



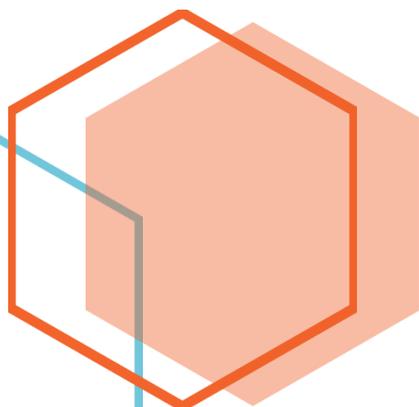
RAPPORT D'ÉTUDE :
ÉVALUATION DU PROJET
« SENTINELLE » :
Repérage des risques de fragilisation à domicile

JUIN 2021

Pauline GOUTTEFARDE

Chargée de projets, GÉrontopôle AURA

Sous la direction de Nathalie Barth (Cheffe de projets)



Carsat Retraite
& Santé
au travail
Rhône-Alpes

UNA

AUVERGNE RHÔNE-ALPES

ajmv
LE SAVOIR-FAIRE
À DOMICILE

MAXI aide
Grand LYON

Gérontopôle AURA - 04 77 12 07 32 - contact@gerontopole-aura.fr
25 Boulevard Pasteur, Site de l'hôpital Bellevue, Pavillon 22, 42100 St Etienne

Table des matières

CONTEXTE	3
1. Prévenir la perte d'autonomie : une préoccupation sociétale et politique	3
2. Des outils de repérage de la fragilité du sujet vieillissant à domicile pour prévenir la perte d'autonomie	6
3. L'expérimentation « Sentinelle » : repérage des risques de fragilisation du sujet âgé par les auxiliaires à domicile	10
I. ETUDIER L'ACCEPTABILITE DU DISPOSITIF	14
II. L'ENQUETE QUALITATIVE	15
1. Une méthodologie inductive par entretiens semi-directifs	15
2. Des entretiens réalisés auprès de l'ensemble des acteurs de terrain	16
2.1 Les « responsables secteur » : au centre du dispositif de repérage ?	16
2.2 Les intervenants à domicile : le rôle de « sentinelle » ?	17
III. USAGE, REPRÉSENTATIONS ET ACCEPTABILITÉ DU DISPOSITIF	19
1. Une diminution progressive du nombre de grilles remplies : un constat	19
2. Facilité perçue et utilité perçue de l'outil	20
3. Les freins à l'utilisation de l'outil numérique	22
3.1 Un défaut exprimé de formation et de sensibilisation à l'outil	22
3.2 De nouvelles pratiques professionnelles... ..	24
3.3...ne redéfinissant pas le rapport à leur métier	24
3.4 Une attente forte de valorisation du métier d'intervenant à domicile	25
3.5 Une grille de repérage de la fragilité satisfaisante mais un degré d'expression trop restreint	27
3.6 ...alors que ce désir d'expression est très ancré	27
3.7 Impact de la formalisation du repérage par la grille sur la relation intervenant à domicile – bénéficiaire – aidant	28
3.8 Un souhait de généralisation du dispositif bien présent	29
IV. PRÉCONISATIONS	31
1. Formation, sensibilisation et communication	31
2. Des bénéficiaires « sentinelles » ?	32
V. PLAN D'ACTION	34
VI. LIMITES DE L'ÉTUDE	36
VII. Vers une généralisation d'un système de repérage de fragilité ?	37
VIII. BIBLIOGRAPHIE	40

IX. ANNEXES	44
Annexe n°1 : Avis comité d'éthique	44
Annexe n°2 : Les guides d'entretiens	45
Annexe n°3 : Calendrier.....	52
Annexe n°4 : Rappels des points d'étape	53
Annexe n°5 : Résumé de l'échange avec le Pr Gonthier	53
Annexe 6 : Présentation Powerpoint de l'évaluation du projet Sentinelle.....	55

CONTEXTE

1. Prévenir la perte d'autonomie : une préoccupation sociétale et politique

À l'échelle de l'histoire de l'humanité, le vieillissement démographique, se rapportant, dans le sens commun, à une hausse de la proportion de personnes dites « âgées » au sein des populations, constitue un phénomène récent. Les causes du vieillissement de la population sont

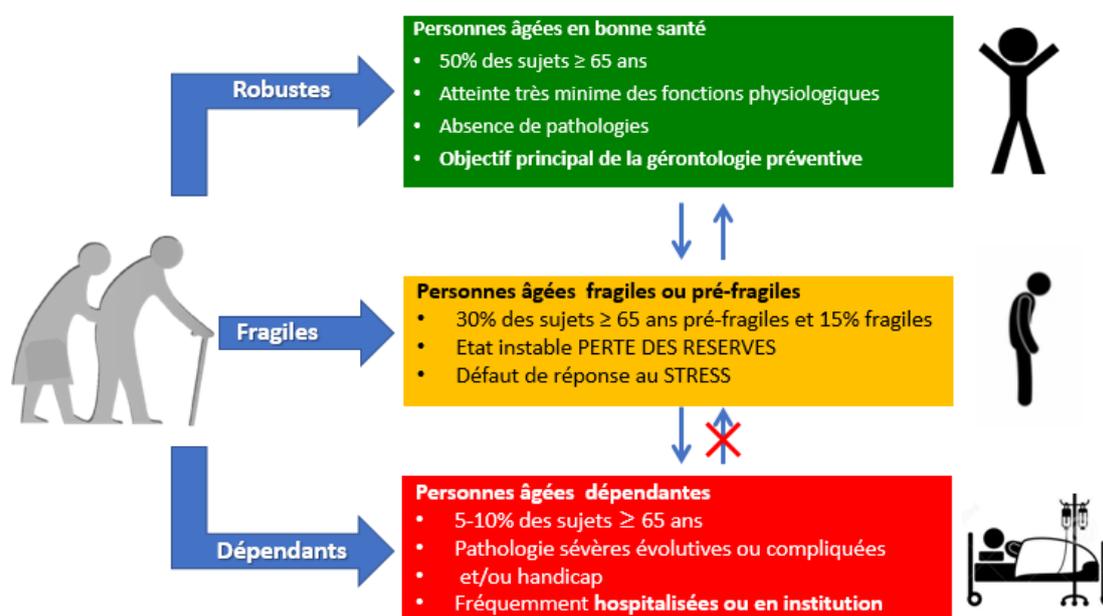


triples : il dépend à la fois de l'allongement de la vie humaine (lié à une baisse de la mortalité), de la baisse de la fécondité, ainsi que de la distribution initiale de la population en termes d'âge (Lee, 2003). Le vieillissement de la population s'accélère depuis 2011, avec l'arrivée, à 65 ans, des nombreuses générations nées après-guerre : « Au 1^{er} janvier 2020, les personnes âgées d'au moins 65 ans représentent 20,5 % de la population, les habitants âgés de 75 ans ou plus, représentent près d'un habitant sur dix » (Insee, 2020). Autrement dit, la population française vieillit. La transition démographique s'accompagne de nouveaux enjeux : prévenir la perte d'autonomie, lutter contre l'isolement, faciliter l'accessibilité aux services, accompagner les structures de prise en charge de la perte d'autonomie... Au regard de l'expansion du nombre de personnes âgées, notre société est-elle en mesure d'assurer un « droit de vieillir » ? (Charpentier & al. 2015). Au-delà du « droit de vieillir », le concept du « bien vieillir », apparu à la fin des années 80 par Rowe et Kahn (1987), repose sur l'accroissement de l'espérance de vie sans incapacité. Les interventions de promotion de la santé objectivent un vieillissement en santé et une amélioration de la qualité de vie des aînés, et ce même quand cela concerne des

personnes en âge très avancé (Rapport Vieillir en bonne santé. Un challenge pour l'Europe, 2007).

Les politiques de Santé Publique, en France, cherchent à promouvoir le bien-vieillir au travers d'actions de prévention et d'information. Le Plan National Bien Vieillir (2007-2009) affiche quatre objectifs, avec comme ligne directrice le concept du « bien vieillir » comme un concept bio-psycho-social. En effet, « vieillir en santé » ne signifie plus uniquement l'absence d'incapacités physiques ou de maladies mais englobe une vision globale de la santé, en incluant les notions de bien-être physique, mental et social. Agir sur l'environnement individuel et collectif apparaît comme l'objectif prioritaire pour optimiser la qualité de vie de la personne âgée (logement, aides techniques, aménagement de la cité...). Le plan national d'Action de prévention de la perte d'autonomie (2015) met également l'accent sur les questions du bien-vieillir, de la perte d'autonomie et du repérage des fragilités. Ce plan de prévention propose de travailler en amont de l'apparition de l'incapacité, mettant en avant le caractère réversible du concept de « fragilité » (contrairement à la dépendance qui ne peut être réversible). Perçue comme un état de pré-dépendance, la fragilité se définit comme « *une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress* » (Société Française de Gériatrie et de Gériatologie clinique, 2011).

Schéma n°1 : 3 catégories de personnes âgées



Ainsi, la littérature médicale rend compte de 3 catégories de personnes âgées, en fonction de leur niveau de fragilité (robustes, fragiles et dépendantes).

Cet état physiologique s'accompagne généralement de vulnérabilités plus larges, altérant la vie en société et le psychique des individus. Le rapport Libault (2019) propose alors une nouvelle stratégie basée sur une offre locale d'accompagnement et de soin des personnes âgées. Ces actions de prévention apparaissent comme indispensables pour prévenir l'apparition des maladies et l'apparition de la dépendance favorisées par l'avancée en âge. En effet, il semble nécessaire d'appréhender les personnes vieillissantes en perte d'autonomie dans leur ensemble, en considérant l'environnement et les ressources disponibles. Au-delà des incapacités, des pathologies et douleurs, les personnes âgées composent, au quotidien, avec leurs capacités restantes et en fonction de leur envies et besoins, et, ainsi, doivent faire face à de multiples difficultés organisationnelles, matérielles, fonctionnelles... C'est ce processus de changement des habitudes de vie, au regard de leur vie d'avant, qui suscite parfois de nouveaux interlocuteurs dans la vie quotidienne (professionnels de soins, d'aide à domicile...), que nous devons accompagner tout en considérant la « *rupture biographique* » (Bury, 1982) qu'il engendre.

Ainsi, pourquoi repérer la fragilité ? Le repérage de la fragilité permet d'améliorer la prise en charge de la personne âgée, notamment à domicile. Le repérage permet également d'augmenter l'espérance de vie sans incapacité des personnes vieillissantes. Il permet de prévenir la perte d'autonomie et retarder les situations de dépendance. Cela optimise également les coûts de santé au travers du maintien à domicile. Le repérage de la fragilité permet également d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées. Enfin, il permet d'optimiser le parcours de soins et la coopération entre les professionnels de soins, de l'aide à domicile et du médico-social.

2. Des outils de repérage de la fragilité du sujet vieillissant à domicile pour prévenir la perte d'autonomie

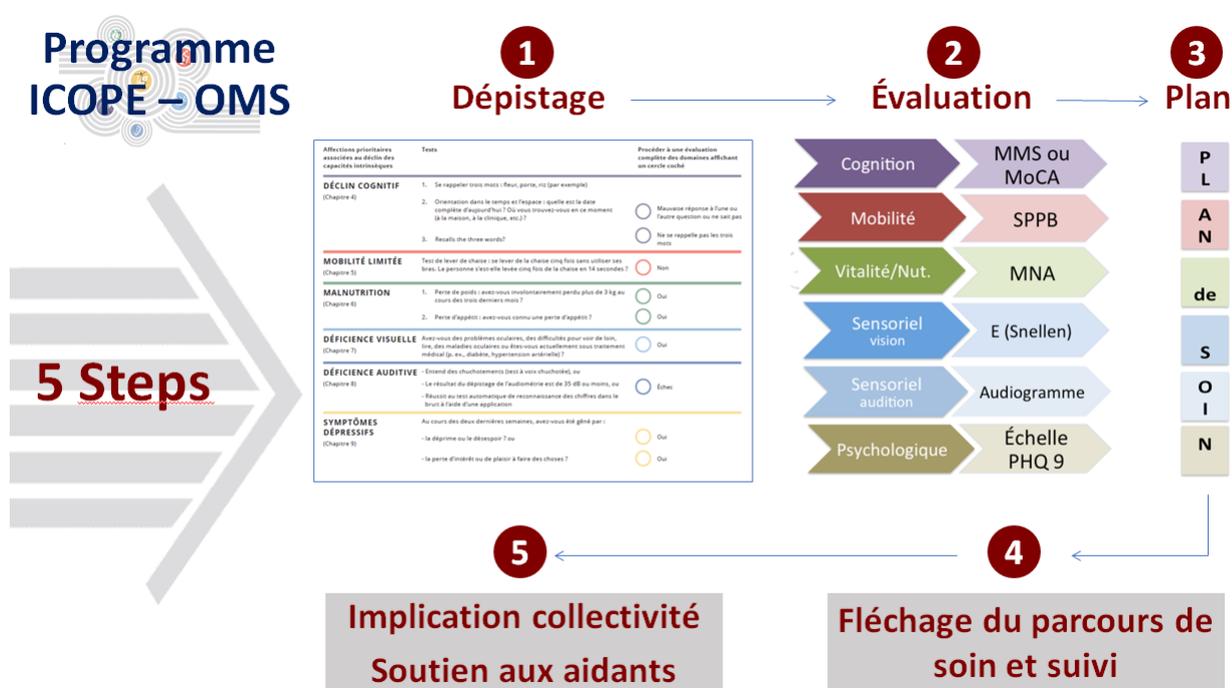
Les différents outils de repérage de la fragilité du sujet vieillissant proposent d'impliquer les acteurs (professionnels et/ou aidants) comme de véritables « sentinelles ». Mais qu'entendons-nous par « Sentinelle » ? La notion de sentinelle ne désigne pas seulement des « lanceurs d'alerte » capables de donner l'alerte, de faire remonter des signes de danger pour élaborer une vigilance généralisée (Chateauraynaud & Torny 1999). Elle désigne aussi un collectif (Keck, 2010). En ce sens, il s'agit de redéfinir le parcours du patient/bénéficiaire par l'intermédiaire d'autrui, repérer les risques de fragilisation et tendre, ainsi, vers l'autonomisation du patient. La notion de « sentinelle » permet également d'engager une réflexion autour de la place et du rôle des différents acteurs (dont le patient lui-même) dans les actions de prévention ou de gestion de la perte d'autonomie. Au-delà d'une fonction d'auxiliaire médical où le patient observe les bons comportements de santé impulsés par le corps médical, Pinell (1999) précise que rendre la personne elle-même « sentinelle » de son propre état de santé apparaît comme un 1^{er} degré d'autonomie. C'est ainsi dans un processus d'empowerment¹ que pourrait s'inscrire la figure idéale du patient « médecin de lui-même » ou « expert », largement référencée dans la littérature (Carricaburu et Ménoret, 2004 ; Noel-Hureauux, 2010 ; Vallée *et al.*, 2008). Sur un plan scientifique, la notion de « sentinelle » s'inscrit pleinement dans le parcours de gestion d'une ou plusieurs pathologies liées à l'avancée en âge. Elle a été largement mobilisée, par exemple, dans le cadre de la prise en charge des patients atteints de diabète de type 2. L'intérêt de cette démarche est d'impliquer au sens de Strauss (1992), l'ensemble des acteurs dans la « trajectoire », ici de vieillissement. Au-delà du contexte de vie, et du sens accordé aux pratiques de repérage, elle permet, en ce sens, de penser les différentes temporalités relatives au vieillissement et à l'évolution physiologique (les ruptures et continuités), le caractère subjectif en termes de vécu et d'histoire de vie, mais également l'ensemble des acteurs à suivre ce cours.

¹ L'empowerment est « un processus par lequel les personnes, les organisations et les communautés acquièrent la maîtrise de leurs vies » (Rappaport, 1987)

Le repérage des fragilités apparaît, dans ce contexte de gestion collective, comme un levier pour lutter contre la perte d'autonomie des sujets âgés et l'isolement des personnes âgées vulnérables. Plusieurs initiatives existent au niveau mondial et local. L'objectif est de construire un parcours allant du repérage des fragilités jusqu'à la mise en place d'un parcours individualisé et adapté à la situation de chaque individu.

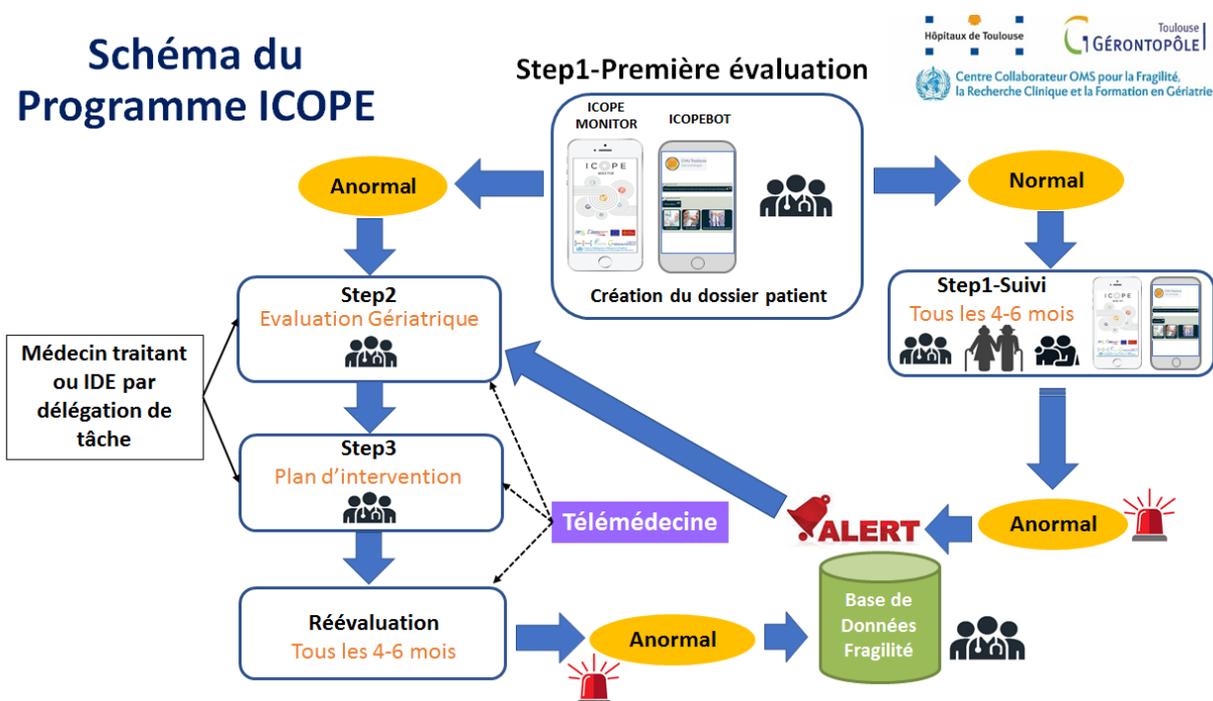
L'Organisation Mondiale de la Santé, associée au Gérontopôle de Toulouse a, dans ce sens, développé le programme ICOPE (Integrated Care for Older People), dont l'objectif est de réduire la prévalence de la dépendance chez les personnes âgées en proposant un dépistage, suivi d'une évaluation gériatrique et d'un plan d'action personnalisé à partir d'un outil numérique. Au travers de la mise en place d'un programme de prévention de la dépendance, il s'appuie principalement sur une surveillance des capacités fonctionnelles du sujet vieillissant.

Schéma n°2 : Les étapes de la démarche ICOPE



Sur la base d'un patient « sentinelle », le patient est amené, dans l'idéal, à s'autoévaluer et à s'inscrire dans une démarche de prévention. Ce type de repérage inclut l'ensemble des acteurs de proximité (professionnels de soins, hospitaliers et du domicile, secteur de l'aide à domicile, et du médico-social...). Il se décline en 5 étapes (dépistage, évaluation, plan fléchage du parcours de soins et suivi, implication collectivité avec soutien aux aidants) et inscrit la personne dans une démarche d'autocontrôle de l'évolution de son état de santé globale. Le programme ICOPE est actuellement en phase d'implémentation au niveau national.

Schéma n°3 : Les étapes de la démarche ICOPE

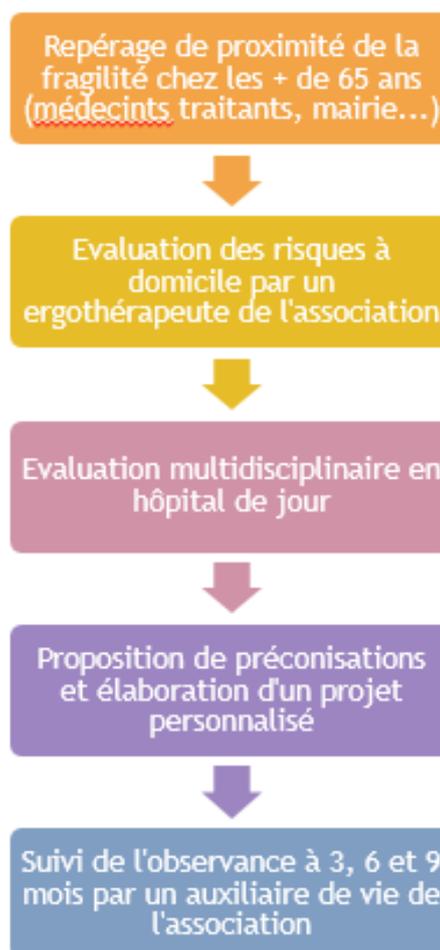


Sur le département de la Loire, l'hôpital de la Charité de Saint-Etienne est investi dans le repérage de la fragilité, au travers notamment d'une plateforme de la qualité de vie et du bien-vieillir, en relation avec les services municipaux de la ville, les professionnels de soins (Médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens...) mais aussi les acteurs du domicile. La population cible de la plateforme est les personnes âgées autonomes vivant à domicile. Cette plateforme propose un

parcours organisé et personnalisé de prévention en faveur de l'autonomie chez la personne âgée.

La personne âgée est conviée à une évaluation pluridisciplinaire (médecin, infirmier, diététicien, ergothérapeute) de la fragilité en hôpital de jour, précédée, quelques jours auparavant, par une évaluation du domicile par un ergothérapeute. Cette journée se conclut par une consultation au cours de laquelle un plan personnalisé de préconisations est proposé au patient. Ce plan s'appuie sur l'offre existante au niveau local (tissu associatif, plateformes d'évaluation sensorielles...) et les préconisations effectuées sont, de l'ordre, par exemple, de la mobilité, du traitement médical ou d'une assistance sociale. Un suivi à domicile (à 3 mois, 6 mois et 9 mois) est réalisé par des professionnels d'une association stéphanoise de maintien, d'aide, d'accompagnement et soins à domicile dans la Loire, comportant notamment des auxiliaires de vie sociale. Après plus d'un an de fonctionnement, la plateforme a permis de repérer plus de 300 sujets, confirmant ainsi le besoin et l'existence d'une file active sur le bassin stéphanois. La mission principale de cette plateforme est de repérer précocement des sujets âgés fragiles afin de les sensibiliser, les éduquer et les orienter au bon endroit, au bon moment pour maintenir le bien vieillir à domicile.

Schéma n°4 : Les étapes de la plateforme de la qualité de vie et du bien-vieillir



L'originalité de cette plateforme est qu'elle a la visée d'intervenir avant la dépendance du sujet âgé et qu'elle cherche à détecter et prévenir les facteurs de risque, pour retarder la perte d'autonomie.

Des structures de soins à domicile de la région Auvergne Rhône-Alpes sont également impliquées dans le repérage de la fragilité des sujets vieillissants à domicile. Le TASDA (Technopole Alpes Santé à Domicile et Autonomie), par exemple, est particulièrement investi dans ce processus. Mis en place dans le cadre du projet IsèreADOM, le suivi sentinelle proposé par le TASDA consiste en un outil de repérage de la fragilité avec des « indicateurs de vigilance » permettant de systématiser et de structurer le repérage des risques de fragilisation.

D'autres initiatives locales comme celle de la PPAVL (association d'aide et maintien à domicile lyonnaise), existent. Cette dernière a, en effet, développé un outil de repérage de la fragilité au travers des intervenants à domicile. En effet, cette structure a mis en place un outil de repérage de la fragilité au travers d'une grille à remplir par les intervenants à domicile. Il s'agit pour eux, au travers de cette grille installée sur leur smartphone professionnel, de faire un point régulier sur l'état de santé global du bénéficiaire. Il ne s'agit pas de repérer les situations à risques uniquement mais de faire un état des lieux global et régulier au sujet du bénéficiaire.

Ainsi, si notre évaluation porte sur un dispositif de repérage singulier, il s'inscrit pleinement dans une dynamique collective régionale et nationale.

3. L'expérimentation « Sentinelle » : repérage des risques de fragilisation du sujet âgé par les auxiliaires à domicile

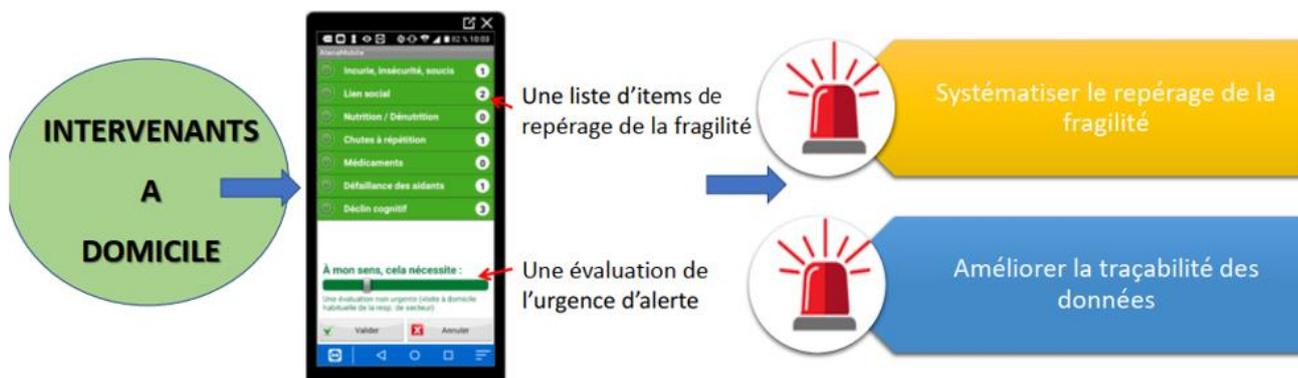
Dans ce contexte global, la CARSAT Rhône-Alpes, à travers un appel à projet, cherche à favoriser le déploiement de projets et de dispositifs innovants en lien avec les nouvelles technologies. En matière de repérage des risques de fragilisation, elle soutient l'UNA AURA



et son expérimentation de déploiement d'un outil de repérage des fragilités utilisé par les intervenants à domicile. Deux structures de la région, Maxi Aide Grand Lyon² et AIMV Saint-Etienne³, sont impliqués dans l'expérimentation. Depuis 2016, plaçant les intervenants à domicile comme acteurs du repérage de la fragilité, les structures ont développé conjointement un dispositif numérique permettant ce repérage via les smartphones professionnels.

Les objectifs initiaux de ce projet visent à engager une véritable politique de prévention des risques afin de favoriser le maintien à domicile des personnes vieillissantes. Plus spécifiquement, il permet de repérer les risques de fragilisation en s'appuyant sur les intervenants à domicile et en proposant un plan d'action suite au repérage (évaluation + mise en place des actions + suivi de l'action). Les intervenants à domicile sont ainsi considérés comme de véritables « sentinelles », permettant de donner l'alerte mais aussi de collecter et systématiser les repérages pour une traçabilité et un suivi.

Schéma n°5 : Description schématique du processus Sentinelle



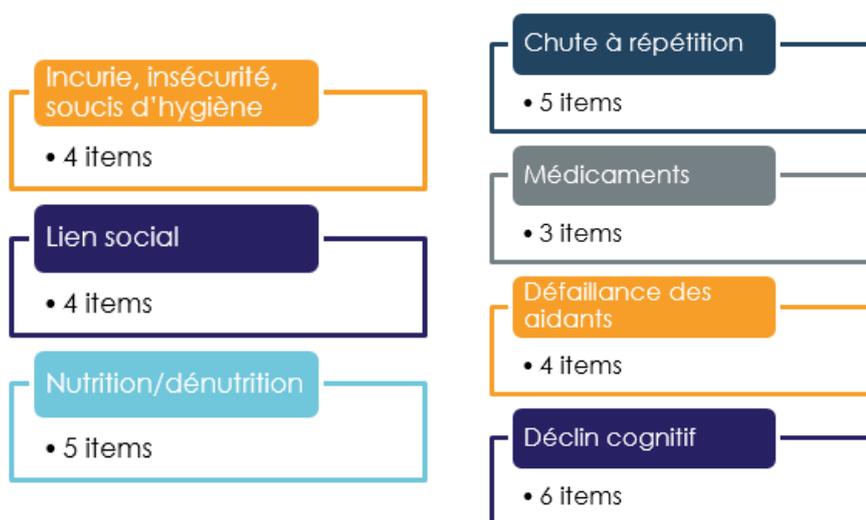
² Maxi Aide Grand Lyon est une association d'aide à domicile présente depuis 66 ans. Elle est l'une des structures les plus conséquentes dans la région de Lyon. Elle accueille 300 salariés et accompagne environ 1500 personnes chaque année.

³ AIMV Saint Etienne est une association d'aide à domicile présente depuis 65 ans. Elle est la structure la plus importante dans la Loire. Elle accueille 1100 salariés et accompagne 13000 personnes chaque année.

Cet outil offre aux professionnels du domicile un moyen concret pour repérer les risques de fragilisation des usagers, officialisant les actions de repérage des intervenants. En cela, l'outil apparaît aussi comme un levier à la professionnalisation et à la valorisation du métier d'intervenants à domicile. Concrètement, il s'agit d'une grille de repérage de la fragilité installée sur le smartphone professionnel de tous les intervenants à domicile des deux structures d'aide à domicile.

Cette grille prend en compte la santé et la fragilité dans leur globalité. Elle possède 7 thématiques : l'incurie, l'insécurité, l'hygiène ; le lien social ; la nutrition/dénutrition ; les chutes à répétitions ; les médicaments ; la défaillance des aidants et, enfin, le déclin cognitif.

Schéma n°6 : Liste des thématiques de la grille

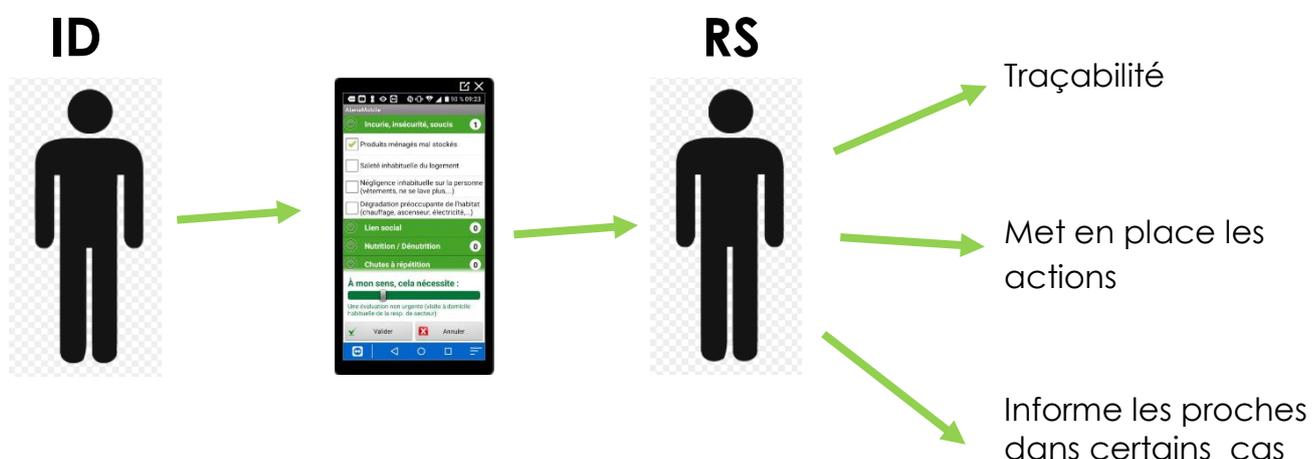


Dès lors qu'un intervenant à domicile (ID) repère un changement, un risque de fragilisation de l'état du bénéficiaire, le professionnel va cocher sur la grille l'item, ou les items, correspondant(s). Il s'agit de repérer un changement. Par exemple, si un bénéficiaire qui ne chutait jamais, chute désormais de manière récurrente, l'intervenant à domicile est invité à renseigner une grille de repérage de la fragilité.

Une fois la grille remplie, celle-ci est transmise au responsable secteur (RS) qui reçoit une alerte sur son logiciel. Le responsable secteur analyse ensuite la situation pour mettre en place la ou les action(s) à mettre en œuvre (renseignements auprès

de l'intervenant à domicile « sentinelle », étude approfondie de la situation...). A partir de ce diagnostic, le responsable secteur est en mesure de proposer des solutions adaptées à la situation en mobilisant le réseau d'acteurs compétents sur les territoires : associations, professionnels de soins, mise en relation avec une assistante sociale, contact des proches... L'objectif est de pallier la situation, répondre à l'alerte, engager la personne dans un parcours pour anticiper la perte d'autonomie du bénéficiaire.

Schéma n°7 : Parcours de l'information

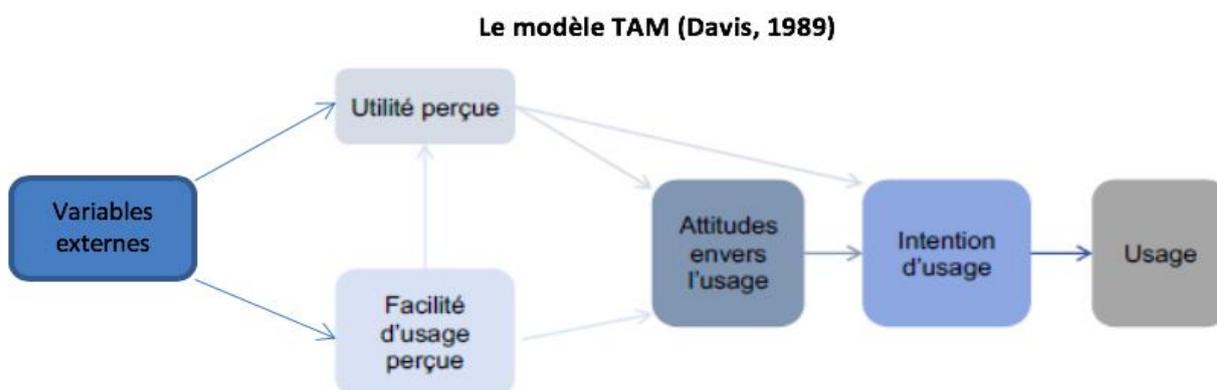


Dans le cadre de ce projet « Sentinelle – repérage des risques de fragilisation » mené par la CARSAT RA et l'UNA AURA, le GÉrontopôle Auvergne Rhône-Alpes a été sollicité afin de réaliser une évaluation globale du projet. Cette évaluation a pour objectif d'étudier l'atteinte des objectifs initiaux du projet et l'acceptabilité du dispositif. Il s'agit également de rendre compte des usages de ce dispositif par les professionnels de terrain (intervenant à domicile, responsables de secteur...). A partir des discours, des besoins et attentes formulées, des recommandations permettant d'améliorer le dispositif et envisager la pérennisation du projet pourront être formulées.

I. ETUDIER L'ACCEPTABILITE DU DISPOSITIF

Cette étude a été soumise au comité d'éthique « Terre d'éthique » du CHU de Saint-Etienne qui a rendu un avis favorable⁴. Une enquête qualitative par entretiens semi directifs a été réalisée afin de mettre en lumière les leviers d'actions possibles pour pérenniser le projet, en s'appuyant sur les théories d'acceptabilité. En effet, l'intégration adéquate d'un dispositif numérique innovant dans les pratiques professionnelles nécessite d'étudier les représentations des potentiels usagers. L'objectif est, ici, d'appréhender la manière dont les individus vont s'appropriier et utiliser cet outil (Laurencin, et al. 2009). A travers l'étude d'usage, nous reviendrons sur les dispositions, les prédispositions et les représentations qu'ont les individus de l'utilisation de cet outil de repérage. En d'autres termes, nous chercherons à identifier l'acceptabilité de l'outil et les éléments de résistance aux changements de comportements vis-à-vis de cet objet. Le modèle TAM (Technology Acceptance Model, Davis, 1989) fait partie des modèles communément utilisés pour les études d'acceptabilité. Il repose sur les théories d'action raisonnée (Fishbein et Ajzen, 1975) et du comportement planifié (Ajzen, 1991) qui visent à comprendre et prédire le comportement humain et l'intention d'usage. L'étude d'acceptabilité revient à l'examen de l'utilité de l'objet et à sa facilité d'utilisation. Si ces deux critères sont perçus positivement par l'individu, son attitude et son intention d'usage seront favorables à l'utilisation de l'outil.

Schéma n°8 : Le modèle TAM de Davis, 1989



⁴ Voir annexe 1

II. L'ENQUÊTE QUALITATIVE

1. Une méthodologie inductive par entretiens semi-directifs

Cette évaluation s'appuie sur une méthodologie scientifique dite « qualitative » par entretiens (Blanchet, A. & Gotman, A. 2007). Différents entretiens semi-directifs ont été réalisés⁵ auprès des acteurs du projet : les porteurs du projet, les responsables secteurs et intervenants à domicile des deux structures. Des entretiens complémentaires auprès de personnes référentes au projet ont également été réalisés, en complément de l'enquête de terrain. Un entretien a été réalisé auprès d'un médecin gériatre impliqué initialement dans le travail de conception de la grille de repérage. De plus, les responsables de deux autres structures ont témoigné des enjeux du déploiement de dispositifs similaires au sein de leurs structures.

Les entretiens auprès des responsables secteurs et intervenants à domicile ont permis de saisir les représentations, les usages et l'acceptabilité de ce dispositif de repérage des risques de fragilisation et, ainsi, d'identifier les freins et les leviers à son utilisation.

La méthodologie employée est dite « inductive » par allers-retours entre la théorie et le terrain et ce, jusqu'à saturation des données. Cette méthode permet de se situer au plus près des enjeux du terrain, en ajustant les outils méthodologiques au fur et à mesure de la passation des entretiens. La taille de l'échantillon a été déterminée suivant le principe de la saturation théorique (Thiétart, 2003). Cette dernière est atteinte lorsque le chercheur n'est pas en mesure de trouver des informations supplémentaires pour améliorer la théorie : « *La saturation empirique désigne alors le phénomène par lequel le chercheur juge que les derniers documents, entrevues ou observations n'apportent plus d'informations suffisamment nouvelles ou différentes pour justifier une augmentation du matériel empirique* » (Pirès 1997). De plus, Griffin et Hauser ont démontré, en 1993, que le

⁵ Les entretiens ont eu lieu en présentiel ou par téléphone sous forme de discussion orientée.

nombre d'informations additionnelles diminuait avec le nombre de personnes interrogées selon une loi bêta-binomiale. Une analyse parallèle a donc été réalisée entre chaque entretien afin de déterminer le moment où un nouvel entretien n'apportait plus d'informations supplémentaires.

2. Des entretiens réalisés auprès de l'ensemble des acteurs de terrain

2.1 Les « responsables secteur » : au centre du dispositif de repérage ?

Les entretiens auprès des responsables secteur abordent les thématiques suivantes : expériences et représentations générales du métier de responsable secteur (RS) ; leur implication initiale et actuelle dans le projet ; les représentations et avis liés au dispositif, l'utilité et la facilité d'usage perçue (concernant la grille de repérage et sur le processus numérique de validation des grilles) ; les relations avec les équipes ; les expériences et retours faits par les intervenants à domicile quant à l'usage du dispositif ; les modifications souhaitées quant à la grille et au processus⁶.

Au total, 8 entretiens auprès de 8 responsables secteur ont été réalisés : 4 responsables secteur de chaque structure ont été interrogés.

Il est à noter que les responsables secteur interrogés sont majoritairement salariés depuis longtemps dans la structure, avec une ancienneté moyenne de 18 ans (6 à 39 ans). D'une durée moyenne de 36 minutes, les entretiens ont été réalisés pendant le temps de travail des responsables secteurs qui ont parfois été interrompus par des sollicitations professionnelles.

N°	Pseudo	Durée
1	Bernadette	43 mn
2	Nadège	50 mn
3	Flavie	31 mn
4	Emeline	35 mn
5	Aurélie	30 mn
6	Mélanie	40 mn
7	Caroline	30 mn
8	Christelle	30 mn

⁶ Voir annexe 2. Cf. guide d'entretiens

2.2 Les intervenants à domicile : le rôle de « sentinelle » ?

Le guide d'entretien à destination des intervenants à domicile est structuré autour de différentes thématiques⁷. Les intervenants à domicile sont d'abord invités à discuter de leur métier (expérience, attrait lié à l'accompagnement du sujet vieillissant, tâches quotidiennes, points positifs et négatifs du métier...). La grille de repérage de la fragilité est ensuite abordée (usage, avis, utilité, facilité d'usage, enjeux liés à l'utilisation d'un outil numérique...). Les explications et formations quant à ce dispositif sont alors évoquées (satisfaction, manque éventuel...). Le guide d'entretien propose ensuite de saisir les liens entre les responsables secteurs et les intervenants à domicile à propos de ce dispositif (modalités des échanges, avis et satisfaction liés à ces échanges et aux actions proposées suite au repérage...). Enfin, les intervenants à domicile sont invités à exprimer leurs besoins, attentes et préconisations quant au processus de repérage de la fragilité.

16 entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès des intervenants à domicile (8 dans chaque structure). Les intervenants à domicile interrogés⁸ ont tous une ancienneté d'au moins 3 ans (12 ans en moyenne) et ne rendent donc pas compte du turn-over souvent identifié dans cette profession. Contrairement aux responsables secteur, les entretiens auprès des intervenants à domicile ont été réalisés en dehors de leur temps de travail. En effet, il n'était pas possible de réaliser les entretiens lorsque les professionnels étaient au domicile des usagers, et les temps de trajets entre les lieux ne garantissaient pas les conditions

N°	Pseudo	Ancienneté	Durée
1	Linda	8	20mn
2	Jeanne	10	25mn
3	Lucie	3	35mn
4	Hélène	28	40mn
5	Valérie	4	40mn
6	Maria	26	30mn
7	Lydia	12	35mn
8	Catherine	10	30mn
9	Louise	15	30mn
10	Thérèse	14	30mn
11	Nathalie	7	40mn
12	Véronique	14	35mn
13	Isabelle	9	35mn
14	Inès	18	40mn
15	Marie	13	28mn
16	Laure	6	35mn

⁷ Voir annexe 2. Cf. guide d'entretiens

⁸ Tous ces entretiens ont été réalisés auprès de femmes.

adéquates pour la passation de l'entretien. De ce fait, ils sont d'une durée légèrement inférieure à ceux des responsables secteur (33 minutes en moyenne).

Suite à la retranscription des entretiens, nous avons mené une analyse de contenu. L'analyse thématique et comparative des contenus croisés utilisera la méthodologie proposée par Miles et Huberman (2003). L'échantillon et le processus d'échantillonnage ont été établis conformément aux positions épistémologiques, théoriques et méthodologiques de la recherche.

III. USAGE, REPRÉSENTATIONS ET ACCEPTABILITÉ DU DISPOSITIF

1. Une diminution progressive du nombre de grilles remplies : un constat

D'un point de vue quantitatif, nous constatons une diminution dans le temps du nombre de grilles remplies par les intervenants à domicile. En effet, en juin 2019, suite au lancement du dispositif, 197 grilles ont été remplies par les deux structures. Un an plus tard, en juin 2020, 16 grilles ont été remplies. Au-delà de ces données quantitatives recueillies, les responsables secteurs s'accordent à dire qu'il y a une diminution du nombre de grilles remplies.

« C'est vrai que des grilles, on en reçoit de moins en moins » (Emeline, RS, 14 ans d'expérience).

Notons l'impact défavorable de la crise COVID-19 dès mars 2020 sur le déploiement de l'outil, malgré une attention particulière portée au repérage des fragilités par les structures en cette période complexe. Néanmoins, les 197 grilles saisies dès le lancement du projet rendent compte d'une première forme d'acceptabilité de l'outil, avec un intérêt perçu de l'outil par les intervenants à domicile. Si nous pouvons associer l'été (juillet et août 2019) à une baisse du nombre de grilles saisies du fait du turnover lié à la période, nous ne constatons aucune reprise du nombre de grille saisies en septembre, puis un essoufflement progressif. Quelles sont les raisons de cet essoufflement ? Nous émettons l'hypothèse que la crise de la COVID a perturbé l'organisation du travail des intervenants à domicile, mais pouvons-nous mettre en

Juin 2019	197
Juillet 2019	41
Aout 2019	28
Septembre 2019	30
Octobre 2019	27
Novembre 2019	16
Décembre 2019	15
Janvier 2020	16
Février 2020	57
Mars 2020	14
Avril 2020	8
Mai 2020	18
Juin 2020	16
Juillet 2020	3

lumière d'autres freins à l'utilisation de cette grille ? Les discours des personnes interrogées rendent compte de freins et leviers à l'utilisation de l'outil numérique, avec notamment une préférence globale pour la transmission de l'information par oral. C'est, en effet, un des constats récurrents des responsables de secteur :

*« Elles ont plus de facilité à faire remonter l'information oralement que par la grille »
(Nadège, RS, 18 ans d'expérience).*

La communication orale entre responsable secteur et intervenant à domicile apparaît dès lors comme un élément essentiel à considérer dans la transmission d'information relevant de changement dans le quotidien des personnes âgées.

2. Facilité perçue et utilité perçue de l'outil

Le modèle TAM (Davis, 1989) nous invite à étudier la facilité perçue et l'utilité perçue du dispositif selon les usagers. Davis (1989) identifie ces deux concepts comme des conditions nécessaires à l'acceptabilité, l'intention d'usage et donc l'usage d'un nouveau dispositif.

Les discours révèlent une forte utilité perçue de l'outil et du processus informatisé de repérage pour les intervenants à domicile, comme pour les responsables secteur. L'outil est perçu comme pertinent et en adéquation avec leurs pratiques professionnelles. La traçabilité permise par l'outil est jugée également essentielle, selon les professionnels interrogés.

« L'outil oui, il est vraiment utile ! Pour nous et pour les bénéficiaires » (Linda, ID, 8 ans d'expérience)

*« Il permet de ne pas passer à côté d'une information, d'un risque important »
(Véronique, ID, 14 ans d'expérience) »*

« La traçabilité, c'est important » (Louise, ID, 15 ans d'expérience)

Les intervenants à domicile interrogés rendent compte d'un usage facile de l'outil. En effet, aucune difficulté d'utilisation n'est soulignée. L'outil et la liste d'items

proposés sont perçus comme très faciles d'utilisation et non-chronophages. Le remplissage de la grille est rapide et ne pose pas de problème en soi.

« Vraiment, je vous assure, je n'ai aucune difficulté à utiliser la grille » (Lydia, ID, 12 ans d'expérience)

« C'est très rapide à utiliser, ça prend 5 minutes à remplir » (Marie, ID, 13 ans d'expérience)

Les discours des intervenantes à domicile précisent que la grille est bien construite. Elle paraît exhaustive et regroupe toutes les thématiques jugées importantes par les enquêtées. Selon les discours, il n'y a pas de modifications conséquentes à apporter à la grille.

Les intervenants à domicile expliquent n'avoir aucune difficulté à remplir la grille. Tout d'abord, l'outil numérique intégré au smartphone professionnel est apprécié et facilement utilisable, selon les intervenants à domicile. Pour rappel, la grille n'est pas difficile et prend très peu de temps à remplir.

« Ah non, la grille est très facile à utiliser, je vous assure » (Inès, ID, 18 ans d'expérience).

« Je n'ai aucune difficulté à m'en servir » (Lucie, ID, 3 ans d'expérience).

Si les responsables secteurs pensent a priori que certains termes peuvent être difficiles à comprendre pour les intervenants à domicile, les intervenantes à domicile, au contraire, n'éprouvent aucune difficulté :

« Je pense qu'il y a certains mots que les filles ne connaissent pas » (Caroline, RS, 17 ans d'expérience).

« Tous les termes sont bien compréhensibles, il n'y rien de compliqué » (Linda, ID, 8 ans d'expérience)

L'utilité et la pertinence de l'outil sont relevées par l'ensemble des acteurs : intervenants à domicile et responsables secteur, ce qui confirme l'acceptabilité du dispositif et du processus de repérage.

« Ah oui ! Je pense que cet outil est très utile pour notre travail » (Marie, ID, 13 ans d'expérience).

« Tout ce genre de dispositif peut nous être utile de toutes façon » (Laure, ID, 6 ans d'expérience).

Les discours rendent également compte de la possibilité, via l'outil numérique, d'alléger la charge mentale des intervenants à domicile en ayant la possibilité de signaler immédiatement la situation à risque, sans craindre de l'oublier par la suite. Le fait de pouvoir transmettre rapidement un état de vulnérabilité qui pourrait avoir des conséquences sur la personne et sur le maintien de sa qualité de vie décharge la personne d'une forme de responsabilité. Au final, même si la responsable secteur n'est pas joignable, l'information est transmise et le parcours de repérage est engagé.

« Je vous dirai même qu'elle me soulage, parce que sinon j'ai le temps d'oublier ce qu'il s'est passé en attendant de joindre mon responsable » (Jeanne, ID, 10 ans d'expérience)

3. Les freins à l'utilisation de l'outil numérique

Les discours rendent compte d'un repérage de la fragilité effectif dans les pratiques courantes de l'intervenante à domicile. Si elles n'étaient pas formulées jusqu'à présent comme telles, les pratiques font état de repérage de fragilités par d'autres moyens de communication que l'outil numérique expérimenté (téléphone, sms, mail). Le repérage est donc effectif mais très peu via la grille dédiée. Quels sont les freins à l'utilisation de l'outil numérique ?

3.1 Un défaut exprimé de formation et de sensibilisation à l'outil

Les discours des intervenants à domicile révèlent une forte attente de nouvelles formations et de sensibilisation au sujet du dispositif.

« Il faudrait qu'on nous réexplique un petit peu comment elle fonctionne » (Nathalie, ID, 7 ans d'ancienneté).

« C'est vrai que j'ai un petit peu oublié comme y accéder » (Louise, ID, 15 ans d'expérience).

Les intervenantes à domicile estiment que cette formation et sensibilisation seraient à réaliser par les responsables secteur.

« Je pense que c'est à notre responsable aussi de nous en parler ! » (Laure, ID, 6 ans d'ancienneté).

Les responsables secteur s'accordent à ce propos et explicitent le manque de formation, d'information et de sensibilisation au projet. Ils expliquent que cela fait partie de leur rôle mais qu'ils attendent néanmoins que le projet redémarre suite à la crise COVID-19.

« Il faut être dans la communication et leur redire les choses, mais le COVID a coupé un petit peu ces explications, les réunions qui étaient prévues » (Nadège, RS, 18 ans d'expérience).

« J'ai bien conscience que je dois en reparler aux équipes » (Aurélie, RS, 6 ans d'expérience).

En ce sens, l'épidémie de COVID-19 et les nombreuses tâches annexes relatives à la réorganisation des services d'aide à domicile pendant cette période (confinement...) semblent avoir eu raison des relances du projet « sentinelle » sur le terrain, et ce même si le repérage des fragilités, et notamment de l'isolement, est effectif et central dans l'activité des structures. Les responsables secteur semblent, à ce titre, dans l'attente d'une relance de la part de leurs directions respectives.

« Il faudrait que le projet redémarre, qu'on nous en reparle aussi » (Flavie, RS, 17 ans d'expérience)

3.2 De nouvelles pratiques professionnelles...

Les responsables secteurs expliquent qu'il s'agit d'un changement dans les habitudes de travail qui se doit d'être instauré dans le temps et les habitudes. Les discours révèlent que le réflexe d'utilisation de la grille reste à adopter.

« Le premier frein, c'est le changement de pratique professionnelle et il faut qu'elles s'y habituent » (Nadège, RS, 18 ans d'expérience).

« De toute façon dès qu'on modifie les habitudes de travail il faut un temps d'adaptation » (Bernadette, RS, 39 ans d'expérience).

De plus, ce dispositif vient redéfinir les voies de communication de l'information. Or, la littérature scientifique précise que ces dispositifs *« auraient de plus grandes difficultés à être pleinement utilisés par les salariés »* (Bobillier-Chaumon, 2009).

3.3...ne redéfinissant pas le rapport à leur métier

La grille de repérage de la fragilité n'a pas modifié la vision que les intervenants à domicile ont de leur travail. Il s'agit de formaliser ce qu'elles disent pratiquer depuis longtemps et qui fait partie de l'essence de leurs activités.

« Je ne pense pas que la grille modifie mon métier, ma pratique, par contre, c'est différent » (Valérie, ID, 4 ans d'expérience).

« On pose par écrit et plus simplement à l'oral, mais c'est la même chose » (Maria, ID, 26 ans d'expérience).

Les personnes interrogées précisent que l'outil n'a pas d'impact sur leurs pratiques professionnelles. Autrement dit, elles ne considèrent pas que cela ait changé leurs habitudes de travail. Elles rappellent leur rôle ancré de « sentinelle » et donc leur action initiale dans le repérage de la fragilité par échange direct avec le responsable secteur. En ce sens, le processus de repérage formalisé par cet outil ne participe pas à une revalorisation de leur métier.

« En aucun cas, je me sens valorisée grâce à cette grille, ce n'est pas de ça dont j'avais vraiment besoin. » (Louise, ID, 15 ans d'expérience).

« Mais, en fait c'est quelque chose que nous faisons déjà, sans la grille, repérer la fragilité et alerter » (Thérèse, ID, 14 ans d'expérience).

Les intervenants à domicile interrogés insistent, dans les discours, sur la formalisation d'un rôle déjà intrinsèquement endossé et le fait que ce nouvel outil de travail ne redéfinisse pas leurs pratiques. D'ailleurs, ce rôle de repérage de la fragilité est très apprécié par les intervenants à domicile, qui se considèrent comme véritablement inclus et impliqués dans un processus de prévention. Globalement, les intervenants à domicile revendiquent ce rôle, ce contact de proximité et considèrent qu'il fait entièrement partie de leurs missions.

« De la prévention, on en fait au quotidien en fait ! Même au travers du ménage, c'est important aussi, une maison propre, pour la santé de la personne » (Jeanne, ID, 10 ans d'expérience).

« De toute façon, prévenir les risques, c'est notre rôle, on est vraiment les mieux placées pour ça, c'est important ! » (Isabelle, ID, 9 ans d'expérience).

3.4 Une attente forte de valorisation du métier d'intervenant à domicile

Les discours des intervenants à domicile révèlent une forte attente quant à l'amélioration de leurs conditions de travail. Selon eux, les avantages de leur activité professionnelle sont plutôt d'ordre relationnel. Par exemple, la relation d'aide, la satisfaction personnelle quant à l'aide apportée, le plaisir et le besoin de prendre soin de personnes fragilisées par l'âge apparaît comme des leviers à l'engagement dans ce type de carrière professionnelle. A contrario, les personnes interrogées font part de difficultés, relatives à la profession, qui ne facilitent pas la mise en place de ce type de démarche de repérage des fragilités. Les nombreux déplacements et les amplitudes horaires, la fatigue associée ne facilitent pas le partage d'information concernant les fragilités observées. Les intervenants à domicile expriment les efforts fournis par les responsables secteurs pour réduire ces déplacements. Néanmoins, l'action de repérage reste en dehors des temps de

travail et déplacements et implique que l'intervenant à domicile prenne sur son temps personnel pour partager l'information.

« Le métier d'aide à domicile, il n'est pas facile, déjà on traite avec l'humain ce n'est pas toujours évident, et nous on perd aussi beaucoup de temps dans les trajets (...) à cela se rajoute de nouvelles contraintes en plus comme celui de signaler un problème » (Maria, ID, 26 ans d'expérience).

Initialement, le projet était pensé comme pouvant valoriser le métier des intervenants à domicile. En terme de valorisation du métier, que nous pouvons attribuer au fait de jouer un rôle central de repérage des fragilités, les discours font état d'un détachement vis-à-vis de cette reconnaissance. Ainsi, la première attente relevée est celle du salaire.

« On ne peut pas dire que l'on soit bien payé, par rapport à ce que nous faisons. On peut dire que c'est quand même précaire » (Lydia, ID, 12 ans d'expérience).

« Je vais vous dire, la valorisation, ça passe d'abord par le salaire ! » (Catherine, ID, 10 ans d'expérience).

Si les intervenants à domicile expliquent ressentir de la satisfaction et de la valorisation personnelle dès lors qu'un bénéficiaire voit son état de santé s'améliorer, au regard des actions qui ont pu être mises en place par son repérage, elles ne se sentent pas valorisées en tant que telles. Les discours des intervenants à domicile révèlent l'importance du processus de repérage de la fragilité, allant du repérage jusqu'à la mise en place d'actions. Les feedback sur l'évolution de la situation de la personne signalée comme « défaillante » apparaissent comme un élément motivationnel et pourraient faciliter l'adhésion des intervenants à domicile aux actions de repérage.

« Ce qui me valorise le plus, c'est de voir que mon repérage a eu un impact bénéfique pour mon bénéficiaire » (Laure, ID, 6 ans d'expérience)

« Quand je vois que des choses se mettent en place, je suis fière d'y avoir contribué au travers de mon repérage » (Hélène, 28 ans)

3.5 Une grille de repérage de la fragilité satisfaisante mais un degré d'expression trop restreint...

D'un point de vue pratique, les intervenants à domicile regrettent de n'avoir que des cases à cocher et souhaiteraient pouvoir laisser un commentaire sous chaque grille afin d'explicitier la situation. Certaines expliquent ne pas remplir de grille par le fait qu'il manque cette case « commentaire », ce qui ne permet pas d'explicitier davantage la situation. Ceci constitue le seul point d'amélioration évoqué par les usagers sur la grille. Cette limitation freine parfois les professionnels dans la réalisation d'une grille, communiquant ainsi l'information par oral, principalement à leur responsable secteur.

« Nous ne pouvons pas détailler la situation, donc je préfère appeler directement mon responsable » (Nathalie, ID, 7 ans d'expérience).

« On ne peut pas écrire ce que l'on veut sur la grille et c'est dommage, parce que des fois la situation n'est pas facile à expliquer avec les items » (Thérèse, AD, 14 ans d'expérience)

« Quand je ne trouve pas l'item qui correspond j'appelle mon responsable secteur » (Isabelle, AD, 9 ans d'expérience)

3.6 ...alors que ce désir d'expression est très ancré

Les discours des responsables secteur nous indiquent un réel besoin pour les intervenants à domicile de maintenir une communication orale. Seul ce contact humain direct formel apparaît comme le moyen de se rassurer.

« Elles ont besoin d'avoir un contact tout de suite, de se vider, se déverser, alors que le côté application manque un peu d'humanité » (Mélanie, RS, 25 ans d'expérience).

« Le côté application peut perdre un peu en humanité » (Flavie, RS, 17 ans d'expérience).

L'interface numérique crée de la distance et pourrait mettre une « barrière » entre le responsable secteur et l'intervenant à domicile. Il y a clairement une

préférence pour les intervenants à domicile de communiquer directement, au minima par téléphone, pour un échange direct sur la situation. Le fait de transmettre le risque de fragilisation directement par téléphone leur permet d'être rassurés et d'avoir une réponse presque immédiate. La transmission par l'application numérique n'est pas formalisée et un doute sur la prise en considération de la demande est implicite.

« J'ai plus de facilité à prendre mon téléphone pour appeler mon responsable plutôt que d'utiliser la grille » (Louise, ID, 15 ans d'expérience).

« J'ai besoin d'avoir mon responsable au téléphone, ça me rassure, j'ai la réponse tout de suite » (Linda, ID, 8 ans d'expérience).

En ce sens, les intervenantes à domicile sont confrontées à un changement de paradigme dans les relations avec la hiérarchie. Certaines perçoivent ainsi le dispositif comme pouvant ébranler la relation responsable – intervenant à domicile, et pouvant les isoler, les éloigner de la dynamique d'équipe. Elles s'inquiètent d'une diminution possible des contacts directs avec leur responsable secteur.

« Si on ne passe que par la grille, ça veut dire que l'on n'échangera plus avec notre responsable ? Je ne veux pas que ça nous isole ! » (Inès, ID, 18 ans d'expérience).

Dans les faits, on remarque que lorsqu'une alerte est donnée, la responsable secteur appelle presque systématiquement l'intervenante à domicile pour identifier plus précisément la situation. En cela, la crainte est levée.

3.7 Impact de la formalisation du repérage par la grille sur la relation intervenant à domicile – bénéficiaire – aidant

Les discours des intervenants à domicile révèlent une crainte liée à la formalisation du repérage, et ce même si la traçabilité est perçue comme nécessaire pour le parcours usager.

« La traçabilité, oui bien sûr, c'est nécessaire » (Catherine, ID, 10 ans d'expérience).

Pourtant, le fait de réaliser le signalement au travers de la grille est parfois appréhendé comme une « trahison » par les intervenantes à domicile. Inscrits dans une relation de confiance et de proximité avec le bénéficiaire, les intervenants à domicile endossent parfois le rôle de confidents de la personne âgée et peinent alors à endosser la responsabilité d'un signalement, qui peut parfois mener à une institutionnalisation.

*« Je pense qu'elles le prennent comme une trahison de répéter ce qu'il se passe »
(Bernadette, RS, 39 ans d'expérience).*

« Elles se sentent confidentes de leur bénéficiaires et c'est dur pour elle quand cela mène à un placement » (Caroline, RS, 17 ans d'expérience).

Les intervenants à domicile sont alors en difficulté face à ce besoin de donner l'alerte, de signaler une défaillance, sans pour autant prévenir la personne concernée. Certaines évoquent la peur de représailles de la part du bénéficiaire, ou de ses proches. Les responsables secteurs pensent, d'ailleurs, que leur rôle est de rassurer les intervenants à domicile à ce sujet.

« Il faut les rassurer, les déculpabiliser, en leur disant que ce n'est pas du flicage, il faut qu'elles le prennent comme quelque chose de positif » (Bernadette, RS, 39 ans d'expérience).

3.8 Un souhait de généralisation du dispositif bien présent

Bien qu'il ne fasse pas encore partie des pratiques courantes, les professionnels, responsables secteurs et intervenants à domicile souhaitent que ce dispositif perdure. Il est, d'une part, perçu comme pouvant améliorer la prise en charge du bénéficiaire, et de ce fait, jugé pertinent et utile.

*« De toute façon, tous les outils sont bons à prendre s'ils sont bons pour le bénéficiaire ! »
(Thérèse, ID, 14 ans d'expérience).*

Au sein des deux structures, les attentes quant au projet vont dans le sens d'une généralisation de celui-ci.

« Ah ben, moi j'espère qu'il va se généraliser oui ! » (Hélène, ID, 28 ans d'expérience).

Les discours révèlent également un intérêt pour les autres structures d'aide à domicile, qui pourraient juger ce dispositif de repérage de fragilité comme complémentaire à leur pratique actuelle.

« Je pense que toutes les structures comme la nôtre peuvent être intéressées par ce dispositif, il est utile pour nous, alors sûrement pour eux aussi » (Emeline, RS, 14 ans d'expérience).

IV. PRÉCONISATIONS

Les préconisations formulées ici tiennent compte des discours des personnes interrogées (responsables secteur et intervenants à domicile), de l'usage du dispositif incluant le repérage et le suivi, et des freins et leviers à l'acceptabilité identifiés.

1. Formation, sensibilisation et communication

Les discours sont unanimes : l'outil est accepté et dans l'attente d'une nouvelle phase de déploiement par l'ensemble des professionnels. La formation reste centrale pour sensibiliser les acteurs à l'outil, au processus de repérage et ainsi, définir un plan de communication conforme aux attentes et exigences de chacun. Le manque d'information apparaît comme l'un des freins principaux à l'utilisation du dispositif. Il semble donc nécessaire de proposer une nouvelle phase de formation et de sensibilisation du dispositif aux équipes.

La grille, perçue comme facile d'utilisation, ne nécessite pas de modifications importantes. Néanmoins, proposer aux intervenants à domicile la possibilité de s'exprimer sur la situation relevée serait appréciée. Cela peut prendre la forme d'un encart libre de commentaires suite au remplissage de la grille.

Les intervenants à domicile, très attachés à la communication orale directe, doivent pouvoir avoir la possibilité de rendre compte de leur activité de repérage et des difficultés qu'elles peuvent rencontrer. Si ceci est difficilement envisageable par tous à chaque repérage, un temps de concertation pour celles qui en expriment le besoin pourrait être envisagé. Des temps d'échange mixtes et non mixtes (responsables secteur – intervenants à domicile et intervenants à domicile – intervenants à domicile) organisés régulièrement pourraient répondre à une sollicitation de ces professionnels. Cela pourrait prendre la forme d'études de cas, ou encore d'exemple de repérage de la fragilité. L'objectif est de familiariser les

équipes au projet, de rendre compte de son utilité auprès de personnes non utilisatrices, de déculpabiliser le repérage en tant que tel ou encore de rassurer les équipes quant au maintien du lien entre les professionnels.

Les responsables secteurs, conscients de leur rôle de sensibilisation au dispositif, doivent être en mesure de demander la formalisation du repérage par une grille, dès lors qu'un signalement n'est pas effectué au travers de celle-ci. Bien que certains responsables secteurs pensent à solliciter la réalisation d'une grille, cela n'est pas communément le cas. Il devrait plutôt s'agir d'un réflexe à adopter par les responsables secteurs afin de systématiser le passage par la grille par l'intervenant à domicile.

2. Des bénéficiaires « sentinelles » ?

Le sentiment de « trahison » que peuvent ressentir certains intervenants à domicile apparaît également comme un frein à l'utilisation de l'outil de repérage des fragilités. En effet, le côté « dénonciateur » d'une situation de vulnérabilité peut être vécu comme une intrusion chez les usagers. L'implication du bénéficiaire et de ces proches aidants dans ce processus de repérage de la fragilité apparaît comme une solution permettant à tous de jouer un rôle dans le repérage. Les intervenants à domicile précisent qu'il est très compliqué d'utiliser leur smartphone professionnel sur leur lieu de travail. Les bénéficiaires, ne le considérant pas comme un outil de travail à part entière, s'y opposent. Même si le remplissage est rapide, la réalisation d'une grille serait facilitée si elle pouvait être faite sur le lieu de vie du bénéficiaire. Nous pouvons imaginer, potentiellement, qu'elle pourrait même être faite avec lui-même. Le cas échéant, informer tous les bénéficiaires et leurs proches de la présence de cet outil, et du processus de repérage de la fragilité, permettrait de rendre visibles et transparentes les missions de l'intervenant à domicile. Cela pourrait être formalisé dans le contrat de prise en charge à chaque nouvelle entrée. Les bénéficiaires et aidants naturels peuvent être invités à prendre part au processus. L'intérêt est aussi de sensibiliser les bénéficiaires sur leurs fragilités

naissantes en les impliquant dans le processus. Ainsi, en tant que « sentinelle » de leur propre état de santé, cet outil les inciterait à se questionner sur leur santé globale, sur son évolution, sur les changements et les facteurs de risque de fragilisation.

Au final, le repérage de la fragilité rend compte d'un bon maillage entre tous les acteurs : structures / responsables secteur / intervenants à domicile / bénéficiaires / familles. A ce titre, partager l'accès à cette grille de repérage au bénéficiaire et/ou aux aidants naturels pourrait impliquer l'ensemble des acteurs qui gravitent autour de la personne et, en cela, optimiser le repérage.

V. PLAN D'ACTION

Au regard de l'évaluation et dans l'objectif de favoriser l'intention d'usage du dispositif et la généralisation de ce repérage au sein des structures, un plan d'action adapté aux attentes et besoins du terrain est envisageable, impliquant différentes temporalités : le court et moyen terme.

A court terme, il s'agirait de :

1. Sensibiliser à nouveau les responsables secteurs sur les objectifs du dispositif et les réintégrer dans cette démarche.
2. Ajouter la possibilité de laisser des commentaires sur la grille pour permettre à l'intervenant à domicile d'explicitier rapidement la situation.
3. Demander systématiquement le remplissage d'une grille auprès de l'intervenant à domicile (même si l'information est remontée par voie orale).
4. Valoriser le travail de repérage effectué en informant le professionnel des suites données à son repérage.
5. Rassurer les intervenants à domicile concernant les liens oraux qui perdureront.

A moyen terme, il s'agirait de :

1. Elaborer avec les responsables secteurs un plan de formation et de sensibilisation commun pour tous les intervenants à domicile :
 - a. Présentation et utilisation de la grille avec des exemples concrets
 - b. Présenter le protocole : (« quoi » va « où » ? et « qui fait quoi ? ») : présentation du parcours de l'information et de l'implication de chacun des professionnels à différents temps
 - c. Présenter les objectifs du dispositif, notamment :
 - i. La systématisation des données
 - ii. Les intérêts pour les bénéficiaires (prévention de la perte d'autonomie, réduction des risques...)

- iii. L'inclusion dans un parcours avec des solutions apportées
2. Proposer des groupes de parole plus réguliers entre les intervenants à domicile et les responsables secteurs (temps mixtes et non mixtes) pour favoriser les échanges autour de situations complexes et la dynamique d'équipe.
 3. Sensibiliser régulièrement les intervenants à domicile au repérage de la fragilité par la grille (à l'appréciation des responsables secteur : relancer les intervenants à domicile qui ne le font pas ou peu...) au travers d'études de cas concrets et anonymes et/ou de témoignages (par les pairs). Ces sensibilisations peuvent se faire lors des réunions d'équipes notamment. Il s'agirait de former les équipes à l'écoute, l'empathie, l'observation vis-à-vis des bénéficiaires.
 4. Inclure ce rôle de repérage de la fragilité comme une mission à part entière de l'intervenant à domicile, via une formalisation administrative de ce rôle (dans le contrat de travail).
 5. Expliciter à chaque nouveau bénéficiaire et ses aidants informels l'intérêt de repérer la fragilité en tant qu'étape essentielle dans la prévention de la perte d'autonomie et l'utilisation potentielle du dispositif par l'intervenant à domicile.
 6. Rappeler au bénéficiaire et ses aidants l'importance du partage d'informations pour adapter l'accompagnement.
 7. Impliquer le bénéficiaire et ses aidants dans la recherche de solutions.

VI. LIMITES DE L'ÉTUDE

Un biais méthodologique est à considérer dans le recrutement de notre population. Nous n'avons pu réaliser un recrutement aléatoire par tirage au sort, mais avons sollicité l'implication des intervenants à domicile au travers des responsables des structures. L'ancienneté dans la structure des participants est relativement importante (avec une moyenne de 12 ans d'ancienneté pour les intervenants à domicile et de 18 ans pour les responsables secteur). Or, le turn-over est particulièrement présent dans le secteur de l'aide à domicile. Nous n'avons pu mesurer le turn-over, ni l'impact du processus de repérage de la fragilité sur celui-ci. Néanmoins, les discours révèlent que la valorisation du métier d'intervenant à domicile ne semble pas passer par ce « nouveau » rôle de sentinelle, l'intérêt étant porté davantage sur des attentes relatives aux conditions de travail.

D'autre part, au regard de la répartition du genre dans les métiers du social, nous avons interrogé uniquement des femmes. Ainsi, l'impact du genre sur l'usage de la grille, l'acceptabilité du dispositif et l'implication dans le processus n'a pu être mesuré.

VII. Vers une généralisation d'un système de repérage de fragilité ?

Ce projet s'inscrit dans une dynamique globale nationale de repérage des fragilités des sujets vieillissants, à l'image notamment de l'implémentation de la démarche ICOPE, développée par l'OMS au niveau national. Tout comme le projet ICOPE, le projet « sentinelle » s'organise en un dépistage, une évaluation et un plan d'action. Il se différencie par une évaluation hors expertise gériatrique, qui peut être sollicitée néanmoins dans le plan d'action et par des réponses apportées dans les contextes de vie et par les acteurs de proximité. En cela, le projet « sentinelle » apparaît comme une brique du projet ICOPE, par son application terrain, par le repérage des intervenants à domicile et par les actions/solutions apportées dans le quotidien des bénéficiaires.

Dans une démarche de généralisation, et au regard du programme ICOPE ou encore du rapport « Concertation Grand âge et autonomie » (LIBAULT, 2019), la généralisation d'un système de repérage des fragilités apparaît comme pertinente. En d'autres termes, le projet « sentinelle » pourrait être un outil facilement duplicable aux autres professionnels de proximité. Il pourrait également facilement intégrer la démarche ICOPE et venir en complément de l'outil Icope Monitor. L'implication de tous les acteurs (professionnels, proches aidants, services sociaux...) dans la prise en charge des personnes vieillissantes apparaît comme une condition nécessaire à la généralisation du repérage des fragilités. Ainsi, les professionnels de soins de proximité (médecins traitants, infirmiers à domicile, pharmaciens de proximité...), mais également les proches aidants pourraient être impliqués activement dans le processus, au travers du partage systématique des informations révélées par les grilles. Plus largement, d'autres dispositifs/organisations/acteurs ayant une connaissance du territoire et pouvant faciliter l'orientation du bénéficiaire pourraient être impliqués dans cette démarche de repérage des fragilités. Il pourrait s'agir :

- Des dispositifs territoriaux : CCAS (Centre Communal d'Action Sociale), CIAS (Centre Intercommunal d'Action Sociale), CTA (Coordination Territoriale d'Appui), CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé)... ;
- D'associations spécialisées (France Alzheimer, France Parkinson, Aveugles de France, Association française de diabétiques, etc.)... ;
- De services d'aide et de soins à domicile (SAAD, SSIAD, SPASAD, ESA etc.) ou de service à la personne (portage de repas, téléassistance, etc.) ou d'accueils de jour ; de dispositifs relatifs aux aménagements du domicile ;
- D'établissements sociaux et médico-sociaux vers lesquels orienter la personne (résidence autonomie, EHPAD, accueil temporaire, etc.);
- De plateformes d'accompagnement et de répit pour les aidants ;
- De structures sanitaires : les réseaux de santé gérontologiques, les filières de soins gériatriques (court séjour gériatrique, consultation et hôpital de jour gériatrique, équipes mobiles gériatriques, services de soins de suite et de réadaptation, établissements de soins de longue durée), les centres de santé (notamment les centres de santé infirmiers), les maisons de santé pluridisciplinaires, l'hospitalisation à domicile (HAD), les centres hospitaliers, les services et unités de soins spécialisés...
- De professionnels de santé spécialistes : gériatre, neurologue, psychiatre, diététicien, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, masseur-kinésithérapeute, psychologues, etc...

La possibilité d'implémentation du projet Sentinelle sur d'autres territoires viendrait appuyer la volonté d'harmoniser les pratiques de prévention et de rendre accessible le dépistage du déclin multidimensionnel et du repérage de la fragilité chez les populations les plus éloignées des pratiques de prévention. En effet, il s'agit de s'intéresser à toutes les dimensions de la santé et de porter une attention particulière à l'environnement de chacun des sujets vieillissants sur tous les territoires.

D'une manière générale, un constat commun peut être fait entre l'expérimentation « ICOPE » et le projet « Sentinelle » : le repérage de la fragilité ne

peut se passer d'outils numériques, pour une meilleure coordination entre les acteurs, un meilleur suivi des actions et, in fine, une meilleure prise en charge des seniors. Au-delà du repérage, ces outils semblent être de véritables supports pour le recensement des préconisations faites dans le cadre du plan personnalisé de prévention par chacun des intervenants et de constater leur suivi.

Aller au-delà du partage d'information entre les professionnels de santé et d'accompagnement est un véritable enjeu dans le développement de ce processus de repérage des fragilités. En effet, fédérer et collaborer avec l'ensemble des acteurs de proximité (professionnels ou non) impliqués dans la prise en charge du sujet vieillissant apparaît comme une condition nécessaire pour prévenir la perte d'autonomie.

Par le fait de repérer la fragilité (physique, sociale, psychologique) mais aussi par les solutions apportées suite au repérage, le projet « sentinelle » agit sur la survenue de la dépendance et indirectement sur son impact sur la société, sur le système de santé français et sur la qualité de vie des seniors. En cela, le projet « sentinelle » répond à un enjeu majeur de Santé Publique, soit à l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes dans le monde et à la transformation du système de soins et d'accompagnement des personnes âgées. Le projet « sentinelle » apparaît comme un outil de repérage et un moyen d'engager efficacement les personnes dans un parcours adapté au contexte de prise en charge et au mode de vie. Néanmoins, il s'inscrit comme un outil parmi beaucoup d'autres, contribuant à la réduction de la dépendance chez les personnes âgées. Une coordination des outils et des acteurs, vers une dynamique collective, apparaît comme le prochain chantier, nécessaire à la généralisation du repérage des fragilités chez les sujets âgés vivant à domicile.

VIII. BIBLIOGRAPHIE

Agren, G., Berensson, K., (2007), *Vieillir en bonne santé - A challenge for Europe*. Swedish National Institute of Public Health. Stockholm.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.

Bobillier-Chaumon, M. & Dubois, M. (2009). L'adoption des technologies en situation professionnelle : quelles articulations possibles entre acceptabilité et acceptation ? *Le travail humain*, 4(4), 355-382. <https://doi.org/10.3917/th.724.0355>

Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). Série « L'enquête et ses méthodes » : L'entretien (2e éd. refondue). Paris : Armand Colin.

Bury M., 1982, *Chronic illness as a biographical disruption*, *Sociology of Health and Illness*, IV, 166-182.

Buzin, A. Décembre 2018. Consultation citoyenne « Comment mieux prendre soin de nos aînés ? » : une mobilisation inédite, *Communiqué de Presse, Ministère des Solidarités et de la santé*

Carricaburu, D., Ménoret, M. (2004). *Sociologie de la santé : Institutions, professions et maladies*. Paris : Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.carri.2004.01>

Charpentier, M., Raymond, E., Viriot Durangal, J.-P., & Moulart, T. (2005). *Droits de vieillir et citoyenneté des aînés : pour une perspective internationale*. Presses de l'Université du Québec.

Crignon-De Oliveira, C. (2010). Qu'est-ce que « bien vieillir » : Médecine de soi et prévention du vieillissement. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 1(1), 177-191. <https://doi.org/10.3917/ccgc.004.0177>

Dany, L. (2011). Quand le traitement se fait maladie : Commentaire. *Sciences sociales et santé*, 3(3), 75-80. <https://doi.org/10.3917/sss.293.0075>

Davis, F., Bagozzi, R., & Warshaw, P. (1989). User acceptance of computer technology : A comparaison of two theoretical models. *Management science*, 33 (8), 982-1003.

El Khomri, M. Octobre 2019. Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behaviour*. New York: John Wiley.

INSEE, 2019. Estimation de la population, pyramide des âges 2019, France, Disponible à l'adresse : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3696315>

INSEE (2020). Tableaux de l'économie française, population par âge, paru le 27-02-2020, Consulté le sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>

Frédéric Keck, *Un monde grippé*. Paris, Flammarion, 2010, 351 p.

Laurencin, J.-P., Hoffman, J., Forest, F., & Ruffieux, B. (2004). Retrieved May 19, 2009, from www.mshalpes.prd.fr. Website : www.mshalpes.prd.fr/luce/documents/presentations/Axe4_Acceptabilite_Forest_19052004.ppt.

Lee, R. (2003). The demographic transition: three centuries of fundamental change, 17 (4), 167-190

Libault, D. Mars 2019. Rapport de la concertation Grand âge et autonomie remis par Dominique Libault à la Ministre des Solidarités et de la santé Agnès Buzyn.

Libault, D., et al. Janvier 2013. Rapport sur la mise en œuvre des projets pilote, Comité National de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en

risque de perte
d'autonomie. IGAS

Noël-Hureau, E. (2010), Quels savoirs « en jeu » (enjeux) autour de la maladie chronique ? in Jouet, E., Flora, L. (dir.), Usagers-Experts : La Part du Savoir des Malades dans le Système de Santé, Pratiques de formation, Analyses, 57, 109-121.

Pinell P., (1999). Du patient à l'acteur : le malade et la division du savoir médical. Environnement et société. (23) : 65-73.

Pirès, A.P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.- H. Groulx, A. Laperrière, P. Mayer & A.P. Pirès, La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques, 113- 172

Caïra Olivier. Chateauraynaud F., Torny D., *Les sombres précurseurs. Une sociologie de l'alerte et du risque*. In: *Politix*, vol. 13, n°52, Quatrième trimestre 2000. Marchés financiers, sous la direction de Dominique Cardon, Patrick Lehingue et Fabian Muniesa. pp. 243-247.

Strauss AL., (1992). La trame de la négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme, textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger, Coll. Logiques sociales, L'Harmattan, Paris, p319.

Thiétart, R.A. (2003). Méthodes de recherche en management, 216

Rowe J. W., Kahn R. L., 1987. Human aging: Usual and successful. *Science* 237: 143-149.

Rowe J. W., Kahn R. L., 1998 *Successful aging* Pantheon, New York.

Vallee, J.-P., Drahi, E., Le Noc, Y. (2008), Médecine générale : de quels experts avons-nous besoin ? Première partie : Les soins primaires sont-ils aujourd'hui domaine d'expertise ? *Médecine*, 4 (1), 35-40.

William J. Strawbridge, PhD, Margaret I. Wallhagen, PhD, RN, CS, Richard D. Cohen, MA, *Successful Aging and Well-Being: Self-Rated Compared With Rowe and*

Kahn, *The Gerontologist*, Volume 42, Issue 6, 1 December 2002, Pages 727–733, <https://doi.org/10.1093/geront/42.6.727>

IX. ANNEXES

Annexe n°1 : Avis comité d'éthique



Comité d'Éthique du CHU de Saint-Etienne
Commission recherche de Terre d'éthique
comite.ethique@chu-st-etienne.fr
Pr Pascale Vassal
pascale.vassal@chu-st-etienne.fr
Institutional Review Board : IORG0007394

Pauline GOUTTEFARDE
Nathalie BARTH

Gérontopôle AURA

Saint-Etienne, le 17/12/2020

De : Pascale Vassal

Ref : IRBN1452020/CHUSTE

Objet : Avis Favorable

Titre : « Évaluation de l'expérimentation : Projet Sentinelles – Repérage des risques de fragilisation »

Madame, Monsieur,

Je vous remercie d'avoir soumis votre projet de recherche au Comité d'Éthique du Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Etienne.

Cette étude a été examinée lors de la séance plénière du mercredi 16 décembre 2020. Un résumé a été présenté par Mme Pauline GOUTTEFARDE qui a par la suite répondu aux questions des membres du Comité d'Éthique.

Votre projet a été référencé par le numéro IRBN1452020/CHUSTE.

Nous vous demandons de faire référence à ces numéros dans tous les documents qui seront produits ainsi que pour toutes correspondances.

Au regard de l'article R1121-2 du code de la Santé Publique modifié par Décret n°2006-477 du 26 avril 2006 - art. 1 JORF 27 avril 2006 définissant dans son alinéa 2 et suivants « les recherches non interventionnelles portant sur des produits mentionnés à l'article L.5311-1 » et du code Pénal article 226-16 et suivants relatif « aux atteintes aux droits de la personne résultant des fichiers ou des traitements informatiques », le Comité d'Éthique du CHU de Saint-Etienne a examiné les pièces et auditionné le représentant de ce projet de recherche.

Après délibération, le Comité d'Éthique du CHU de Saint-Etienne a donné un Avis Favorable à la conduite de cette étude.

Si votre projet change après la date de cet avis sous quelque forme que ce soit, vous devez en informer le Comité d'Éthique.

Très cordialement

Professeur Pascale VASSAL

Annexe n°2 : Les guides d'entretiens

GUIDE D'ENTRETIEN À DES RESPONSABLES SECTEURS

CONTRAT DE COMMUNICATION :

Bonjour, je m'appelle Pauline Gouttefarde. Je suis chargée de projets au GÉrontopole AURA. Vous êtes responsable secteur pour **** ou **** Nous allons discuter pendant trente minute – une heure autour de votre travail et plus précisément autour du dispositif Sentinelle permettant le repérage des risques de fragilisation. Je souhaite recueillir votre avis et votre expérience au sujet de cet outil afin de pouvoir améliorer le dispositif. Vous êtes libre de mettre fin à la discussion quand vous le souhaitez. La discussion sera anonyme, votre nom n'apparaîtra pas. Pour pouvoir retranscrire fidèlement vos propos l'entretien sera enregistré. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse, je souhaite simplement recueillir votre avis et que vous me partagiez votre expérience. Si vous êtes d'accord, nous pouvons commencer....

THEMES	QUESTIONS	RELANCES/Notes personnelles
Présentation	Pouvez-vous me parler un petit peu de vous ? -----	- Diplômes - Parcours professionnels - Comment a connu sa structure -----
	Depuis combien de temps travaillez-vous pour ***** ? -----	-----
	Pouvez-vous me décrire votre métier au quotidien ? -----	- Tâche à effectuer - Fréquence - Utilité perçu -----
	Selon vous quel est votre rôle au quotidien dans votre travail ? -----	- + Repérer les fragilités ?? (Si ce n'est pas abordé) -----
	Quels sont pour vous les principaux points positifs de votre métier ? -----	- Pourquoi ? -----
	Quels sont pour vous les principaux points négatifs de votre métier ? -----	- Pourquoi ? - Pensez-vous que ces points peuvent être améliorés ? -----
	D'une manière générale, êtes-vous satisfait(e) de votre métier ?	- Pourquoi ?
Implication dans le projet	Qu'en avez-vous entendu parler du début du projet, de la mise en place de	- Comment ? - Avant/après la création du

	<p>cette plateforme ?</p> <p>-----</p> <p>Qu'en avez-vous pensé sur le moment ?</p> <p>-----</p> <p>Quel a été votre degré d'implication dans le projet ?</p>	<p>dispositif ?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous pu donner votre avis, participer à l'élaboration du projet ?
<p>Connaissance du dispositif</p>	<p>Quand et comment avez-vous entendu parler du dispositif de repérage des risques de fragilisations ?</p> <p>-----</p> <p>Avez-vous participé, de toutes formes, à sa conception ?</p> <p>-----</p> <p>Etiez-vous favorable à la mise en place de ce dispositif ?</p> <p>-----</p> <p>Avez-vous été formé à l'utilisation de ce dispositif ?</p> <p>-----</p> <p>Pouvez-vous me parler de la plateforme et du questionnaire ?</p> <p>-----</p> <p>Comment trouvez-vous la plateforme ?</p> <p>-----</p> <p>Pensez-vous que le questionnaire pour cibler les risques de fragilisation est conforme aux besoins des personnes ?</p> <p>-----</p> <p>Pensez-vous que le questionnaire pour cibler les risques de fragilisation est conforme à la réalité de terrain ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Qu'en avez-vous pensé sur le moment ? <p>-----</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pourquoi ? - Est-ce que votre avis a évolué depuis ? <p>-----</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qu'avez-vous pensez de la formation ? - La formation était-elle suffisante selon vous ? <p>-----</p> <p>(Tente ici de savoir ce qu'elle/il connaît du dispositif)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les grandes thématiques qu'elle aborde ? (ex lien social, dénutrition...) <p>-----</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facile, pas facile d'utilisation ? - Intuitive / bonne ergonomie ? <p>-----</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pourquoi ? <p>-----</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que manque-t-il ? - Qu'est ce qui n'est pas adapté

	<p>-----</p> <p>D'une manière générale que pensez-vous du dispositif ?</p> <p>-----</p>	<p>selon vous ?</p> <p>-----</p>
Le dispositif	<p>Pensez-vous que l'outil de repérage des situations à risques est un bon moyen de repérer les risques de fragilisation ?</p> <p>-----</p> <p>Selon vous, l'outil modifie-t-il votre métier ?</p> <p>-----</p> <p>Vous sentez vous plus utile dans votre métier au travers de cette plateforme ?</p> <p>-----</p> <p>Quels sont les avantages de ce dispositif selon vous ?</p> <p>-----</p> <p>Quels sont les inconvénients de ce dispositif selon vous ?</p> <p>-----</p> <p>Selon vous, avez-vous les moyens nécessaires pour réagir face à un signalement ?</p>	<p>- Efficace, pas efficace, en quoi et pourquoi ?</p> <p>-----</p> <p>- Apporte un + ? - Change la façon de voir votre métier ? - Charge de travail en plus ?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>- Pourquoi ? Qu'est-ce que l'on pourrait améliorer ?</p>
Liens avec les aides à domicile	<p>Avez-vous participé à la formation des aides à domicile à ce dispositif ?</p> <p>-----</p> <p>Selon vous, quels sont les rôles des aides à domicile dans ce processus ?</p> <p>-----</p> <p>Selon vous, quel est votre rôle dans ce processus ?</p> <p>-----</p> <p>Avez-vous déjà échangé avec une aide à domicile au sujet d'un signalement ?</p> <p>-----</p> <p>Une fois un signalement reçu,</p>	<p>- Qu'en avez-vous pensé ?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>- Notamment avec les aides à domicile</p> <p>-----</p> <p>-----</p>

	<p>qu'avez-vous fait ?</p> <p>-----</p> <p>Qu'avez-vous pensez de la prise en charge suite à ce/ces signalements ?</p> <p>-----</p> <p>Que pensez-vous de l'implication de vos équipes dans le repérage de l'aide à domicile ?</p> <p>-----</p> <p>Est-ce que dispositif a renforcé les liens entre vous les aides à domicile ?</p>	<p>-----</p> <ul style="list-style-type: none"> - Satisfait ? - Pas satisfait... - Pourquoi ? <p>-----</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pourquoi ? - Faudrait-il changer quelque chose ? <p>-----</p>
<p>Préconisations</p>	<p>Selon vous l'outil pourrait-il être amélioré ?</p> <p>-----</p> <p>Pensez-vous que l'utilisation de cet outil doit être généralisée ?</p> <p>-----</p> <p>D'une manière générale, que souhaiteriez-vous modifier, améliorer ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - En quoi ? <p>-----</p> <ul style="list-style-type: none"> - A d'autres structures ? - L'utiliser plus souvent ? <p>-----</p>

GUIDE D'ENTRETIEN À DES AIDES À DOMICILES AYANT ETE FORMEES À LA PLATEFORME DE REPERAGE DES RISQUES DE FRAGILISATIONS

CONTRAT DE COMMUNICATION :

Bonjour, je m'appelle Pauline Gouttefarde. Je suis chargée de projets au Gérontopôle AURA. Vous êtes Aide à domicile pour ** ou ****. Nous allons discuter pendant trente minute – une heure autour de travail et plus précisément autour du dispositif Sentinelle permettant le repérage des risques de fragilisation. Je souhaite recueillir votre avis et votre expérience au sujet de cet outil afin de pouvoir améliorer le dispositif. Vous êtes libre de mettre fin à la discussion quand vous le souhaitez. La discussion sera anonyme, votre nom n'apparaîtra pas. Pour pouvoir retranscrire fidèlement vos propos l'entretien sera enregistré. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse, je souhaite simplement recueillir votre avis et que vous me partagiez votre expérience. Si vous êtes d'accord, nous pouvons commencer....**

THEMES	QUESTIONS	RELANCES
Présentation	Pouvez-vous me parler un petit peu de vous ? -----	- Age - Lieu de résidence (rural ou urbain) - Parcours professionnel -----
	Depuis combien de temps travaillez-vous pour ***** ? -----	-----
	Pouvez-vous me décrire votre métier au quotidien ? -----	- Tache à effectuer - Fréquence - Utilité perçu -----
	Selon vous quel est votre rôle au quotidien dans votre travail ? -----	- + Repérer les fragilités ?? (si ce n'est pas abordé) -----
	Quels sont pour vous les principaux points positifs de votre métier ? -----	- Pourquoi ? -----
	Quels sont pour vous les principaux points négatifs de votre métier ? -----	- Pourquoi ? - Pensez-vous que ces points peuvent être améliorés ? -----
	D'une manière générale, êtes-vous satisfait(e) de votre métier ? -----	- Pourquoi ? -----
Connaissance du dispositif	Quand et comment avez-vous entendu parler du dispositif de repérage des risques de fragilisations ?	- Qu'en avez-vous pensé sur le moment ?

	<p>-----</p> <p>Avez-vous été formé à l'utilisation de ce dispositif ?</p> <p>-----</p> <p>Pouvez-vous me parler de la plateforme et du questionnaire ?</p> <p>-----</p> <p>Comment trouvez-vous la plateforme ?</p> <p>-----</p> <p>Pensez-vous que le questionnaire pour cibler les risques de fragilisation est conforme aux besoins des personnes ?</p> <p>-----</p> <p>Pensez-vous que le questionnaire pour cibler les risques de fragilisation est conforme à la réalité de terrain ?</p> <p>-----</p> <p>D'une manière générale que pensez-vous du dispositif ?</p>	<p>-----</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qu'avez-vous pensé de la formation ? - La formation était-elle suffisante selon vous ? <p>-----</p> <p>(Tente ici de savoir ce qu'elle/il connaît du dispositif)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les grandes thématiques qu'elle aborde ? (ex lien social, dénutrition...) <p>-----</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facile, pas facile d'utilisation ? - Intuitive / bonne ergonomie ? <p>-----</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pourquoi ? <p>-----</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que manque-t-il ? - Qu'est ce qui n'est pas adapté selon vous ? <p>-----</p>
<p>Utilisation de la plateforme</p>	<p>Avez-vous déjà utilisé la plateforme ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Si oui <ul style="list-style-type: none"> • Combien de fois ? • Dans quel contexte ? • Avez-vous eu des difficultés à utiliser l'outil ? • L'utilisation vous a-t-elle, selon vous, pris beaucoup de temps ? • Avez-vous trouvé l'utilisation de l'outil utile pour vous ? pour la personne ? - Si non <ul style="list-style-type: none"> • Pourquoi ? • En avez-vous discuté avec

	<p>-----</p> <p>Pensez-vous que l’outil de repérage des situations à risques est un bon moyen de repérer les risques de fragilisation ?</p> <p>-----</p> <p>Selon vous, l’outil modifie-t-il votre métier ?</p>	<p>votre responsable ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous trouvé ensemble des solutions ? <p>-----</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pourquoi ? <p>-----</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apporte un + ? - Change la façon de voir votre métier ?
<p>Liens avec les responsables secteurs</p>	<p>Selon vous, quels sont les rôles de votre responsable secteur dans ce processus ?</p> <p>-----</p> <p>Avez-vous déjà échangé avec votre responsable secteur au sujet d’un signalement ?</p> <p>-----</p> <p>Une fois un signalement fait, avez-vous eu un retour de la part de votre responsable secteur quant aux solutions apportées pour les personnes ?</p> <p>-----</p> <p>De quelle manière les RS sont-ils impliqués dans cette démarche ?</p>	<p>-----</p> <p>-----</p> <p>Etes-vous satisfait de ce retour ?</p> <p>-----</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pourquoi ? - Que faudrait-il changer ?
<p>Préconisations</p>	<p>Selon vous l’outil pourrait-il être amélioré ?</p> <p>-----</p> <p>Pensez-vous que l’utilisation de cet outil doit être généralisée ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - En quoi ? <p>-----</p> <ul style="list-style-type: none"> - A d’autres structures ? - L’utiliser plus souvent ?

Annexe n°3 : Calendrier

CALENDRIER PREVISIONNEL

EVALUATION DE L'EXPERIMENTATION SENTINELLE – REPERAGE DES RISQUES DE FRAGILISATION

	Décembre	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai
Mise à disposition du corpus documentaire						
Analyse documentaire et préparation des outils méthodologiques						
Entretiens avec les porteurs du projet et les financeurs						
Enquête qualitative (aide à domicile, responsables secteurs) Bénéficiaire ?						
Analyse des résultats et préconisations						
Rédaction et valorisation des résultats						

Annexe n°4 : Rappels des points d'étape

- 17/12/2020 : point d'étape
- 01/02/2021 : COPIL CARSAT
- 24/02/2021 : point d'étape
- 06/05/2021 : 1^{ère} restitution orale
- 21/05/2021 : 2^{ème} restitution orale

Annexe n°5 : Résumé de l'échange avec le Pr Gonthier

ECHANGE DU 01.02.2021 AVEC LE PROFESSEUR GERIATRE R.*****

PROJET SENTINELLE : REPERAGE DES RISQUES DE FRAGILISATION

Entretien mené par Pauline GOUTTEFARDE par rapport à la grille de repérage des risques de fragilité des personnes âgées accompagnées à domicile

- La gériatrie préventive est la perte des fonctionnalités chez le sujet âgé : sujet de plus en plus important.
- En France : Nous sommes très bons en terme d'espérance de vie mais beaucoup moins bon en terme d'espérance de vie sans incapacité.
- L'idée est d'apprendre les signes d'alerte/ les facteurs de risques : apprendre à repérer les signes d'entrée en dépendance : les professionnels soignants à l'étranger s'intéressent à la personne âgée dans sa globalité à partir de leur quotidien.
- Manque « d'éducation » chez les professionnels de l'intervention à domicile : certains pensent que ce n'est pas leur rôle de repérer les risques de fragilité chez les personnes âgées.
- L'idée est de repérer les situations de pré-incapacité c'est-à-dire les situations d'alerte chez les personnes âgées. C'est une observation des facteurs de risque.
- La prévention est le fait de se soucier d'une difficulté avant que les problèmes n'arrivent.
- Le problème du bien-vieillir est un parcours de vie.
- Le milieu professionnel des intervenants à domicile est un milieu très hétérogène : « il ne faut pas forcément baisser les bras ».
- La grille a été construite par rapport aux différents facteurs de risque identifiés à la suite de consensus internationaux tirés de rapport de l'OMS.
- Le bon vieillissement est un maintien de toutes ses fonctionnalités.
- Il faudrait qu'il y ai une obligation de remplissage de la grille : une inscription de cette obligation dans le contrat de travail. Il faudrait dire aux intervenantes qu'elles ont un rôle de prévention.

- Les agents sont souvent livrés à domicile sans accompagnement. Il faudrait que les structures proposent des points d'équipe plus régulièrement. Ce personnel est beaucoup moins accompagné que les infirmiers par exemple. Il faudrait chercher à savoir si les intervenants sont accompagnés.
- On donne des compétences aux intervenants mais il faut qu'ils soient persuadés que la prévention fait partie de leur travail. Cela est valorisant et peut donner envie à des personnes de s'orienter vers ces métiers.
- De très nombreuses problématiques sont soulevés en se questionnant sur la simple utilisation d'une grille.
- La crainte est que les structurent « abandonnent » cette grille parce qu'ils voient qu'elle ne fonctionne pas. Ce dispositif n'est pas correctement amené dans les équipes. Une sensibilisation est nécessaire.
- Quand un employé fait remonter un point d'alerte sans remplir la grille, le responsable de secteur doit demander automatiquement de remplir la grille.

Les 3 points importants à retenir sont les suivants :

- Inscrire dans les contrats de travail des intervenants à domicile l'obligation de la mission de prévention
- Former le salarié à sa mission et effectuer un accompagnement régulier dès son embauche
- Rappeler aux responsables de secteur que chaque alerte doit être écrite afin d'assurer une traçabilité

Annexe 6 : Présentation Powerpoint de l'évaluation du projet Sentinelle



AUVERGNE RHÔNE-ALPES



Evaluation du projet « Sentinelle - Repérage des risques de fragilisation »



MAI 2021



Pauline GOUTTEFARDE,
Psychologue sociale chargée de projets, Gérontopole Auvergne Rhône-Alpes
Pauline.gouttefarde@gerontopole-aura.fr – 04 77 12 07 34

OBJECTIFS DE L'ETUDE

1. Effectuer un bilan global du projet en revenant sur toutes ses étapes et évaluer l'atteinte ou non des objectifs initiaux
2. Faire des recommandations en vue d'améliorer le dispositif en l'adaptant aux besoins et attentes des usagers
3. Proposer un plan d'action afin d'envisager la pérennisation du projet au sein des structures

OBJECTIFS DE L'ETUDE

4. Analyser l'impact du dispositif « Sentinelle »
5. Analyser la démarche du projet « Sentinelle » au regard des préconisations formulées dans le rapport LIBAULT (Mars 2019) et EL KHOMRI (Octobre 2019)
6. Identifier les éléments différenciant le projet « sentinelle » des modèles analogues existants et les conditions de déploiement sur d'autres réseaux

CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE ET POLITIQUE

- Une population française vieillissante avec une augmentation des personnes en perte d'autonomie : enjeu de Santé Publique
- Une réflexion autour des concepts de « qualité de vie », de « bien vieillir » à domicile (Rowe & Kahn, 1987) et de « droit de vieillir » (Charpentier & al. 2015)
- Une mobilisation politique :
 - ° Le plan national d'Action de prévention de la perte d'autonomie (2015)
 - ° Le rapport LIBAULT (2019)

LE PROJET SENTINELLE « Repérage des risques de fragilisation par les auxiliaires de vie »

Objectif du projet : expérimenter une solution numérique facilitant le repérage des fragilités des séniors vivants à domicile par les intervenants à domicile

Objectifs opérationnels du projet :

- Systématiser et tracer les risques de fragilisation des bénéficiaires
- Proposer un outil aux intervenants à domicile pour le repérage de la fragilité du sujet vieillissant à domicile

LE DISPOSITIF SENTINELLE

Sur le smartphone professionnel de chaque intervenant à domicile se trouve une grille de repérage réalisée avec des experts en gérontologie (gériatres, professionnels de santé)



Une grille prenant en compte la santé et la fragilité dans sa globalité...

Incurie, insécurité, soucis d'hygiène

- 4 items

Lien social

- 4 items

Nutrition/dénutrition

- 5 items

Chute à répétition

- 5 items

Médicaments

- 3 items

Défaillance des aidants

- 4 items

Déclin cognitif

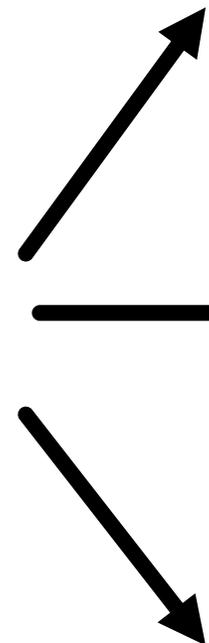
- 6 items

LE DISPOSITIF SENTINELLE

ID



RS



Traçabilité

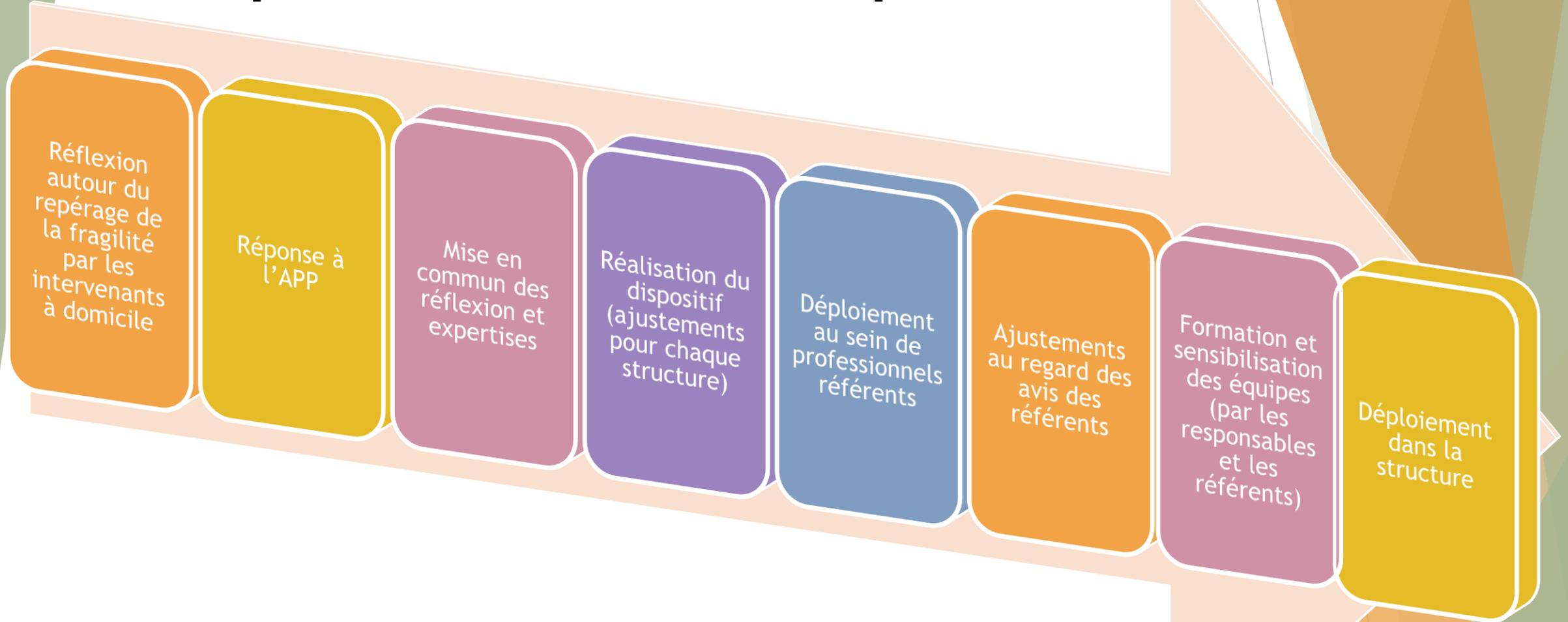
Met en place les actions

Informe les proches dans certains cas

Déploiement du dispositif Sentinelle

- Expérimentation dans deux structures d'intervenants à domicile de la région Auvergne Rhône Alpes
 - Une implantée à Saint-Etienne et sa périphérie
 - Une implantée à Lyon et sa périphérie
- Le rôle des structures est d'expérimenter, tester et déployer ce dispositif

Déploiement du dispositif



Les deux structures d'aide à domicile

Saint-Etienne et périphérie

- Association
- Depuis 65 ans
- Association d'intervenant à domicile la plus conséquente de la Loire
- 1100 salariés
- 13000 personnes accompagnées chaque année

Lyon et périphérie

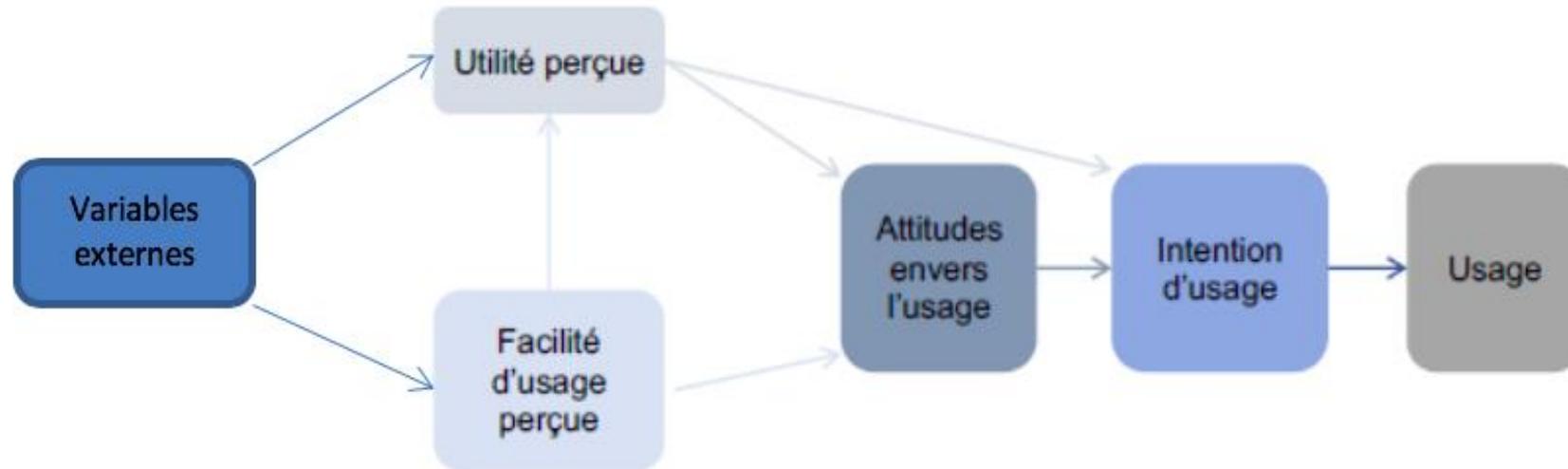
- Association
- Depuis 66 ans
- L'une des structures d'intervenant à domicile la plus conséquente de la région de Lyon
- 300 salariés
- 1500 personnes accompagnées chaque année

Qu'entendons nous par « Sentinelle » ?

- ▶ La notion de sentinelle ne désigne pas seulement des « lanceurs d'alerte » capables de faire remonter des signes de danger pour élaborer une vigilance généralisée (Chateauraynaud & Torny 1999). Elle désigne aussi un collectif. (Keck, 2010)
- ▶ Propose donc de redéfinir le parcours du patient/bénéficiaire par l'intermédiaire d'autrui
- ▶ Repérer les risques de fragilisation et tendre vers l'autonomisation du patient
- ▶ Le patient, sentinelle dans sa propre santé : tendre vers les notions de patients experts (Carricaburu & Menoret, 2004)

L'EVALUATION AU TRAVERS DU MODELE TAM

Le modèle TAM (Davis, 1989)



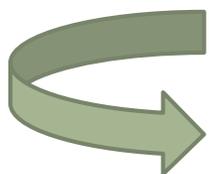
Formalités RGPD : Validation de l'étude par un comité d'éthique

Le 17/12/2020 :

Réf : **IRBN1452020/CHUSTE**

Objet : **Avis Favorable**

Titre : « Évaluation de l'expérimentation : Projet Sentinelle – Repérage des risques de fragilisation »



- * Rédaction d'une lettre d'information aux personnes participant à l'étude
- * Précision sur la circulation des données recueillies et modalités d'analyse du discours (anonymisation, retranscriptions, destruction des fichiers audio...)



UNE MÉTHODOLOGIE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRECTIF

- Une méthode « inductive » compréhensive sous forme d'entretiens semi-dirigés

4 entretiens auprès des
porteurs de projets
(structures d'aide à domicile de
la région Auvergne Rhône Alpes)

Porteurs projet (4x1h)

24 entretiens auprès des
opérationnels

8 responsables
secteurs

16
intervenants
à domicile

3 entretiens auprès
d'autres experts
gravitant autour du
projet

Caractéristiques générales des personnes interrogées

N°	Fonction	Pseudo	Ancienneté Dans la structure	Durée
1	ID	Linda	8	20mn
2	ID	Jeanne	10	25mn
3	ID	Lucie	3	35 mn
4	ID	Hélène	28	40 mn
5	ID	Valérie	4	40 mn
6	ID	Maria	26	30 mn
7	ID	Lydia	12	35mn
8	ID	Catherine	10	30mn
9	ID	Louise	15	30 mn
10	ID	Thérèse	14	30 mn
11	ID	Nathalie	7	40 mn
12	ID	Véronique	14	35mn
13	ID	Isabelle	9	35 mn
14	ID	Inès	18	40 mn
15	ID	Marie	13	28 mn
16	ID	Laure	6	35 mn

 12 années en moyenne d'ancienneté dans la structure (de 3 à 28 ans)

-> certaines ont de l'expérience antérieure

 Durée moyenne des entretiens : 33 mn

-> malgré une réticente initiale

Caractéristiques générales des personnes interrogées

N°	Fonction	Pseudo	Années d'expérience dans la structure	Durée
1	RS	Bernadette	39	43 mn
2	RS	Nadège	18	50 mn
3	RS	Flavie	17	31 mn
4	RS	Emeline	14	35 mn
5	RS	Aurélie	6	30 mn
6	RS	Mélanie	25	40 mn
7	RS	Caroline	17	30 mn
8	RS	Christelle	9	30 mn

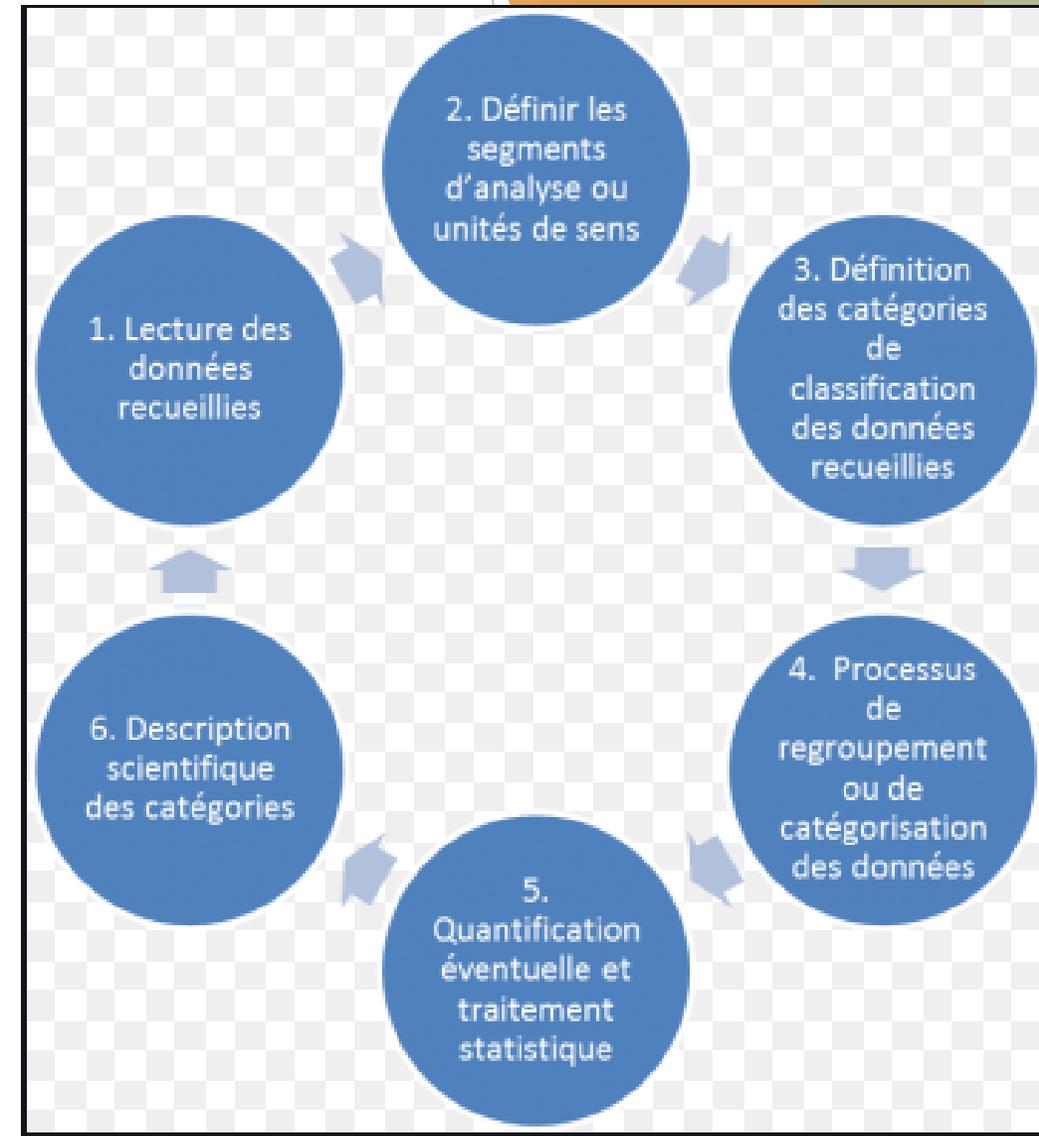
 18 années en moyenne d'ancienneté dans la structure (de 6 à 39 ans)

-> certaines ont commencé comme ID, ou poste de secrétaire...

 Durée moyenne des entretiens : 36 mn

Méthode d'analyse qualitative

- Entretiens jusqu'à saturation des données (Thiétart, 2003) ✓
- Anonymisation des données ✓
- Retranscriptions (logiciel SONAL) ✓
- Analyse thématique de contenu (Bardin, 2003) ✓
avec l'utilisation du logiciel NVIVO



RÉSULTATS

Acceptabilité de l'outil de repérage : quel impact du contexte de déploiement ?

Une diminution progressive du nombre de grilles remplies

 Quelques mois après le lancement du projet, un important nombre de grilles remplies : **une première « acceptabilité »**

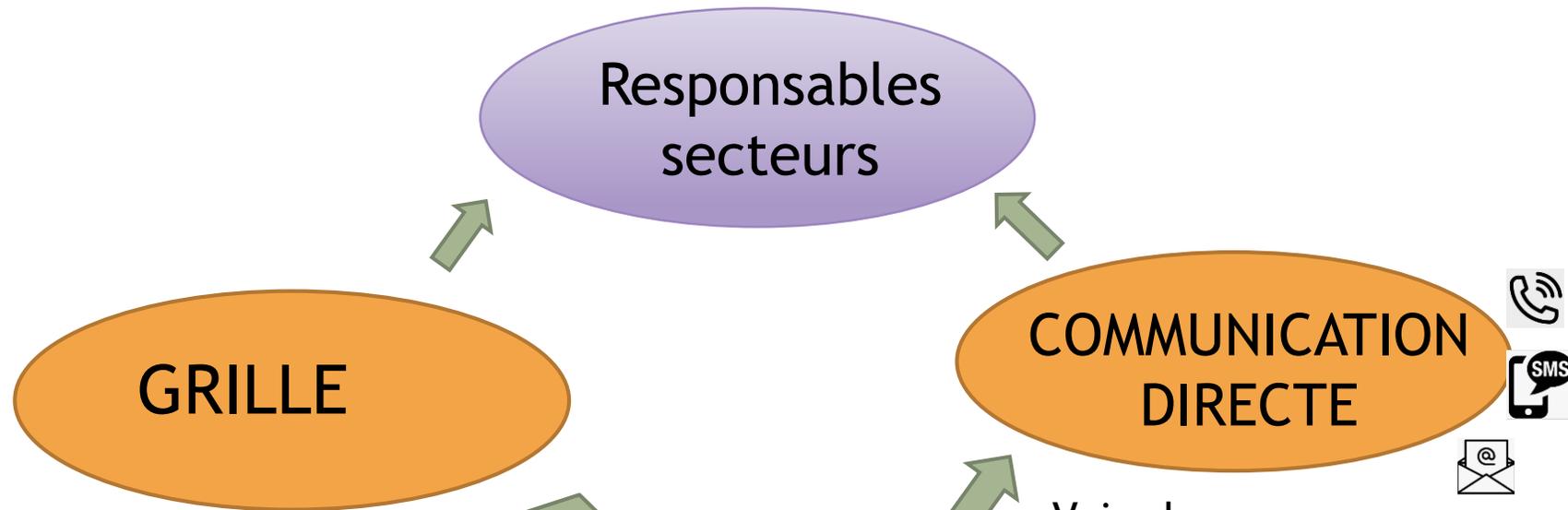
Puis essoufflement....

 Pour quelles raisons ?

 Quel rythme de croisière ?

Période	Nombre de grilles remplies
Juin 2019	197
Juillet 2019	41
Aout 2019	28
Septembre 2019	30
Octobre 2019	27
Novembre 2019	16
Décembre 2019	15
Janvier 2020	16
Février 2020	57
Mars 2020	14
Avril 2020	8
Mai 2020	18
Juin 2020	16
Juillet 2020	3

Le risque de fragilisation est signalé mais rarement au travers de la grille



Les RS reçoivent peu de grilles

*« Je ne comprends pas, on en a eu très peu »
(Bernadette, RS, 39 ans d'expérience)*



intervenants à
domicile

Voie de
communication la
plus utilisée

*« Elles ont plus de facilité à faire remonter
l'information oralement que par la grille »
(Nadège, RS, 18 ans d'expérience)*

Freins à l'utilisation de la grille
par les intervenants à domicile
selon les responsables secteurs

Un changement de pratique professionnelle

- Un nouvel outil de travail qui n'est pas encore devenu une habitude

« Le premier frein c'est le changement de pratique professionnelle et il faut qu'elles s'y habituent » (Nadège, RS, 18 ans d'expérience)

« Ce n'est pas quelque chose qu'elles ont intégré dans leur quotidien » (Aurélie, RS, 6 ans d'expérience)

Bobillier-Chaumon, 2009 : « Ces dispositifs peuvent en effet redessiner les circuits d'information, redéfinir les liens de subordination, réorganiser les réseaux de travail (...) et auraient de plus grandes difficultés à être pleinement utilisés par les salariés »



Des informations / formations manquantes

■ Les intervenants à domicile seraient en manque d'informations

« Non je pense qu'elles n'ont pas été suffisamment formées, il devait y avoir d'autres réunions pour expliquer les choses, il faudrait trouver une solution parce qu'ils leur manquent des informations » (Flavie, RS, 17 ans d'expérience)

■ Des réunions d'informations pensées initialement mais interrompues dû au COVID

« Il faut être dans la communication et leur redire les choses mais le COVID a coupé un petit peu ces explications, les réunions qui étaient prévues » (Nadège, RS, 18 ans d'expérience)

■ Certains termes de la grille peuvent être incompréhensibles par les intervenants à

domicile selon les responsables secteurs

« Il y a peut-être des mots que certaines salariées ne comprennent pas » (Christelle, RS, 9 ans d'expérience)

Maintenir une communication orale, un besoin pour les intervenants à domicile selon les responsables secteurs

« Elles ont ce besoin d'avoir un contact tout de suite, de se vider, se déverser alors que le côté application manque un peu d'humanité » (Mélanie, RS, 25 ans d'expérience)

« Je pense qu'elles sont frustrées de passer par une machine, parce qu'elles ont besoin d'être rassurées aussi quand elles transmettent l'information pour qu'on en discute » (Nadège, RS, 18 ans d'expérience)

Formaliser le repérage de la fragilité : quel impact sur la relation intervenant à domicile - bénéficiaire - aidant ?

LA GRILLE LAISSE UNE TRACE...

- Une trahison ? : un peu perçu comme dénonciateur et la peur de l'impact :
*« Je pense qu'elles le prennent comme une trahison de répéter ce qu'il se passe »
(Bernadette, RS, 39 ans d'expérience)*
- Quel levier ? : Les rassurer
« Il faut les rassurer, les déculpabiliser, en leur disant que ce n'est pas du flicage, il faut qu'elles le prennent comme quelque chose de positif » (Bernadette, RS, 39 ans d'expérience)
- Première préconisation : Implication du bénéficiaire pour contre-balancer ce côté dénonciateur ?

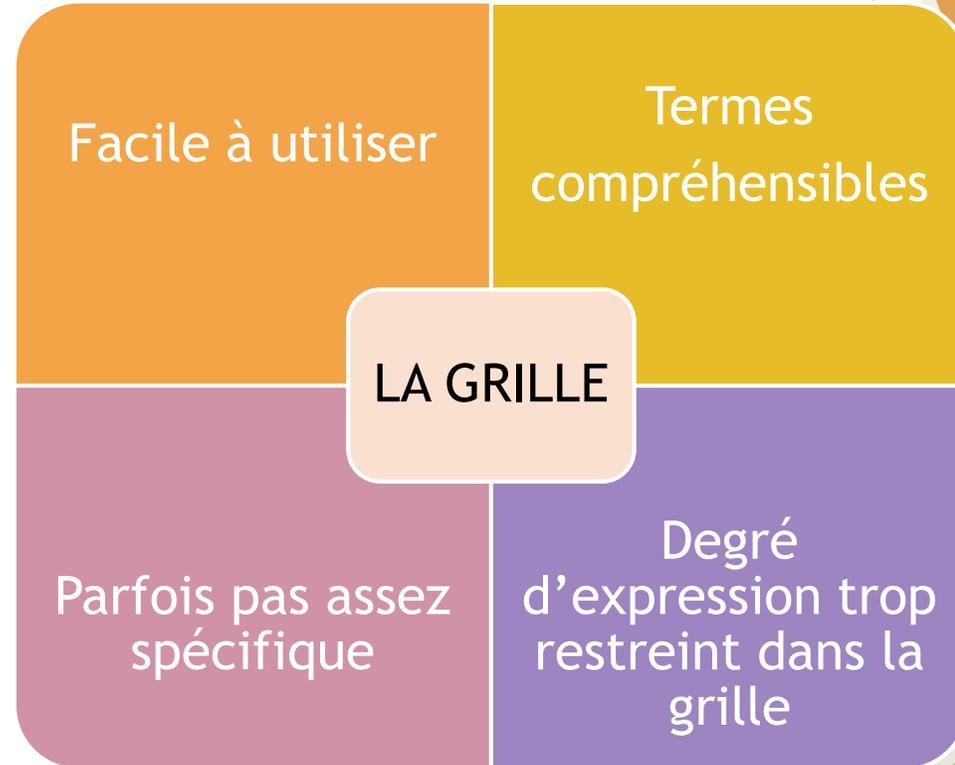
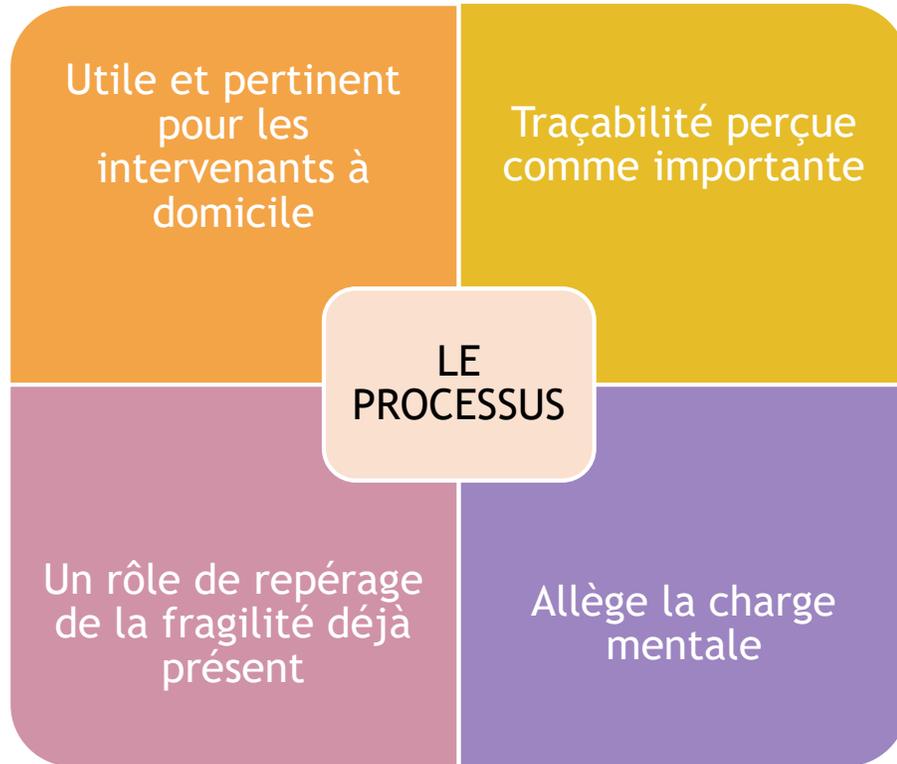
> Impliquer le bénéficiaire dans cette démarche, remplissage de la grille avec l'ID et le bénéficiaire, pendant le temps de travail (au domicile de l'utilisateur) et non en dehors



RÉSULTATS

Qu'en disent les intervenants à domicile ?

Utilité et facilité perçues par les intervenants à domicile : une co-construction profitable



Le dispositif ne fait pas encore partie des usages quotidiens

- Bien que le repérage de la fragilité par les intervenants à domicile était déjà réalisé....

« Mais finalement c'est quelque chose que nous faisons déjà avant, de repérer la fragilité et le signaler, mais les choses n'étaient peut être pas tracées » (Valérie, ID, 4 ans d'expérience)

- ... l'utilisation du dispositif demeure un réflexe à adopter

« C'est vrai que l'on n'y pense pas... on a tendance à oublier que la grille est là » (Véronique, ID, 14 ans d'expérience)

Des informations manquantes

- Des intervenants à domicile dans l'attente de nouvelles formations et de sensibilisation au dispositif, notamment par les responsables secteurs

*« La grille je ne la connais pas bien... je ne l'ai pas ouverte depuis longtemps »
(Lucie, ID, 3 ans d'ancienneté)*

*« Il faudrait qu'on nous réexplique un petit peu comment elle fonctionne »
(Nathalie, ID, 7 ans d'ancienneté)*

« Je pense que c'est à notre responsable aussi de nous en parler! » (Laure, ID, 6 ans d'ancienneté)

Le dispositif perçu comme pouvant isoler les intervenants à domiciles

Une préférence et un besoin de communication orale

« J'ai plus de facilité à prendre mon téléphone pour appeler mon responsable plutôt qu'à par la grille » (Louise, ID, 15 ans d'expérience)

« J'ai besoin d'avoir mon responsable au téléphone, ça me rassure, j'ai la réponse tout de suite » (Linda, ID, 8 ans d'expérience)

La peur de la distance imposée par le numérique

« Si on ne passe que par la grille, ça veut dire que l'on n'échangera plus avec notre responsable ? Je ne veux pas que ça nous isole ! » (Inès, ID, 18 ans d'expérience)



Des temps d'échanges semblent donc nécessaires à mettre en place

Le dispositif n'est pas perçu comme valorisant le métier d'intervenant à domicile

■ Des difficultés/attentes relatifs au métier : salaire, horaires, déplacements...

« Je vais vous dire, la valorisation ça passe d'abord par le salaire ! » (Catherine, ID, 10 ans d'expérience)

« Le métier d'intervenant à domicile il n'est pas facile, déjà on traite avec l'humain ce n'est pas toujours évident, et nous on perd aussi beaucoup de temps dans les trajets » (Maria, ID, 26 ans d'expérience)

■ Le dispositif perçu comme un outil, non comme un nouveau rôle

« Ah non, je n'ai pas l'impression que la grille valorise mon métier, on le faisait déjà » (Thérèse, ID, 14 ans d'expérience)



Le sens donné à l'intégration du dispositif est impacté par le contexte

Prévention et santé du bénéficiaire : des priorités pour les intervenants à domicile

■ Prévention et promotion à la santé : des rôles endossés et appréciés par les ID :

*« De la prévention on en fait au quotidien en fait ! Même au travers du ménage, c'est important aussi, une maison propre, pour la santé de la personne »
(Jeanne, ID, 10 ans d'expérience)*

« De toute façon prévenir les risques, c'est notre rôle, on est vraiment les mieux placées pour ça, c'est important ! » (Isabelle, ID, 9 ans d'expérience)

■ Le dispositif perçu comme pouvant améliorer la prise en charge

« De toute façon, tous les outils sont bons à prendre s'ils sont bons pour le bénéficiaire ! » (Thérèse, ID, 14 ans d'expérience)

Repérer la fragilité et percevoir l'amélioration pour le bénéficiaires : une forte valorisation pour les ID

« Ce qui me valorise le plus c'est de voir que mon repérage a eu un impact bénéfique pour mon bénéficiaire » (Laure, ID, 6 ans d'expérience)

« Quand je vois que des choses se mettent en place, je suis fière d'y avoir contribué au travers de mon repérage » (Hélène, 28 ans)

Généraliser le dispositif : un souhait partagé par les RS et ID

■ Faire perdurer le dispositif dans la structure

« Ah ben moi j'espère qu'il va se généraliser oui ! » (Hélène, ID, 28 ans d'expérience)

■ ... et le partager à d'autres structures

« Je pense que toutes les structures comme la notre peuvent être intéressées par ce dispositif, il est utile pour nous, alors sûrement pour eux aussi » (Emeline, RS, 14 ans d'expérience)

Préconisations

Sensibilisation
régulière à cet
outil de repérage
de la fragilité

Retravailler la
grille avec les
équipes

Maintenir et
développer la
communication
directe

Développer le
rôle des RS dans
ce processus

La structure doit
favoriser les
échanges

Plan d'action envisageable

A court terme :

1. Sensibiliser à nouveau les responsables secteurs sur les objectifs du dispositif et les réintégrer dans cette démarche
2. Ajouter la possibilité de laisser des commentaires pour permettre à l'ID d'explicitier rapidement la situation
3. Elaborer avec les RS un plan de formation et de sensibilisation commun pour tous les ID

Plan de (re)formation commun

Le RS



Réunit 4-5 ID



4. Présentation et utilisation de la grille (rapidement car plutôt bien acquis)
5. Présenter le protocole : (« quoi » va « ou » et « qui fait quoi »)
6. Présenter les objectifs du dispositif notamment :
 - L'importance de la systématisation des données
 - Les intérêts pour les bénéficiaires
7. Rassurer concernant les liens oraux qui perdureront en leur proposant des temps d'échange en groupe : à intégrer lors des réunions d'équipe

Qui fait quoi ? Bien expliciter les rôles

Intervenant à domicile

Repère



Informe



Responsables secteurs

Reçoit l'information



Met en place les actions nécessaires



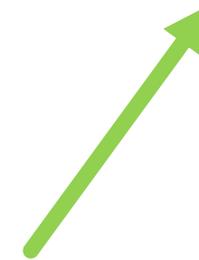
Où va l'information et comment ?

Les rassurer sur l'anonymat

ID



RS



Traçabilité

Met en place les actions

Informe les proches dans certains cas

Plan d'action envisageable

A long terme:

1. Proposer des groupes de parole plus réguliers entre les ID et RS (temps mixtes et non mixtes) pour favoriser les échanges et la dynamique d'équipe dans les temps de travail
2. Si une information est remontée par voie orale sans la grille : le RS doit pouvoir demander à l'ID de réaliser une grille, pour que cela devienne un réflexe
3. Sensibilisation régulière auprès des équipes à l'appréciation des RS (relancer les ID qui ne le font pas ou peu...) via :
 - des études de cas concrètes et anonymes
 - des témoignages (par les pairs)

Plan d'actions envisageable

A long terme:

4. Inclure ce rôle de repérage de la fragilité comme une mission à part entière de l'intervenant à domicile, une formalisation administrative de ce rôle
5. Informer chaque nouveau bénéficiaire et ses aidants informels que l'intervenant à domicile est là pour ce repérage également

Pour aller plus loin... : tendre vers l'empowerment des bénéficiaires



Le repérage de la fragilité ne peut fonctionner que sous condition
d'un bon maillage entre tous les acteurs :

Structures / responsables secteurs / intervenants à domicile / bénéficiaire / familles

- Informer tous les bénéficiaires de l'existence de cette grille et du rôle de l'ID (l'inclure dans le contrat dès le départ?)
- Les intervenant à domicile doivent pouvoir remplir la grille à leur domicile (sans avoir peur d'utiliser leur smartphone professionnel devant les usagers)
- Auto-repérage par le bénéficiaire : La personne âgée sentinelle qui est capable de donner l'alerte à son intervenant à domicile
- Et les aidants naturels : la grille peut-elle être partageable avec l'accord du bénéficiaire ?

FREINS ET LIMITES DE L'ÉTUDE

- ▶ Recrutement de la population : ancienneté dans la structure plutôt élevée :

Le turn-over avait été évoqué comme un frein à l'utilisation de la grille : nous n'avons pu relever ce frein avec notre population étudiée qui n'est pas représentative de ce turn-over

- ▶ Les intervenants à domicile et les responsables secteurs interrogés sont toutes des femmes :

Quel impact du genre sur l'utilisation du dispositif ? Nous n'avons pu le mesurer ici.

Valorisation du projet

- ▶ Présentation de l'étude d'acceptabilité au Congrès fragilité Toulouse (10-11 juin 2021) : réalisation d'une présentation orale filmée (8mn)
- ▶ Publication scientifique ?



Siège Social
Gérontopôle Auvergne Rhône-Alpes
Site de l'Hôpital de Bellevue
Pavillon 22
25 Boulevard Pasteur
42 000 Saint-Etienne



CONTACT

 Le Gérontopôle AURA

 04 77 12 07 32

 contact@gerontopole-aura.fr

