



HAL
open science

Le repérage des séniors fragiles : vers un changement de paradigme dans le management des services d'aide à domicile ?

Angélique Poncet, Hubert Brechet, Maryline Darré

► To cite this version:

Angélique Poncet, Hubert Brechet, Maryline Darré. Le repérage des séniors fragiles : vers un changement de paradigme dans le management des services d'aide à domicile?. Sciences de l'Homme et Société. 2021. dumas-03510426

HAL Id: dumas-03510426

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03510426v1>

Submitted on 4 Jan 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

MOMA

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ POUR L'OBTENTION DU

MASTER 2 MANAGEMENT STRATEGIQUE DES ORGANISATIONS DE SANTE
Option « médico-sociale »

Le repérage des séniors fragiles : vers un changement de paradigme dans le
management des services d'aide à domicile ?

Présentés par :

PONCET Angélique
BRECHET Hubert
DARRE Maryline

Jury :

Mr NOGUES Michel

Professeur en géographie de la santé à l'Université de Montpellier
directeur du mémoire

Mme GEORGESCU Irène

Professeur en Sciences de gestion à l'Université de Montpellier
Directrice du Master 2 MSOS

Année : 2021

Date de la soutenance : 17 septembre

Remerciements :

Ce travail de mémoire est le résultat d'un travail collaboratif qui n'aurait pas pu être mené à bien sans la participation de nombreuses personnes bienveillantes, curieuses, et altruistes qui nous ont aidé et qui ont répondu à nos diverses sollicitations.

Nos premiers remerciements vont à Monsieur Michel NOGUES, pour avoir accepté de diriger ce travail de mémoire et d'avoir su nous mettre sur « les rails » de ce choix « complexe ».

Nous remercions Madame Irène GEORGESCU, Directrice du Master 2 pour sa présence, sa disponibilité et sa guidance. Nous souhaitons associer à ceux-ci, Madame JOUANIN, Monsieur NARO, à qui ce travail doit beaucoup de par la réflexion qui ont su susciter.

Nous tenons à remercier chaleureusement l'ensemble des professionnels sollicités, lors de la diffusion des questionnaires et des entretiens individuels, il ont su prendre le temps malgré les conditions sanitaires actuelles, et plus particulièrement, Madame Véronique MICHALET, responsable de l'ADMR Hérault, Monsieur Tony DATO, responsable commercial de la poste pour les agences situées sur Antigone et Port Marianne, Madame Mathilde ROLAND, Responsable du parcours séniors du Service Soins Infirmiers A Domicile au sein du CCAS de Montpellier, Madame Eva LARBOULETTE NIGEN, Directrice Départementale Autonomie, le coordinateur régional de l'association Aividence, Madame Elodie JUILLIE, responsable du pôle soins au SSIAD Delta. Mais également Monsieur Joël ECHEVARRIA, Président de l'association ASA (SSIAD et SSAD), Monsieur Benjamin MISERY, PDG de Les Sénoriales (RSS) et Monsieur GUILLEMIN, Directeur Pôle Qualité Innovation Exploitation de l'AUXI'LIFE (SSAD).

Nous tenons également à remercier l'équipe du CESEGH pour la qualité de son accompagnement et qui nous ont permis de poursuivre dans de bonnes conditions notre année universitaire malgré des situations exceptionnelles.

Pour les discussions enrichissantes et argumentées autour de ce travail à des phases très différentes de son élaboration, nous nous remercions entre camarades de promotion.

Enfin, nous ne pouvons oublier nos collègues de travail, nos équipes, et surtout nos proches qui dans un soutien tant moral que logistique sans faille, ont eu à « subir » nos absences, nos doutes, notre cheminement...merci à eux.

TITRE : Le repérage des séniors fragiles : vers un changement de paradigme dans le management des services d'aide à domicile ?

RESUME :

Appliquées aux politiques du vieillissement, les notions de fragilité ont pour point commun de permettre un repérage du risque de fragilité, un suivi et un accompagnement des séniors, notamment à domicile.

En effet, les nouveaux horizons de la qualité, de la sécurité et de l'efficience (Rapport Aubert) dans les soins ouvrent un véritable challenge pour les responsables et leur équipe des structures dites intermédiaires : Services de Soins à Domicile (SSAD), Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD).

L'ensemble de la communauté médicale ainsi que les experts du vieillissement s'accordent sur l'état réversible des situations de fragilité. L'approche par les déterminants de santé, adaptée à la prévention s'inscrivent dans une démarche positive de la santé et de l'avancée en âge, en référence à la promotion de la santé.

Les interrogations abordées dans ce corpus de travail touchent à la place du repérage du risque de fragilité dans le « *prendre soin* » des séniors à domicile. Plus largement, de l'importance de coordonner les actions de prévention partenariales, auprès des séniors, par un management de proximité dans une vision globale voire, dans une approche systémique.

MOTS CLES :

Vieillesse-données démographique et épidémiologique, séniors, repérage du risque de fragilité, déterminants de la santé, management systémique, transversalité, approche participative des séniors et empowerment.

Abréviations :

CARE : Capacités, Aides et Ressources des seniors

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources

ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

APA : Allocation Personnalisée à l'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CDCPH : Conseils Départementaux Consultatifs des Personnes Handicapées

CISS : Collectif Inter Associatif pour la Santé

CCMSA : Caisse Centrale Mutualité Sociale Agricole

CESU : Chèque Emploi Service Unifié

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CNRPA : Comité National des Retraités et des Personnes Âgées

CODERPA : Comité départemental des Retraités et des Personnes Âgées

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CVS : Conseil de la vie sociale

DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale

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

GIR : Groupe Iso-Ressources

GMP : Gir Moyen Pondéré

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MEDEF : Mouvement Des Entreprises de France

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNAPPA : Plan National d'Action de Prévention de la Perte d'Autonomie

PSD : Prestation spécifique dépendance

SSIAD : Service de soins Infirmiers à Domicile

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

SFGG : Société Française de Gériatrie et de Gérontologie

SPASAD : Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile

Remerciements

Résumé

Abréviations

INTRODUCTION	Page 1
CHAPITRE 1 : REVUE DE LITTERATURE	Page 6
A. CADRE THEORIQUE	Page 6
I. Projections de population à l’horizon 2060 : un tiers de la population âgé de plus de 60 ans	Page 6
1. La transition démographique.....	Page 6
2. La transition épidémiologique	Page 8
II. Les séniors face au vieillissement	Page 9
1. Définition du terme sénior.....	Page 9
2. Caractéristiques des séniors	Page 9
3. Que signifie être un senior aujourd’hui ?	Page 10
4. Propos d’étape.....	Page 11
5. Changement de stratégie résidentielle, mode de vie des retraités futurs ...	Page 12
B. LES CONCEPTS	Page 14
I. Le concept de fragilité	Page 14
1. Définitions de la fragilité.....	Page 14
2. La notion de réserve à la notion de ressources	Page 16
3. Ces deux notions de réserves et de ressources appliquées au champ de la fragilité.....	Page 17
4. Cartographie des séniors selon leur profil	Page 18
5. Dépister pour prévenir : l'utilité du concept de fragilité : la réversibilité du processus.....	Page 19

6. Epidémiologie : La prévalence de la dimension de fragilité chez les séniors à domicile et en établissement	Page 20
7. Les actions dans le champ de la fragilité : la prévention.....	Page 25
II. Concepts de Santé : De la santé individuelle à la santé publique, Qu'est-ce que la notion de santé ? Comment définir la santé ?	Page 28
1. Diversité des concepts de santé.....	Page 28
2. Qu'est-ce que la santé individuelle ?	Page 28
3. Le concept de santé publique ou collective.....	Page 29
III. Le concept de promotion de la santé.....	Page 35
1. Définition	Page 35
2. La démarche de la promotion de la santé.....	Page 35
3. Les quatre stratégies de la promotion de la santé.....	Page 35
4. Propos d'étape.....	Page 36
IV. Le concept des déterminants de la santé.....	Page 36
1. Définition.....	Page 36
2. Facteurs de risques : les quatre grandes familles de déterminants de la santé et leurs impacts.....	Page 37
3. Propos d'étape.....	Page 41
4. La notion de gradient social	Page 42
5. Les modèles selon DALHGREN et WHITEHEAD.....	Page 42
6. Propos d'étape.....	Page 44
7. Les actions sur les déterminants de la santé : une responsabilité partagée....	Page 44
CHAPITRE 2 : TROUVER DES ELEMENTS DE COMPREHENSION	
L'EVOLUTION DE LA NOTION D'AIDE A DOMICILE.....	Page 45

I. Introduction.....	Page 45
II. Eléments de contexte et de définition permettant d'expliciter la situation actuelle du secteur.....	Page 46
1. De l'après-guerre aux années 90.....	Page 47
2. A partir des années 90.....	Page 48
3. Le 5ème risque ou la question de la dépendance.....	Page 50
4. La loi des services à la personne du 26 juillet 2005 ou plan BORLOO.....	Page 51
III. Quelles modalités d'accueil ?	Page 54
1. Les structures, cadre législatif.....	Page 54
2. Les Services d'aide et d'accompagnement (SAAD)	Page 54
3. Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	Page 54
4. Les Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)	Page 55
5. Les SPASAD « intégrés »	Page 55
IV. La place des proches dans l'accueil des séniors en situation de pré fragilité.....	Page 56
1. L'aide des proches : un reste à charge important.	Page 56
2. Une évolution récente.....	Page 56
3. Aux inégalités sociales interfamiliales pourraient s'ajouter des inégalités sociales intrafamiliales	Page 57
4. D'un point de vue économique, les solidarités familiales produisent des externalités négatives.....	Page 58
5. Propos d'étape.....	Page 58
6. Formulation de la question de recherche.....	Page 60
CHAPITRE 3 : ETUDE DE L'EXISTANT.....	Page 62
A. METHODOLOGIE.....	Page 62
I. Le travail de terrain.....	Page 62
1. Les objectifs.....	Page 62

2. Le temps des enquêtes.....	Page 62
B. L'ETUDE QUANTITATIVE.....	Page 63
I. L'objectif du questionnaire.....	Page 63
II. Le choix des questions	Page 63
III. En amont de la passation des questionnaires	Page 63
IV. Passation des questionnaires.....	Page 64
V. Analyse et discussion des résultats.....	Page 65
1. la partie concernant les questions fermées.....	Page 65
2. la partie concernant les questions ouvertes.....	Page 67
C. L'ETUDE QUALITATIVE.....	Page 69
I. Méthodologie.....	Page 69
II. Entretiens au sein de l'association AIVIDANCE.....	Page 70
1. Descriptif de l'entreprise.....	Page 70
2. Echantillons.....	Page 70
3. Méthode employée.....	Page 71
4. Résultats obtenus aux entretiens.....	Page 71
5. Une première conclusion.....	Page 74
III. Entretiens avec les managers du secteur services à domicile.....	Page 75
1. Méthodologie.....	Page 75
2. Les perceptions du management de ces structures.....	Page 75
IV. CONCLUSION.....	Page 78

CHAPITRE 4 : DISCUSSIONS AUTOUR DE L'EVOLUTION DU MANAGEMENT

DANS LE SECTEUR DU SERVICE A DOMICILE.....	Page 80
I. LE MANAGER FACE A UN CHAMP COMPLEXE.....	Page 80
1. Qu'est-ce que la pensée complexe ?	Page 80
2. Manager dans la complexité.....	Page 81

3. L'idée d'évoluer vers un management systémique.....	Page 82
II. La société inclusive » : du discours politique au changement de Paradigme pour l'action sociale.	Page 83
III. L'empowerment ou le pouvoir d'agir.....	Page 84
1. Essai de définition.....	Page 84
2. Le management et le pouvoir d'agir ou le management est le pouvoir d'agir ?..	Page 86
IV. L'application de la participation sur le terrain.....	Page 86
1. Quels impacts pour les politiques publiques d'action sociale?	Page 86
2. Quels impacts pour les personnes participantes ?	Page 87
3. Quels impacts pour les agents et les élus ?	Page 88
2. Quels impacts sur la conduite des démarches participatives ?.....	Page 89
5. Quelles conditions de réussite ?	Page 90
6. Une mise en œuvre impliquant personnes accompagnées et partenaires.....	Page 93
7. Points de vigilance et écueil à éviter.....	Page 96
8. Deux risques symétriques de redondance des instances de participation et de dilution de la parole des usagers	Page 100
CONCLUSION.....	Page 104

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES ILLUSTRATIONS

INTRODUCTION

« On reconnaît le degré de civilisation d'une société à la place qu'elle accorde à ses personnes âgées. »

Simone de Beauvoir. La vieillesse, 1970.

En préambule, il nous semble important de souligner qu'aujourd'hui, l'approche anthropologique est l'inévitable tournant des sciences humaines qui réfléchissent sur l'idée de l'homme impliqué par leurs démarches.

Même si elle n'est pas notre outil de recherche, il nous a paru important de le spécifier : cette approche a alimenté notre socle de réflexion. En ce sens où, elle touche l'ensemble des sciences humaines et sociales au cœur de ce qui fait vocation : comprendre l'être humain dans son unité et sa diversité, sa genèse individuelle et sociale et ses potentiels d'évolution. In fine, l'anthropologie sociale est d'interroger le statut et le traitement social des personnes âgées.

Ainsi que l'écrivait L.-V. THOMAS: « Dans certaines sociétés, en vieillissant, on voit mieux et, par là-même, on est mieux vu. »¹

On ne peut ignorer l'influence des recherches en anthropologie sociale de la vieillesse qui ont ouvert des voies trop souvent négligées en portant leurs focales sur la parole des vieux et des vieilles, en interrogeant les vieillissements des êtres humains, le corps et la mort au grand âge.

Ce préambule précise l'inscription du travail de recherche dans une approche holistique de l'individu.

La France, comme la plupart des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques, fait face au vieillissement croissant de sa population. Par ailleurs, cette importante évolution des séniors, va se répercuter mécaniquement sur le nombre de séniors en perte d'autonomie.

¹ anthropologie de la vieillesse <https://www.ldh-france.org/wp-content/uploads/2019>

Le déclin fonctionnel des séniors leur fait perdre progressivement leurs capacités pour réaliser des activités élémentaires du quotidien et crée un « besoin d'assistance », premier déterminant de la demande de prise en charge.

Ce besoin d'assistance est dénommé « dépendance » (de l'assistance d'un tiers) et qualifié en France de « perte d'autonomie. »²

Historiquement, la sphère privée a joué et joue encore un rôle essentiel dans la gestion de la vieillesse et de la « perte d'autonomie » en France. Elle comprend la famille et l'entourage des personnes qu'il faut aider et est qualifiée « d'aide informelle », voire parfois d'« aide naturelle ». La qualification « d'aide naturelle » provient du fait qu'elle s'instaure « naturellement » et progressivement entre les personnes de l'entourage : conjoints, enfants ou autres personnes de l'entourage ; et la personne perdant son autonomie.

Face à cette augmentation du nombre et de la proportion de séniors en situation de perte d'autonomie, les gouvernements successifs ont promu, depuis le rapport Laroque (1962), des politiques du « vieillir à domicile »³. La perte d'autonomie fait l'objet d'une intervention publique plus prononcée depuis le début des années 2000. C'est une notion qui s'est élargie, depuis 2003, pour adopter une approche de plus en plus globale de la personne. Il faudra attendre la loi du 09 août 2004 pour que la France se dote d'une véritable loi de santé publique. Par ailleurs, nous nous sommes appuyés sur les travaux, notamment sur le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie (2015) et la feuille de route « *Grand âge et autonomie* » (2018) pour introduire notre sujet de recherche.

Désormais, toutes les politiques publiques convergent vers le « Bien Vieillir » à domicile en favorisant le soutien de la personne âgée.

Le contexte de recommandations du plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie, précise que « *prévenir ces situations représente un véritable défi qu'il s'agisse d'interventions au domicile, avec le repérage des facteurs de risque de la fragilité et de la fragilité installée, mais aussi des actions conduites dans les établissements de santé. Stabiliser des situations caractérisées par une incapacité en préservant et valorisant les capacités restantes et en évitant une aggravation lorsque la récupération n'est guère possible, en particulier dans les EHPAD.* »⁴

² Le terme de perte d'autonomie ne vient pas en opposition à l'autonomie qui est souvent utilisée pour qualifier la faculté à se gouverner soi-même, il s'agit ici de la faculté à réaliser seul des activités élémentaires.

³ Loi relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, 2001 et la Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, 2015

⁴ Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie, coordination J.P. Aquino, Président du Comité Avancée en âge, mission d'appui de la DGOS, septembre 2015, p. 15

Le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie est structuré autour de six axes :

- ↳ améliorer les grands déterminants de la santé et de l'autonomie (axe 1) ;
- ↳ prévenir les pertes d'autonomie évitables (axe 2) ;
- ↳ éviter l'aggravation des situations déjà caractérisées par une incapacité (axe 3) ;
- ↳ réduire les inégalités sociales (et territoriales) de santé (axe 4) ;
- ↳ former les professionnels à la prévention de la perte d'autonomie (axe 5) ;
- ↳ développer la recherche et les stratégies d'évaluation (axe 6).

Dans ce contexte, retarder la perte d'autonomie des séniors consiste à intervenir en amont, sur les facteurs de risque de fragilité. À ce titre, il faut être en mesure d'identifier les situations pour lesquelles la perte d'autonomie n'est pas avancée. On parle dans ce cas de situations de fragilité.

Par conséquent, un des enjeux forts est le « *repérage du risque de fragilité* » chez les séniors ; devenant une priorité de santé publique pour notre société.

La notion de fragilité, dans son acception gériatrique, appartient à l'univers de la maladie ; elle se présente comme une diminution des réserves physiologiques qu'une personne mobilise face à un stress. Elle prédit des conséquences négatives (chutes, incapacités, hospitalisations, entrée dans des institutions, etc.).

Néanmoins, la fragilité est intéressante dans le sens où, elle décrit aussi des trajectoires réversibles et c'est, selon nous, ce qui en fait la pierre angulaire de toutes les politiques de prévention. Il est rappelé que les effets positifs des actions de prévention en santé publique dépendent notamment de la précocité de leur intervention.

Ainsi, la prévention de la perte d'autonomie doit s'engager en amont de la perte des capacités intrinsèques de la personne. En la matière, il convient ainsi d'intervenir le plus tôt possible. Il s'agit de faire en sorte que les séniors robustes le restent et, de l'autre côté, de faire revenir les séniors fragiles à un état de pré-fragilité, voire de robustesse. Ces deux approches donnent du sens en termes de prévention et sont le fondement même du plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie (axes 1,2, et 3 cités près cité).

L'approche du repérage du risque de fragilité par les déterminants de santé se situe d'emblée dans le domaine de la promotion de la santé ; conçu non pas comme un problème à résoudre mais bien comme une dimension positive à promouvoir à domicile.

Ainsi, participer au repérage du risque de fragilité, au cours de l'avancée en âge, concerne, comme nous venons de le voir précédemment, l'ensemble des structures de soins à domicile mises en place. Ces structures doivent être à même de prendre en compte ce repérage dans leurs activités professionnelles. Parmi, la population des séniors de 75 ans et plus à domicile, 33 % sont en situation de fragilité dans leur logement.⁵

Les structures de services de soins à domicile sont en quelque sorte le premier maillon de la filière gériatrique. Agir auprès des séniors vivant à domicile représente une porte d'entrée d'excellence, une cible prioritaire et pertinente, voir même l'un des défis de la gérontologie moderne.

En conséquent, il est aisé de comprendre qu'un effort de coopération entre toutes les parties prenantes du soin à domicile dans les champs sanitaire et social, y compris le sénior et son entourage, doivent s'articuler pour offrir à l'usager une prise en charge de qualité répondant non plus à la notion de vie dans le silence des organes mais à la définition de la santé vue par l'OMS, c'est-à-dire « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

Toutes ces raisons encouragent fortement à réfléchir à un travail en collaboration avec ces structures existantes et, déjà présentes auprès de certains séniors.

S'appuyer sur ce maillage existant, dans un objectif pragmatique, permettrait d'intégrer le repérage du risque de fragilité à la pratique des professionnels déjà présents sur le terrain.

Pour autant, ces parties prenantes du soin ont encore du mal à créer de véritables synergies de travail.

Nous avons donc fait le choix d'orienter notre travail de recherche, afin d'appréhender l'intégration du repérage des risques de fragilité, vers l'axe managérial. Et de fait, de nous demander en quoi le management de proximité est-il a même de favoriser l'engagement institutionnel dans la prise en compte du repérage du risque de fragilité.

⁵ Enquête Fragilité à domicile (HID 1999).

L'ensemble de ces considérations nous amènent à nous demander :

Dans quelles mesures l'outil « management » qu'il soit de proximité, systémique ou *ou horizontal* peut-il contribuer, dans le champ des structures de soins à domicile, au repérage du risque de fragilité chez les séniors ?

A cette fin, l'étude de notre travail est divisée en quatre chapitres.

Le premier chapitre est consacré au cadre théorique. Nous questionnerons la littérature afin de définir les concepts essentiels de cette recherche.

Le second chapitre porte sur la définition des champs des structures d'accompagnement des services et soins à domicile. Il s'agit également de repérer les acteurs clefs à mobiliser dans le cadre du repérage du risque de fragilité. En outre, ce chapitre expose les prescriptions qui régissent les statuts professionnels, leurs tâches, leurs missions et les moyens existants.

Le troisième chapitre est consacré à l'existant. A travers nos questionnaires et enquêtes de terrain, nous viendrons affirmer ou infirmer nos hypothèses. Les éléments recueillis sont présentés à partir d'une synthèse de nos rencontres.

Enfin, le quatrième chapitre met en lumière des perspectives de solutions possibles, aux différentes problématiques, propres au secteur.

CHAPITRE 1 : REVUE DE LITTÉRATURE

A. CADRE THEORIQUE

I. Projections de population à l'horizon 2060 : un tiers de la population âgé de plus de 60 ans

1. La transition démographique

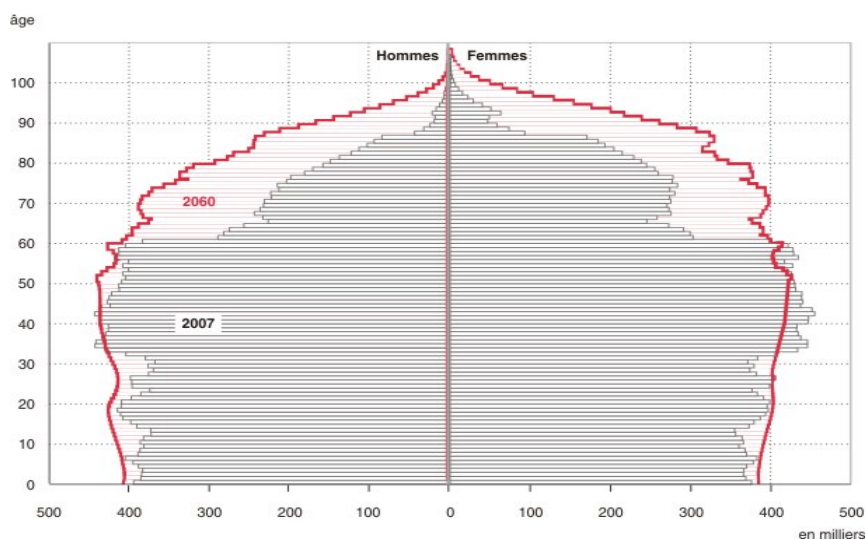
Le contexte démographique français est caractérisé à la fois par une augmentation de la proportion des personnes âgées, c'est-à-dire un vieillissement de la population, et par une croissance de leur nombre en valeur absolue, ce que nous appelons une gérontocroissance. En effet, cette gérontocroissance est de plus en plus appréhendée comme une véritable opportunité de croissance économique. En effet, l'ensemble des progrès réalisés dans différents domaines explique un accroissement de la proportion des personnes âgées de plus de 60 ans dans la population générale.⁶

Selon les dernières prévisions de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), les personnes âgées d'au moins 65 ans représentent 20,5 % de la population, contre 20,1 % un an auparavant et 19,7 % deux ans auparavant. Leur part a progressé de 4,7 points en vingt ans. Le vieillissement de la population s'accélère depuis 2011, avec l'arrivée à 65 ans des générations nombreuses nées après-guerre. Entre 2000 et 2020, la hausse est de 2,4 points pour les habitants âgés de 75 ans ou plus, qui représentent près d'un habitant sur dix au 1er janvier 2020. En revanche, la proportion des jeunes âgés de moins de 20 ans a reculé de 1,9 point pour s'établir à 23,7 %. Les habitants âgés de 20 à 59 ans représentent, quant à eux, la moitié de la population, soit une baisse de 4,4 points en vingt ans.

Nous pouvons donc retenir que la part des 60 ans ou plus dans la population va augmenter jusqu'en 2035, passant de 21,7% à 31%. Après 2035, elle devrait continuer à croître à un rythme plus modéré et plus sensible aux différentes hypothèses, en particulier sur la mortalité. Concernant les plus de 75 ans qui étaient 5,2 millions en 2007 (8,9% de la population) seront 11,9 millions en 2060 (16,2% de la population) et les 85 ans et plus passeront de 1,3 à 5,4 millions, soit quatre fois plus qu'aujourd'hui. Ci-dessous les données démographiques.

⁶ Rapport Groupe de travail Dépendance 2011

Figure 1 Graphique – Pyramide des âges en 2007 et 2060



Champ : France métropolitaine.

Source : Insee, estimations de population pour 2007 et projection de population 2007-2060 pour 2060.

Un autre support, sous la forme de tableau (figure 2) nous apporte des éléments sur la perte d'autonomie chez les séniors en comparant les structures de types EHPAD et les structures de soins à domicile.

Figure 2 – Nombre de séniors en perte d'autonomie

	2015	2027	2050
Nombre de séniors	16 235 900	19 933 500	24 274 500
Nombre de séniors en perte d'autonomie	2 488 900	2 958 300	3 989 200
À domicile	1 948 700	2 347 400	3 160 200
En établissement	540 200	610 900	828 900

Champ : France hors Mayotte, personnes de 60 ans ou plus.

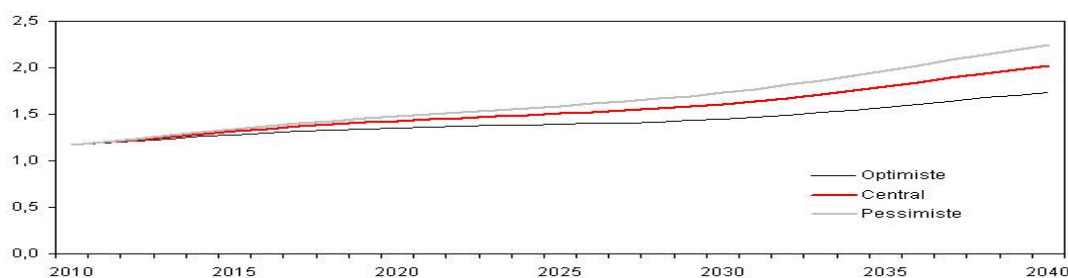
Source : Insee, projections Omphale ; Drees, enquêtes EHPA 2015 et VQS 2014.

L'analyse du tableau met en évidence, pour l'année 2014, la France hors Mayotte comptabilise 2.5 millions de personnes âgées en perte d'autonomie, soit 15.3 % des personnes âgées de 60 ans ou plus. Parmi elles, 700 000 séniors peuvent être considérés en perte d'autonomie sévères. La perte d'autonomie concerne surtout les âges élevés : ainsi, 30.2 % des individus de 75 ans ou plus sont en perte d'autonomie, contre 6.6 % des individus de 60 à 74 ans.

2. La transition épidémiologique

Les travaux de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) confirment que le vieillissement n'implique pas nécessairement la dépendance, y compris au grand âge. En effet, seule une partie des personnes très âgées est dépendante. Le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie, défini par le nombre de personnes bénéficiaires de la prestation d'aide à l'autonomie (APA) dixit « *augmente avec l'âge : 5% des bénéficiaires de l'APA ont moins de 70 ans ; 75% plus de 79 ans ; 50% plus de 85 ans, 25% plus de 89,5 ans, soit au total (en 2010) : 1 185 000 personnes. En moyenne, les nouveaux bénéficiaires ont 83 ans* ». Toujours mais selon d'autres sources documentaires du « Groupe de travail Dépendance 2011 » (scenario intermédiaire pour la France métropolitaine) estiment les prévisions suivantes « *le nombre de personnes dépendantes doublerait d'ici 2060 pour passer de 1,15 million de personnes à 2,3 millions alors que les plus de 75 ans qui étaient 5,2 millions en 2007 (8,9% de la population) seraient 11,9 millions en 2060 (16,2% de la population)* ».

Figure 3 – Projections du nombre de personnes âgées dépendantes bénéficiaires de l'APA à l'horizon 2040, selon l'hypothèse d'évolution de la prévalence de la dépendance (en millions)



Source : DREES, pour le rapport « perspectives démographiques et financières de la dépendance », 2011.

L'analyse du graphique nous éclaire, ainsi si les gains d'espérance de vie se font entièrement en bonne santé (hypothèse de prévalence optimiste), le nombre de personnes âgées dépendantes bénéficiant de l'APA en France devrait passer de 1,2 million en 2010 à 1,7 million en 2040.

En fin de compte, la dépendance est l'une des questions que pose le défi majeur du vieillissement. C'est ainsi que la prévention de la dépendance est largement soulignée comme nécessaire, comme nous le verrons plus loin dans les différents rapports publiés.

II. Les séniors face au vieillissement

L'approche démographique et épidémiologique, nous amène à définir dans un premier temps la population cible de l'étude. Ainsi, nous chercherons à établir qui sont les séniors. Puis, dans un second temps, nous justifions la nécessité d'établir le choix résidentiel prédictif des séniors.

1. Définition du terme sénior

Le mot senior, parfois orthographié « sénior » signifie étymologiquement « plus âgé », « plus vieux » ou « plus ancien ». C'est un mot latin comparatif de SENEX, SENIS (adjectif) signifiant « âgé ». La notion de « sénior » s'oppose dans ce sens à junior. Dans les écrits, tantôt le terme sénior et personne âgées seront utilisés.

2. Caractéristiques des séniors

Lorsque l'on parle de séniors, on regroupe une vaste catégorie de personnes qui se différencient par de nombreuses caractéristiques.

Cela peut inclure des personnes encore actives ou des personnes retraitées, ayant des déficits ou pas, vivant seules ou avec leurs familles, ayant le statut d'aidant ou d'aidé, vivant chez elles ou en institution, différant par leur âge, ce qui se traduit par des effets générationnels en termes d'attitudes, aptitudes, désirs, etc.

Chacune de ces catégories a des besoins spécifiques, et parmi les plus importants, ceux qui peuvent compenser la perte d'autonomie.

Ainsi, dans un premier temps, nous définirons ce que signifie être un sénior aujourd'hui. Dans un second temps, il s'agira de retenir un critère « âge » afin de borner notre travail de recherche.

3. Que signifie être un senior aujourd'hui ?

Il s'agit à présent de délimiter la notion de sénior. Dans la littérature, les seuils retenus pour définir les populations de personnes âgées varient selon les auteurs et les époques.

D'après l'OMS, la vieillesse concerne les personnes âgées « de 65 ans et plus ».

Au gré de l'INSEE le terme « sénior » est défini comme « les personnes âgées de 50 à 64 ans »⁷.

Ensuite, dans le monde de l'entreprise, l'accord national interprofessionnel du 13 octobre 2005 relatif à l'emploi des séniors, les définissait comme « les individus salariés, âges de 45 ans et plus⁸ ».

En 2012, Alain VILLEMEUR docteur en économie, a défini le terme « séniors » comme « l'ensemble des individus entre 50 et 75 ans⁹ ».

Enfin, dans son rapport « Vivre ensemble plus longtemps » du 06/07/2010¹⁰, le Centre d'analyse stratégique fait la distinction entre les « personnes âgées » (ou les « aînés ») désignant les plus de 75 ans, et le « grand âge » désignant les plus de 85 ans. Ici, le concept de « personne âgée » revêt d'autres dimensions que l'âge. En effet, l'âge n'est qu'un indicateur partiel pour définir une personne âgée. Les « groupes d'âge » proposés par le Centre d'analyse stratégique ont été définis à travers un croisement de deux critères : l'état de santé et d'âge de la personne.

Concernant les « personnes âgées », c'est autour de l'âge de 75 ans que la santé se dégrade durablement et que des vulnérabilités plus ou moins importantes apparaissent. La vie sociale est parfois moins intense, et des processus de retrait commencent à s'observer.

⁷ site internet <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238381?sommaire=4238781>

⁸ site internet <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238437>

⁹ site internet https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_atelier_5/prevention_de_l'autonomie

¹⁰ site internet archives.strategie.gouv.fr/.../rapport-vivre-ensemble-plus-longtemps

Un « sous-groupe » mérite toutefois d'être distingué : les personnes âgées de 75 à 85 ans qui, malgré la dégradation de leur état de santé, restent autonomes (désignés dans le langage courant sous le vocable de « troisième âge »).

Au-delà de 85 ans (« grand âge »), le risque de perte d'autonomie pour les activités de la vie quotidienne s'accroît très fortement.

Pour conclure, conformément à Serge GUERIN, sociologue, conscient du côté arbitraire de ces 60 ans, et considérant l'absurdité de ne faire qu'un seul groupe des plus de 60 ans, propose d'opérer une classification au sein des « seniors ».

Ainsi, il distingue :

Les séniors traditionnels qui à 55, 70 ou 85 ans développent des comportements à l'image de ceux de leurs aînés et conservent un grand sens de leur rôle social ;

Les séniors fragilisés qui peuvent subir une dégradation physique, mentale, morale ou économique ;

Les jeunes séniors, dont l'âge s'étale entre 50 et 70 ans. Les boomers bohèmes, surnommés les "BooBos"¹¹. Serge Guérin dans l'ouvrage "Le grand retour des séniors" aborde le sujet du mode de consommation des séniors pour marquer que les jeunes seniors se distinguent fortement (physiquement, moralement et socialement) de leurs aînés. Ils forment un nouveau type sociologique de seniors.

Ces boomers bohèmes, est le groupe qui domine au niveau de l'innovation. Ils sont 8 millions et sont issus des années hippies. Ce sont des consommateurs plus exigeants de par leurs expériences. En effet, c'est un groupe dit « surinformé » car ils voyagent, rencontrent d'autres personnes afin d'être intégré dans l'évolution de la société. Ils poussent les entreprises à la création. Ils ont des avantages non négligeables pour les entreprises tels que le temps, la forme et l'argent.

4. Propos d'étape

Il est rappelé que les effets positifs des actions de prévention et de promotion de la santé dépendent notamment de la précocité de leur intervention. Ainsi, la prévention de la perte d'autonomie doit s'engager en amont de la perte des capacités intrinsèques de la personne comme nous l'avons vu précédemment.

¹¹ Juin 2013, Serge GUERIN, "Le grand retour des séniors"

En la matière, il convient ainsi d'agir tôt. La tranche d'âge constituant le premier moment d'intervention se situant au moment du passage à la retraite (60-67 ans), le deuxième temps vers 75-80 ans, période cruciale d'un risque de survenue d'incapacités.

Pour autant, cette séniorisation à étages, outre le fait de sa complexité, présente l'inconvénient de catégoriser avec, le danger sous-jacent de stigmatiser. Ainsi, au vu de tous ces éléments et en dépit de l'arbitraire qui s'attache à la découpe d'âges, nous faisons le choix de retenir comme frontière d'âge les séniors âgées de 60 à 75 ans.

5. Changement de stratégie résidentielle, mode de vie des retraités futurs : le choix du domicile

Ce vieillissement s'accompagne aussi d'un questionnement sur les modes de vie futurs de ces retraités. En effet, la diminution de la mortalité au grand âge a pour conséquence un gain d'espérance de vie et ce pour les femmes comme pour les hommes. La conséquence de cet état de fait est la diminution du nombre de situations de veuvage et, par là même, le maintien de la vie en couple sur une période plus longue.

L'intérêt recherché est double : diminution des situations d'isolement et une entrée en institution retardée. Même seul, le désir de se rapprocher d'espace urbain confère à celui de maintenir un sentiment d'indépendance et d'une idée d'amélioration des conditions de vie. Une tendance se dessine : c'est désormais aux très grands âges et/ou avec l'apparition de handicaps lourds que la décision d'entrée en établissement se pose à la personne et à sa famille.

Les séniors retraités, s'ils estiment majoritairement n'avoir pas de projets de vie planifiés, ont tout de même l'envie et le désir de continuer à vieillir dans leur domicile.

Or, en vieillissant, les difficultés pour conduire, faire les courses, s'occuper de soi peuvent apparaître. Ces fragilités entraînent ces personnes à être peu à peu des consommateurs de services d'aide à domicile. Ce facteur ne peut être ignoré des responsables locaux (élus et professionnels) qui doivent le prendre en compte pour une adaptation politique de l'offre.

De plus, économiquement, les personnes âgées font de préférence appel au « local » : commerces de proximité, services à domicile, aides diverses, ce qui génèrent de l'emploi pour des catégories plus jeunes de citoyens. Ils contribuent ainsi en partie au maintien d'une démographie diversifiée et de l'emploi tertiaire sur les territoires, notamment ruraux.

Ces éléments fixés, nous allons présenter le modèle conceptuel. Sur la base de la revue littéraire dans ce chapitre 1, la première sélection est orientée vers le concept de fragilité. La deuxième section exposera successivement les concepts de santé individuelle et de santé publique. Ce dernier concept sera défini en sous-concepts et traitera des concepts de promotion de la santé et des déterminants de santé.

B. LES CONCEPTS

I. Le concept de fragilité

Au-delà des problématiques de santé communes à toutes les tranches d'âges, les seniors sont particulièrement à risque de dépendance. La dépendance compte parmi les principales sources de coût économique lié au vieillissement de la population, faisant de sa prévention une cible prioritaire.

La fragilité est un prédicteur majeur de dépendance et fait l'objet d'une littérature abondante. Elle est un syndrome gériatrique que de nombreux chercheurs et cliniciens identifient comme un état entre le « vieillissement normal » et le « vieillissement pathologique. » Bien qu'il ne soit pas une maladie, il n'en demeure pas moins que les seniors fragiles sont plus à risque de chutes, d'hospitalisation, d'institutionnalisation, et aussi de dépendance.

Il existe plusieurs définitions de la fragilité. A présent, intéressons-nous à les décrire.

1. Définitions de la fragilité

Plus récemment dans les années 2010, les notions de dépendance et de perte d'autonomie sont concurrencées à leur tour par celle de fragilité.

Le terme de fragilité ou « *frailty* » pour les Anglo-saxons est un concept gériatrique récent qui s'est développé dans les années 80 en Amérique du Nord (Etats-Unis et Canada)¹². Depuis 4-5 ans seulement, ce terme a fait son apparition en France et dans les pays francophones¹³.

Dans sa conception première, la fragilité est une « *diminution des réserves fonctionnelles au cours du vieillissement, résultant en une capacité diminuée à gérer un stress physiologique, exposant à un risque de perte d'autonomie*¹⁴ »

¹² Livre blanc de la fragilité » : Société française de gériatrie et de gérontologie, Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles, 2015

¹³ Tabue-Teguo M, Simo N, Gonzalez-Colaço Harmand M, Cesari M, Avila-Funes JA, Féart C, Amiéva H, Dartigues JF. Fragilité de la personne âgée : mise au point. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2017 ; 15(2) : 127-37 doi:10.1684/pnv.2017.0670

¹⁴ Un article est paru récemment (2013) dans la revue « *Lancet* »: Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet* 2013; 38: 752-62.

Les gériatres en 2011, (la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG)) adopte la définition suivante également retenue en juin 2013 par la Haute Autorité de Santé sous l'appellation de syndrome de fragilité¹⁵ : « *La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible* » (ROLLAND 2011).

Comme nous venons de le voir, sa définition n'est cependant rien moins qu'évidente puisqu'elle désigne tantôt un état d'équilibre instable entre bonne santé et maladie, tantôt un risque de développer ou d'aggraver des limitations fonctionnelles, tantôt un syndrome résultant d'une réduction des capacités fonctionnelles¹⁶.

Cependant, au départ strictement biomédical, la notion de fragilité a graduellement absorbé des dimensions psychologiques et sociales pour appréhender la personne de manière globale. Ainsi entendue, la fragilité laisse probablement plus de place à la notion de prévention que l'idée de dépendance, qui ne semble appeler que la compensation.

Alors, si en effet la fragilité s'observe ; elle appelle nécessairement une intervention ciblée. A contrario, si la vision de la fragilité est un processus latent, alors à quel moment est-il le plus opportun de repérer les situations de fragilité ?

La littérature, nous a montré qu'agir sur une population seniors robustes permet de déceler les signes précurseurs de pré-fragilité.

Dans le même sens, la fragilité selon CAMPBELLE et BUCHNER correspond à un « état ou syndrome qui résulte d'une réduction multi-systémique des capacités de réserves au point que plusieurs systèmes physiologiques s'approchent ou dépassent le seuil d'insuffisance. Par conséquent, la personne dite « fragile » a un risque supérieur d'incapacité ou de mort même face à des perturbations externes mineures ».

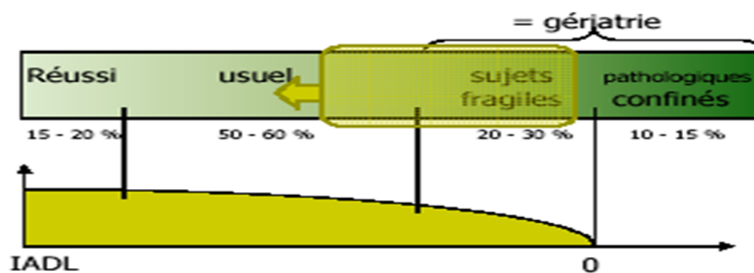
¹⁵ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf

¹⁶ Hervé Michel, « La notion de fragilité des personnes âgées : apports, limites et enjeux d'une démarche préventive », *Retraite et société* 2012/1 (n° 62), pp. 174-181

La fragilité décrit un état d'équilibre précaire avec risque de déstabilisation, une sorte d'état intermédiaire entre la « robustesse » et la dépendance.

Dans cette définition, c'est la notion de « capacités de réserves » qui nous intéresse. Néanmoins, si l'on observe une convergence de définition, la fragilité ne touche pas toutes les personnes âgées. En effet, la population des séniors est très hétérogène. C'est ce que nous allons aborder dans le point suivant :

Figure 4 Les différentes trajectoires du vieillissement :



Source : Dr DREUMONT-GORENFLOS, Médecin Gériatre. « le sujet âgé fragile : comprendre, repérer, agir ». Conférence du 25 mars 2010

- ↳ la « fragilité » : 15 à 25 % - risque de décompensations amenant au handicap
- ↳ La « grande dépendance » : 5 % (déments : 50 %) / coût économique
- ↳ Le « vieillissement réussi » : 65 à 70 % des sujets âgés en pleine forme (idem population adulte)

2. La notion de réserve à la notion de ressources

Au point de départ, un organisme adulte possède des réserves fonctionnelles ou réserves physiologiques qui lui permettent de surmonter des situations difficiles (efforts, maladies). L'organisme vieillissant n'a plus à sa disposition ces réserves. Il ne peut donc plus faire face avec succès à certaines situations physiologiques (effort, adaptation climatique) ou pathologique (maladies, accidents).

Bien que la notion de réserve nous semble particulièrement importante pour les personnes âgées, nous défendons l'idée selon laquelle, pour mieux comprendre le concept de fragilité d'un point de vue interdisciplinaire, il faut s'appuyer sur d'autres réserves que celles strictement physiologiques.

Dans la littérature psychologique et sociologique, il existe notamment la notion de ressource, au sens plus large que celle de réserves.

Certains auteurs mentionnent, parmi les ressources de type psychologique et social : la personnalité, les facultés cognitives, le soutien social, la capacité d'adaptation ou « *coping* », l'estime de soi, le contrôle de sa vie ou « *internal or external locus of control* », le statut socio-économique, l'éducation et la spiritualité, lesquels jouent un rôle fondamental dans la vie quotidienne de tous, mais surtout dans celle des personnes âgées. Il s'agit donc pour les personnes âgées de bien savoir gérer leurs ressources afin de se maintenir à un fonctionnement adéquat. La gestion des ressources chez les personnes âgées constitue une composante principale de la théorie de « Selection-Optimization-Compensation » ou SOC. Selon cette théorie, les psychologues PAUL et BALTES, évoque un vieillissement dit réussi. Il consisterait à savoir reconnaître que l'on ne dispose plus de certaines ressources et à savoir utiliser au mieux celles encore disponibles. Pour mieux gérer certains changements inévitables avec l'âge, il est avantageux de sélectionner les tâches encore gérables, d'optimiser leur réalisation, par exemple avec des stratégies spécifiques, et de compenser les tâches devenues trop difficiles à réaliser par d'autres plus accessibles. La personne âgée qui applique les principes de cette théorie est dite résiliente.

3. Ces deux notions de réserves et de ressources appliquées au champ de la fragilité

Comme nous le verrons plus loin, le niveau de fragilité des séniors n'est identique pour tous. Prenons l'exemple d'un séniors subissant une situation de stress minime, alors deux hypothèses s'ouvrent à nous.

Dans le premier cas, si nous sommes face à un séniors robuste, il réussira à retrouver des réserves fonctionnelles et des ressources de type psychologique ou social élevées après une légère baisse temporaire.

Dans le deuxième cas, si nous sommes face à un séniors fragile, il va perdre des réserves fonctionnelles et des ressources de type psychologique ou social, alors que ses réserves étaient déjà plus basses. Cette situation le fragilisera encore davantage sur le long terme alors que le séniors robuste ne sera affecté que temporairement.

4. Cartographie des séniors selon leur profil

Conceptuellement, l'émergence de fragilité résulte de la grande hétérogénéité de la population âgée qui conduit à distinguer trois sous-populations dont les besoins en matière de santé sont différents. Le schéma ci-dessous illustre les propos du moment.

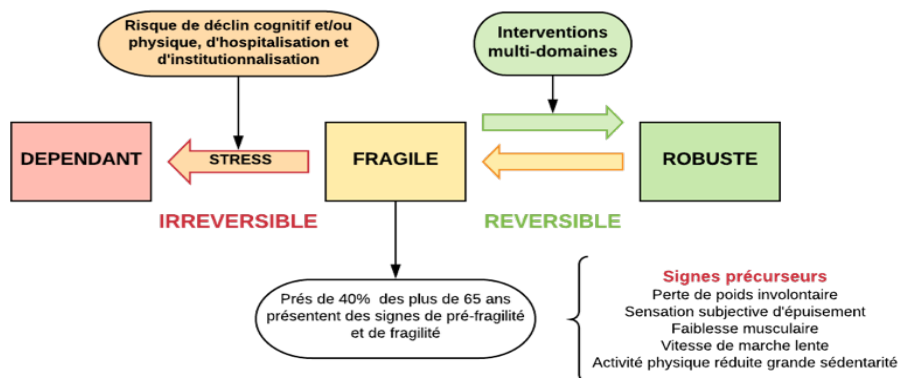
Ce processus n'est pas linéaire et chaque individu âgé, en fonction de de son contexte de santé, psychologique, de son environnement et de son activité sociale peut se classer dans l'un des 3 profils identifiés :

- ↳ les séniors « robustes », cette catégorie n'est pas à risque. 55 à 60% des individus sont classés dans cette catégorie ;
- ↳ les personnes « pré-fragiles » et « fragiles », présentent des signes de déficiences de certaines capacités fonctionnelles, détectées et prises en charge, ces critères de fragilité peuvent être corrigés. 20 à 30 % des individus présentent des fragilités, qui dépistées et prise en charge peuvent évoluer favorablement vers un retour à la robustesse. Si aucun dépistage n'est effectué la situation sera irréversible ;

Ces deux premières catégories concernent les séniors résident généralement dans des structures de soins tels les SSIAD, les résidences séniors etc. Ces structures de soins sont dites « intermédiaires ».

- ↳ les personnes « dépendantes », nécessitent des soins lourds et complexes. 5 à 10% des personnes sont dépendantes. Cette catégorie réside généralement dans les EHPADs et requiert un suivi constant.

Figure 5 - Stratification de la population âgée selon BUCHNER et Al (1996)



D'après Buchner et al. Age Ageing 25:386-91, 1996

Ainsi selon BUCHNER et AL, on distingue les sujets âgés « *robustes* » qui sont globalement en bonne santé. Puis les sujets âgés « *vulnérables ou fragiles* » présentant des limitations fonctionnelles et une baisse des capacités d'adaptation au stress mais qui n'entrent pas dans la définition de la dépendance. Les données épidémiologiques européennes montrent qu'environ 30% des séniors de plus de 65 ans sont pré-fragiles et 15% fragiles. Cette proportion augmente rapidement avec l'âge, pour atteindre 46% chez les plus de 85 ans. Enfin les sujets âgés dépendants pour les activités de base de la vie quotidienne (besoin de s'habiller, de faire sa toilette, de se mouvoir, etc).

Dans la même lancée (TRIVALLE 2000) définit le concept de fragilité comme un état intermédiaire entre un vieillissement habituel et un vieillissement pathologique.

5. Dépister pour prévenir : l'utilité du concept de fragilité : la réversibilité du processus

L'âge est un déterminant majeur de la fragilité. Cependant, il n'explique pas pour autant l'intégralité du syndrome de fragilité. La prise en charge des déterminants de la fragilité permet de réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus d'entrée dans la dépendance qui est réversible, d'où l'intérêt du concept. Les Américains parlent bien de « *disability process* ».

Lorsque les personnes sont devenues dépendantes, elles peuvent certes, bénéficier de soins à domicile mais, quoique nous mettions en place, la dépendance est irréversible. Nous pouvons dire en d'autres termes, qu'il y a un parcours qui conduit vers la dépendance.

Ici, nous retenons donc que la fragilité est donc un état instable avec un risque de perte d'une fonction. Il s'agit par ailleurs d'un état réversible. Ces deux caractéristiques (instabilité et réversibilité) soulignent toute l'importance du diagnostic de fragilité. En effet, c'est à ce stade que les interventions peuvent-être efficaces ou atténuée par l'intervention préventive en soins primaires. Le but de cette prise en charge étant de rejoindre une trajectoire de vieillissement réussi.

Les données épidémiologiques européennes montrent qu'environ 30% des sujets de plus de 65 ans sont pré-fragiles et 15% fragiles. Cette proportion augmente rapidement avec l'âge, pour atteindre 46% chez les plus de 85 ans.

Ainsi, la fragilité est une problématique de santé publique avec pour axe majeur la prévention et la nécessité de repérer cette fragilité par les acteurs de santé. Alors, on peut considérer selon la formule de LEBEL, que « *la fragilité est plus un risque qu'un état* ».

Le groupe des séniors dits pré-fragile représente donc une cible prioritaire et pertinente, voir même l'un des défis de la gérontologie moderne. Ainsi la mise au point de stratégies préventives adaptées pourrait permettre de freiner la survenue de la perte d'autonomie. Ainsi, le concept de promotion de la santé prend alors tout son sens.

6. Epidémiologie : La prévalence de la dimension de fragilité chez les séniors à domicile et en établissement

Il paraît utile, à ce stade, d'estimer plus précisément la prévalence de la fragilité chez les séniors. Pour cela, nous avons réutilisé la figure 6 déjà précitée « Nombre de séniors en perte d'autonomie, recherche en situation de fragilité » avec un comparatif établi selon deux domaines : le lieu du domicile et en établissement médico-social puis la cohorte Européenne SHARE¹⁷.

6.1. La prévalence de la dimension de fragilité chez les séniors à domicile et en établissement

Figure 6 - Nombre de seniors en perte d'autonomie

	2015	2027	2050
Nombre de seniors	16 235 900	19 933 500	24 274 500
Nombre de seniors en perte d'autonomie	2 488 900	2 958 300	3 989 200
À domicile	1 948 700	2 347 400	3 160 200
En établissement	540 200	610 900	828 900

Champ : France hors Mayotte, personnes de 60 ans ou plus.

Sources : Insee, projections Omphale ; Drees, enquêtes EHPA 2015 et VQS 2014.

¹⁷ Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe

6.2. *La cohorte Européenne SHARE*

Afin d'étayer nos propos, nous nous sommes appuyés sur l'enquête européenne SHARE (*Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe*) longitudinale, multidisciplinaire et internationale concernant plus de 80 000 européens âgés de 50 ans et plus. D'une part, cette enquête prend en compte les séniors "cibles" retenus dans la phase précédente. D'autre part, l'enquête est réalisée tous les deux ans depuis 2004 et se déroule désormais dans vingt-sept pays européens. Les données recueillies grâce à SHARE portent sur l'état de santé des répondants et de leurs proches ainsi que sur leur situation sociale (famille, entraide, réseaux sociaux) et économique (emploi, retraite, patrimoine).

Ici dans cette enquête, selon le phénotype de FRIED la prévalence de la fragilité à 65 ans vivant au domicile et en France est évaluée ainsi : la proportion de sujets pré-fragiles à cet âge est de 47% et celle de personnes non-fragiles est de 46%.

Avec l'avancé dans l'âge, la proportion de sujets fragiles va encore augmenter.

Ainsi, le repérage précoce des situations de fragilité des séniors semble être un enjeu majeur de santé publique pour prévenir la perte d'autonomie puis l'entrée dans la dépendance et ses conséquences socio-économiques (retardé l'entrée en EHPAD).

Cela nous permet de conclure que la fragilité est un syndrome clinique important comme les deux études le montrent. Cependant, il est potentiellement réversible. Ainsi, l'identification de la fragilité est un élément clinique important. Il permet la mise en place de stratégies préventives afin de corriger une déviation anormale de la trajectoire du vieillissement (BELLONI, CESARI, 2019). Nous sommes en mesure à présent de nous demander comment détecter les états de fragilité.

Deux approches distinctes pour évaluer les états de fragilité : les outils

Nous nous sommes attachés aux modèles théoriques les plus fréquemment retrouvés dans la littérature sont les modèles élaborés par FRIED (FRIED et al., 2001) et ROCKWOOD (ROCKWOOD et al., 2005) pour leur utilisation d'outils d'évaluation. Ils sont décrits ci-après.

6.2. Le modèle « phénotype de la fragilité » selon FRIED

FRIED présente dans ses travaux un modèle fondé sur un phénotype « physique » qui évalue la présence chez les personnes d'un âge de 65 ans ou plus la présence d'un index de fragilité avec 5 critères¹⁸ :

- ↳ perte de poids involontaire de plus de 4,5 kg (ou ≥ 5 % du poids) depuis 1 an ;
- ↳ épuisement ressenti par le patient ;
- ↳ vitesse de marche ralentie ;
- ↳ baisse de la force musculaire ;
- ↳ sédentarité.

FRIED fait émerger les trois états de fragilité :

- ↳ non fragile (pas de critères) ;
- ↳ pré-fragile ou intermédiaire (1 à 2 critères) ;
- ↳ fragile (3 ou plus).

La première remarque est que selon FRIED les trois états de fragilité permettent de caractériser une population cible pour des interventions de prévention.

Deuxièmement, l'approche de la fragilité selon FRIED cible uniquement la fragilité physique. Ainsi, nous avons choisi de compléter son regard par un modèle prenant en compte l'aspect multidimensionnelle de la fragilité. C'est ce que nous allons voir à présent.

6.3. Le modèle phénotype de la fragilité « multidimensionnelle ou continuum de déficit » selon ROCKWOOD

ROCKWOOD met en évidence plusieurs caractéristiques dans son modèle de fragilité regroupé sous le terme de « *fragilité multi-domaine* ». Ainsi, il incorpore des facteurs qui intègrent¹⁹ :

¹⁸ Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001 Mar;56(3):M146–56

¹⁹ Rockwood K. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Can Med Assoc J.* 2005 Aug 30;173(5):489–95.

- ↳ cognition ;
- ↳ humeur ;
- ↳ motivation ;
- ↳ motricité ;
- ↳ équilibre ;
- ↳ capacités pour les activités de la vie quotidienne ;
- ↳ nutrition ;
- ↳ condition sociale et comorbidités (perte du lien social).

Si nous regroupons les éléments ci-dessus, il est possible de les placer en deux sous-catégories. D'une part par une fragilité sociale et d'autre part par une fragilité cognitive. Ces deux aspects viennent en complément de la fragilité physique. Ainsi, de notre point de vue, ces deux concepts ne sont pas opposables mais assure une certaine complémentarité.

6.4. *D'autres modèles*

Au-delà de ces deux approches, certains auteurs proposent d'incorporer à la définition de la fragilité d'autres domaines de la santé tels que la cognition, la nutrition, l'humeur ou encore les déterminants psycho-sociaux (MORLEY, MALMSTROM et MILLER, 2012).

GOBBENS et ses collaborateurs, sur la base de la littérature et d'un travail avec un groupe de vingt experts, ont proposé une définition intégrative de la fragilité dans laquelle l'individu est considéré d'un point de vue holistique. Selon ces auteurs, la fragilité est « un état dynamique affectant un individu qui vit des pertes dans un ou plusieurs des domaines du fonctionnement humain (physique, psychologique, social), qui est causé par un éventail de variables et qui augmente le risque d'évènements de santé négatifs ».

Cette définition est à l'origine d'un indicateur mesurant la fragilité au travers des sphères physique, psychologique et sociale (GOBBENS, LUIJKX, WIJNEN-SPONSELEE et SCHOLS, 2010).

Au-delà du fait qu'il n'existe pas une définition du syndrome de fragilité qui fasse consensus, son origine même fait débat. Si nous connaissons les conséquences de la fragilité (en termes de chutes, d'hospitalisation, d'institutionnalisation et de dépendance), les déterminants de la fragilité ne sont pas unanimement identifiés, à l'instar de ses facteurs de risque qui ne le sont pas réellement non plus.

C'est en ce sens que la fragilité est un syndrome gériatrique, entendu comme un ensemble de symptômes observés pouvant être présents dans différentes maladies, et ne sont pour autant pas une maladie, et dont finalement les manifestations sont les seules données connues.

Pour autant, le point d'accord des communautés scientifiques et cliniques est l'importance de repérer ces séniors fragiles, qui, en raison d'un phénomène biologique ou bien d'une accumulation de déficits au cours du temps, peuvent basculer dans une spirale de problématiques de santé graves et ainsi mener à un état de dépendance.

En d'autres termes, le dénominateur commun aux différentes approches de ce syndrome de fragilité réside dans sa prédiction d'évènements de santé défavorables.

Pour cette raison, l'idée est d'identifier des leviers d'actions dans la gestion de la fragilité. Pour ce faire, il convient de rechercher des déterminants de la fragilité étant à l'origine de conséquences lourdes pour la santé des séniors.

En termes de conclusion, nous pouvons retenir que la fragilité est :

- ↳ un état de vulnérabilité à un stress secondaire à de multiples déficiences des réserves physiologiques ;
- ↳ différente de l'âge, des co-morbidités ;
- ↳ un état de pré-dépendance ;
- ↳ un état dynamique ;
- ↳ réversible ;
- ↳ « traitable » ;
- ↳ permet de caractériser une population cible pour des interventions.

Dans cette logique, il est nécessaire que nous nous intéressions aux champs d'actions de la fragilité.

7. Les actions dans le champ de la fragilité : la prévention

7.1. L'approche de la prévention par la classification de RS. GORDON (1982).

L'approche de GORDON nous semble adaptée dans le sens où nous ciblons une population spécifique par le critère âge et conjointement par l'existence de facteurs de risques préexistants.

L'approche de la prévention par la classification de GORDON mais en exergue trois types de prévention.

Ainsi, dans le cadre de la prévention universelle, l'auteur regroupe la population quel que soit son état de santé, que l'on peut assimiler à l'éducation pour la santé (ex. alimentation/activité physique, lien social, facteurs de risque cardio-vasculaires, risque médicamenteux).

Par ailleurs, dans le cadre de la prévention sélective, l'auteur fait émerger des sous-groupes de population spécifiques (exemple un sénior de plus de 60 ans, population défavorisée, etc.) en vue de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé ;

Enfin, dans le cadre de la prévention ciblée, l'auteur formalise des sous-groupes et de l'existence de facteurs de risques spécifiques identifiés chez cette population (exemple un sénior de plus de 60 ans ayant une hypercholestérolémie).

7.2. L'approche de la prévention par le programme ICOPE « *Integrated care for older people* »

Le programme ICOPE ou « Comment mettre en pratique les soins intégrés pour les personnes âgées²⁰ » est un programme de santé publique de soins intégrés pour les personnes de 60 ans et plus, validé depuis l'année 2018 par l'OMS.

Il repose sur une évaluation et le suivi des fonctions de la capacité intrinsèque : la mobilité, la nutrition, la vue et l'audition, l'état psycho-social et la cognition.

²⁰ <https://inspire.chu-toulouse.fr/fr/programme-icope>

Ce programme innovant soutenu par en Occitanie nécessite la contribution des professionnels du secteur sanitaire, médico-social et social, ainsi que des décideurs pour sa mise en œuvre.

a) La mise en place du Programme ICOPE en Occitanie

L'objectif du programme relève de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées.

Il s'agit d'une approche intégrée de la santé qui prend en compte les capacités de la personne, les pathologies associées, l'environnement et son mode de vie avec pour objectif de développer un plan de soins centré sur la personne, selon ses souhaits et aspirations. ICOPE consiste à mesurer les 5 domaines de la capacité intrinsèque primordiales pour un vieillissement en bonne santé (tous les 4 à 6 mois) pour détecter un éventuel déclin et mettre en place les mesures correctives rapides.

b) Le concept d'ICOPE comprend 5 étapes :

Ainsi, l'étape 1 est le screening grâce à l'outil d'évaluation de screening ICOPE.

Ensuite, l'étape 2 consiste à évaluer plus profondément une perte de fonction lorsqu'elle est observée lors du screening (cela peut être réalisé notamment par une infirmière ou par une infirmière du protocole de coopération fragilité ou de pratique avancée ou par un médecin traitant).

Il s'agit à l'étape 3 de réaliser la synthèse et la conception du plan de soin entre l'infirmière, le médecin traitement et le médecin gériatre.

Sur le point de l'étape 4, il correspond au suivi de ce plan de soin et du monitoring des fonctions qu'on peut réaliser grâce à la e-santé.

Enfin lors de l'étape 5, la mise en place sur le territoire de toutes les ressources nécessaires pour prévenir la dépendance est effectué.

c) Le cadre d'intervention :

Il est constitué de l'Agence Régionale de Santé (en accord avec le PRS), du Gérontopôle-CHU de Toulouse (Centre collaborateur de l'OMS) et de la région Occitanie (région d'expérimentation en accord avec la direction générale de la santé). Le Gérontopôle du CHU de Toulouse est le référent français du projet mais est également Centre Collaborateur OMS pour la Fragilité, la Recherche Clinique et la Formation en Gériatrie. S'appuyant sur cette référence, sur l'expertise des partenaires du projet et sur l'expérience des professionnels du réseau transfrontalier, il a été proposé de tester l'implémentation du programme ICOPE dans les territoires d'Aptitude en Espagne, en France et en Andorre.

d) Les modalités de déploiement d'ICOPE :

Les membres du Gérontopôle de Toulouse, recommandent l'utilisation d'ICOPE chez les seniors fragiles âgées de plus de 65 ans qui sont autonomes à domicile. La diffusion de l'information du programme est destinée aux professionnels de santé de premier recours : les infirmiers libéraux.

Comme expliqué dans le concept de fragilité ce syndrome est réversible. C'est justement dans cette perspective, de prévention des situations de fragilité, que nous allons nous intéresser à présent aux concepts clefs entourant cette notion. De ceux fait, il est question des concepts de santé individuelle, de santé publique, de promotion de la santé et des déterminants de la santé sont abordés.

A présent, intéressons-nous spécifiquement au concept de santé.

II. Concepts de Santé : De la santé individuelle à la santé publique, Qu'est-ce que la notion de santé ? Comment définir la santé ?

1. Diversité des concepts de santé

En premier lieu, la notion de santé est définie pour bien appréhender son périmètre et ce qu'elle recouvre véritablement.

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1948).

L'OMS redéfinit la santé en 2001 comme « une condition ou un état de l'être humain qui résulte de ses interactions avec son environnement biologique, chimique, physique et social. »

Cette nouvelle définition marque le passage du modèle biologique au modèle écologique.

L'ensemble de ces deux définitions nous montre que l'approche positive de la santé conduit à ne pas se focaliser uniquement sur la réduction des risques ou sur l'occurrence des pathologies mais accorder une importance majeure à la promotion de la santé.

L'approche globale de la santé, quant à elle, permet de prendre en compte l'ensemble des déterminants environnementaux, sociaux et économiques et pas seulement les déterminants individuels (biologiques et comportementaux) de la santé.

2. Qu'est-ce que la santé individuelle ?

La santé individuelle concerne l'individu. Elle est relative et subjective. Ainsi, sa perception est différente d'un individu à l'autre. Alors, la perception varie selon la personnalité, le vécu, ou les habitudes de vie.

Par ailleurs, elle varie également selon les notions de temps, d'espace et de cultures.

La santé individuelle peut se concevoir qu'en prenant en compte le concept de santé publique.

3. Le concept de santé publique ou collective

Le concept de santé publique regroupe un ensemble de sous-concepts. Nous aborderons seulement les concepts se rapportant à la thématique du repérage du risque de fragilité.

Après avoir défini le concept de santé publique, les concepts de promotion de la santé et de déterminants de la santé sont proposés.

3.1. Définition

La santé publique prend en compte les dimensions d'organisations administratives, politiques et économiques. Elle aborde l'organisation de la santé pour une collectivité, une population, un niveau individuel et un niveau collectif.

Selon WINSLOW (1952) la définition de la santé publique est une « *science et art de prévenir les maladies, prolonger la vie et promouvoir la santé et la vitalité physique par les efforts organisés par la communauté en faveur d'un environnement sain, le contrôle d'infections, le diagnostic précoce, le traitement préventif de la maladie et le développement de l'organisation sociale qui assurera à chaque individu de la communauté un niveau de vie adéquat pour le maintien de sa santé*²¹. »

La santé publique est une discipline autonome qui s'intéresse de l'état sanitaire d'une collectivité, de la santé globale des populations sous tous ces aspects curatifs, préventif, éducatif et sociale.

La santé publique est aussi bien une discipline, une institution sociale et une pratique. Son champ d'action est vaste et elle couvre tous les domaines qui sont destinés à améliorer la santé de groupe ou de population entière. Cela inclus toutes les approches organisées, globale, collective, multidisciplinaire et multisectorielle. Et de compléter, selon BOURDILLON (2007) comme « *l'ensemble de savoirs, de savoir-faire, de pratiques et de règles juridiques qui visent à connaître, à expliquer, à préserver, à protéger et à promouvoir l'état de santé des personnes.* »

²¹<http://santepublique.med.univ-tours.fr/doc-ped/sante-pub/definitionSP.htm>

3.2. Quel est le lien entre santé individuelle et santé publique ?

L'amélioration du bien-être individuel passe par l'amélioration de la santé d'une population. Dès lors, chaque personne est responsable de l'amélioration de sa santé. Néanmoins, la collectivité doit pouvoir mettre à disposition de chacun des possibilités pour assurer cette amélioration.

3.3. Les caractéristiques de la santé publique :

Tout d'abord, nous devons définir qui elle concerne. Elle s'adresse à l'ensemble des individus par sa dimension collective.

Puis, nous devons comprendre qui agit pour cette collectivité. C'est l'Etat et les différents partenaires qui peuvent agir par la responsabilité collective.

Et ensuite, s'intéresser aux domaines concernés. La santé publique touche le domaine de la santé globale et intervient sur tous les aspects de la santé : soins, prévention, hygiène du milieu, éducation par l'intermédiaires d'actions.

3.4. Quels sont les objectifs de santé publique ?

Les objectifs et missions actuels de la santé publique sont définis par la loi du 9 août 2004 relative à la réforme de la santé publique. L'objectif général est d'amener la population au meilleur état de santé possible et garantir le droit à la santé. Les objectifs intermédiaires permettent de réduire la mortalité évitable et ainsi augmenter l'espérance de vie en bonne santé. Il s'agit également de réduire les incapacités évitables et ainsi améliorer la qualité de vie notamment sans maladie ou incapacité. Et enfin, de réduire les inégalités face à la santé.

3.5. *Qu'est-ce qu'une démarche en santé publique ?*

a) La démarche en santé publique

Les approches populationnelles des questions de santé, c'est-à-dire le souci de protéger et de promouvoir la santé, à l'échelle d'une population, nécessitent de prendre en compte de nombreux paramètres capables de caractériser une population, sa situation de santé, mais aussi ses déterminants, au sein d'un écosystème environnemental.

Ceci nous amène à aborder les différents outils dans la démarche en santé publique.

b) Les outils de la démarche en santé publique

Les outils au nombre de six sont :

- ↳ La démographie : elle caractérise la population par sa composition en fonction de l'âge et du sexe, par sa fécondité, par sa répartition géographique sur un territoire, par ses évolutions migratoires, par son espérance de vie aux différents âges de la vie, mais aussi par ses caractéristiques socioprofessionnelles. Tous ces éléments constituent des indicateurs démographiques essentiels en santé publique ;
- ↳ L'épidémiologie : elle permet, par la mise en œuvre d'outils de surveillance, ou par des enquêtes spécifiques, le recueil et l'analyse des indicateurs de santé : prévalence, incidence des maladies, mortalité et létalité, mesure des risques liés à des expositions, rôle des déterminants de santé ; – les biostatistiques : elles permettent de prendre la mesure d'un résultat, et de définir l'écart possible entre le résultat observé et la réalité : définition des moyennes, des médianes, des écarts types ; elles permettent également de mesurer la réalité d'un risque, son importance dans la survenue d'une maladie en fonction de l'exposition des populations ;

- ↳ Les sciences sociales : elles apportent une dimension essentielle à la santé publique. Elles ont pour objet l'analyse de l'être humain dans sa dimension individuelle et collective. Elles sont constituées surtout par l'anthropologie, la sociologie, la psychologie. Elles sont également très en lien avec l'économie. Elles s'inscrivent dans le vaste ensemble des sciences humaines qui englobent aussi l'histoire, la linguistique, la démographie. Elles permettent de resituer, dans les approches de santé, l'homme, avec ses réalités biomédicales, dans son environnement socioculturel et économique dont nous savons le rôle clé qu'il joue comme déterminant de la santé ;
- ↳ L'économie de la santé : son rôle va croissant ces dernières années en SP, vues les contraintes économiques de plus en plus importantes qui pèsent sur les systèmes de santé et sur les dépenses de santé. Elle permet de mesurer les dépenses de santé au regard des politiques de santé. Elle permet aussi de confronter les ressources engagées aux résultats obtenus en matière de santé. Elle permet de définir si des actions sont « coûts-efficaces ». Elle définit aussi l'efficacité des actions de santé, et mesure les retards de prise en charge de pathologies au regard des charges restant aux citoyens (rôle de la couverture maladie universelle)
- ↳ L'éthique et le droit.

c) Les différents aspects de la santé publique

En premier lieu, les politiques de santé publique. Ce sont l'ensemble des choix stratégiques des pouvoirs publics pour déterminer les champs d'intervention, les objectifs généraux à atteindre et les moyens qui seront engagés. Il s'agit de maintenir ou d'améliorer l'état de santé d'une population.

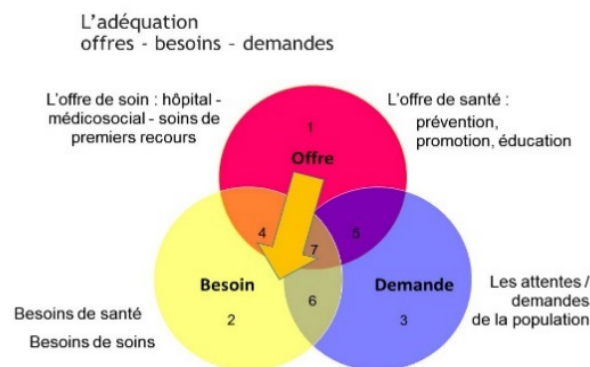
Puis, les programmes de santé publique. Ils concernent l'ensemble cohérent d'action pour atteindre des objectifs précis. (exemple : Programme National Nutrition Santé).

Mais également, le plan de santé publique. Il représente l'ensemble de dispositions arrêtées en vue de l'exécution d'un projet et comporte une série d'un programme d'action. Il opère des choix stratégiques en retenant certain type d'intervention en dépend d'autres, il fixe les priorités de son action en les hiérarchisant. (exemple : Plan Cancer).

Concernant les actions en santé publique. Elles représentent la composante opérationnelle d'un programme, elle découle des objectifs en définissant un mode d'intervention particulier.

Enfin, la notion de besoins, de demandes et d'offre de soins. Cette notion est détaillée à l'aide du schéma ci-dessous.

Figure 7 – L'adéquation : besoins, demandes et réponses en santé publique



Source : <https://www.telemedaction.org>

d) Les besoins, les demandes et les réponses en santé publique : les zones de carences

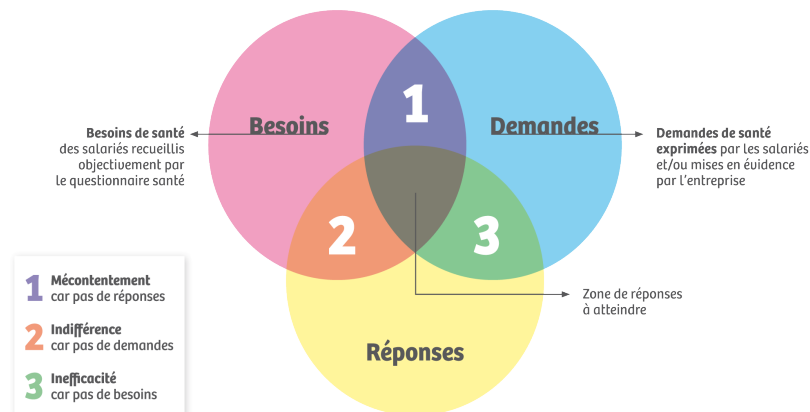
Le choix de la triade besoins-demandes et réponses (figure) est un modèle clef qui peut guider la réflexion en santé publique, elle éclaire sur ces trois points indispensables :

- ↳ La prise en compte du point de vue des personnes visées par l'action : Demande ?
- ↳ L'analyse préalable de l'état de santé de la population visée : Besoin ?
- ↳ La prise en compte des réponses déjà existantes avec leurs forces et leurs faiblesses : Réponses.

La triade vise donc l'adéquation entre :

- ↳ orienter les réponses vers les besoins prioritaires ;
- ↳ optimiser ces réponses ;
- ↳ faire en sorte que les réponses correspondent à une demande et donc soient réellement utilisées par les individus.

Figure 8 - Triade besoins- demandes-réponses



Source : <https://www.telemedaction.org>

Les explications des différentes zones sont pour :

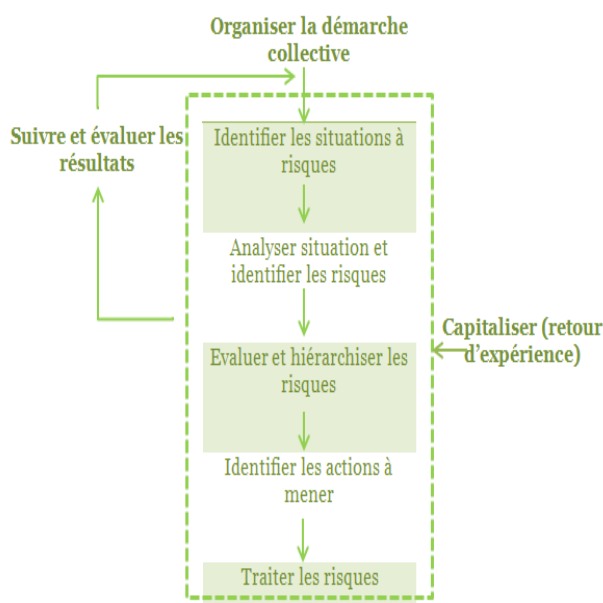
La zone 1 : des besoins existent, les demandes sont exprimées mais les réponses ne sont pas satisfaisantes.

La zone 2 : des besoins existent, et des réponses sont disponibles, mais toute la population ne l'utilise pas.

La zone 3 : demande exprimée et réponse disponible, mais pas de besoin véritable.

e) Les étapes de la démarche en santé publique

Figure 9 – démarche en santé publique



Source : <https://www.fichesmanip.wordpress.com>

En terme de conclusion, nous pouvons à présent dire que la démarche de santé publique est donc une démarche de promotion de la santé vis-à-vis d'une population.

III. Le concept de promotion de la santé

1. Définition

La promotion de la santé est l'ensemble « *des processus qui permettent aux gens, individuellement et collectivement, d'augmenter leur contrôle sur leur santé et sur ses déterminants. L'objectif est la recherche de bien-être.* »

La promotion de la santé donne aux personnes et aux populations les moyens d'avoir plus de pouvoir sur leur santé et de l'améliorer. D'une part, elle permet de réaliser leurs ambitions et satisfaire leurs besoins. D'autre part, elle permet de transformer leur environnement ou s'y adapter.

2. La démarche de la promotion de la santé

Leur regroupe trois fonctions pour les intervenants. Le premier est « l'empower ». Il s'agit de conférer les moyens, en réduisant les écarts. Le deuxième est « l'advocate ». Il s'agit de promouvoir l'idée auprès de tous ceux dont l'action peut avoir des conséquences favorables ou défavorables sur la santé. Enfin, « le médiateur ». Il sert de médiateur entre les intérêts divergents.

3. Les quatre stratégies de la promotion de la santé

Les quatre axes de travail sont indissociables.

Le premier concerne les politiques. Il s'agit d'amener chaque responsable politique, à quelque niveau et dans quelque secteur qu'il intervienne, à prendre conscience des conséquences de ses décisions sur la santé de la population.

Le deuxième axe, intéresse l'environnement. Il s'agit d'inciter chaque personne, chaque communauté, chaque région à préserver collectivement les ressources naturelles, à créer des relations et des conditions de vie favorables à la santé.

L'axe trois se rapporte à la démocratie. Les communautés et les personnes sont considérées comme capables de prendre en main leur destinée et d'assumer la responsabilité de leurs actions. Ce sont donc elles qui doivent choisir les priorités et prendre les décisions qui concernent leur santé.

Enfin le quatrième axe s'adresse à l'éducation pour la santé Il s'agit de permettre aux gens, à tous les âges, d'acquérir et de renforcer les aptitudes indispensables à la vie, d'exercer un plus grand contrôle sur leur santé et de faire des choix favorables à celle-ci.

4. Propos d'étape

La promotion de la santé est une approche globale, interdisciplinarité, avec la notion de projet participatif et le droit de choisir. La promotion de la santé marque aussi le passage du « pour » la communauté au « avec » la communauté. La promotion de la santé porte finalement sur une approche philosophique de la personne.

Ainsi l'éducation pour la santé n'aurait-elle pas pour objectif de changer des comportements, mais d'accompagner des individus considérés comme auteur et acteur de leur santé, pour leur permettre de faire des choix éclairés, adaptés aux contraintes du milieu dans lequel ils vivent. Mais quels en sont les déterminants ?

IV. Le concept des déterminants de la santé

1. Définition

Selon la définition de l'OMS, les déterminants de la santé peuvent se définir comme l'ensemble des « facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations²² ».

Le Dictionary of épidemiology en donne une définition proche « un déterminant est un facteur, qu'il s'agisse d'un évènement, qui provoque un changement de l'état de santé ou d'une autre caractéristique définie²³ »

Selon MOQUET, 2008 il s'agit de « *l'ensemble de facteurs semblant agir en interactions complexes et avoir un lien avec la répartition socialement observée des comportements défavorables à la santé.* »

²² ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Glossaire de la promotion de la santé, Division de la promotion, de la communication pour la santé, service éducation sanitaire et promotion de la santé, Genève, 1999, 25 p. [http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf

²³ <https://www.cairn.info/traite-de-sante-publique--9782257206794-page-15>

Selon GOLBERG M. et Al., 2009, « *Les mécanismes complexes qui peuvent expliquer et entraîner la distribution inégale des problèmes de santé. (...) Les facteurs explicatifs de la santé et du bien-être sont appelés déterminants sociaux de la santé.* »

Selon DUBOS René « *l'état physique et mental relativement exempt de gênes et de souffrances qui permet à l'individu de fonctionner aussi longtemps que possible dans le milieu où le hasard ou le choix l'ont placé* », qui présente la santé comme la convergence des notions d'autonomie et de bien-être.

L'ensemble de ces définitions sous-tendent une relation de cause à effet entre le déterminant et l'état de santé. Cette relation causale peut-être unifactorielle et directe. Cependant, en santé publique, cette relation est plus souvent multifactorielle et indirecte, par l'intermédiaire d'une chaîne causale plus ou moins complexe.

Le déterminant de la santé est l'un des concepts clefs sur lequel repose le principe de l'intervention en santé publique. En effet, c'est en agissant sur un ou plusieurs déterminants que l'on va influencer sur l'état de santé de la population.

Dans la littérature, la notion de déterminants est souvent rapprochée de celle de « facteur de risque ». Pourtant ces deux notions recouvrent des concepts différents. Nous définirons ces notions plus loin dans les écrits.

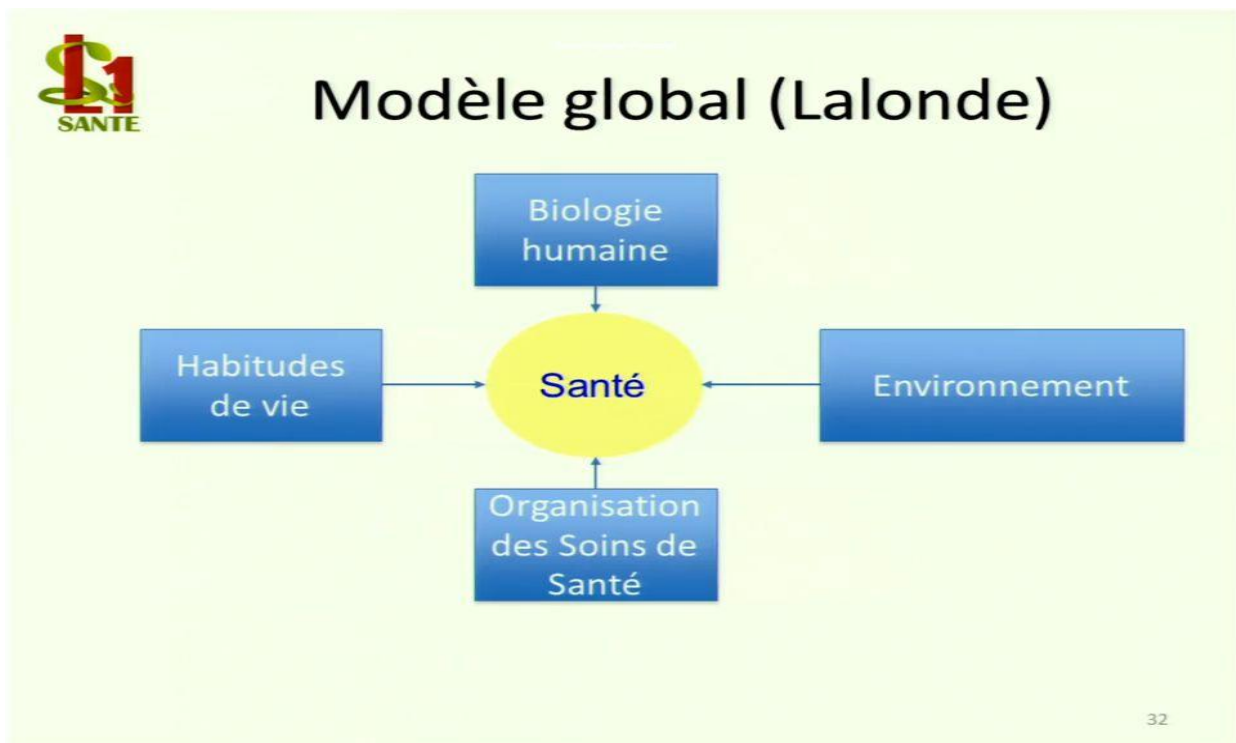
2. Facteurs de risques : les quatre grandes familles de déterminants de la santé et leurs impacts

2.1. Le cadre conceptuel des déterminants de santé

Dès 1974, le rapport LALONDE, à l'origine du concept de promotion de la santé, soulignaient que l'état de santé d'une population est le résultat dynamique de l'interaction de quatre grandes catégories de facteurs.

Ainsi, selon LALONDE, les quatre grandes familles de déterminants sont : la biologie humaine, les facteurs environnementaux, les habitudes de vie, et l'organisation des soins de santé. Ils sont représentés par le schéma ci-dessous.

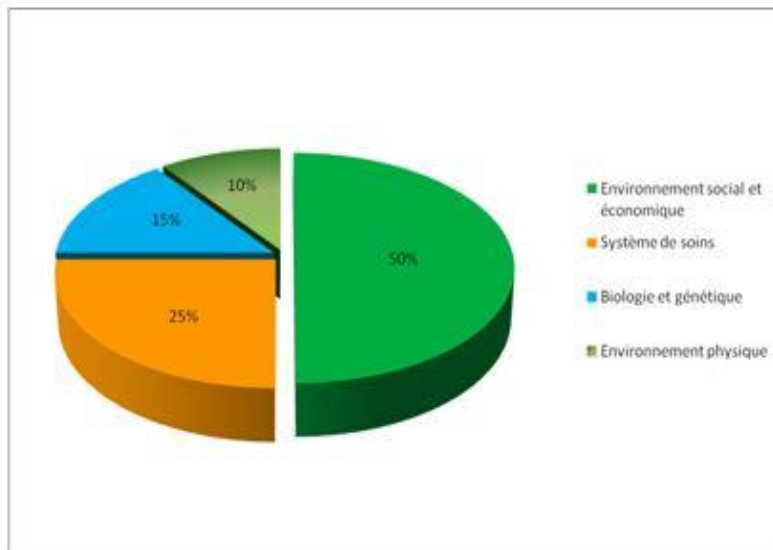
Figure 10 - Principales caractéristiques des 4 grandes familles de déterminants selon Lalonde (1974)



2.2. Les caractéristiques des quatre grandes familles de déterminants de la santé : estimation des impacts sur la santé de la population

Les facteurs biologiques et génétiques (capital génétique) représentent 15%. Concernant les facteurs du secteur de soins, ils affichent un pourcentage de 25%. Au sujet des facteurs d'environnement physique (comportements de santé individuels), ils représentent 10%. Et concernant les facteurs environnementaux (écologique, familial, social, culturel, politique), ils constituent 50% (figure). Nous faisons le constat que les facteurs environnementaux laissent dessiner un fort pourcentage. Or, comme stratégies d'amélioration de la santé, nous avons souvent tendance à privilégier les actions sur le système de soins. Or, les recherches démontrent que l'impact de ce dernier sur la santé est limité par rapport à celui d'autres facteurs, comme l'environnement social et économique des individus, tel qu'illustré par la figure ci-dessous.

Figure 11 - impact des déterminants de la santé sur l'état de santé et de bien-être de la population.



Source : Canadian Institute for Advanced Research

Certains facteurs influençant la santé ne sont pas modifiables (biologie humaine) ; d'autres sont modifiables via les politiques publiques (environnements et organisation des soins de santé). Les habitudes de vie sont concernées par des facteurs qui relèvent de choix individuels, en étant influencées par l'environnement social et économique.

Deux auteurs ont ultérieurement contribué à raffiner le modèle de LALONDE en mettant l'accent sur l'interdépendance des différentes catégories de déterminants et en lui donnant une perspective sociale. Intéressons-nous à ces deux modèles à présent.

2.3. La Charte d'Ottawa appliquée au modèle de LALONDE

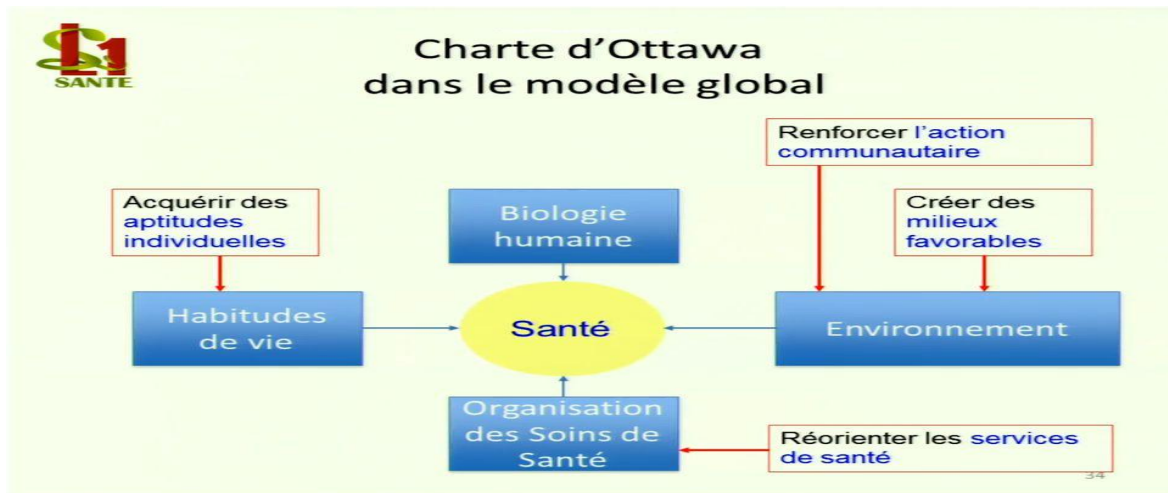
La Charte d'Ottawa, pour la promotion de la santé, fut créée afin d'agir en vue de la santé pour tous en l'an 2000 et au-delà.

La Charte d'Ottawa (1986) identifie plus précisément cinq grandes stratégies pour agir sur la santé :

- ↳ Le développement de politiques publiques saines
- ↳ La création de milieux favorables
- ↳ Le renforcement de l'action communautaire/développement des communautés
- ↳ Le renforcement des aptitudes individuelles
- ↳ La réorientation des services de santé

Nous avons souhaité illustrer son utilisation au modèle de LALONDE vu précédemment.

Figure 12 - le modèle de LALONDE appliqué à la Charte d'OTTAWA



2.4. Les différentes catégories de déterminants de santé par leur nature :

Les déterminants biologiques et génétiques :

Ce sont les composantes propres à chaque individu. Parmi les déterminants biologiques et génétiques, on retrouve :

- ↗ L'hérédité
- ↗ Le patrimoine génétique
- ↗ Le sexe
- ↗ L'âge
- ↗ Les facteurs physiologiques
- ↗ Les facteurs liés au vieillissement

Les déterminants environnementaux :

Parmi les déterminants environnementaux, on distingue les environnementaux physiques et socioéconomique.

Déterminants environnementaux physiques :

- ↗ La pollution
- ↗ La qualité de l'air
- ↗ La qualité de l'eau
- ↗ Le bruit
- ↗ L'exposition aux risques professionnels
- ↗ L'accès à l'eau et à la nourriture
- ↗ L'aménagement du territoire

Déterminants environnementaux socioéconomiques :

- ↗ La culture
- ↗ L'éducation
- ↗ Le niveau d'études
- ↗ Le milieu et le mode de vie
- ↗ La qualité des liens sociaux
- ↗ L'activité ou chômage
- ↗ Le revenu
- ↗ Les conditions de travail
- ↗ Le logement

Les déterminants comportementaux :

Parmi les déterminants comportementaux, on retrouve :

- ↗ La profession
- ↗ Les loisirs
- ↗ Les comportements à risque
- ↗ Les habitudes de vie
- ↗ Les addictions
- ↗ Les modes de consommation
- ↗ La sédentarité
- ↗ L'alimentation

Les déterminants en lien avec le système de santé :

Parmi les déterminants en lien avec le système de santé, on retrouve :

- ↗ L'accès aux soins
- ↗ La qualité des soins
- ↗ Le développement de la prévention
- ↗ L'observance
- ↗ L'efficacité
- ↗ Le coût
- ↗ Le délai d'attente

3. Propos d'étape

Nous retiendrons que les déterminants de santé sont associés aux comportements individuels et collectifs, aux conditions de vie et aux environnements.

Ces facteurs exercent une influence positive ou négative sur l'état de santé et interagissent entre eux :

- ↗ L'influence positive : facteur protecteur. On entend par facteur protecteur, la caractéristique liée à une personne ou à son environnement et qui protège l'individu contre les risques de développer une maladie ;

- ↳ Influence négative : facteur de risque. On entend par facteur de risque, la caractéristique liée à une personne ou à son environnement et qui entraîne pour elle une probabilité plus élevée de développer une maladie, un traumatisme ou autre atteinte à son intégrité ou à son développement.

A ce stade, nous pouvons affirmer que les déterminants de la santé interagissent entre eux. Les déterminants de la santé environnementaux représentent à eux seuls 50 %. Ils peuvent agir directement ou indirectement par l'intermédiaire d'autres facteurs.

C'est en agissant sur un ou plusieurs déterminants que l'on va influencer sur l'état de santé de la population. Dans la littérature, nous retrouvons également la notion de gradient social. Intéressons-nous à cette notion dès à présent.

4. La notion de gradient social

Ainsi, le terme « gradient » évoque un continuum, le fait que la fréquence (par exemple : un problème de santé) augmente régulièrement en fonction d'une caractéristique (revenu, niveau d'études, etc.). On parle d'un gradient social lorsque la prévalence ou l'incidence (par exemple : un problème de santé) augmente régulièrement des catégories les plus favorisées vers les catégories les plus défavorisées. Cela implique que la relation entre le niveau socio-économique et la santé est nivelée. Plus un individu se trouve au bas de l'échelle sociale, où les conditions quotidiennes de vie sont mauvaises, moins bonne sera sa santé.

5. Les modèles selon DALHGREN et WHITEHEAD

Selon DALHGREN et WHITEHEAD, certains déterminants sont intrinsèques à l'individu, le patrimoine génétique ou l'âge par exemple. D'autres sont extérieurs mais proches de l'individu, comme le contexte familial, l'éducation, le réseau des amis. Ce tissu social de proximité s'inscrit lui-même dans un environnement socio-économique et culturel plus large comme l'accès au travail, au logement.

Le schéma de DALHGREN et WHITEHEAD (figure 13) décrit les déterminants de santé des individus selon différentes strates successives.

Au centre du schéma se concentrent une première catégorie de déterminants, les caractéristiques individuelles telles que l'âge, le sexe et les facteurs physiques qui déterminent la santé, ainsi que les comportements et modes de vie tels que le tabagisme, les habitudes alimentaires etc.

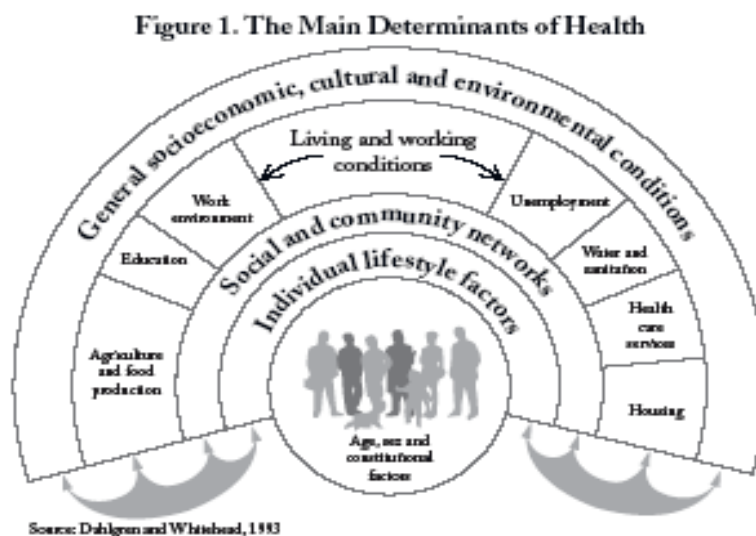
Une deuxième catégorie est formée des interactions sociales et des interactions avec la communauté au sein de laquelle l'individu évolue. Le fait que quelqu'un soit ou non en mesure de conserver sa santé est également déterminé par les conditions de vie et de travail, qui incluent notamment l'accès à des biens et des services importants (tels que les soins de santé).

Enfin, la santé est également influencée par une troisième catégorie de déterminants que sont les conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales générales.

Ce modèle souligne le fait que les catégories interagissent les unes avec les autres : les modes de vie individuels sont ancrés dans des normes sociales et des réseaux, ainsi que dans des conditions de vie, de travail ou de non travail, qui à leur tour sont fortement liées à l'environnement socioéconomique et culturel.

Leur modèle permet une vision globale de la santé ; le schéma ci-dessous représente leur vision.

Figure 13 - Les déterminants multiples selon le modèle d'DALHGREN et WHITEHEAD. Source : Dahlgren, G. et M. Whitehead (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm : Institute for Futures Studies.



Whitehead (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm : Institute for Futures Studies.

Afin de mettre en mot leurs conceptions, prenons pour illustration la présence du risque de fragilité chez un sénior.

Selon ce contexte, le sénior présente une hypertension artérielle. Nous savons que l'hypertension artérielle est un facteur héréditaire (déterminant biologique). Cette maladie est traitée par une molécule prescrite au long court. Imaginons que ce sénior présente une non-observance du traitement (déterminant environnemental et déterminant de soins) se traduisant par une poussée d'hypertension sévère. Son hypertension peut être exacerbée par un mode de vie sédentaire, de malnutrition ou alimentaire (déterminant comportemental). Ce même sénior perçoit une retraite à bas plafond (déterminant socio-économique). Les impacts des déterminants sur la santé et le bien-être du sénior sont multiples et négatifs.

6. Propos d'étape

A ce stade de notre recherche, nous pouvons, devant la diversité des déterminants de la santé, présager que la tâche déborde largement le champ des services de santé. À l'évidence, il s'agit plutôt d'une action qui repose sur l'engagement de plusieurs acteurs : les élus, les administrateurs, les gestionnaires, les professionnels et les intervenants qui travaillent dans différents secteurs d'activité ainsi que les citoyens sensibilisés à la question.

7. Les actions sur les déterminants de la santé : une responsabilité partagée

Comme nous l'avons vu tout au long de ce premier chapitre et compte tenu du caractère multidimensionnel de la santé des individus, il devient incontournable pour le réseau de la santé de collaborer avec des partenaires d'autres secteurs d'activités (alimentation, logement, transport, environnement, etc.) pour être en mesure d'agir sur celle-ci.

CHAPITRE 2 : TROUVER DES ELEMENTS DE COMPREHENSION - L'EVOLUTION DE LA NOTION D'AIDE A DOMICILE

I. Introduction

Dans le contexte que nous avons décrit, le politique affirme la priorité donnée au domicile et à la transformation de l'offre. De ce fait les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) vont devoir modifier la mise en œuvre des réponses aux personnes fragilisées.

Nous l'avons vu à travers notre étude, les seniors souhaitent rester chez eux !

Dans leur modalité d'action, c'est-à-dire une intervention centrée sur les actes essentiels de la vie courante des personnes, ces structures vont, nous semble-t-il, devoir se mettre en synergie avec d'autres acteurs afin d'apporter une réponse différenciée aux personnes fragiles.

En 2017, la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la CNSA ont lancé une concertation auprès des conseils départementaux, les fédérations de services d'aide et d'accompagnement à domicile et les représentants de personnes âgées et de personnes handicapées de manière à faire évoluer les modalités d'allocation des ressources aux services d'aide à domicile.

Depuis sa création, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie gère ce type de structure et dans son budget la section IV semble être un élément essentiel à solliciter dans la réalisation d'actions nouvelles.

Les séniors veulent rester chez eux ! Oui mais alors quelles structures pour les accompagner ?

Dès 1950, l'idée d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile à germer tant dans le contexte social que législatif. Les premières « structures » sont empreintes des idéaux de l'époque et se retrouvent aujourd'hui dans le cadre de fédérations (ex : ADMR).

Financées par les Caisse de la Sécurité Sociale, avec dans l'idée « de venir en aide auprès de publics fragiles », ce n'est que qu'à partir des années 1990 qu'une généralisation de ce type d'intervention va commencer à trouver sa source dans le cadre législatif.

Nous nous attacherons plus particulièrement à la question de la personne âgée, plus précisément celle des séniors « pré-fragiles », et comment la réponse est organisée à ce jour. Nous essaierons d'en définir leur action et d'en montrer toute la complexité.

Ceci défini, nous pourrions interroger les préoccupations des managers de ces services et voir si l'idée d'une vision intégrative dans l'environnement est un axe managérial à développer.

II. Eléments de contexte et de définition permettant d'explicitier la situation actuelle du secteur

Depuis plus de cinq ans, le législateur a engagé une réforme de l'aide à domicile avec la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV). Notre démarche dans cette partie vise à disposer d'une vision globale du secteur et d'éléments de réflexion pour construire notre analyse.

Il nous semble nécessaire d'essayer de définir et de clarifier des notions que nous serons amenés à utiliser dans la suite de notre écrit.

Historique de la structuration du secteur et état du droit avant la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement : la mise en place du droit d'option

Le secteur de l'aide à domicile s'est historiquement développé après la Seconde Guerre mondiale. C'est le secteur associatif, construit sur une philosophie d'action envers les plus démunis qui va porter largement ce développement.

Dès 1950, l'idée d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile à germer tant dans le contexte social que législatif. Les premières « structures » sont empreintes des idéaux de l'époque et se retrouvent aujourd'hui dans le cadre de fédérations (ex : ADMR).

Financées par les Caisse de la Sécurité Sociale, avec dans l'idée « de venir en aide auprès de publics fragiles », ce n'est que qu'à partir des années 1990 qu'une généralisation de ce type d'intervention va commencer à trouver sa source dans le cadre législatif.

Après la canicule européenne d'août 2003, la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées va créer deux mesures :

- ❑ la journée de solidarité
- ❑ la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

En France, c'est la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) qui contribue au financement de l'aide à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle répartit les fonds émanants de l'ODAM auprès des conseils départementaux qui reversent au titre de APA cette prestation aux personnes âgées et handicapés.

Avec une mission de répartition et de contrôle, elle peut être considérée comme l'élément essentiel dans le financement du maintien à domicile.

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile entrent ainsi dans la catégorie des établissements et services sociaux et médico-sociaux définis aux 6° et 7° de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles en ce qu'ils apportent à domicile aux personnes âgées et handicapées une « assistance dans les actes quotidiens de la vie ou une aide à l'insertion sociale ».

1. De l'après-guerre aux années 90

En France, jusqu'aux années 1950, il est d'usage de recourir à l'hospice pour prendre en charge les « vieillards ».

Comme évoqué, au début des années 1950, une politique de maintien à domicile se met en œuvre avec la création des services d'aide-ménagère. Cette politique est officialisée en 1962 par le biais du rapport Laroque (1962).

A partir de ce rapport, la politique sociale en faveur des personnes âgées a pour orientation le maintien à domicile de celles-ci chaque fois qu'il est possible.

Depuis la fin des années 1980, le développement du secteur de l'aide à domicile reflète aussi la politique de l'emploi destinée à insérer sur le marché du travail des personnes non qualifiées.

Afin de créer ces emplois, les pouvoirs publics ont mis en place différentes mesures visant à solvabiliser la demande des personnes âgées, et à mettre ces services à leur portée quelle que soit leur capacité financière.

2. A partir des années 90

Ce secteur a bénéficié de financements publics par le biais des politiques d'aide sociale, portées par les départements en application des lois de décentralisation. Certaines communes ont également investi le secteur et créé des services d'aide à domicile par le biais de leur centre communal d'action sociale (CCAS) ou de leur centre intercommunal d'action sociale (CIAS).

L'aide à domicile à destination des personnes âgées et handicapées s'est ainsi ancrée dans le champ de l'action sociale. Cette inscription dans le secteur social et médico-social a été confirmée par la loi du 2 janvier 2002 dite loi 2002-2, dans un but de professionnalisation du secteur et d'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes accompagnées.

Avec cette loi la prise en charge financière du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes va se trouver modifier. Assurée essentiellement par la Prestation spécifique dépendance (PSD) (instaurée en 1997), elle est remplacée par l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA).

L'APA, loi fondamentale pour le développement des services d'aide à domicile en direction des personnes âgées, est instituée par la loi du 20 juillet 2001.

Ce principe d'universalité, non soumis à conditions de ressource, a pour objectif de garantir la qualité de la prise en charge des personnes âgées.

En innovant dans la création de l'APA, la loi du 21 juillet 2001 doit être considéré comme le moteur de développement des services à la personne.

La loi du 2 janvier 2002 : acte fondateur de la branche de l'aide à domicile en tant qu'acteur du champ social. En réformant la loi N° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico- sociales, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico- sociale concrétise l'évolution déjà entamée dans les structures et fixe quatre fondamentaux (article 2 de la loi) :

- ❑ l'autonomie et la protection des personnes,
- ❑ la cohésion sociale,
- ❑ l'exercice de la citoyenneté,
- ❑ la prévention des exclusions et la correction de leurs effets.

Quatre grandes catégories de populations fragiles sont visées. :

- ❑ l'enfance et les familles en difficulté,
- ❑ les personnes handicapées,
- ❑ les personnes âgées
- ❑ les personnes en situation de précarité et d'exclusion.

Trois points ont une portée conséquente pour les services d'aide à domicile :

- ❑ L'instauration de la notion de prestation et la demande d'autorisation
- ❑ La continuité de service 7j/7 : cette continuité de service est rendue obligatoire pour les associations, en particulier pour les GIR les plus dépendants.
- ❑ Le développement d'outils de contractualisation et de suivi.

Depuis le 28 mars 2003 (*Article 72 de la Constitution de la Cinquième République française*, 2003), les départements ont un rôle de « chef de file » sur leur territoire. Plus particulièrement concernant le domaine social.

Cette nouvelle responsabilité s'est traduite dans la *Loi relative aux libertés et responsabilités locales* (2004) : « Le département définit et met en œuvre la politique d'action sociale, en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'Etat, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux autres organismes de sécurité sociale ».

Ainsi les conseils départementaux décident de la politique gérontologique qu'ils souhaitent appliquer sur leur territoire tout en respectant le cadre législatif national.

Loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées va être le début des transformations de ce secteur.

Elle met en place en mai 2005 la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), établissement public crée par la loi du 30 juin 2004. En dix ans, ses missions ont été élargies progressivement. La loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, qui crée le 5e risque de la Sécurité sociale, et qui en confie la gestion à la CNSA.

C'est avec le projet de loi de financement de la sécurité sociale 2021 que cette branche autonomie devient effective.

3. Le 5 me risque ou la question de la dépendance

La notion de dépendance définit une incapacité à accomplir seul les actes élémentaires de la vie quotidienne : s'habiller, se laver, se déplacer, manger et les tâches domestiques : faire les courses, cuisiner, faire le ménage. Elle n'est pas exclusivement liée à l'âge et à l'état de santé. Elle concerne à la fois les personnes âgées, les personnes malades ou handicapées.

La dépendance devient un nouveau champ du risque social.

Dans son livre : « Comprendre les politiques d'action sociale », Valérie L CHEN, souligne que « les enjeux autour de la dépendance, interrogent la capacité du système actuel de couverture des risques à prendre en compte de nouveaux besoins. La dépendance prend une ampleur significative, en raison de l'allongement de l'espérance de vie, les mutations sociales qui diminuent les solidarités familiales et l'élan en faveur du maintien à domicile ».

Le projet de réforme, annoncé en 2008, sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque (en complément des quatre autres risques couverts que sont la maladie et la maternité, les accidents du travail, la famille et la vieillesse), pose deux principes fondamentaux :

- ❑ Garantir la liberté effective de choix des personnes âgées dépendantes et de leurs familles, entre l'hébergement à domicile et celui en institution.
- ❑ Mettre en place des solutions de financement pérennes pour diminuer les montants restant à charge des plus modestes et des classes moyennes.

Parallèlement au projet de réforme sur le 5ème risque, Nora BERRA, Secrétaire d'Etat chargée des aînés lance en février 2010, la mission « Vivre chez soi, autonomie, inclusion et projet de vie ». Elle porte sur six volets : faire un état des lieux, proposer des préconisations concrètes et construire les outils juridiques, réglementaires, financiers, techniques et organisationnels nécessaires au « vivre chez soi ». Elle vise à « encourager la mise en place d'un diagnostic pour favoriser l'autonomie à domicile, améliorer la mobilité, la sécurité des personnes âgées chez elles et renforcer la prévention des discriminations » (Nora BERRA).

La coordination de la mission est confiée au Centre national de référence (CNR), et pilotée par un collectif composé de la CNAM, la CNAV, la CNSA et la CCMSA (se reporter à l'annexe 2).

4. La loi des services à la personne du 26 juillet 2005 ou plan BORLOO.

4.1. Les principales mesures sont :

- ❑ La création des enseignes nationales pour faciliter l'accès aux services.
- ❑ La création d'une Agence nationale des services à la personne (ANSP) chargée de promouvoir le développement et la qualité des services à la personne.
- ❑ La mise en place du CESU : Chèque Emploi Service Unifié.
- ❑ La directive européenne sur les services et services à la personne.

Adoptée fin 2006 par le Conseil et le Parlement européen, la directive vise à organiser le marché intérieur des services en favorisant le libre établissement des opérateurs et la libre prestation. Le processus de transposition de la directive est effectif dans le droit français depuis le printemps 2010.

4.2. *Le Financement de l'action :*

a) Pour les acteurs

Plusieurs mesures sont promulguées à la suite de la loi du 29 janvier 1996. Elles concernent :

- ❑ La création du titre emploi service. A l'instar du titre-restaurant, un organisme tiers peut venir abonder pour le financement de l'aide à domicile.
- ❑ La réforme du régime d'agrément. Il est désormais ouvert aux entreprises d'insertion et aux entreprises privées.

Deux niveaux sont introduits par la loi, l'agrément simple prononcé par le préfet de région et l'agrément qualité accordé par le préfet de département pour pouvoir intervenir auprès des publics fragiles.

- ❑ L'extension des avantages fiscaux au secteur lucratif. Sous pression du CNPF (devenu depuis le MEDEF), le champ de l'aide à domicile est ouvert au secteur lucratif pour favoriser l'emploi, diversifier et structurer l'offre de services. La loi étend les avantages fiscaux aux entreprises prestataires de services. Elle instaure également un taux de TVA réduit de 5,5 % pour les entreprises. Cette disposition fait suite à une directive européenne qui condamne la distorsion de concurrence entre les associations dispensées de TVA et le secteur lucratif.
- ❑ L'exonération totale des cotisations patronales de sécurité sociale pour les associations. Cette exonération est limitée aux contrats à durée indéterminée, ce qui va limiter la portée de la loi.

b) Pour les particuliers :

Il existe deux façons de faire appel à un service d'aide à domicile : faire appel à un service prestataire et faire appel à un service mandataire. Certains services d'aide à domicile proposent à la fois d'intervenir en mode prestataire ou mandataire, d'autres ne proposent que le mode prestataire.

- *Faire appel à un service prestataire :*

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile prestataires sont autorisés à fonctionner par le conseil départemental. Ils ont le statut de service médico-social et doivent remplir les obligations réglementaires strictes et rendre des comptes régulièrement au conseil départemental. Le conseil départemental contrôle notamment la qualité des prestations rendues par ces services. Leurs tarifs sont encadrés.

Les aides à domicile sont salariées par le service d'aide à domicile prestataire : la personne bénéficiaire du service règle à l'organisme une facture correspondant à sa consommation.

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement simplifie l'encadrement des services d'aide et d'accompagnement à domicile.

- *Faire appel à un service mandataire*

Une personne qui fait appel à un service mandataire est l'employeur de l'aide à domicile et doit donc être en capacité d'assumer ce rôle d'employeur. Le service intervient pour :

- ☒ la mise en relation avec l'intervenant qu'il estime compétent,
- ☒ l'aide à la rédaction de document (contrat de travail, fiche de demande de congés...)
- ☒ l'aide à la réalisation des feuilles de salaire, parfois la déclaration à l'URSSAF de l'aide à domicile.

La personne règle au service le coût de cette mise en relation, du traitement administratif et s'acquitte également du salaire de l'aide à domicile. La personne âgée reste toutefois l'employeur de l'intervenant à domicile.

III. Quelles modalités d'accueil ?

1. Les structures, cadre législatif²⁴

Les Services à la personne (SAP), définis dans le code du travail (Art. L. 7232-1), désignent des activités de garde d'enfants, de tâches ménagères ou familiales ou encore d'assistance aux personnes âgées ou handicapées quand elles sont exercées en mode mandataire.

2. Les Services d'aide et d'accompagnement (SAAD)

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) désignent les organismes privés ou publics qui interviennent en qualité de prestataires, pour des actions liées aux actes essentiels de la vie, au soutien à domicile, à la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne et au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.

3. Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), créés en 1981, sont des services médico-sociaux qui interviennent au domicile des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et des personnes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques ou présentant certains types d'affection afin de leur dispenser des soins (soins techniques infirmiers et soins de nursing).

Ils dispensent des prestations de soins au domicile ou dans les établissements non médicalisés pour personnes âgées et pour personnes adultes handicapées et dans les établissements mentionnés aux II, III et IV de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles.

²⁴ D'après Légifrance

4. Les Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)

Afin de répondre de manière plus complète aux besoins des personnes fragiles, une nouvelle forme d'organisation des services à domicile a été mise en place en 2005 sous la forme de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD).

Les SPASAD apportent à la fois un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et des soins aux personnes prises en charge.

Ils regroupent des services qui assurent les missions d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les missions d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD).

Enfin, l'évaluation des besoins de la personne donne lieu à l'élaboration d'un projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins, construit et mis en oeuvre dans une démarche conjointe par les personnels de l'aide et du soin à domicile, pour une prise en charge globale plus cohérente.

5. Les SPASAD « intégrés »

La loi du 28 décembre 2015, relative à l'adaptation de la société au vieillissement, propose en son article 49 d'expérimenter, sur une période de 2 ans, une évolution des modalités d'organisation, de fonctionnement et de financement des SPASAD. L'objectif est de promouvoir le développement de ce modèle d'organisation de l'aide et du soin à domicile, et en particulier d'en améliorer la coordination et favoriser la mise en oeuvre d'actions de prévention de la perte d'autonomie.

Les expérimentations porteront sur une organisation et un fonctionnement intégré des SPASAD pour assurer une plus grande mutualisation des organisations et des outils mais au-delà, une intégration des prestations au bénéfice de la qualité de l'accompagnement global de la personne et de la promotion de la bientraitance.

IV. La place des proches dans l'accueil des séniors en situation de pré fragilité

Avant les années 50, la prise en charge de la perte d'autonomie en France est caractérisée par un modèle de tradition familiale pour lequel les systèmes d'aide (publics ou privés) sont peu développés. La solidarité familiale est alors sollicitée pour faire face à la perte d'autonomie et on peut considérer alors que l'aide publique est résiduelle de l'intervention des aidants familiaux.

1. L'aide des proches : un reste à charge important

Le soutien à l'autonomie des personnes âgées mobilise approximativement 3,9 millions d'aidants informels, très majoritairement des femmes, apportant une aide régulière pour l'un au moins des trois grands types d'aides (vie quotidienne, soutien moral, aide financière ou matérielle). Au-delà des solidarités familiales, cette aide informelle articule des inégalités sociales et de genre.

On estime à près d'un million équivalent temps plein l'apport des aidants informels en France, soit, à titre de comparaison, davantage que le secteur de l'hôtellerie et de la restauration. Les couts indirects et non monétaires sont exclus des exercices de comptabilité nationale qui établissent les comptes de la dépendance et le partage entre financement public, financement par les organismes complémentaires et reste à charge. Or, le Conseil d'analyse économique a estimé l'aide informelle à destination des personnes âgées en perte d'autonomie entre 7 et 11 milliards d'euros. Si on retient ce montant au titre d'un reste à charge non financier, la charge pesant sur les ménages confrontés à un besoin d'aide à l'autonomie apparaît alors deux fois plus élevé que celle qui ressort traditionnellement d'une analyse strictement financière des dépenses de prise en charge.

2. Une évolution récente

Lorsqu'elles sont dépendantes, les personnes âgées peuvent recevoir de l'aide humaine soit en restant dans un logement ordinaire (le leur ou celui d'un aidant de l'entourage)

Depuis 2015, selon L'Art. L. 113-1-3 de la Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, l'aide de l'entourage auprès d'une personne âgée est reconnue et définie dans la loi :

« Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes et des activités de la vie quotidienne. »

Généralement l'aide de l'entourage est définie selon plusieurs critères.

Il s'agit :

- ✦ D'une personne de l'entourage, membres de la famille (conjoint, enfants...), amis ou voisins. Les professionnels, c'est-à-dire les personnes embauchées pour aider, ne sont pas inclus. Par contre, une personne de l'entourage qui met en application ses compétences professionnelles pour aider est considérée comme un aidant de l'entourage. La personne de l'entourage peut être rémunérée pour l'aide qu'elle apporte (*via* une allocation telle que l'APA par exemple).
- ✦ Une personne qui aide régulièrement. Une aide régulière peut ne pas être fréquente (une fois par an par exemple).
- ✦ D'un l'accomplissement de certaines tâches de la vie quotidienne (ménage, courses, repas, toilette, budget...), financièrement ou matériellement ou bien encore apportant un soutien moral... à une personne âgée en raison d'un problème de santé ou de l'âge.

3. Aux inégalités sociales interfamiliales pourraient s'ajouter des inégalités sociales intrafamiliales

Compte-tenu des fortes inégalités sociales d'espérance de vie sans incapacité, on peut vraisemblablement supposer que les familles ayant les niveaux de vie les plus modestes sont plus fréquemment mises à contribution (aides gratuites et allocations) que les familles plus aisées. De plus, l'organisation familiale de la prise en charge conduit à faire reposer l'aide sur les membres de la famille ayant les plus faibles coûts d'opportunité (par exemple ceux qui sont peu présents sur le marché du travail ou ont les plus faibles qualifications).

Les effets potentiellement négatifs du rôle d'aidant (réduction du temps de travail, dégradation de l'état de santé) pourraient alors se concentrer sur les plus précaires socialement.

4. D'un point de vue économique, les solidarités familiales produisent des externalités négatives

L'organisation de la prise en charge du déclin fonctionnel puis des situations de perte d'autonomie repose largement sur l'aide dite informelle apportée par l'entourage. Cette organisation pose un certain nombre de questions. Outre une disponibilité incertaine de ces femmes aidantes du fait notamment de la distance géographique entre enfants et parents, on observe une dégradation de leur état de santé, liée à leur propre vieillissement ainsi qu'à des effets délétères de ce soutien.

On s'interroge aussi sur son coût social potentiellement liée à la réduction de l'offre de travail qu'implique dans certaines situations l'accompagnement d'un proche : diminution des cotisations sociales, moindre flexibilité de la population active, départs anticipés à la retraite, moindre accumulation de capital humain, etc. Ces externalités négatives sont vraisemblablement d'autant plus importantes qu'elles concernent de jeunes aidants.

Différents travaux menés au Royaume-Uni démontrent l'intérêt financier pour les entreprises à accompagner et soutenir les aidants : les coûts induits par l'accompagnement (flexibilité du temps de travail, information, soutien financier, etc.) seraient nettement inférieurs aux coûts induits par la non-prise en compte des besoins spécifiques des aidants au sein de l'entreprise. Ces considérations incitent les entreprises à développer des couvertures collectives permettant de soutenir les aidants.

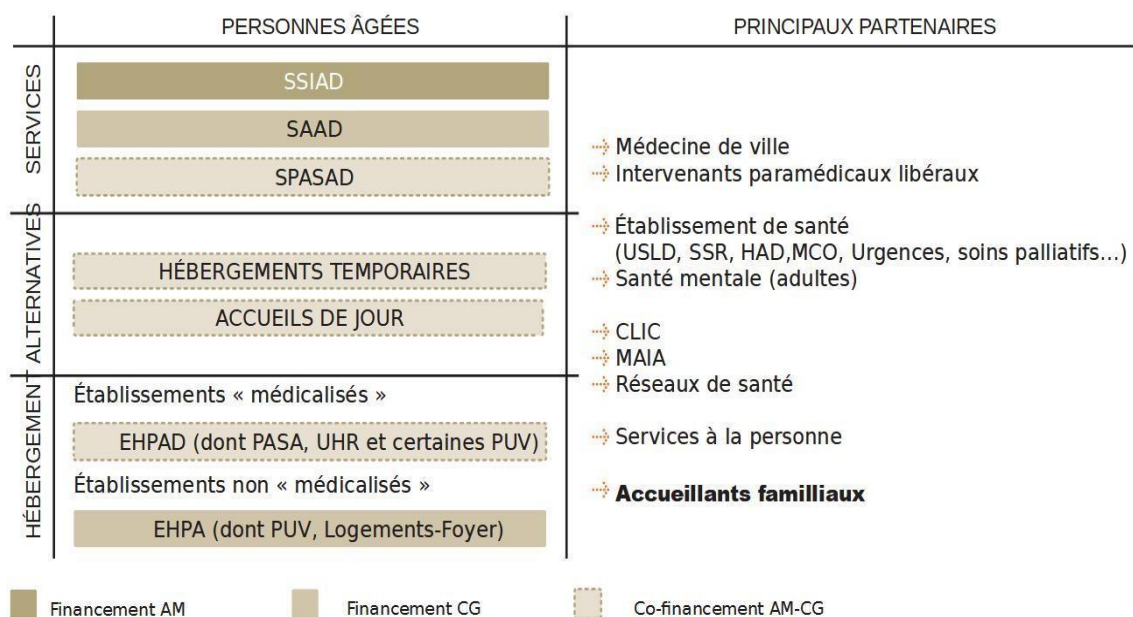
5. Propos d'étape

La représentation ci-dessous permet de faire apparaître :

- ✚ les principaux modes d'accompagnement avec des services, qui interviennent au domicile de la personne âgée, et des lieux d'hébergement. Ces derniers proposent de plus en plus souvent des alternatives sous forme d'hébergement temporaire ou d'accueil de jour ainsi que des accompagnements spécifiques, en particulier pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées ;

les différents modes de financement avec, par exemple, les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) financés par l'Assurance maladie, les Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) financés par le Conseil général (CG) ou les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) cofinancés par les deux organismes et le résident.

Figure 14 – ANAP - Structures & partenaires



En termes de volume, les EHPAD sont les plus nombreux (près de 8 000 établissements) avec les Services d'aide et d'accompagnement à domicile (environ 7 000). Plus de 2 000 Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) sont recensés.

Figure 15 - ANAP - missions & autorisations

Établissement ou service	Mission	Admission	Autorisation	Financement
SSIAD	Le service de soins infirmiers à domicile assure des prestations de soins infirmiers (soins de base ou techniques et relationnels) notamment auprès de personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes. Le SSIAD intervient à domicile ou dans des établissements non-médicalisés. Le SSIAD vise notamment à retarder ou prévenir l'hospitalisation. Il peut mettre en place une Équipe spécialisée Alzheimer (ESA).	Prescription médicale puis décision du gestionnaire	ARS	AM (dotation globale)
SAAD	Le service d'aide et d'accompagnement à domicile intervient notamment auprès de personnes âgées avec des prestations de services ménagers ou d'aide pour les activités de la vie quotidienne, concourant ainsi au soutien à domicile, à la préservation de l'autonomie et d'activités sociales.	Décision du gestionnaire sur orientation de l'équipe d'évaluation du CG (si APA)	PCG	Usager solvabilisé le cas échéant par le CG ou les caisses Tarifs horaires fixés par le CG et possible dotation globale
SPASAD	Le service polyvalent d'aide et de soins à domicile assure à la fois les missions d'un SSIAD et d'un SAAD.	Prescription médicale et/ou décision du gestionnaire Orientation de l'équipe d'évaluation du CG (si APA)	ARS et PCG	AM pour les soins (forfait). Usager solvabilisé le cas échéant par le CG ou les caisses
EHPAD	L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes assure aux résidents, de manière collective, l'hébergement, la restauration, l'entretien et les soins nécessaires. L'hébergement peut être assuré à temps complet, en hébergement temporaire ou en accueil de jour. Pour les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, l'EHPAD peut comprendre un PASA et/ou une UHR.	Décision du gestionnaire	ARS et PCG	Hébergement : usager ou CG (aide sociale) et possibilité d'APL Dépendance : usager ou CG (APA) Soins : AM

6. Formulation de la question de recherche

Comme évoqué, la forte augmentation de la proportion de séniors s'explique par la double transition (démographique et épidémiologique) qu'ont connu la plupart des pays de l'OCDE, dont la France. Le vieillissement de la population se traduit par une perte d'autonomie, à des âges plus ou moins avancés selon les situations.

Pour autant, le repérage du risque de fragilité, à des stades précoces, permet une réversibilité de l'état de fragilité.

Par ailleurs, les politiques publiques se placent dans un contexte de favorisation du maintien à domicile.

Cependant, dans le cadre des structures de soins à domicile, les actions de repérage du risque de fragilité peuvent, se combiner, s'hierarchiser différemment ou être absentes, par les équipes pluriprofessionnelles. Ainsi, nous sommes amenés à nous demander :

Dans quelles mesures l'outil « management » qu'il soit de proximité, systémique ou horizontal peut-il contribuer, dans le champs des structures de soins à domicile, au repérage du risque de fragilité chez les séniors ?

Cela, nous conduit à soulever deux hypothèses.

Hypothèse 1 : Le management de proximité est au coeur de la mise en place du repérage des risques de fragilités dans les structures de soins à domicile.

Hypothèse 2 : Le management de proximité est tributaire d'autres partenaires pour implémenter le repérage du risque de fragilité.

Au terme de ces deux chapitres, nous sommes en mesure de confronter au terrain, les différents cadres conceptuels étudiés.

CHAPITRE 3 : ETUDE DE L'EXISTANT

A. METHODOLOGIE

I. Le travail de terrain

1. Les objectifs

Les recherches menées tout au long de notre première partie nous ont permis de mettre en exergue :

- ↳ la compréhension, d'un point de vue théorique, les enjeux du vieillissement de la population et des individus pour le secteur médico social ;
- ↳ d'appréhender les évolutions à prendre en compte dans les futures pratiques professionnelles ;
- ↳ de cibler les besoins à combler pour les séniors ;
- ↳ profiler l'orientation managériale des responsables de services à domicile. Ceux donc qui sont en première ligne pour répondre aux besoins des séniors pré fragiles au vue de la prévention de la perte de l'autonomie.

Nos objectifs de recherches étaient à multiples :

- ↳ Mesurer l'application de la prévention de la fragilité au sein des services à domicile
- ↳ Vérifier la concordance entre les besoins des séniors et les services proposés et le désir des politiques publiques ;
- ↳ Appréhender le mode de management nécessaire à la réalisation de la prévention de la fragilité des séniors.

2. Le temps des enquêtes

Notre travail de terrain s'est composé de deux périodes comprises entre mai 2021 et août 2021. D'une part à travers un questionnaire et, d'autre part complémenté par des entretiens individuels.

B. L'ETUDE QUANTITATIVE

I. L'objectif du questionnaire

Le questionnaire a pour objectif de démontrer si le repérage du risque de fragilité est un axe de travail, chez les professionnels interviewer et œuvrant, auprès des séniors âgés de 60 à 70 ans dans les structures. Les personnes interrogées nous ont permis de retranscrire leurs réponses, de façon anonyme ou non, à l'intérieur de notre travail. Les contenus extraits de ces questionnaires seront donc mentionnés et suivis ou précédé de la mention "madame ou monsieur" ou "un responsable de structure". Le type de structure dont sont issus ces "responsables" sera précisé.

II. Le choix des questions

Le questionnaire ([annexe 1](#)) a été diffusé par l'intermédiaire de nos réseaux respectifs. Nous avons fait le choix de poser des questions "fermées" et "semi-ouvertes" répondant quasi directement à nos hypothèses afin de faciliter la lecture et la compréhension des questions. Il s'agissait de réduire le temps nécessaire de réponse. Le but étant de s'adapter à cette période de crise et à la charge de travail qui incombe aux responsables des structures. Par exemple, l'une des questions concernant le repérage du risque de fragilité dans les structures : "Un outil de repérage du risque de la fragilité dans le cadre du plan personnalisé de soins est-il utilisé ? oui ? non ?".

Toutefois, nous avons aussi rédigé quelques questions ouvertes comme "Rencontrez-vous des difficultés spécifiques sur la thématique du repérage du risque de la fragilité ? ou "Selon vous quelle(s) action(s) devrait(ent) être mis (ses) en place ?" qui nous ont permis de récolter les approfondissements nécessaires à notre analyse.

III. En amont de la passation des questionnaires

Pour fournir davantage de confort à nos futurs répondants et pour s'assurer de la possibilité pour tous de renseigner le questionnaire (difficulté d'écriture, de lecture, de compréhension, etc.) notre support a été testé par l'un de nos camarades de promotion, référent d'une structure de soins à domicile.

Le recueil de l'ensemble de ces données est présenté en annexe.

IV. Passation des questionnaires

Au cours du premier cycle, nous avons diffusé une trentaine de questionnaire à l'aide de différents outils : mailing, site LinkedIn et une plateforme numérique. À l'issue de cette période étalée sur trois semaines, nous observons que les résultats de retour du document n'ont pas été atteints.

Dans ce sens, nous décidons d'effectuer une relance auprès des professionnels initiaux. Finalement, nous avons recueillis seulement cinq questionnaires dûment complétés soit, un pourcentage de retour de 6,25%.

Cette partie a été caractérisée par certains obstacles liées à l'épidémie du COVID 19. Nous avons dû faire preuve de persévérance en sollicitant les protagonistes qui n'étaient pas enclin à répondre soit à cause des risques sanitaires, soit à cause de leurs surcharges de travail lié au contexte sanitaire : Répondre à un questionnaire sur les pratiques professionnelles à l'heure où le quotidien est perpétuellement modifié par les protocoles sanitaires successifs, par le manque crucial de personnel, par l'essoufflement de chacun suite à une crise qui perdurent depuis 18 mois est difficile. Le second paramètre est lié à la sollicitation des professionnels durant une période de congés annuels.

Dans un second cycle, nous avons décidé de relancer les professionnels par mailing (annexe a mettre. Ainsi, nous nous devons de remercier, de nouveau, Mesdames Mathilde ROLAND, Responsable du parcours séniors du Service Soins Infirmiers A Domicile au sein du CCAS de Montpellier et Eva LARBOULETTE NIGEN, Directrice Départementale Autonomie, par leurs réponses à nos sollicitations, elles ont su nous redonner de l'espoir.

Les relances téléphoniques ont aussi apporté leurs lots de renseignements. La réponse la plus courante fut dixit " oui j'ai bien vu le questionnaire mais il ne s'adresse pas à nos services...le repérage des fragilités ne nous incombe pas...nos patients sont déjà fragiles ou dépendants".

Ces infos semblent montrer qu'il n'y a pas de concordance entre les besoins des seniors et les services d'aide à domicile. Un professionnel nous a même écrit : « certaines de vos questions sont loin de notre pratique de terrain ».

Il semble donc que notre questionnement soit légitime !

V. Analyse et discussion des résultats (annexe 2)

1. la partie concernant les questions fermées

Nous avons fait le choix de diviser notre échantillon, afin d'être plus pertinent dans l'analyse, et de connaître la catégorie représentative des séniors concernés. Ainsi, nous avons opté pour la sous-division utilisée.

Malgré le peu de retour de questionnaire, une tendance se dégage qui vient valider notre hypothèse de départ : notre population cible (les séniors entre 60 et 75) est minoritaire dans les SAAD actuels.

Nombre de personnes accompagnées par tranches d'âge						
60 à 64 ans	65 à 69 ans	70 à 74 ans	75 à 79 ans	80 à 84 ans	85 à 89 ans	90 ans et plus
26	10	1	38	56	81	69
<i>Un service nous a donné la totalité des personnes accompagnées : 227, sans distinction d'âge.</i>						

Tableau 1 - nombre de personnes accompagnées par tranche d'âge

Ce public ne représente que 13% des personnes accompagnées par ce type de service.

Il nous semblait nécessaire de croiser cette information avec les déterminants de santé et essayer de mettre ces chiffres en corrélation, malheureusement les retours ne nous permettent pas d'affirmer une tendance, ils ne peuvent que nous laisser supposer qu'effectivement les séniors pré-fragiles sont une population non repérée par les SAAD.

Quelle est la répartition estimée de cette population en pourcentage :			
Robuste	Pré-fragile	Fragile	Dépendante
0	7	13	25

Tableau 2 - répartition estimée de cette population en pourcentage

Pour essayer de comprendre le repérage des populations, nous avons interrogé la participation des usagers de ces services et comment elle se traduisait dans la réalité.

22. Quelles modalités de participation collective, des usagers, sont mises en place par le service ?

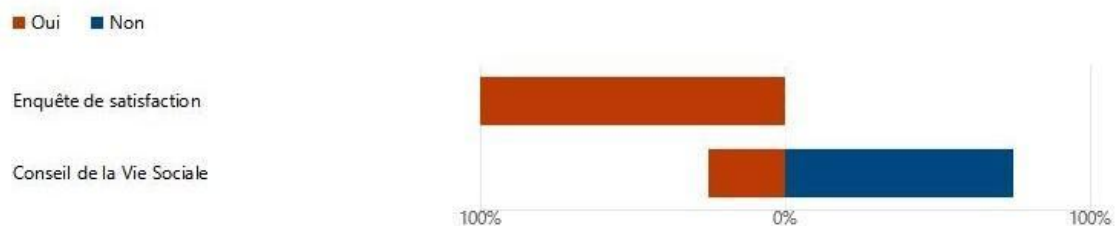


Figure 16 - modalité de participation collective

25. Dans le cadre du fonctionnement de service, la participation des usagers a-t-elle pu être envisagée pour

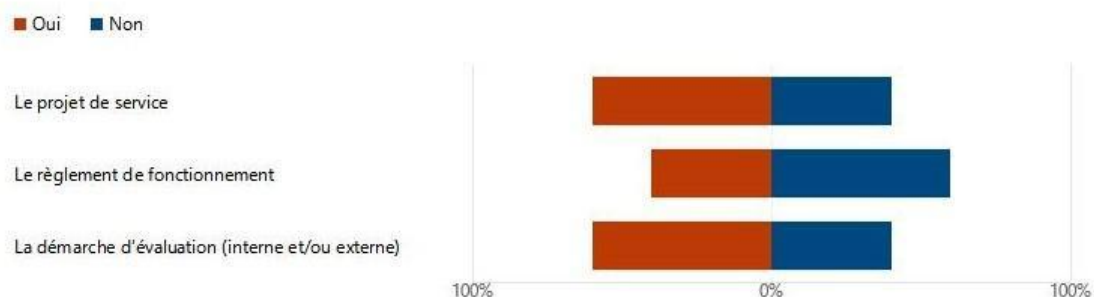


Figure 17 - participation des usagers

Notre constat est que celle-ci se fait essentiellement par le biais d'un questionnaire de satisfaction. A contrario, l'idée d'une instance de type Conseil de la Vie Sociale (ref loi 2.01.2002), n'est pas utilisé.

Autre point qui soulève des interrogations, alors que les utilisateurs de ces services ne bénéficient que très peu d'une instance de représentation, l'enquête révèle qu'ils semblent cependant associés à l'élaboration de différents documents au sein des structures.

Serait-ce à dire que l'avis des usagers n'est sollicité que pour valider les actions d'un service ou d'être entendu dans la recherche d'un cadre opérationnel adéquat en réponse à une organisation optimisée et non aux besoins des personnes ?

Comment la transmission d'information se génère dans ces services était pour nous d'essayer de comprendre à quel moment il pouvait y avoir un échange sur le repérage des situations.

26. Comment et à quelle fréquence le service favorise le partage, la formalisation et la transmission des informations entre professionnels ?

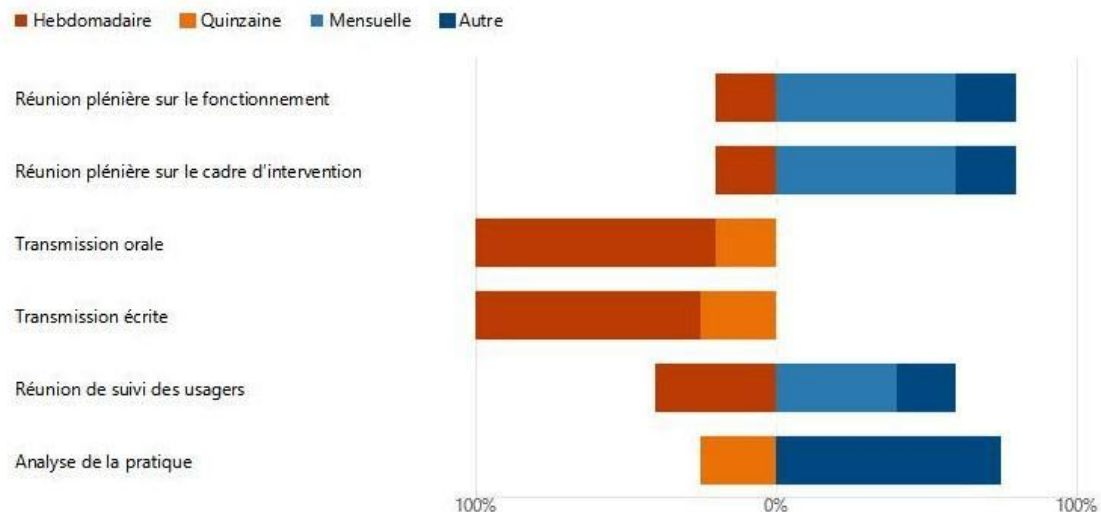


Figure 18 - - fréquence partage formalisation transmission en équipe

Le constat que l'on peut en faire est que si la transmission écrite semble être la transmission formalisée, les échanges informels sont eux aussi d'importance.

Les instances de réunions semblent indiquer que le management est assez nettement orienté vers la sphère organisationnelle alors que les temps cliniques existent mais ne semblent pas prioritaires.

Enfin, une attention portée aux salariés peut être soulignée par la mise en œuvre d'analyse de la pratique.

2. la partie concernant les questions ouvertes

Afin de compléter le nombre faible de réponses reçues, des entretiens téléphoniques ont été menés sur une recherche de compréhension de ces non retours.

L'analyse qui suit, si elle s'appuie sur les données récoltées, prend en compte les réponses téléphoniques obtenues.

2.1 Sur les questions évoquant le repérage d risque de fragilité, les outils, et de leur adaptation

Cette notion de repérage semble questionner les services. En effet, pour eux leurs missions s'effectuent une fois les personnes « repérées ». Ajouter une fonction de prévention primaire ou secondaire semble complexe.

Les outils sont construits. Les critères sont majoritairement les GIR. Les modèles d'entretien sont définis. Les structures construisent leur propre matrice ce qui génère une hétérogénéité des résultats et donc une lecture peu aisée du contexte.

Cependant, les structures affichent une satisfaction face à l'utilisation de ces outils. Mais, lorsque que l'on évoque de nouveau le repérage, seule une d'entre elle bénéficie d'un personnel formé à ce type de mission. Pour les autres services, la question du repérage n'est pas d'actualité, ils agissent en aval de celle-ci et n'en conçoivent pas la mise en œuvre même s'ils en reconnaissent le besoin.

Si le questionnaire les « interroge », les réponses des SAAD sont quasi unanimes, il ne les « concerne » pas.

2.2. Sur les questions évoquant la coordination des actions, le partenariat, et l'intégration du service à son environnement :

De manière générale la réponse est institutionnelle.

En effet, le principe de coordination est un des socles managériaux de ces services. Mais que coordonne-t-il :

- ☐ Les interventions au domicile (tâches ménagères essentiellement) ;
- ☐ Les parcours de soins (infirmier, kiné, médecin...).

Evoquer une coordination globale d'actions médico-sociales, en insistant sur le terme social, ne fait pas écho.

Cet ancrage est renforcé lorsque l'on évoque les partenaires puisqu'ils ne relèvent que du soin ou de l'autorité de tarification. A aucun moment un partenariat de prévention avec le monde associatif n'est évoqué (exemple : sport adapté).

C. L'ETUDE QUALITATIVE

I. Méthodologie

Une deuxième période, destinée à rencontrer des responsables intervenant au sein des structures de soins à domicile et en résidence séniors.

Pour réaliser ce travail, nous envisageons de conduire neuf entretiens qualitatifs, enregistrés et semi-directifs.

Lors de cette phase d'enquête par entretien, afin de recueillir des discours suffisamment ciblés et représentatifs de la pluralité des prises en compte du repérage des fragilités chez les séniors, nous pointons trois à quatre questions annexées en fin de mémoire.

Les premiers entretiens s'enchaînent à un rythme relativement soutenu sur une quinzaine de jours. D'une durée moyenne d'une heure, ils ont lieu, soit sur la localité d'exercice professionnel, soit, pour la majorité d'entre eux et pour des raisons pratiques d'emploi du temps ou en lien avec la situation sanitaire actuelle, par entretien téléphonique. Le protocole utilisé est toujours le même.

La deuxième partie des entretiens, au nombre de trois, seront réalisés sur le mois de septembre. Ils feront l'objet d'introduction lors de la présentation orale.

A ces fins, une première prise de contact, auprès de tous les professionnels retenus, est établie par téléphone : présentation du cursus universitaire, puis le nom de la personne par laquelle nous avons obtenu les coordonnées est renseigné. Ensuite, nous abordons la thématique retenue afin de préciser le cadre de notre recherche. Enfin, s'il est possible de réaliser un entretien, les modalités (présentiel, visioconférence, téléphonique...) sont posées conjointement.

Dans un deuxième temps, nous adressons un mail, aux personnes contactées, retraçant le contenu des premiers échanges. A cette occasion, le questionnaire est systématiquement joint. L'objectif est double. En effet, il permet une meilleure compréhension de la thématique pour le futur interviewé et une préparation de mise en confiance lors des entretiens effectifs.

A l'issu de cette phase préparative, nous avons essuyé un refus. Pour autant, la raison invoquée n'est pas le manque d'intérêt de la thématique mais la période estivale de congés annuels du mois d'août, où nous avons sollicités les professionnels.

II. Entretiens au sein de l'association AIVIDANCE

1. Descriptif de l'entreprise

L'association Aividence dont l'altération orthographique résulte d'un acronyme qui s'inspire de l'Aide à la Vie et à la dépendance, a été créée en 2005. Elle est située à Narbonne.

Elle est régie par la loi de 1901 à but non lucratif. Elle est agréée en tant que Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (S.A.A.D.) pour les départements de l'Aude et de l'Hérault.

Son objet est d'assurer au domicile des personnes, ou à partir de leur domicile, des prestations de services ménagers ou d'aide à la personne. Elle concourt ainsi au soutien à domicile, à la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne, au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.

Elle a obtenu un agrément qualité lui permettant d'intervenir auprès des publics dits vulnérables. Elle aide dans les actes essentiels de la vie quotidienne qui sont notamment :

- ↳ L'habillage/le déshabillage
- ↳ L'aide à la préparation et à la prise de repas
- ↳ L'aide à la toilette
- ↳ L'entretien du cadre de vie

Elle accompagne dans les déplacements en dehors du domicile. Les employé(e)s à domicile peuvent vous accompagner faire les courses, chez le médecin, dans les activités de loisir... (accompagnement au bras, avec le véhicule de l'association ou avec votre véhicule personnel).

Elle assure une fonction de garde-malade : l'intervenant assure une présence en veillant au confort physique mais également au bien-être moral à l'exclusion des soins. Cette activité peut être assurée de jour comme de nuit.

2. Echantillons

Les données ont été collectées auprès de trois types de participants :

- ↳ 2 seniors en situation de pré-fragilité demeurant à domicile, dans un domicile conventionnel et recevant des services de soutien d'aide à domicile
- ↳ 2 proche-aidants
- ↳ 2 intervenants de services d'aide à domicile.

3. Méthode employée

Des entretiens individuels semi-dirigés d'une durée de 60 à 90 minutes ont été réalisés séparément auprès du séniore, son proche-aidant et son principal intervenant à l'aide d'un guide d'entretien ([annexe 3](#)) (ex : parlez-moi de vos activités qui vous faites dans une journée type. Quels sont vos besoins en lien avec vos activités ? Quelle aide recevez-vous pour vous aider à réaliser vos activités ?)

Les séniors sont 1 femme et 1 homme âgés respectivement de 88 et 78 ans avec des incapacités physiques et des troubles cognitifs légers. Ils vivent à domicile, sont mariés et perçoivent leur santé comme bonne.

Les proche-aidants sont 2 femmes âgées respectivement de 70 et 75 ans, dont 1 est le conjoint et 1, la fille.

Les 2 intervenantes sont des femmes et possédant respectivement 4 et 32 ans d'expérience auprès des séniors.

4. Résultats obtenus aux entretiens

4.1. Des besoins non satisfaits

Les interventions actuellement offerts aux séniors par les intervenants portent principalement sur les besoins urgents liés à la sécurité à domicile et à l'indépendance fonctionnelle (Intervenant 1 : « Elle est propre, elle ne sent pas, elle n'a pas une apparence négligée. ... Je dirai que c'est assez bien comblé. Il faut toujours faire la nuance entre « besoins » et « désirs ». Selon mon observation, le maintien à domicile est sécuritaire »)

Par ailleurs, la majorité des interventions concernent les soins personnels (l'hygiène et l'habillement), la nutrition, les transferts. (Intervenant 1 : « on y va chaque matin pour l'aider à se lever et la préparer pour la journée »)

Toutefois, certains besoins ne sont pas satisfaits pleinement surtout en lien avec l'hygiène (Séniore 1 : « ils me donnent un bain par semaine, je ne trouve pas ça assez. J'aimerais en avoir deux. Je ne suis pas exigeante » ; intervenant 2 : « Elle (conjointe) m'a appelé pour me demander un deuxième bain (par semaine) parce que monsieur serait peut-être un petit peu plus incontinent. Il va être en attente ... à moins qu'il soit hyper incontinent »).

La majorité des séniors présentent des besoins non satisfaits, principalement au niveau des activités sociales et de certaines activités courantes. Les séniors tendent à se résigner et tardent ou ne demande pas d'aide, préfèrent être aidés par leurs proches, sortent peu de leur domicile, et réduisent leur réseau et leurs activités sociales (Sénior 1 : « je n'en ai pas besoin, étant donné que je ne suis pas capable d'aller à nulle part. Je ne m'intègre pas à un groupe, parce que je ne sais pas de quelle façon je vais réagir. Parce que j'ai toujours été dans un groupe, d'ordinaire. »)

4.2. Un manque de participation et de sollicitation des séniors

La participation des séniors en situation de fragilité permet de promouvoir leur maintien à domicile, leur intégration dans la communauté et la société, ainsi que leur santé physique et mentale.

La participation correspond à la réalisation d'activités courantes (nutrition, soins personnels, déplacements, ...) et sociales (responsabilités, relations interpersonnelles, loisirs, ...). Ce qui renvoie à la théorie d'Alderfer sur les besoins.

La participation est le résultat de l'interaction entre les caractéristiques d'une personne (facteurs personnels) et son contexte de vie (facteurs environnementaux).

Plus spécifiquement, la participation des séniors dans les activités sociales contribue à développer une perception plus positive de leur santé, à diminuer les conséquences du vieillissement, à retarder l'apparition de la perte d'autonomie et à augmenter leur qualité de vie.

Les interventions de ce type donnent aux séniors le pouvoir d'agir sur eux-mêmes, sur leur environnement et sur leur qualité de vie. Ce sont des actions et des services en lien avec l'évaluation, le traitement, la réadaptation et le soutien psychologique, social et émotif.

Il est possible d'améliorer les aptitudes physiques, cognitives et psychologiques des séniors, de transformer l'environnement afin qu'il soit adapté et sécuritaire, ou de modifier les activités courantes et sociales pour faciliter leurs réalisations.

Il peut y avoir des programmes d'exercices en groupe, des groupes de soutien par des pairs et des professionnels.

Les principaux problèmes sont l'accessibilité et le coût ainsi que la qualité de l'information sur les activités existantes.

4.3. *Une non concordance entre besoins et interventions*

Les évaluations réalisées par les intervenants expliquent l'existence d'une non concordance. En effet, celles-ci couvrent partiellement les dimensions de la participation et ne permettent pas de cerner en profondeur les besoins parfois complexes des seniors (Intervenante 2 : « je ne l'ai pas demandé. Souvent je demande est-ce que ça va bien comme ça ? Mais je n'ai pas trop approfondi ») Ainsi, les besoins sont conclus hâtivement (Intervenante 1 : « dans son dossier, se dit de belle humeur et heureuse chez elle, qu'elle ne s'ennuie pas. Dit n'avoir besoin de rien de plus. Aucun autre service demandé »)

Les intervenants explorent peu la réalisation actuelle et souhaitées des activités sociales et de certaines activités courantes, incluant les relations interpersonnelles : (intervenante 1 : « Il y a sa fille. Je pense qu'ils ne peuvent pas la voir souvent, mais je pense qu'ils aimeraient la voir plus souvent. Je ne sais pas s'il va voir des amis, s'il reçoit régulièrement, je ne le sais pas »). Malgré le peu de temps disponible, plusieurs intervenants sont toutefois ouverts à améliorer leur pratique (Intervenante 2 : « Si je me base sur toutes les questions que vous m'avez posées, ça me donne des idées dans les évaluations, je pourrais peut-être renforcer mes questionnements »).

4.4. *Un manque de temps, d'analyse et d'écoute*

Par ailleurs, les seniors et le proche-aidants ont parfois des difficultés à reconnaître et accepter leurs incapacités, et à identifier leurs besoins qui sont parfois complexes (Intervenante 2 : « Il va verbaliser souhaiter sortir plus, mais quand on lui offre des possibilités, il dit : Je ne veux pas parce que j'ai un problème de selles (incontinence fécale) »)

Certains seniors ont la difficulté de demander de l'aide (Senior 1 : « J'aurais besoin, mais je n'ose pas demander »)

Enfin, il existe parfois une divergence entre les besoins perçus par le senior, le proche-aidant et l'intervenant, principalement lorsque les seniors ont des troubles cognitifs (Intervenante 1 : « Madame dit que tout va bien alors qu'elle présente des difficultés et qu'il y a des risques de chute », Intervenante 2 : « le couple ne s'entend pas quant aux besoins de service à domicile. Le conjoint est rarement satisfait donc abandonne après des essais de services. En entrevue seule à seule, madame reconnaît davantage ses besoins)

On remarque que les séniors, les proche-aidants et les intervenants ont par ailleurs des connaissances limitées quant aux interventions et aux ressources disponibles dans la communauté. (Proche-aidant 1 : « S'il y a des endroits où je pourrai l'amener deux ou trois heures par jour, cela lui comblerait sa journée. Mais je ne connais pas d'endroits où il pourrait faire ça », Proche-aidant 2 : « je n'étais même pas au courant qu'elle avait droit à l'accueil de jour, je l'ai su par hasard. »)

Pour plusieurs cas, les intervenants oublient que les ressources associatives pourraient satisfaire certains besoins des séniors (intervenante 1 : « je n'ai pas pensé à ça, mais effectivement, ça pourrait être bien », Intervenante 2 : « je ne connais pas l'accueil de jour, mais pour le moment, je ne pense pas que ce soit un candidat pour ça. Je ne le sais pas... »). Les intervenants laissent parfois aux séniors une liste des ressources disponibles mais en discutent rarement avec eux ou ne prennent pas le temps d'accompagner le séniors dans leur mise en place.

Enfin, plusieurs proche-aidants discutent de leur implication et de leur sentiment d'épuisement. (Proche-aidant 2 : « J'ai dû lâcher à cause de l'usure physique et mentale. Il t'en demande beaucoup, beaucoup, beaucoup, ça fait que j'ai été obligée de lâcher parce que, sinon, c'est moi qui me serais rendue malade »)

Peu d'interventions sont proposées afin d'aider les proche-aidants à subvenir aux besoins des séniors et de prévenir leur épuisement, par exemple, grâce à du soutien et du répit. (Proche-aidant 1 : « Alors, je dois m'en occuper quand quelqu'un devrait s'occuper de moi. Je ne comprends pas pourquoi les aidants naturels n'ont pas droit à rien »)

5. Une première conclusion

À l'issue de cette première phase qualitative, nous pouvons dire que l'enquête soulève plusieurs questionnements à l'égard de la santé et du bien-être. Alors que les effets de la prévention de la perte d'autonomie sont clairement démontrés, la non concordance entre les besoins et les interventions est préoccupante.

La réalisation des activités courantes d'urgence ne permet pas de favoriser le bien-être des séniors. Leur qualité de vie par le biais d'activités sociales, le bénévolat, l'occasion de créer un sentiment d'appartenance à un groupe, s'inscrire dans le tissu social, la préservation du lien avec la société, les loisirs, sont perçus comme un luxe alors qu'ils permettent aux séniors de vivre plus longtemps mais aussi de vivre pleinement.

Des études scientifiques ont démontré les bienfaits de la participation dans les activités sociales : diminution de la consommation de médicaments, ralentissement du déclin cognitif, diminution de la mortalité, diminution de l'utilisation des services de santé, amélioration de la perception de l'état de santé et augmentation de la sensation de bien-être.

III. Entretiens avec les managers du secteur services à domicile

1. Méthodologie

Dans cette quête d'une représentativité relative, nous nous sommes adressés aux responsables de structure de soins à domicile ([annexe 4](#)). À travers cette démarche, notre objectif est triple.

D'un côté, nous souhaitons obtenir un certain nombre de données quantitatives qui nous permettraient d'établir une « cartographie » des actions effectuées dans le champ du repérage du risque de fragilité. Les données en termes d'activités ciblées (nombre d'outils utilisés, nombre de seniors ciblés sur une année, nombre d'interventions auprès des seniors, les secteurs d'interventions...) de l'existant et les « vides actuels à combler » ce qui nous permettra d'envisager ultérieurement, à l'occasion d'un nouveau travail de recherche, la création d'une plateforme dédiée à la thématique.

Pour terminer, nous souhaitons recueillir l'avis des responsables des structures sur les éléments qu'il serait intéressant de travailler, ceux qui représentent les plus grandes disparités de situation géographique etc...

2. Les perceptions du management de ces structures

2.1. La terminologie manager vient englober des situations et fonctions diverses :

- ↳ un chef de projet ;
- ↳ un cadre membre du comité de direction ;
- ↳ un cadre de santé qui doit trouver les bons compromis pour composer avec les demandes contradictoires des patients, de l'équipe soignante et des autres services partenaires
- ↳ D'une structure à l'autre, les managers ont également un rôle variable, fonction notamment de l'autonomie qui leur est laissée.
- ↳ Globalement, on peut néanmoins définir le management perçu comme :

- ↳ un processus visant à rechercher l'efficacité de l'organisation pour atteindre les objectifs (qualité des services, satisfaction des personnes accompagnées...) ;
- ↳ des méthodes de gestion, d'organisation et de direction
- ↳ un processus et des méthodes incarnés par une équipe de direction

2.2. *Comment est perçu le management :*

Les mots qui reviennent sont : un rôle d'interface, d'organisation et de soutien

La question de l'interface est souvent résumée en ces termes : « Il ne s'agit pas seulement de diffuser une consigne mais de faire en sorte que les équipes y trouvent du sens et se l'approprient notamment pour tenir compte du quotidien et de ses aléas ».

Alors l'espace qui doit donner sens est celui du temps des réunions, entre cadres, entre managers et salariés. Il est aussi revendiqué comme le temps de l'organisation, avec la perception d'un rôle qui intègre des activités de planification, d'ordonnancement, de communication, d'apport de ressources, d'ajustement et de mise en priorité des objectifs.

Une fois ces deux axes d'actions déterminés, un troisième fondamental semble émerger, celui d'un rôle de soutien :

- ↳ Soutenir la réalisation du travail : en mettant à disposition des salariés les moyens (matériels, financiers, organisationnels), ainsi que les marges de manœuvre nécessaires, pour leur permettre de faire face aux exigences du travail ;
- ↳ En apportant les informations, connaissances, conseils ou propositions aux équipes, susceptibles de les aider à la résolution d'un problème (imprévu, panne, dossier complexe...) ou à la compréhension d'une situation particulière (changement, conflit...) ;
- ↳ En participant à la reconnaissance du travail réalisé, des compétences développées, individuellement et collectivement ;

Les compétences mise en avant par nos interlocuteurs pour soutenir ce rôle s'inscrivent une qualité d'écoute, l'attention portée aux besoins du terrain.

2.3. Les difficultés rencontrées

Ont été soulevées des problématiques de l'encadrement de proximité qu'impose les services d'aide à la personne. Il semble que chacun doit faire face à des difficultés qui impactent leur travail et sont perçues comme chronophages voire des « impossibles » qui se transforment en cercles vicieux.

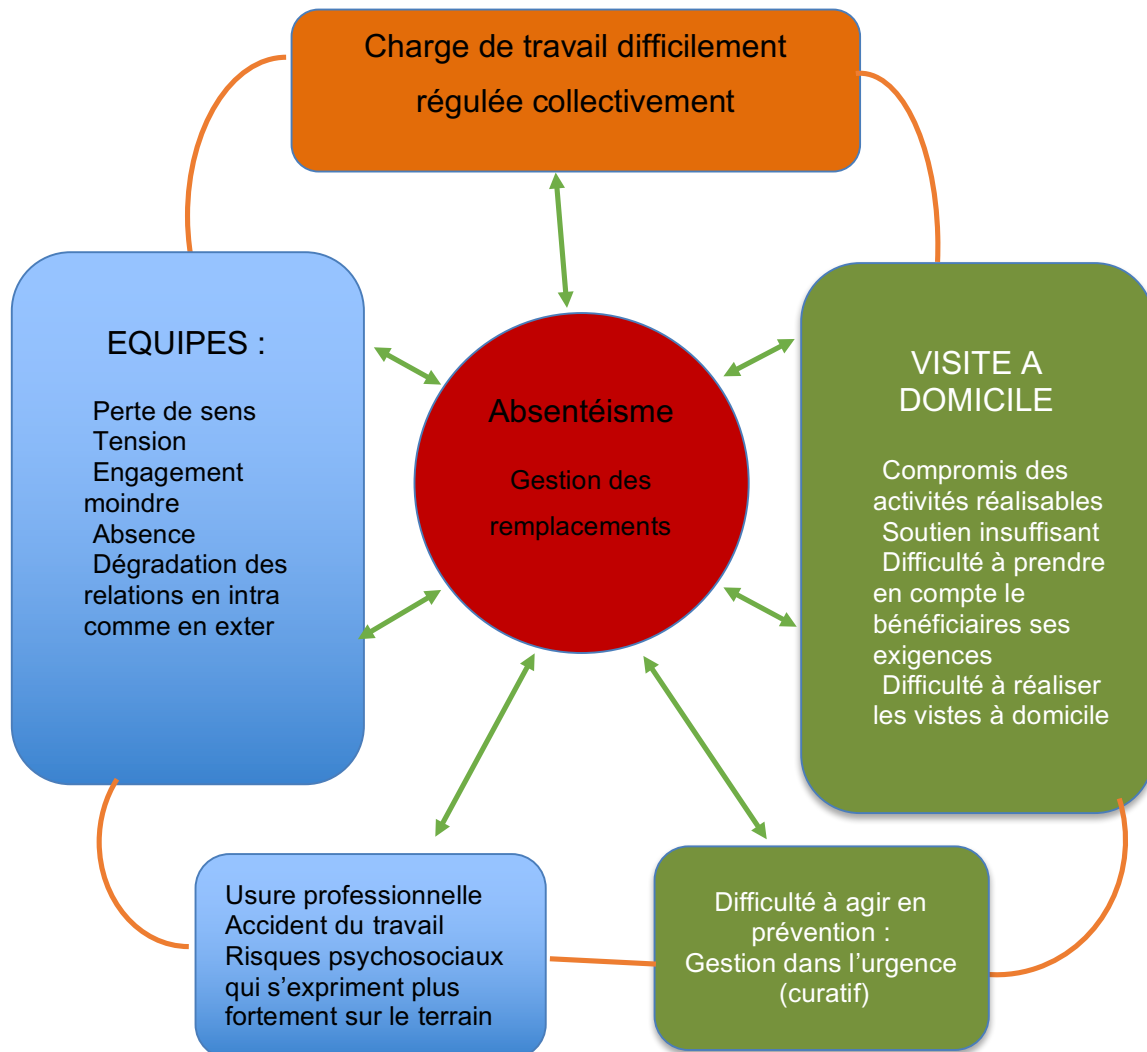
On a pu relever dans leurs doléances :

- ↳ la gestion de l'absentéisme et des remplacements des aides à domicile dans l'urgence qui peut générer une difficulté à organiser les visites à domicile
- ↳ la question de la charge de travail vécue comme importante avec un fort sentiment d'isolement
- ↳ des problèmes de répartition, de transmission d'information, de vision non partagée / non discutée des objectifs, etc.
- ↳ l'organisation d'un soutien individuel et collectif aux aides à domicile (dans l'exercice de leur activité) dans le cadre d'un management à distance ;
- ↳ la gestion des exigences des bénéficiaires et de la famille dans un cadre extrêmement contraint ;

Une difficulté souvent citée celle de la gestion de l'absence des personnels. L'incidence sur la fonction est réelle et génère un mal-être (voire mal-aise) chez les managers, d'autant que le recrutement est difficile : manque de personnel formé, manque tout court !

La traduction pourrait s'en faire de manière schématique et résume les tensions souvent décrites dans les entretiens.

Figure 19 - incidences de la gestion des absences dans les services



IV.CONCLUSION

nous avons été amenés à nous demander :

Dans quelles mesures l'outil « management » qu'il soit de proximité, systémique ou horizontal peut-il contribuer, dans le champs des structures de soins à domicile, au repérage du risque de fragilité chez les séniors ?

Cela, nous a conduit à soulever deux hypothèses.

- ↳ Hypothèse 1 : Le management de proximité est au coeur de la mise en place du repérage des risques de fragilités dans les structures de soins à domicile.
- ↳ Hypothèse 2 : Le management de proximité est tributaire d'autres partenaires pour implémenter le repérage du risque de fragilité.

De nos échanges, il ressort que le management suppose d'agir au niveau de la stratégie, de l'organisation et des compétences à partir de :

- ↳ l'engagement de la direction, garant des ambitions, des moyens et actions à engager ;
- ↳ l'ouverture d'espaces de discussion à différents niveaux de l'organisation ;
- ↳ le positionnement de l'encadrement sur un rôle de traduction ;
- ↳ le recentrage de l'activité managériale sur des activités d'organisation du travail, de régulation, de soutien ;
- ↳ le développement de nouvelles compétences
- ↳ la cohérence des processus et pratiques du management.

En résumé, les champs d'actions développent un champ complexe !

- ↳ Des besoins et attentes hétérogènes ;
- ↳ Au domicile : la dimension de l'intime (comment je pousse la porte ?) un espace et des outils de travail qui ne sont pas « mien » ;
- ↳ Des financements multiples ;
- ↳ Des autorisations diverses ;
- ↳ Des travailleurs isolés ; des managers aussi
- ↳ De ce qui relève de la relation
- ↳ Des problèmes de reconnaissance ;
- ↳ Une sous qualification ; Des salaire de « misère ».

CHAPITRE 4 : DISCUSSIONS AUTOUR DE L'ÉVOLUTION DU MANAGEMENT DANS LE SECTEUR DU SERVICE A DOMICILE

I. LE MANAGER FACE A UN CHAMP COMPLEXE

« La pensée complexe aide à affronter l'erreur, l'illusion, l'incertitude et le risque²⁵ »

1. Qu'est-ce que la pensée complexe ?

D'abord, lorsque les gens disent « c'est complexe », en fait, ils veulent dire « je suis incapable de décrire telle chose ». Le mot complexe est un mot bouche-trou qui nous permet d'éviter ou d'expliquer ce qui a cessé d'être simple. Autrement dit, la complexité est un défi que nous rencontrons dans la vie de tous les jours. Dans la nature, vous savez très bien que celle-ci n'est pas disposée comme dans une université où il y a d'un côté la botanique, d'un autre côté la biologie ou la géographie, etc. En réalité tout cela est lié. Or notre éducation nous apprend à séparer les réalités en petits morceaux à travers différentes disciplines. En latin, « complexus » signifie ce qui est tissé ensemble. Ce que j'appelle la « pensée complexe » est une tentative pour aider les gens à comprendre ce qu'ils appellent complexe. Elle a pour but de relier ce qui, dans notre perception habituelle, ne l'est pas. Elle nous éclaire sur la connaissance qui est un phénomène, dont nous avons besoin pour prendre des décisions, affronter la vie dans tous les domaines. Car le plus grand risque, dans la vie, c'est de se tromper dans ses choix²⁶.

Pourquoi commencer notre propos par ce propos d'Egard MORIN ? parce que simplement il résume ce que nous ressentons face à notre problématique du repérage de seniors pré-fragile. A ce stade du travail nous ne pouvons que constater « c'est complexe ».

²⁵ Interview d'Edgar Morin : « La pensée complexe aide à affronter l'erreur, l'illusion, l'incertitude et le risque » Publié le 27 mai 2014 site Les Echos

²⁶ Interview d'Edgar Morin : « La pensée complexe aide à affronter l'erreur, l'illusion, l'incertitude et le risque » Publié le 27 mai 2014 site Les Echos

Mais si nous suivons le raisonnement d'Egard MORIN, nous devons aller au-delà de cette remarque.

Qu'avons-nous perçu tout au long de notre démarche ?

L'étude démographique montre que le nombre de séniors va croître de manière conséquente.

La question de répondre à leur désir de rester vivre à leur domicile occupe une place prépondérante sur le champ politique.

Arrivée aller vers ce maintien demande un changement de paradigme dans l'approche des fragilités chez les séniors qui aujourd'hui sont prise en compte à posteriori et non anticipées.

Comment une approche managériale des structures en place peut-il engendrer un changement ? L'innovation est-elle une possibilité dans ce champ d'action ?

Notre propos sera s'appuie sur l'intervention de Madame JOUANIN dans ce quel avait abordé nous sur le management des systèmes complexes.

Notre hypothèse de départ confronté à la réalité de l'étude nous pousse à imaginer que la prise en compte des séniors pré-fragile devra mettre en œuvre de l'innovation, de la coordination de l'existant, de l'inscription dans le fait social de la démarche.

2. Manager dans la complexité

Le secteur médico-social doit faire face depuis environ vingt ans à de profondes modifications en lien avec les évolutions imposées par le législateur.

Nous sommes passé d'une logique du « faire faire », puis au « faire avec » et à ce jour au « faire ensemble », ce dont nous pouvons traduire par le fait que d'une action menée au nom de « l'intérêt général » est aujourd'hui une action qui se veut co-construite au nom du « bien commun ».

Ce changement d'approche a été renforcé par l'apparition de nouvelles normes de fonctionnement imposées par les différentes crises financières. L'avènement des principes de qualité, de leur suivi, l'implication, les contrôles budgétaires, imposent aujourd'hui une autre approche de l'efficience des structures médico-sociales et interagissent sur l'idée de nouveaux modes de management.

L'évolution des demandes des ARS dans les modes de gestion (multiplication des moyens de financement en fonction de l'action : Dotation globale, Appel A projet, sollicitation de Fond d'Intervention Régionaux) montre combien le secteur est passé d'une logique d'offre à une logique de réponse aux besoins qui implique une adaptation des structures mais aussi de la gestion de leur organisation.

Cette logique de la réponse aux besoins de la personne impose le passage d'une structure repérée, « institutionnelle », avec des unités de lieu, un cadre organisationnel et hiérarchique repéré, à une approche globale, celle du « parcours » qui impose le modèle de « dispositif ».

Ainsi le management entre dans cette question de la complexité puisqu'il ne gère plus une entité mais un système d'unités, de services, d'organisations ouvertes avec comme axe de projet cette réponse aux besoins.

3. L'idée d'évoluer vers un management systémique

Cette évolution des structures dans le secteur médico-social montre combien aujourd'hui les théories du management sont en interaction avec les théories des organisations.

Déjà les structures « médico-sociales » intègrent le fait qu'elles sont sur deux champs celui du sanitaire et celui du social. Chacun d'entre nous appartenons à des groupes sociaux empreint de cultures différentes.

En tant que manager, on se doit donc de prendre en compte chaque individu pour ce qu'il est traversé par chaque culture, groupe sociétal, groupe d'appartenance.... Le champ se complexifie puisque l'idée de co-construction de la réponse aux besoins des personnes implique que salariés et personnes accompagnées sont « rassemblées » dans la démarche, chargée de la réalité de chacun.

Il nous faut s'interroger sur la perception des réalités, comment nous les construisons, comment les autres les construisent....

Madame JOUANIN nous enseignait que : « Chacun à son propre point de vue sur les choses et les situations... Remonter à la source de ces points de vue et questionner l'élaboration de nos avis... :

- ↳ Sur le plan individuel cette « écologie de l'esprit » est une « éthique du questionnement » : questionnement des formatages mentaux, des contextes, des intentions profondes qui nous animent...

- ✎ Sur le plan collectif, c'est une « éthique de la délibération » : une volonté permanente de développer l'intelligibilité des points de vue en présence, et si possible de construire ensemble. »

II. La société inclusive » : du discours politique au changement de paradigme pour l'action sociale.

L'action sociale, son management, s'est construite pendant des années sur l'idée même que son modèle d'action était « réparateur » dans ce qu'il pensait de l'accompagnement de la personne, de la prise en charge de ses « différences ».

Aujourd'hui, avec les différentes réformes législatives, un changement de perception est à l'œuvre puisqu'il n'est plus question de nommer et d'accompagner ces « différences » dans ce quelles seraient de discriminatoire mais de les prendre en compte de manière singulière, de les reconnaître, dans une volonté « d'inclusion » de la personne.

On peut ne que constater que, comme la notion « d'insertion » antérieurement, celle de l'inclusion ne peut s'envisager qu'avec une implication de l'utilisateur mais dans un cadre de structures collectives organisées. C'est dans ce sens que s'intègre l'idée de co-construction du parcours individualisé qui ne repose plus que sur le savoir-faire des professionnels, sur les dispositifs organisés institutionnels, comme énoncé dans la loi 2002.2, dans une articulation du cas par cas, du particulier dans la généralité, et cela avec la participation et le contrôle de la personne.

Ainsi naît la logique de dispositif intégré, qui souligne la question des territoires. Il y a là une invitation, nous semble-t-il à sortir d'une logique de silo pour rechercher plus de transversalité.

Nous savons qu'une politique de prévention de la perte d'autonomie, *de la prévention et du repérage des risques de pré-fragilité*, si elle veut avoir des effets et augmenter le bien-être et la qualité de vie des personnes âgées, doit être multidimensionnelle.

Elle doit agir sur l'environnement extérieur de la personne (équipements urbains, transports), sur son domicile (sécurisation et aménagement du logement), sur son environnement participatif (lutte contre l'isolement et préservation de la citoyenneté), sur la santé des personnes (promotion de l'activité physique et d'une alimentation équilibrée) et sur le système de santé (adaptation aux spécificités du vieillissement, limitation des hospitalisations).

Il convient de s'interroger sur la notion de participation et de l'empowerment et de la place du management des intervenants à domicile ainsi que de la collaboration avec le réseau local et les partenaires de terrain.

Il importe de revoir l'offre de service et d'optimiser les partenariats. Ainsi, il sera possible d'améliorer la participation et la qualité de vie des séniors.

III. L'empowerment ou le pouvoir d'agir.

Ces dernières années ce terme est venu alimenter l'ensemble des discours : empowerment, pouvoir d'agir, redonner du pouvoir d'agir.

1. Essai de définition

Sur le plan sanitaire, selon l'OMS, l'empowerment répond à la définition comme étant « un processus par lequel les personnes, les organisations et les communautés accroissent la maîtrise des questions qui les concernent ».

Et de compléter, selon la Banque de données en santé publique (BDSP), par empowerment nous entendons « leur leur estime de soi est renforcée, leur sens critique, leur capacité de prise de décision et leur capacité d'action sont favorisées. »

La sociologie nous donne un autre éclairage. L'auteur William A. NINACS (doctorant en service social et enseignant universitaire) définit l'empowerment comme « une approche stratégique qui vise à soutenir les efforts des personnes et des communautés pour développer ou retrouver leur de capacité d'action autonome²⁷ ».

Par ailleurs, il recense trois types d'empowerment :

- ↳ Premièrement, l'empowerment individuel représenté par quatre composantes essentielles qui sont la participation, la compétence, l'estime de soi et la conscience critique. Dans leur ensemble et par leur interaction, elles permettent le passage d'un état sans pouvoir d'agir à un autre où l'individu est capable d'agir en fonction de ses propres choix.
- ↳ Puis, l'empowerment communautaire qui renvoie à un état où la communauté est capable en fonction de ses propres choix et où elle favorise le développement du pouvoir d'agir de ses membres. La participation, les compétences, la communication et le capital communautaire sont les quatre plans sur lesquels il se déroule. L'empowerment individuel contribue à réaliser celui de la communauté.

En ce qui concerne l'empowerment communautaire, on peut compléter par : « un processus d'action sociale par lequel les individus, les communautés et les organisations acquièrent la maîtrise de leurs vies en changeant leur environnement social et politique pour accroître l'équité et améliorer la qualité de la vie²⁸ ».

A la fois but et moyen, cette notion renvoie au fait de « renforcer le pouvoir de chacun afin qu'il puisse l'exercer dans une perspective de santé optimale ». Il s'agit donc de « développer les compétences individuelles mais également d'agir sur les systèmes tels que l'environnement, les structures, les groupes sociaux pour que les compétences puissent s'exercer réellement et efficacement²⁹ ».

- ↳ Enfin, l'empowerment organisationnel qui s'exécute sur quatre plans en interaction : la participation, les compétences, la reconnaissance et la conscience critique. L'organisation est à la fois le lieu où l'empowerment individuel se réalise et dans l'espace de l'empowerment communautaire.

²⁷ Empowerment et intervention. Développement de la capacité d'agir et de la solidarité

²⁸ Wallerstein N (2006). What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health

²⁹ TONES K. et GREEN J. 2004 et FORTIN J. 2012

2. Le management et le pouvoir d'agir ou le management est le pouvoir d'agir ?

Cette question nous oblige à reprendre les interviews et essayer de comprendre sur plan managérial ce que nous expliquent nos interlocuteurs.

Si pour certains « le pouvoir d'agir » est de fait inclus dans leur fonction, il nous semble percevoir une maîtrise sur cette notion d'agir. Agir et Faire sont entre mêlés, mais ce faire est le pouvoir du manager : pouvoir de contrôle, de sanction, d'imposition, d'organisation. Dans certains entretiens, quelque chose de « robotisée » semble émerger, comme une habitude, une routine, faire et faire les mêmes actions, décliner et repsecter sa fiche de poste à la lettre, ne pas imaginer faire autrement.

C'est, nous semble-t-il dans cet imaginaire que vient germer le pouvoir d'agir, loin du pouvoir décider. Comme les différentes définitions utilisées nous le montrent, cet « agir en conscience », permet à chacun de travailler son « estime de soi ».

Si les managers se saisissent de cette approche (et peut être évoluer vers un management réflexif), s'ils arrivent à comprendre la quintessence, alors ils pourront imaginer innover pour transmettre « ce pouvoir d'agir » aux équipes et aux seniors.

Mais l'empowerment est un « commun », il nécessite la participation de chacun dans une action globale, il ne s'exprime et se développe que dans la confrontation à l'autre, à l'échange. Il impose un engagement, une participation.

IV. L'application de la participation sur le terrain

1. Quels impacts pour les politiques publiques d'action sociale?

La mise en place des démarches participatives a d'une part, favorisées la compréhension des mesures d'actions sociales par les bénéficiaires et d'autre part, permis à ces mêmes usagers de traduire par un vocabulaire plus compréhensible les politiques publiques qui leur sont destinées. L'état fixe les lois qui prescrivent et organisent les politiques publiques ce qui laisse peu de marge sur le fond.

Si parfois la participation des usagers permet de faire évoluer cette politique, elle permet surtout l'amélioration de l'organisation des services. En ce sens, c'est un moyen facilitateur de perfectionnement tant de la qualité que de l'organisation de l'ensemble des moyens mis en œuvre.

Les différents secteurs de la politique publique sont concernés. Pour les politiques envers les personnes âgées : la diversité des difficultés rencontrée par les personnes âgées ne permet pas de globalisation de la participation car les besoins de chacun sont directement liés à la nature de la difficulté.

La personne âgée en situation de vieillissement oblige à la fois à une spécificité de la réflexion et à une conception large du concept de vieillissement.

La participation permet toutefois une meilleure écoute et appréciation de ces besoins dans la vie quotidienne dont sont issus par exemple, des améliorations en termes d'aménagement de l'espace public. Elle permet aussi de comprendre la nécessité de créer de nouveaux outils adaptés à chaque phase du vieillissement.

De plus, la participation permet l'évolution de l'accompagnement des personnes accueillies et porte en particulier sur l'organisation de la vie quotidienne au sein des établissements. Les instances internes, comme les Conseils de la Vie Sociale permettent d'aborder des questions relatives au cadre de vie, aux souhaits pour l'animation, et à la qualité de vie au travers des aménagements d'horaires et d'accès aux loisirs.

ux souhaits pour l'animation, et à la qualité de vie au travers des aménagements d'horaires et d'accès aux loisirs.

2. Quels impacts pour les personnes participantes ?

Les démarches participatives apportent des bénéfices aux participants qui vont bien au-delà de la mise en œuvre de la politique sociale. Et, c'est là leur principal objectif. En effet, en permettant cette participation, c'est l'ensemble des aptitudes sociales de la personne qui se trouvent mobilisées, développant par là leur capacitation d'une manière globale plus que leur intervention dans une politique publique particulière.

La participation permet donc d'abord pour l'individu, une meilleure connaissance des politiques sociales et des démarches administratives qui les accompagnent. En cela, il acquiert des connaissances globales, développe des compétences relationnelles et comportementales par la participation avec d'autres, ce qui forge un sentiment d'appartenance et de citoyenneté de nature à renforcer l'estime de soi et la confiance en soi. Cependant, un département a signalé un écueil dans cette participation qu'il nomme « institutionnalisation » de certains participants. Forts de ces nouvelles compétences et connaissances, quelques individus se positionnent dans ces groupes citoyens comme maîtrisant parfaitement le fonctionnement des dispositifs participatifs.

3. Quels impacts pour les agents et les élus ?

Les élus des collectivités locales sont les acteurs décisionnels des politiques fixées par l'Etat. La démarche participative traduit donc une volonté de s'engager différemment dans la mise en œuvre de ces politiques. Cela suppose d'aborder les personnes âgées avec un autre regard tant de la part des élus locaux que des agents des collectivités et des managers afin de favoriser la réussite de cette approche participative.

Deux effets majeurs peuvent être identifiés :

- ↳ Meilleure connaissance de la demande sociale : la reconnaissance des seniors comme acteurs ayant un potentiel à apporter. Par la participation des seniors, nous pourrions faire évoluer les politiques en connaissant les besoins propres à cette population.
- ↳ Prise en compte du potentiel des managers : un levier « positif » de management : tout comme les usagers, la capacitation des managers les conduit à évoluer dans leur métier face aux évolutions des spécificités des publics rencontrés.

Ces nouveaux espaces de temps participatifs sont perçus comme une respiration par les managers dans le quotidien du travail d'accompagnement des seniors. Ce nouvel outil permet une pratique recentrée sur sa finalité première, le développement des bénéficiaires et le sens de l'action s'en trouve renforcé.

Cependant, certains managers ne se sentent pas assez « outillés » face à ces nouvelles pratiques apportées par les démarches participatives.

4. Quels impacts sur la conduite des démarches participatives ?

La mise en œuvre de démarches participatives dans les politiques sociales influe sur le processus même de la démarche participative. Une inter-influence alimente la participation individuelle et/ou collective et il n'est pas si simple de déterminer laquelle influe sur l'autre. Les managers n'ont pas tous encore le réflexe de proposer une participation à un groupe citoyen.

Certaines collectivités institutionnelles inventent leur propre dispositif, un entre deux plus simple à utiliser car dégagé du poids règlementaire tant pour les usagers que les professionnels et qui produit des résultats plus satisfaisants.

La ville de Lille en a fait le constat au travers de la création de deux dispositifs : un conseil de résidents en EHPAD et un conseil des seniors de la ville qui ont plus de participants que respectivement le conseil de vie sociale et les associations de personnes âgées locales.

Ces dispositifs permettent davantage l'expression des attentes des usagers et ont finalement plus de résultats pratiques et d'influence sur les décideurs des politiques sociales institutionnels formalisés.

Une question se pose alors : quelle inter-influence entre les dispositifs formels ou informels ? Des études ont montré que les dispositifs informels en parallèle sont une porte d'entrée pour dynamiser les dispositifs formels.

Par ailleurs, une certaine lourdeur d'organisation et de mise en œuvre des dispositifs formels pour réunir et coordonner l'ensemble des acteurs institutionnels, associatifs, privés représente un temps et un coût important, en décalage parfois avec les résultats obtenus. Ainsi ces dispositifs par leur rôle moteur, peuvent aller jusqu'à supplanter parfois les dispositifs formalisés et institutionnalisés.

5. Quelles conditions de réussite ?

5.1. Un changement de posture politique aussi bien qu'administratif

En 2015 un rapport du Conseil Supérieur de travail social (CSTS) intitulé « Merci de ne plus nous appeler usagers » traduit au-delà de l'évolution sémantique, l'évolution culturelle globale de la société vers une perspective plus inclusive des personnes âgées plutôt qu'utilisateurs d'un service disponible, modifiant de fait le rapport aux professionnels du secteur médico-social. C'est aussi cette évolution qui crée un climat favorable pour les démarches participatives des citoyens « usagers » aux politiques sociales qui les concernent.

5.2. Une impulsion politique au plus haut niveau

Il appartient aux élus nationaux et locaux de mettre en œuvre la politique pour laquelle ils ont été élus sur la base d'un programme auquel les citoyens ont souscrit. En confiant leurs voix, les électeurs mandatent ainsi ces élus légitimés pour choisir les politiques publiques à mettre en œuvre. A ce stade, seuls les élus ont pouvoir décisionnaire même s'ils se sont appuyés sur les attentes des citoyens pour se faire élire.

Ce poids de la décision peut peser lourdement lorsqu'il s'agit pour l'élu de laisser place pour des démarches participatives par crainte de perdre un peu la sienne. Or ce sont bien ces électeurs-usagers qui ont connaissance par expérience, des politiques sociales et de leur mise en œuvre et qui ont compétence à proposer des axes d'amélioration du service public. Il ne s'agit donc pas là d'une question de personne, mais bien d'une mission relative à l'élu d'organiser via l'administration dédiée, les outils nécessaires à la mise en place de ces démarches.

5.3. Un changement de posture de l'administration

Nous faisons donc le constat que la décision politique seule ne suffit pas à la mise en place de démarches participatives. L'ensemble des acteurs - des travailleurs sociaux aux agents de l'administration aux managers, doit participer à cette évolution culturelle.

5.4. *Pour les intervenants sociaux*

Tout travail amène une forme de routine et/ou de répétition de tâches similaires, telle l'instruction d'un dossier, la planification de rendez-vous avec les usagers etc, qui peuvent conduire à une conception productiviste par celui qui les instruit, et une vision réduite de la personne aidée à un simple « bénéficiaire de ».

En cela, le travailleur social doit modifier son regard et se replacer dans une posture d'écoute et de pédagogie en considérant la personne comme ayant des capacités pour trouver des solutions à ses problèmes, et que sa propre mission sera de se recentrer sur un accompagnement personnalisé où il interviendra comme support, guide de l'expression des besoins de la personne.

Considérer que l'autre a des ressources, un potentiel permet d'accepter ses initiatives et de co-construire avec lui ce qui lui sera le plus bénéfique. Cette évolution vers « un travail social en résonance » (CStS 2015) vise la responsabilisation des séniors plutôt que la délivrance d'un produit par un expert, ce qui renvoie à une notion de consommateur plus ou moins passif.

Cette nouvelle posture n'est pas acceptée par les travailleurs sociaux de la même façon selon le secteur d'intervention. Une étude sur des communes montre que cela semble plus facile au niveau communal via la proximité de territoire des CCAS plutôt qu'à l'échelon départemental où l'évolution est plus lente. La segmentation de l'action sociale à ce niveau (enfance, personnes âgées, handicap) ne favorise pas une vision plus globale et transversale des possibilités de démarches participatives.

Selon la population concernée et le type d'allocation attribuée, l'accompagnement et la mobilisation des personnes sont plus favorables à la participation lorsqu'il s'agit par exemple du champ de l'insertion plutôt que celui du handicap ou des personnes âgées.

5.5. *Pour les managers*

Les missions des managers doivent être redéfinies et l'apprentissage de nouveaux outils doivent être intégrés dans leur formation. Passer d'une pratique de service de prestation à une pratique d'accompagnement personnalisé visant le développement des compétences de l'utilisateur, nécessite du temps et des moyens.

Le champ du collectif est parfois mis de côté faute de temps, or nous savons qu'il est aussi un support à l'engagement et au développement individuel. C'est donc l'ensemble du système qui serait à repenser en s'inspirant par exemple des pratiques développées dans le domaine des politiques de la ville. En effet si l'on tient compte du fait que des seniors parviennent à s'organiser collectivement dans ce domaine, les managers pourraient s'appuyer sur cette capacité pour la transposer dans le champ médico-social.

Repenser des outils permettant l'évaluation de ces nouvelles pratiques sur le plan qualitatif, les contraignant à réorganiser leur mode d'interventions et leurs objectifs d'accompagnement. Devenir initiateur des démarches participatives mobilise plus de temps et d'énergie que la simple instruction de protocole. Chaque établissement médico-social est organisé selon un modèle qui lui est propre. Chaque manager peut donc mettre l'accent sur un type d'organisation qui lui semble prioritaire ou sur un outil spécifique.

Une commune propose un groupe transversal interne d'évaluateurs experts pour l'ensemble des politiques publiques quand une autre structure l'accueil du public autour d'une personnalisation avec un référent dédié pour faciliter la relation de confiance et l'implication des usagers.

Au regard de ces évolutions, les professionnels s'accordent sur la nécessité de séances d'analyse des pratiques permettant d'élaborer une réflexion distanciée sur leurs actions qui, si elles existent déjà, sont jugées trop rares. Cette démarche réflexive est d'ailleurs préconisée par le rapport du CSTS qui propose d'associer les usagers à cette démarche et d'en faire un critère d'évaluation.

De surcroît et au-delà de la question de la volonté, créer les conditions de la participation suppose une créativité et une souplesse dont l'administration ne dispose pas toujours. En effet, pour ne pas être soupçonnée d'instrumentalisation, la participation doit être spontanée. Or, cette spontanéité ne peut pas être imposée : tout l'enjeu pour l'administration est de parvenir à organiser un terrain favorable à son émergence. Enfin, la prise en compte des effets de la participation des usagers doit être intégrée au cadre normatif déjà existant autour de l'activité des collectivités (respect de règles budgétaires, contrôle a posteriori de la légalité des actes...).

5.6. *Pour l'administration*

La démarche participative vient questionner plus largement la place de l'administration et sa volonté de reconnaître que les séniors peuvent la supplanter dans la satisfaction de ses besoins. Cette remise en cause peut engendrer une crainte de perte identitaire, des conflits avec les séniors et pose à nouveau le sens de la mission de service publique dont on connaît par ailleurs une certaine rigidité dans le fonctionnement parfois. La créativité et la flexibilité nécessaires à favoriser une culture de la participation peut s'en trouver bloquée. Là réside toute la difficulté dans cette articulation entre respect des règles et des cadres fixés et capacités à animer, communiquer, négocier, pour susciter une adhésion spontanée dans la démarche.

6. Une mise en œuvre impliquant personnes accompagnées et partenaires.

6.1. *Penser les dispositifs en fonction de la personne accompagnée*

La participation tangible des personnes dépend donc de l'adaptation de la posture des membres d'une structure médico-sociale. En effet, au sein de cet organe, le manager et ses équipes doivent chercher à penser les dispositifs en fonction de l'utilisateur. Plusieurs conditions doivent ainsi être remplies pour garantir ce changement managérial de prisme. L'une des conditions premières est tout d'abord que l'utilisateur doit d'abord être bien informé : c'est un préalable indispensable à l'accès aux droits et à toute forme de participation.

En effet, afin de faire participer les personnes à la construction des politiques sociales, alors que certaines d'entre elles n'ont même pas connaissance des dispositifs sociaux dont elles pourraient bénéficier, est de diffuser l'information accessible de manière claire et précise sur l'existant. Car pour mobiliser le destinataire de l'information, la communication doit être simple et éviter tout vocabulaire jargonnant dans lequel la personne visée ne se reconnaît pas.

Ainsi, par exemple, une simple plaquette de présentation d'un service doit être co-construite afin d'éviter d'avoir une focale administration et pouvoir répondre au plus près aux besoins des personnes.

6.2. *L'allocataire/usager/citoyen doit pouvoir bénéficier de points de contact multicanaux*

Afin que le sénior puisse exploiter ses droits, et s'exprimer sur le contenu de la politique sociale, plusieurs moyens de communication doivent pouvoir lui être proposés tels les canaux de diffusion via internet, le téléphone, le contact physique, etc. Il s'agit d'adapter l'outils car certains usagers sont en effet plus à l'aise pour s'exprimer derrière la protection d'un écran d'ordinateur, d'autres au contraire demandent à être reçus physiquement. Ce maintien d'un point de contact physique au sein des collectivités est d'autant plus important que la dématérialisation mise en place par l'État a pu laisser de côté une partie des personnes auxquelles les politiques sociales s'adressent. Pour que le bénéficiaire de l'action s'implique, il doit pourtant d'abord se sentir accueilli.

6.3. *S'adapter à l'hétérogénéité des participants*

Travailler avec un sénior sur son parcours, c'est se mettre à sa place et adapter son comportement professionnel en conséquence. Cette adaptation constitue une des difficultés du travail managériale qui vise plus l'approche globalisée qu'individuel.

6.4. *Mettre en place une logique partenariale coordonnée*

Les établissements médico-sociaux ne sont pas les seuls acteurs de l'action sociale et, partant, de la participation des usagers à la construction de ces politiques. De nombreux intervenants, organisés en réseaux formalisés ou non, placent ainsi la participation de l'utilisateur au cœur de leur démarche. C'est le cas typique des associations de secteurs, dont le principe de fonctionnement repose sur la libre adhésion, puis la participation des adhérents aux instances de fonctionnement (assemblée générale, conseil d'administration). La participation y est donc particulièrement active ; or, les associations constituent des acteurs essentiels sur les terrains étudiés de la mise en œuvre des politiques sociales. Ainsi, les associations recouvrent des domaines sociaux variés tels la santé, les personnes âgées et en situation de handicap, loisirs etc. Le lien avec la municipalité est fort puisque cette dernière subventionne les associations via des appels à projets, et qu'ils sont amenés à travailler avec l'ensemble des services de la ville. On trouve la même logique de réseau dans le fonctionnement des conseils de quartiers. Ces instances ont été rendues obligatoires dans les villes de plus de 80 000 habitants par la loi du 27 février 2002 relative à la démocratie de proximité.

Elles restent facultatives dans les villes de 20 000 à 80 000 habitants. L'objectif de ces conseils est de recréer une dynamique qui parte des habitants. À Lille, des comités de gestion par quartier composés d'habitants reçoivent les propositions du quartier pour mettre en place des activités diverses. Ainsi, l'ancrage territorial constitue un relais très fort pour la participation à l'élaboration des politiques municipales. Ces deux réseaux ont tout intérêt à travailler ensemble afin de faciliter la mise en œuvre de la participation. C'est aujourd'hui un axe de travail de la Ville, de faire en sorte de créer des instances de veille communes pour repérer les besoins des seniors et partager les diagnostics. Le besoin de coordination est également ressenti fortement par les élus en charge de la délégation personnes âgées, qui souhaitent mettre en place des instances plus généralistes que la coordination existante (principalement sous forme de CLIC49), à l'image des anciennes instances de coordination gérontologiques (ICG) évoquées à plusieurs reprises par des personnes interrogées.

Mais les réseaux peuvent également être informels, à l'image des usagers et bénévoles intervenant dans l'action sociale et pas toujours organisés en associations. Ainsi, pour la politique en faveur des personnes âgées, des activités sont mises en place pour que les seniors se réunissent. C'est souvent à l'occasion de ces réunions conviviales que la parole se libère et que les personnes âgées font remonter leurs besoins en matière d'action sociale. L'animateur a donc une double fonction puisqu'il organise les activités, mais fait également remonter l'expression des besoins aux élus. Enfin, les collectivités rencontrées mettent en avant la nécessaire cohérence entre politiques sociales menées par des collectivités différentes comme préalable à la réussite de la participation des personnes concernées à la construction de ces politiques. En effet, pour que les intervenants sociaux puissent amener les usagers à réfléchir à des améliorations, il faut déjà qu'ils aient les idées claires sur les orientations politiques des collectivités.

6.5. Faire vivre la participation

Le dernier échelon de la condition de réussite de la participation tient à la volonté d'organiser et de mettre en place les moyens de sa mise en œuvre. Il s'agit d'une part aussi bien des moyens financiers que d'autre part des modalités d'organisation. Par exemple, les instances de participation dans les établissements comme le Conseil de la vie sociale (CVS) constituent des instances très formalisées. Dans certaines villes de France, le CVS a lieu au sein des mairies ce qui, obligent les familles et les seniors à se déplacer, sur des horaires en soirée.

En effet, la faible participation sur des créneaux en journée, les différents acteurs ont décidé de borner les rencontres en fin de journée. Certaines villes ont aussi mis en place des instances complémentaires, non instaurées par les textes tels les conseils des résidents. Ces derniers se tiennent au sein même des résidences séniors, en soirée, permettant aux familles de s'y rendre plus facilement. Encore, certaines villes s'appuient sur des conseils consultatifs de démocratie participative tels les conseils des aînés, de la jeunesse etc. Ceux-ci sont organisés en sous-commissions dont une est dédiée aux questions sociales. Les initiatives ne manquant pas, certaines villes ont organisé de grands moments de participation collective sous la forme d'ateliers citoyens, de forum des actions collectives. Lors des ateliers citoyens une nouvelle thématique est à chaque fois traitée sur la mobilité, l'accès au logement, la santé, la dépendance, le bien-vieillir.

Ainsi, pour que la participation soit effective et pérenne, rebondir entre différents moments de participation semble particulièrement pertinent : par exemple, les ateliers citoyens et le forum évoqués ci-dessus présentent l'intérêt de faire émerger des représentants des personnes accompagnées qui bénéficient d'une certaine légitimité et peuvent poursuivre la dynamique participative engagée, que ce soit de manière formalisée ou non. Pour être réelle, la participation doit donc se nourrir d'allers-retours entre le collectif et le plus restreint, entre les moments formels et ceux plus informels.

7. Points de vigilance et écueil à éviter

Les trois acteurs principaux en lien avec la participation des usagers aux politiques sociales ont une perception du temps différente, pouvant engendrer des incompréhensions pour les uns comme pour les autres.

En premier lieu, la prise de décision politique par les élus est soumise à une double contrainte temporelle : une de court terme, correspondant au besoin d'une réactivité forte pour répondre aux besoins exprimés par les usagers et une de long terme, relative au cycle électoral. Les orientations politiques peuvent en effet varier en fonction des changements de gouvernance, entraînant des remises en question qui ne sont pas toujours faciles à comprendre pour les usagers ayant participé à des actions engagées sous le mandat précédent.

Dans un deuxième temps, la mise en œuvre de la décision assurée par l'administration implique un temps souvent peu réactif et ce au-delà de la bureaucratie législative : les délais de circulation des parapheurs, les instances de pilotage d'un projet, les accords entre services, des réunions chronophages.

Vecteur d'une distance entre le représentant et les représentés, un décalage temporel naît insidieusement entre le moment où l'usager-citoyen a décidé de s'inscrire dans une démarche participative ou a exprimé son souhait d'inscription dans une politique sociale et le moment où il en verra les résultats. Pour certains usagers-citoyens, l'appétence pour le débat résiste à ce décalage dans l'inaction et ils attendent l'action. Mais d'autres vivent dans l'immédiateté voire dans une urgence sociale : il en découle de fortes attentes. De ce fait, le risque d'un désengagement ou d'un désintérêt ne peut pas être négligé d'autant qu'il peut conduire à un isolement social plus important.

C'est pourquoi, pour pallier ces difficultés, les actions de participation, qu'elles soient individuelles ou collectives, ont besoin d'être régies dès le démarrage de la démarche par des règles claires et partagées.

L'objectif est double : il réside dans la responsabilisation de l'administration (élus et structure) mais également dans la sensibilisation et dans la prise de conscience par les participants du processus, du périmètre de la participation et des marges de manœuvre dont ils disposeront et ce afin de les éclairer, les intégrer en amont et les rassurer in fine. A défaut, la participation peut perdre son sens.

La participation individuelle s'opère autour de la relation interpersonnelle ; or trois menaces peuvent être perçues

D'une part, la relation peut être davantage imaginée au sens qu'elle peut être davantage pensée et/ou souhaitée désirée qu'effective dans certaines situations : sont principalement concernés les publics les plus fragiles, éloignés, précaires, isolés. Se pose alors la question de la non-participation à mettre en relief avec la notion du non-recours. La question se pose aussi avec une certaine acuité pour les personnes analphabètes, illettrées ou ayant des difficultés linguistiques avec le français. En effet, la peur de la participation est un premier frein, suivi d'un second qui est celui de l'apprentissage de la langue pour mieux communiquer et favoriser une meilleure insertion socio-économique.

Pourtant, pour sortir de cet entre soi ou de cette solitude et tendre vers l'image de soi et la confiance en soi, ces publics devraient en être les principaux bénéficiaires.

Plusieurs actions peuvent être mises en relief même si elles ne couvrent pas l'ensemble de la problématique :

- ↳ Certaines mesures évoquées sont des pistes : simplifier le langage et l'accès à la fois à la politique publique et aux dispositifs participatifs, éviter le langage administratif abscons, éviter les effets d'éviction par une régulation des prises de parole et de la place laissée par les « allocataires/usagers experts » aux autres publics.
- ↳ Des ateliers sociolinguistiques sont, s'ils sont bien connectés aux autres dispositifs, peuvent permettre une émulation constructive et émancipatrice.
- ↳ De nombreux intervenants sociaux évoquent par ailleurs l'idée d'une posture « au-devant » des usagers en allant directement les chercher au sens propre. Lors des ateliers citoyens, le département du Nord a mis en place des navettes pour faciliter le déplacement des usagers aux ateliers.

Mais les intervenants sociaux ne sont pas toujours sur le terrain : atteindre les publics les plus isolés se heurte ainsi à l'insuffisance de moyens, ou à un manque de coordination avec les acteurs de terrain, qu'ils soient agents publics ou membres d'associations comme celles organisant les maraudes.

D'autre part, la relation interpersonnelle est à bâtir par l'intermédiaire d'un lien de confiance à tisser au sein du parcours entre l'utilisateur-citoyen et le représentant référent. Les enjeux résident tant dans la mobilisation pour co-construire le parcours, dans la dynamique de confiance sans jugement et/ou sans domination de l'autre. Au cours de la relation d'accompagnement qui se noue entre les intervenants et le sénior, le référent doit adopter une posture qui fera émerger le souhait, le besoin de l'utilisateur. Néanmoins, en fonction des séniors, cette étape peut s'avérer délicate. Si c'est le cas pour certaines personnes en situation de handicap et de personnes âgées présentant des troubles cognitifs. Le positionnement du manager peut alors limiter la dynamique participative suivant qu'il s'érige en sachant ou en expert d'un côté ou de l'autre s'il dispose de peu de temps dans un système administratif qui se technocratise et qui tend à éloigner de l'action, du réel. D'une part, la difficulté de la construction de cette relation est de partir « de là où l'utilisateur-citoyen se situe », sans jugement, et d'accepter que d'autres problématiques que celle de l'emploi puissent prendre une place importante dans les préoccupations du moment.

D'autre part, il convient d'allouer les moyens de pouvoir - le moment venu - élargir l'expression de préoccupations immédiates en lien direct avec la situation individuelle de chacun, pour tendre vers des enjeux collectifs (qui affectent les modes de production du service public) ou vers un projet tourné vers l'avenir. Quant aux personnes âgées et en situation de handicap, ce sont des contraintes psychomotrices qui peuvent constituer un frein à l'expression des projets de vie, ce qui nécessite un accompagnement très fin des intervenants sociaux. Enfin la relation est à pérenniser dans un cycle d'éternel recommencement. Les outils pertinents semblent être la pédagogie, du temps et une grande disponibilité dans l'écoute : Une fois l'utilisateur inscrit dans un projet, son implication est loin d'être garantie sur le long terme.

La participation collective en amont de sa mise en œuvre, pendant comme en aval peut présenter certaines limites.

La littérature, nous enseigne que ces limites sont au nombre de quatre.

La première est articulée autour de la représentativité. En effet, pour favoriser la participation des seniors, en amont, leurs mobilisations doivent être suffisantes pour favoriser la représentativité. Car le danger d'une représentativité faible risque de confisquer l'expression de l'intérêt général par une minorité, ce qui nous amène au deuxième écueil.

Le risque de confiscation de l'expression et donc de l'intérêt général par une minorité bien implantée existe notamment au moment des actions collectives de participation collective. En effet, dans les conseils de la vie sociale au sein des établissements médico-sociaux, la parole est parfois uniquement utilisée par des usagers qui expriment leurs propres revendications au détriment de l'expression des besoins de l'ensemble des résidents. Certains individus peuvent être rétifs à intervenir d'une part alors qu'ils sont intégrés dans des ateliers collectifs (personnes introverties) et d'autre part les managers peuvent également favoriser l'émergence de ces réticences en s'érigeant en expert.

Par ailleurs, une implication trop importante dans la durée dans la participation collective peut engendrer des « vices » : les usagers s'institutionnalisent et perdent leur regard extérieur qui avait vocation à compléter, infléchir celui de l'administration. Pour éviter cet écueil, les collectivités de certaines villes mettent en avant l'intérêt de bien borner le débat pour éviter la captation de l'expression.

Certaines villes pensent même à la mise en place des durées d'engagement limitées pour favoriser le renouvellement des participants. Le système de représentation des usagers peut, dans certaines situations, évincer la capacitation des individus.

La troisième limite est érigée autour de la menace de l'accaparement par les têtes de réseau et par le lobbying, des schémas de représentations en détournant la parole effective de l'individu. Il convient de rapprocher dans ce cas spécifique la difficulté de la participation individuelle, si constructive soit-elle, avec les menaces pesant sur une représentation collective.

Le dernier écueil s'articule autour de la dématérialisation, forme de participation collective, peut conduire, dans certains cas, à renforcer l'isolement dans une société s'émancipant difficilement vers une société. Certes, la dématérialisation peut libérer du temps pour les professionnels et favoriser certains échanges, dès lors qu'une habileté d'usage et une connaissance suffisante préexistent. Tel est le cas au niveau du recueil d'informations ou même pour engager une concertation : se pose en creux la question de l'anonymat en ce qu'il présente l'avantage de favoriser l'expression et l'inconvénient d'ouvrir sur des dérives de délation ou de dénigrement défavorables à la participation.

Toutefois, la dématérialisation peut également favoriser un repli sur soi et renforcer le sentiment d'isolement. Par exemple, dans la mise en œuvre de la politique publique de la protection de l'enfance, la crainte du numérique réside dans la peur de la délation. Pour les personnes en situation de handicap mental, si l'outil peut être ludique, en revanche il nécessite un accompagnement adapté et ne semble pas dans l'état actuel permettre une réelle expression de l'utilisateur.

8. Deux risques symétriques de redondance des instances de participation et de dilution de la parole des usagers

8.1 Redondance au sens du croisement des dispositifs

D'une part, les différentes identités des individus (usager, citoyen, professionnel etc) et la pluralité des instances au sein et entre niveaux de collectivités entraîne une perte de lisibilité des dispositifs qui peut démobiliser les usagers.

D'autre part, le cloisonnement des dispositifs publics induit la création « en tuyau d'orgue » des différents conseils et des commissions tout aussi nombreuses, généralistes comme spécialisées (conseil de quartiers, conseil de vie sociale, comité citoyen, ...). Subséquemment, l'enjeu est de créer des synergies de la participation, en raisonnant de manière plus systémique sans se méprendre sur la capacité à globaliser tous les sujets. Le déficit d'évaluation contribue à confisquer cette réflexion. Si la démultiplication des instances peut ouvrir la participation au plus grand nombre, cet idéal administratif n'est pas toujours opérant lorsque les instances sont noyautées par les mêmes publics et nonobstant l'intérêt sous-jacent pour ces nouveaux usagers-professionnels de la poly-participation. La vigilance invite à repenser l'agilité des organisations en lien avec l'application des dispositifs découlant des différentes politiques publiques.

8.2. Dilution de la participation au profit d'un noyau installé

Aborder la participation de manière transversale peut risquer de diluer les questions sociales. En effet, celles-ci risquent tout simplement d'être mises de côté. En outre, la dimension émancipatrice issue de la logique de capacitation risque de disparaître dans la prise en compte de questions touchant moins directement à l'individu.

8.3. Favoriser l'appropriation des guides de bonnes pratiques et mobiliser les moyens

a) Favoriser la lisibilité des dispositifs

Les dispositifs engendrant la participation sont soutenus par de nombreux acteurs institutionnels et associatifs. Parmi les acteurs institutionnels, on peut citer l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) et la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS). Ainsi l'ANESM a édicté de nombreuses recommandations et de nombreux guides. En janvier 2012 les « Recommandations de bonnes pratiques professionnelles » ou encore « l'expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale » Mais encore en septembre 2014 « La participation des usagers au fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Recueil des pratiques et témoignages des acteurs ».

En ce qui concerne la DGCS, elle a financé des dispositifs de participation tels les conseils consultatifs des personnes accueillies et accompagnées, au niveau national et régional.

En février 2101, elle a également véhiculé des guides comme par exemple « associer des usagers à l'élaboration puis à la mise en œuvre des plans départementaux d'accueil, d'hébergement et d'insertion : pourquoi et comment faire ? ».

Parmi le tissu associatif, l'Agence nouvelle des solidarités actives (ANSA) a amorcé la valorisation des mises en œuvre des pratiques de participation. L'ANSA participe au déploiement de l'innovation et de l'expérimentation sociale aux côtés de l'Etat, des collectivités territoriales, institutions publiques et associations. Loin d'être exhaustif, l'ANSA met son expertise en matière de participation au service d'acteurs désireux de s'engager dans cette démarche (collectivités locales, services de l'État, associations ou entreprises) à travers la mise en place de dispositifs participatifs et d'actions visant le développement du pouvoir d'agir.

Dès lors, il paraît inutile de proposer que de nouveaux acteurs produisent de nouveaux dispositifs. Il paraît au contraire plus opportun de s'accouder sur les dispositifs en places, dans une optique de lecture transversale des dispositifs.

b) Construire une comparaison de l'engagement participatif des collectivités et des établissements.

Il s'agit de soutenir l'intérêt à agir des décideurs politiques et administratifs des collectivités territoriales et des établissements médico-sociaux par le biais d'une évaluation régulière et qualitative des dispositifs participatifs mis en œuvre. Dans ce sens, la loi Notre a créé en 2015 l'observatoire de la gestion publique locale. Il pourrait, progressivement, mener ces évaluations aux niveaux de collectivités (départements, communes, etc.), des strates de collectivités et des types d'établissements médico-sociaux (publics, associatifs ...). Cela pourrait permettre de repérer les dispositifs participatifs bonifiés en suscitant de l'intérêt afin d'améliorer des pratiques. De surcroît, de mieux identifier pour chaque établissement médico-social, les possibilités de progrès.

c) Engager la transmission du savoir pour permettre leur mise en application par la diffusion des bonnes pratiques et en favorisant une dynamique de réseau.

Auparavant, avant d'enclencher les dispositifs de participation, il est indispensable d'explorer la mise en cohérence entre les politiques sociales menées aux différentes strates de collectivité. Sur cette base, la meilleure cohérence des politiques sociales locales pourrait permettre de clarifier les articulations entre les temps de participations proposés aux individus et favoriser les transferts d'expériences et de pratiques. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, il existe un nombre important de guides de bonnes pratiques, de recommandations sur la participation dans les politiques sociales à destination tant des établissements médico-sociaux, que des collectivités territoriales. Nous avons pu le noter, l'enjeu, aujourd'hui, est celui de consolider l'appropriation de ces recommandations plutôt que rajouter une nouvelle production à l'existant. Pour ce faire, il convient d'adopter une logique de transferts de savoir-faire dans une optique d'animation de véritable réseau. Les professionnels de la participation sont de plus en plus nombreux.

Il serait avantageux de les mobiliser pour conduire des formations-actions, des journées de présentation des outils existants. Ainsi, les rôles de l'ANESM, de la DGCS et du tissu associatif pourrait alors se centrer sur la centralisation des guides produits pour favoriser une banque de bonnes pratiques à mobiliser par les professionnels ou encore de financer la participation des acteurs ou bien des innovations en matière de prise en charge, ou bien des innovations techniques auprès des seniors.

d) Valoriser les initiatives locales au niveau national pour favoriser l'essaimage de projets

La concrétisation de démarches de participations des usagers seniors aux politiques sociales peut revêtir des formes différentes suivant les contextes locaux. Aussi, l'idée serait de pouvoir mettre en valeur des actions locales caractéristiques permettant aux élus et managers de prendre conscience de la diversité des démarches pouvant être engagées et de la possibilité d'enrichissement et d'amélioration qualitative des prises en charge que peut représenter la mise en place de démarches de participation.

CONCLUSION

La question du repérage des fragilité chez les séniors à partir des Services d'Aide A Domicile était notre interrogation de départ.

Cela nous a conduit à comprendre que le la fragilité est un processus réversible. A partir de ce postulat, et du travail de compréhension sur les déterminanst de santé, nous saisissons combien les actions de prévention à un stade précoce s'avèrent efficace. Reste à savoir d'où et à quelle place, l'on peut mener ce type d'action.

Interroger les structures de soins à domicile accueillant des séniors, nous a montré combien notre problématique était d'actualité. Gérant l'actualité de leur service, c'est-à-dire l'accompagnement de personne âgées dépendantes, la question des séniors « fragiles », encore plus de leur repérage, reste une action minoritaire dans ces structures. Pourtant nous sommes persuadés que ce sont ces lieux institutionnels, qui ont l'expérience d'intervention à domicile, qui doivent servir de plateforme pour effectuer ce repérage du risque de fragilité, auprès des séniors, en intégrant de nouvelles stratégies managériales.

Nos recherches nous ont amenés à formuler deux hypothèses :

- ↳ d'une part le management doit être au cœur de la mise en place du repérage des risques de fragilités dans les structures de soins à domicile (référence au management de projets).*
- ↳ Et d'autre part, ce management est tributaire d'autres partenaires pour implémenter le repérage du risque de fragilité.*

La confrontation de nos différentes enquêtes avec la littérature nous a permis de vérifier l'importance qu'a le manager non seulement dans la mise en place des stratégies de prévention dans le cadre de la perte d'autonomie, mais dans l'innovation qu'il porte aussi bien auprès des Conseils d'Administration que des salariés.

Cette pluralité d'approche implique un ouverture vers un management éclairé, multiple, adaptable, créatif...dans un contexte sans cesse en mouvement, et aujourd'hui en mutation.

Ces vingt dernière années, le législateur a accéléré la production de textes qui incitent au « faire ensemble » (coopération) tant dans l'accompagnement que de dans le management.

Cela aura été l'avènement du tout participatif, avec ses espoirs et ses limites, son « imperfection » et son désir de « bienveillance ».

Concrètement, ces transformations d'approches ont mis à mal l'ensemble du secteur social et médico-social. Elles ont fait apparaître une idée de « concurrentiel », là où il fallait réfléchir en complémentarité, pour faire face aux besoins. Elles ont « enfermé » le management dans la contrainte du reporting, alors qu'il pouvait en émaner des outils d'innovation.

Si une preuve existe de cette résistance au changement de notre secteur (secteur qui est en évolution), c'est celle qui montre comment il a su aborder, innover, et agir en responsable durant la crise liée à la Covid19. Les actions d'innovation mise en place font socle et permettent d'imaginer une suite dans l'évolution des pratiques.

Or, ces changements subis laissent professionnels en perte de repères.

Dans nos interviews, ce concept est apparu fortement. Imaginer un public que l'on ne côtoie pas relève de l'impossible. Il incombe aux directions, mais aussi aux Conseils d'administration, de prendre le temps de la pédagogie de l'innovation. Le temps d'un management horizontal semble s'imposer : il n'est plus possible d'œuvrer dans le seul sens hiérarchique descendant, mais il est nécessaire de prendre en compte les champs expérientiels de chacun pour construire des consensus, créer de nouveaux espaces d'action. Le champ de la prévention, même s'il est connu des acteurs de terrain, doit pouvoir s'appuyer sur de nouvelles méthodes d'action, sur de nouveaux socles théoriques. C'est une démarche à co-construire.

Ces nouveaux regards, nouveaux besoins, nouvelles attentes, amènent de nouvelles expertises. Pour les cadres c'est un nouvel espace de travail qui se détermine. Doit-on y voir le glissement du cadre « manager » au cadre « leader » ? Il est évident que les transformations que subit notre secteur demande à réfléchir à une autre posture.

Ce travail sur le repérage des seniors fragiles nous a montré que les modèles actuels vont devoir vivre une véritable période de disruption, c'est à dire remettre en cause complètement l'existant pour construire autrement les organisations. Cela devra s'accompagner inexorablement par un changement de praxis qui devra s'appuyer sur de nouveaux outils telles que les nouvelles technologies d'information et de communication.

Méthodologiquement, ce changement devra aussi s'accompagner de nouvelles approches certainement adosser à l'approche expérientielle et l'empowerment, accompagnant les notions de parcours et dispositifs.

Une telle démarche s'inscrit dans une innovation au service du stratégique. En effet, expérimentation, méthodologies créatives, questionnement du risque, acceptation de l'incertitude seront les nouveaux concepts que les managers devront faire leur, anticipation et réflexivité leurs atouts.

Il va donc falloir apprendre (ensemble) à faire autrement. Norbert Alter nous aide à mettre en mots l'innovation. Pour lui l'invention est « une bonne idée », mais ce qui permet de « rendre cette idée bonne » c'est l'innovation. Le rôle du manager sera donc de permettre le passage de cette « bonne idée » en projet collectif.

La crise actuelle nous apprend à accepter l'incertitude. Elle nous montre aussi ce paradoxe où s'installe des contraintes et donc freine l'innovation pourtant nécessaire au changement. Edgar Morin nous rappelle que « l'action est un pari », il nous sera donc nécessaire d'imaginer les possibles, de scénariser l'incertitude.

Ce cheminement va nous imposer de ne plus réagir d'urgence en urgence mais en contrepartie d'ouvrir des espaces de réflexion, de création, d'élaborer de nouveaux systèmes d'information. Dans ces temps chacun pourra développer ses compétences au gré des interactions qu'ils vont nécessairement mettre à œuvre (concept de l'entreprise apprenante). Il n'est donc possible d'envisager cette disruption qu'en formulant une visée globale de l'action.

Manager, réveillez l'artiste !

Mais cette approche remet en cause les fonctions actuelles du CPOM. Il semble nécessaire dans cette mutation de prendre compte que la démarche CPOM n'est qu'une visée à « court » terme, alors que la vision globale ne peut être restreinte et contrainte dans un cadre, elle se doit de pouvoir donner du sens. Nous entendons par sens, celui que définit Paul Ricoeur, c'est à dire à la fois la direction (le but à atteindre), la sensation (les émotions suscitées) et la signification, c'est à dire qui nous sommes et où nous voulons être.

Nous passons du « Comment » au « Pourquoi ».

L'idée est de vraiment construire une intelligence collective pouvoir piloter l'innovation par la confiance « a priori » et faciliter le travail des équipes en équipe, évoluer vers un management « horizontal ». Il est important de donner la place à chacun d'intervenir dans cette création, qu'il puisse comprendre son rôle et être reconnu dans ce qu'il apporte.

Ce travail nous amène à construire une représentation de ce que sera notre futur de directeur. Il passera par l'acceptation de ne pas tout savoir et d'être nous-même face aux autres. Il y aura une exigence de s'autoriser à penser différemment, d'avoir une attitude d'échanges, d'écoute. Il sera important d'admettre nos erreurs et d'en apprendre quelques chose...d'être un manager réflexif !

POSTFACE

Au moment de conclure notre travail, une évidence se fait jour : un nouveau mode de management doit voir le jour, de nouveaux métiers doivent émerger...tout ceci ne semble pouvoir qu'emprunter ce qu'aujourd'hui on appelle « le management par le Care », de cette importance de « prendre soin » dans nos structures.

Nos recherches ont continué...mais il faut savoir se recentrer ! cela aurait été un autre mémoire...

ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE

Étudiant.e.s en Master 2 « **Management Stratégique des Organisations de Santé** » prodigué par le **CESEGH**, en partenariat avec l'Université de Montpellier, nous menons notre travail de mémoire recherche sur le management des structures de services d'aide à domicile. **Dans ce cadre, nous souhaiterions vous soumettre un questionnaire afin d'enrichir notre travail.** Ce questionnaire s'adresse à vous, professionnels de la santé. **Il** a pour objectif d'apprécier les éléments mis en place au sein de vos structures, sur la thématique « repérage du risque de la fragilité chez les séniors ». Votre contribution est précieuse. Les informations recueillies sont strictement confidentielles. **Merci de votre participation.**

1. Votre structure :

Type de service	
Année d'ouverture du service	
Fédération, réseau ou Association d'appartenance :	
Statut Certification	
Nature de la contractualisation : - Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ARS - Convention avec le Département	

2. Votre fonction :

- Directeur(trice) Directeur(trice) Adjoint(e)
- Chef(fe) de Service Coordonateur(trice)
- Autre (préciser)

3. Le public accompagné :

Nombre de personnes accompagnées de :

- 60 à 65 ans :
- 65 à 70 ans :
- 70 à 75 ans :
- 75 à 80 ans :
- 80 à 85 ans :
- 85 à 90 ans :
- Plus de 90 ans :

Répartition estimée de cette population en pourcentage :

- « Robuste » :
- « Pré-fragile » :
- « Fragile » :
- « Dépendant » :

4. Le repérage et prise en compte du risque de la fragilité :

Un outil de repérage du risque de la fragilité dans le cadre du plan personnalisé de soins ou d'accompagnement est-il utilisé ? Si oui, pouvez-vous nommer l'outil retenu :

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

Pensez-vous que l'outil soit adapté aux séniors ?

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

Rencontrez-vous des difficultés spécifiques sur la thématique du repérage du risque de la fragilité ?

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

Selon vous quelle(s) action(s) devrait(ent) être mis (ses) en place ?

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

5. Participation des usagers :

Quelles modalités de participation collective **des usagers sont** mises en place par le service ?

Enquête de satisfaction Oui non

Conseil de la Vie Sociale Oui non

Réunion des usagers :

- Avec l'ensemble des usagers Oui non

- Avec un groupe échantillon des usagers Oui non

- Avec un groupe échantillon des proches Oui non

Autres formes de participation collective :

.....
.....

Dans le cadre du fonctionnement de service, la participation des usagers a-t-elle pu être envisagée ?

- Pour le projet de service Oui non

- Pour le règlement de fonctionnement Oui non

- Pour la démarche d'évaluation (interne et/ou externe) Oui non

6. Fonctionnement du service :

Comment et à quelle fréquence le service favorise le partage, la formalisation et la transmission des informations entre professionnels ?

Réunion plénière sur le fonctionnement	Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Quinzaine <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
Réunion plénière sur le cadre d'intervention	Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Quinzaine <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
Transmission orale	Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Quinzaine <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
Transmission écrite	Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Quinzaine <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
Réunion de suivi des usagers	Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Quinzaine <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
Analyse de la pratique	Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Quinzaine <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>

Quelle place votre service a-t-il dans la coordination des interventions ?

.....

Pouvez-vous préciser avec quel(s) partenaire(s) ?

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

Selon vous comment votre service est-il intégré à son environnement ?

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

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de renseigner ce questionnaire.

Reste à savoir si nous faisons un questionnaire type formulaire sous pdf par exemple ou si nous le **faisons sur une plateforme numérique ? A votre choix**

ANNEXE 2 : RESULTATS DES QUESTIONNAIRES

QUESTIONNAIRE

5

Réponses

18:48

Durée moyenne de remplissage

Actif

État

1. Type de service :

5

Réponses

Dernières réponses

"Association"

"SSIAD"

"SSIAD"

2. Année d'ouverture du service

5

Réponses

Dernières réponses

"2016"

"2003"

"1981"

3. Fédération, Réseau ou Association d'appartenance :

5

Réponses

Dernières réponses

"Prévention Fragilité Séniars"

"CCAS"

"Association DELTA"

4. Statut, Certification :

4

Réponses

Dernières réponses

"Loi 1901"

"Evaluation externe"

5. Nature de la contractualisation :

3
Réponses

Dernières réponses
"Contrat d'Objectifs et Moyens (COM) ARS"
"CPOM"
"Convention tripartite / ARS"

6. Votre fonction :

● Directeur(trice)	0
● Directeur(trice) Adjoint(e)	1
● Cheff(e) de Service	1
● Coordonnateur(trice)	1
● Autre	2



7. Nombre de personnes accompagnées de :

3
Réponses

Dernières réponses
"6"
"227 personnes âgées dont 20 personnes handicapées de moins de 60 a..."

8. Nombre de personnes accompagnées de :

3
Réponses

Dernières réponses
"3"
"7"

9. Nombre de personnes accompagnées de :

2
Réponses

Dernières réponses
"1"

10. *Nombre de personnes accompagnées de :*

3
Réponses

Dernières réponses
"3"
"35"

11. *Nombre de personnes accompagnées de :*

3
Réponses

Dernières réponses
"6"
"50"

12. *Nombre de personnes accompagnées de :*

3
Réponses

Dernières réponses
"11"
"70"

13. *Nombre de personnes accompagnées de :*

3
Réponses

Dernières réponses
"15"
"54"

14. *Quelle est la répartition estimée de cette population en pourcentage :*

3
Réponses

Dernières réponses
"0"

**Non adapté au service - patients classés selon la grille AGBIR - Patient ...*

15. Quelle est la répartition estimée de cette population en pourcentage :

3
Réponses

Dernières réponses

"7"

"Non adapté au service - patients classés selon la grille AGBIR - Patient ..."

16. Quelle est la répartition estimée de cette population en pourcentage :

4
Réponses

Dernières réponses

"Oui"

"13"

"Non adapté au service - patients classés selon la grille AGBIR - Patient ..."

17. Quelle est la répartition estimée de cette population en pourcentage :

4
Réponses

Dernières réponses

"Oui"

"25"

"Non adapté au service - patients classés selon la grille AGBIR - Patient ..."

18. Un outil de repérage du risque de la fragilité dans le cadre du plan personnalisé de soins est-il utilisé ? Si oui, pouvez-vous nommer l'outil retenu :

5
Réponses

Dernières réponses

"Outil d'aide à la décision PPS + fiche d'orientation personnes âgées occi..."

"Le GIR, l'expérience, les entrées se font en binôme pour un double regar..."

"Utilisation d'une grille de fragilité construite avec différents partenaires..."

19. Pensez-vous que l'outil soit adapté aux séniors ?

5
Réponses

Dernières réponses

"Adapté aux séniors oui mais beaucoup moins adapté à la fragilité"

"Oui"

"Oui, mais surtout adapté aux besoins du service"

20. Rencontrez-vous des difficultés spécifiques sur la thématique du repérage du risque de la fragilité ?

5
Réponses

Dernières réponses

"Repérage trop tardif. Une grande majorité des personnes repérées sont ...
"Oui quand le vemis est caustaud"
"Non, personnel IDE référente de secteur, formée spécifiquement au repé...

21. Selon vous quelle(s) action(s) devrait(ent) être mise(s) en place ?

4
Réponses

Dernières réponses

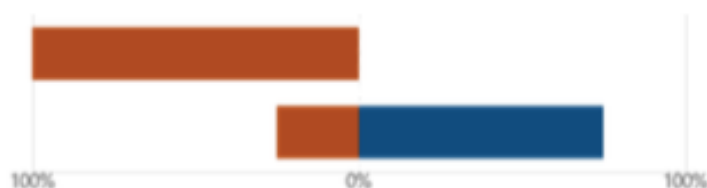
"Formation et sensibilisation des professionnels et du grand public à la d...
"Je ne sais pas"
"Autorisation à obtenir des tutelles pour créer des ateliers de lutte contre...

22. Quelles modalités de participation collective, des usagers, sont mises en place par le service ?

■ Oui ■ Non

Enquête de satisfaction

Conseil de la Vie Sociale



23. Réunion des usagers

● Avec l'ensemble des usagers 0

● Avec un groupe échantillon d... 3

● Avec un groupe échantillon d... 0



24. Autres formes de participation collective :

3
Réponses

Dernières réponses

"Atelier d'ETP"
"Comité des usagers, réuni 1 par an, participation des patients et ou des ...

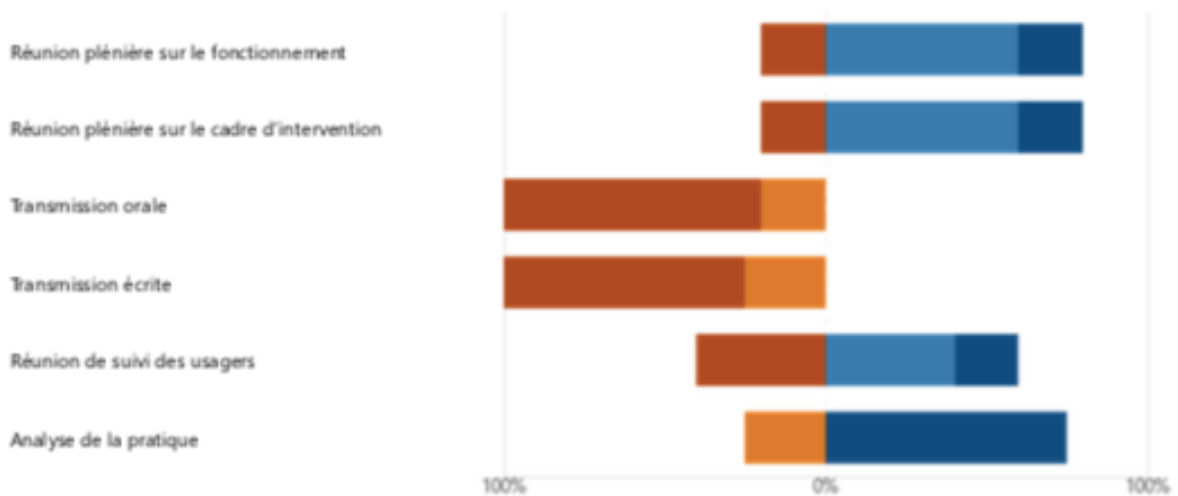
25. Dans le cadre du fonctionnement de service, la participation des usagers a-t-elle pu être envisagée pour

■ Oui ■ Non



26. Comment et à quelle fréquence le service favorise le partage, la formalisation et la transmission des informations entre professionnels ?

■ Hebdomadaire ■ Quinzaine ■ Mensuelle ■ Autre



27. Quelle place votre service a-t-il dans la coordination des interventions ?

5
Réponses

Dernières réponses

"Notre service est par définition coordonnateur des actions à mettre en p...
 "Nous travaillons en réseau, par convention avec les CHU, les libéraux, l'...
 "- travail partenaria[organisation de réunion de coordination avec les p...

!8. Pouvez-vous préciser avec quel(s)partenaire(s) ?

4

Réponses

Dernières réponses

"CHU, HAD, Soins palliatifs, Services sociaux, libéraux"

"- Service d'aide à domicile (AVS) - infirmiers libéraux, kinés, médecins d..."

!9. Selon vous comment votre service est-il intégré à son environnement ?

5

Réponses

Dernières réponses

"Il est bien intégré auprès des professionnels des trois secteurs ayant déjà..."

"Correctement, ce sont les salariés que nous ne trouvons pas..."

"Structure connu de ses partenaires mais on peut toujours faire mieux"

ANNEXE 3 : GRILLE ENTRETIEN

SENIORS, PROCHE AIDANTS ET INTERVENANTS

PROFESSIONNELS

Séniors	Proche aidants	Intervenants professionnels
Quelles aides vous apportent Aividence ?	Quelles aides apportent Aividence à votre maman ?	Quelles aides apportez vous à Madame ?
Pouvez vous décrire comment ça se passe ?	Pouvez vous décrire comment ça se passe ?	Pouvez vous décrire comment ça se passe ?
Combien de fois par semaine viennent t-elles ?	Combien de fois par semaine viennent t-elles ?	Combien de fois par semaine viennent t-elles ?
Qui a décidé ?	Qui a décidé ?	Qui a décidé ?
Pensez vous que c'est suffisant ?	Pensez vous que c'est suffisant ?	Pensez vous que c'est suffisant ?
Aimeriez vous faire des activités ? Lesquelles ?	Pensez vous qu'elle aimerait faire des activités? Lesquelles ?	Pensez vous qu'elle aimerait faire des activités? Lesquelles ?
A qui demandez (ou demanderiez)-vous ?	Pourquoi cela ne se fait pas ? ou comment cela se passe ?	Pourquoi cela ne se fait pas ? ou comment cela se passe ?
Avez-vous autre chose à ajouter ?	Avez-vous autre chose à ajouter ?	Avez-vous autre chose à ajouter ?

ANNEXE 4 : ENTRETIENS RETRANSCRITS

ENTRETIEN 1

coordinatrice UNA Ased Cantal

Durée de l'entretien : 1h15

Pouvez-vous nous présenter brièvement l'objet principal de votre service et son fonctionnement ?

Nos intervenants aident les personnes âgées à s'habiller, à préparer leur repas, à faire leurs courses, à la prise en charge des médicaments, aux tâches ménagères, à la toilette et aux démarches administratives. Nous faisons en sorte de soutenir et de stimuler les personnes en difficultés.

Quelle est votre histoire ? (Celle de la structure et la votre)

Association d'Aide et Services à Domicile est une association régie par la loi de 1901. Organisme à but non lucratif, elle a été reconnue par les pouvoirs publics : Le Conseil Départemental du Cantal a autorisé l'association à exercer dans le cadre du service prestataire d'aide et d'accompagnement à domicile (*arrêté n°06-629 du 255 avril 2006*). La Préfecture du Cantal a accordé à l'association l'agrément qualité pour fournir des services aux personnes en tant que mandataire et prestataire (*N°SAP 779079474*). Le régime de l'autorisation et de l'agrément implique pour l'association de procéder régulièrement à une évaluation externe.

L'ASED en quelques chiffres

L'association a été créée le 12 mars 1959 sous le nom d'ADAVEMIC (association d'aide à domicile aux malades et vieillards isolés du cantal). C'est le trésorier payeur général de l'époque qui s'est ému du fait que les personnes âgées ou malades se trouvaient dans l'impossibilité de se chauffer. En effet à cette époque le chauffage provenait essentiellement du charbon et du bois stocké dans les caves des immeubles.

La première activité de l'association a donc été de coordonner les activités des œuvres, associations et organismes engagés dans l'aide morale et matérielle. Il s'agissait d'organiser toutes activités répondant à cet esprit notamment les soins ménagers, dont l'approvisionnement en combustible et l'aide à la prise de repas.

En 1987, sous l'impulsion du Président André BONIDAL le service mandataire est ouvert. En 1998, il quitte l'association et cède sa place à André MONTSERAT qui concrétisera le

déménagement et les travaux du siège actuel. En 2001, Monsieur Claude TYSSANDIER est élu Président de l'Association.

En 2006, s'inscrivant dans les évolutions juridiques sectorielles nationales, l'Association entre dans le régime de l'autorisation avec le contrôle du Conseil Départemental dans le cadre de la tarification.

En 2012, sous la présidence de Monsieur Claude TYSSANDIER, la dénomination sera modifiée pour devenir aujourd'hui ASeD (association de services et d'aide à domicile) sans remanier profondément l'objet social initial dont le vecteur principal est l'aide apportée aux plus démunis.

Elle est devant son ordinateur...et je suis rendu compte à la transcription qu'elle me lisait la page de présentation du site ! elle enchaine en résumant...

Depuis 1959, l'ASED est met au service des personnes fragilisées par l'âge, la maladie ou le handicap et aux familles. 600 professionnels interviennent dans tout le territoire Cantalien, afin d'accompagner dans la vie de tous les jours.

L'ASED Cantal fait partie de l'Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles.

Naturellement, impliquée en tant que professionnelle de terrain, j'ai évolué au sein de l'association pour prendre le poste de coordinatrice départementale.

Quelles sont les principales raisons qui vous ont poussé à la prise de responsabilités dans un tel service ?

Non évoquée vue la réponse antérieure

Quelles sont les principales difficultés rencontrées dans vos fonctions ?

Maintenir la cohésion de l'ensemble des services disséminés sur le territoire. Le Cantal n'offre pas des conditions de circulations optimales, je me retrouve donc confrontée à une organisation qui doit prendre en compte les distances et durées de déplacements.

La recherche permanente de remplacement. En effet je dois faire face à de nombreux arrêts maladie, démission, maternité... Il m'est compliquée de trouver du personnel. Les personnes répondants aux offres sont souvent non qualifiées, c'est un casse-tête permanent. L'incidence sur les emplois du temps est énorme et génère des tensions au sein des équipes.

Quels sont les principaux types de services et d'aide à domicile que vous proposez pour les personnes âgées ?

Non évoquée vue la réponse à la première question

La question des séniors s'intègre-t-elle à vos actions ?

Qu'entendez-vous par séniors ?

On prend en charge les personnes âgées dépendantes en priorité. Les séniors, c'est les jeunes retraités ? Ils sont autonomes et ne sollicitent que très peu nos services. C'est souvent les enfants qui s'inquiètent pour eux.

Pensez vous qu'il existe suffisamment de structures sur votre territoire proposant des services à domicile destinés aux personnes âgées ? Aux séniors ?

Aux personnes âgées oui, nous sommes plusieurs associations sur le territoire (d'où aussi la difficulté de recruter pour les remplacements). Le département a toujours eu une politique engagée auprès des personnes âgées ce qui explique le nombre d'EHPAD conséquent dans le Cantal, et la multiplication des intervenants à domicile.

Pour les séniors, je ne sais pas. Mais votre question m'embarrasse parce qu'effectivement nous nous sommes toujours centrés sur les personnes dépendantes ou démunies, mais jamais sur cette catégories...*(un blanc)*...oui peut être qu'il serait intéressant de les questionner.

Etre vous attaché à l'idée d'offrir des services personnalisés et donc adaptés au maximum aux profils des personnes ? Comment procédez-vous pour tenter de répondre précisément aux attentes ? Aux besoins ?

C'est dans cet idée de réponse que s'est construit l'ASED.

A travers un questionnaire, nous faisons le relevé des attentes. Pour les besoins on essaie lors d'un entretien avec la famille *(la personne suivie n'est pas évoquée...)* de les recenser.

Avez-vous développé un réseau de partenaires locaux, pouvez vous nous expliquer plus précisément comment se déroule ce partenariat ? (Avez vs un réseau de partenaires locaux ? Pouvez-vous nous expliquer comment se déroule ce ou ces partenariats ? Votre horizon temporel à court moyen ou long terme ?)

Oui, par exemple avec le Pôle Santé et Prévention de Ydes *(une commune du nord Cantal)*

Notre volonté est d'agir avec les associations de santé.

Question : et avec le tissu associatif ? Un peu avec les clubs d'ainés et à Ydes avec la Fédération de Sports adaptés pour tous.

Quels sont vos objectifs pour les prochaines années à venir ? (Comment voyez vs votre secteur évolue en lien avec les dernières lois et réglementation récentes ?)

Non évoquée

Pouvez-vous nous donner des exemples concrets de projets soutenus par votre Service?

Depuis 2016, l'ASeD organise plusieurs actions de prévention dans tout le département sur la thématique principale : la santé globale / bien vieillir.

C'est une action que je souhaite faire perdurer. En effet, tous nos sens sont stimulés quel que soit notre âge. Entretenir notre santé et notre bien-être est essentiel.

Nous proposons aux bénéficiaires de l'ASeD et des personnes retraitées du Cantal, des ateliers qui ont pour but :

- De sensibiliser les personnes à prendre soin d'eux,
- D'améliorer la qualité de vie et le bien-être des personnes retraitées et âgées,
- De diffuser des informations sur le bien vieillir, car ce phénomène est naturel,
- De développer et favoriser l'accès aux soins de façon préventive.

Nous proposons aussi, gratuitement, de bénéficier de différents tests, ateliers, conférences, dépistages, conseils et séances découverte bien-être (Réflexologie, Shiatsu, ...). L'ensemble des modules proposé fait appel à des professionnels rodés à la pratique et sensibilisés aux questions de prévention.

C'est ce projet là que je souhaite développer.

Une politique intégrative vous semble-t-elle adaptée pour répondre à la question des seniors dans les années à venir ? (Dans le cadre du repérage du risque de fragilité chez les seniors, comment procédez-vous pour tenter de répondre précisément aux besoins)

Comment vous définissez « intégrative » ? Si vous entendez l'inclusion des seniors dans nos actions, il me semble que cela est déjà le cas puisqu'ils sont une partie de notre public.

Concernant le repérage de fragilité, cela renvoi à votre questionnaire ? mais je ne crois pas que cela soit adapté à nos pratiques actuelles ou du moins il me semble que dans ce que nous proposons nous sommes déjà dans ce type d'approche.

ENTRETIEN 2 :

Direction de la Maison Départementale de l'Autonomie,

Missions : Animation - gestion - coordination du réseau des partenaires

Pouvez-vous nous présenter brièvement l'objet principal de votre service et son fonctionnement ?

La Maison Départementale de l'Autonomie c'est un espace unique d'accueil et d'accompagnement.

Dans le Cantal, la Maison Départementale de l'Autonomie accueille, informe, oriente et évalue les situations de personnes en perte d'autonomie, quel que soit leur âge.

En parallèle de ces actions quotidiennes, les membres de l'équipe pluridisciplinaires de la MDA participent à des actions de sensibilisation, à destination du grand public.

La MDA se définit aussi par le travail en réseau qu'elle impulse ou auquel elle participe avec des partenaires tel que les CLIC, le CLS, les diverses associations d'usagers... Par exemple avec le programme Handicap et société, nous effectuons des actions de sensibilisation dans les collèges et lycées.

C'est une mission de proximité

L'équipe de la MDA est pluridisciplinaire. Elle est composée de travailleurs sociaux, de médecins, d'ergothérapeutes, d'infirmiers, de référents scolarité et insertion professionnel. Afin d'assurer notre mission de proximité, nous disposons de 3 MDA situées à Aurillac, à Mauriac et à Saint-Flour.

Nous apportons notre aide dans les situations individuelles mais aussi au travers d'actions spécifiques au territoire, en fonction des besoins repérés.

Par exemple, sur le territoire sanflorain, il n'existe pas à ce jour d'accueil de jour. C'est un besoin spécifique à ce territoire. Une réflexion commune a été engagée et partagée avec des acteurs institutionnels et associatifs en vue de créer cet accueil de jour.

Elle sert à faciliter le parcours des personnes

En tant que coordinatrice, mes missions comportent une partie individuelle et une partie collective.

J'assure l'accueil, l'information, l'orientation et l'évaluation des situations. Nous nous assurons de disposer de l'ensemble des éléments nécessaires à la demande de la

personne. Nous déterminons quel professionnel est le mieux placé pour répondre à la demande, afin d'obtenir les éléments manquants à la prise de décision. Il s'agit de la partie la plus conséquente de mon travail au quotidien.

Dans le cadre de la mission d'animation et de coordination territoriales, j'ai participé pendant plus d'un an à la mise en place de **l'UMAS (Unité Mode Accueil pour enfants à besoins Spécifiques)**. J'ai été associée aux travaux de réflexion et de construction de l'UMAS. Désormais je suis membre de ce groupe.

L'UMAS permet d'apporter les réponses possibles, ou au moins une réflexion commune, aux familles qui rencontrent des problèmes liés à la garde de leur enfant.

Ce groupe de travail offre la possibilité de mettre en commun nos technicités et expertises respectives. Ainsi nous réfléchissons ensemble, tout en décloisonnant nos activités et services. Notre ambition est de pouvoir apporter une réponse efficace aux difficultés des familles.

Quelle est votre histoire ? (Celle de la structure et la vôtre)

Non évoqué – pas de structure

Quelles sont les principales raisons qui vous ont poussé à la prise de responsabilités dans un tel service ?

C'est une idée de mon cursus d'agent de la fonction publique territoriale. On peut appeler ça un plan de carrière. Par contre j'ai tout fait pour me retrouver dans ce domaine d'activité.

Quelles sont les principales difficultés rencontrées dans vos fonctions ?

Quels sont les principaux types de services et d'aide à domicile que vous proposez pour les personnes âgées ?

Non évoqué – pas de structure

La question des seniors s'intègre-t-elle à vos actions ?

Je vous renvoie au guide « Bien vieillir dans le Cantal ». *(une fois la brochure en main l'entretien n'a plus eu de sens à mon avis, jeu de questions réponses...)*

Pensez-vous qu'il existe suffisamment de structures sur votre territoire proposant des services à domicile destinés aux personnes âgées ? Aux seniors ?

Oui, vous comprendrez à la lecture du guide combien le Conseil Départemental s'investit dans cette question.

Etre vous attaché à l'idée d'offrir des services personnalisés et donc adaptés au maximum aux profils des personnes ? Comment procédez-vous pour tenter de répondre précisément aux attentes ? Aux besoins ?

Renvoie à la présentation. Redite.

Avez-vous développé un réseau de partenaires locaux, pouvez-vous nous expliquer plus précisément comment se déroule ce partenariat ? (Avez vs un réseau de partenaires locaux ? Pouvez-vous nous expliquer comment se déroule ce ou ces partenariats ? Votre horizon temporel à court moyen ou long terme ?)

Oui, au travers de la MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des service d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie)

La MAIA 15 est une méthode promue par l'Agence Régionale de Santé portée localement par le Conseil Départemental du Cantal.

Son objectif : améliorer l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie qui sont à domicile. Pour cela, la MAIA agit à deux niveaux :

- Elle organise une concertation des services, établissements et professionnels sociaux, médico-sociaux et sanitaires impliqués dans l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie
- Elle propose un accompagnement par un gestionnaire de cas aux personnes malades vivant à domicile qui ont besoin d'un suivi renforcé.

Quels sont vos objectifs pour les prochaines années à venir ? (Comment voyez vs votre secteur évolue en lien avec les dernières lois et réglementation récentes ?)

Non évoqué – cependant en aparté Mme me dira que les politique évoluent tellement vite qu'il est difficile d'y répondre... elle évoquera la « 5^{ème} branche » mais me renverra aux documents transmis comme preuves d'un département engagé dans la question des séniors...

Pouvez-vous nous donner des exemples concrets de projets soutenus par votre service ?

Le Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (*encore une brochure*)

Une politique intégrative vous semble-t-elle adaptée pour répondre à la question des seniors dans les années à venir ? (Dans le cadre du repérage du risque de fragilité chez les seniors, comment procédez-vous pour tenter de répondre précisément aux besoins)

Oui, bien sûr, vous pourrez vous en rendre compte au travers les lectures que je vous ai donné et vous pouvez aussi consulter le Schéma Départemental de l'Autonomie 2021 – 2025, vous verrez que nous faisons des constats de manques actuels mais apparaissent aussi des axes de travail et des solutions pour y remédier (*je n'ai pas du bien le lire alors...*)

ENTRETIEN 3:

directeur fédération ADMR du Cantal

Durée : 2h15

Pouvez-vous nous présenter brièvement l'objet principal de votre service et son fonctionnement ?

Premier réseau associatif français de proximité, l'ADMR a pour objet de permettre aux familles et aux personnes de bien vivre chez elles en apportant un service adapté à leurs attentes et à leurs besoins.

Nos services s'adressent à des personnes libres de choisir le soutien qui leur convient.

Le réseau ADMR du CANTAL c'est :

- 23 associations Locales ADMR dans le cantal et une fédération départementale.
- 400 bénévoles répartis sur l'ensemble du département
- 1102 salariés qui apportent au quotidien un service de qualité adaptée aux besoins de nos 6140 clients.
- Nos services :
 - Services Aide à Domicile
 - Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)
 - Service TISF
 - Services famille : l'ADMR intervient à des périodes charnières de la vie de la famille, les intervenantes à domicile soutiennent à ces périodes là en s'apportant, selon la situation, une aide dans les tâches ménagères de la vie courante, dans l'organisation et la gestion du quotidien, un soutien auprès des enfants ...
 - Service Santé : les centres de soins infirmiers ADMR effectuent des soins infirmiers sur prescription médicale, à la permanence du centre ou à votre domicile
 - Service de Soins Infirmier A Domicile : les SSIAD de l'ADMR interviennent sur prescription médicale auprès :
 - Des personnes âgées de 60 ans et plus, malades, en perte d'autonomie, ou souffrant d'une pathologie chronique,
 - Des personnes adultes de moins de 60 ans en situation de handicap.

Ils assurent et coordonnent, 7 jours sur 7, des soins à domicile. Ils favorisent également la coordination avec les partenaires de santé : médecins, hôpitaux, CLIC (Centre de liaison, d'information et de coordination), coordinations gérontologiques. Dans notre département l'ADMR à la gestion de trois SSIAD, un à LABROUSSE pour le secteur Haute Châtaigneraie, un à MASSIAC pour le secteur Massiac jusqu'à Blesle en Haute-loire et un à Riom es Montagne pour le nord du département.

Mais l'ADMR dans le Cantal c'est aussi, des animations (Théâtre, soirée récréative...) et des manifestations (Quine, foire aux vêtements...) toute l'année, sur l'ensemble du département

Quelle est votre histoire ? (celle de la structure et la votre)

Depuis 1945 l'ADMR fonctionne en réseau intégré avec des statuts identiques dans chaque association et des services dont la gestion et l'animation sont partagées entre la fédération et l'association.

La fédération accompagne les associations dans la réalisation de leurs projets, et leur fournit un soutien logistique, administratif et juridique ; à savoir, la gestion du personnel, la mise en place des interventions en relation directe avec le client adhérent et pour la fédération les tâches qui peuvent être mutualisées, paie, facturation, comptabilité, conventionnement, formation des salariés et bénévoles ...représentation et animation générale.

La fédération départementale ADMR du Cantal a été créée en 1957 et est adhérente à l'Union Nationale ADMR qui représente l'ensemble du mouvement auprès de toutes les instances nationales

Un conseil d'administration fédéral composé de 28 membres, c'est l'organe délibératif. Un Président est nommé tous les quatre ans.

Depuis 2007 la fédération ADMR Cantal a une autorisation délivrée par le Conseil Général du Cantal pour le compte des associations. Par ailleurs, la fédération et les associations ont l'agrément qualité des services à la personne.

Me concernant, j'ai passé un DESS économie et gestion des établissements sanitaires et médico-sociaux à Montpellier

Puis j'ai été directeur de différents EHPAD avant de prendre ce poste.

Quelles sont les principales raisons qui vous ont poussé à la prise de responsabilités dans un tel service ?

Une continuité dans mon parcours professionnel et l'opportunité d'être en CDI.

Quelles sont les principales difficultés rencontrées dans vos fonctions ?

La gestion en réseau associatif est quelque chose de particulier. Chaque association a son indépendance mais se doit de respecter la philosophie de l'ADMR...

Manager cet ensemble n'est pas une mince affaire. Après le nombre important de salariés expose à une gestion RH chronophage (quête de remplaçants...). Les temps de coordinations sont nombreux. De ma place j'ai du mal à me détacher d'une vision gestionnaire pour pouvoir impulser des actions.

Si les professionnelles de terrains sont à la hauteur des tâches demandées, elles ne permettent pas la créativité, du moins ne la suscitent pas. La question du temps est primordiale dans un département comme le notre avec des durées de déplacement qui sont élevées. En cela ça réduit aussi les temps d'intervention au domicile.

La recherche de l'efficacité est permanente.

Quels sont les principaux types de services et d'aide à domicile que vous proposez pour les personnes âgées ?

Non abordé – réponse en première question.

La question des séniors s'intègre-t-elle à vos actions ?

Oui et non.

Oui dans le sens où nous prenons en compte les personnes à partir de 60 ans, mais seulement face à leur dépendance.

Non, dans la prise en compte des séniors valides et sans une recherche de savoir si des situations pourraient être de l'ordre d'un accompagnement par nos soins, dans un futur proche.

Dans le Cantal, on compte encore des familles de trois générations vivant sous le même toit. Le tissu social répond encore à une prise en charge ou du moins à une « surveillance » des séniors. Il peut être « donneur d'alerte » dans certaines situations.

Pensez-vous qu'il existe suffisamment de structures sur votre territoire proposant des services à domicile destinés aux personnes âgées ? Aux séniors ?

Oui mais mal organisé sans réel travail de partenariat. Chaque association d'intervention domicile vit l'autre comme un concurrent...alors que l'on devrait inventer une action commune en interrogeant nos pratiques et savoir-faire, en les mutualisant.

Le politique n'aide pas à cette mise en synergie.

Êtes-vous attaché à l'idée d'offrir des services personnalisés et donc adaptés au maximum aux profils des personnes ? Comment procédez-vous pour tenter de répondre précisément aux attentes ? Aux besoins ?

Non abordé

Avez-vous développé un réseau de partenaires locaux, pouvez vous nous expliquer plus précisément comment se déroule ce partenariat ? (Avez vs un réseau de partenaires locaux ? Pouvez-vous nous expliquer comment se déroule ce ou ces partenariats ? Votre horizon temporel à court moyen ou long terme ?)

Oui, mais comme dit précédemment c'est compliqué. Le partenariat s'effectue exclusivement au niveau de la santé, dans la permanence du parcours de soins

Quels sont vos objectifs pour les prochaines années à venir ? (Comment voyez vs votre secteur évolue en lien avec les dernières lois et réglementation récentes ?)

Comment faire face à l'augmentation des personnes âgées dépendantes dans un département qui se dépeuple et donc où il n'y aura plus l'appui du tissu social, là est la vraie question.

Pouvez-vous nous donner des exemples concrets de projets soutenus par votre service ?

Les espaces de coordination de santé comme les maisons de santé ou le Pole Prévention Santé de Ydes.

Une politique intégrative vous semble-t-elle adaptée pour répondre à la question des seniors dans les années à venir ? (Dans le cadre du repérage du risque de fragilité chez les seniors, comment procédez-vous pour tenter de répondre précisément aux besoins).

Je ne sais pas si une politique intégrative est la solution, je ne me suis pas posé la question. Peut-être cela pourrait être un axe de travail dans l'avenir. Quant au repérage des risques de fragilité, pour l'instant nous n'avons mis aucun process basé sur les déterminants de santé. Comme je l'ai déjà évoqué, le tissu social du monde rural agit comme donneur d'alerte, ou la famille est déjà en soutien. Alors, pour l'instant, cela n'est pas encore rentré dans nos approches.

ENTRETIEN 4 :

1. Dans le cadre du repérage du risque de fragilité chez les séniors, comment procédez-vous pour tenter de répondre précisément à leurs besoins ?

- *Clients Bancaires : pédagogie sur les moyens numériques (application LBP, utilisation de la CB au lieu du chéquier, vigilance sur les fraudes,) Il ont une hotline téléphonique de LBP et parfois ils bénéficient de démonstrations par nos collaborateurs.*
- [Alertes fraudes et points de vigilance - La Banque Postale](#)
- [Conseils et solutions retraite - La Banque Postale – La Banque Postale](#)
- [Actualités et conseils \(labanquepostale.fr\)](#)
 - o *Services à la Personne : nous proposons pour rassurer leurs enfants et eux la livraison des médicaments par le facteur, repas, entretien du domicile, la visite du facteur avec discussion et rapport fait aux proches, des téléphones et tablettes séniors, ainsi que de la téléassistance et un détecteur de chutes, des complémentaires santé à tarif bas avec une hotline*
 - o [Veiller sur mes parents – La Poste](#)

2. Avez-vous développé un réseau de partenaires locaux, pouvez-vous nous expliquer comment se déroule ce ou ces partenariats ?

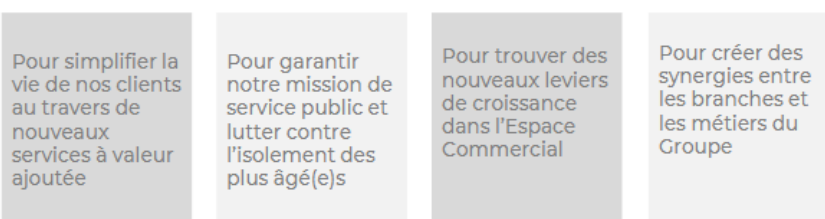
Au niveau de notre bureau urbain, cela est difficile de le faire. Dans certains bureaux ruraux ou péri-urbains, des partenariats se font avec de associations, des mairies, des Ehpad, parfois des médecins.

3. Quels sont vos objectifs pour les années à venir sur la thématique retenue ? Comment voyez-vous votre secteur évoluer

Des animations sous forme d'ateliers séniors vont être programmés au guichet avec l'aide des conseillers financiers (utilisation des outils numériques, et des services à la personne) Avec les conseillers Professionnels du courrier , une sensibilisation va être menée auprès des associations et Ehpad

La Poste a pour ambition de devenir la première entreprise de services de proximité humaine.

L'aide au maintien à domicile devient donc un enjeu majeur pour le Groupe :



L'objectif est de proposer à nos clients les plus âgés et à leurs proches des offres et services innovants sur la base des valeurs de La Poste :

CONFIANCE & PROXIMITÉ HUMAINE

ENTRETIEN 5 :

Madame Véronique MICHALET, responsable de l'ADMR Hérault, section développement Métiers et petite enfance.

Entretien téléphonique, à sa demande, d'une durée de 45 minutes le 4 août 2021.

Question 1 : Dans le cadre du repérage du risque de fragilité chez les seniors, comment procédez-vous pour tenter de répondre précisément aux besoins des seniors ?

Les actions suivantes concernent uniquement nos bénéficiaires. Les actions en place sont constituées de deux axes.

L'axe 1, par le Bus itinérant. Il couple 4 axes de prévention :

- Prévention des chutes : support à des séances d'animations, aménagement de l'habitat etc ;
- Prévention des risques informatiques en partenariat avec la gendarmerie ;
- Prévention de la nutrition : organisation d'ateliers cuisine, alimentation pour que les seniors soient vigilants sur le point alimentaire. Ces actions sont menées en partenariat avec les différentes communes ;
- Prévention routière : module sur le risque routier (information sur le nouveau permis à points, nouveaux panneaux de signalisation. Ce atelier est orchestré par une animatrice employée par l'ADMR.

Le bus sillonne le secteur Héraultais avec les communes partenaires. Le bus intervient en milieu rural et péri-urbain. Le secteur de Montpellier n'est pas couvert.

L'axe 2, par les aides à domicile. Elles vont repérer les signes de fragilités chez les bénéficiaires uniquement et mettre des actions en place. L'ADMR expérimente ce projet. Il a débuté en septembre 2021 et se terminera en septembre 2023. Il se déroule dans le cadre d'un appel à projet de l'ARS Occitanie. S'il s'avère concluant, il sera répliqué ailleurs. Le projet est intitulé « VIGILANCE SENIORS ». A ce jour, nous avons 11 mois de recul sur le projet.

Comment fonctionne-t-il ? A l'aide d'une application qui étudie l'état général des seniors à l'aide d'une échelle analogique complétée par les auxiliaires de vie. Ces données remontent à l'ADMR. Si 2 icônes de dégradations sont successives : message d'alerte puis envoi à l'association concernée qui prend en charge le bénéficiaires. Alors, l'assistante de secteur fit un diagnostic. Le senior est contacté ou sa personne de confiance puis

orienter vers un professionnel. Les actions sont suivies sur un mois. Après ce délai passé, l'assistante de secteur rappelle le sénior (les actions menées ont-elles été satisfaisantes ?) si oui il y a clôture de l'alerte. Des statistiques sont faites via un logiciel dédié.

Un rapport d'étape à 6 mois a été fait, il en ressort :

- ADMR Hérault : objectif d'inclusion des bénéficiaires est en deçà de l'objectif fixé. Les raisons avancées sont liées à la COVID-19 ;
- Le taux d'acceptation du dispositif par les bénéficiaires : estimation fixée au début du projet 60 % d'adhésion. A 6 mois on est à 70-75 % atteint. Les raisons avancées sont la gratuité du dispositif et la possibilité de quitter le dispositif.

Question 2 : Avez-vous un réseau de partenaires locaux, pouvez-vous nous expliquer comment se déroule ce ou ces partenariats ?

Médecins généralistes (bonne adhésion), kinés, idelibérales, structures d'appui, dans le cadre de l'article 51. Les autres partenariats : MAIA, MONA (CPAM), caisses de retraites, les organismes départementaux. La réforme récente de la classification du personnel par rapport aux métiers à domicile a un impact important.

Il est à noter qu'aucun partenariat avec les élus ou le maire car le dispositif concerne uniquement les bénéficiaires de l'ADMR.

Question 3 : Comment voyez-vous votre secteur évoluer ?

- Les séniors veulent rester à domicile ;
- Les personnes prises en charge sont de plus en plus dépendantes ;
- Il y a des besoins de formations chez les professionnels pour la prise en charge de la dépendance. Néanmoins, les auxiliaires de vie sont en difficultés via la dépendance. Les jeunes diplômées veulent aller travailler en structures à la sortie de leur école ;
- L'ADMR dispose de son propre centre de formation.

BIBLIOGRAPHIE

ARTICLES :

Nathalie Blanpain et Guillemette Buisson, 3/11/2016. « *Projections de population 2013-2070* ».

Etudes et résultats, octobre 2017. « *Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060* ». DREES, numéro 1032.

Etudes et résultats, janvier 2020. « *Un tiers des personnes âgées vivant en établissement sont dans un état psychologique dégradé* ». DREES, numéro 1141 .

Études et Résultats, décembre 2020, « *Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en Ehpad d'ici à 2030. Projections de population âgée en perte d'autonomie selon le modèle Lieux de vie et autonomie (LIVIA)* ». DREES, n°1172.

Etudes et résultats, Juillet 2017. « *728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015* ». DREES, n°1015.

Economie et Statistique, 2015. « *Pas de prix mais un coût : évaluation contingente de l'aide informelle apportée aux personnes âgées en perte d'autonomie* ». La santé et les soins n° 475-476.

Sandra L. Reynold, Eileen M. Crimmins, 2009. « *Tendances de l'incapacité dans les activités de la vie quotidienne* », étude chez les Américains de 50 à 69 ans (1997-2006) », La documentation française, Retraite et société, N°59, pages 61 à 76.

Amélie Carrère, 2020. « *Vivre à domicile ou en institution : quels sont les déterminants de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées ?* ». Regard n° 57, pages 127 à 139.

Katherine Keenan et al, 2016. « *Les sources de données sur les populations âgées en Europe : comparaison de l'enquête Générations et genre (GGS) et de l'enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite (SHARE)* ». Population , pages 547 à 573.

Carrère A. et Dubost C.-L., 2018. « *Éclairage - État de santé et dépendance des seniors* », France Portrait Social Insee Références, édition 2018, p. 71-88.

François Chapiereau, 2001. « *La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé* », Gérontologie et société, Pages 37 à 56.

Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K., 2013. *Frailty in elderly people*. Lancet, 38: 752-62.

Hervé Michel, 2012. « *La notion de fragilité des personnes âgées : apports, limites et enjeux d'une démarche préventive* ». Retraite et société 2012/1 (n° 62), pp. 174-181.

Mathilde Rossigneux-Méheust et Christophe Capuano, 2017. « *Expériences de la vieillesse* ». GENESES.

Guillaume GOURGUES, 2015. « *La participation publique, nouvelle servitude volontaire ?* ». Hermès, La Revue 2015/3 (n° 73), pages 83 à 89.

Mickael BLANCHET, 2020. « *La gérontologie et l'habitat. Les personnes âgées en France : où et dans quel logement vivent-elles ?* ». Population et avenir 2020/02 (n°747).

Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al., 2001. « *Frailty in older adults: evidence for a phenotype* ». J Gerontol A Biol Sci Med Sci. M146–56

OUVRAGES :

Pascal De Rozario et Yvon Pesqueux, 2018. « *Théorie des organisations* ». Edition Pearson.

Jean-Michel Plane, 2016. « *Management des organisations* ». Edition DUNOD.

Marie Claire Lacombe et Ludovic Lavie, 2019. « *Quel renouveau pour la filière gérontologique ?* ». Edition ESF.

Gérard Brami, 2020. « *EHPAD, entre excès de normes et contraintes financières* ». Edition l'Harmattan.

Georges Dhers, 2019. « *Le pouvoir d'agir des citoyens* ». Edition chronique sociale.

Valérie LÖCHEN, 2013. « *Comprendre les politiques d'action sociale* ». Edition Dunod.

Edgar Morin, 2014. « *Introduction à la pensée complexe* ». Essai. Edition Seuil

Patrick Lefèvre, 2016. « *Guide du directeur en action sociale et médico-sociale* ». Edition Dunod

RAPPORTS ET ENQUETES :

Rapport Laroque, 1962

Rapport IRDES n°563 : « la prévention de la perte d'autonomie : la fragilité en questions. Apports, limites et perspectives », janvier 2016

Rapport BIANCO-LAMY, « L'aide à l'enfance de demain », 1980

Rapport du Conseil Supérieur de travail social « Merci de ne plus nous appeler usagers », 2015

Rapport Luc BROUSSY « Autonomie : 80 pistes pour mieux vivre plus longtemps », 2021

Rapport LIBBAULT « concertation Grand âge et autonomie », 2019

Rapport « La politique territoriale de l'habitat et choix de vie des personnes au grand âge », Ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de l'aménagement du territoire, du logement et de la ville, Juin 2008

Rapport LISBONNE, « traité européen de Lisbonne », 2008

Rapport EL KHOMRI, « Les métiers du grand âge », 2019

Rapport « Vivre chez soi », 2008

Enquêtes EHPA 2015 et VQS 2014, Insee, projections Omphale, DREES

Enquêtes CARE (capacités, Aides et Ressources des séniors) en ménages 2015 et en institutions 2016, DREES

Enquête «Les résidences seniors à l'horizon 2021 – Stratégies des acteurs, défis à relever et perspectives par région », Xerfi-Precepta, 2018

SITES INTERNET :

<http://www.mobiquail.org/portail/>

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228?sommaire=2496793>

https://nexem.fr/app/uploads/2017/10/Drees_octobre-2017_Personnes-agees-dependantes.pdf

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/les-enquetes-capacites-aides-et-ressources-des-seniors-care>

<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/serie/s1279>

https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201306/fiche_parours_fragilite

https://www.cantal.fr/wp-content/uploads/2019/02/1510930179_Guide-personnes-agees-web.pdf

COLLOQUES :

Colloque 100% digital sur le thème des « Bonnes pratiques pour mieux vieillir » organisé le 3 juin 2021

TABLE DES ILLUSTRATIONS :

Figure 1 Graphique – Pyramide des âges en 2007 et 2060.....	7
Figure 2 – Nombre de séniors en perte d'autonomie	7
Figure 3 – Projections du nombre de personnes âgées dépendantes bénéficiaires de l'APA à l'horizon 2040, selon l'hypothèse d'évolution de la prévalence de la dépendance (en millions)	8
Figure 4 Les différentes trajectoires du vieillissement :.....	16
Figure 5 - Stratification de la population âgée selon BUCHNER et AI (1996).....	18
Figure 6 - Nombre de seniors en perte d'autonomie	20
Figure 7 – L'adéquation : besoins, demandes et réponses en santé publique	33
Figure 8 - Triade besoins- demandes-réponses	34
Figure 9 – démarche en santé publique	34
Figure 10 - Principales caractéristiques des 4 grandes familles de déterminants selon Lalonde (1974)	38
Figure 11 - impact des déterminants de la santé sur l'état de santé et de bien-être de la population.....	39
Figure 12 - le modèle de LALONDE appliqué à la Charte d'OTTAWA	40
Figure 13 - Les déterminants multiples selon le modèle d'DALHGREN et WHITEHEADF.Source : Dahlgren, G. et M. Whitehead (1991). Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm : Institute for Futures Studies.	43
Figure 14 – ANAP - Structures & partenaires	59
Figure 15 - ANAP - missions & autorisations	60
Figure 16 - modalité de participation collective	66
Figure 17 - participation des usagers	66
Figure 18 - - fréquence partage formalisation transmission en équipe	67
Figure 19 - incidences de la gestion des absences dans les services.....	78