

Cadre et outils nécessaires à l'essaiage du

**Processus « sentinelle »
de repérage et de prévention des risques de fragilisation
d'un bénéficiaire dans le cadre de l'accompagnement du plan d'aide
d'un bénéficiaire d'OSCAR ou de l'APA / PCH**



Document rédigé par 
TASDA
Technopôle Alpes
Santé à Domicile & Autonomie

SOMMAIRE

1	Objet du document	3
2	Enjeux et attendus du processus sentinelle	3
3	Description du processus du repérage des fragilités dans le cadre d'un plan d'aide.....	4
3.1	Le process	4
3.2	Exemples de grilles de repérage	4
3.3	Les outils SI de remontée et de traitement des repérages.....	8
3.4	Le mode opératoire de traitement des remontées d'observation	9
3.5	Les fiches de « missions » des intervenants	10
3.6	Les indicateurs du processus	11
4	La mise en place du processus au sein de la structure, accompagnement au changement	12
4.1	Phasages du projet de déploiement du processus	12
4.2	Phase 1 : Validation de la démarche et du cadre de mise en place par la Direction	12
4.3	Phase 2 : Formalisation du processus et choix des outils	14
4.4	Phase 3 : Développement de l'outil SI	18
4.5	Phase 4 : Formation et accompagnement des équipes	19
4.6	Phase 5 : Lancement : pilote et déploiement	20
4.7	Phase 6 : Évaluation et démarche qualité d'amélioration continue.....	21
4.8	Des arguments d'accompagnement au changement : les bénéfices constatés	22
4.9	Des facteurs de succès.....	24
5	Conditions de faisabilité du processus sentinelle.....	24
5.1	Approche économique	24
5.2	Approche organisationnelle.....	26
5.3	Contraintes techniques.....	26
5.4	Ressources mutualisées, d'information et de sensibilisation	27
5.5	Facteurs généraux facilitant	28

1 Objet du document

La présente démarche relève du souhait de la CARSAT RA de soutenir un essaimage des processus de repérage des risques de fragilisation, suite aux différents projets qu'elle a soutenus entre 2017 et 2021 (celui de l'UNA AURA (avec MAXI Aide Grand Lyon et l'AIMV), celui de la PAPAVAL MAD, celui de IsèreADOM avec le CD38) et en cohérence avec le déploiement de OSCAR.

Le cadre commun à ces projets, a pour objectif de présenter le processus de repérage des risques de fragilisation au sein d'un SAAD, ainsi que son déploiement dans le cadre des plans d'aides. Il doit être personnalisé pour que l'organisation mise en place s'intègre dans les pratiques métiers, le plan de formation et les outils du SAAD.

Le cadre commun est constitué de :

- Du présent document, le « **Process** » (modes opératoires, outils) pour la mise en place d'un pilote et le déploiement d'un repérage des risques de fragilisation par les intervenantes à domicile ;
- D'un « **Guide pour l'évaluation** » du processus de repérage de risque de fragilisation
- D'une « **Aide à la décision** », traitement d'une remontée d'information suite au repérage d'un signe de fragilisation ;
- D'un « **Volet SI** », qui rassemble des présentations / retour d'expérience / cadre national sur les SI nécessaires au process ;
- D'une « **Fiche formation** » avec le programme proposé par un OF pour soutenir les responsables de secteur ;
- Et de **présentations** au format powerpoint de ces différents contenus : le Process, un retour sur l'accompagnement de la mise en place du processus dans 6 SAAD (session 2023).

2 Enjeux et attendus du processus sentinelle

Objectifs du Processus « sentinelle » de repérage et de prévention des risques de fragilisation d'un bénéficiaire dans le cadre de l'accompagnement de son plan d'aide

Pourquoi ?

Assurer le « bien vieillir », dans les meilleures conditions, des personnes accompagnées

- Veiller à l'émergence de nouveaux besoins.
- Éviter la survenue d'événements dits « évitables » (épuisement d'un aidant, rupture de prise en charge, hospitalisation non justifiée, ...)
- Anticiper l'apparition d'une éventuelle aggravation de la perte d'autonomie liée à un trouble fonctionnel ou cognitif, à une pathologie, un événement ou un ressenti. Cela peut concerner la personne accompagnée, son entourage ou son aidant

Comment ?

Signaler tout changement qui peut conduire à l'aggravation de la situation et proposer

- Un ajustement de l'accompagnement au quotidien de la personne accompagnée et / ou son aidant
- Des actions en réponse aux besoins identifiés et/ou interpeller un professionnel médico-social ou de santé, en relais, pour adapter le plan d'aide ou de soins

Commentaires :

Les actions que peuvent proposer les SAAD, concernent les professionnels du médico-social mais aussi les professionnels de santé.

Dans le cadre d'OSCAR, le SAAD assure une orientation (vers de l'aide humaine, aide technique, action de prévention) et une coordination de l'orientation si un autre acteur de la prise en charge était interpellé, sous réserve de la validation de l'orientation par le bénéficiaire. À noter que la coordination ne concerne que le plan d'aide (et non le plan de soins).

Dans le cadre de l'APA, le SAAD peut assurer une orientation vers une action de prévention, vers un acteur de la prise en charge (sanitaire ou médico-social) mais la coordination ne peut être aussi poussée.

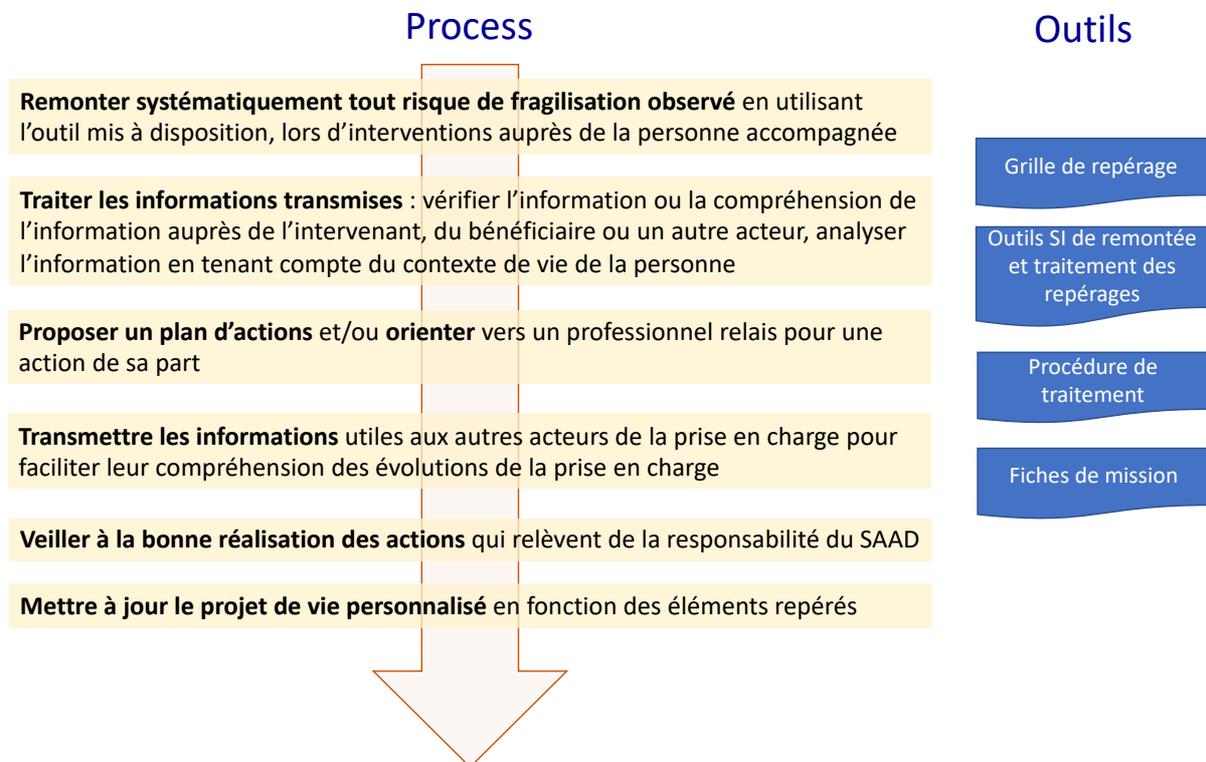
Ainsi :

- *Le repérage des risques de fragilisation est systématique, quel que soit le Gir*
- *La proposition d'orientation est systématique quel que soit le Gir*
- *La coordination de l'orientation est définie dans le cadre de OSCAR exclusivement, à ce jour*

3 Description du processus du repérage des fragilités dans le cadre d'un plan d'aide

3.1 Le process

Les étapes et les principaux outils nécessaires, peuvent résumés de la façon suivante :



3.2 Exemples de grilles de repérage

Il n'existe pas de grille de repérage des risques de fragilisation, « imposée ». Il n'y a pas de grille type mais un ensemble de critères à traiter et un vocabulaire à adapter selon les structures. Il est donc attendu de chaque professionnel de définir la grille qui lui convient le mieux, compte tenu de ses pratiques, sa culture, ses ambitions.

Plusieurs exemples de grilles sont suggérées :

Exemple 1 : ANESM

voir https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835142/fr/l-outil-de-reperage-des-risques-de-perte-d-autonomie-ou-de-son-aggravation

Et

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm-rbpb_reperage_des_risques_personnes_agees_a5-bat_-_pdf_interactif.pdf

et

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-03/fiche-outil_reperage_perte_autonomie.pdf

Mon Intervention au domicile devient difficile pour

Le lever / le coucher

La toilette / l'habillement / le déshabillage

La préparation / la prise de repas

Le ménage / le repassage

Les sorties / les courses / les RDV extérieurs

L'aide à la prise de médicaments

Autre

J'observe des modifications d'environnement de la personne

La diminution des relations familiales et/ou des proches de la personne (séparation, hospitalisation, maladie, décès...)

La diminution des relations avec l'extérieur (moins de sorties, moins de loisirs, moins de contacts avec les amis, les voisins, les clubs...)

L'arrêt/dysfonctionnement des passages d'intervenants à domicile (IDE, kiné, ...)

L'arrêt/dysfonctionnement des passages du service de portage des repas

Autre

J'observe que la personne a plus de difficultés à

Faire sa toilette / s'habiller / se déshabiller

Prendre ses médicaments

Utiliser le téléphone, le téléviseur, l'ordinateur, la tablette...

Se déplacer dans son logement

Se déplacer dans son quartier

Utiliser les transports

Faire les courses

Gérer ses finances et l'administratif (payer chez les commerçants, gérer son budget, les factures, le courrier...)

Autre

J'observe les signaux suivants

Chute plus souvent / a chuté / a du mal à tenir en équilibre

Mange moins / a maigri / s'hydrate moins

N'a plus la même hygiène (change rarement de vêtements, ne se lave plus...)

Se plaint beaucoup (de sa santé, de sa mémoire, de son sommeil, de voir moins bien, de moins entendre, de sa solitude, de manque d'argent,...),

A plus de douleurs

Se sent plus fatigué(e)

Semble plus triste, exprime moins d'envie ou n'a plus envie de rien

A peur / Se sent angoissé(e)

Est plus agressif(ve) / Se sent persécuté(e)

A plus de mal à accepter /commence à refuser mon intervention

Consomme plus d'alcool

Ne connaît plus les jours / Me reconnaît plus difficilement

Oublie parfois mes passages / ceux des autres professionnels

N'ouvre plus les volets / vit dans le noir

Autre

Exemple 2 : grille établie sur la base des travaux de l'Isère et de suggestions de SAAD

Thèmes « socles »

La personne accompagnée	<input type="checkbox"/> Ressentis : douleur, fatigue, trouble du sommeil <input type="checkbox"/> Comportement, humeur : tristesse, anxiété, agressivité <input type="checkbox"/> Déclin cognitif : désordre anormal, oubli (gaz, casserole sur le feu), se perd dans le temps et l'espace <input type="checkbox"/> Nutrition / dénutrition : écart de poids, perte d'appétit / boulimie, troubles digestifs, denrée périmée <input type="checkbox"/> Actes de la vie quotidienne : négligence, dégradation (hygiène, habillage, préparation repas, courses...) <input type="checkbox"/> Communication : pas d'usage du téléphone <input type="checkbox"/> Mobilité : risque ou difficulté de déplacement intérieur et extérieur <input type="checkbox"/> Chute / trouble de l'équilibre <input type="checkbox"/> Médicaments : problème de gestion (pilulier, ordonnance, rangement des médicaments) <input type="checkbox"/> Addiction <input type="checkbox"/> Aides mises en place : arrêt, dysfonctionnement, refus <input type="checkbox"/> Administratif / financier : problème de gestion
Le logement	<input type="checkbox"/> Logement : dégradation, problème de chauffage, électricité, entretien du logement <input type="checkbox"/> Aide technique et télé alarme : problème d'utilisation, difficulté de transferts (salle de bain, WC..)
L'entourage de la personne	<input type="checkbox"/> Lien social : diminution ou arrêt des relations avec l'extérieur ou absence d'un proche, isolement <input type="checkbox"/> Aidant : Épuisement, défaillance, plainte, risque de maltraitance <input type="checkbox"/> Absence / perte d'un proche <input type="checkbox"/> Animal de compagnie : séparation

Thèmes « optionnels »

Risques professionnels

Matériel et équipement	<input type="checkbox"/> Produits ménagers, nettoyage sol, en hauteur, équipements
Environnement	<input type="checkbox"/> Éclairage, surface glissante, pièces encombrées, tapis, accès (salle de bain, lit ..), objets tranchants, contamination
Etat général du logement	<input type="checkbox"/> Installation électrique, chauffage, canalisation

Compléments « possibles »

Niveau de risque	<input type="checkbox"/> « élevé », « moyen », « faible »
Degré d'importance	<input type="checkbox"/> Avec / sans « drapeau »
Degré d'urgence	<input type="checkbox"/> nécessite « une évaluation urgente », « évaluation rapide » ou « évaluation non urgente ».

Exemple 3 : issus d'une fédération

Evenements particuliers repérés :

Sortie d'hospitalisation
Annonce pathologie
Veuvage ou Décès d'un proche
Modification des relations sociales

Altération Générale :

Evolution de l'état de santé

Perte ou prise de poids
Difficulté à entendre ou voir
Déplacements difficiles
Transferts difficiles (se lever, s'asseoir)
Essoufflement
Plaintes récurrentes (sommeil fatigue perte d'appétit)
Chutes
Laisser aller générale : changement d'apparence, coiffure,,
Perte de motivation à participer, sortir
Changement rapide d'humeur : agressivité, hypersensibilité,,
Confusion
Sentiment d'insécurité
Mise en danger
Refus/Rejet de traitement

Signes d'isolement

Evolution de la vie sociale, sortie extérieure moins fréquentes
Rupture progressive ou brutale avec l'entourage
Décès d'un proche
Expression d'un sentiment de solitude
Refus de l'aide professionnelle
autres :

Les signes de difficulté d'accès aux soins

Absence de médecin traitant
Absence de suivi médical régulier

Les signes de souffrance psychique

Tristesse, découragement, angoisse, perte de plaisir, d'envie
Sentiment d'inutilité, baisse de l'estime de soi,
Repli, état dépressif, envie de mourir
Dénutrition
Désintérêt de la personne, perte de lien avec entourage
Désinvestissement pour les objets personnels

Les signes de troubles cognitifs et du comportement

Difficulté à se concentrer, à se souvenir (oublis fréquents)
Difficulté à trouver ses mots, à s'exprimer
Difficulté à s'orienter dans le temps
Difficulté à s'orienter dans l'espace
Ne s'habille plus en cohérence avec la saison
Modification dans sa capacité à prendre des décisions
Difficulté à reconnaître les personnes
Modification du comportement et/ou de l'humeur (agressivité, errance)
Refus de soins, sentiments de persécution, apathie etc,,

Les signes de précarité

Difficultés financières (pouvant générer un manque d'accès aux soins)
Conditions matérielles insuffisantes et persistantes (pas de chauffage,,)
Absence de couverture sociale

Les signes de perte d'autonomie liés aux déplacements ou aux transferts

Difficulté à sortir du lit, se lever de la chaise ou fauteuil
Déplacements plus rares ou plus difficiles
N'arrive plus à faire certains déplacements seul ou demande + d'aide
Besoin d'une canne ou déambulateur
Chutes répétées

Les signes de perte d'autonomie physique repérables lors de l'Habillement/déshabillage

Modification du temps mis pour s'habiller
Modification de sa capacité à mettre ses vêtements haut et bas
Difficulté à choisir ses vêtements, à les trouver, à les adapter à la saison
Difficulté à boutonner ses vêtements etc

Les signes de perte d'autonomie physique repérables lors de l'élimination

Modification dans les capacités à aller aux toilettes
Apparition d'incontinence jusque là inexistante
Ne porte plus ses protection ou les retire
Ne fait plus ses besoins dans un lieu adéquat

Les signes d'une déficience sensorielle

Fait répéter, ne comprend pas ce qui vient d'être dit (déficience auditive)
Butte, chute, se cogne (déficience visuelle)
N'a plus envie de manger, déprime (déficience gustative)

Les signes d'une mauvaise nutrition et/ou hydratation

Mange/bois moins
Mange plus lentement
Refuse de manger et ou de boire
Fait des fausses routes
Modification visible du poids

Exemple 4 : grille INR sur les risques professionnels

Voir <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%204298>

3.3 Les outils SI de remontée et de traitement des repérages

L'utilisation d'un outil SI est indispensable pour ce processus. Pour être facilement utilisable, il doit a minima :

- Etre accessible depuis le domicile du bénéficiaire via le smartphone de l'intervenante à domicile
- Etre interfacé avec le logiciel métier

logiciel

Intégré au logiciel métier du SAAD

Accessible depuis le smartphone du SAAD
Ou
Sur le PC au bureau

Dans le logiciel métier

Pour les salariés du SAAD, intervenants à domicile, resp de secteur, service Qté

Fonctions « socles »

- Liste des cases à cocher de la grille
- Suivi horodaté et par auteur des « coches »
- Degré d'urgence / d'importance de la « coche »
- Notification (mail) de l'utilisation de la grille
- Traçabilité du plan d'actions proposé et de son suivi

Fonctions « optionnelles »

- Historique des indicateurs
- Commentaire libre – ou Mesure à prévoir, conseils proposés
- Interface avec l'outil métier du SAAD
- Interface avec la messagerie sécurisée Monsisra

La fonction première de l'outil est de permettre de tracer les observations des intervenants à domiciles concernant les risques de fragilisation.

D'autres fonctions peuvent être attendues :

Retours d'information aux intervenants : c'est un point important à faire figurer dans l'outil SI. Actuellement cette fonction n'est pas automatisée, elle relève du processus, dans lequel le responsable de secteur doit formaliser le plan d'actions dans l'outil.

Interface avec l'outil métier : Le suivi du plan d'actions relève plus de l'outil métier que de l'outil de repérage des risques de fragilisation.

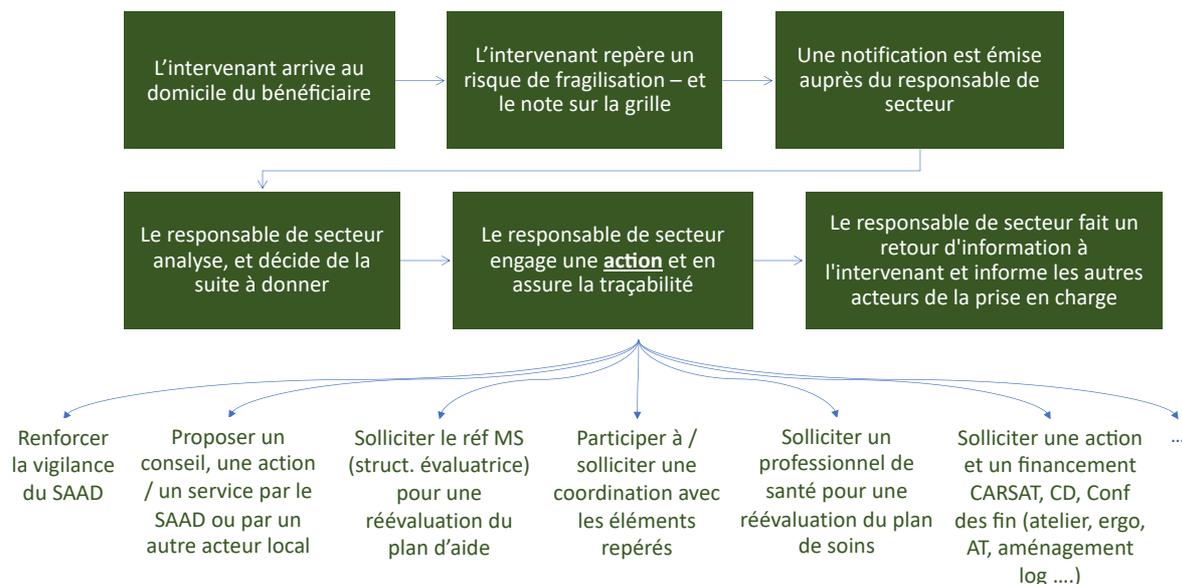
Le suivi de la coordination dans le cadre d'OSCAR doit être fait sur un outil SI à part, fourni par la CNAV, sans interface avec l'outil métier. Si demain, un outil pour les Gir 1 à 4 devait être proposé, il faudra veiller à ne pas démultiplier les outils et/ou s'assurer des interfaçages entre eux, mais avec efficacité.

Les interfaces avec la messagerie sécurisée du GCS SARA, qui s'appelle Monsisra, semble à terme, incontournables.

A noter : le cadre commun comporte un « Volet SI », document à part, à consulter !

3.4 Le mode opératoire de traitement des remontées d'observation

Le mode opératoire comporte des étapes de remontées des informations, de traitement par le responsable de secteur et de définition d'un plan d'actions.



A noter : le cadre commun comporte une « Aide à la décision », document à part, à consulter !

Des outils comme des annuaires, des procédures pour les coordinations territoriales, ... sont utiles. Ils sont à créer ou à adapter selon les structures et les territoires.

3.5 Les fiches de « missions » des intervenants

Process cible – fiche de mission « sentinelle » – intervenant à domicile

Missions

- Utiliser la solution SI mise à disposition :
 - Pendant l'intervention, observer la situation, être attentif à tout risque de fragilisation
 - À la fin de l'intervention, faire remonter ses observations : Renseigner la grille de repérage d'indicateur de vigilance / critères de fragilisation
- Participer à la mise en œuvre des actions de prévention (dans son champ de compétences)

Savoir faire

- Disposer d'une vision globale des facteurs de perte d'autonomie
- Savoir repérer les informations importantes relatives aux signaux de fragilité
- Savoir observer

Savoir être

- Être en capacité d'échanger avec le bénéficiaire et ses proches, sur sa situation, dans le respect de sa vie privée et de ses choix
- Être attentif à toute communication verbale et non verbale

Process cible – fiche de mission « sentinelle » – responsable de secteur

Missions

Vis-à-vis du bénéficiaire et de ses proches

- Effectuer une visite au domicile du bénéficiaire afin de lui expliquer le processus de repérage
- Assurer le suivi des bénéficiaires en utilisant les outils mis à disposition
- Traiter et assurer le suivi des remontées d'observation
- Proposer des actions de prévention (dans son champ de compétences) au regard des informations remontées.

Vis-à-vis des intervenants à domicile

- S'assurer que les différents acteurs intervenant au domicile de la personne (auxiliaires de vie et autres intervenants), aient une bonne compréhension des points à faire remonter et accompagner les acteurs sentinelle dans leurs pratiques professionnelles

Vis-à-vis du référent médico-social (structure évaluatrice OSCAR ou APA)

- Solliciter le référent le référent médico-social en cas d'évolution des besoins nécessitant une révision du plan d'aide
- Mettre à disposition du référent médico-social, les éléments tracés pour faciliter l'évaluation de la situation

Vis-à-vis des professionnels de santé

- Solliciter le professionnel de santé pour faire valoir des problématiques de santé observées
- Mettre à disposition du professionnel de santé, les éléments tracés pour faciliter l'évaluation de la situation

Vis-à-vis des acteurs de la coordination

- Solliciter les acteurs de la coordination en fonction de la problématique dominante
- Assurer le suivi des actions qui auront été convenues par les acteurs de la coordination
- Transmettre aux acteurs de la prise en charge, les informations utiles et nouvelles, sur la prise en charge
- En cas de complexité, solliciter le « guichet d'entrée » de gestion des situations complexes du territoire pour un relais professionnel.

Savoir faire

- Disposer d'une vision globale des facteurs de perte d'autonomie à domicile
- Savoir réaliser des analyses et des synthèses de paramètres caractéristiques d'une situation à domicile
- Savoir traiter des remontées d'informations et proposer des actions de prévention au regard des problématiques identifiées
- Savoir encadrer et accompagner une équipe d'intervenants à domicile

Savoir être

- Être en capacité d'échanger avec le bénéficiaire et ses proches, sur sa situation dans le respect de sa vie privée et de ses choix
- Être en capacité d'assurer les échanges avec les professionnels sanitaires, médico sociaux et sociaux, en charge de la coordination et du suivi

Commentaires :

D'une façon générale, ces fiches missions n'apportent pas d'éléments nouveaux par rapport aux missions générales des professionnels. Autrement dit, les professionnels doivent être en capacité de

répondre aux attendus du suivi sentinelle, dès à présent même si les process et outils spécifiques ne sont pas en place.

3.6 Les indicateurs du processus

- Indicateurs d'effectivité
 - Nb de bénéficiaires différents concernés par une grille ou un/des critères cochés
 - Nb d'intervenants à domicile, auteurs de repérage (qui ont coché un critère / une grille)
 - Nb de ré évaluations du plan d'aide médico-social
 - Nb de sollicitations par le SAAD, d'un acteur ressource

- Indicateurs d'efficacité (via une enquête qualité périodique)
 - Degré de satisfaction du bénéficiaire et/ou son représentant
 - Trouvez-vous que l'organisation qui consiste à désigner le responsable de secteur comme votre « référent de situation », à mettre à disposition des outils de suivi de vos besoins et de partage de ces informations entre professionnels intervenant à domicile est :
 - très utile / utile / pas trop utile / pas du tout utile / ne se prononce pas ?
 - Qu'est-ce que cela vous a apporté ? Que voudriez-vous voir amélioré ? (texte libre).
 - Degré de satisfaction des intervenants à domicile
 - Trouvez-vous que l'organisation qui consiste à désigner le responsable de secteur comme « référent de situation » du bénéficiaire, à mettre à disposition des outils de suivi de ses besoins et de partage de ces informations entre professionnels intervenant à domicile est :
 - très utile / utile / pas trop utile / pas du tout utile / ne se prononce pas ?
 - Qu'est-ce que cela vous a apporté ? Que voudriez-vous voir amélioré ? (texte libre).

Commentaires :

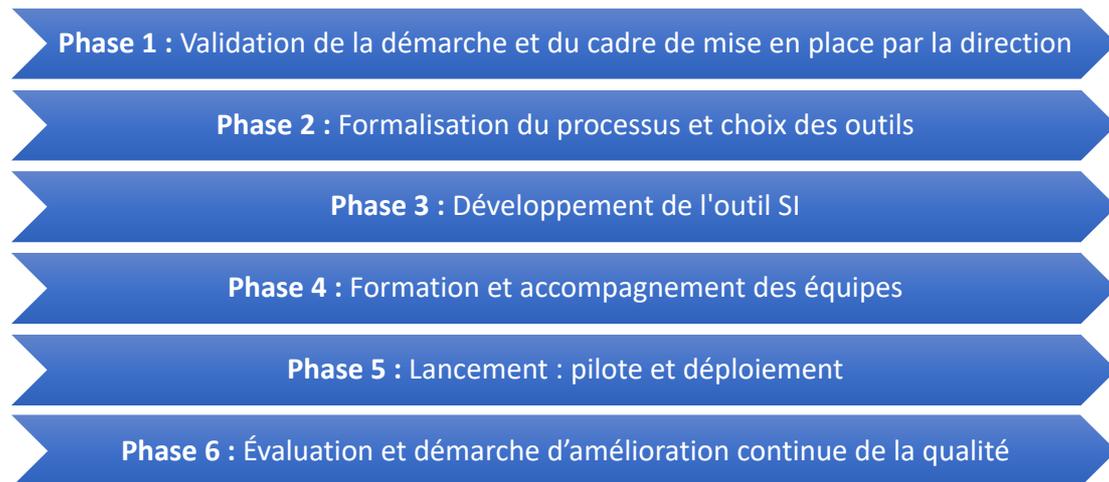
Le nombre de sollicitations d'un acteur relais n'est pas une information structurée dans les outils SI. C'est difficile à suivre. La structure pivot s'organise pour ce type de reporting, mais ce n'est pas le cas en dehors de cette mission. Indicateur maintenu sous réserve de faisabilité.

A noter : le cadre commun comporte un « Guide pour l'évaluation », document à part, à consulter !

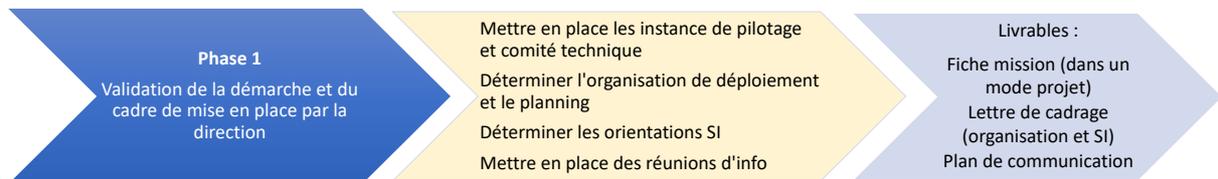
4 La mise en place du processus au sein de la structure, accompagnement au changement

4.1 Phasages du projet de déploiement du processus

Déploiement - processus



4.2 Phase 1 : Validation de la démarche et du cadre de mise en place par la Direction



○ **Étape 1 : Mettre en place les instances de pilotage et le comité technique**

Questions à se poser :

- Qui porte le projet au sein du SAAD ?
- Quelles sont les instances de pilotage (comité de pilotage), techniques (comité technique, groupe de travail ...) ?
- Faut-il faire appel au volontariat auprès des professionnels pour constituer les GT

○ **Étape 2 : Déterminer l'organisation pressentie pour le déploiement et le planning**

Questions à se poser :

- Quelle stratégie de déploiement ? : mise en place par étape secteur par secteur ? expérimentation dans un secteur ? durée de l'expérimentation ? cible des bénéficiaires (en lien avec le cadre conventionnel éventuellement) ?
- Quel est le planning du déploiement ?
- Qui participe à l'étape 2 ? composition des groupes de travail

○ **Étape 3 : Déterminer les orientations SI**

Questions à se poser :

- Quel est l'outil métier utilisé ? quelles sont les possibilités d'évolution ? d'interfaces ?
- Existe-t-il un outil SI proposé par le Département ?
- Un smartphone professionnel est-il en place ? sinon y a-t-il une volonté de mise en place ?
- Quelles sont les interfaces souhaitées ? avec l'outil métier du SAAD ? avec le GCS SARA ?
- Quel est le support de l'outil de repérage recommandé ? faut-il un outil spécifique type Apps ? intégré dans un cahier de liaison numérique ? intégré à la télégestion ? l'outil de repérage est-il interne au SAAD ? ouvert à d'autres acteurs ? ouvert au bénéficiaire ? aux proches ?

○ **Étape 4 : Mettre en place des réunions d'information sur la démarche**

Auprès du CA, des équipes, du CVS, etc.

Choix :

- Formuler le caractère stratégique de ce process (le « SAAD de demain »)
- Commencer par un pilote (secteur - durée)
- Cadrer les solutions SI (périmètre d'évolution, interfaces, équipement matériel)

Points de vigilance :

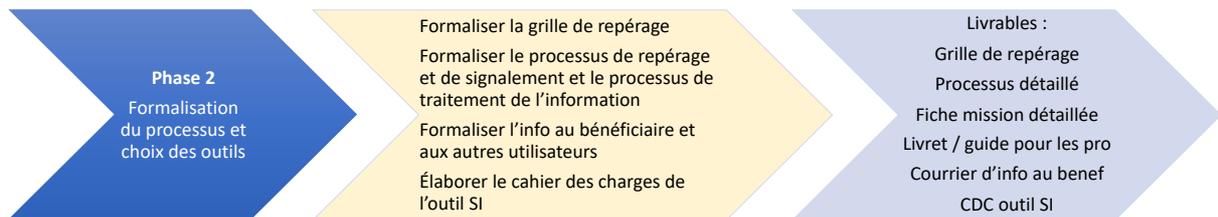
- Implication difficile lorsque les intervenants n'utilisent pas l'outil pour tous leurs bénéficiaires suivis
- Désignation d'un chef de projet qui a la culture « prévention » avant tout
 - La personne retenue pour mener le projet doit avoir nécessairement la culture de la prévention. C'est un critère prioritaire.
 - Dans l'idéal, le référent sentinelle est le coordonnateur OSCAR. Il est aussi le pilote de la démarche du processus.

La notion de coordination n'est pas maîtrisée au même niveau selon les responsables de secteur. Il s'agit de les accompagner vers de la coordination, et non de les "déshabiller" de cette fonction, même si c'est difficile pour certain. La direction doit avoir cette vigilance d'accompagnement vers cette mission.

Recommandations :

- Valider la démarche en CA
- Informer le CSE
- Présenter la démarche en Conseil de vie sociale
- Lancer le plan de communication auprès de tous les professionnels, sur la culture de la prévention
- Si le SAAD n'est pas encore équipé pour la télégestion : Engager la télégestion en même temps que la démarche de repérage de la fragilité (équipement SI/ smartphone)

4.3 Phase 2 : Formalisation du processus et choix des outils



○ **Étape 1 : Formaliser la grille de repérage**

En lien avec les orientations de la phase 1

Questions à se poser :

- Quels sont les objectifs de la grille de repérage ?
- Quel est le contenu de la grille de repérage ?
- L'utilisateur principal de la grille est l'intervenant à domicile mais y a-t-il d'autres utilisateurs ?

○ **Étape 2-1 : Formaliser le processus de repérage**

Questions à se poser :

- À quel moment la grille est-elle utilisée ? (à chaque intervention, seulement si on observe un changement, lors de campagnes de dépistage ?)
- Comment l'information remonte vers le responsable de secteur ? est-ce le même outil des intervenants à domicile ? un autre outil ? l'information est-elle partagée avec le bénéficiaire ? les proches ? d'autres professionnels ?
- Faut-il développer des outils de communication spécifiques en dehors de la procédure écrite ? (guide, plaquette..), pour qui ?

○ **Étape 2-2 : Formaliser le processus de traitement de l'information**

Questions à se poser :

- Le responsable en charge du traitement de l'information, est-il un responsable d'encadrement et effectue-t-il ce travail dans le cadre de ses missions ? cette mission est-elle spécifique et est-elle confiée à un professionnel en charge uniquement de ce suivi ?
- Quelles sont les étapes de traitement des données par le responsable ? Comment le contexte de vie et le Projet de vie individualisé sont pris en compte dans l'analyse ? Est-ce que chaque signalement nécessite la mise en place d'un plan d'action ? Comment est formalisé le plan d'action ? Comment le suivi des plans d'actions est-il mis en place ? Est-ce le RS ou un autre professionnel qui se charge de suivre et d'évaluer les plans d'actions ? Quand et comment (outil mis à disposition – utilisation de Monsisra ?) est sollicité un autre acteur de la prise en charge ? quelles sont les informations transmises aux intervenants ? et comment ?
- Quels sont les outils à mettre à disposition du RS pour l'aider à traiter les informations ?
- Quels sont les annuaires existants sur le territoire (FG, Département ...)
- Quels sont les limites du champ d'actions du responsable ? quels sont les appuis en interne du SAAD en cas de difficulté, doute, questions ? À quel moment une situation nécessite un travail en réseau avec d'autres partenaires ? lesquels ?
- Comment les éléments repérés et traités viennent alimenter le projet de vie individualisé
- faut-il développer des outils de communication spécifiques en dehors de la procédure écrite ? (guide, plaquette..)

○ **Étape 3-1 : Formaliser l'information pour les bénéficiaires**

Questions à se poser :

- Quand et comment est informé le bénéficiaire de l'utilisation de l'outil de repérage ?
- Comment est recueilli et suivi le consentement du bénéficiaire ? (évaluation annuelle ?)
- Quels sont les documents à mettre à jour ? (livret d'accueil, contrat ...)
- Faut-il développer des outils de communication spécifiques ? (guide, plaquette ..)

○ **Étape 3-2 : Formaliser l'information auprès des autres utilisateurs (si concerné) ?**

Questions à se poser :

- Quand et comment sont-ils informés de l'utilisation de l'outil de repérage ? (information individuelle ? collective ?) faut-il développer des outils de communication ?

○ **Étape 4 : Élaborer le cahier des charges de l'outil SI**

Questions à se poser :

- Comment est assurée la confidentialité de l'information ? la traçabilité de l'information ?
- Quel est le support retenu pour intégrer la grille de repérage ?
- Quelles sont les interfaces retenues ?
- Quelles sont les fonctionnalités essentielles de l'outil ?

Exemples de modalités de mise en œuvre de la phase 2 – les grilles de repérage

Des exemples d'objectifs de la grille
<ul style="list-style-type: none"> - Aider les différents intervenants à domicile (à travers un outil simple) et les proches, voire les bénéficiaires eux-mêmes à tracer les événements inhabituels - Partager une vision commune de la situation - Permettre une historisation et un suivi dans le temps de l'évolution des besoins et des réponses apportées
<ul style="list-style-type: none"> - Aider les intervenants à domicile à faire remonter de l'information : événements inhabituels - Mettre à disposition des intervenants un guide avec des critères simples (vocabulaire) pour les aider à observer
<ul style="list-style-type: none"> - Repérer les bénéficiaires en situation de fragilité = améliorer la qualité de la prise en charge - Ne pas perdre de signalement
<ul style="list-style-type: none"> - Valoriser les pratiques métiers des intervenants à domicile et leur permettre de « prendre de la hauteur » avec une vision de la prise en charge globale du bénéficiaire - Prendre en compte les sources d'accidents potentiels à domicile - Alerter/ informer les responsables de secteur de l'évolution de la situation - Sensibiliser les bénéficiaires et leur entourage aux risques à domicile / donner des conseils en matière de prévention.

Des exemples d'organisation pour la construction de la grille	Des exemples de structures de la grille	Des exemples d'utilisateurs de la grille
Grille élaborée avec un groupe de travail sur la fragilité de la filière gérontologique. Puis, validée (vocabulaire utilisé) par le comité des usagers.	La grille contient 15 items répartis en 4 sections : <ul style="list-style-type: none"> - Le bénéficiaire - Le logement / la sécurité - L'entourage - Autres (administratif) Une Grille multidimensionnelle est accessible pour le RS contenant des sous-items (21) pour affiner les repérages.	Intervenant à domicile Bénéficiaire et proches Autres acteurs de la prise en charge et proches Tous avec l'accord du bénéficiaire.
Grille élaborée en groupe de travail en interne avec le Professeur de gériatrie, la Direction, responsables de secteur, intervenants à domicile.	La grille contient 34 items répartis en 7 sections : <ul style="list-style-type: none"> - Incurie, insécurité, soucis d'hygiène - Lien social - Nutrition / dénutrition - Chute à répétition - Médicaments - Défaillance de l'aidant - Déclin cognitif 	Intervenant à domicile
Grille élaborée en groupe de travail en interne avec les responsables de secteur et aides à domicile des recommandations	La grille contient 30 items répartis en 8 sections : <ul style="list-style-type: none"> - Incurie, insécurité, soucis d'hygiène - Lien social - Nutrition / dénutrition 	Intervenant à domicile

Des exemples d'organisation pour la construction de la grille	Des exemples de structures de la grille	Des exemples d'utilisateurs de la grille
et bonnes pratiques de l'ANESM et de l'OMS.	<ul style="list-style-type: none"> - Chute à répétition / mobilité - Médicaments - Défaillance des aidants - Déclin cognitif - Risque de maltraitance 	
Grille élaborée en groupe de travail en interne avec les responsables de secteur à partir de la grille de l'INRS « Repérer et prévenir les risques professionnels à domicile »	<p>La grille contient 33 séquences réparties en 6 modules</p> <ul style="list-style-type: none"> - Matériel et équipements - Environnement - Aides techniques - État général du logement - Mode de vie - État général 	Intervenant à domicile

Exemples de modalités de mise en œuvre de la Phase 2 – Les processus

Des exemples de processus macro
<p>L'intervenant à domicile avec son smartphone, ouvre le CLN en arrivant et voit les critères précédemment cochés, ainsi que les commentaires laissés dans le fil d'actualité (vision globale). Après son intervention il laisse dans le fil d'actualité ses commentaires (comme dans le cahier papier) et éventuellement coche des critères de fragilités. Le RS reçoit par mail les notifications concernant l'ensemble des bénéficiaires suivis ayant des indicateurs cochés ou des messages avec un "flag" (drapeau). Il consulte le dossier et l'historique des critères et des messages et juge si il faut un plan d'actions ou si il faut confirmer les observations (après plusieurs "repérages"). Si il faut un plan d'action, le RS utilise une grille récapitulative des critères cochés (avec leurs dates et commentaires), dénommée une grille multidimensionnelle, pour accompagner ses demandes d'ajustement du plan d'aide ou du plan de soins, au référent du Département ou au Médecin ou en réunion de concertation ou de coordination. Ensuite les critères sont "remis à zéro". Il fait un retour par un commentaire dans le CLN de l'action engagée auprès de son équipe.</p>
<p>L'intervenant à domicile lors d'une intervention, repère un changement, se connecte à son smartphone et à partir de l'Apps métier sur le nom du bénéficiaire / sélectionne « repérage », coche la (les) case (s) correspondant au critère de fragilité et en conclusion indique si cela nécessite « une évaluation urgente », « évaluation rapide » ou « évaluation non urgente ». Le RS reçoit une alerte automatique sous forme d'e-mail comprenant le nom du bénéficiaire et le contenu de la grille générée. Le RS se connecte à son outil métier et clique sur « repérage » (interface avec l'outil Dôme), visualise l'historique des grilles générées, consulte la grille créée et traite l'information : fait son analyse et met en place un plan d'action et note celui-ci dans la zone « commentaire » de la grille. Le RS valide et clôture la grille (à chaque « grille »). Le RS fait un retour « oral » aux intervenants du plan d'action mis en place. L'assistant qualité se connecte en tant qu'administrateur à la plateforme Dôme, consulte toutes les grilles générées</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si la grille est clôturée : consulte le contenu de la grille et vérifie la cohérence entre les critères sélectionnés et le plan d'action mis en place (si non cohérence, fait un e-mail au RS pour comprendre ce qui a été réellement fait et demande de mettre à jour les informations) - Si la grille est non clôturée : fait une relance par e-mail auprès du RS - Et note sur un fichier le suivi « des plans d'actions » effectué/ à faire
<p>L'aide à domicile lors d'une intervention repère une « fragilité » / observe un changement, se connecte à son smartphone et coche la (les) case (s) correspondant au critère de fragilité. Le RS reçoit sur son outil métier (Cityzen) une pop up de notification l'informant qu'une grille a été renseignée. Le RS visualise la grille, complète éventuellement la grille et la valide, puis traite l'information : fait son analyse et met en place un plan d'action. Une fois le plan d'action mis en place, le RS clôture la grille (à chaque « grille »). La grille est enregistrée dans l'outil / historique des grilles générées pour le bénéficiaire. Le RS fait un retour à l'AD par SMS lors de la validation de la grille, plan d'action en cours de mise en place, plan d'action clôturé. Le RS met à jour la fiche mission à jour en conséquence. Pas de formalisation et de suivi des plans d'actions</p>

Des exemples de processus macro
<ul style="list-style-type: none"> - Soit Le RS demande la réalisation d'une grille de repérage pour un bénéficiaire : dans l'outil de planification (Domiciel), le RS crée une tâche « grille de repérage (sensibilisation) » et laisse un commentaire pour préciser la demande. Dans ce cas, l'intervenant à domicile ouvre l'Apps (Penbase) sur son smartphone pro puis consulte son planning jour /voit à côté du nom du bénéficiaire « l'icône de la grille de repérage en vert » et lit le commentaire laissé par le RS. - Soit l'intervenant à domicile lors d'une intervention repère une évolution / un changement et décide de remplir la grille de repérage <p>À domicile, l'intervenant à domicile, ouvre l'Apps et consulte la « fiche usager » puis clique sur « grille de repérage » et sur le (s) module (s) à renseigner et enfin remplit les différentes séquences du module/ et valide la grille. Ensuite il évalue le niveau de risque : « élevé », « moyen », « faible » et renseigne la (les) mesure (s) à prévoir + un commentaire (texte libre) et le (les) conseils(s) proposé (s), puis il valide.</p> <p>L'intervenant peut aussi transmettre des informations au RS via la messagerie instantanée.</p> <p>La grille réalisée remonte automatiquement dans le dossier bénéficiaire du logiciel métier du RS.</p>

Des exemples d'outils pour le traitement des repérages
Utilisation d'un annuaire des services de proximité pour identifier des prestataires (selon les besoins du bénéficiaire) et de l'agenda des activités santé bien être (pour proposer des activités au bénéficiaire)
Utilisation d'un fichier qui détermine par items, les actions à engager (plan d'action type à mener) et existence de modes opératoires (les grandes étapes de l'utilisation des outils côté intervenants à domicile et RS). Ergothérapeute en soutien métier du RS : problématique, besoin de coordination, problématique de logement.
Le RS peut s'appuyer sur l'annuaire (papier) de la Filière Gérontologique pour pouvoir orienter (mise en place du plan d'action) et la fiche usager pour connaître les différents intervenants autour du bénéficiaire. Un assistant qualité fait le suivi des plans d'actions.
Un RS est en charge une fois par semaine d'effectuer une requête dans l'outil de planification (Domiciel) / onglet « évaluation » de toutes les grilles effectuées sous format Excel et dispatche le contenu à chaque RS concerné (en fonction du bénéficiaire). Le tableau Excel reprend les éléments suivants : (date et heure de la réalisation de la grille, type de grille : module renseigné, séquences sélectionnées, type de solutions et conseils proposés Le RS consulte le dossier bénéficiaire et propose un plan d'action en lien avec le bénéficiaire et en associant les différents intervenants à domicile et complète le tableau Excel « plan d'action » Le RS peut s'appuyer sur un annuaire ressource (papier) constitué en interne du SAAD. Le tableau Excel de suivi est partagé entre RS pour permettre une continuité en cas d'absence du RS. Lors des points mensuels individuels entre le RS et les intervenants à domicile : le RS fait le point sur les grilles réalisées auprès des intervenants à domicile : retour sur une action mise ou à mettre en place / demande de renseignements complémentaires.

Des exemples d'axes améliorations
<ul style="list-style-type: none"> - La formalisation des recommandations (prévention) est n'est pas réalisée – cette traçabilité gagnerait à être inscrite dans le cahier de liaison numérique pour une meilleure communication avec les autres acteurs de la prise en charge, le bénéficiaire et ses aidants - Il en est de même pour la formalisation des plans d'actions, le suivi des plans d'actions - Des indicateurs de suivi devraient être définis pour faciliter le pilotage de ce processus - Bien veiller à faire une impression de la liste de contacts pour le recueil du consentement du bénéficiaire aux partages de données avec ses contacts
<ul style="list-style-type: none"> - Évolution des fonctionnalités de l'outil : mise en place d'un SMS automatique pour faire un retour à l'intervenant auteur de la grille.
<ul style="list-style-type: none"> - Simplification de la grille (environ 15 items régulièrement utilisés sur 30 et en moyenne 3 items par grille) - Historisation des critères de fragilité - Formalisation et suivi des plans d'action - Indicateurs d'évaluation : éléments objectifs de discussion financière - Information et accès de la grille aux autres intervenants (PLT Dôme) - Utilisation d'un cahier de liaison numérique / compatible avec la grille

Des exemples d'axes améliorations

- Interface avec SARA / Monsisra
- Mieux définir le rôle managérial du RS avec ce processus

Choix :

- Définir qui traite les remontées d'info (le resp de secteur) et comment il est « soutenu »
- Arbitrer si la structure utilise une grille « ouverte » aux autres acteurs que le SAAD – ou non
- Arbitrer le périmètre de la grille (Autonomie + Sécurité au travail)

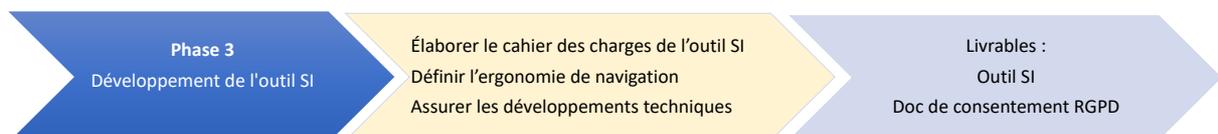
Points de vigilance :

- Nombre limité de critères (maxi ?)
- Vocabulaire simple et explicite
- Vocabulaire lisible de l'utilisateur (si ouvert)
- Prise en compte des temps d'échange Resp Sect– Intervnt
- Temps de retour du RS vers les Intervnt
- Disponibilité des outils (arbre de décision, annuaire de services et relais locaux (notamment sur la problématique de l'isolement ...))

Recommandations :

- Construire ces étapes avec les professionnels concernés
- Veiller à la construction et à la validation de la grille de repérage par « une expertise »
- Veiller que l'utilisation de la grille s'intègre dans les processus métiers et outils SI existants
- Veiller à préciser le cadre de mobilisation du bénéficiaire / ses aidants
- Disposer d'une grille qui peut être utilisée que partiellement : Lorsque la liste des critères est conséquente, il est recommandé d'avoir une grille avec "menus déroulants" pour n'utiliser qu'une partie de celle-ci et éviter d'avoir à tout balayer.

4.4 Phase 3 : Développement de l'outil SI



Exemple de modalités de recueil du consentement du bénéficiaire

- Information et consentement signé, lors de la demande d'APA
- Courrier d'information aux bénéficiaires à la mise en place du processus de repérage (possibilité de se signaler pour refuser)
- À terme, intégration de cette mission dans le contrat de prestation
- Dans le livret d'accueil la dimension « prévention des risques » est mentionnée ainsi que l'utilisation du smartphone par les intervenants à domicile.

Choix :

- Arbitrer un SI du marché, / sur mesure, / d'un acteur public (Dept, GCS)
- Arbitrer les interfaces SI (GCS SARA notamment)

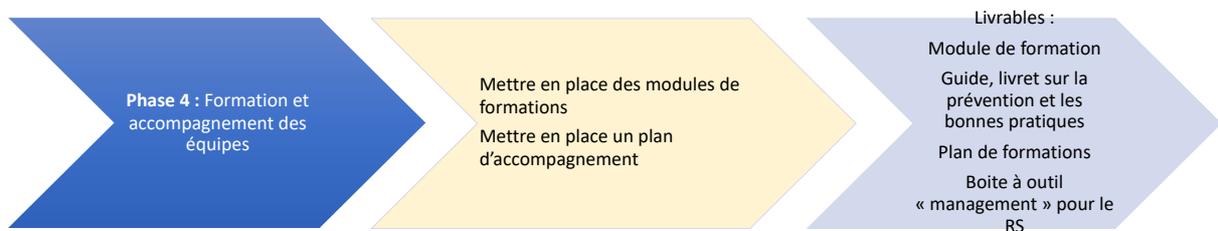
Points de vigilance :

- Prise en compte de la pré- existence (ou non) des usages du smartphone

Recommandations :

- Tester, tester, tester ... l'ergonomie !
- Intégrer les usages du SI dans le processus d'intégration d'un professionnel
- Déployer le smartphone avec à la fois le volet télégestion et repérage des fragilités

4.5 Phase 4 : Formation et accompagnement des équipes



○ **Étape 1 : Mettre en place des modules de formations**

Questions à se poser

- Quel est le contenu des modules de Formation ? est- ce -que certaines thématiques sont abordées dans des formations déjà dispensées ? faut-il séparer notion de repérage et utilisation de l'outil ?
- Les formations sont -elles dispensées en interne ? par un OF ? par le fournisseur de l'outil SI ?

Exemple de modalité de formations et d'accompagnement au changement

Formation préalable réalisée par le Professeur de gériatrie avec la Direction auprès des RS accompagnées de 2 intervenants référents. Puis réunion en interne par secteur par le RS et les 2 intervenants référents : information, intérêt du repérage, remise de la procédure.

Un groupe de 15 intervenants, a fait le pilote avant le déploiement.

Ensuite la formation des autres salariés en 1 an, a été engagée pour le déploiement avec systématiquement la présence de la DG ou un cadre de direction.

Le un projet est porté par la direction, avec une présence forte de l'encadrement, c'est un projet stratégique d'entreprise.

RS formé au préalable : 2x2h utilisation de Dôme (dispensée par Dôme) et la fragilité

Puis en interne, le RS forme son équipe (aide à domicile) 2x2h : utilisation de Dôme et la fragilité.

La formation par des référents a été privilégiée, une 10 aine d'intervenantes ont testé, fait des propositions d'amélioration des outils et ensuite ont formé leurs collègues, avec le même discours, les mêmes termes, cela permet des transmissions plus pertinentes.

La formation a été mise en place en même temps que le déploiement de l'outil de télégestion.

La partie « repérage » entre dans le plan de formation pour les intervenants à domicile formation « Acteur prévention secours » et pour les RS formation « Animateur prévention secours ».

Puis des ateliers prévention à destination des intervenants à domicile sont organisés 3 fois par mois en interne (un atelier est sur la notion de repérage) : chaque intervenant doit effectuer au moins un atelier par mois. Ce point est abordé lors des entretiens annuels.

○ **Étape 2 : Mettre en place un plan d'accompagnement**

Questions à se poser

- Comment accueillir les nouveaux salariés ?
- Comment veiller à l'appropriation des outils ? (évaluation, réunion de service ...)
- Quels sont les documents à mettre à jour ? (Livret d'accueil des salariés ...)
- Comment valoriser le travail de repérage des intervenants à domicile ?
- Comment les intervenants à domicile sont mobilisés dans la mise en œuvre et l'évaluation des plans d'action ?

Choix :

- Arbitrer une formation interne ou externe
- Désigner éventuellement des référents internes pour une formation par des pairs
- Combiner éventuellement cette formation avec celle de la télégestion

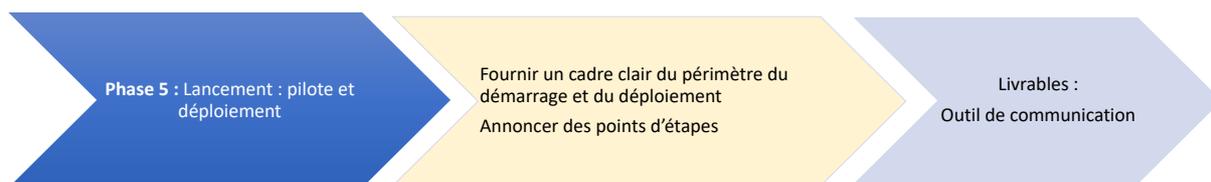
Points de vigilance :

- Temps de partage entre les intervenants pour aborder des situations repérées
- Temps de rappel des informations à transmettre (ce qui peut être écrit)
- Rappel des bonnes pratiques (atelier régulier)
 - Il y a une nécessité d'actualisation de la formation, compte tenu du Turn over des équipes dans le secteur
- Accueil des nouveaux salariés

Recommandations :

- Centrer la formation sur le repérage des risques de fragilisation et utiliser l'outil SI à partir de cas d'usages
- Former en premier les RS puis les intervenants à domicile
- Veiller qu'à terme la notion de repérage s'intègre dans le plan de formation (repérage de la perte d'autonomie, déontologie et éthique des écrits...)
 - Un module de formation sur la prévention, est nécessaire, pour se remettre au gout du jour – pour les RS et les intervenants, pour des piqûres de rappel
 - En plus du livret d'accueil, un "livret de prévention et de bonnes pratiques" spécifique sur cette activité, peut être remis au salarié, pour que tout le monde ait le même niveau d'information – c'est un livret à part.

4.6 Phase 5 : Lancement : pilote et déploiement



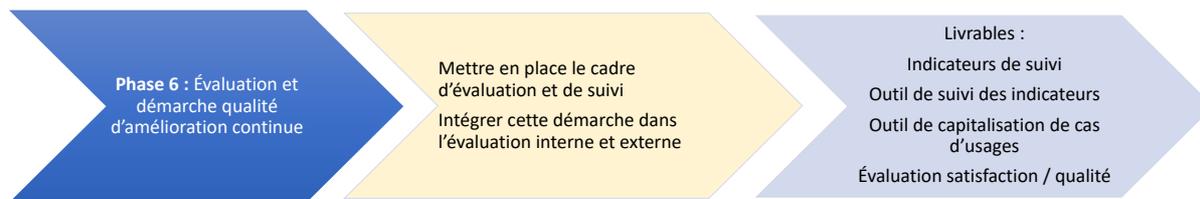
Exemple de modalité de conduite du projet
Le projet a duré plus de 18 mois, parce que les équipes ont construit l'outil en 6 mois, avec un groupe pilote (2 RS et 15 intervenants, responsable qualité, DG), puis l'ont testé avant déploiement.
Des périodes de développement de la grille, puis de test et ensuite de déploiement ont été réalisées sur une durée de 18 mois.
Période de test auprès de 10 intervenants à domicile pendant 4 semaines puis déploiement de la formation auprès de tous les salariés par secteur (durée environ 2 mois)

- Choix :
- Définir le plan de communication (cible, auteur, message, élément de langage)
 - Définir la progressivité du déploiement
 - Le déploiement est forcément progressif, en démarrant avec un secteur avant la généralisation
 - Possibilité de s'appuyer sur une dizaine d'intervenantes "pilotes", présentes dans le groupe de travail qui a été mobilisé en phase de développement, elles testent sur leur secteur avec les autres intervenantes concernées par les mêmes usagers.

- Points de vigilance :
- Choix de la période de lancement (hors congés, concomitante avec d'autres lancement SI comme la télégestion ?)
 - Durée du pilote : court, 1 à 2 mois
 - Un pilote ne doit pas être trop long : 3 semaines, ou 1 à 2 mois maxi, pour ensuite entrer dans le déploiement, il faut aller vite, aller dans la culture du résultat (si on a impliqué les équipes dans la construction), pour créer un mouvement et une adhésion au sein de la structure

- Recommandations :
- Permettre de comprendre les étapes à venir
 - Mobiliser l'encadrement dans le déploiement pour confirmer le côté « stratégique » de l'action

4.7 Phase 6 : Évaluation et démarche qualité d'amélioration continue



Questions à se poser

- Quelle est le rythme de l'évaluation ?
- Quels sont les critères d'évaluation en termes d'effectivité / efficacité / efficience
- Quels sont les indicateurs de suivi (requête au niveau SI ?)
- Quels sont les critères d'évaluation auprès des bénéficiaires (satisfaction, acceptabilité)
- Quels sont les outils à mettre en place pour capitaliser les éléments pour l'évaluation

Choix :

- Intégrer / articuler ce suivi avec celui des financeurs CARSAT et Dept – ou non

Points de vigilance :

- Considérer toutes les parties prenantes dans l'évaluation
- Assurer des suivis réguliers
 - être actif sur le suivi du processus, pour que ce ne soit pas un « soufflé qui retombe »,
 - Le chef de projet, peut faire des points réguliers, des réunions spécifiques d'équipe, sur le bon fonctionnement du processus
 - Le service qualité peut assurer le suivi des indicateurs qualité – selon ce qui ressort, proposer des actions correctives
- Travailler la plus-value du suivi sentinelle pour l'utilisateur : intégrer dans le questionnaire annuel de satisfaction, des questions sur la prévention, le conseil, le suivi ...

Recommandations :

- Réaliser un point à 6 mois, 12 mois
- Intégrer cette phase dans la démarche qualité générale.

4.8 Des arguments d'accompagnement au changement : les bénéfices constatés

Pour le bénéficiaire / les proches : L'utilisation de Sentinelle intervient clairement dans le développement des liens avec le bénéficiaire et sa famille

- Le suivi de l'état du bénéficiaire a permis :
 - Des services ajustés à ses besoins
 - Des actions de coordination (ou concertation) afin d'augmenter la prise en charge
 - De mieux comprendre les habitudes d'un bénéficiaire pour différencier une situation normale et un glissement
- L'information consignée dans la grille a permis :
 - De donner de la visibilité à la famille sur l'état du bénéficiaire : une réassurance de la famille.
 - De faire prendre des mesures aux familles notamment en termes de confort

- De communiquer avec la famille dès lors qu'une situation se dégrade ou plus simplement pour échanger des informations notamment de plannings / absences du domicile

Bénéfices pour les intervenants : L'utilisation de sentinelle permet aux intervenantes d'être valorisées de par la visibilité sur leurs tâches et leur rôle de repérage quotidien des glissements de situations

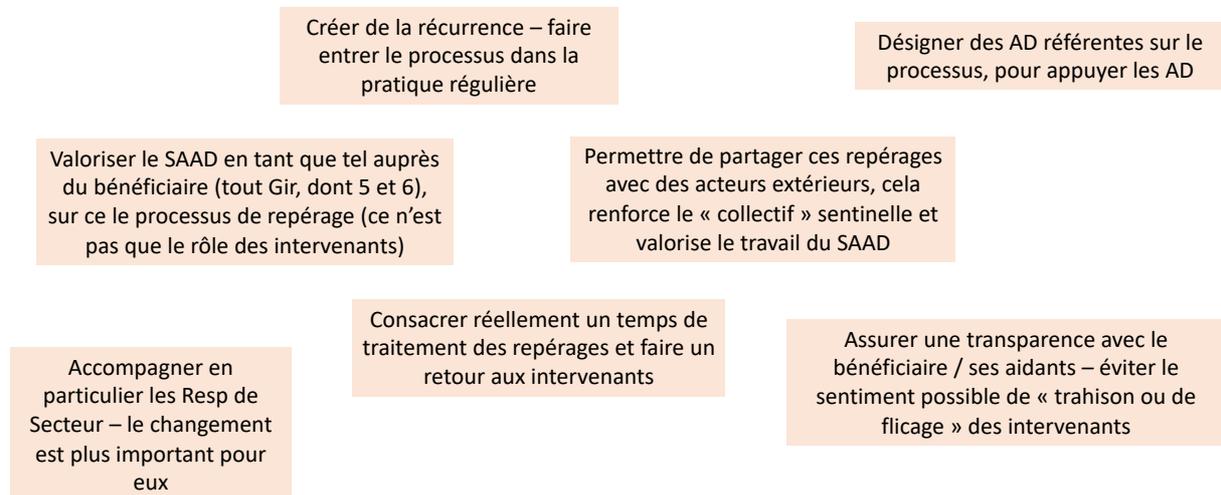
- La mission de repérage des glissements de situation existe bel et bien dans le travail quotidien des intervenantes. Cela prend une autre ampleur avec Sentinelle : plus systématique et davantage partagé, repéré plus rapidement.
- Cette visibilité donnée au travail des intervenantes, notamment, amène une forme de reconnaissance et de « sérieux ».
- L'utilisation plus générale d'un outil numérique peut également être vécue comme valorisante.
- Ça allège la charge mentale (« je ne suis pas obligée de le dire tout de suite, je risque d'oublier ... »).
- La promotion de la santé, la prévention, l'accompagnement ... sont déjà des missions des intervenants. Sentinelle renforce ce point.
- Pouvoir voir l'impact sur le bénéficiaire, grâce au repérage, c'est très gratifiant pour l'intervenant.

Bénéfices pour le SAAD : L'utilisation de sentinelle a permis

- La centralisation et la circulation plus fluide et plus systématique de l'information : une meilleure visibilité de l'information.
- Le développement des liens avec la famille.
- Le renforcement de son rôle de Sentinelle pour alerter, objectiver ou réévaluer un plan d'aide => La reconnaissance de son rôle d'acteur de la prise en charge vis à vis des professionnels libéraux notamment => La réduction d'un sentiment d'isolement professionnel
- Intérêt économique, financement complémentaire pour cette mission.
- C'est un outil managérial interne (professionnalisation des intervenants, fédération de l'équipe, prévention des risques professionnels, ...).
- C'est un gage de qualité pour les bénéficiaires et les aidants.

4.9 Des facteurs de succès

Facteurs de succès



5 Conditions de faisabilité du processus sentinelle

5.1 Approche économique

En régime permanent il faut considérer les postes de dépenses suivant :

Les temps supplémentaires que nécessite le repérage des fragilités :

- Il n'y a pas de temps supplémentaires au niveau des intervenants à domicile – le repérage "habituel" des fragilités et l'utilisation smartphone pour la télégestion doivent être prévus dans leurs temps d'intervention. L'utilisation de la grille de repérage n'est pas considérée comme un temps supplémentaire en tant que tel.
- En revanche, un temps de suivi et de coordination par les responsables de secteur est nécessaire.
 - o Temps de consultation des grilles de repérages
 - o Temps d'analyse des remontées avec les intervenants, le bénéficiaire, les aidants, les autres acteurs de la prise en charge
 - o Temps de proposition d'une action et de son suivi
 - o Éventuellement visite à domicile

Ratio (estimation)

- 1h(minimum) par semaine pour le suivi des remontées d'indicateurs par le RS
 - Ce temps est plus ou moins important selon les actions engagées, depuis une analyse approfondie, un échange téléphonique avec l'intervenant, les proches ou d'autres acteurs de la prise en charge, la recherche de solution, l'appui au montage de dossier administratif pour une aide financière...
- % de situations « fragiles » : ~15% à 20%

- % de situations nécessitant une visite à domicile (VAD) : 15 à 20% des précédentes
- Durée de la VAD pour ces situations : 1h (avec le RS seul ou RS + ergo)
- Soit environ 2h à 6h en plus par bénéficiaire par an, selon le Gir ou la complexité
 - Nota : Lorsque la situation est complexe, même avec l'intervention d'un gestionnaire de cas MAIA, le RS assure un suivi régulier et fait les liens entre les acteurs de la prise en charge.

- Une fonction support a été mise en place dans la plupart des SAAD : un support au sein de la direction qualité, ou une fonction de coordonnatrice prévention. Sa fonction est de sensibiliser, former les professionnels sur la prévention (risque professionnel et autonomie du bénéficiaire), auprès des intervenants à domicile et des responsables de secteurs + intervenir auprès des bénéficiaires directement. La répartition entre le temps interne et externe, et de l'ordre de 80/20 si un travail conséquent est nécessaire auprès des équipes, ou 60/40 si les équipes sont plus "matures" sur le sujet.
 - o Cette fonction relève d'un temps plein (pour un SAAD ayant environ 1500 bénéficiaires). Elle est en partie financée par la coordination OSCAR.
 - o A noter : un SAAD intervient auprès de 10% de ses bénéficiaires en Gir 5 et 6. OSCAR propose un financement de 200 puis de 150€/an et par bénéficiaire, si ce dernier a au moins 3 prestations. Combien représentent ces bénéficiaires sur l'ensemble des bénéficiaires GIR 5 et 6 ?
 - o Suggestion : inciter les Départements à monter une expérimentation du repérage des fragilités pour les Gir 1 à 4 avec un financement conférence des financeurs.

Les "frais" téléphoniques

Le coût de fonctionnement des smartphones est faible avec la télégestion, c'est un peu plus cher avec la gestion de DATA mais l'écart semble faible.

- Forfait téléphone : de 3,5 €ttc/mois à 6 €ttc.
- Frais d'ouverture de ligne : 48 €ttc
- Smartphone : de 107 €ttc à 150 ou 200 ttc (avec housse, coque, chargeur, ...) – du fait des pertes, casses, vols, il faut compter 15% de renouvellement (ou une réserve "flottante" et renouvelée de plusieurs kits).

Une gestion de la flotte des téléphones est nécessaire : paramétrage des téléphones, attribution des cartes SIM, gestion des vols (opposition, ...), attribution des nouveaux téléphones, gestion sur des périodes courtes, ...il faut être rigoureux => faire reposer cette gestion sur une personne dédiée, c'est une tâche de fond, portée soit par un responsable SI, ou un directeur adjoint ou ...

Seuls les CDI et les longs CDD (plus de 2 mois) sont équipés d'un smartphone, soit 85% environ des salariés.

Les temps de formations

- Temps d'accueil des nouveaux arrivants de CDI ou CDD longs : le RS prend 1,5 heures par nouvel arrivant pour présenter la mission et l'ensemble des outils. Le repérage des fragilités en fait partie. Nota : pour les petits contrats, il y a déjà beaucoup de choses à transmettre, le repérage des fragilités n'est pas un point prioritaire, il n'est pas forcément abordé. Il est demandé à ces professionnels de joindre le RS s'ils observent « un changement ».
- Temps de rappel du processus – auprès des groupes d'intervenants à domicile (groupe de 8 à 10 personnes) – Atelier prévention tous les mois
- Temps de formation, trimestriel par exemple, par la coordonnatrice
- Temps individuel de formation, avec des fiches pratiques, des jeux de diapos que l'AD peut utiliser seule (les étapes du repérage...)

Les coûts d'infogérance et de l'hébergement du système d'information

Le repérage de la fragilité est complètement intégré dans les coûts de télégestion et de bureautique.

- Abonnement à Domatel : appli pour la télégestion et le repérage des fragilités, sur les smartphones (610 €ttc en tout) + licence Domatel (231 €ttc) : 841 €ttc/mois
- Infogérance bureautique (poste + MS Office + Boite Mails + Cloud) : 1554 € ttc/mois pour 24 postes

Les coûts d'investissement au lancement de la démarche

L'idéal est de lancer le projet de façon concomitante avec la télégestion. Le budget global peut être significatif (ex. 300 k€ pour PAPAVAL MAD).

La mise en place d'un outil du marché (comme Dôme) coûte 10 k€ la première année (installation sur les smartphones, paramétrage, ...) et moins ensuite (prix négocié UNA AURA).

5.2 Approche organisationnelle

Former des pairs en interne, des référents pour soutenir les équipes

Intégrer systématiquement dans les réunions d'équipe, le suivi des remontées de critères de fragilité.

Veiller à la possibilité d'un soutien interne sur le volet SI

Attention aux petites structures qui n'ont pas de compétences SI en interne.

Est-ce que cette fonction peut être mutualisée entre structures ? a priori pas pour la gestion de flotte de smartphone parce que c'est trop compliqué du fait de :

- La difficulté de l'affectation des matériels (à qui, comment, en temps et en heure, ...)
- Le problème de l'éloignement des AD de la structure qui freine la récupération des matériels, en zone rurale (ex. sur le Nord du Rhône, mise en place d'un référent unique en Beaujolais)

Aider les petites structures à entrer dans le processus de repérage des fragilités

Que ce soit à cause de contraintes financières, mais également de disponibilité des cadres, les petits SAAD auront sans doute du mal à mettre en place ce processus (phase d'expérimentation et phase de déploiement). Le financement d'un poste de coordonnateur en tant que tel semble aussi compliqué si les volumes de bénéficiaires suivis, ne permettent pas le justifier.

Suggestion : organiser un pilote avec un petit SAAD, pour identifier les leviers et actions de soutiens possible.

Suggestion : considérer un poste de coordonnateur, externe au SAAD, sur le suivi du bénéficiaire (mais sans ingérence auprès des équipes d'intervenants à domicile), comme dans le cadre de la structure pivot.

D'une façon générale, il n'y a pas eu de changements dans les plannings, en effet il existe déjà des réunions avec les AD qui permettent aux équipes de se voir régulièrement.

5.3 Contraintes techniques

Attention il y a les zones blanches : dans ce cas il faut prévoir des modalités de synchronisation lorsque l'appareil revient en zone connectée.

En télégestion, le problème de zone blanche se pose aussi. Il semble que ce soit fortement consommateur de data : l'application cherche du réseau en permanence, elle charge et recharge régulièrement les données pour le faire à 100% ; outre la consommation de data plus importante

(incidence sur le forfait), cela peut générer des problèmes de batterie (d'où la mise à disposition de chargeur de voiture).

5.4 Ressources mutualisées, d'information et de sensibilisation

- Remettre un Livret de prévention (idée de PAPAVAL) à un nouvel embauché
 - Qu'est-ce que la fragilité ?
 - Des recommandations sur les nutrition, l'activité physique ... qu'est-ce qui est un écart vis-à-vis des "bonnes pratiques" ?
 - Que faut-il repérer et transmettre au responsable ?
 - Que faut-il écrire ?
 - Pourquoi faut-il faire remonter la fragilité ? à quoi ça sert ?

- Disposer de modules de formation : Vidéos, webinaires
 - Des modules courts, réguliers (mensuels ?), des supports pour les RS pour ensuite leur permettre d'échanger avec les équipes : sujets de prévention (exemple l'alimentation, la mobilité, le diabète, les médicaments, le risque électrique...), le repérage de la fragilité (pourquoi ? les bonnes pratiques ..)
 - Pouvoir visualiser ces contenus avec les personnes aidées, les bénéficiaires – les inciter à mettre en place une TA, une AT comme une barre d'appui, ...
 - Voir l'exemple de la "maison prudence", pour que "je sois chez moi en sécurité, que faut-il faire" – de la MACIF
 - Prévoir une clé USB pour consolider tous les supports vidéo.

- Partager des vidéos de sensibilisation tout public
 - Dans les halls d'attente des structures, mettre une vidéo de présentation du suivi sentinelle – pour les salariés et les bénéficiaires qui passent en agence

- Développer les annuaires de services de proximité :
 - Le point le plus compliqué semble être la tenue à jour des outils sur les ressources locales, les annuaires, surtout si des acteurs extérieurs sont à mobiliser pour les constituer. La constitution d'un annuaire est un travail de fond, même si l'outil technique est mis à disposition. Comment s'assurer que les acteurs de la prise en charge s'en emparent ?
 - Le thème essentiel de recensement des services locaux concerne l'isolement ! Que fait-on si on détecte un isolement social ? quelle action corrective ? Les SAAD connaissent les réseaux plus classiques type MLA, (Maison Loire Autonomie), AS (assistantes sociales), Pharmacie, ... mais quid de l'isolement social dans le village local, avec des acteurs associatifs locaux. C'est un sujet très variable d'un territoire à l'autre.
 - Les RS sans avoir cette mission en tant que telle, ont un réseau, un maillage local, assurent des signalements, des relais ... mais ce n'est pas formalisé, c'est intuitu personae, ce n'est pas institutionnalisé au sein de la structure
 - Faut-il que chaque SAAD crée son propre annuaire ou faut-il aider les RS à aller chercher la bonne information au bon endroit ? Les sources d'information dans le territoire relèvent des filières, CCAS, Département ... mais sont très différentes d'une commune à l'autre.
 - Cela ne peut-il fonctionner que si ce processus est intégré dans la démarche propre des SAAD ?
 - Si la structure couvre de multiples d'intervention, faut-il démultiplier les outils au sein du SAAD ?
 - Faut-il s'appuyer sur les annuaires portés par les Départements ?

5.5 Facteurs généraux facilitant

Instituer un premier repérage par les structures évaluatrices lors de l'évaluation du plan d'aide

Si l'accompagnement et le repérage des fragilités étaient amorcés dès l'évaluation initiale de la situation, par la structure évaluatrice, cette fonction serait mieux connue des bénéficiaires et des familles et mieux comprise. Cela pourrait faciliter l'acceptation de solutions lorsqu'elles seront proposées par le SAAD.

La structure évaluatrice pourrait utiliser la grille pour identifier les premières vigilances à suivre. Ce repérage serait transmis au SAAD.

Le SAAD lors de sa première visite, peut compléter / repartir de cette première analyse. Certains SAAD établissent actuellement une fiche mission interne avec les vigilances repérées par le RS lors de la première visite à domicile. L'approche est donc cohérente, reste à utiliser la grille dans les différentes étapes.

Le contrat passé entre le SAAD et le bénéficiaire pourrait aussi mentionner cette mission d'accompagnement et de conseil et l'usage du smartphone pour le repérage. L'usage du smartphone est déjà mentionné dans le contrat mais que pour la télégestion. A noter que selon les situations, certaines familles estiment que le suivi fait partie de leur mission et pas celle du SAAD. Dans la pratique actuelle, MAXI AIDE par exemple demande l'accord du bénéficiaire par courrier, pour relever et traiter les données personnelles.

Ensuite le PPI (projet personnalisé individualisé) pourrait s'adosser / intégrer le repérage. Ce point reste à construire.

Certains intervenants à domicile font valoir les gènes possibles, selon les situations, de faire ce repérage en présence du bénéficiaire, avec un sentiment de jugement, une transmission d'information privée.