Rire*)
Enquêteur : (*Rire*) Oui oui bien sûr, merci beaucoup.

Entretien AD T 8 (Le 23/03/2018 Après midi, A son domicile. Durée : 40 minutes)

Enquêteur : Merci, donc pour commencer peut-être, est ce que vous pouvez me dire à quand remonte votre dernière hospitalisation ?
AD T 8 : D'accord, oui, donc moi j'ai été hospitalisée la première fois le 27 mai 2017, donc parce que j'ai eu un AVC voilà, je revenais de Bangkok où j'avais été en vacances et là j'ai eu

un second AVC après avoir fêté la nouvelle année hein, j'étais sorti promener mon chien, donc, et je suis tombée, et ça c'était le 4 janvier.
Enquêteur : D'accord, donc c'est encore relativement récent
AD T 8 : Oui oui tout à fait, le second AVC était moins important hein, que le premier, le premier j'ai eu des difficultés, en fait, je perds l'équilibre, je n'ai plus tellement d'équilibre, mais oui oui c'est récent
Enquêteur : Oui, et pour donc, chacun de vos AVC, vous avez été hospitalisée pendant combien de temps ?
AD T 8 : Euh, 10 jours à chaque fois, oui 10 jours la première fois et 10 jours aussi en janvier.
Enquêteur : D'accord, vous étiez dans le service de neurologie ?
AD T 8 : Oui oui c'est ça, d'abord en soins intensif et après en neurologie ici à Brest au CHU.
Enquêteur : D'accord. Et par rapport à votre sortie de l'hôpital, quand avez-vous su que vous alliez sortir ?
AD T 8 : Euh, disons que les médecins sont prudents hein, donc ils vous disent, « ce sera pour bientôt », et on ne sait jamais vraiment quand en fait. Donc je dirais, euh, quand est ce que j'ai su, 2 jours avant de sortir je pense.
Enquêteur : D'accord, et comment est-ce que vous avez organisé la sortie de l'hôpital ?
AD T 8 : Alors, avec l'assistante sociale, j'ai demandé à en voir une, et elle est venue me rencontrer. Elle s'est occupée des papiers, elle a regroupé tous les papiers, elle m'a accompagnée jusqu'à la sortie et elle avait commandé un taxi, un VSL, voilà, et donc le chauffeur m'a monté mes affaires jusqu'ici, impeccable, impeccable.
Enquêteur : D'accord oui, vous aviez demandé à être accompagnée
AD T 8 : Tout à fait, tout à fait, mais si je ne l'avais pas demandé tout de suite je l'aurai eu hein, ça fait partie de leur, ils sont organisés pour ça
Enquêteur : D'accord oui. Et justement à votre retour à domicile quelles ont été vos préoccupations, les démarches que vous avez dû effectuer ?
AD T 8 : Alors donc, juste avant de partir, l'assistante sociale à qui j'ai posé la question, je lui ai demandé voilà, est ce que vous connaissez les personnes qui pourraient m'aider arrivée à la maison, puisqu'on se sent vraiment fatigué hein.
Enquêteur : Oui
AD T 8 : Et donc, c'est elle qui m'a donné plusieurs adresses, puisque pour pouvoir, me laisser choisir. Et puis donc c'est là que j'ai contacté, euh, zut, comment ça s'appelle
Enquêteur : Age d'Or Services, Monsieur (*Responsable Age d'Or Services Brest*)
AD T 8 : Monsieur (*Responsable Age d'Or Services Brest*) c'est ça, Age d'Or, Age d'Or, je trouve ça très très chouette comme nom (*Rire*), ça me plaisait bien et il est venu, j'ai eu la visite d'une autre personne aussi, et donc avec Monsieur (*Responsable Age d'Or Services Brest*), il y avait, il n'y avait pas eu de soucis donc j'ai demandé aussi ce que c'était la téléalarme, et donc, j'en ai une (*montre son poignet*), puisque je vis seule hein
Enquêteur : D'accord
AD T 8 : J'étais susceptible d'avoir un autre AVC. En ce moment moins, je suis en train d'équilibrer mon traitement pour ce qu'on appelle le taux de INR, vous connaissez ?
Enquêteur : Oui enfin, dans les grandes lignes
AD T 8 : Oui, donc c'est entre, en dessous de 2 vous pouvez avoir des caillots et au-dessus de 3 vous pouvez avoir des hémorragies donc il faut se stabiliser, bien cibler.
Enquêteur : Oui
AD T 8 : Donc Monsieur (*Responsable Age d'Or Services Brest*) à installer la téléalarme, a fait venir les services de repas et puis m'a demandé si je pouvais avoir besoin de services de ménages, et je lui ai dit, oh pour l'instant non. Parce que j'avais besoin de calme, parce que à l'hôpital c'est très fatigant, c'est très fatigant, il y a toujours plein de monde qui passe, et on a envie de dormir, et on ne peut pas dormir, la nuit on vient voir si ça va bien, on prend la tension,

non non, là j'avais besoin de calme et après je verrais. Et donc après j'ai pris une aide-ménagère quand j'ai été mieux,
Enquêteur : D'accord
AD T 8 : Mais quand j'étais mieux, mais j'ai senti que même un appartement pas trop grand, euh, pour une personne seule c'est largement suffisant et bien c'était encore un peu trop pour moi. Et puis en plus j'ai des soucis de vue
Enquêteur : D'accord
AD T 8 : Je perds la vue. Donc je ne peux pas m'améliorer partout
Enquêteur : Oui bien sûr, vous avez choisi, en fonctions de vos priorités aussi
AD T 8 : Voilà, voilà exactement, et la personne qui fait le ménage, c'était elle qui me livrait les repas aussi, donc je la connaissais, donc c'était très bien.
Enquêteur : Ah oui d'accord. Et donc, tout de suite en rentrant donc de votre première hospitalisation vous avez eu le portage de repas, la téléassistance, et le temps que ça se mette en route
AD T 8 : Oui oui le temps que l'appareil arrive à la poste donc j'ai attendu quoi, 5 jours. Par contre les repas, je suis arrivé un vendredi, après-midi, et j'ai téléphoné à M. (*Responsable Age d'Or Services Brest*) le samedi matin, ou le vendredi après-midi, je ne sais plus, et il m'a dit on va se débrouiller. Et il s'est débrouillé, et j'ai eu un repas pour le dimanche.
Enquêteur : D'accord et donc maintenant au niveau des repas
AD T 8 : Alors j'ai arrêté
Enquêteur : Ah vous avez arrêté
AD T 8 : J'ai arrêté parce que je me suis dit, bon, maintenant il faut que je me prenne en main, j'ai passé un cap difficile et puis, il faut que je me prouve que ça va, et si ça ne va pas, il me remet les repas.
Enquêteur : Oui
AD T 8 : Il est comment dire, il a une grande disponibilité, et ça c'est super, ça c'est super. Donc j'ai arrêté les repas, euh, au mois de novembre peut être,
Enquêteur : D'accord
AD T 8 : Par contre la femme de ménage, non, on ne dit pas femme de ménage, on dit aide-ménagère
Enquêteur : Oui, après chacun utilise le vocabulaire qu'il souhaite
AD T 8 : Oui oui mais moi à mon époque on disait femme de ménage en fait.
Enquêteur : Oui bien sûr
AD T 8 : Voilà donc ça c'est bien adapté et pratiquement tout de suite
Enquêteur : D'accord, et au niveau du portage de repas, au départ vous preniez les 7 repas de la semaine ?
AD T 8 : Alors il y a eu 2 services en fait, le premier c'était un traiteur, et donc là j'avais les menus pour la semaine et je cochais ce que je souhaitais et puis, euh, donc là je ne m'en occupais pas tellement, j'avais toujours les repas de livrés. Et après ils ont changé, donc là il y avait moins de choix de menus, et là j'ai eu un petit souci, en ce sens que je ne dois pas, je ne dois pas alors que j'adore ça manger de légumes verts, parce qu'il y a du potassium dedans et j'ai un médicament anti-potassium.
Enquêteur : Ah oui donc vous devez suivre un régime en fait.
AD T 8 : Oui, j'ai que ça mais bon, voilà, alors bon, le fait de faire le repas seul, ou les courses seule, je choisi, mes aliments, mais c'est pas reposant hein, je fais ça une fois par semaine, mais le reste, autrement, c'est mes enfants qui font. Et puis une fois aussi, il y a Mme (*Intervenante Age d'Or Services Brest*) qui m'a accompagné, les premières fois, parce que je faisais la courageuse mais je n'étais pas très courageuse (*Rire*).
Enquêteur : Oui mais mine de rien, c'est fatiguant, de sortir, de faire les courses, vous allez en centre-ville pour faire vos courses ?

AD T 8 : Oui tout à côté, le petit magasin.
Enquêteur : D'accord
AD T 8 : Mais j'avais toujours peur de tomber, d'avoir un AVC
Enquêteur : Oui
AD T 8 : Je sentais cette épée de Damoclès et ce n'était pas, de l'utopie quoi
Enquêteur : Oui oui c'était un risque réel
AD T 8 : Oui oui voilà.
Silence.
J'ai eu aussi les infirmières, parce que j'avais besoin de piqure, le matin et le soir, après les deux AVC elles sont venues, et donc, bon elles ne sont pas loin non plus, parce que je suis venue habiter au centre pour pouvoir avoir tout sous la main
Avant j'étais à la campagne, en bord de mer (*Imite des pleurs*), ma petite maison,
Enquêteur : Ah, vous avez déménagé il y a longtemps ?
AD T 8 : Maintenant ça fait deux ans et demi
Enquêteur : D'accord
AD T 8 : C'est récent mais bon, maintenant je suis installée là quoi. Et puis bon, un après j'en sais rien, mais bon dans l'immeuble où j'habite il y a un accueil, une gentillesse, une chaleur extra, quand je suis donc, quand je suis rentrée de Thaïlande en mai, et quand les personnes ont su que je rentrais, et bien, d'abord il y a eu, un où est-elle, elle n'a pas ouvert ses volets, il y a quelque chose qui s'est passé, alors j'ai un voisin qui a dit, oh, elle a dû rencontrer un Thaïlandais (*Rire*)
Mais bon, ils ont su que j'avais eu quelques soucis, et quand je suis rentrée, j'ai eu beau bouquet de fleurs au bas de la porte avec un petit mot signé de chacun de mes voisins
Enquêteur : Ah oui, donc vous avez une certaines proximité ou du moins des échanges avec vos voisins
AD T 8 : Tout à fait, régulièrement.
Enquêteur : D'accord.
AD T 8 : Par texto aussi, c'est chouette hein ?
Enquêteur : Oui oui bien sûr, surtout qu'en venant habiter ici, vous ne connaissiez pas forcément
AD T 8 : Ah non non, je connaissais la ville, je connaissais Brest, j'étais contente de venir sur Brest, parce que je ne me sentais pas perdue, mais je ne connaissais personnes ici au final, et je me disais oulala, centre-ville, ça ne va pas être facile, bon, je ne conduis plus à cause de ma vue, donc je n'ai pas de soucis de garage et tout ça mais mes enfants oui
Enquêteur : Ah oui
AD T 8 : Mais bon j'ai dit zut c'est votre problème (*Rire*)
Enquêteur : (*Rire*), oui après, il y a toujours des solutions
AD T 8 : Bien sûr bien sûr
Enquêteur : D'accord. Et donc quand vous dites, toute à l'heure vous m'avez parlé des infirmières qui venaient, elles ne viennent plus ?
AD T 8 : Alors si, elles viennent une fois par semaine le mardi, parce que, comme on est en train d'essayer de régler l'INR, euh, il faut, c'est un demi-comprimé en plus ou bien voilà, et comme je ne vois pas très bien et que je suis très fatiguée, euh, j'ai préféré que ce soit elle qui fasse le pilulier une fois par semaine
Enquêteur : D'accord
AD T 8 : Et en plus, elle me prenne la tension, ce qu'il faut quand même voir de près et en plus, ça fait une visite, si j'ai des questions, je leur demande, elles sont gentilles tout plein
Enquêteur : D'accord
AD T 8 : Alors les trois hein, elles se relaient, alors je dis Ah aujourd'hui ce n'est pas X (*Prénom de l'infirmière*) ah non on a changé (*Rire*)

Enquêteur : (*Rire*). Oui et en plus ça vous permet d'avoir un suivi
AD T 8 : Tout à fait
Enquêteur : D'accord
AD T 8 : Et puis donc, euh, elles, donnent la prise de sang au laboratoire, et elles contactent le médecin, elles s'arrangent avec le médecin pour s'avoir quel est le traitement que je dois suivre, et elles prennent tout de suite contact avec moi, et au besoin, elles reviennent arranger le pilulier pour que ce soit au top dès le soir.
Enquêteur : Ah oui d'accord
AD T 8 : C'est vraiment bien, il faut dire que c'est sérieux aussi
Enquêteur : Oui oui bien sûr.
AD T 8 : Voilà, donc on le prend au sérieux
Enquêteur : Oui oui. Et donc pour organiser toutes ces démarches, tous ces services, vous avez, vous vous êtes organisée seule à prendre contact ?
AD T 8 : Oui oui, parce que j'avais un numéro de téléphone, celui de Monsieur (*Responsable Age d'Or Services Brest*), un numéro pour les infirmières et autrement le médecin, mais je le contact que pour renouveler les médicaments.
Enquêteur : D'accord
AD T 8 : Oui il n'y a pas eu besoin d'autres choses. Autrement tout le reste a été fait à l'hôpital par l'assistante sociale et par, euh, je ne sais, pas, cette jeune femme, je ne sais pas, elle devait être infirmière
Enquêteur : Oui peut être une infirmière coordinatrice, une cadre de santé
AD T 8 : Oui une cadre de santé peut être. Oui oui.
Enquêteur : D'accord
AD T 8 : Et il y a eu un autre service aussi qu'on m'a proposé, que j'ai fait au début, euh, pour les personnes, c'est spécial aux personnes qui ont fait un AVC, c'est-à-dire, qu'ils appellent ça une rééducation euh non, une éducation thérapeutique
Enquêteur : Ah oui d'accord
AD T 8 : Donc j'y suis allée, c'était à l'hôpital, c'est fait par le CHU de Brest, mais j'ai dit bon maintenant ce n'est plus la peine, je sais ce qu'est un AVC, je sais ce qu'il convient de faire, euh, c'est bon en fait, le fait de faire mes repas seule, c'est plus facile aussi de bien faire, de bien équilibrer mes repas et tout.
Enquêteur : Oui
AD T 8 : Et tout ce qui était paperasse, ça a été fait à l'hôpital, après ici, c'est Monsieur (*Responsable Age d'Or Services Brest*), qui a fait les papiers pour le début quoi, et puis j'ai signé. Voilà.
Enquêteur : D'accord. Et sinon, en terme d'objet nouveaux, toute à l'heure vous me parliez de difficultés d'équilibre, est ce que vous vous servez d'une canne, de béquilles ?
AD T 8 : Alors oui, au début, quand je suis rentrée même j'avais un chariot, (*Rire*), vous savez, un déambulateur, mais ça c'était vraiment les premiers jours en fait, peut être la première semaine juste après l'hôpital. Et après au début j'avais besoin d'une canne, enfin non avant ça je prenais carrément le bras de quelqu'un
Enquêteur : D'accord
AD T 8 : Et après, j'avais ma canne, et j'ai fait de la rééducation a, ah, zut, les mots me sont encore difficiles à trouver parfois, euh, alors c'était de la rééducation de l'équilibre auprès d'un kiné spécialisé dans ce domaine, spécialisé pour après les AVC aussi en fait
Enquêteur : D'accord
AD T 8 : Il y en a, il y en n'a pas au centre-ville, donc c'était ah, euh, A Bellevue !
Enquêteur : D'accord
AD T 8 : A Bellevue donc j'ai pris le car, alors, bon le car il est juste en bas et puis arrivée chez le kiné c'était juste devant sa porte aussi

Enquêteur : D'accord
AD T 8 : La cavale c'est pareil, je prends le car là, et j'arrive directement à la Cavale. Parce que le taxi c'est cher hein.
Enquêteur : Oui je me doute.
AD T 8 : Et puis, tout n'est pas remboursé, hein, puisque je suis sortie de l'hôpital, ce n'est plus pris en charge. Donc l'équilibre ça a été suivi par un kiné spécialisé en fait et j'ai fait des progrès énorme hein
Enquêteur : Ah oui, et donc le kiné, vous continuez ou ?
AD T 8 : Non non, c'est fini, je n'en ai plus besoin, par contre, il faut bouger, ça il me l'a bien dit, il ne faut pas rester dans son canapé. (*Rire*)
Enquêteur : Oui donc maintenant, vous faites seule votre rééducation en fait
AD T 8 : Oui c'est moi qui l'a fait, oui oui, et je voudrais retrouver un peu, mais bon je ne sais pas quand ce sera, avant je marchais beaucoup, je faisais partie d'un groupe, euh, de personnes, un petit peu de tous les âges, plutôt un peu plus jeune que moi quand même enfin bon, et puis on se retrouvait toute les semaines et on faisait, 4h30 de marche a peu près, tous les lundis après midi
Enquêteur : Ah oui
AD T 8 : Alors bon ce n'est pas la marche nordique (*Rire*). Mais c'est de la marche quand même et c'est aussi une bonne partie de Blablabla (*Rire*)
Enquêteur : (*Rire*) oui mais c'est important aussi
AD T 8 : Effectivement parce que ça permet à l'une et à l'autre, tiens j'ai quelque chose qui me tracasse, je ne veux pas trop en parler, qu'est-ce que t'en penses, enfin voilà, c'est de l'échange quoi.
Enquêteur : Oui oui
AD T 8 : Et puis moi je faisais un peu de tourisme en même temps parce que je ne connaissais pas trop ce coin. Donc je sortais, ça faisais du bien !
Enquêteur : Oui, et donc ça c'est une activité que vous n'avez pas encore repris ?
AD T 8 : Pas encore voilà, les médecins sont un peu, pour l'instant, ils me disent toujours « pour l'instant », « sans doutes », des phrases préférées à l'hôpital hein (*Rire*), « Peut-être que »,
Enquêteur : Oui, ils sont prudents,
AD T 8 : Oui on ne peut pas s'engager parce que tous les cas sont différents
Enquêteur : Oui oui.
Silence
Et en matière d'évaluation de vos besoins, est ce que après l'hôpital, comment est-ce que vos besoins, est ce que l'hôpital vous a orienté vers certaines aides ?
AD T 8 : Non enfin la première fois si, ils m'ont dit que ce serait bien, ils m'ont expliqué, l'assistante sociale m'a expliqué ce qui existait et tout ça, mais la deuxième fois, comme j'avais les aides avec Monsieur (*Responsable Age d'Or Services Brest*), euh, j'avais des aides au point de vue infirmier, donc en fait, c'était bon, sur le plan psychologique, je n'en ai pas eu besoin, je peux demander au médecin après ça, si jamais, j'ai juste fait une séance d'hypnose,
Enquêteur : Ah oui
AD T 8 : Un peu par curiosité hein (*Rire*), je me suis dit « qu'est ce qu'il va me faire ». Et ce n'est pas du tout ce que je pensais, mais c'était bien, et ça permet de voir d'autres choses.
Enquêteur : Oui oui bien sûr. Et par rapport aux activités, toute à l'heure vous me disiez que vos enfants parfois vous aides pour les courses
AD T 8 : Oui de moins en moins parce que je suis très orgueilleuse, et donc j'essaie de me débrouiller seule, et elles le savent maintenant, elles ont mis du temps à comprendre, elles savent aussi que maintenant, avant je ne faisais pas trop appel à elles, j'ai de l'orgueil mal placé, et donc si je les appelle c'est parce que j'ai vraiment besoin
Enquêteur : D'accord c'est vraiment en cas de nécessité

AD T 8 : Voilà alors l'autre jour au téléphone, cette semaine, je n'étais pas bien pendant deux ou trois jours alors j'ai simplement mis au courant mais je leur ai dit, ne vous tracassez pas, tout va, pas bien, mais tout va. Tout va ! et si j'ai besoin, voilà par exemple le chien, c'est un petit problème tout en étant, euh, la présence d'un animal est très importante moralement,
Enquêteur : Oui
AD T 8 : Et pour lui et pour moi. Je l'appel mon bulletin de santé. Parce qu'il m'oblige à sortir, alors qu'autrement, je resterai au chaud, cocoonée, là
Enquêteur : Oui
AD T 8 : Il reste des choses, euh, j'ai du mal, j'aime beaucoup jouer au piano, j'aime beaucoup je fais de l'accordéon, jouer de l'accordéon dans les maisons de retraites, les choses comme ça, et ça je ne réussis pas à reprendre. Pour l'instant non, je commence et au bout de 5 minutes, ça ne me dis plus rien, mais bon je pense que ça vient de la fatigue et plus, moralement on relative énormément, on ne voit plus les choses de la même façon.
Enquêteur : Ah oui
AD T 8 : Non, c'est fini. Je ne suis plus comme avant. Pas plus mal non plus, hein, j'ai de la chance, hein, mais je relativise beaucoup plus, et puis souvent je me dis mon dieu, mais pourquoi ils prennent ça au sérieux, mais ce n'est pas grave.
Enquêteur : Oui
AD T 8 : Moi j'écris, comme ça je ne me pose plus de question. Au moins, on n'est plus sûr, quand quelqu'un vous dit, ça c'est mon plaisir aussi, quand quelqu'un vous dit quelque chose, souvent on a l'impression qu'on entend pas, mais par exemple j'ai une amie qui passait une radio hier, elle me l'a dit il y a un mois, et moi en arrivant, je l'ai écrit, et donc hier soir je lui téléphone, « alors et cette radio ? », elle me dit « comment tu sais ? » mais ça montre qu'on est attentif
Enquêteur : Oui attentif aux autres
AD T 8 : C'est pour faire plaisir, mais par intérêt aussi, on ne marque que les gens que l'on aime bien, les enfants, les amis.
Enquêteur : Bien sûr. Et, vous avez combien d'enfants?
AD T 8 : Alors j'ai deux filles
Enquêteur : Deux filles d'accord
AD T 8 : Voilà ma famille (*me montre les photos*), J'ai deux filles, et deux beau fils, que je considère comme mes fils hein, je les connais depuis tellement de temps, et puis 4 petits enfants, garçon fille de chaque côté.
Enquêteur : D'accord d'accord
AD T 8 : Et mes beaux fils, je peux faire appel à eux aussi !
Enquêteur : Ah oui. Et est-ce que dans vos relations, est ce qu'il y a des activités, des soutiens qui ont changés depuis vos hospitalisations ?
AD T 8 : Ah oui, oui si j'ai besoin je téléphone et j'ai une réponse, il y a tout de suite une réponse, si ils ne peuvent pas ils se débrouillent pour que ce soit quelqu'un d'autre. Mais de mon côté j'essaie de ne pas être casse—pieds hein.
Enquêteur : Oui
AD T 8 : Oui il ne faut pas être la mère, la belle-mère exigeante, tu m'achète du pain, tu m'achètes ci, tu m'achètes ça. Ils ne sont pas très loin hein, ils habitent Plougastel et Plouguerneau mais bon quand même. Ils ne sont pas là pour ça, chacun a sa vie, donc c'est à moi de construire, de reconstruire la mienne. Là je l'ai fait aussi en venant ici, j'ai été obligé de repartir de zéro, une fois de plus parce que j'ai beaucoup voyagé, beaucoup changé
Enquêteur : D'accord. Oui.
Silence
Et peut-être encore une question, par rapport à l'agence Age d'Or Services, pourquoi elle en particulier, est ce qu'il y a eu quelque chose qui vous a fait la choisir ?

AD T 8 : Ah, d'accord, c'est bien comme question ça ! Parce que donc j'en ai rencontré deux. Pourquoi Monsieur (*Responsable Age d'Or Services Brest*) plutôt qu'un autre, parce que bon les deux étaient très bien. Euh, ça me semblait plus souple, au point de vue horaires, au point de vue, aussi plus efficace au départ, avec l'histoire de l'alarme, et puis il me l'a dit à plusieurs reprises, si vous voulez arrêter, vous arrêter, si vous voulez reprendre, on reprend. Le côté plus souple, il y a un mot pour dire ça, je ne sais plus.
Enquêteur : Oui c'est ça plus souple, plus flexible
AD T 8 : Flexible, voilà ! (*Rire*)
Enquêteur : (*Rire*). D'accord, donc c'est pour ce côté-là d'accord.
AD T 8 : Oui oui et comment dire, dans les explications, il n'y a pas eu de côté paternaliste, ou imposant ci ou disant c'est nous les meilleurs, il ne s'est pas mis en avant en disant je vais vous sortir de là enfin, je ne sais pas ce qui peut être dit. Par rapport à l'autre personne, très gentille aussi, mais j'ai senti, plus d'organisation c'est vrai chez elle
Enquêteur : Ah oui
AD T 8 : Mais, j'aime bien ma liberté.
Enquêteur : Oui d'accord, donc on revient à cette idée de souplesse
AD T 8 : On y revient c'est ça.
Enquêteur : Très bien.
AD T 8 : La gentillesse aussi, mais ça c'était les deux. Et on est très sensible, quand on a eu de gros soucis de santé à l'attitude des gens, la moindre chose fait plaisir. J'ai un souvenir, il faut que je vous le donne, j'étais à l'hôpital, et je partais pour faire un examen et puis l'infirmier qui me poussait là, je ne devais pas être en très très bon état, il a simplement mis sa main comme ça sur ma joue (*mime*), ça fait, donc un moment, et je m'en souviens encore. Lui ne s'est pas rendu compte, mais moi oui. Et du coup j'ai trouvé du soulagement parce que ce n'est pas toujours facile d'être seule, j'ai perdu mon mari, ça fait déjà longtemps, en 1965, mes enfants étaient bébés et moi j'avais 23 ans, lui en avait 27, dans un accident de voiture
Enquêteur : D'accord
AD T 8 : Donc se débrouiller tout seul c'est bien, mais la gentillesse c'est important, l'humanité, être humain, et il faut être humain, dans ces métiers-là.
Enquêteur : Oui bien sûr, mais dans tous les métiers, il faut être attentif aux autres
AD T 8 : Oui quel que soit le métier on peut l'être c'est vrai, et c'est important tout à fait attentif aux autres. On va faire de la philosophie (*Rire*)
Enquêteur : (*Rire*) D'accord. Il me reste deux petites questions, est ce que vous pouvez me dire qu'elle était votre profession ?
AD T 8 : Oh ma profession, j'étais secrétaire, secrétaire comptable à l'éducation nationale et mon dernier poste c'était au lycée Dupuis de Lome à Brest.
Enquêteur : D'accord.
AD T 8 : J'ai changé pas mal.
Enquêteur : D'accord oui. Et enfin, est ce que je peux vous demander votre âge
AD T 8 : 76 ans, je viens d'avoir 76 ans
Enquêteur : D'accord très bien. Merci, est ce que vous avez d'autres choses à me dire, sur votre ressenti, voilà, sur ce retour à domicile,
AD T 8 : Non non, arrivée ici, j'ai trouvé énormément de gentillesse au point de vue des services, des personnes qui m'ont rendu service, que ce soit les repas, l'infirmière, euh, le ménage, voilà. Et de l'efficacité aussi. Le système débrouille aussi, parce que j'ai posé des problèmes aussi, mais il y avait toujours du oui, on ne me disait jamais non. On se débrouillait.
Enquêteur : D'accord oui simplement en fait
AD T 8 : Oui voilà c'est tout ça que j'ai apprécié en fait.
Enquêteur : D'accord. Je vous remercie de m'avoir reçu donc merci de bien avoir voulu répondre à mes questions.

AD T 8 : C'est normal, hein.
Enquêteur : Merci en tout cas.

Entretien PR 9 (Le 07/03/2018 Après midi, A son domicile. Durée : 26 minutes)

Enquêteur : Merci, alors pour commencer, est ce que vous pouvez m'expliquer la dernière fois que vous avez été hospitalisé, ça remonte à combien de temps environ ?
PR 9 : Euh, ça fait un moment, c'était au mois d'août, en août 2017 donc
Enquêteur : D'accord, et c'était lié
PR 9 : C'était lié à un traitement par rapport à mon cancer. C'était un traitement que j'avais, que je n'ai pas pu supporter
Enquêteur : D'accord
PR 9 : Le médecin m'avait donné des cachets et je les ai pris et puis j'avais une douleur là (*montre le thorax*), une douleur thoracique, donc je suis allez aux urgences, avec les pompiers quoi.
Enquêteur : Ah oui vous avez appelé les pompiers
PR 9 : Oui oui, et puis ils ont cru que je faisais un infarctus quoi, et puis j'ai passé une semaine à l'hôpital et puis on a mis un autre traitement en place, ce n'était pas encore le bon (*Rire*), mais bon là maintenant j'en ai un autre, qui apparemment, me va bien
Enquêteur : Oui, il vous convient mieux
PR 9 : Oui oui
Enquêteur : D'accord, oui donc là ce n'était vraiment pas prévu, vous avez été hospitalisée en urgence
PR 9 : Ah oui oui puisque c'était un dimanche en plus, un dimanche après-midi.
Enquêteur : D'accord
PR 9 : Puisque j'ai commencé mon traitement le soir, le soir du samedi et puis j'ai eu des douleurs dans la nuit et puis après bon, j'ai appelé l'hôpital et les pompiers et puis j'ai été hospitalisée quoi. Enfin bon vous savez quoi
Enquêteur : Oui, d'accord, et quand vous êtes revenue à votre domicile, comment est-ce que vous avez fait pour organiser la sortie ?
PR 9 : Euh bin là, juste euh, rien en fait, j'ai même pas mis les repas tout de suite en fait, hein il n'y a pas si longtemps que ça que je les ai remis à nouveau en fait. Donc euh je ne sais pas comment je faisais, comment je faisais ? Je me débrouillais hein (*Rire*), enfin j'avais quelqu'un pour m'aider en fait un peu.
Silence.
De toute façon je peux me débrouiller un peu quand même, hein
J'ai du mal à rester debout longtemps, c'est pour ça que j'ai commandé les repas à domicile, parce que là c'était compliqué pour moi de faire les repas mais autrement bon ba ça va, je me gère tout moi-même hein, je fais ma toilette, je me prépare, tout ça je fais moi-même.
Enquêteur : D'accord, donc vous avez besoin
PR 9 : Je suis assez autonome quand même hein
Enquêteur : Oui oui, et donc au final, vous avez été hospitalisée une semaine et vous avez rencontré l'assistante sociale de l'hôpital pour votre sortie ?
PR 9 : Oh non, non non, je me débrouille, il n'y a pas besoin
Enquêteur : D'accord
PR 9 : De toute façon j'ai mon fils sur Brest alors, heureusement que j'ai mon fils hein, qui m'aide quand même, s'il y a besoin de faire des courses, il fait des courses enfin bon
Enquêteur : Ah oui

PR 9 : Autrement j'ai une amie qui est là, elle habite dans ma rue, donc elle m'aide aussi hein, elle est mieux que moi elle, elle n'est pas malade, donc elle m'aide. Elle vient garder le chien
Enquêteur : Ah oui effectivement
PR 9 : Et oui, il faut penser à ça aussi
Enquêteur : Oui oui c'est vrai
PR 9 : Donc c'est vrai que c'est elle qui la garde maintenant, elle l'a connait bien
Enquêteur : D'accord donc elle passe de temps en temps
PR 9 : Oui oui, et quand je vais en chimio ou quand j'ai des RDV, elle la prend
Enquêteur : D'accord
PR 9 : Oh oui oui mais elle est habituée maintenant et ils comprennent les chiens
Enquêteur : Ah oui oui c'est sûr, ils s'habituent aussi
PR 9 : Oui oui, quand je me prépare je vois bien qu'elle comprends qu'elle va pas aller avec moi mais elle est contente quand même (*Rire*)
Enquêteur : Oui elle sait que c'est pour un temps en fait
PR 9 : Oui oui, elle sait que je vais revenir
Enquêteur : Oui. Et sinon, est ce que vous avez eu d'autres hospitalisations, au cours des deux dernières années par exemple ?
PR 9 : Euh, pff, je ne pourrais pas vous dire en fait parce que finalement j'ai commencé à avoir des problèmes euh, surtout depuis février 2016,
Enquêteur : D'accord
PR 9 : Donc, après, j'ai été très fatiguée, j'ai eu les repas là, et les hospitalisations, euh, non, je ne peux pas vous dire, euh, mais je n'en ai pas eu tellement en fait parce que je vais voir le médecin, je vais à l'hôpital parce que je suis soignée à l'hôpital mais bon je vais à mes chimios quoi
Enquêteur : Oui d'accord donc pour des consultations en fait, ou des rendez-vous en fait
PR 9 : Oui c'est ça des rendez-vous, donc au départ c'était tous les 3 semaines après ça été toutes les semaines et là maintenant c'est revenue à, euh, comme j'ai un traitement maintenant, c'est toutes les 3 semaines en gros que je passe, je vais voir l'oncologue quoi, mais sinon,
Enquêteur : Oui d'accord
PR 9 : Mais je suis bien suivie quand même
Enquêteur : Oui voilà c'est planifié en fait
PR 9 : Oui oui quand je vais j'ai des rendez-vous pour la fois d'après en fait, là j'ai rendez-vous pour la prochaine fois déjà en fait.
Enquêteur : D'accord. Et pour cette hospitalisation au mois d'août dernier, quelles étaient vos préoccupations, il y avait votre chien donc, mais est ce qu'il y avait d'autres choses ?
PR 9 : Ah oui, moi j'y pense tout le temps
Enquêteur : Oui bien sur
PR 9 : On est toutes les deux toutes seules donc c'est vrai que ça fait un vide quand je m'en vais.
Enquêteur : Oui c'est sûr, mais pour vous aussi
PR 9 : Ah oui, oui quand elle est pas là je me sens toute seule. Mais bon elle est gentille mon amie parce que quand je suis pas là, elle habite là au (*Adresse*) donc vous voyez je l'appelle et elle vient, elle l'a prends tout de suite quoi
Enquêteur : Oui oui elle vous dépanne si vous avez besoin
PR 9 : Oui oui, à moins qu'elle ne soit pas disponible mais c'est rare, en générale elle est assez disponible donc elle l'a prend même avec plaisir car elle aime bien la chienne.
Enquêteur : Oui
PR 9 : Donc ça se passe bien
Enquêteur : Oui, et est ce qu'il y a d'autres choses qui ont été importantes à mettre en place ou à penser quand vous êtes revenue ?

PR 9 : Non non, pas trop,
Enquêteur : D'accord
PR 9 : Non, et puis j'ai de la chance je vous dis, j'ai mon fils qui vit sur Brest donc lui aussi il organise un petit peu tout ça quand je suis pas là quoi, il travaille mais bon c'est vrai qu'il m'aide quand même dans ces cas là quoi.
Enquêteur : Oui, et il vous aide pour quoi particulièrement ?
PR 9 : Pour les courses, oui oui, et mon amie m'aide aussi et maintenant je vais de temps en temps avec elle aussi faire les courses.
Enquêteur : D'accord elle vous accompagne
PR 9 : Oui oui
Enquêteur : D'accord, et donc un petit peu dans la même idée, est ce qu'il y a des démarches particulières que vous avez effectuées à la sortie de l'hôpital ?
PR 9 : Euh, par exemple, des démarches ?
Enquêteur : Je ne sais pas, des démarches d'aides financières, des autres services, par exemple pour le portage de repas ?
PR 9 : Euh non, par exemple pour ça c'est moi qui l'ai demandé, et les aides j'en ai pas. Donc comme j'avais déjà eu à faire au portage de repas, ça devais être justement euh, en 2016, pendant 4 ou 5 mois hein, et donc après j'ai repensé à ça, il n'y a pas si longtemps, après tout c'était bien quand on t'apportait les repas, si on t'apportait les repas se serait beaucoup plus facile, c'est vrai, c'est plus facile pour moi.
Enquêteur : D'accord
PR 9 : Mais c'est vrai que j'ai du mal à rester longtemps debout, c'est surtout ça qui m'a fait aller vers monsieur (*responsable Age d'Or Services Brest*), que je connaissais déjà, qui étais déjà venu la première fois me voir, la première fois que j'ai demandé ces repas à domicile, il était venu me voir, donc là j'ai rappelé, et ils sont revenus, je l'avais déjà vu donc voilà et on a remis ça en place hein, à nouveau
Enquêteur : D'accord, et donc là ça ne fais pas très longtemps en fait que vous avez de nouveau ?
PR 9 : Non non non, ça ne fait pas très longtemps, euh, je ne sais pas combien de temps ça fais, euh, pff ça fais deux mois,
Enquêteur : D'accord
Oui
Enquêteur : Et par rapport à ça, vous avez d'autres services au domicile mis à part le portage de repas ?
PR 9 : Non non, je me débrouille toute seule, enfin j'ai quelqu'un oui oui qui vient, une aide oui pour le ménage
Enquêteur : D'accord
PR 9 : Ménage, repassage, mais ça c'est autre chose. J'ai pris, enfin, je connaissais quelqu'un qui faisait ça donc je l'ai prise quoi, mais elle est déclarée quand même hein
Enquêteur : Oui oui bien sûr
Enquêteur : Et ça, c'est quelque chose que vous avez mis en place à la suite de vos problèmes de santé ?
PR 9 : Oui oui, En 2016 je l'ai appelé
Enquêteur : D'accord
PR 9 : Je connaissais déjà, elle venait déjà chez quelqu'un et c'est comme ça que j'ai demandé si elle voulait venir chez moi, donc elle vient une fois par semaine
Enquêteur : D'accord, oui et c'était une connaissance
PR 9 : Oui oui c'est ça.
Enquêteur : Et donc vous me parliez de votre fils, est-ce que pour l'organisation des suites de l'hôpital, ou des services, c'est vous ou avec votre fils qui avez pris contact ?

PR 9 : Oh oui oui c'est moi, j'ai appelé monsieur (*responsable Age d'Or Services Brest*), comme il était déjà venu
Enquêteur : D'accord, et est-ce que votre fils vous conseille, ou participe à ces démarches?
PR 9 : Oh oui oui il me conseille pas mal de fois, même des fois il m'engueule (*Rire*), Parce qu'il me dit bin non, t'aurait dû faire ci ou ça bon bin maintenant je le mets au courant avant de faire comme ça au moins, je suis tranquille (*Rire*)
Et au moins je n'ai pas de reproches. Mais en général non non c'est moi qui fait, pour le moment, je suis fatiguée mais j'ai toute ma tête
Enquêteur : Oui oui, c'est sûr mais vous pouvez compter sur lui en tout cas
PR 9 : Ah oui oui c'est bien agréable de l'avoir là quand même, quand il vient me voir, c'est bien agréable aussi hein
Enquêteur : Oui, vous n'avez qu'un seul fils ?
PR 9 : Oui oui en plus c'est le seul alors (*Rire*), c'est le petit chouchou quoi
Enquêteur : Oui
PR 9 : Oui, mais il va avoir 53 ans quand même
Enquêteur : Il n'y a pas d'âge pour être le chouchou (*Rire*)
PR 9 : Ah oui oui (*rire*), donc on s'entend bien donc c'est agréable
Enquêteur : Oui c'est sûr
Silence
Et donc sinon, par rapport aux difficultés que vous pouvez avoir, c'est vraiment rester debout longtemps en fait et à part ça ?
PR 9 : Non, bin je suis vite fatiguée évidemment mais sinon, ça va, ça va
Enquêteur : D'accord
Enquêteur : Et par rapport à l'hospitalisation, est ce que après ça vous avez mis en place, je ne sais pas, si vous avez du mal à rester debout, est ce que vous vous servez d'une canne ?
PR 9 : Oui oui j'ai une canne oui
Enquêteur : D'accord
PR 9 : Oui je suis obligée parce que sinon, j'aurai peur de perdre l'équilibre
Enquêteur : Oui, et ça c'est relativement récent ?
PR 9 : Oh oui quand même ça date de quelques mois, je me suis dit si je prenais une canne ? Je serais plus solide sur mes jambes, c'est vrai, j'ai peur de rester debout longtemps et j'ai peur de perdre l'équilibre surtout, je n'ai pas envie de tomber.
Enquêteur : Oui c'est sûr
PR 9 : Parce qu'on sait jamais ce qui peut arriver quoi, donc quand je sors, je sors avec ma chienne, je tiens la laisse d'un côté et des fois je tiens le mur de l'autre, c'est vrai, je rase le mur qui est là, mais c'est vrai, je ne vais pas très loin toute seule
Enquêteur : Oui
PR 9 : Quand je suis accompagnée de quelqu'un encore je lui donne le bras
Enquêteur : Oui et ça vous rassure aussi
PR 9 : Oui je suis rassurez quand il y a quelqu'un
Enquêteur : Oui, ça se comprend
PR 9 : C'est vrai que je n'ai pas envie de tomber hein, parce que bon on peut se fracturer quelque chose
Enquêteur : Oui c'est sûr.
Silence
Et donc pour la mise en place du service de portage de repas, monsieur (*Responsable Age d'Or Services Brest*) est venu pour voir avec vous vos besoins, ou ça s'est fait par téléphone ?
PR 9 : Non non ça c'est fait par téléphone cette fois si comme il m'avait déjà connue, donc en 2016 donc il a sur que c'était moi et il a remis en place tout de suite quoi. Ça s'est mis en place en très peu de temps hein, je ne sais pas, en deux ou trois jours

Enquêteur : D'accord, donc c'était plutôt rapide ?
PR 9 : Oui oui, ça c'est fait vite,
Enquêteur : D'accord. Et est-ce que par rapport à ça, combien de fois par semaine vous prenez
PR 9 : Bin je prends 5 repas par semaine, mais des fois je me dis, j'aurai du prendre un peu tout parce que c'est vrai que 5 bin, ça fait pas tellement tout compte fait, c'est que 5 repas du midi quoi, 5 repas donc en fait.
Enquêteur : Oui juste le midi
PR 9 : Donc il y a des jours je me dis, j'aurais mieux fait de prendre tous les jours
Enquêteur : Oui, vous pouvez le changer ça
PR 9 : Oui oui mais je ne sais pas, il y a des jours, vous ne livrez pas ?
Enquêteur : Oui on ne livre que 4 jours par semaine mais on livre les 7 repas en avance en fait, par exemple le vendredi on livre les repas du samedi, dimanche et lundi
PR 9 : D'accord, oui
Enquêteur : On livre trois repas d'un coup en fait, il n'y a pas de livraison le weekend
PR 9 : Oui oui, c'est normal hein
Enquêteur : Donc pour les repas du soir, vous les préparez, et les weekends ?
PR 9 : Oui oui, les repas du soir, je me débrouille, mais honnêtement, je me débrouille, mais bon j'ai des voisins qui m'apportent souvent la soupe le soir (*Rire*)
Enquêteur : D'accord, c'est bien alors, vous avez des voisins qui vous aident un petit peu
PR 9 : Oui oui, ils m'apportent la soupe, moi j'aime bien, ils sont gentils, ils sont tous gentils avec moi, j'ai des visites aussi de temps en temps, donc c'est bien
Enquêteur : Oui oui, c'est sûr
Silence
Et donc au niveau de votre quotidien, des activités que vous aviez l'habitude de faire, est ce qu'il y a eu des changements par rapport à votre hospitalisation ?
PR 9 : Oui oui je fais moins qu'avant, oui je fais moins d'activités qu'avant, avant je faisais beaucoup de couture, maintenant je fais, je suis très vite fatiguée, donc je fais moins, quoi, je suis fatiguée, donc j'ai moins d'activités, de temps en temps j'aimerais bien faire, mais bon, je suis fatiguée, je fais du ménage un peu mais on voit bien la différence par rapport à avant, je ne peux pas tout faire, donc des fois je suis obligée de m'arrêter, je fatigue
Enquêteur : Oui après il faut prendre du temps pour se reposer aussi
PR 9 : Oui oui, je suis obligée
Enquêteur : Mais, est ce qu'il y a des services auxquels vous pourriez avoir recours mais que vous ne demandez-pas ?
PR 9 : Euh, *silence*, non, je ne vois pas, je ne sais pas. Non,
Enquêteur : D'accord, et pourquoi vous avez choisi le portage de repas d'Age d'or, est ce qu'il y a une raison particulière ?
PR 9 : Parce que je l'avais déjà
Enquêteur : Oui
PR 9 : Autrement il y en avait un autre, le truc de la ville
Enquêteur : Oui c'est ça le CCAS
PR 9 : Oui voilà, alors bon comme j'avais déjà eu celui-ci, j'ai pris celui-ci, l'autre il faut, un dossier, il faut pas mal de formalités je trouve
Enquêteur : Ah oui, il demande un dossier plus complet
PR 9 : Oui oui, c'est un peu plus administratif quoi
PR 9 : Alors bon, je me suis dit je vais reprendre celui-là, après tout, c'est vrai, je n'avais pas eu de problème donc bon, et ça a été fait rapidement, il devait avoir mes coordonnées, ils me prennent directement l'argent
Enquêteur : Ah oui d'accord, il devait avoir votre RIB déjà
PR 9 : Oui voilà, donc c'est pratique

Enquêteur : Et pourquoi aviez-vous arrêté la première fois ?
PR 9 : Euh, ba, j'allais mieux en fait, parce que après j'étais un peu moins fatiguée,
Enquêteur : D'accord donc vous prépariez à nouveau les repas ?
PR 9 : Oui oui c'est ça, je me débrouillais
Enquêteur : D'accord, et est-ce que vous auriez d'autres choses à me dire par rapport à votre parcours depuis votre hospitalisation, vos attentes, est ce qu'il y a des choses qui ont changées ?
PR 9 : Non non, pas tellement, euh, je ne pense pas
Enquêteur : D'accord, d'accord, est ce que je peux vous demander votre âge ?
PR 9 : Euh, oui, euh je vais avoir 76 ans cette année, je suis née en 42.
Enquêteur : D'accord, et quelle était votre profession ?
PR 9 : J'étais fonctionnaire,
Enquêteur : D'accord
PR 9 : J'étais agent des PTT, j'ai travaillé à France Telecom, ensuite j'ai travaillé, à Paris, et puis j'ai fini à la poste à Brest.
Enquêteur : D'accord donc vous n'avez pas toujours travaillé sur Brest ?
PR 9 : Non, non j'ai habité à Paris
Enquêteur : Et vous êtes originaire de Brest ?
PR 9 : Non non, je ne suis pas originaire de Brest, je suis originaire de Plouvien, je ne sais pas si vous connaissez ?
Enquêteur : Non non
PR 9 : C'est un petit Bled dans le nord Finistère,
Enquêteur : D'accord.
PR 9 : Après j'ai de la famille en Isère aussi, enfin la famille de mon mari. Bon maintenant il est décédé
Enquêteur : Ah oui,
PR 9 : Ça fait un moment que je ne suis pas retourné en Isère
Enquêteur : Oui, c'est sûr ça fais loin
PR 9 : Oui oui, et puis maintenant je ne vais pas très loin toute seule (*Rire*)
Enquêteur : Oui oui, vous restez autour de Brest
PR 9 : Oui, Brest, je suis souvent chez moi
Enquêteur : Oui vous ne sortez pas beaucoup ?
PR 9 : Non, non il faut prendre la vie comme elle vient hein ?
Enquêteur : Oui, et votre fils vous le voyez souvent ?
PR 9 : Oh au moins une fois par semaine mais autrement c'est vrai qu'il a quand même son travail, il finit assez tard, en plus il va à pied au boulot, enfin c'est son problème hein (*Rire*) Donc voilà il est toute la journée au travail donc je ne lui demande pas trop non plus
Enquêteur : Oui oui
PR 9 : Donc c'est surtout le dimanche que je le vois, le dimanche soir, il vient prendre la soupe, ou le samedi des fois
Enquêteur : D'accord
PR 9 : Et quand j'ai des courses à faire, je vais avec lui comme ça
Enquêteur : Oui
PR 9 : Parce que je ne peux plus conduire non plus, c'est un peu dangereux quand même et mon fils ne veut plus
Enquêteur : Oui, mais c'est vrai que c'est plus difficile pour se déplacer
PR 9 : Ah oui oui c'est sûr, ça vous prive de quelque chose hein quand on vous enlève la voiture
Enquêteur : Oui oui surtout quand on est habitué
PR 9 : Oui, après on est toujours obligé de faire appel à quelqu'un
Enquêteur : Oui
PR 9 : Oui mais c'est comme ça

Enquêteur : Et ici, il y a des commerces, des petits commerces de proximité ?
PR 9 : Euh oui, il y a le petit magasin là –bas (*montre par la fenêtre*) à côté de la boulangerie sur (*Nom de la rue*) un peu plus loin
Enquêteur : Ah oui à côté du fleuriste ?
PR 9 : Oui c'est ça
Enquêteur : D'accord donc vous allez y faire vos courses parfois ?
PR 9 : Oh non, non c'est trop loin, je ni vais plus parce que je ne veux pas prendre le risque de tomber sur la route
Enquêteur : Oui oui d'accord
PR 9 : En plus c'est dangereux il faut traverser la route
Enquêteur : Oui c'est vrai que c'est une route très fréquentée
PR 9 : Oh oui oui, non pour faire les courses on va au super u souvent ou quelque chose comme ça
Enquêteur : D'accord
PR 9 : Mais en général j'y vais avec quelqu'un
Enquêteur : Oui d'accord,
PR 9 : Mais j'ai le droit aussi au bus, là vous savez, le car, Accemo
Enquêteur : Ah oui
PR 9 : Donc c'est pour les personnes euh, à euh
Enquêteur : Oui les personnes à mobilité réduite
PR 9 : Oui c'est ça, et là je viens d'avoir ma carte
Enquêteur : D'accord donc parfois vous allez faire vos courses comme ça
PR 9 : Oui oui je l'ai fait une fois
Enquêteur : D'accord, il faut prévenir à l'avance c'est ça ?
PR 9 : Oui oui, il faut téléphoner à l'avance, c'est quand même pas mal de jours à l'avance
Enquêteur : Oui pour réserver
PR 9 : Oui on réserve pour le jour on dit qu'il doit nous prendre à une heure et après, je sais pas, euh on lui dit dans deux heures, par exemple, deux heures après les courses il revient nous prendre
Enquêteur : D'accord donc oui ça peut vous permettre de vous déplacer aussi ?
PR 9 : Oui oui c'est bien aussi quand même, on est bien à Brest
Enquêteur : Oui c'est sûr il y a beaucoup de services quand même
PR 9 : Ah oui, oui, je vois ma sœur, elle est dans un petit bled, là, au sud du Finistère et bin, elle n'a pas tout ça
Enquêteur : Ah oui c'est sûr il y a plus de choses dans les grandes agglomérations
PR 9 : Oui oui, mais c'est dommage car c'est quand même bien ça, ça rend service
Enquêteur : Oui c'est sûr
PR 9 : Ah oui,
Enquêteur : Donc vous arrivez quand même à trouver des solutions en fait ?
PR 9 : Oui oui on trouve toujours des solutions hein, et puis on est gâté quand mêmes dans une ville comme Brest,
Enquêteur : Oui oui il existe pas mal de choses, mais il faut les connaître
PR 9 : Oui oui, il faut les connaitre et puis il faut les chercher, hein, on ne vient pas toujours nous dire ce qui existe hein
Enquêteur : Oui c'est sûr
PR 9 : Mais moi je suis curieuse (*Rire*)
Enquêteur : Mais c'est bien d'être curieuse, ça permet de s'en sortir
PR 9 : Ah oui, oui je me débrouille moi (*Rire*)
Enquêteur : Est-ce que vous auriez d'autres choses à ajouter par rapport à votre retour chez vous après votre passage à l'hôpital ?

PR 9 : Non non, je ne vois pas
Silence
Non non
Enquêteur : D'accord, Merci d'avoir répondu à mes questions
PR 9 : C'était avec plaisir vous savez
Enquêteur : Je vous remercie de m'avoir reçu en tout cas,
PR 9 : Oh, de rien, de rien, à bientôt peut-être

Annexe 4 : Guide d'entretien auprès des professionnels du service Age d'Or Services Brest

GUIDE D'ENTRETIEN CONCERNANT L'ORGANISATION DE LA SORTIE DE L'HOPITAL DES PERSONNES AGEES DE PLUS DE 60 ANS QUE VOUS ACCOMPAGNEZ A DOMICILE

Bonjour, étudiante en master 2 Intervention et Développement Social, je souhaite comprendre l'organisation de l'accompagnement en particulier auprès des personnes qui sortent de l'hôpital. Après avoir observé les manières dont le service Age d'Or Services de Brest s'organise pour répondre aux bénéficiaires qui sont dans cette situation, j'ai choisi de mettre en place cette enquête afin de comprendre vos rôles et vos pratiques. Dans ce cadre, en tant que professionnel susceptible d'intervenir après ces retours d'hospitalisations, vous êtes invité à participer à cet entretien.

Je vous remercie du temps que vous m'accordez.

Date : Lieu : Durée :

Objectif : Comprendre et identifier les pratiques mises en place lors des sorties d'hospitalisations.

QUESTION DE DEPART :

Quels sont les différents rôles que vous mettez en place auprès des personnes qui sortent de l'hôpital et rentrent à leur domicile ?

LES PERSONNES QUE VOUS ACCOMPAGNEZ APRES LA SORTIE D'HOSPITALISATION :

- Pouvez-vous me décrire quelques situations (de 2 à 4) récentes de personnes que vous accompagnez depuis leur sortie de l'hôpital ?
- Pour chacune de ces situations, pouvez-vous préciser :
    - L'âge des personnes que vous accompagnez lors de sorties d'hospitalisation
    - La situation familiale des personnes que vous accompagnez
    - La durée d'hospitalisation de ces personnes
    - Le nombre d'hospitalisation qu'ont connu ces personnes au cours des deux dernières années
    - Les besoins exprimés, les besoins observés et les attentes de ces personnes
    - Les services hospitaliers où elles ont été hospitalisées
    - Leurs préoccupations, celles de l'entourage familial si elles en ont
    - Les difficultés rencontrées
    - Les activités pour lesquelles une coordination a été mises en place ou serait nécessaire (et avec qui)

  Par quel(s) moyen(s) prenez-vous connaissance de leurs situations lors de leur retour à domicile ?

VOS INTERVENTIONS LORS DES SORTIES D'HOSPITALISATIONS :

- Quelles sont les informations dont vous disposez pour adapter votre intervention ?
- Comment ces sorties sont-elles organisées par l'hôpital ?
    - Quels relais sont pris ou non avec vous ou avec le service ?
- Quelles sont les attentes (particulières, nouvelles, ponctuelles ou durables) qui ont lieu à la sortie de l'hôpital ?
- Comment s'organise votre première intervention lors des sorties de l'hôpital ?
- Quelles sont les situations les plus simples, routinières, habituelles, auprès desquelles vous intervenez lors de sorties d'hospitalisations ?

- Quelles sont les situations les plus complexes de retour à domicile dans lesquelles vous êtes intervenu ?
- Observez-vous des changements d'accompagnements lors de sorties d'hospitalisations ?
- Comment se passe la coordination avec la personne et les membres de sa famille et vous-même à ces moments ? (coopération, distance, difficultés, ressources)

L'INDIVIDUALISATION DES REPONSES QUE VOUS APPORTEZ :

- Quelles sont et comment se déterminent les possibilités d'organisation et de planification de vos interventions pour faire face à ces situations dont on ne sait pas bien la durée ?
- Quand s'effectue l'évaluation des besoins d'aide à domicile après une hospitalisation?
- Qui effectue l'évaluation des besoins d'aide à domicile après une hospitalisation ?
- Quelles sont les informations transmises aux personnes accompagnées ?
- Quels sont les ajustements effectués au domicile ? (en termes de services, de période de réalisation…)
- Qui peut décider d'ajuster les heures, les contenus, les moments d'intervention ?
- Comment sont ajustées les interventions au domicile des personnes qui sortent de l'hôpital ?
- Dans quelles conditions sont réévaluées les situations de retour à domicile après hospitalisation ?
- De quelle manière participez-vous à individualiser l'accompagnement après les retours à domicile post hospitalisation ?

Annexe 5 : Synthèse des données recueillies auprès des professionnels du service Age d'Or Services Brest

PROFESSIONNELS / THEMES ABORDES		AIDES A DOMICILE	AGENTS DE PORTAGE DE REPAS	RESPONSABLE DE L'AGENCE
Rôle des acteurs	**Définition générale de leur rôle**	Veiller à ce que les gens aillent bien et alerter si besoin Satisfaire les demandes Faciliter le quotidien des clients : « Faire les tâches qui leur facilitent le quotidien »	Rassurer, expliquer et être à l'écoute	Eviter les ré-hospitalisations : « Peur de la ré-hospitalisation par les familles » Satisfaire les demandes des personnes et de leurs familles : « Souvent après des hospitalisations il y a : portage de repas, aide-ménagère et téléassistance »
	Négociateur/ Médiateur dans la mise en place des services	Lien avec la famille, les enfants, l'entourage Importance de la discussion	Lien avec la famille, les enfants, l'entourage Importance de la discussion : « la présence des enfants, ça facilite en fait ». Objectif de trouver un accord commun avec les clients et leur entourage (familial et professionnel) pour la continuité du service : « Il faut que tout le monde soit d'accord pour changer de régime »	Négociation pour la mise en place des services adéquats Importance d'écouter la famille pour mettre en place les services d'aides : « Les familles sont souvent stressées, elles veulent du professionnalisme, de la disponibilité et plus ou moins du sur mesure et elles ne veulent pas trop d'intervenantes pour ne pas perturber leur parent » Lien avec la famille, les enfants, l'entourage
	Intermédiaire/ coordinateur/ transmetteurs d'informations	Rôle d'alerte sur des situations : « Par exemple, pour M X, son état se dégradait fortement donc j'ai demandé à M (*responsable Age d'Or*	Echanges d'informations au quotidien sur les situations au domicile Remontées d'informations via une feuille d'événement	Recueil d'information au premier contact puis lors de l'évaluation des besoins Transmissions des informations nécessaires aux intervenantes

PROFESSIONNELS / THEMES ABORDES		AIDES A DOMICILE	AGENTS DE PORTAGE DE REPAS	RESPONSABLE DE L'AGENCE
		Services Brest) de passer pour trouver une solution avec M X. Transmissions d'information au responsable pour trouver des solutions : « On est là aussi pour transmettre des informations, pour dire quand les gens ont un état qui est en baisse un peu, qui se dégrade ». Feuille de liaison lors de la première intervention puis échange oral (face à face ou par téléphone) ou écrit (sms ou mail) lors de changements concernant les interventions à dispenser	Echange au quotidien via téléphone (oral ou sms) pour les changements.	Des informations qui circulent via des canaux différents selon l'urgence : « La demande arrive souvent par mail lorsque la sortie est anticipée, et sinon c'est par téléphone, si c'est le jour ou la veille que la personne sorte ».
	Description des rôles des partenaires du service	Difficultés d'échanges avec les infirmières du domicile : « On ne sait jamais exactement ce qu'il s'est passé ». « Les infirmières ne transmettent rien, je fais le lien avec la famille suivant ce que dis l'infirmière quand elle passe ». Des sorties d'hospitalisations organisées par les assistantes sociales et les médecins	Des sorties d'hospitalisations organisées par les assistantes sociales et les médecins : « Après l'hospitalisation, c'est peut-être plus parler avec l'assistante sociale des choses parce que ce n'est pas forcément muri ». Des infirmières qui ne peuvent pas changer les régimes des clients : « Même les infirmières n'ont pas le droit de changer les régimes, les régimes c'est les médecins qui choisissent ».	Les assistantes sociales ou le CLIC assurent le lien lors de la sortie de l'hôpital

PROFESSIONNELS / THEMES ABORDES	AIDES A DOMICILE	AGENTS DE PORTAGE DE REPAS	RESPONSABLE DE L'AGENCE
		Le médecin doit proposer ou valider les changements et la prescription de régime :	
Normes, règles, usages et modalités d'interventions	Adaptation des horaires d'intervention en fonctions des besoins Coordination avec les autres intervenants du domicile Réponses aux demandes	Intervention jusqu'à 4 fois par semaine Mise en œuvre d'une pédagogie pour expliquer le fonctionnement du service de portage de repas : « Je leur explique les jours où je passe, le contenu des repas, le fonctionnement des barquettes » Un service qui intervient le plus souvent lorsque les personnes ne sortent plus de chez elles	Déclinaisons des services disponibles pour satisfaire les demandes Traçage et planification des interventions : « Fiche de liaison ou il y a une déclinaison des tâches à effectuer pour les intervenantes à domicile ». Disponibilité et réactivité dans la mise en place des services « Age d'Or c'est un des maillons du plan » Evaluation à domicile : « Les informations plus précises on les a lors de l'évaluation des besoins à domicile » Intervention selon les ressources des clients : « Quand il n'y a pas d'argent, il n'y a pas de continuité, c'est une réalité »
Individualisation/ adaptation de l'offre des réponses apportées	Adaptation des interventions aux besoins et demandes	Connaissances des habitudes de chacun : « Il faut s'adapter à chacun suivant si il est au lit, si il est capable	Des services qui dépendent des conditions de vie des gens et de leurs ressources : « En fonction si les proches sont loin, si la personne est

PROFESSIONNELS / THEMES ABORDES	AIDES A DOMICILE	AGENTS DE PORTAGE DE REPAS	RESPONSABLE DE L'AGENCE
	Prise en compte des maladies : « C'est essentiellement une aide sociale ».	de parler ou pas parce qu'il y a des différences entres les personnes » Importance de la compassion et de l'empathie Petits services supplémentaires (ouvrir les volets, relever le courrier)	isolée, l'agence est la seule interlocutrice possible pour envisager un retour avec des aides » - « Chaque situation est différente en fonction de la personne, sa famille, de ce que disent les médecins, les infirmiers ». Prise en compte de l'environnement des personnes : « On demande aux gens comment vous fonctionnez ? » Singularisation selon les pathologies : « On ne fera pas la même chose chez une personne qui a été hospitalisée pour traumatologie ou si c'est une maladie chronique ». Une veille qui est différente selon les « risques » de chacun : « De quoi doit-on s'inquiéter ? » Attention à l'état de « forme » de l'entourage, les « aides » qui peuvent être apportées : « Une délégation plus ou moins importante pour trouver des solutions selon l'état de la famille »
Contexte temporel	Importance du « après » l'hospitalisation Attention pour les besoins « immédiats »	Des interventions qui peuvent être ponctuelles Certaines livraisons avec une durée prédéfinie : « Une personne qui s'est	Un contexte d'urgence : « Des sorties rapides, parfois très rapide » Changement du rythme de vie

PROFESSIONNELS / THEMES ABORDES	AIDES A DOMICILE	AGENTS DE PORTAGE DE REPAS	RESPONSABLE DE L'AGENCE
	Des interventions qui s'inscrivent dans la durée Des plans d'aide délimités dans le temps	fait opérer, donc on savait que pendant 5 jours on ne devait pas livrer et après on reprenait le rythme ». Des premières livraisons qui se font dans l'urgence	« Certaines personnes insistent parfois pour rentrer à domicile et souvent ce sont les familles les plus surprises de la précocité des retours ».
Appropriation du service par les clients	Parfois la première intervention se passe bien et après les personnes ne veulent plus Une délégation partielle des tâches L'instauration d'une relation de confiance permet de rendre davantage de services au domicile	Les services qui se mettent en place selon l'objectif des clients (de continuer ou d'arrêter) Importance que le service de portage de repas soit réfléchi, pensé, voulu : « Si on passe à un sans sel d'un coup à cause du médecin, c'est plus dur, c'est le docteur qui dit il faut que vous soyez en sans sel donc il va falloir du temps. C'est difficile les régimes, c'est pareil, il faut que ce soit digéré ». Un service qui peut représenter une rupture de l'autonomie : « C'est une coupure de ne plus être autonome » Le repas doit rester un moment de plaisir: « Il faut qu'il y ait un plaisir de manger »	Pour que les services soient pérennes : l'acceptation des aides par les personnes nécessaire Des interventions ancrées dans la durée lorsqu'elles sont discutées avec la famille, les médecins, l'entourage : « Les interventions sont plus pérennes lorsqu'elles ont été discuté en amont, parfois avec la famille, qu'elles sont en fait l'aboutissement d'une réflexion ». Des interventions plus courtes lorsqu'elles sont mises en place de manière précipitée que lorsqu'elles sont pensées : « En sortie d'hospitalisation, il faut mettre en place pour assurer le minimum, et après on ajuste ».
Ajustements aux trajectoires de maladies et parcours de vie	Adaptation des interventions en fonction des professionnels (kiné, infirmiers)	Place du régime alimentaire dans la vie : choix ou obligation par un médecin	Recenser les points sensibles de santé pour pouvoir y être vigilant et alerter si besoin : « Il faut sensibiliser

PROFESSIONNELS / THEMES ABORDES	AIDES A DOMICILE	AGENTS DE PORTAGE DE REPAS	RESPONSABLE DE L'AGENCE
	Respect des temps de repos des personnes et des RDV médicaux	Changement des habitudes alimentaires qui peut avoir une influence sur la santé mentale des personnes Adaptation des interventions aux pathologies (difficultés de la marche : les repas sont déposés directement dans le frigo et des clés sont remise aux agents) Ajustement des horaires de passage en cas de RDV médicaux	l'équipe » - « Des besoins en termes d'intance, de sécuritaire » Attention portée aux régimes alimentaires prescrits par les médecins (notamment le mixé et les régimes stricts) Adaptation des horaires aux passages infirmiers

Annexe 6 : Guide d'entretien auprès des partenaires du service Age d'Or Services Brest

GUIDE D'ENTRETIEN CONCERNANT L'ORGANISATION DU RETOUR A DOMICILE DES PERSONNES AGEES DE PLUS DE 60 ANS QUE VOUS ACCOMPAGNEZ

Bonjour, étudiante en master 2 Intervention et Développement Social, je souhaite comprendre l'organisation de l'accompagnement des retours à domicile en particulier auprès des personnes qui sortent de l'hôpital. Après avoir observé les manières dont le service Age d'Or Services de Brest s'organise pour répondre aux bénéficiaires qui sont dans cette situation, j'ai choisi de mettre en place cette enquête afin de comprendre vos rôles et vos pratiques. Dans ce cadre, en tant que partenaire du service et professionnel susceptible d'intervenir après ces retours d'hospitalisations, vous êtes invité à participer à cet entretien.

Je vous remercie du temps que vous m'accordez.

Date : Lieu : Durée :

Objectif : Comprendre et identifier les pratiques d'accompagnement et de coordination mises en place lors des retours à domicile après hospitalisation(s).

QUESTION DE DEPART :

Quels sont les différents rôles que vous mettez en place auprès des personnes qui sortent de l'hôpital et rentrent à leur domicile ?

THEMES A ABORDER :

- Conditions d'intervention (Fréquence, Age moyen, raison d'hospitalisation, durée…)
- Critères d'intervention (Origine des demandes, …)
- Préoccupations principales d'organisation des retours à domiciles
- Temporalité des interventions (ponctuelle, régulière, durable…)
- Besoins recensés (Conditions d'évaluation, acteurs évaluateur, …)
- Attentes recensées (modalités d'expression…)
- Proposition de réponses (Information, plan d'aide, accompagnement individualisé…)
- Orientation vers des aides financières (conditions, …)
- Coordination des services
- Transmission des informations (partenariat, …)
- Difficultés rencontrées
- Place de l'entourage (Familial, professionnel)
- Place de l'hôpital (positionnement, réseau, lien…)

Annexe 7 : Retranscription des entretiens auprès des partenaires du service Age d'Or Services Brest

Entretien Coordinatrice CLIC Brest (Le 04/04/2018 Après midi, Locaux du CLIC, Durée : 1h)

Coordinatrice : Qu'est-ce que c'est que le CLIC : c'est un dispositif qui est piloté par le conseil départemental. Il y a 3 niveaux de CLIC :

- Niveau 1 : juste un guichet avec de l'information ou un téléphone, où on donne dans un bureau on vous accueille avec toute la documentation qui concerne le maintien à domicile
- Niveau 2 : comme sur Brest ou là, il y a un accueil, donc c'est du niveau 1 plus une évaluation à domicile faite par une coordinatrice ou un coordinateur, les professions c'est : assistante sociale, CESF, infirmière comme moi et puis éducateur spécialisé. Ce sont les professions que l'on a théoriquement sur les coordinations des CLIC
- Et puis le niveau 3 : il n'y en a pas sur le département du Finistère, c'est un choix politique, un choix du département, c'est le seul département français qui n'a pas de niveau 3, c'est comme ça, et donc du coup le niveau trois c'est un suivi de la situation, voilà, que nous on ne fait pas

Nous on va arriver à un instant T, pour faire une évaluation, mettre en place tout ce qu'il faut pour rester à son domicile dans de bonnes conditions, après, bien sûr on va faire aussi des inscriptions en EHPAD, en hébergement temporaire, éventuellement pour une mesure de protection, une requête, un signalement au procureur, on va aussi, au-delà du maintien à domicile, on envisage le présent, le cours terme, le moyen terme et le long terme.

Enquêteur : D'accord, donc la différence avec le niveau trois c'est qu'il n'y a pas de suivi dans la durée?

Coordinatrice : Non, c'est-à-dire qu'une fois qu'on sera allé au domicile faire notre évaluation et la mise en place des aides, théoriquement notre travail s'arrête là, après, euh, il est possible que les familles ou les gens eux-mêmes nous rappellent après, par exemple, aujourd'hui on peut m'appeler pour la mise en place d'une aide à domicile et dans 6 mois dire, j'aimerais bien aussi une téléalarme et dans un an, j'aimerais m'inscrire en établissement, j'ai besoin d'un portage de repas, ou la situation de ma mère ne s'est pas améliorée, est ce que vous pouvez revenir au domicile faire un point

Enquêteur : D'accord, c'est ponctuel

Coordinatrice : Le seul contexte où on n'interviendra pas, c'est euh, à partir du moment où les gens ont un plan d'aide APA, pace que là il y a un travailleur social, qui est passé déjà, c'est un évaluateur gireur, et à partir du moment où il y a besoin d'un accompagnement, ça ira vers le CDAS, vers la polyvalence de secteur. Mais nous on n'intervient pas pour éviter de faire doublon.
Après, nos collègues du CDAS peuvent être perdues dans les politiques de maintien à domicile, on le comprend, et donc, c'est particulier, et puis elles sont polyvalentes

Enquêteur : Oui les CDAS

Coordinatrice : Oui elles font du premier âge, avec la PMI en passant par les accompagnements pour les RSA jusqu'au grand âge en fait. Donc c'est vrai qu'elles sont aussi surchargées, la personne âgée, c'est quelque chose qu'elles n'ont pas forcément beaucoup vu pendant leurs études, elles ont un séminaire personnes âgées de 15 jours je crois.

Donc c'est noyé dans l'information, ce n'est pas leur cœur de métier. Donc parfois elles nous appellent pour avoir des billes, des informations, on va les accompagner mais théoriquement on ne va pas au domicile. Donc nous on intervient sur un instant T mais comme on laisse notre carte de visite, ils nous rappellent. Oui parce que nous on est venu en premier lieu, on a débrouillé un peu leur situation, c'est le premier interlocuteur qu'il mémorise, après ça peut faire beaucoup, parce qu'il va y avoir l'infirmière, l'aide-soignante, le kiné, l'aide-ménagère, le portage de repas… Et donc il faut qu'ils aient un repère et le repère souvent c'est nous.
En ce qui concerne, comment les gens nous arrive, alors, les gens eux-mêmes, les personnes de plus de 60ans, parfois oui, juste pour demander comment ça se passe, j'aimerais bien avoir une aide-ménagère, je ne sais pas à qui m'adresser, c'est vraiment une petite partie. Après on a les familles qui s'inquiètent, qui se sont beaucoup investies à un moment donné et puis qui sont dépassées par les événements et qui se disent, qu'ils faut appeler au secours, les médecins traitants, les professionnels qui interviennent à domicile et puis cliniques et hôpitaux, les soins de suite, de rééducation. Voilà, c'est eux qui vont nous appeler pour préparer des sorties

Enquêteur : D'accord donc c'est aussi pour préparer les sorties et ce n'est pas uniquement une fois que les personnes sont de retour au domicile

Coordinatrice : Non non en fait, il y a une fiche de liaison, que je vais vous donner, qui a été travaillée entre les hôpitaux, cliniques et nous, lorsqu'il y a une sortie, évidemment le problème c'est que tout le monde ne voit pas une assistante sociale avant sa sortie, puisque déjà il faut l'appeler. Et en plus elle a plusieurs services et puis parfois elle est appelée à 11h ou 12h dans un couloir alors que la personne elle sort à 13h30.

Enquêteur : Oui

Coordinatrice : Voilà, donc là c'est vrai que c'est compliqué, il faut qu'elle soit appelée, qu'elle est le temps de rencontrer la personne, de faire des démarches et de savoir aussi certains éléments. Donc bon la mutuelle, la caisse de retraite, ressources, est ce qu'il y avait déjà de l'aide, est ce qu'il faut rappeler des gens qui étaient déjà intervenants. Voilà, donc là elle va faire son évaluation au lit du malade et commencer à faire des dossiers, et notamment il y a des choses qu'elle ne pourra faire qu'elle, comme notamment l'ARDH qui est servi par la CARSAT pour les retraités CARSAT, RSI et MSA. Et là c'est elle qui va pouvoir actionner ce service là puisqu'il y a une fiche de liaison. Mais il faut qu'elle connaisse les ressources mensuelles puisqu'il y a un barème, Donc c'est sur du déclaratif puisqu'évidemment les gens ne se trimballent pas avec leur déclaration de revenu…
Et donc après il y a la mise en place du coup, il y a la personne qui va intervenir dans les 15 jours pour la mise en place d'un plan d'aide qui va durer 3 mois, dedans elle va pouvoir inclure, la téléalarme, livraison d'un portage repas, AD, … alors on est que sur un GIR 5 et 6 et éventuellement un GIR 4 avec récupération

Enquêteur : Ah oui d'accord

Coordinatrice : Si c'est par exemple un bras cassé, on sait qu'à un moment donné il n'y aura plus de plâtre, la personne va récupérer et ne sera plus GIR 4, après sur un AVC, on est plus prudent, il y a peut-être moins de chance de récupération. Au bout des 3 mois, l'assistante sociale reviendra, pour voir si il y a toujours besoin des aides, auquel cas, elle va continuer sur un plan d'aide personnalisé classique, ou alors, il n'y a plus besoin d'aide donc crac ça s'arrête, ou alors on est sur un GIR 4 et à ce moment-là, il y aura un dossier APA à faire et là elle nous appelle. Il n'y a que dans la psychiatrie que ça ne marche pas, il n'y a pas d'ARDH après la psychiatrie, ça ne concerne que les services de médecine et chirurgie.
Donc l'assistante sociale va balayer tous les dispositifs, elle va appeler la mutuelle, si il y en a une, si il n'y en a pas elle va en chercher une éventuellement pour débloquer des heures

gratuites, l'ARDH éventuellement, initier un dossier APA, initier un dossier d'inscription en EHPAD et après si la personne est d'accord, elle va nous envoyer une fiche de liaison, ici, on est 4 coordinatrices, et la coordinatrice qui a du temps devant elle va prendre la situation, on va appeler la personne à son domicile et on va prendre RDV.

Enquêteur : D'accord

Coordinatrice : Donc la fiche de liaison c'est ça : dedans il y a tout l'état civil, les coordonnées de la famille ou du référent, du médecin traitant, des aides existantes avant l'hospitalisation, le GIR éventuellement, les ressources éventuelles si il y a une connaissance, les besoins évalués par le service, là par exemple pour cette personne on a : « Situation complexe, Mme est connu du service de géronto-psy à Bohars, dégradée sur le plan physique mais difficile à prendre en charge car n'est pas pleinement coopérante, elle a une fille avec qui elle a une relation difficile de plus cette dernière est porteuse d'un handicap qui restreint sa mobilité ». Démarche engagées par le service du CHU : « portage de repas 7/7 c'est en place, dossier APA initié » Motif de l'orientation vers le CLIC « Evaluation à domicile à faire, dossier APA à finaliser, travailler l'alliance avec Mme ». Accord et signature de l'usager.
Bref voilà, c'est pour prendre le relais parce que parfois, elles n'arrivent à rien mettre en place, sur le temps de l'hospitalisation, les gens disent, moi avant j'avais personne à la maison, je me débrouillais très bien, maintenant le médecin me dit que je peux sortir, c'est que tout va bien, j'ai récupéré, donc je n'ai pas besoin d'aide, merci, au revoir. Cependant, l'AS et le service infirmier, sont bien persuadés du contraire, auquel cas, ils vont expliquer à la personne que si elle le souhaite, il y a quelqu'un qui peut venir réévaluer leur situation et puis voir effectivement si tout va bien, si elles ont besoins d'une petite aide. C'est toujours avec l'accord de la personne, on aura la fiche de liaison.

Enquêteur : D'accord, oui toujours avec l'accord des personnes

Coordinatrice : Oui oui sinon on ne pourra pas y aller, déjà que parfois le premier contact est un peu sportif, au téléphone il y a des gens qui disent mais je n'ai besoin de rien, occuper vous des gens qui en n'ont besoin. Auquel cas, nous après on envoie un courrier en leur disant, voilà, on leur explique « vous n'avez pas souhaité nous donner suite, mais si vous avez une question, vous pouvez me joindre, … »
Comme ça ça fait une trace, ils ont notre nom, nos coordonnées. Après de toute façon, on n'est obligé d'avoir l'adhésion, pour mettre des choses en place.

Enquêteur : Oui

Coordinatrice : Il y en a certains qui disent, je vais dire oui à tout comme ça elle va partir et j'aurai la paix (*rire*), donc on met des choses en place et puis après les aides à domicile nous appellent et nous disent et bin Mme Machin à bien voulu une fois et depuis elle ferme la porte, elle dit qu'elle n'a plus besoin. Donc bon, bin, on ne peut pas faire autrement. Mais c'est bien pour les AS de l'hôpital d'avoir un relais à domicile parce que elles elles ont connaissance de la situation sur le temps de l'hospitalisation mais elles ne connaissent pas, le domicile.

Enquêteur : Oui

Coordinatrice : Voilà, et le domicile, euh, on a parfois des surprises. Là dernièrement on a eu une situation avec le HIA, un M. gravement malade, un cancer, en stage presque terminal, euh, très propre, des vêtements propres, et en fait on a un Diogène épouvantable dans son logement, il habite au 15ème étage, il a arraché la fenêtre de sa chambre, il a juste fermé le volet et bouché avec des cartons et on ne pouvait pas mettre un pied dans son logement, il fallait tout enjamber, dans la baignoire, il y en avait jusqu'au plafond, les toilettes sinistrés, le couloir, on pouvait à peine circulé, la cuisine, il avait arraché l'évier, euh, il n'y avait plus rien et en plus il avait 3

caves remplies à ras bord et il venait d'acheter 2 garages qu'il avait là aussi rempli. Et ça c'est quelque chose, jamais on n'aurai pu imaginer ça, c'est le voisin en fait qui a appelé l'HIA en disant ça va être compliqué le retour à domicile, et donc j'ai demandé à l'AS de l'HIA si c'était possible qu'il ait une permission de sortie, pour que je puisse aller à domicile avec lui, il était d'accord, on y ai allé ensemble, et là j'ai dit à l'AS, le retour à domicile ne va pas être possible, donc au bout d'un moment il n'avait plus de soins en HIA donc il est parti en service de convalescence à Landerneau, en SSR il y a une AS, euh, qui m'a appelé sachant que j'étais dans la boucle, elle est venu avec moi sur le domicile quand même, parce qu'elle avait besoin aussi parce que le monsieur est totalement dans le déni, il disait qu'il allait faire les travaux, et donc elle est venu avec moi et le monsieur et donc, voilà, ça n'était pas possible, donc il y a eu tout un travail qu'elle a pu mener elle pendant le temps de l'hospitalisation, parce que nous on peut pas intervenir pendant l'hospitalisation, seulement après. Donc ce lien là il est précieux parce que nous on va être sur la fin de l'hospitalisation quelque part, elles elles initient des choses et nous on vérifie que tout se passe bien et si il y a d'autres choses à mettre en place, elles ce qui leur manque c'est la vision du domicile, parce que parfois, il n'y a pas d'eau chaude, pas de sanitaire, pas de chauffage, ou tout à pété le temps de l'hospitalisation. Et les gens ne vont pas le dire non plus, si il n'y a pas de point d'alerte, l'AS ne sera pas forcément appelé, et parfois aussi on est sous de l'ouverture des droits, pour les mutuelles notamment, parce qu'il y a beaucoup de gens qui à partir du moment où ils sont en ALD donc pris en charge à 100% juste pour une pathologie, pensent que la mutuelle ce n'est plus la peine, mais en vérité ce n'est pas pour tout, et puis bon, une mutuelle c'est chère, c'est de 100, 120, 140 € par mois, donc après il peut y avoir une aide à la mutualisation mais c'est soumis à des ressources.

Enquêteur : Oui bien sûr, il y a un barème

Coordinatrice : Et donc le lien il se fait comme ça, avec l'hôpital, de façon à permettre un retour à domicile qui va bien se passer, et mieux se sera préparer et moins on aura de chances d'une ré hospitalisation derrière. Parce que ce qui arrive, c'est que la personne n'a pas vu l'AS, ou la personne a refusé tout en bloc, sauf le passage de l'infirmier, parce que peut-être il y a une insuline, une injection, donc la sortie se fait évidemment le vendredi à 14h parce qu'il faut libérer les lits pour le weekend, l'infirmière passe le soir à 18h, elle est obligée de courir à la pharmacie parce qu'il n'y a pas de traitements pour le weekend, finalement c'est la cata, il n'y a rien dans le frigo, euh, et un retour à l'hôpital le samedi, voilà. Donc mieux la sortie aura été anticipée et plus on aura de chances de garder les gens, sur le domicile. D'où le lien qui est précieux, entre nous.

Enquêteur : Et est-ce qu'à l'inverse, vous alertez aussi, et vous interpellez parfois les AS des services hospitaliers ?

Coordinatrice : Oui à l'inverse, on va appeler, lorsqu'on a des situations que l'on connait, parfois il y a l'AD qui va nous appeler en disant Monsieur Machin a été hospitalisé, on alors c'est notre collègue du portage de repas qui va nous dire, ba tiens, il y a Monsieur Untel, là, on ne le sert plus, il a été hospitalisé, enfin voilà, on est au courant des suspensions du portage de repas à domicile, et du coup quand on sait que c'est des situations compliquées, on peut appeler le service social de l'hôpital pour leur demander de passer voir Mme Machin

Enquêteur : D'accord donc ça marche dans les deux sens

Coordinatrice : Ça marche dans les deux sens. Là notamment j'ai vu une dame, c'est un neveu qui m'a appelé pour sa tante à Plouzané, qui perd la tête, mais bon sans trop la perdre, il me dit, il me donne des éléments inquiétants tout en disant, ça c'est la voisine qu'il dit ça, la voisine dit qu'elle l'a vue promener son petit chien à 3 heures du matin mais lui il ne le croit pas, euh, elle a appelé, enfin elle est allez faire ses courses, elles est rentrée chez elle, ses clés n'ouvraient

plus sa porte, donc elle a pensé qu'il y avait un cambrioleur qui était venu changer sa serrure, donc elle est retourné à Carrefour, carrefour a appelé les flics, les flics l'ont accompagnés à la maison, se sont rendus compte que bien sûr, les clés ouvraient bien sa porte. Donc tout ça c'est inquiétant, mais pour le neveu, pas tellement. Bon, donc je vais la voir et je la fait hospitalisé parce que bon, elle avait une sciatique paralysante, elle ne pouvait plus marcher et je la trouve complétement démente elle part à l'hôpital, j'appelle l'AS en lui expliquant la situation, et en lui demandant si c'est possible de faire passer l'unité mobile de gériatrie pour vérifier un petit peu et entre temps, il y avait la fille qui avait eu un interne et l'interne qui dit votre mère est très perturbé, la fille qui dit que non non non, c'est pas normal, et le médecin dit que c'est parce qu'elle est sous morphine, mais moi quand je l'ai vu à domicile, il n'y avait pas de morphine, et elle était déjà très confuse, donc du coup le médecin est passé, les tests ont été très très très mauvais, alors que la morphine avait été arrêté, donc il y a des choses qui ont pu être initiées sur le temps de l'hospitalisation et du coup quand elle est sorti, je suis retourné la voir

Enquêteur : Oui mais il y avait déjà un premier pas qui avait été fait

Coordinatrice : Voilà, exactement, et puis ma collègue de l'hôpital avait travaillé avec la fille sur les mesures de protection, les inscriptions en EHPAD et c'est aussi là que l'on a découvert qu'il y avait trois enfants et non pas qu'une seule.

Enquêteur : Oui d'accord, donc c'est un travail à plusieurs

Coordinatrice : Oui c'est un maillage, donc non on ne suit pas les situations mais c'est la théorie ça j'ai envie de dire, parce que quelque part, les situations que l'on voit sont de plus en plus dégradées. Moi je suis arrivée ici à l'ouverture du CLIC, c'était en 2004, voilà, donc ça fait 14 ans, il y a 14 ans, je voyais les gens une fois, je passais 2 coups de téléphone, j'envoyais un courrier, je faisais un dossier et c'est tout. Maintenant on a des situations on va aller voir 7, 8, 9, 10 fois les gens. On va faire plein plein de choses autour. Parce qu'on a de plus en plus de situations qui sont complexes, on a des situations avec des enfants qui sont aussi retraités, qui ont 70, 75 ans qui ne sont pas du tout soutien parfois de leur parents, on a des nonagénaires, des centenaires, on a de plus en plus de gens déments, on a de plus en plus de familles éclatées, avec des enfants qui sont loin, qui ne peuvent pas venir fréquemment, on a des gens qui sont de plus en plus dans des situations précaires avec des petites ressources et puis on a beaucoup de psychiatrie vieillissante. Avant, on avant de la psychiatrie, tout ce qui est troubles bipolaires, schizophrénie, …, des gens qui avaient des conduites à risque, qui se suicidaient et qui mourraient avant leur 60 ans. Les jeunes atteints d'une trisomie 21 avait une espérance de vie de 44, 45 ans, maintenant ce sont des jeunes qui travaillent en ESAT, qui arrivent à la retraite.

Enquêteur : Oui oui, et donc il y a d'autres accompagnements

Coordinatrice : Voilà, ce sont des gens qui sont suivis, et il y a un vrai entourage, ils ne restent plus auprès de papa, maman, donc voilà, il y a une réelle prise de conscience et puis aussi, tous les gens à la rue, donc là aussi, on avait une moyenne d'âge, une espérance de vie à moins de 50 ans, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui, ce sont des gens qu'on va retrouver au CHRS, au foyer du port, à la maison relais Esperanza, donc là on a une population très très précaire de gens qui ont été à la rue et finalement on a des plus de 60ans qui sont là

Enquêteur : Oui toute une population vieillissante

Coordinatrice : Une population vieillissante dont on ne sait pas quoi faire parce que quand on a 64, 65ans qu'on est très dégradé physiquement et psychiquement, ce sont des gens qui sont très marqués, ils ont 60 ans mais on a l'impression qu'ils en ont 80, ils n'ont pas le même rythme de vie que des personnes âgées, la moyenne en EHPAD c'est 85 ans. Donc ils vont arriver, c'est la génération en dessous, pas du tout les mêmes préoccupations, ils n'ont pas envie de jouer aux

dominos, d'aller chanter à la chorale, voilà, donc c'est compliqué et puis on a des personnes âgées qui sont réticentes à voir arriver ces populations-là, parce qu'on a quand mêmes des gueules cassées, donc c'est compliqué, et donc toute cette population là on ne l'avait pas avant. Cette psychiatrie là on ne l'avait pas avant, donc c'est un autre savoir-faire, donc pour l'instant c'est un peu compliqué, donc du coup, on va les voir plus souvent, pour réussir, quand l'AS de l'hôpital met « travailler sur l'alliance », c'est ça, ça veut dire qu'il va falloir qu'on essaye de créer un lien pour que petit à petit les aides soient acceptées.

Enquêteur : Oui donc c'est un travail qui demande du temps, qui demande une négociation

Coordinatrice : Mais oui parce que avant, les gens vont dire oh, on a une AD, ok, un petit portage de repas et ça roule mais maintenant pour mettre une AD, il va falloir travailler pour l'acceptation d'une AD, alors voilà, on négocie, une aide pour les carreaux, même si on ne fais pas ses carreaux toutes les semaines (*rire*), retourner le matelas, c'est une génération qui retourne son matelas, lorsque M est décédé, et ne conduit donc plus Mme à Carrefour pour faire ses courses, donc si on dis, une AD pourra vous emmener faire vos courses, et donc c'est comme ça que petit à petit on va pouvoir travailler là-dessus. Parce que l'AS de l'hôpital elle dit bon, il va y avoir une aide-ménagère qui va venir mais avec la mutuelle, ça va durer 3 semaines par exemple et après c'est fini. Les gens se disent qu'au bout de trois semaines se sera fini, ils seront mieux, sauf qu'au bout de trois semaines

Enquêteur : Oui les besoins n'ont pas toujours disparus au bout de 3 semaines.

Coordinatrice : Oui, tout n'aura pas été résolu dans ces trois semaines, d'où l'utilité de ce passage de témoin, après, sur certaines situations, il faut des fois laisser un petit peu de temps, quand les gens ont refusé, parce que ça leur permet aussi de se rendre compte que ce n'est pas possible tout seul.

Enquêteur : Oui donc de faire face à réalité et leur laisser eux même imaginer en quelque sorte, la solution

Coordinatrice : Voilà, c'est ça, exactement, certains disent non je n'ai pas besoin d'une AD, sauf qu'ils se disent mais finalement comment je vais faire ?, et à ce moment-là, on peut les cueillir entre guillemets en disant bin voilà, là oui effectivement, il y a des petites choses qui sont compliquées, l'AS vous a peut-être parlé des aides, nanani, et donc là on va peut-être pouvoir mettre en place des choses.

Enquêteur : Oui donc c'est vraiment un travail qui va se faire dans la distance en quelque sorte.

Coordinatrice : Mais oui, parce que ce serait trop simple de dire, bon ba il ne veut pas, il ne voudra jamais, nous on n'est plus tenaces (*Rire*). Parce qu'on sait que sinon ce sont des gens qui vont repartir à l'hôpital, et là, on aura perdu du temps, ce sont des gens qui vont chuter, on sait que les chutes diminuent l'espérance de vie, donc on a plein de raisons pour retourner, pour essayer de mettre en place certaines choses, et puis après il faut être humble, je sais que je ne vais pas pouvoir sauver tout le monde (*Rire*). Des fois on arrive à mettre ne place 1h d'AD tous les 15 jours et on est super content (*Rire*). L'essentiel c'est qu'à un moment donné on réussisse finalement à avancer, et après, une fois qu'il y a eu une acceptation, voilà. Des fois on a des services d'AD qui disent, elle ne veut plus, mais je ne sais pas ce qu'elle va devenir, donc c'est préoccupant, donc du coup voilà, après ça arrive, mais bon on a tous des liens quelque part, après c'est vrai que des fois, on attend une hospitalisation pour que des choses se mettent en place. C'est pour ça qu'on les appelle, les AS pour demander de préparer la sortie et de nous envoyer une fiche de liaison, donc c'est comme ça que le partenariat se fait,

Enquêteur : Oui c'est un ensemble de professionnels

Coordinatrice : Oui parce que les AS elles vont appeler les cabinets infirmiers quand il y avait déjà quelqu'un, ou même lorsque c'est indispensable, elles appellent un SAAD, parfois il n'y a pas besoin d'évaluation du CLIC, c'est parfois très simple, parce que les personnes sont coopérantes, sont conscientes des difficultés qu'elles vont avoir à domicile, et ça ne nécessite pas forcément une visite du CLIC. Si l'AS s'aperçoit que c'est un problème de budget, là elle oriente vers une AS du CDAS, si il y a des dettes, là c'est le cas pour un M. il s'est clochardisé dans un appartement, vraiment, c'était un SDF dans un studio, et euh, donc il s'est fait amputé du gros orteil parce que bin, fumait, picolait un peu, un diabète pas du tout du tout soigné, donc il sort avec une insuline 3 fois par jour, avec un portage de repas, mais il est au RSA, donc le portage de repas c'est cher, l'AD, il n'a pas de prise en charge, donc je suis allé le voir, et je me suis aperçu qu'il avait un courrier d'EDF, qu'il n'avait pas payé sa facture depuis très longtemps, il avait une facture de 735€ pour un logement qui fait à peine 20m2. Donc là je me suis occupé de tout ce qui concerne le maintien à domicile et puis j'ai appelé le CDAS pour qu'on travaille ensemble sur les questions de budget et la facture, donc le lien aura été fait avec CLIC mais l'AS ne savait pas qu'il y avait un problème de budget, d'impayé.

Enquêteur : D'accord

Coordinatrice : Donc du coup, l'AS appelle le CLIC pour un problème de maintien à domicile et nous on se rend compte qu'il y a d'autres choses, d'autres problématiques donc on interpelle aussi d'autres professionnels et là on va travailler aussi de manière conjointe sur le retour au domicile.

Enquêteur : D'accord

Coordinatrice : Et comme c'est une situation complexe l'AS avait aussi appelé le réseau appui santé et notamment diabiroise parce que c'est un monsieur qui est diabétique, donc c'est vraiment un maillage. L'AS peut aussi saisir la gestion de cas, la MAIA, sur des situations complexes, voilà vraiment lorsque que c'est très très compliqué, elle fait le lien aussi avec d'autres services. La MAIA eux, vraiment, ils travaillent sur l'acceptation des aides, l'accès aux droits, ils coordonnent l'ensemble des intervenants, des professionnels, vraiment dans la proximité. Mais voilà, c'est vraiment l'AS qui fait la première évaluation et qui cible, qui va être compétent sur le retour à domicile.

Enquêteur : D'accord, et est ce qu'il y a des demandes qui sont récurrentes sur l'ensemble de ces situations de retour à domicile, ou est-ce qu'il y a vraiment des particularités ?

Coordinatrice : Chaque situation est vraiment particulière, parce qu'il y a pleins d'éléments autour, il y a déjà la santé de la personne, l'existant, ses ressources, son habitat, tout l'environnement, sa famille, le voisinage, les commerces de proximité, si la personne a une vie sociale pauvre, ou est ce qu'elle va dans pleins d'endroits, donc chaque personne va être différente mais en même temps il y a des choses qui se rejoignent, le maintien à domicile ça va être toujours la même chose quelque part, c'est béquiller, c'est accompagner une personne pour rester bien à son domicile mais sur tous les actes de la vie, sur tous les actes essentiels, donc c'est se laver, s'habiller, manger, se déplacer, avoir une vie sociale, voilà, c'est toujours tous ces éléments là que l'on va regarder et qui sont nécessaire à domicile. Après les gériatres vont dire eux, il y a trois conditions pour rester à domicile : il faut s'alimenter correctement, être cohérent, il ne faut pas chuter, et en même temps tout est lié, si on ne mange pas, on n'est pas cohérent et on chute, quand on a chuté, parfois on est plus très cohérent et on mange plus, donc voilà, tout cela c'est très lié mais déjà ces trois volets là il faut absolument qu'ils soit réunis au domicile pour pouvoir y rester. Donc forcément, que sur les retours au domicile, on va avoir ces trois éléments là, donc là santé, l'accès aux droits, et puis après nous dans notre évaluation

on ne va pas voir que le volet santé, on va voir le logement aussi, on va visiter le logement, donc si on s'aperçoit que le logement est non seulement vétuste, mais qu'on est sur un habitat indigne, euh, si il y a des travaux à faire, pour sécuriser, etc, sur des logements délabrés, on va le voir, est ce qu'il y a une salle de bain à créer, une chambre à modifier, un monte escalier à installer, on va voir tout ça aussi, c'est une évaluation qui va être globale.

Enquêteur : Oui, et vos évaluations se déroulent toujours à domicile, ou parfois c'est également au bureau,

Coordinatrice : Alors, (*Rire*), il parait que le CLIC de Brest fait beaucoup plus de visites que les autres CLIC, mais moi je ne sais pas faire une évaluation au téléphone, moi je ne sais pas faire et mes collègues non plus Rires. Mais ici, dans les locaux en fait, on va voir les familles, ici, on n'est 3, 5 ETP précisément et il y en a toujours une au bureau, donc qui va recevoir, les familles quand elles arrivent ou de temps en temps la personne elle-même. Mais bon on ne reçoit pas tout le temps, ce n'est pas tous les jours, ça arrive bien sûr mais les entretiens au CLIC il n'y en a pas des centaines non plus. Je vais vous donner quelques chiffres, je viens de sortir les statistiques là

Enquêteur : D'accord, merci

Coordinatrice : Donc l'année dernière en 2017 on a vu 1 274 personnes donc sur Brest, Gouesnou, Guipavas, Le Releqc-Kerhuon, Plouzané et au 1er juillet on intègre Bohars et Guilers. Il n'y a que Plougastel pour l'instant qui refuse d'avoir un CLIC. Après, retour à domicile on en a eu 131 sur 2017 et je pense que c'est sous-estimés parce que des fois on n'est pas très rigoureux sur nos statistiques. Donc ça donne une idée, le plus des demandes se sont des besoins en accompagnement, quand on dit besoin d'accompagnement dans les statistiques c'est une évaluation à domicile pour mettre en place ce qu'il faut pour rester à la maison. Et sur la répartition des demandes : 110 émanent d'un travailleur social, et le plus souvent c'est la famille et le conjoint, plus de 30% la famille ou le conjoint fait la demande et euh, le travailleur social c'est à peu près 10% des demandes quand même. Les entretiens au CLIC : l'année dernière 162 entretiens au CLIC, ce n'est pas énorme, ce n'est pas tant que ça, par contre on a envoyé 1647 courriers, on a passé 1500 coup de téléphone de moins de 3 minutes et 2540 de plus de 3 minutes. Donc en tout on a fait presque 7000 interventions sur l'année dernière. Alors plus de 20 interventions, presque 5% de personnes que l'on rencontre et chez qui on a fait plus de 20 interventions. Et quand on dit plus de 20 interventions on arrive parfois jusqu'à 50, 60 interventions. Donc une intervention : 13%, de deux à 4 interventions : 41 %, de 5 à 9 interventions : 29%, de 10 à 20 : 13% et plus de 20 : 5%, enfin en arrondissant.
Oui, par exemple, euh, là 38 interventions c'est un retour à domicile, là on a fait exploser les scores, 42 interventions pour un retour à domicile aussi. Donc en fait je m'aperçois en même temps que c'est intéressant, que là où on fait le plus d'interventions se sont sur les retours au domicile. Ce sont les retours à domicile qui sont le plus problématique.

Enquêteur : Ah oui, et comment est-ce qu'on peut l'expliquer ?

Coordinatrice : Parce que, je pense, après à vérifier, mais les temps d'hospitalisations sont de plus en plus cours, les sorties sont de plus en plus rapides, tout le monde ne va pas en convalescence derrière alors qu'il y aurait parfois eu besoin d'une consolidation, euh, l'hébergement temporaire pour des personnes qui ont des troubles du comportement et des troubles de la mémoire, il y a qu'une vingtaine de places. Donc tout ça fait qu'on a des retours à domicile qui sont trop rapides, et du coup et bin on multiplie les interventions derrières, et puis il faut appeler pleins de monde, c'est-à-dire qu'il y va y avoir les mutuelles, l'AD, le cabinet infirmier, le médecin, les dossiers APA, le portage de repas… si bien que tout ça, ça va

prendre énormément de temps. Et puis on sait que ce sont des gens qui sont fragilisés, ils sortent d'hospitalisation, ils sont fragiles.

Enquêteur : Oui, bien sûr, et au niveau des démarches, est ce que vous faites toujours l'ensemble des démarches ou parfois il s'agit uniquement de délivrer de l'information et les personnes elles-mêmes se chargent de la suite ?

Coordinatrice : Oui il y en a certains qui sont en capacité de le faire, mais parfois c'est compliqué, on donne l'information, les gens ne veulent pas forcément d'aide pour remplir les dossiers et puis ils reviennent, ils appellent pour demander de l'aide en fait, le dossier est resté vierge, donc on les assiste pas mal, on s'aperçoit que les gens sont perdu, dès qu'ils voient un dossier, ils prennent peur.

Enquêteur : Oui cette crainte de se tromper

Coordinatrice : Oui voilà, la peur que leur dossier soit renvoyé, qu'il soit incomplet, donc en fait, on aide beaucoup à remplir. Après oui il y en a certains, on leur explique et ils le font seul, d'autres avec leurs familles, enfin voilà. Et puis aussi, il y a des personnes âgées qui ont internet, qui prennent des cours à l'ORB aussi, souvent ils commencent à communiquer avec leurs enfants, petits-enfants qui sont loin et puis au final, ils regardent leurs comptes sur internet, ils vont sur le portail de leur caisse de retraite, puisque maintenant les caisses de retraite ne répondent plus au téléphone, ils renvoient vers l'espace personnel, mais après même quand les personnes ont l'accès, elles ne sont pas toutes en capacité de le faire, donc parfois c'est compliqué. Mais ceux qui remplissent les dossiers ne sont pas si nombreux que ça. Et puis il faut dire aussi que ça va parfois aussi plus vite de le faire que de les laisser faire.

Enquêteur : Oui oui bien sûr.

Coordinatrice : Je vais vous sortir les documents dont on a parlé.

Enquêteur : Ah oui je veux bien, merci beaucoup.

Entretien Assistante Sociale Service « Urgences Gériatriques » CHRU Brest-La Cavale Blanche (Le 09/04/2018 Matin, Bureau au sein des urgences, Durée : 1h15)

Assistante sociale : Moi je suis X (*Nom et prénom de l'assistante sociale*) et suis AS au niveau des urgences et j'interviens plus précisément dans le cadre de l'unité d'accueil gériatrique. Alors l'unité d'accueil gériatrique c'est une unité qui prend en charge, plus précisément les gens qui sont reconnus comme relevant de la prise en charge avec une gériatre. On a deux gériatres ici, on a X et X au niveau des urgences et elles travaillent avec d'autres médecins, à la sensibilisation de la prise en charge des personnes âgées dans cette fameuse UAG. Je travaille en binôme avec les gériatres. Le travail qu'on mène au niveau des urgences sur la prise en charge des personnes âgées, c'est à partir de 75 ans et plus. Sauf qu'il faut qu'ils soient reconnus gériatriques c'est-à-dire qu'il y a un des 4 M qui ne fonctionne pas : Mémoire, Manger, Moral et Marcher. Dans cette prise en charge il y a tout un travail qui s'est fait depuis des années, moi j'y suis depuis 2010 et depuis 2010 on travaille à une meilleure prise en charge pour moins d'attente de la personne âgée parce qu'on sait que plus, c'est plus compliqué au niveau physique pour eux de rester sur un brancard des heures durant donc on travaille beaucoup sur cette prise en charge, d'où l'unité d'accueil gériatrique avec des box, il y a 4 box qui sont fait pour les personnes âgées et prise en charge spécifique avec gériatre et AS.

Enquêteur : D'accord

Assistante sociale : J'interviens dès les urgences pour plusieurs choses, soit pour préparer avec la personne elle-même, le patient lui-même ou préparer avec la famille, adapter un retour à domicile ou travailler sur le fait qu'il va peut-être falloir mettre en place des inscriptions de précautions en EHPAD. Il n'y a pas de places à l'heure actuelle, il n'y a pas de place rapidement dans les structures, on ne peut pas arriver maintenant aux urgences en disant « je crois que là, il va falloir » ce qu'on entend souvent « placer notre parent », alors déjà on n'utilise pas ce terme parce qu'on ne place pas quelqu'un, on échange avec le patient pour savoir comment il voit les choses, comment il prévoit son avenir, est ce qu'il se sent encore apte à rester à domicile, est ce que c'est un problème de maintien, de renfort d'aide, est ce que le plan d'aide est toujours adaptés, est ce qu'il ne l'est pas, on va travailler tout ça en fait avec la personne et en parallèle on va le sensibiliser au fait qu'il n'y a pas de place en maison de retraite et qu'il y a deux façons de s'inscrire soit dans l'urgence parce qu'on ne peut plus retourner à domicile, parce qu'il y a mise en danger, parce qu'il faut qu'il y ai quelqu'un la nuit, parce qu'il y a besoin de plus de personnels sur place, euh, donc on est dans l'urgence, l'urgence il aura peut-être de la place dans les 6 mois, peut-être, à partir de 6 mois je dirais et la deuxième façon de s'inscrire en maison de retraite c'est ce qu'on appelle par précaution. C'est-à-dire qu'on remplit le dossier administratif commun à toutes les structures, le dossier médical commun à toutes les structures et une fois inscrit, ça passe en commission de régulation avec le médecin régulateur qui va statuer sur oui on peut recevoir cette personne au vu de son degrés de dépendance, on a assez de personnel pour s'occuper d'elle ou non, on a pas assez de personnel, la situation est trop lourde, on pourra pas, on ne pourra pas le recevoir, ou alors tout simplement parce que c'est une structure adaptée pour les gens qui sont atteint de la maladie d'Alzheimer ou pathologies apparentées et que la personne n'a pas été diagnostiquée ou n'a pas de troubles, donc une fois qu'il y a eu la réponse, de préadmission, par écrit, soit la réponse est favorable et il est sur liste d'attente soit défavorable et il faut postuler ailleurs. Une structure, quand on fait une demande par précaution, précaution ça signifie qu'on n'est pas dans le besoin immédiat d'intégrer une structure, ça signifie qu'on pose juste son nom parce que si un jour on était dans l'urgence avec un maintien à domicile devenu impossible, et bin on pourrait re-solliciter la structure en disant je suis déjà inscrit chez vous.

Enquêteur : Oui il y a l'ancienneté d'inscription est aussi prise en compte

Assistante sociale : C'est ça et donc il passerait avant les autres. Voilà pourquoi on sensibilise les gens à faire avant les demandes, à poser leur nom quelque part comme une sorte de mutuelle, de sécurité.

Enquêteur : D'accord oui et donc dès les urgences ça peut être abordé.

Assistante sociale : Oui alors on en parle suivant la situation

Enquêteur : Oui bien sûr

Assistante sociale : Oui, oui on adapte tout aux gens en fait, si on est dans l'urgence, on va voir où ils en sont déjà, on va poser des questions, euh, la première chose qu'on fait, mais dans le social en général tout le monde, euh, tout le monde utilise cette méthode-là, c'est qu'on pose une première photographie de l'existant, moi je réponds à plusieurs questions sur les gens, vous voyez j'ai un cahier de prise en charge des patients, et je réponds à différentes questions, notamment sur où ils vivent, maison, appartement, si c'est une maison à étage, si ils dorment en haut, si l'escalier pose problème ou pas, s'ils ont des enfants, où ils habitent, est ce que c'est

éloigné de chez eux ou pas, est ce qu'ils ont du relais, ensuite je vais beaucoup travailler sur les aides existantes, le plan d'aide existante, et la prise en charge, est ce qu'on a une bonne prise en charge, est ce que c'est toujours adapté. Au niveau des prises en charges d'aide, euh, concernant les aides ménagères, on va, les médecins vont poser ce qu'on appelle un GIR. Suivant le GIR on n'a pas la même prise en charge financières.

Enquêteur : Oui, ça n'ouvre pas les droits aux mêmes aides, et aux mêmes financeurs.

Assistante sociale : Oui, en fait on va de GIR 1 à GIR 6, euh, dans le GIR 5 6 c'est les caisses de retraites qui va financer, qui va aider à financer les aides financières et tout ce qui est en lien avec la perte d'autonomie sauf si c'est du médical, et ça c'est par rapport aux ressources. GIR 1 2 3 4 ça va être l'APA financée par le conseil général.

Enquêteur : Oui

Assistante sociale : Euh, comme c'est pas la même prise en charge, je vais être vigilante si la personne est entre GIR 4 et GIR 5 à savoir est ce qu'on lance le dossier APA. Sachant que l'APA ça met au moins 3 mois pour être instruit. Donc c'est tout ça que je vais travailler. Je vais poser la photographie de ce qui existe, de ce qui s'est passé, par exemple une dame, elle arrive aux urgences parce qu'elle a chuté, peut-être qu'elle ne remarche pas pour l'instant après j'ai conscience qu'on est aux urgences et que c'est aigu, est ce qu'il y a récupération possible ou pas, si il y a hospitalisation, est ce qu'elle part en convalescence ou est ce qu'elle part à domicile.

Enquêteur : D'accord donc ce sont les trois possibilités de sorties des urgences.

Assistante sociale : Oui

Enquêteur : Et juste pour revenir à la prise en charge par les gériatres, ça veut dire qu'il y a toujours aux urgences un gériatre qui assure les consultations ?

Assistante sociale : Oui, ils font toujours en sorte d'être là, et l'UAG est ouverte toute la journée. Alors, il n'y a pas eu beaucoup de publicité dans les médias sur cette ouverture d'accueil, parce que ce n'est pas un nouveau service. Ce sont les mêmes patients des urgences qu'on met dans des box différents, on a juste ouvert une aile différente avec 4, uniquement 4 box qui tournent pour une meilleure prise en charge de ces personnes âgées, mais ce n'est pas une ouverture de quelque chose. Ce n'est pas, on ne prend pas un nouveau public en fait, c'est juste une prise en charge différente d'avant. Avant là où ils restaient dans les box et où on les voyait au niveau des box en plein milieu, actuellement, on va dès l'accueil les diriger vers UAG à la demande de la gériatre ou en encore, après accord de la gériatre.

Enquêteur : D'accord

Assistante sociale : Donc voilà la prise en charge, prise en charge au niveau des urgences, au plus tôt parce qu'il y a des retours à domicile immédiat et parce qu'aussi, même si les gens partent en hospitalisations, il y a le cheminement de la prise en charge. Au niveau du service social on parle de choses qui sont assez délicates, euh, parler de changer de lieu de vie, c'est compliqué avec quelqu'un qui vit depuis des années dans la maison familiale par exemple. Parler d'une perte d'autonomie c'est de toute façon assez douloureux, donc comme ce sont des sujets complexes, on parle délicatement dès les urgences pour pouvoir préparer la personne à réentendre le même discours lors de l'hospitalisation.

Enquêteur : Oui c'est un cheminement qui se construit

Assistante sociale : Exactement, et on n'a pas la même notion du temps aux urgences. En hospitalisation, on va dire, à peu près sur une semaine sachant que certaines hospitalisations durent 2 3 jours d'autres peuvent durer un peu plus. Après l'hospitalisation il y a éventuellement une possibilité de convalescence, ce qu'on appelle aussi SSR, sur décision médicale. Ça c'est 21 jours donc 3 semaines et c'est une prise en charge sécurité sociale et mutuelle. Ça veut dire que la personne va entendre un premier discours au niveau des urgences, un second discours avec quelqu'un d'autre au niveau de l'hospitalisation et un troisième discours éventuellement lors de la convalescence. On est tous à peu près sur la même chose, c'est-à-dire qu'on va informer la personne en essayant de ne pas le brusquer et de voir d'abord où il en est sur sa réflexion, on va essayer de l'informer au maximum pour qu'il puisse prendre les bonnes décisions lui-même. Soit il est en capacité de, il le fait lui-même, soit il n'est pas en capacité et la famille souvent s'en charge, et pour les cas isolés ce sont les professionnels qui font le travail, et qui vont travailler avec le patient.

Enquêteur : Et donc par rapport à ça, vous êtes donc aussi en contact avec les autres assistantes sociales qui interviennent au cours de l'hospitalisation, il y a une passation de relais ?

Assistante sociale : Oui, oui, au niveau informatique on va entrer ce qu'on a travaillé avec la personne et puis, je vais faire le lien sur les situations plutôt simples, que j'appellerais simple parce que la personne, commence à être fatiguée, ou alors il y a un épuisant de l'aidant mais il y a déjà un plan d'aide existant, on serait plus sur une augmentation du plan d'aide et bien pour moi c'est une situation plutôt simple, c'est-à-dire que c'est à l'aidant principal qui petit à petit a fait de plus en plus de chose d'accepter que des aides soient mises en place, ou que les aides soient augmentées, ce qui n'est pas simple parce que les gens ont tendance à dire « mais je sais faire ». Mais oui, mais on ne vous propose pas parce que vous ne savez pas faire mais on le propose parce que vous pourrez garder l'énergie pour autre chose. C'est juste pour ça, c'est juste parce que vous êtes fatigué. Parfois, ça peut être un moment aigu, c'est-à-dire sur un laps de temps, on renforce le plan d'aide qu'on pourra amoindrir plus tard, tout est modifiable, tout est adaptable, on est là pour informer la personne, le couple ou les enfants qui s'occupent de leurs parents et ils vont décider si oui ou non ils acceptent l'aide extérieure. On a aussi des patients qui refusent l'aide extérieur et des enfants qui n'en peuvent plus. On ne va pas imposer, on n'impose rien mais on informe, on peut lancer des perches, en disant que je serais bien que les enfants viennent juste pour le plaisir et qu'on remette à leur place les professionnelles, parce que les enfants prennent beaucoup de place au niveau de la prise en charge. On peut tenter de proposer de mettre des choses en places, mais c'est eux qui décident de leur vie, c'est, euh, c'est le patient au centre, et la famille au centre, sachant qu'on ne va pas mettre que le patient au centre, on va énormément regarder l'aidant principal, une fois qu'on l'a défini, une fois qu'on sait qui c'est, on va essayer de travailler avec cette aidant principal pour qu'il tienne le coup, qu'il ne s'épuise pas, qu'il ne soit pas en colère de la situation qu'il n'arrive plus à maitriser, il voulait aider jusque-là sauf que là il n'en peut plus.

Interruption de l'entretien par une conversation téléphonique

Assistante sociale : Je ne sais plus où j'en étais

Enquêteur : On parlait de la place de l'entourage

Assistante sociale : On va être toutes sur le même travail, on va être toute à prendre en considération, le besoin du patient, comment il voit les choses, est ce qu'il avait pensé à la structure ou pas, est ce que c'est nécessaire, est-ce qu'avec une augmentation des aides le maintien est possible, tout est possible. Aujourd'hui on va dans le sens d'un maintien à domicile au maximum, au niveau des aides, de la prise en charge, euh, l'APA, répond réellement à des besoins de mise en place d'un plan d'aide conséquent à domicile, maintenant il est vrai que là on ça tient, là on ça commence à ne plus tenir à domicile c'est quand les nuits ne tiennent plus.

Enquêteur : Oui

Assistante sociale : Si la personne à des troubles cognitifs mais que les enfants passent assez souvent, qu'il y a un plan d'aide conséquent, des gens qui sont souvent là, qu'il n'y a pas de mise en danger, qu'il n'y a pas de danger, il y a un maintien à domicile possible. Si elle commence à sortir, à se perdre à l'extérieur, si la nuit, elle se réveille à 4h du matin qu'elle pense que c'est le jour et commence à sortir, là il y a une prise de risque, il y a une prise de risque, on a déjà vu, des gens qui se perdent la nuit, qui vont chuter, qui, et puis qui baisse en température parce qu'ils sont en chemise de nuit toute la nuit jusqu'à ce qu'on les retrouve. Il ne faut pas qu'il y a de mise en danger. Tant qu'il n'y a pas de mise en danger, on peut regarder le plan d'aide assez serein en ce disant, tient, est ce qu'elle s'alimente bien, au niveau médical, est ce que les résultats bio sont bons, est ce qu'il y a un intérêt à mettre en place un portage de repas, après si il y a des troubles cognitifs, le portage de repas, euh, la personne ne va peut-être pas y toucher, ou alors elle peut manger 2 ou 3 fois, enfin, tout va être inadapté. Est-ce qu'on met en plus une aide-ménagère ou une AVS qui peut passer sur les temps de repas juste pou

Enquêteur : Oui pour l'accompagner, et la stimuler

Assistante sociale : Oui comme une sorte de réveil, une stimulation au repas, quelqu'un qui vient et qui dit, Mme Machin, il est midi, on va passer à table, elle met le couvert, elle va mettre un rituel sur la journée, elle va ritualiser un peu tout ça en s'appuyant sur les repas et ça peut permettre une bonne prise en charge, ça peut tenir un temps. Jusqu'au jour où il y a une mise en danger. Même les plaques, quand on voit au niveau du gaz quand ça commence à être dangereux, les enfants pensent très souvent à changer, à retirer le gaz. Enfin voilà, il y a pleins de choses possibles, au niveau des urgences, la prise en charge elle va être sur un retour à domicile immédiat, on va tout de suite regarder si le plan d'aide est adapté ou pas, on va essayer de donner des informations à l'aidant principal, on va travailler avec eux. Au niveau des aides, aux urgences, je n'aurai pas d'aides possibles immédiates avec la mutuelle. Par contre si la personne est gardée une nuit à l'UHCD, ce qu'on appelle l'unité d'hospitalisation de courte durée, elle ouvre des droits à la mutuelle parfois. C'est suivant la mutuelle et le contrat signé mais elle peut bénéficier de quelques heures ça va de 5 à 20h, c'est à utiliser en sortie d'hospitalisation et sur le mois qui suit l'hospitalisation. On répond à plusieurs questions, est ce que c'était prévu ou pas, combien de jours la personne est restée, est ce que c'était accidentelle… et après on saura le nombre d'heures qui peuvent être attribuées pour renforcer le plan d'aide parce qu'on est plus fragilisé quand on sort de l'hôpital.

Enquêteur : Oui, et justement, les personnes qui passent aux urgences, elles restent environ combien de temps ?

Assistante sociale : Il faudrait voir plus avec les médecins, moi je n'ai pas tout ce détail, mais pour les personnes que je rencontre, les gens restent longtemps aux urgences, ils restent, après

ça dépend, on a aussi une très bonne prise en charge avec l'UAG, les gens étaient vu et dans les 2 3 heures ils étaient sortants.

Enquêteur : Oui d'accord, et puis je suppose que ça dépend aussi de la raison qui les a conduite aux urgences

Assistante sociale : Oui, ça dépend aussi de si il y a du monde ou pas, ça dépend de plein de plein de choses, mais ce n'est pas rare que les personnes restent une dizaine d'heure

Enquêteur : D'accord oui

Assistante sociale : Mais après les chiffres on peut en parler au Docteur X, elle est adjointe au niveau des urgences.

Enquêteur : D'accord merci

Assistante sociale : Donc après une fois que moi je les ai pris en charge les gens, je rempli, dans le dossier informatique tout ce que je sais de la personne, il y a deux façons de remplir : pour les médecins et là j'enlève tout ce qui est très personnelle et après on a, nous assistante sociale, on est tenu par le secret professionnelle qui est très spécifique. On fait très attention à ce que l'on dit, si les gens nous parlent de problèmes en lien avec leurs familles, ou de conflits avec leurs enfants, nous on le retient dans notre prise en charge mais on ne le mettra pas par écrit dans notre prise en charge. Il n'y a pas d'intérêt pour la prise en charge que tout l'hôpital soit au courant. Par contre, on remplit deux choses différentes : le logiciel pour les médecins, ils vont savoir ce qu'on a travaillé avec la personne et euh, nous, entres assistantes sociales on peut être plus précises, on peut entre-nous travailler avec le secret partagé pour une prise en charge plus adaptée. S'il y a un sujet épineux qui est venu sur la table, on peut demander à la personne si elle accepte qu'on le transmette aux autres assistantes sociales. Après si ça n'a pas lieu d'être, je ne le mettrai pas. Les gens qui s'adressent aux assistantes sociales savent qu'il y a ce secret professionnel donc on en prend vraiment soin.

Enquêteur : D'accord

Assistante sociale : Quand j'ai transmis, ma collègue d'hospitalisation quand elle voit la personne arriver dans un lit d'hospitalisation dans son service, elle va regarder si il est connu, si je l'ai vu, si c'est quelque chose d'assez simple, si c'est une augmentation du plan d'aide mais que la personne n'est pas d'accord, pas de problème, ma collègue peut redémarrer, faire une mise à disposition sans être intrusive et ne pas tout redémarrer la prise en charge.

Enquêteur : D'accord oui donc c'est un relais

Assistante sociale : C'est un relais qui se passe dans tout l'hôpital entre assistantes sociales. Et nous on va vers le médecin pour plusieurs raisons, pour travailler le devenir et aussi pour la prise en charge médicale, un médecin va peut-être penser un retour à domicile là ou toute la famille est épuisée et que la personne fait des chutes à répétition, on va pouvoir en parler au médecin en disant est ce que la demande de convalescence a été, réfléchi au niveau médical, si, alors parfois, ils vont nous dire on n'y avait pas pensé, mais si la famille est épuisé, et qu'il est vrai qu'au vu des chutes il y aurai un réelle travail à faire sur place avec les kinés, on peut pourquoi pas faire une demande. On peut faire se lien entre médecin et famille. Parfois les médecins nous préviennent d'un diagnostic un peu sombre d'ici quelques mois et les enfants ne vont pas du tout être là-dedans. Moi je ne vais jamais parler du médical, je ne vais jamais leur

dire ce que je sais au niveau médical, par contre je peux prévenir les médecins que la famille ne m'a pas du tout tenu le même discours qu'eux et eux peuvent reprendre avec la famille, ce qui a été, peut –être qu'ils n'ont pas voulu entendre, peut –être qu'ils ne sont pas prêts à entendre que le diagnostic était plutôt sombre.

Enquêteur : Et à ce sujet-là, je suppose que vous n'intervenez pas auprès de toutes les personnes qui arrivent aux urgences, quels sont les critères

Assistante sociale : Ba là on vient de m'appeler pour deux situations : la première situation, c'est une dame, euh moi je suis spécialisée dans la gériatrie et l'après-midi je vais voir des personnes de plus de 60 ans, je ne suis plus dans la gériatrie, mais on est en binôme sur ce poste et on s'auto-remplace. Et il y a donc l'UAG et aussi la précarité pour des personnes qui n'ont plus de domicile ou qui n'ont pas de papiers.

Enquêteur : D'accords oui donc c'est découpé en différentes euh, spécialités

Assistante sociale : On est toutes spécialisées dans quelque chose par contre on s'auto-remplace. Mais donc les deux situations pour la situation là par exemple, c'est une dame de 88 ans, qui a fait un malaise vagal pour lequel la gériatre, enfin c'est une urgentiste qui l'a vu et elle part sur un retour à domicile sauf que la dame semble épuisée et est l'aidante principale de son époux qui est à domicile, donc je vais me rapprocher de cette dame déjà pour savoir comment est gérer le maintien à domicile de Monsieur en son absence, et puis, vu qu'elle est sortante, elle va rentrer à la maison s'occuper de son mari, donc je vais peut-être me pencher sur le plan d'aide, si elle est épuisée, on doit peut-être se poser la question d'un renforcement du plan d'aide ou d'une modification des aides. Parfois les gens acceptent des propositions des services, par exemple un passage d'une fois 3heures dans la semaine mais il se peut que ce ne soit pas ça qu'il soulage au mieux la personne, parfois il se peut que se qui épuise c'est de donner à manger pendant les temps de repas, enfin ça dépend, mais le but c'est de comprendre ce qui peut poser problème.

Enquêteur : Oui, il faut voir ce qui serait le plus bénéfique

Assistante sociale : Voilà peut-être que l'époux a perdu de l'autonomie du coup le nombre d'heures n'est plus adéquate, donc il faut revoir ça, donc là je peux l'informer elle de ce qu'elle peut faire à l'extérieur, notamment à l'extérieur il y a le CLIC, je vais rediriger les gens auxquels je n'ai pas accès, vers eux, vers l'extérieur. L'important pour les gens quand ils me voient c'est qu'ils soient informés, c'est qu'ils aient tous les outils, après ils en font ce qu'ils veulent, ils font, ils ne font pas, c'est eux qui voient.

Enquêteur : Oui mais en tout cas ils ont les clés

Assistante sociale : Oui parfois, on leur donne des informations et puis on les revoit 2 jours ou quelques temps après aux urgences, je ne vais pas être dans le jugement, je revois avec ces personnes, est ce qu'elles ont cheminer entre temps, si elles ont besoin de plus d'information, ou pas, si elles ne veulent pas, ça s'arrête là. Il n'y a pas de jugement, il n'y a que un cheminement et une notion du temps qui est différente ici qu'ailleurs, ici tout va très vite et tout parait très lent. Une hospitalisation quelque part d'une semaine n'a rien à voir avec les 10heures qu'ils vont passer ici, pourtant on est que sur 10heures, mais ça va leur paraitre tellement long cette prise en charge.

Enquêteur : Oui et puis en même temps il y a aussi beaucoup d'informations en très peu de temps au final.

Assistante sociale : Oui, oui, alors ils ont toujours mes coordonnées, ils peuvent toujours me recontacter, si tout ce mélange c'est signe de bonne santé, rappeler moi, et si ils partent en hospitalisation, ma collègue reprends, mais ils ont eu une première idée de ce qu'il se faisait. Donc ma collègue pourra être plus pointue, ils seront plus préparés et ils auront cheminés

Enquêteur : Oui il y a un temps de réflexion qui est nécessaire. Et est-ce que par exemple le CLIC, vous pouvez prendre contact directement avec eux, ou est ce qu'il y a un temps qui est laissé aux personnes ?

Assistante sociale : On adapte tout aux gens, le CLIC, quand je les contacte moi, et j'ai l'impression qu'ils font la même chose de leur côté, c'est plus parce qu'une situation m'échappe dans le sens ou, j'ai vraiment le sentiment que ces gens ont besoin d'aide et le corps médical ne m'a pas suivi : il était sortant, il était sortant, c'est son état de base, on va me parler comme ça, on n'y peut rien, les troubles cognitifs étaient déjà là, il est sortant, sauf que moi j'ai le sentiment de mise en danger, ou qu'il y a quelque chose. Donc si je ne suis pas certaine de la mise en danger mais que je sens qu'il y aurait besoin de mettre en place quelque chose, je vais travailler avec le CLIC. Si ils sont en capacités les gens de contacter le CLIC, c'est eux qui le font. Il ne faut pas oublier que je les vois dans un moment aigu, qui se modifie, et en plus je les vois peu de temps, je les vois sur un entretien. Ça fait peu. Donc, les choses se modifient et mon regard peut ne pas être le bon, j'y vais avec des pincettes, avec beaucoup de précaution, et parfois j'interpelle le CLIC pour que le CLIC intervienne à domicile et peut-être de façon plus approfondi que moi. Ça c'est les raisons pour lesquelles je vais les interpeller. Maintenant, si toutefois je me pose la question d'une mise en danger, je vais pousser pour qu'on le garde en hospitalisation le temps que l'on travaille du côté social. Si je n'ai pas le temps ou si la personne ne souhaite pas, et que moi je crains une mise en danger, je peux me saisir pour tout ce qui est recueil d'information préoccupante un RIP ou un signalement auprès du procureur. Le RIP c'est une demande d'enquête auprès du conseil générale. Je donne des informations qui me paraissent préoccupantes sur quelqu'un. Ils enquêtent et ils proposent eux quelque chose d'adapté. Le signalement c'est plus avéré, c'est une mise en danger plus avéré

Enquêteur : Oui il faut des fondements

Assistante sociale : Oui il faut que je sois, en possession d'informations qui soient très inquiétantes, voir quelque chose d'imminent. Il y a de tout aux urgences et je m'adapte à tout. La deuxième situation pour laquelle j'ai été interpellé c'est pour un maintien à domicile qui, que les médecins estiment être devenu difficile. Je dis les médecins mais c'est le fils qui a emmené sa mère au niveau des urgences parce qu'il ne sait plus comment faire, il pense que le maintien à domicile n'est plus possible, il y a eu une première hospitalisation il y a très peu de temps sur ce même motif. La dame a des troubles cognitifs, le fils travaille toujours, il y a un, il y a eu une évaluation des troubles cognitifs et le fils ne sait plus comment faire, il n'a pas fait de demande de structure mais il ne sait pas comment faire, il est perdu. Donc je vais voir, je vais voir ce qui a été travaillé par mes collègues, je vais voir ce qui a été fait et puis mon travail ça va être de voir où il en est, qu'est ce qu'il se passe, pourquoi il panique, pourquoi maintenant, qu'est ce qu'il y a de plus, ou de moins, qu'est ce qui a été fait, je peux lui remettre une liste des structures, que je mets à jour très souvent. Donc je vais informer, je vais transmettre mais je ne vais pas faire.

Enquêteur : Oui c'est à eux de faire leurs choix

Assistante sociale : C'est ça, c'est lui le fil rouge.

Enquêteur : D'accord

Assistante sociale : Après il y a des ratés, il y a des gens qu'on ne voient pas, qui passent à travers nos filets, et d'ailleurs des fois quand on voit certaines informations, qu'on commence à y travailler, on se dit mais ce n'est pas possible, il est venu 3 fois et on ne l'a pas vu. Il y a des gens qu'on ne voit pas, les gens peuvent demander à voir l'assistante sociale, les médecins peuvent se saisir et moi aussi je peux me saisir en voyant les étiquettes en temps réel des gens, on a ce qu'on appelle un logiciel ou l'on voit les gens se déplacer en temps réel et donc je peux regarder les étiquettes et me saisir, mais il est vrai qu'il y a des gens qui passent au travers. Peut-être parce qu'ils disent qu'ils n'ont pas besoin

Enquêteur : Oui et puis c'est ce que vous disiez toute à l'heure, c'est une photographie à un moment donné donc ce n'est pas forcément à ce moment que les difficultés apparaissent

Assistante sociale : C'est ça. Et puis la situation peut tellement se modifier entre les urgences et l'après. Il y a des gens qu'on voit ici, ils ne marchent plus, ils partent en hospitalisation et ils vont récupérer la marche et peut être même, les gens ont peur aussi aux urgences, ils ne sont pas dans leur état normal. Il y a beaucoup de circonstances qui font que. Mais on s'est aperçu que ça aidait beaucoup les gens de parler de pleins de choses dès les urgences plutôt que d'attendre l'hospitalisation, on s'est aperçu qu'on avait une perte d'environ 3 4 jours sur le démarrage de la prise en charge.

Enquêteur : Oui donc ce n'est pas négligeable

Assistante sociale : Oui parce qu'il arrive aux urgences et le jour même où le lendemain je les vois, s'ils ne sont pas vu, ils partent en hospitalisation soit tard dans la nuit, soit le lendemain, quand ils partent en hospitalisation, les médecins attendent de voir sur le plan médical puis interpellent l'assistante sociale ce qui peut prendre, ça peut être le deuxième ou le troisième jour donc au final on est sur 3 4 jours. Alors quand moi je lui parle le premier jour de tout ce qu'il existe, il va cheminer et quand il va voir l'assistante sociale du service où il est hospitalisé il en saura déjà un peu plus, sur son état physique, sur son état de récupération mais aussi sur ce qu'il veut

Enquêteur : Oui il aura eu le temps de réfléchir, peut-être d'en parler à des proches.

Assistante sociale : C'est ça, et parfois on se dit il aurait besoin d'aide mais qu'il ne veut pas, on donne les coordonnées du CLIC. Si à distance de l'hospitalisation, il change d'avis, ce sera le CLIC, et parfois le CLIC nous appelle, on travaille aussi avec la MAIA parfois, et parfois ils nous appellent, aussi les tuteurs et curateurs, ils nous contactent pour dire, vous avez quelqu'un aux urgences que je connais et ils nous parlent de la situation pour qu'il y ait une plus grande fluidité de la prise en charge

Enquêteur : Oui c'est ça, toujours chercher à trouver un cheminement dans l'accompagnement du patient

Assistante sociale : Oui pour une meilleure fluidité de la prise en charge du patient. Et j'appelle très souvent au niveau des urgences les services d'aides ménagères pour savoir si, quand je sais le service qui intervient, ce qui se passe à domicile, pour savoir ce que les intervenantes en

pensent, comment c'est à domicile est ce que ça tient, est ce que la prise en charge est bonne, voilà. Donc je ne vois pas tout le monde aux urgences, mais ce pour qui, quand j'ai connaissance d'un dossier un peu fragile, j'y vais.

Enquêteur : D'accord

Assistante sociale : Maintenant si la personne a des aides et dis clairement tout va bien, et bien voilà, je ne vais pas aller la voir.

Enquêteur : Oui oui il se peut aussi que tout se passe bien à domicile.

Assistante sociale : Oui, je n'en ai pas parlé mais il arrive aussi qu'on parle d'habilitation familiale, tout ce qui est tutelle, curatelle et mesures de protection, parfois les enfants ont ce questionnement-là. Voilà donc pour vous montrer (*me fais voir son classeur*), donc l'habilitation familiale c'est une simplification pour les démarches en fait.

Enquêteur : D'accord oui

Assistante sociale : J'ai aussi les dossiers APA, parfois j'en remets aux gens, ça leur permet de réfléchir. Voilà je vous donne aussi la liste des hébergements que l'on met à jour. Et puis parfois, quand ce n'est pas le moment, quand ils sont perturbés, pour plein de raison, je fais en sorte de leur donner le minimum d'information, je m'adapte, si ils ne sont pas prêts je ne fais pas. Ce n'est jamais un échec de ne pas avoir réussi à mettre en place. Et sinon je remets aussi voilà, les plaquettes du CLIC. Voilà le travail que l'on mène au niveau des urgences. Après c'est vrai que moi je ne suis pas la plus confortable, parce que quand j'appelle des aides ménagères je demande à avoir un retour dans l'heure parce que bien souvent le médecin a déjà prévu la sortie, et moi si je n'arrive pas à savoir comment ça se passe à la maison, c'est compliqué, donc moi il faut que je sache rapidement, si il y a des éléments inquiétants, si on me dis que tout est catastrophique à la maison, on n'est plus du tout sur le même travail.

Enquêteur : Oui donc ça c'est vraiment propre aux urgences

Assistante sociale : Oui oui, le travail ici est assez spécifique oui. Ici moi c'est un travail que je démarre, si c'est inquiétant, pas de problèmes, les gens sont gardés en hospitalisations pour mieux appréhender la sortie de l'hôpital. Après une sortie d'hôpital est toujours médicale, il faut vraiment avoir ça à l'esprit. Parfois on va tout faire pour que la personne soit gardée parce qu'on veut qu'un travail soit fait, on trouve qu'il va y avoir une mise en danger, le retour à domicile ne nous parait pas du tout adapté dans l'état et dans l'immédiat et les médecins vont nous dire médicalement elle est sortante. Une sortie d'hôpital c'est médical. Donc parfois on n'y peut rien, parfois on appelle les partenaires en disant qu'on est désolé mais que le médecin a pris sa décision. Après ça dépend avec qui on travaille, certains vont travailler avec nous et vont nous entendre et d'autres ne vont pas nous entendre et nous dire non, médicalement elle est sortante, les choses doivent être faites à l'extérieur.

Enquêteur : Oui donc après c'est aux partenaires de l'extérieur de prendre le relais et de se coordonner.

Assistante sociale : Oui voilà, moi je trouve qu'il y a un bon travail entre nous tous, je suis assez satisfaite de ce travail, de ce travail avec le CLIC, la MAIA, on travaille au maximum.

Enquêteur : Oui oui,

Assistante sociale : Si vous avez d'autres questions, vous avez mes coordonnées. Et tenez, on a créé cette plaquette pour expliquer ce qui existe en sortie d'hospitalisation, comme on ne voit pas tout le monde c'est une plaquette qui est mise à disposition, après ce n'est pas personnalisé mais voilà, on a travaillé ça en interne.

Enquêteur : Merci beaucoup.

Fin de l'entretien par la présentation et la visite du service des urgences, sa conception architecturale (espace de circulation interne pour les médecins et le personnel soignant, et espace périphérique pour les patients et leur entourage. Espace dédié pour l'UAG, à l'écart des autres box).

Entretien Assistante Sociale SSR Ty Yann et Kérampir (Le 09/04/2018 Après-midi, Bureau SSR Ty Yann, Durée : 50 min)

Assistante sociale : Nous on connaît les dispositifs mais après il faut faire avec les gens. Donc moi je suis à mi-temps ici et à mi-temps à Kérampir et donc moi je travaille avec les médecins, avec les cadres de santé, avec les infirmières et là je trouve que c'est confortable.

Enquêteur : Oui, donc vous êtes la seule assistante sociale ici ?

Assistante sociale : Oui dans le service oui, et je suis la seule également à Kérampir.

Enquêteur : D'accord pour une capacité d'accueil de combien de personnes ?

Assistante sociale : Alors ici avant on avait 60 lits, maintenant on en a plus que 50 parce qu'il y a 5 lits qui sont partis en pédiatrie et là on va ouvrir un accueil de jour. Et il y en a 50 à Kérampir. Et je dois en principe, mais bon en principe parce que ce n'est pas toujours évident, voir quasiment tout le monde. Quasiment la totalité, donc bon, ça dépote.

Enquêteur : Oui oui d'accord. Et comment est-ce que vous définiriez votre rôle dans l'organisation des sorties et le retour à domicile des patients ?

Assistante sociale : Alors à partir du moment, le séjour en SSR est de 21 jours, quand le patient arrive, ce sont essentiellement des patients, de 75 ans et plus, mais maintenant on commence à avoir de plus en plus jeunes avec des pathologies alcooliques, des cancers, on a pas mal de pathologies cancéreuses, et bien à partir du moment où la personne arrive, on doit tout faire pour que le délai de 21 jours soit respecté. C'est-à-dire qu'il faut trouver une solution, l'après, centre de soins de suite. Donc chaque semaine, les médecins et la cadre de santé se réunissent ici dans mon bureau, et on voit un petit peu comment on peut envisager le retour à domicile. Alors ça peut être un retour à domicile classique avec des aides, et donc moi, mon rôle c'est de voir quels sont les dispositifs les plus adaptés, donc moi je travaille bien justement avec Age d'Or, par exemple dans le cadre des ARDH, donc ce sont des dispositifs retraite ou des dispositifs APA en fonction du degré de dépendance. Donc je mets les aides en place, je cherche le financement, les mutuelles, les caisses de retraites, le dispositif APA et je me mets en lien avec les services à domicile, avec la personne, la famille et les services à domicile. Et lorsque le retour à domicile n'est pas possible, si la personne a 60 ans en plus et a des pathologies compatibles avec des structures d'accueil temporaires, je fais des demandes dans des structures d'accueil temporaire. Et l'hébergement temporaire c'est 3 mois. Ou lorsque la personne ne peut vraiment pas rentrer à la maison, à ce moment-là je cherche un EHPAD, une maison de retraite.

Enquêteur : D'accord mais dans ces cas-là, ce n'est pas directement pour faire jonction avec le SSR ou est ce qu'il y a un délai

Assistante sociale : Pour entrer en EHPAD

Enquêteur : Oui, puisque l'on entend dire que les entrées prennent énormément de temps en raison de peu de places

Assistante sociale : Non, les délais ne sont plus très très long, moi lorsqu'une famille vient me voir, je donne maximum 5 maisons de retraite à prospecter, pas plus, ça ne sert à rien. Il faut connaître en fait, il faut connaître le circuit, il faut connaître les maisons de retraites alors moi je suis en lien avec les EHPAD, je fais que ça, je les connait, je sais, ou elles m'appellent, certaines m'appellent pour me dire on a une place, est ce, voilà, il faut attendre 3 4 mois, d'où l'intérêt d'avoir un hébergement temporaire si c'est possible pour faire le lien, à la sortie d'ici, hébergement temporaire et maison de retraite.

Enquêteur : D'accord, oui, donc c'est toute une continuité à trouver

Assistante sociale : Oui voilà, voilà

Enquêteur : Et donc au niveau des aides financières, comment est-ce que vous connaissez les ressources des personnes, comment vous avez accès à leurs documents ?

Assistante sociale : L'avis d'imposition, alors, généralement les personnes connaissent leurs ressources et moi je fonctionne beaucoup avec les mails, et donc je prends contact avec les familles et elles m'envoient l'avis d'imposition par mail, je n'ai pas vraiment de soucis de ce côté-là, les personnes me disent grosso-modo, il n'y a pas de soucis.

Enquêteur : D'accord

Assistante sociale : Après l'ARDH c'est uniquement en retour d'hospitalisation et en retour de SSR, à la sortie, il faut le faire avant, pendant que les personnes sont hospitalisées.

Enquêteur : Oui. Et donc ici les personnes viennent pour 21 jours, c'est une durée fixe, non négociable, ou il y a des exceptions ?

Assistante sociale : Alors c'est une durée administrative, il faut essayer, la politique de l'établissement c'est de faire en sorte, de permettre à l'ensemble de la population du bassin Brestois de bénéficier d'un séjour en SSR après hospitalisation, alors si effectivement on garde les gens 3 4 mois, ça bloque les autres, donc c'est pour les autres une entrée directement de l'hôpital à la maison et donc nous notre politique c'est que tout le monde puisse bénéficier d'un séjour en SSR de 21 jours voir un peu plus, ça peut être une semaine supplémentaire, enfin quand on voit que la personne récupère, on peut lui accorder 8 10 jours supplémentaires, ce n'est pas 21 jours pile poil.

Enquêteur : D'accord

Assistante sociale : Si on voit que la personne récupère, que l'on voit qu'elle a besoin d'un petit peu plus de kiné, on la garde.

Enquêteur : D'accord, parce que le SSR, pour les personnes c'est une prise en charge par la sécurité sociale ?

Assistante sociale : Sécurité sociale et mutuelle

Enquêteur : Ah oui

Assistante sociale : C'est comme à l'hôpital. Par contre l'hébergement temporaire, il n'y a pas de prise en charge sécurité sociale, donc il n'y a pas de prise en charge mutuelle au niveau de l'hébergement, alors il y a lorsqu'il y a faculté de récupération on peut éventuellement, par exemple pour une fracture du poignet, si la personne est à la CARSAT on peut éventuellement demander une aide à la CARSAT, une aide exceptionnelle, mais il faut vraiment qu'il y ait une récupération. Mais sinon effectivement c'est à la charge de la personne.

Enquêteur : Oui, et au niveau des personnes qui arrivent ici en SSR, concrètement quels sont leurs besoins,

Assistante sociale : Des besoins à mon niveau, au niveau social ou au niveau de la prise en charge ici

Enquêteur : Non plus sur le plan de l'accompagnement social

Assistante sociale : Et bien, c'est lorsque la personne a sa date de sortie, le patient souhaite toujours savoir qu'elles sont les possibilités d'aides qu'elle a à la sortie, donc il y a par exemple les mutuelles pour mettre des aides ménagères en place, des infirmières, du matériel technique donc les ordonnances, lit médicalisé enfin tout ça mais c'est essentiellement aide-ménagère, portage de repas et infirmières

Enquêteur : Oui ce sont les principaux besoins et demandes en fait.

Assistante sociale : Donc j'essaye de rencontrer tout le monde de façon à au moins donner l'information. Si je ne mets pas en place parce que des fois c'est pas possible, quand les revenus sont supérieurs au barème ARDH, je dis à la personne, vous ne pouvez pas, mais dans ces cas-là on voit au niveau des mutuelles ou on voit aussi au niveau des caisses complémentaires parce qu'il y a le régime de base et aussi le régime réglementaire, et donc si par exemple il y a eu une chute au domicile, c'est un risque compris dans la garantie accident de la vie, donc si la personne a souscrit à la garantie accident de la vie dans son assurance habitation, on met ça en place, ou je donne l'information ou aux familles.

Enquêteur : D'accord, oui. Et au niveau des attentes des patients, est-ce les personnes viennent vous voir avec certaines attentes, certaines préoccupations, comment est-ce que ces personnes envisagent leur retour à domicile ?

Assistante sociale : Toujours avec affolement. Oh mon dieu, parfois on se demande si les personnes ont déjà vécues chez elles. Parce que, dès que la date de sortie, la date de sortie est fixée avec le médecin, donc en réunion de service avec le cadre de santé et moi-même, à partir du moment où la date est fixée, l'infirmière remet le papier de sortie dans la chambre. Alors là c'est l'affolement, parce que les gens se demandent comment ils vont faire chez soi, on ne pourra pas préparer les repas, il y a une période de stress, alors la famille s'affole, il ne peut pas rentrer, en fait la problématique à laquelle je suis confrontée c'est celle-là, c'est les familles qui pensent que le retour à domicile est toujours infaisable. Donc, bon on leur dit qu'on ne vit pas dans un centre de soin, un centre de soin c'est un passage mais à un moment ou à un autre il faut envisager de rentrer chez soi ou de faire un séjour en hébergement temporaire ou bien en maison de retraite, mais beaucoup ne veulent pas de la maison de retraite parce que c'est très chère. Le cout de la maison de retraite est aux environs de 1800 1900€

Enquêteur : Oui donc tout le monde ne peut pas y prétendre

Assistante sociale : Voilà, donc en fait, c'est ça, ce que j'entends le plus c'est les gens m'appellent en me disant, c'est pas possible il ne peut pas rentrer, il n'y a que ça, donc c'est à moi de dédramatiser les choses, de proposer des solutions de leurs dire voilà, il y a telles aides,

il y a le SSIAD qui intervient, qui vient voir les patients également Ty Yann, faire une évaluation des patients pour un peu indiquer ce qui peut être mis en place.

Enquêteur : D'accord et par exemple ce lien avec le SSIAD c'est vous qui vous en chargez ?

Assistante sociale : Oui, ou le cadre de santé

Enquêteur : D'accord, et au niveau des familles justement, est ce qu'elles sont présentes, est ce que les personnes qui viennent en SSR ont du soutien à l'extérieur ?

Assistante sociale : En moyenne, en règle générale oui, les ¾ des enfants sont soucieux de leur parent, il n'y a pas de défaillance même quand on est loin, moi je fonctionne par mail donc, oui, oui, là nous avons une dame qui vient d'Angleterre, les deux fils sont en Angleterre et bin le neveu est ici donc je fais le lien avec le neveu et c'est le neveu qui informe les fils. Ou bien vraiment quand la personne est vraiment isolée, ça peut être le cas aussi, à ce moment-là je fais un signalement au procureur de la république pour qu'une mesure de protection soit mise en place, c'est aussi une possibilité.

Enquêteur : D'accord oui. Et donc par rapport aux patients qui viennent de l'hôpital, est ce qu'il y a un relais qui est fait aussi ?

Assistante sociale : Oui, quand un patient arrive, j'ai des transmissions de mes collègues de l'hôpital, du CHU, de l'HIA ou des cliniques, j'ai une synthèse.

Enquêteur : D'accord et est-ce que les personnes ont toujours rencontrées une assistante sociale avant de venir en SSR ?

Assistante sociale : Non, pas forcément, je pense que ce sont les situations critiques, enfin les situations les plus problématiques déjà qui viennent en SSR parce que quand les personnes sont entourés avec des enfants, ont un époux ou une épouse alerte, sans difficultés, les gens rentrent directement à la maison. C'est vraiment quand les situations sont un peu critiques ou quand les enfants sont éloignés. Mais j'ai quasiment tout le temps une synthèse des assistantes sociales quand les personnes viennent ici, c'est rare qu'elles n'aient pas déjà rencontrés quelqu'un, une assistante sociale du service.

Enquêteur : Donc justement, je suppose qu'il y a aussi des personnes qui ont besoin de rééducation après, à domicile, toute à l'heure vous parliez de fracture, donc là, ce lien est ce que vous le faites, est ce que ce sont les personnes qui prennent contact avec un kiné, est ce que ce sont les médecins qui font cette transition ?

Assistante sociale : Alors ça dépend, c'est soit les familles, qui ont déjà leur kiné ou qui connaissent un kiné près du domicile de leur parent et donc moi je les invite à prendre contact mais si il n'y a personne je prends contact avec les kinés, j'appelle les infirmières, j'appelle les aides ménagères

Enquêteur : D'accord oui c'est vraiment en fonction de la situation à domicile

Assistante sociale : Oui c'est selon les situations. En fait c'est sûr que c'est beaucoup plus simple quand les familles sont là parce que, et surtout quand elles sont présentes et quand elles sont preneuses d'informations et puis, quand elles sont partantes aussi, parce que, là je donne les informations et les dossiers parce que je fais les dossiers, je sors tous les dossiers, par exemple pour les EHPAD et pour les hébergements temporaires, je suis ça moi-même et je leur dis, vous ne faites rien au niveau de l'hébergement temporaire, je m'en occupe mais je ne vais pas prendre de décision sans vous en aviser, c'est à vous de prendre la décision, pas moi, moi j'initie la demande après vous en fait ce que vous voulez.

Enquêteur : D'accord

Assistante sociale : Vous voyez, là ce sont des dossiers par exemple de maison de retraite ou d'hébergement temporaire, le médecin me signe ça, mais j'ai une grande indépendance dans mon travail, on me distribue mon travail mais c'est à moi de m'organiser, j'appelle les familles, je leur propose des RDV.

Enquêteur : Oui vous avez vraiment un rôle d'interface entre tous les acteurs

Assistante sociale : Oui voilà, et donc je ne sais pas comment mes collègues de l'hôpital travaillent mais nous, tout est, toutes les transmissions peuvent être vu par tout le monde, à l'hôpital on a du vous parler de secret professionnel de secret médical

Enquêteur : Oui oui c'est ça

Assistante sociale : Voilà, bon, bien sûr il y a le secret on ne crie pas tout dans les couloirs, mais sur les transmissions, tout le monde peut voir la même chose.

Enquêteur : Oui toutes les informations peuvent circuler entre les différents acteurs concernés ici

Assistante sociale : Oui voilà, moi je vais à l'essentiel, j'ai tendance à dire que les problèmes des gens ne m'intéressent pas, les problèmes des familles je m'en moque. Je suis là pour comprendre la situation et pour aider les gens à aller mieux et à retourner à leur domicile.

Enquêteur : Oui d'accord

Assistante sociale : Je vais à l'essentiel, la préparation du retour à domicile, les aides et les dispositifs financiers. Donc c'est pour ça qu'en fait, j'aurai tendance à dire que je ne me sens pas tellement concerné par le secret professionnel.

Enquêteur : Oui puisqu'il n'y a rien qui nécessite d'être caché.

Assistante sociale : Non non, rien. Mais enfin, on nous apprend ça dans les écoles d'assistantes sociales. Moi ça m'a toujours fait rire parce que ce sont des secrets qui sont connus et reconnu dans tout le canton. Quand je faisais mes études d'assistantes sociales il ne fallait pas dire que la personne buvait, il ne fallait pas dire ci, alors que tout le monde le savait dans tout le canton. Donc à un moment donné il faut arrêter de se cacher derrière son petit doigt. Enfin c'est ma façon de voir les choses.

Enquêteur : Oui oui en soit, s'il n'y a pas de secret, il n'y a pas de secret professionnel à tenir

Assistante sociale : Oui oui voilà

Enquêteur : Et donc en termes d'accompagnement justement, est ce que vous rencontrez les personnes dès leur arrivée ici ou c'est uniquement à partir du moment ou une date de sortie est posée ?

Assistante sociale : Non c'est quand le médecin me dit. C'est le médecin qui me dit, attention la situation va être compliquée, il faut dès maintenant soit prendre contact avec la famille soit voir le patient ou faire les deux.

Enquêteur : D'accord oui. Et après en termes de suivi, une fois que le retour à domicile a eu lieu, est ce que vous avez des retours ?

Assistante sociale : Des retours, alors des aides ménagères oui, des associations, je travaille, de temps en temps M. (*Responsable Age d'Or Services Brest*) me dit, voilà, ça se passe bien,

quand j'ai une autre situation il en profite pour me dire ce qu'il se passe chez Mme Untel. Ou bien alors on nous rappelle aussi en disant, c'est moins fréquent mais qu'il faut ré-hospitaliser ou bien parce que ça déconne sec à la maison, mais dans l'ensemble j'ai des retours, par exemple je travaille avec Aides et Présences et ils me donnent régulièrement des retours, le SSIAD Archipel aussi enfin, les associations, les organismes avec lesquelles je travaille le plus

Enquêteur : D'accord oui donc ça arrive quand même d'avoir des retours

Assistante sociale : Mais c'est vrai aussi qu'une fois que la personne est sortie, moi je n'interviens plus après. Après ce sont, éventuellement les assistantes sociales de secteur si il y a besoin ou les aide-ménagères, le lien après ce n'est plus moi

Enquêteur : Oui c'est uniquement sur un temps

Assistante sociale : Oui sur le temps d'hospitalisation.

Enquêteur : D'accord

Assistante sociale : Et je ne vais jamais à domicile.

Enquêteur : Oui. Et en termes d'individualisation et de personnalisation des aides qui sont proposées pour revenir à domicile, comment est-ce que ça se passe ? Est ce qu'il y a des choses particulières qui sont mises en place ?

Assistante sociale : Euh, aller plus loin, il y a certaines situations qui sont chronophages et qui demandent plus d'attention puisque la personne est seule donc là il faut faire le relais avec éventuellement le CCAS de la commune, euh, le CLIC, j'ai même eu le cas d'une situation où j'ai dû interpeller le maire, mais euh, c'est pas souvent.

Enquêteur : D'accord.

Assistante sociale : Ou bien là j'ai une situation d'un monsieur qui est seul, je suis obligé d'interpeller le CLIC pour voir un peu ce qui a été fait, mais, j'aurai tendance à dire que je ne peux pas rentrer dans toutes les situations en fait, ce n'est pas possible, j'ai une centaine de situations, je ne peux pas.

Enquêteur : Oui oui ça représente un volume important

Assistante sociale : Oui et pourtant je suis très épaulé, notamment à Ty Yann par le cadre de santé. On se répartit le travail, elle elle fait beaucoup, d'ailleurs, moi je ne suis pas à l'aise avec les soins palliatifs et donc c'est elle qui a une formation d'infirmière à la base qui s'occupe de toutes ces situations de soins palliatifs, donc c'est quand même, on essai un peu, on travaille chacun dans son domaine, on s'entraide de cette façon-là, parce que moi je n'ai pas un regard suffisamment juste au niveau médical.

Enquêteur : Oui bien sûr, ça tient aussi aux formations initiales qui sont, deux formations différentes en fait

Assistante sociale : Voilà, voilà

Enquêteur : Et donc en termes des besoins médicaux, notamment, les ordonnances, pour les prescriptions des médicaments, de passage infirmier, ça transite également par vous ?

Assistante sociale : Ah oui, oui par exemple, euh, une famille me dit qu'il faudrait deux passages infirmiers matin et soir, donc moi je le transmets, je le note : souhait de la famille après c'est le médecin qui décide.

Enquêteur : Oui bien sûr

Assistante sociale : Même lorsqu'il y a des demandes de prolongation de séjour, ce qui peut arriver hein, les enfants ne sont pas là, enfin, je transmets également et c'est le médecin qui décide, mais généralement mais comme il n'y a pas trop de prolongations de séjours, à mon niveau, on me les accorde en principe, oui généralement.

Enquêteur : D'accord très bien. Je n'avais pas vraiment d'autres questions, mon but c'était vraiment de comprendre comment vous fonctionnez pour assurer le retour à domicile

Assistante sociale : Mais il faut dire que l'assistante sociale, moi je suis seule dans les deux établissements mais en fait, euh, je ne me suis jamais senti isolé quoi, parce que je suis obligé toujours d'aller à la recherche d'informations au niveau des médecins, au niveau de la cadre de santé, au niveau des infirmières et au niveau des aides-soignantes.

Enquêteur : Oui donc c'est vraiment un travail d'équipe

Assistante sociale : Oui c'est un travail d'équipe, je ne peux pas travailler seule dans mon coin, enfin, ce n'est pas possible, moi je suis dépendante du système médical

Enquêteur : D'accord oui, puisque l'état de santé des personnes conditionne en fait aussi les sorties

Assistante sociale : Tout à fait oui

Enquêteur : D'accord merci beaucoup.

Entretien Assistante Sociale service « Dermatologie » et « Rééducation fonctionnelle » - CHRU Brest-Morvan (Le 10/04/2018 Matin, Bureau AS Morvan, Durée : 40min)

Assistante sociale : Donc j'interviens d'abord en court séjour en dermatologie donc un service de court séjour on est sur un service relativement court, donc en moyenne c'est 3 à 5 jours, donc, voilà et j'interviens aussi dans un autre service de rééducation fonctionnelle, donc là, la plupart des patients ont fait un AVC, ou alors des traumatismes crâniens, donc là on est sur des séjours beaucoup plus long, on est sur 3 mois, des fois plus, des fois moins aussi mais ce n'est pas le même contexte d'intervention. Alors donc en court séjour, c'est la dermatologie et donc oui moi je suis appelé pour organiser les retours, alors c'est essentiellement des personnes âgées parce qu'en fait, euh, voilà enfin les patients purement, qui ont des problématiques de dermatologies, ça peut être des sujets jeunes aussi mais là il n'y a pas enfin vraiment moins de problématiques de retours à domicile et comme la dermatologie c'est un service qui ne remplit pas tous ces lits avec de la dermatologie on a souvent des personnes âgées qui sont arrivées, alors les soignants parlent de motifs d'entrée, de « maintien à domicile difficile », mais bon, souvent, quand même derrière il y a des problèmes un petit peu de soins mais, voilà.

Enquêteur : Oui c'est un tout

Assistante sociale : Oui, mais ça, c'est aussi vraiment une particularité de la dermatologie c'est que finalement, j'ai beaucoup de personnes âgées qui devraient normalement être sur la cavale en gériatrie mais il n'y a pas de place, donc ils arrivent comme ça.

Enquêteur : D'accord, et au niveau justement des interventions, ce sont les médecins, les soignants qui vous interpellent ?

Assistante sociale : Oui, oui c'est le médecin, moi je travaille avec les internes essentiellement qui évaluent la situation et voient si il y a un besoin ils font appel à moi. Après ça peut être aussi l'équipe, je vais aux transmissions infirmières une fois par semaine donc voilà, on parle des patients mais essentiellement c'est quand même les médecins.

Enquêteur : D'accord, et est-ce que les personnes, les patients peuvent aussi demander à vous rencontrer ?

Assistante sociale : Oui oui, les familles le plus souvent en fait, les patients aussi, tout est possible, mais le plus souvent c'est les familles. Ou alors c'est parce que les collègues de la cavale, par exemple le patient était à la cavale, on lui a dit de voir l'assistante sociale, donc là il demande dès l'arrivée ou mes collègues m'interpellent.

Enquêteur : D'accord, et au niveau des demandes, comment s'organisent les interventions, de façon concrète, quels sont les rôles que vous remplissez au cours de ces sorties ?

Assistante sociale : Oui donc, les problématiques de ce service c'est plus organiser la mise en place d'aides au domicile que ce soit des aides humaines, des aides techniques, du portage de repas par exemple donc, voilà, il faut déjà, je commence par voir le patient, souvent, comme c'est des sujets âgés, s'ils sont d'accord, le plus souvent je contacte les familles, soit on arrive à se voir ou je fais par téléphone et puis on voit, en fait l'objectif c'est de recenser le besoin de la personne chez elle, alors bon ça peut paraître simple mais des fois aussi on fait avec ce que les gens acceptent, ce qu'ils veulent, ce qu'ils peuvent aussi financer parce qu'il y a quand même l'aspect financier qui rentre en ligne de compte parce que l'on a certains dispositifs que l'on peut enclencher, mais parfois il y a un délais, par exemple l'APA c'est 2 3 mois, donc bon on a quand même d'autres dispositifs, avec les caisses de retraites, les mutuelles, il y a des aides assez rapidement mais il faut aussi bien rentrer dans les conditions d'attribution.

Enquêteur : Oui donc ça dépend de chaque situation

Assistante sociale : Donc voilà, on fait un peu, c'est vraiment notre rôle, le médecin évalue les choses mais après il faut voir dans la mise en œuvre, ce que veulent les gens aussi, ce qui est utile pour la situation, c'est vrai qu'après, ça dépend aussi de si la personne est isolée, si elle vit seule, enfin voilà. Donc après dans le concret, ça va dépendre, quand il y a les familles, moi je les invite à être acteur au maximum donc après, je fais si il n'y a pas de relais mais la plupart du temps je m'appui sur les gens extérieur, les enfants, la famille.

Enquêteur : D'accord oui, sur les relais familiaux. Et par rapport au public des personnes âgées, est ce qu'il y a des différences à partir d'un âge précis, 60, 75 ans

Assistante sociale : Oui, parce qu'il y a ce qu'on va dire les jeunes retraités, les gens autour de 60 ans, donc souvent je ne suis pas sur une problématique de perte d'autonomie sauf en cas de grave maladie, c'est-à-dire qu'en dermato j'ai aussi des gens qui ont des graves maladies, qui ont des cancers, et donc là, sur des patients jeunes, il peut déjà y avoir une perte d'autonomie importante mais sinon, non les gens pour lesquelles je suis interpellée et chez qui les situations sont compliquées c'est des, oui je dirais plus de 75 ans, avec soit une forte dépendance soit avec des troubles cognitifs, des troubles Alzheimer, des démences apparentées, voilà.

Enquêteur : Oui,

Assistante sociale : Et c'est vrai que les services à l'extérieur, enfin voilà, surtout quand il y a une lourde dépendance, en fait, quasiment systématiquement après l'hospitalisation il y a un cabinet infirmier ou il y a des services spécialisé, des SSIAD, donc ça existe c'est très bien après parfois il y a des listes d'attentes, qu'ils ne peuvent pas assurer autant de passage qu'ils

voudraient, donc ça ça rentre en ligne de compte, puisqu'on essaie de trouver des relais, des personnes sur qui on peut s'appuyer à l'extérieur. Moi je travaille beaucoup aussi avec le CLIC, quand il y a une situation un peu complexe, ou des gens assez isolé, parce que ça c'est quand même une problématique que l'on voit souvent, c'est qu'il y a des enfants, mais qui sont pas mal, qui sont géographiquement pas sur place, donc bon, voilà, ça c'est vraiment important, c'est vraiment pas rare, donc là j'aime bien en parler au CLIC parce que notre intervention, voilà, elle s'arrête à l'hôpital mais, donc on n'a pas tellement l'évaluation à domicile, des fois c'est quand même intéressant de voir, mais nous on ne va pas à domicile donc, dans ces cas-là, je fais appel, enfin il faut que les patients me donnent leur accord mais je fais intervenir le CLIC, on a ici, à l'hôpital, on a instauré une fiche de liaison, donc on leur transmets et après ils prennent le relais, donc eux ils se déplacent, ils vont à domicile et ils évaluent. Parce que c'est important d'évaluer l'autonomie parce que, en gros, pour financer les aides à domicile c'est soit l'APA soit les caisses de retraites et ça ça dépend de leur autonomie, mais l'autonomie à l'hôpital elle est difficile parfois à évaluer, parce que c'est un moment de crise et que l'environnement n'est pas fait, ne les stimule pas. Donc parfois j'ai besoin de les orienter pour vraiment évaluer leur autonomie au domicile pour orienter, pour savoir quels dispositifs enclencher

Enquêteur : D'accord, oui, puisqu'une fois que les personnes sont entrées à domicile, vous n'avez plus du tout de lien ?

Assistante sociale : Non, après des fois les familles m'appellent mais ce n'est pas dans nos, ce n'est pas fréquent

Enquêteur : Oui c'est plus des informations de temps en temps

Assistante sociale : Oui

Enquêteur : Et justement avec le CLIC est ce que vous avez des retours, des échanges, si des personnes sont ré hospitalisées ?

Assistante sociale : Oui oui ça c'est, ça se fait aussi, après le CLIC eux, c'est vrai qu'ils n'ont pas non plus une mission d'accompagnement, en fait pour les personnes âgées là, on manque quand même, puisque le CLIC normalement ils sont là pour ouvrir les droits, pour mettre en place les droits, faire les dossiers et après, ça doit rester ponctuelle, nous le service hospitaliser aussi, donc parfois il manque, normalement le département est censé assurer, mais je ne sais pas je trouve qu'il manque, en termes de suivi social pour les personnes âgées à l'extérieur, on manque de relais

Enquêteur : Ah oui,

Assistante sociale : Donc chacun de nous, on compose avec ça, après il y a quand même des gens que je vais revoir, qui vont revenir aussi, qui sont fragilisés, voilà, on garde un petit peu un œil dessus. Après à l'extérieur, enfin je vous dis-moi c'est rare, tous les patients qui sortent ils ont des soins infirmiers, donc ça c'est un super support, et la plupart, ils ont l'habitude, ils sont amenés à gérer des situations compliquées donc voilà, soit ils font hospitaliser, soit ils interpellent le CLIC donc il y a ça, il y a aussi la mise en place des réseaux, on peut les solliciter, alors maintenant c'est appui santé qui prends en charge en gros toute situation complexe d'une personne qui présente une maladie, on peut les solliciter. Eux leurs missions c'est un peu de la coordination, veiller à tout soit coordonné à l'extérieur, et une fois que ça roule, ils se retirent.

Enquêteur : D'accord, et ils interviennent uniquement sur le plan médical ?

Assistante sociale : Euh oui et eux ils ont une psychologue, ils ont une assistante sociale donc c'est assez large

Enquêteur : D'accord oui.

Assistante sociale : Donc ça c'est le réseau appui santé, après on a l'HAD, c'est vraiment pour du soin, c'est-à-dire qu'il y a des personnes qui vont poursuivre leurs soins chez eux mais avec des soins techniques, lourds. Mais là l'HAD, moi c'est vraiment médical, c'est quand il y a un besoin médical, donc moi je fais le lien avec ma collègue de l'HAD mais je n'interviens pas sur le plan médical.

Enquêteur : Oui d'accord. Et au niveau, est ce que les personnes arrivent directement ici en hospitalisations, ou est ce qu'elles sont passées par d'autres services, par les urgences avant ?

Assistante sociale : Non la plupart arrivent par les urgences. Après, oui, enfin pas tous mais moi les personnes que je vois oui, c'est quasiment tout le temps par les urgences, les personnes âgées, c'est vraiment un passage, par exemple le coup classique : chute à domicile, les urgences, elle y reste 2 jours et après voilà, elle doit être hospitalisé, il n'y a pas trop de place et elle arrive en dermatologie. Après les autres patients plus jeunes, soit c'est parce qu'ils sont suivie par les dermatologues du service, qui les font hospitalisées, c'est plus des hospitalisations programmées.

Enquêteur : D'accord.

Assistante sociale : Et l'autre service, de rééducation fonctionnelle, la grosse part de mon travail c'est de préparer les sorties, mais là c'est quand même un autre profil, c'est-à-dire que c'est des personnes avec une perte d'autonomie brutale, souvent, parce que voilà, un AVC, un traumatisme crânien, donc quelque chose qui arrive brutalement, c'était des gens autonomes et qui se retrouvent dépendants et parfois avec une lourde dépendance. Donc là, en termes d'âge, c'est quand même plutôt des personnes de plus de 60 ans, après il peut y avoir des personnes plus jeunes, mais là aussi, il y a un gros travail, déjà en terme de soutien, parce que c'est compliqué, psychologiquement c'est quand même compliqué, et puis après voilà, il faut réfléchir en termes de besoins, nous pour évaluer, les gens peuvent retourner à domicile, parce que comme je disais c'est tellement brutal, c'est tellement soudain, certain peuvent sortir en fauteuil roulant, donc ça implique de savoir si le domicile est adapté, tout ça, donc il y a des permissions, et après on avise, on essaye d'évaluer quels seront les besoins, en termes de soignants, d'aide à domicile, d'étayage extérieur.

Enquêteur : Oui, et dans ce cadre-là, vous allez parfois au domicile ?

Assistante sociale : Euh, je peux, éventuellement, mais j'ai vraiment peu de temps, donc voilà, mais je travaille avec les ergothérapeutes, elles elles vont assez régulièrement pour justement faire les préconisations si il y a besoin d'aménager le logement, de faire des travaux, voilà.

Enquêteur : Oui d'accord c'est une transmission des informations. Et après au niveau des demandes des personnes que vous rencontrez, est ce qu'il y a des choses qui reviennent, qui sont récurrentes ?

Assistante sociale : Oui oui, il y a des choses qui sont récurrentes, après c'est plus moi qui propose, avec le médecin, bin, ce public-là, qui est quand même souvent, avec des conséquences graves, on fait quasiment tout le temps un dossier auprès de la MPDH. Donc voilà, ça c'est un classique chez l'essentiel de mes patients, je fais le dossier avec eux, que ce soit au minimum la demande de la carte d'invalidité, de la carte de stationnement, tout le volet, la PCH, les aides humaines, l'aménagement du logement, du véhicule, ce genre de choses. Après c'est

rechercher, quand il y a besoins d'aide humaines, c'est rechercher le financement, puisque les aides de la MDPH ne financent pas pour les plus de 60 ans. Donc là, il faut chercher ailleurs.

Enquêteur : Oui trouver d'autres solutions.

Assistante sociale : Oui oui, voilà, moi je représente un petit peu, le, on va dire le concret, j'aborde les choses concrète, des gens, pour leur sortie, je les accompagne un petit peu, un cheminement, voilà, pour se projeter à l'extérieur.

Enquêteur : Oui bien sûr surtout dans ces cas là où c'est un changement brutal

Assistante sociale : Oui et pour certains on est, là, heureusement ce n'est pas le cas pour tout le monde mais on est à la recherche après de, on est sur un départ en institution tellement le handicap va être lourd. Notamment pour les gens, en fait les gens seuls, les gens isolés, parce qu'on a beaucoup de patients qui conservent de graves difficultés mais qui ont un conjoint donc là, ça change tout. Mais quelqu'un qui est seul, on est sur des demandes d'EHPAD, donc souvent ils restent dans le service, enfin, oui, ils restent tant qu'il n'y a pas de places en EHPAD ou en USLD, j'en ai deux récemment qui sont partis à René Fortin en USLD.

Enquêteur : Ah oui d'accord, c'est trouver une autre solution

Assistante sociale : Oui c'est quand vraiment le domicile n'est plus du tout possible

Enquêteur : Oui, d'accord, et par rapport à ça, par exemple pour les personnes qui rentrent à domicile, je suppose qu'il y a encore de la rééducation qui est faite à domicile, donc est ce que cette recherche de kiné, de soignants, est ce que vous participez

Assistante sociale : Je peux, je peux, alors souvent les familles, les personnes elles-mêmes, mais dans certains cas oui je peux les aider à trouver, les cabinets infirmiers, les SSIAD justement, parce qu'il faut aussi un peu anticiper, si il y a une liste d'attente, enfin sur Brest ça va, on n'a pas trop de problème.

Enquêteur : D'accord et au niveau de la date de sortie, les patients et vous aussi, combien de temps avant la date de sortie environ, l'information est donnée ?

Assistante sociale : Alors là, dans ce service c'est très, il y a des réunions familles on appelle ça des RDV Famille toutes les 3 semaines, avec les médecins, les cadres, moi, enfin ma collègue dans le passé avait plus de temps et elle y allait moi malheureusement je n'ai pas ce temps-là, après parfois j'y vais quand la situation est vraiment complexe, c'est intéressant j'y vais. Et ces points là ils permettent de faire le point toutes les 3 semaines avec le patient et sa famille donc c'est quand même, c'est très très bien, comme ça la sortie elle est annoncée au moins, au moins 3 semaines avant.

Enquêteur : Ah oui, donc ça permet de se projeter

Assistante sociale : Oui oui oui, après en dermatologie non, on n'est sur un autre registre, on est sur des fois la veille ou deux jours avants, quoi que ça va, ce n'est pas un service ou ça va trop vite mais, c'est aussi un service sur lequel, en général, si moi j'ai besoin, enfin si la situation nécessite quelques jours pour prévoir, pour mettre les choses en place, voilà ils peuvent patienter, sauf si vraiment ils veulent hospitaliser des personnes en urgence mais en général ça va.

Enquêteur : Oui il y a une possibilité à ce niveau-là aussi

Assistante sociale : Oui oui de marge de manœuvre.

Enquêteur : D'accord. Et j'ai une question au niveau de la place de la famille, puisqu'elle semble très présente, et donc est-ce la famille justement est toujours partante

Assistante sociale : Oui quand même, déjà c'est rare qu'on ait, ça arrive que des gens soit seuls mais la plupart du temps on a des proches. Après la plupart du temps ils sont loin, donc ce n'est pas facile, mais même avec la distance ça reste des gens soutien, on peut s'appuyer, mais après c'est sûr qu'il y a de gens qui ont un parcours de vie particulier, qui ont des enfants mais qui, soit il n'y a plus de relations, ou certains qui n'en n'ont pas, donc c'est vrai que nous on est sensible à ça, on cible vraiment les personnes. Il y a un repérage des personnes isolés, c'est un critère important dans le repérage parce qu'on sait qu'elles peuvent être plus fragiles. Donc dans ces cas-là, on essaye de trouver du relais, quelque chose à l'extérieur. Et après, là j'ai une situation récente, j'ai réussi à convaincre le monsieur, mais il a changé d'avis, il trouvait ça trop intrusif, après on arrive des fois à des limites, je lui expliquais que si je le juge trop vulnérable, j'ai quand même cette mission, ce devoir en quelque sorte de faire un signalement, cette possibilité-là. Après voilà, il y a des personnes isolées mais qui ont un passage infirmier matin et soir donc on se dit, que s'il y a quelques choses de compliqués, ce sont des personnes qui pourraient donner l'alerte. Mais au maximum on cherche vraiment l'alliance avec les gens.

Enquêteur : Oui

Assistante sociale : Mais c'est vrai que les personnes âgées, c'est surtout quand on commence à parler d'institution c'est quand même compliqué, parce que, c'est rare les personnes qui sont volontaires pour envisager ce genre d'avenir, donc pour autant on aborde le sujet assez fréquemment. Après il y aurait une volonté médicale que toutes les personnes âgées soient inscrites de précaution en EHPAD mais en plus ça ne résoudrait pas le problème quoi, ce n'est pas parce qu'on est inscrit que le jour où on a besoin on est prioritaire, donc ça dépend vraiment de la situation du moment. Après l'intérêt c'est d'en parler. Et après avec les familles souvent, les enfants c'est vraiment un sujet un peu tabou, les enfants la plupart du temps nous en parle mais n'en parle pas avec leur proche.

Enquêteur : Ah oui vous faites l'intermédiaire entre les enfants et les parents en fait dans la discussion

Assistante sociale : Oui oui ce n'est pas rare. Voilà, on permet de ramener à une certaine réalité et d'aborder les choses. Après c'est normal, il y a le lien affectif qui fait que.

Enquêteur : Oui ce n'est pas toujours facile d'en parler.

Assistante sociale : Oui et puis des fois c'est brutal aussi une perte d'autonomie, et puis, voilà, il ne faut pas oublier que l'hôpital c'est un moment de crise, après ça ne doit pas dire forcément que la personne doit partir en institution. Après oui peut être que dans son parcours à domicile, il y aura des séjours à l'hôpital, à cause de chutes, à cause, voilà, mais ça c'est plus le corps médical qui a du mal à entendre ça, et à l'envisager. Voilà après ça engorge les urgences, les choses comme ça

Enquêteur : Ah oui oui c'est sûr

Assistante sociale : Mais bon après, moi en dermatologie j'ai aussi plein de personnes âgées qui viennent d'EHPAD, donc ce n'est pas parce qu'on va en maison de retraite que l'on est plus hospitalisée non plus

Enquêteur : Oui bien sûr on ne vient pas forcément du domicile quand on va à l'EHPAD.

Assistante sociale : Oui oui, après en dermatologie c'est beaucoup des problèmes d'escarres, de choses comme ça chez des sujets âgés qui sont souvent alités en maison de retraite

Enquêteur : Oui des problématiques aussi peuvent être plus spécifiques aux EHPAD

Assistante sociale : Oui oui. Mais c'est vrai que sur Brest on a quand même un gros tissu de sociétés d'aide à la personne, voilà, donc c'est vrai que c'est assez, moi je travaille oui avec Age d'Or Services, M (*Responsable Age d'Or Services Brest*) c'est ça

Enquêteur : Oui c'est ça

Assistante sociale : Oui je travaille souvent avec lui, quand on a repéré des gens comme ça, de confiance, ils sont efficace, c'est assez précieux pour nous.

Enquêteur : Oui c'est vrai que chaque service a ses spécialités

Assistante sociale : Oui il est très réactif, là j'ai encore fait appel récemment pour des gens isolés, quand on n'a pas de relais, il joue bien ce rôle, bon là heureusement c'était des personnes qui avaient les moyens financiers donc qui pouvaient payer ce type de service quoi. Bon s'il n'y avait pas, c'est vrai que parfois c'est problématique. L'argent aide, c'est sûr

Enquêteur : Oui sinon ça ajoute une problématique à une situation déjà compliquée

Assistante sociale : Oui parce que déjà les aides ne sont pas réactives d'emblées, ou il y a un reste à charge, voilà. Moi je dis souvent au gens, un maintien à domicile qui a un peu, qui est lourd un peu en terme de volume d'aide humaine par exemple, et bin ça coute, ça coute, voilà, moi je remarque souvent, quand il y a la famille, la famille attend quand même beaucoup beaucoup de nous. Moi dans ma pratique, je les rends au maximum acteur, pour leur redonner du pouvoir, ils pensent que moi je peux mieux que, je sais mieux que, alors je leur dis toujours déjà, c'est vous qui connaissez le mieux votre parent, enfin, voilà, et ça parait assez bête mais par exemple le dossier APA, ils sont toujours étonné quand on dit qu'il y a un questionnaire familial à remplir, donc par la personne avec son entourage en fait pour ses besoins. Et ils sont, pour beaucoup ça les étonne qu'on leur laisse entre guillemets se pouvoir là, cette place-là, ils disent au non, c'est au médecin de compléter, mais non, le médecin déjà avant il ne venait pas toujours à domicile pour l'évaluation et je leur dis, mais c'est vous qui êtes au plus proche de la personne, qui la connaissez le mieux, et ça ça les déroute. Mais voilà, moi je travaille comme ça et je dis, il faut que les gens ils aient les choses en main pour se les approprier, voilà, si il y a des choses à faire, comme la recherche d'EHPAD, enfin, moi je n'ai aucun, je ne peux pas pousser les choses, alors voilà, je peux transmettre les dossiers, je les aides sur le plan logistique, mais je leur dis que c'est à eux de rappeler, régulièrement pour que ça aboutisse, de se déplacer, de s'investir, maintenant la plupart des EHPAD veulent rencontrer les familles, la personne, certains EHPAD, avec les psychologues vont au-devant des personnes pour aussi voir si c'est bien leur projet, voilà, c'est le patient en premier mais la famille doit être un acteur. Donc voilà et certaine générations, les générations les plus anciennes ont du mal

Enquêteur : Oui elles se tiennent peut être un peu en recul des professionnels

Assistante sociale : Oui voilà, c'est vous qui savez mieux, c'est le médecin qui sait. Donc il faut les impliquer parce que ça, voilà, ils se remettent un peu à nous, mais ça ne peut pas se passer comme ça.

Enquêteur : Oui pour que tout fonctionne il faut une implication des proches aussi

Assistante sociale : Oui et si il faut aider la personne à cheminer, si la personne doit aller en institution, nous on le fait, on est là, mais c'est en premier lieu la famille qui doit accompagner ce projet, c'est quand même

Enquêteur : Oui ça doit se construire en famille aussi

Assistante sociale : Oui et en soutien aussi. Et puis bon il faut le dire aussi, nous on a moins de temps, donc je pense que c'est une très bonne chose, on a moins de temps, moins de moyens donc quelque part ça redonne toute sa place à la famille, l'entourage et c'est une bonne chose, on ne peut pas se substituer à la première des solidarités. La première des solidarités c'est la solidarité familiale quoi donc voilà.

Enquêteur : Oui et ça va aussi dans le sens de cette logique de maintien à domicile, dans un contexte familial, dans un environnement qui est singulier, donc on reste dans cette logique

Assistante sociale : Oui oui tout à fait.

Enquêteur : D'accord, je vous remercie d'avoir répondu à mes questions.

Assistante sociale : De rien, c'est normal.

Annexe 8 : Fiche de liaison service social CHRU/CLIC de Brest

CHRU BREST

Brest
DIRECTION DE L'ACTION SOCIALE

Tél : 02.98.33.21.66
Fax : 02.98.33.21.60

FICHE DE LIAISON SERVICE SOCIAL CHRU / CLIC DE BREST

DATE DE SORTIE PREVUE ___/___/_____

NOM et Prénom _____

Date de naissance ___/___/_____

Adresse _____

_____

Téléphone ___/___/___/___/___/___/

Situation de famille

Célibataire □ Marié □ Divorcé □ Séparé □ Veuf(ve) □ Vie maritale □

Personne vivant au domicile _____

Nom et coordonnées de la famille ou du référent _____

_____

Mesure de protection oui □ non □ en cours □

Si oui, Tutelle □ Curatelle □ Curatelle renforcée □

Nom et coordonnées du mandataire : _____

_____

Nom et coordonnées du médecin traitant _____

Aides existantes avant hospitalisation + coordonnées des intervenants :

_____

_____

Caisse de retraite principale _____

Ressources mensuelles _____

GIR ___

BESOINS EVALUES PAR LE SERVICE SOCIAL DU CHRU

DEMARCHES ENGAGEES PAR LE SERVICE SOCIAL DU CHRU

MOTIFS DE L'ORIENTATION VERS LE CLIC

NOM ET TEL DE L'ASSISTANTE SOCIALE DU CHRU

ADRESSE MAIL

ACCORD ET SIGNATURE DE L'USAGER OU DU REFERENT FAMILIAL

DATE

N° Fax du CLIC 02 98 33 21 60

REVENIR CHEZ SOI APRES UNE OU PLUSIEURS HOSPITALISATIONS

Quels ajustements des parcours des individus par le recours à des services à domicile?

Auteur : Laurine CHAMBERT
Date : Le 07 juin 2018

Résumé :

Accompagnant les personnes âgées au cours de leur parcours de vie, les services d'aide et d'accompagnement à domicile s'inscrivent dans la promotion des vieillissements à domicile formulée par les pouvoirs publics. Au cours de cette étape, des éléments individuels et environnementaux peuvent conduire les individus à faire l'expérience de l'hospitalisation. Le retour à domicile après ce séjour hospitalier constitue une nouvelle transition qui s'élabore à partir du vécu de chacun tout en impliquant les modalités qui caractérisent leur présent.

Les trajectoires de maladies et les changements produits lors de l'hospitalisation conduisent les personnes concernées à réaménager leur mode de vie à domicile. Le recours à un service d'aide et d'accompagnement à domicile se concrétise souvent lors de cette étape charnière afin d'accompagner ces personnes pour retrouver un nouvel équilibre de vie. A partir de deux séquences clés des retours à domicile, ce travail expose les ajustements réalisés depuis la sortie de l'hôpital qui visent à poursuivre le mode de vie à domicile.

Abstract :

Home support services accompany elderly people over the course of their life as announced by the public authorities in their will to promote home aging. Even with those helpful services, individual and environmental elements can lead people to hospitalization. Going back home after hospitalization is a transition based on everyone's experience while involving the elements that characterize their present.

Disease trajectories and changes induced by hospitalization lead people to remodel their lifestyle at home. The use of home support services often happens at this stage. The service then accompanies people to find back balance in their life. Through two key sequences of people going back home, this work shows the adjustments made since leaving the hospital to continue a home lifestyle in autonomy.

Mots clés : Hospitalisation, Retour à domicile, Parcours de vie, Trajectoires de maladies
Key words : Hospitalization, Return home, Course of life, Disease trajectories

Université de Bretagne Occidentale
UFR LLSHS - 20 Rue Duquesne – CS 93837
29238 BREST Cedex 3
Tél : 02.98.01.63.32 – Fax : 02.98.01.65.89