

MODALITES DE FONCTIONNEMENT ET ACTIVITE DES ESA EN REGION PAYS DE LA LOIRE

Présentation des principaux résultats – 10 mai 2022

Une étude réalisée par Sara Painter, chargée d'études au CREA I Pays de la Loire

Financement ARS Pays de la Loire

Avertissement : les données et les préconisations présentées ci-après sont formulées par le CREA I Pays de la Loire. Elles n'engagent pas l'ARS Pays de la Loire.



La fiche n°16 de la feuille de route Maladies neurodégénératives 2021-2022 consacrée aux ESA:

« Après dix ans de fonctionnement de ces unités, il convient de réinterroger le cahier des charges en vue de l'adapter en tenant compte de l'expérience acquise et de l'évolution du contexte ».

Objectifs



- Analyser le fonctionnement et l'activité des ESA sur la région
- Formuler des préconisations sur les modalités d'organisation et de fonctionnement des ESA, dans le cadre des réflexions sur l'adaptation du cahier des charges et sur l'offre régionale

La méthodologie



- Questionnaire adressé aux ESA en septembre 2021 (taux de réponse 83 %, 67 à 100 % selon les dpt)
- Entretiens semi-directifs auprès de professionnels de 10 ESA des 5 départements (IDEC, ergo, psychomot, directeur...)

EQUIPES SPECIALISEES ALZHEIMER

ESA : mises en place dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012.

Missions et fonctionnements décrits dans la *circulaire n°2011-110 du 23 mars 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer*

- Equipes pluridisciplinaires
- Au minimum de 2 ASG, 1 infirmier coordinateur et 1 ergo (ou psychomotricien).
- Interviennent prioritairement auprès de personnes malades d'Alzheimer ou maladies apparentées à un stade léger ou modéré de dvp de la maladie
- Sous la forme de prestations individuelles menées au domicile des patients
- Séances limitées à 12 ou 15 sur 3 mois max, renouvelables tous les ans
- Remboursées par l'Assurance maladie

LES ESA DES PAYS DE LA LOIRE

23 ESA pour 317 places autorisées en 2021

REGION = 86,3 places pour 100 000 hab. > 75 ans

Loire Atlantique: 81,9

Maine et Loire: 82,5

Mayenne: 105,8

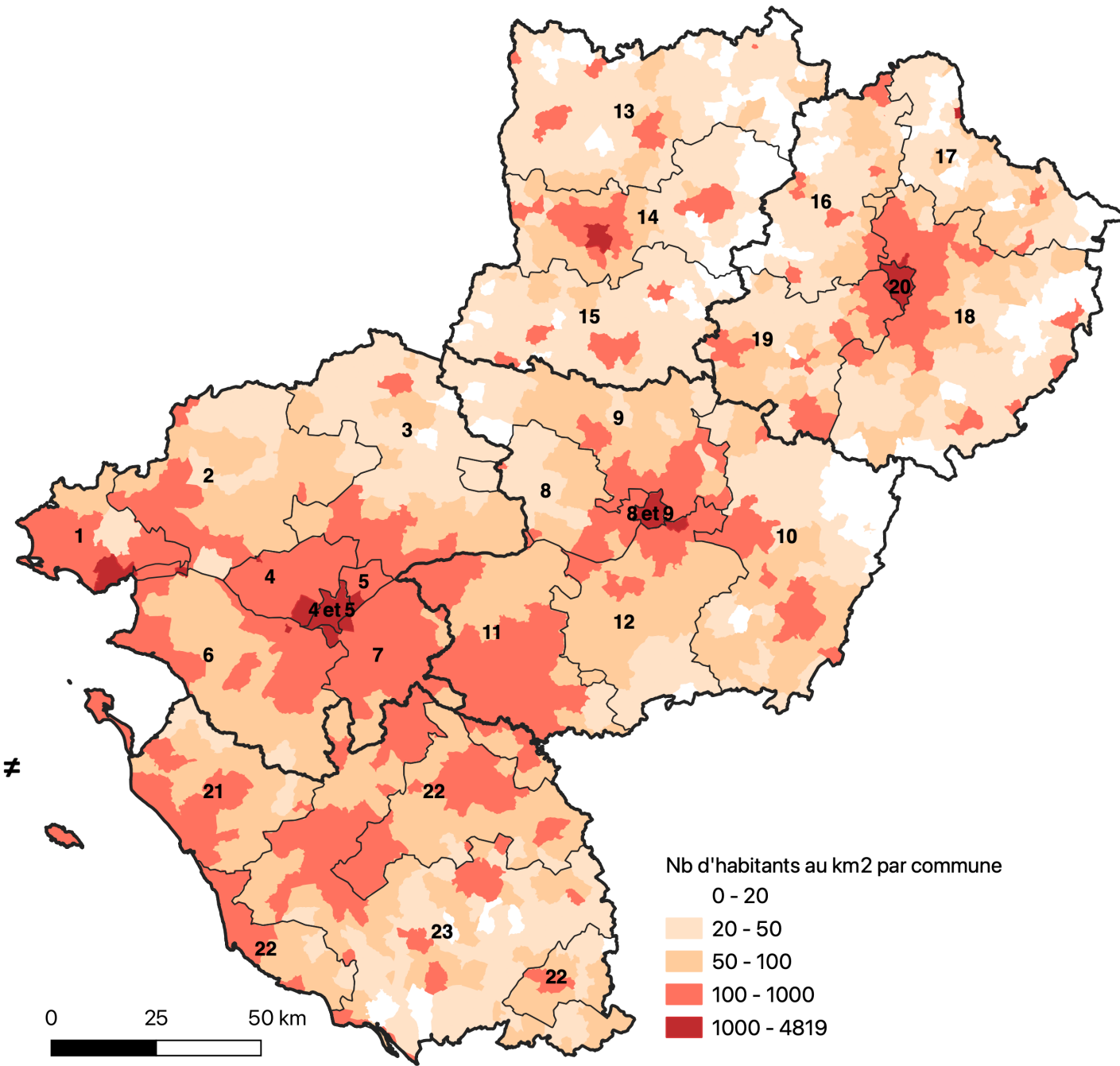
Sarthe: 96,3

Vendée: 80,5

Des territoires d'intervention hétérogènes

- + ou – étendus
- Zones densément peuplées
- Territoires ruraux
- Espaces de densité moyenne de population

=> Entraîne des fonctionnements et des problématiques ≠



Quelques chiffres sur l'activité 2019

L'ACTIVITE EN 2019

Calcul possible pour 21 ESA (questionnaire + rapports d'activité 2019)

- En 2019, ces 21 ESA ont accompagné presque 3 000 personnes.
- 12 ESA sur 21 ont accompagné un nombre de personnes inférieur au seuil théorique des 120 PEC / an pour 10 places

Nombre d'ESA selon le % de remplissage du seuil théorique des 120 PEC/an pour 10 places	44	49	53	72	85	Total
Entre 40 et 60 %	2					2
Entre 60 et 75 %	1		1	2		4
Entre 75 et 90 %	3	1		1		5
Plus de 99 %		4	2	1	3	10
Total des ESA pour lesquelles la donnée est disponible	6	5	3	4	3	21

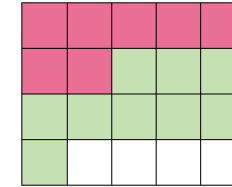


Ces chiffres confirment les constats rapportés dans la feuille de route Maladies Neurodégénératives 2021-22

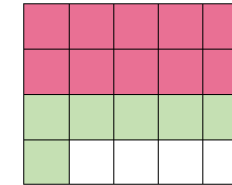
L'ACTIVITE EN 2019

Concernant le nombre de séances réalisées = données disponibles pour 16 ESA

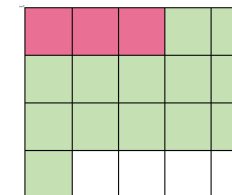
7 ESA : part de personnes ayant bénéficié de - de 4 séances est compris entre 20 et 30 %



10 ESA : part de personnes ayant bénéficié de 12 à 15 séances est inférieure à 50 %



3 ESA : part de personnes ayant bénéficié de + de 15 séances est supérieure à 29 %



L'ACTIVITE EN 2019

Age moyen = 82 ans

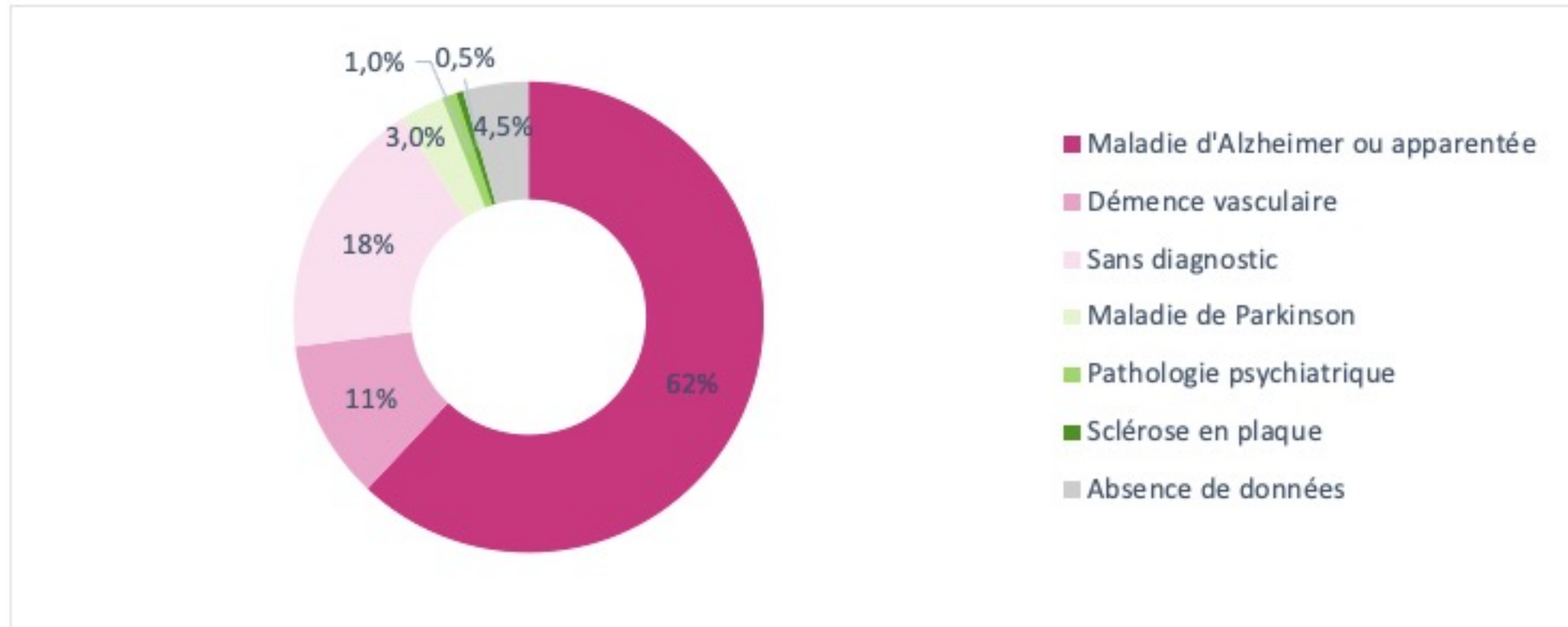


Figure 1 : Répartition des diagnostics des personnes accompagnées en 2019 (16 ESA répondantes)

L'ACTIVITE EN 2019

Proportion de bénéficiaires accompagnés en 2019 avec un score MMSE < à 15 (donnée disponible pour 16 ESA)

- Moins de 10 % pour 7 ESA
- 10 à 18 % pour 7 ESA
- + de 24 % pour 2 ESA

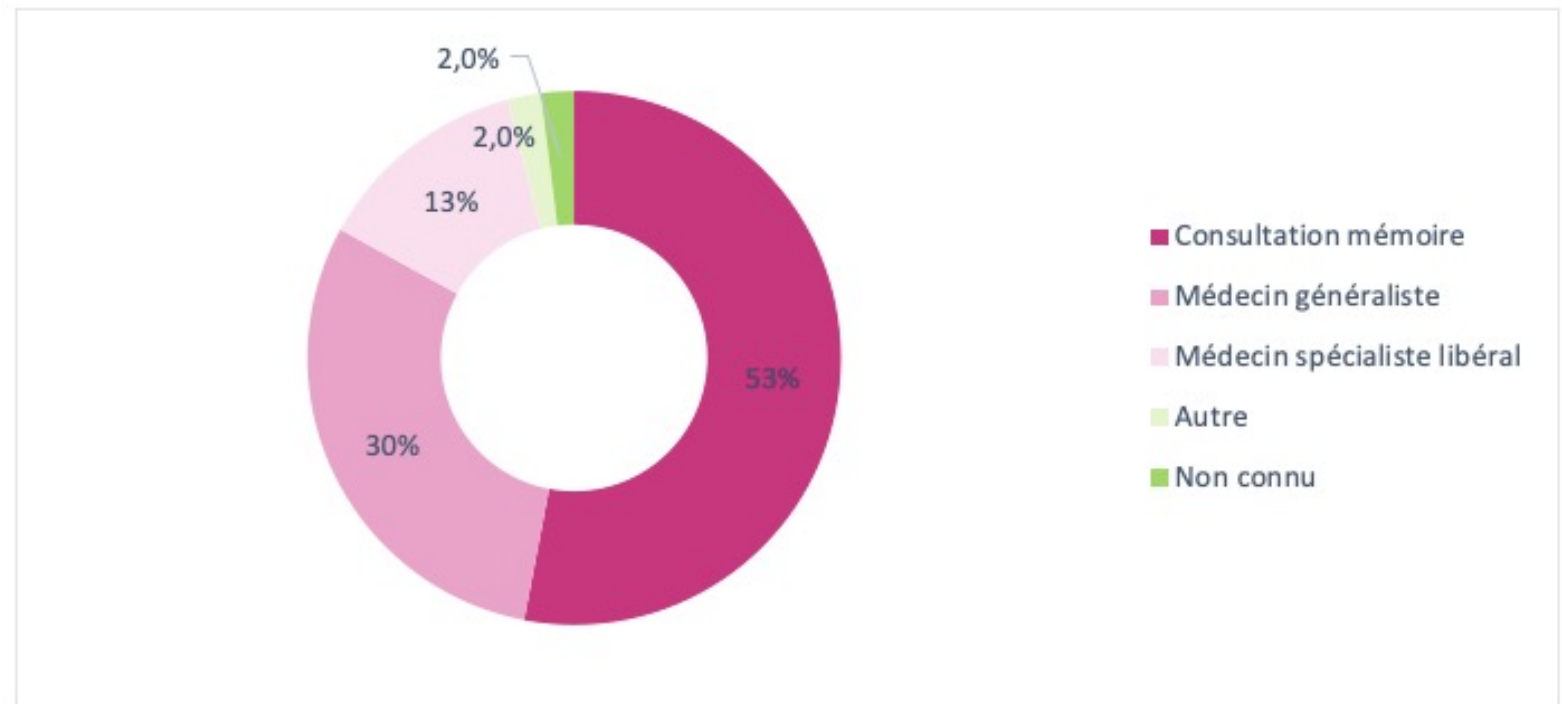


Figure 2 : Prescripteurs des personnes accompagnées en 2019 (15 ESA répondantes)

LES PRINCIPAUX RESULTATS

DES CHOIX VARIES EN MATIERE DE COMPOSITION D'EQUIPE ET DE FONCTIONNEMENT

Zoom sur les IDEC

L'infirmier coordinateur (IDEC) est en charge des partenariats, de l'évaluation de base et de la coordination des interventions et du suivi de celles-ci (0,25 ETP). (Cahier des charges 2011)

- Sur 19 ESA répondantes, 15 emploient au moins 1 IDEC, avec un ETP variant de 0,1 à 0,85
- 3 ESA ont un ETP IDEC < à 0,25 (49, 44 et 72)
- Le nombre d'IDEC varie selon les ESA => 8 déclarent 1 IDEC, 5 déclarent 2 ou 3 IDEC.
= Quand plusieurs IDEC, il s'agit souvent d'infirmières référentes en charge d'un secteur géographique

Plusieurs ESA ont opté pour des fonctionnements ≠ de celui prévu par le cahier des charges concernant la fonction d'IDEC.

Certaines fonctionnent sans infirmier (n5 + 1 en réflexion sur le sujet; notamment en Sarthe, mais aussi en Maine et Loire et en Loire Atlantique) : **l'ergothérapeute et/ou le psychomotricien assurent les missions de l'IDEC.**

Il s'agit plutôt d'équipes ayant un petit nombre de places (3 = 10 pl; 2 = 14 à 15 pl.).

Arguments avancés en faveur d'un fonctionnement sans infirmier

- ESA étant tourné vers des objectifs de réhabilitation et de maintien au domicile, ces missions correspondent + aux cadres d'intervention des ergo/psychomot, plutôt que des infirmiers qui seraient + tournés vers le soin
- Les personnes accompagnées sont assez autonomes finalement, peu de pb de santé majeurs ou alors passage d'une infirmière libérale
- Les ergo/psychomot peuvent s'appuyer sur les infirmiers des SSIAD si besoin de leur regard pour certaines situations
- Les fonctions d'IDEC seraient principalement tournées vers de la gestion administrative et de la coordination, ce qui rentre dans le champ de compétences des ergo/psychomot
- Occuper cette fonction à responsabilité = ouverture professionnelle intéressante et valorisante pour les ergo/psychomot
- Ergo/psychomot sont en capacité de mener les entretiens d'admission
- Ergo/psychomot connaît TB les besoins de l'équipe, peut-être + qu'un IDEC qui serait à la fois sur le SSIAD et l'ESA

Cpt, pour ces ESA, le nb d'ETP pour 10 places d'ergo/psychomot est rarement > à 1,5 ETP

=> quelle prise en compte du temps requis pour assurer les fonctions de l'IDEC, en plus de celles de l'ergo ?

D'autres ESA (+ nombreuses) plaident pour qu'un infirmier soit présent au sein de l'équipe et assure une partie ou l'intégralité des missions associées à l'IDEC

- Permet d'avoir une évaluation pluridisciplinaire et de croiser les regards professionnels, entre une vision + médicale de l'infirmier et une vision + fonctionnelle de l'ergo => rappel que l'IDEC n'a pas qu'un rôle administratif
- Permet de mieux prendre en compte les besoins de suivi médical et paramédical des personnes accompagnées
- L'infirmier coordinateur a l'habitude de réaliser des évaluations globales et de déterminer rapidement s'il faut mettre en place des aides
- Un infirmier coordinateur peut être + à même d'échanger avec d'autres soignants, notamment autour des infos médicales
- L'IDEC est aussi rattaché au SSIAD et a ainsi une vue d'ensemble sur le planning des ASG qui exercent aussi en tant qu'AS sur le SSIAD => fluidifie l'organisation, surtout lorsqu'il faut jongler d'un planning à l'autre (ESA/SSIAD)

Souvent, les tâches administratives sont réparties entre l'infirmier et l'ergo/psychomot, voire avec une secrétaire médicale mutualisée avec le SSIAD.

De nombreuses ESA plaident pour une augmentation des 0,25 ETP prévus dans le cahier des charges pour la fonction d'IDEC (que ces fonctions soient assurées par un infirmier ou un ergothérapeute).

Le manque de temps concerne surtout les tâches administratives, dont la charge se répercute sur le travail des paramédicaux:
« Ergothérapeute : temps de travail administratif important [...] Nécessité d'instaurer un temps de secrétariat pour permettre aux professionnels de santé d'être plus disponibles pour la coordination et l'accompagnement du patient ».

L'IDEC n'a pas le temps d'exercer pleinement ses missions, notamment concernant la coordination et le réseau partenarial.

« Si l'IDEC vraiment fait son rôle de lien, toutes les entrées, toute la coordination médicale, paramédicale et sociale, tout ce qui est coordination pour le maintien de la PEC à domicile, c'est vrai que ce que dit le cahier des charges, c'est vraiment léger » (IDEC).

DES CHOIX VARIES EN MATIERE DE COMPOSITION D'EQUIPE ET DE FONCTIONNEMENT

Zoom sur les ergothérapeutes et psychomotriciens

L'ergothérapeute et/ou le psychomotricien est en charge de la réalisation de l'évaluation des capacités du malade, des séances de soins de réhabilitation et d'accompagnement et du bilan adressé au médecin traitant (1 ETP). (Cahier des charges 2011)

ERGO : ETP varie de 0,5 à 2,5; ETP moyen = 1,3

- **7 ESA** emploient **1 ergo** : capacité moy = 11 pl.
- **10 ESA** emploient **2 ergo** : capacité moy = 14 pl.
- **2 ESA** emploient **3 ergo** : Nb places importants (+ de 20)

1	1	1	1	1
1	1	2	2	2
2	2	2	2	2
2	2	3	3	

PSYCHOMOTRICIEN: ETP varie de 0,2 à 1; ETP moyen = 0,5

- Présent dans 6 ESA, en binôme avec l'ergo

En moyenne, le nombre d'ETP d'ergo + psychomotricien rapporté à 10 places d'ESA = 1,05

- 8 ESA ont un ratio < 1 (mais pour 5 d'entre elles, le ratio est > à 0,9)
- 11 ESA ont un ratio > 1

Quels apport d'un binôme ergothérapeute et psychomotricien ?

Dans les entretiens, certains professionnels se sont exprimés sur l'intérêt d'un binôme ergo/psychomot:

- **L'intérêt du croisement de regards, notamment lorsqu'il s'agit de situations complexes, d'accompagnements plus difficile.**
- **La présence du psychomotricien apporte de nouvelles clefs pour les ASG concernant les activités à proposer lors des séances, contribuant à enrichir et mieux adapter les interventions** (notamment autour des questions liées à la gestion des émotions, le travail sur le corps...).
- **Le psychomotricien peut accompagner des situations qui relèvent moins de l'intervention de l'ergothérapeute, qui est plus axé sur le quotidien, le fonctionnel, les aménagements techniques**

DES CHOIX VARIES EN MATIERE DE COMPOSITION D'EQUIPE ET DE FONCTIONNEMENT

Zoom sur les ASG

Les assistants de soins en gérontologie (ASG) réalisent pour partie les soins de réhabilitation et d'accompagnement sur la base de l'évaluation et des objectifs assignés par l'ergothérapeute et/ou le psychomotricien (1,5 ETP). (Cahier des charges 2011)

L'ensemble des 19 ESA répondantes = **au moins 2 ASG**, (nb total d'ETP variant de 0,6 à 3,65).

Nb d'ASG varie => choix d'organisation ≠, soit en faveur d'un petit nombre d'ASG avec des temps de travail plus conséquents, soit en faveur d'un morcellement des temps de travail pour un nombre plus important d'intervenantes.

- **4 ESA = 2 ASG** : 2 en Sarthe (10 pl), 1 en Loire Atlantique (14 pl) et 1 en Vendée (13 pl)
- **4 ESA = 3 ou 4 ASG** : 2 en Sarthe (13/15 pl), 2 en Loire Atlantique (14/17 pl)
- **7 ESA = 5 à 10 ASG** : 2 en Loire Atlantique (10 /18 pl), 3 en Maine et Loire (10/12/12 pl), 1 en Mayenne (10 pl) et 1 en Vendée (25 pl).
- **4 ESA = + de 10 ASG** : 1 en Loire Atlantique (10 pl), 1 en Maine-et-Loire (17 pl), 1 en Mayenne (14 pl) et 1 en Vendée (23 pl).

2	2	2	2	3/4
3/4	3/4	3/4	5/10	5/10
5/10	5/10	5/10	5/10	5/10
+ 10	+ 10	+ 10	+ 10	

DES CHOIX VARIES EN MATIERE DE COMPOSITION D'EQUIPE ET DE FONCTIONNEMENT

Zoom sur les ASG

Ratio d'ETP d'ASG pour 10 places d'ESA	44	49	53	72	85	Total
Moins d'1 ETP [0,5 à 0,83]	0	3	0	0	0	3
Entre 1 et 1,5 ETP [1 à 1,46]	4	1	2	1	2	10
1,5 ETP ou plus [1,5 à 1,54]	2	0	0	3	1	5
Total des ESA répondantes	6	4	2	4	3	19
ETP moyen d'ASG pour 10 places d'ESA	1,38	0,77	1,08	1,47	1,37	1,24

Le ratio d'ETP pour 10 places d'ESA varie de 0,5 à 1,54.

- Pour 13 ESA, ratio < à 1,5 ETP
 - Sur ces 13 ESA concernées, 6 ont aussi un ratio d'ETP d'ergo/psychomot < 1 ETP (3 en cours de recrutement)
 - A l'inverse, 4 de ces 13 ESA ont un ratio d'ETP d'ergo/psychomot > 1 ETP.
- => Certaines ESA ont fait le choix de compléter les ETP manquants d'ASG en confiant quelques accompagnements à l'ergo

DES CHOIX VARIES EN MATIERE DE COMPOSITION D'EQUIPE ET DE FONCTIONNEMENT

Certaines ESA ont choisi de morceler les 1,5 ETP ASG au profit d'un plus grand nombre d'intervenantes

- Permet de limiter les conséquences en cas d'absence d'une ASG
- En proposant la formation ASG au + gd nb d'AS, évite une scission au sein du SSIAD entre les AS formées ASG et celles qui ne le sont pas.
- Proposer une activité complémentaire aux AS du SSIAD, offrir des temps de travail + attractifs (++) pour le recrutement)
- Avantage rapporté par plusieurs ESA d'avoir un pôle d'AS formées au sein des SSIAD partenaires, afin de répondre + facilement aux demandes d'accompagnement

D'autres préfèrent concentrer les ETP sur un petit nombre d'ASG

- Importance à ce que cette activité soit reconnue « comme un véritable métier » et non comme « une simple activité d'appoint » (ergo).
- Favorise l'investissement de ces professionnelles au sein de l'ESA, participe à la dynamique d'équipe
- Permet d'avoir + facilement des temps en commun entre IDEC, ergo et ASG => + difficile quand éclatement du nb d'ASG
- Planning + facile à organiser que lorsqu'il faut jongler avec le planning du SSIAD
- Mais certaines de ces ESA reconnaissent une certaine fragilité en cas d'absence d'une ASG...

DES CHOIX VARIES EN MATIERE DE COMPOSITION D'EQUIPE ET DE FONCTIONNEMENT

Oublis, annulations inopinées: une organisation complexifiée du planning des ASG

« La difficulté est la souplesse que demande le type de population suivie. En effet nous avons régulièrement des annulations de RDV, ce qui demande une souplesse dans l'organisation. Parfois l'ASG se rend au domicile pour rien et les heures de temps de travail sont tout de même rémunéré » (directrice).

Plusieurs ESA mettent en lumière l'intérêt du couple ESA/SSIAD:

- Basculer sur le SSIAD en cas d'annulation de séance ou profiter de ce temps pour préparer les activités, rédaction...
- A l'inverse, IDEC et ASG intervenant sur le SSIAD peuvent parfois se libérer pour l'ESA si admission rapide à faire

⇒ **SOUPLESSE** qui permet d'améliorer les délais d'attente.

Ex: **protocole en cas d'hospitalisation** : si pas de retour au domicile imminent, nouvelle admission, la personne hospitalisée repasse sur liste d'attente (mais reste prioritaire).

Travail de sensibilisation auprès des familles pour réduire les annulations non liées à des motifs médicaux

« Les gens ont un peu tendance à confondre avec de l'occupationnel, on se permet de nous appeler pour dire que « cette semaine je ne serai pas là, j'ai rdv chez le coiffeur ». On précise bien qu'il s'agit d'un soin pris en charge par la sécu et que du coup des séances annulées au dernier moment, sans motif médical, la séance est considérée comme comptée » (directrice).

DES CHOIX VARIES EN MATIERE DE COMPOSITION D'EQUIPE ET DE FONCTIONNEMENT

Une organisation des plannings facilitée lorsque les ASG interviennent aussi sur le SSIAD de rattachement

Planning est + simple quand les ASG exercent aussi sur le SSIAD porteur car conçu en tenant compte des deux services.

Parfois un manque d'ASG pour couvrir certains secteurs hors territoire du SSIAD de rattachement

Les ASG peuvent être rattachées à des SSIAD partenaires quand le territoire à couvrir est vaste.

- Plusieurs ESA ont rapporté des manques de disponibilité d'ASG (temporaires, voire permanent) sur certains secteurs.
⇒ Pas de PEC sur ces secteurs ou accompagnement réalisé par l'ergo en intégralité ou PEC par les ASG du SSIAD de rattachement mais temps de route conséquent.
- Quand ASG mises à disposition, les échanges avec les autres professionnels de l'ESA peuvent être + difficile, notamment quand elles interviennent sur des territoires éloignés. Echanges - fréquents qu'avec les ASG du SSIAD de rattachement.

Un manque de temps pour les temps de travail hors séance

1,5 ETP prévus pour les ASG ne tiennent pas assez compte du **temps passé à préparer les séances, effectuer les déplacements, réaliser les transmissions...**

Or temps nécessaire pour adapter les activités => individualiser l'accompagnement

DES CHOIX VARIES EN MATIERE DE COMPOSITION D'EQUIPE ET DE FONCTIONNEMENT

Zoom sur les psychologues

5 ESA déclarent l'intervention d'un psychologue au sein de l'équipe.

« C'est bien d'avoir le retour de la psy pour les équipes, que ce soit les ergothérapeutes, les infirmières ou les ASG » (IDEC)

« On la sollicite pour intervenir auprès des patients et des aidants. [Son intervention peut servir à] dénouer une situation un peu cristallisée, de faire formaliser les choses, de permettre l'avancée. Ça marche bien, on est très content » (IDEC)

Certains SSIAD bénéficient d'un temps de psychologue dans le cadre d'XP, mais ne peut pas intervenir pour l'ESA.

Certaines ESA sollicitent des psy intervenant dans des structures partenaires (équipes EEAR, psychologue d'une PFR...).

Certaines n'ont aucune solution à proposer aux personnes et aux aidants ayant besoin d'un soutien psychologique.

=> Possibilités de recourir à un psy (en interne ou en externe) ne sont pas les mêmes selon les ESA, alors que la majorité d'entre elles affirment qu'une telle ressource pourrait être bénéfique pour les personnes accompagnées et/ou les aidants.

- En cas de refus d'aide, de déni de la maladie (de la part de l'aidant ou de la personne dans un contexte post-annonce du diagnostic), d'épuisement
- Ce soutien n'a pas vocation à être maintenu dans le temps, il pourrait s'agir d'interventions ponctuelles permettant de dénouer une situation
- Important que le psychologue soit formé aux maladies neurodégénératives

DES CHOIX VARIES EN MATIERE DE COMPOSITION D'EQUIPE ET DE FONCTIONNEMENT

Echanges entre professionnels

- Réunions régulières entre professionnels de l'ESA mais manque de temps d'échange avec les ASG.
- 17 ESA bénéficient de temps d'AP, mais pas assez d'AP pour les ASG.
- 11 ESA = réunions régulières ESA/SSIAD. Mais pas suffisant, y compris avec les SSIAD partenaires. Manque de temps.
- Parfois une trop grande séparation entre SSIAD et l'ESA.
Ex: les compétences de l'ergo sur l'ESA pourraient être utiles pour certaines situations rencontrées au SSIAD.
- A l'inverse, intérêt de travailler en étroite collaboration avec les SSIAD: échanges de point de vue, meilleur suivi et connaissance des patients, logique de parcours.

Ex d'une ESA rattachée à un pôle comprenant aussi un AJ et une PFR = une configuration sous forme d'imbrication des services, qui permet de nombreux échanges et de proposer un accompagnement + global des personnes aidées et des aidants.

DES CHOIX VARIES EN MATIERE DE COMPOSITION D'EQUIPE ET DE FONCTIONNEMENT

Autres difficultés mentionnées par les ESA en matière d'équipe

- Environ 1 ESA sur 2 (9/19) déclare rencontrer des **difficultés de recrutement**: 5 interviennent sur des territoires à dominante rurale, 3 rurale/urbaine.
- Les **difficultés de recrutement concernent surtout les ASG**:
 - « *Ce qui est parfois compliqué avec les difficultés de recrutement de personnel actuel dans les SSIAD, on commence à ressentir un peu les besoins sur le fait que parfois on peut déshabiller l'ESA pour que les AS aillent renforcer le SSIAD* » (ergo).
- Difficultés de recrutement d'IDEC, ergo ou psychomotricien bcp + rarement citées.
- ESA peu confrontées à des difficultés de rotation du personnel, d'absentéisme ou de sentiment d'épuisement.

L'ACCOMPAGNEMENT PROPOSE PAR LES ESA

Sollicitations en dehors des horaires prévus

- Plus d'un tiers des ESA déclarent recevoir des sollicitations pour des interventions sur des temps ne correspondant pas aux horaires d'ouverture, (samedi matin ou fins de journées)

=> Demandes **d'aidants encore en activité professionnelle**.

=> **Ces sollicitations pourraient augmenter face au constat d'un accroissement du nombre de demandes pour des malades jeunes. Il faudra s'interroger sur l'adaptation des modalités d'accompagnement pour répondre à ces nouveaux besoins.**

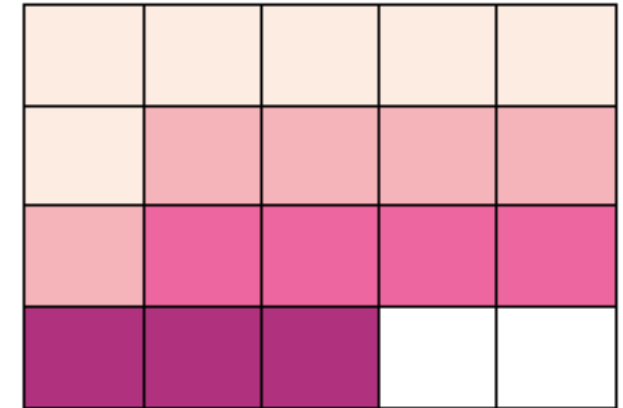
Interruption des séances en cas de congés

- 13 ESA = accompagnements interrompus si congés des salariés
- 6 ESA insistent sur l'importance à ce que la personne puisse poursuivre les séances avec un professionnel qu'elle connaît, quitte à ne pas organiser de remplacement de l'ASG absente si l'interruption des séances ne dépassent pas 3 semaines.
« Notre priorité est de stabiliser et rassurer le malade dans son accompagnement avec des professionnels connus ».

L'ACCOMPAGNEMENT PROPOSE PAR LES ESA

Listes et délais d'attente

- L'ensemble des ESA répondantes déclarent avoir une liste d'attente au moment de l'enquête (oct 21).
- NB moyen de personnes sur liste d'attente = 37, mais avec de grandes variations selon les équipes:
 - 3 ESA avec une liste d'attente > 50 personnes avec des délais allant de 3 mois à + d'1 an
 - 4 ESA : 30 à 50 personnes, avec délais de 2 à 6 mois
 - 5 ESA : 20 à 30 personnes, avec délais de 2 à 6 mois.
 - 6 ESA : < 20 personnes, avec délais de 15 j à 2 mois.



13 ESA sur 19 répondantes déclarent un délai d'attente > à 2 mois:

- 5 ont moins de 12 places, 8 entre 13 et 23 places.
- 10 interviennent sur des territoires ruraux ou à dominante rurale, 3 en milieu urbain

L'ACCOMPAGNEMENT PROPOSE PAR LES ESA

Listes et délais d'attente

- La durée d'intervention des ESA souvent > à 3 mois ou dépassant le nb max de séances
- Les temps de déplacement importants, notamment pour les équipes couvrant des territoires étendus
- Nombre de places insuffisants pour répondre aux demandes,
- Manque de disponibilité des ASG (délais d'attente très variables selon les secteurs géographiques au sein d'une même ESA).

14 ESA citent l'intervention précoce de l'ESA auprès des patients comme axe d'amélioration prioritaire

Importance à pouvoir intervenir rapidement auprès des personnes suite à la prescription:

- *« Plus la personne est prise en charge tôt, plus les résultats sont probants ».*
- Risque que la situation se dégrade, parfois rapidement en l'absence d'intervention (moins de 2 mois).
- Acceptation + facile quand l'intervention a lieu peu de temps après la prescription:
 - « Le discours du médecin est plus éloigné aussi. On arrive parfois après la bataille » (ergothérapeute)*
 - « l'acceptation de l'intervention est peut-être plus facile si nous intervenons dans un délai rapproché à la consultation qui a initié cette prescription. Nous pouvons nous appuyer sur le fait que c'est fortement préconisé par le médecin » (directrice).*

Certaines ESA priorisent parfois des personnes sur liste d'attente, notamment les malades jeunes dont la pathologie évolue vite ou les personnes très démunies.

L'ACCOMPAGNEMENT PROPOSE PAR LES ESA

Taux de remplissage

Questionnaire: 4 ESA déclarent rencontrer des difficultés concernant le taux de remplissage (3 en 72 et 1 en 44).

- *Nb insuffisant d'ETP pour les pro de l'ESA*
- *Des temps de route trop importants*
- *Un manque de prescripteurs (en particulier en Sarthe)*

Entretiens (10 ESA): 5 affirment rencontrer des difficultés pour atteindre le seuil des 120 PEC/an

- Absences inopinées des personnes = annulations de séances, des suspensions de PEC, fins d'accompagnement précoces
- Disponibilités des personnes (vacances, rdv, obligations familiales...)
- Planning et disponibilité des ASG, vacances, absences, difficultés pour mettre en place un relai avec un partenaire
- Des PEC qui s'étaient facilement sur + de trois mois
- Du temps à consacrer aux tâches administratives, à la préparation des séances, aux déplacements, aux synthèses, aux transmissions insuffisamment pris en compte dans les ETP prévus par le cahier des charges
- Mesures d'hygiène renforcées depuis la crise sanitaire (temps de désinfection du matériel)
- Manque de prescripteurs sur certains territoires, notamment en milieu rural

L'ACCOMPAGNEMENT PROPOSE PAR LES ESA

Les demandes d'admission ne correspondant pas aux critères d'inclusion

16 ESA parfois et 3 souvent sollicitées pour accompagner des personnes dont stade d'avancement de la maladie trop important.
⇒ Orientation vers des partenaires (AJ, CLIC, Services d'aide à domicile, SSIAD, PFR, MAIA...).

Certaines ESA acceptent quand même d'accompagner les personnes, mais sur un temps + court

- ⇒ Pour réaliser des évaluations, mettre en place des relais ou construire un plan d'aide
- ⇒ Des séances ayant pour objectif de soulager l'aidant = des urgences impliquant des aidants épuisés et sans solution
- ⇒ Des accompagnements n'ayant pas vocation à durer = un relai doit vite être mis en place

L'ACCOMPAGNEMENT PROPOSE PAR LES ESA

Score MMSE toujours pertinent ?

Score MMSE pas toujours pertinent pour estimer la nécessité ou la pertinence d'un accompagnement.

Certaines équipes accompagnent des personnes avec un score MMSE considéré comme bas (<15), dès lors qu'elles estiment qu'un travail est possible, que certains objectifs sont atteignables:

« Pour nous, le critère MMSE n'est pas un critère absolu. Ce que l'on évalue, c'est plutôt une capacité à s'inscrire dans un travail autour de la quotidienneté » (ergothérapeute).

⇒ Nécessaire pour l'ESA **d'aller rencontrer la personne chez elle**, pour déterminer si un accompagnement est envisageable.

L'ACCOMPAGNEMENT PROPOSE PAR LES ESA

Recueil et élaboration du plan de soins

Le cahier des charges prévoit qu'une évaluation soit réalisée par l'ergothérapeute et/ou le psychomotricien. D'une durée de 1 à 3 séances, cette évaluation peut être faite en lien avec l'infirmier coordinateur.

- **Dans la plupart des ESA (15 sur 19), l'évaluation est pluridisciplinaire.**
- **Les 19 ESA répondants sollicitent systématiquement l'avis de la personne concernée, même si cela peut être « parfois difficile quand les troubles ne permettent pas de comprendre ».**
- **16 ESA sollicitent toujours l'avis de l'aidant et 3 souvent.**
- **13 ESA sollicitent parfois l'avis du médecin traitant lors de l'évaluation des besoins et de l'élaboration du plan de soins.**
- **4 ESA sollicitent toujours le médecin, 1 souvent et 1 jamais.**
- **17 ESA sollicitent l'avis d'autres professionnels:** il s'agit surtout des orthophonistes, des services d'aide à domicile, des CLIC, des médecins spécialistes (gériatres, neurologue...) des kinésithérapeutes, des MAIA, des infirmiers libéraux et des SSIAD

L'ACCOMPAGNEMENT PROPOSE PAR LES ESA

Les difficultés rencontrées avec les personnes pendant les accompagnements

Les ESA ont été interrogées sur les difficultés rencontrées lors des accompagnements avec les personnes malades.

Difficultés rencontrées avec les personnes lors des accompagnements	Nb d'ESA concernées (Sur 19 répondantes)
Réticences ou opposition de la personne aux interventions	19
Déclin cognitif trop sévère, perte d'autonomie trop importante	15
Difficulté de communication	14
Temps de déplacement important pour se rendre au domicile des personnes	11
Difficulté à recueillir le consentement de la personne	10
Absentéisme de la personne au cours de la période de prise en charge (lié à une hospitalisation, fatigue, maladie...)	10
Insalubrité ou inadaptation du domicile	5

L'ACCOMPAGNEMENT PROPOSE PAR LES ESA

Les situations observées de mises en danger de la personne

14 ESA sont parfois confrontées à des personnes en situation de mise en danger et 5 le sont souvent.

Êtes-vous confrontés à des personnes en situation de mise en danger (dans leur domicile, maintien de la conduite...) ?	44	49	53	72	85	Total
Parfois	4	4	1	3	2	14
Souvent	2		1	1	1	5
Total des ESA répondantes	6	4	2	4	3	19

Certaines ESA observent une fragilisation des situations et une hausse des « situations critiques »

Les ESA ont cité les solutions suivantes parmi les leviers d'action possibles :

- Orienter ou travailler avec des partenaires (médecins traitants, MAIA, CLIC, services d'aide à domicile, assistants des services sociaux, ARS, réseaux de santé, EEAR, association de lutte contre la maltraitance...)
- Effectuer des signalements, des demandes d'hospitalisation d'office
- Informer et travailler avec les familles, le médecin
- Orienter vers une auto-école pour faire une évaluation
- Rechercher une autre organisation de transport adapté

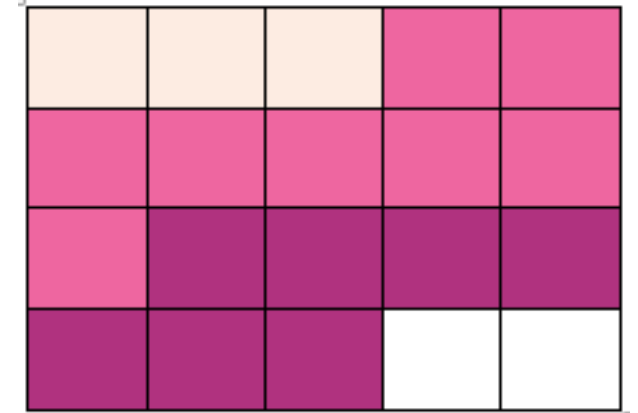
LA PRISE EN COMPTE DES AIDANTS

L'évaluation des besoins des aidants

7 ESA procèdent **toujours** à une évaluation des besoins de l'aidant, 8 le font **souvent**
= 15 ESA (toujours/souvent).

3 ESA procèdent **rarement** à cette évaluation.

1 n'a pas répondu.

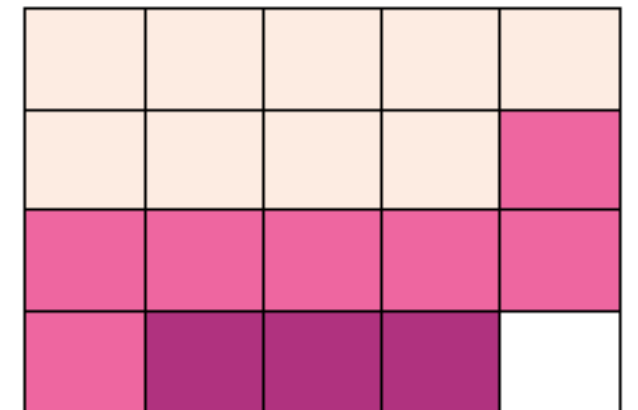


La mise en place de temps d'échanges aidant/aidé

7 ESA organisent **souvent** des temps aidant/aidé, 3 ESA en organisent **toujours**.

9 en organisent **parfois**.

= traduit une attention portée au couple aidant/aidé



LA PRISE EN COMPTE DES AIDANTS

Les interventions dispensées auprès de l'aidant seul

16 ESA dispensent des interventions auprès l'aidant seulement

7 : **toujours** ou **souvent**

9 : parfois

3: jamais

Constat partagé d'un manque d'accompagnement des aidants.

=> Traduit l'enjeu de développer l'offre de répit, notamment en matière d'accueil temporaire (accueil de jour, hébergement temporaire) + soutien psychologique des aidants

LA PRISE EN COMPTE DES AIDANTS

Les difficultés rencontrées avec les aidants lors des interventions

Difficultés rencontrées avec les aidants lors des accompagnements	Nb d'ESA concernées (Sur 19 répondantes)
Des aidants eux-mêmes en grandes difficultés (difficultés économiques, problèmes de santé, isolement, épuisement...)	18
Déni ou minimisation de l'aidant vis-à-vis de l'état cognitif et des besoins de la personne aidée	18
Difficulté à passer la main aux professionnels, sentiment de culpabilité	17
Interférences de l'aidant avec les interventions	15
Opposition de l'aidant aux interventions	12
Maltraitance ou mauvais traitements de l'aidant vis-à-vis de la personne malade (restriction de liberté, violence physique et/ou verbale, négligence...)	10

ESA = des points d'observation privilégiés des besoins des aidants.

⇒ Le fait que 18 ESA déclarent être confrontées à des aidants eux-mêmes en grandes difficultés met en lumière la nécessité de porter une réflexion sur l'offre de répit et les solutions de soutien aux aidants.

Les solutions de relais proposées

**16 ESA sur 19 déclarent trouver souvent et 1 toujours des solutions satisfaisantes à l'issue de l'accompagnement.
2 ESA déclarent que ce n'est que parfois le cas (en Sarthe et en Vendée).**

Solutions proposées:

- Envoyer un bilan au prescripteur (19 ESA)
- Mise en relation avec un AJ (19 ESA)
- Mise en relation avec un service d'aide à domicile (19 ESA)
- Mise en relation avec des professionnels de santé et paramédicaux : infirmiers, kinés, orthophonistes... (19 ESA)
- Informer les personnes et les aidants vis-à-vis des solutions existantes, sans faire de mise en relation (17 ESA)
- Mise en relation avec une coordination gériatrique (12 ESA)
- Mise en relation avec un EHPAD (8 ESA)
- Mise en relation avec un hôpital de jour (7 ESA)

- Autres: CMP, associations de loisirs, associations spécialisées...

⇒ Les ESA accompagnent les personnes en les mettant en lien avec les relais potentiels (pas juste de l'information).

Les difficultés à mettre en place les solutions de relais proposées

Si la plupart des ESA déclarent trouver souvent des solutions satisfaisantes à l'issue de la PEC, toutes ont cité des difficultés concernant la mise en place des relais.

=> 15 ESA cite la mise en place des solutions de relais comme axe prioritaire d'amélioration parmi une liste de suggestion.

- Le coût
- Le refus de la personne
- Manque de structures
- Refus des aidants

Les 4 principales difficultés citées

Quelles difficultés souvent rencontrées lors de la recherche et la mise en place de solutions de relais ?	44	49	53	72	85	Total
Coût des solutions proposées	6	4	2	4	3	19
Refus de la personne vis-à-vis des solutions proposées	6	4	2	4	3	19
Manque de structures sur le territoire	6	3	2	3	3	17
Refus des aidants vis-à-vis des solutions proposées	6	4	1	3	3	17
Inadéquation des solutions possibles avec les besoins des personnes	5	2	1	3	2	13
Manque de temps pour organiser la fin de prise en charge et la mise en place de relais	2	2	1	2	3	10
Total des ESA répondantes	6	4	2	4	3	19

Point sur le refus des aidants, abordé en entretien pour mieux appréhender les raisons du refus :

- Dénis, freins psychologiques de l'aidant à l'idée d'accepter la mise en place d'une aide (= accepter la maladie)
- Le coût (notamment AJ), d'autant plus que l'intervention de l'ESA est intégralement remboursée
- Le transport pour l'AJ: trop coûteux financièrement, en temps, en énergie. => ≠ répit
- Manque d'accompagnement de l'aidant dans la réalisation des démarches pour la mise en place du relais

L'ACCOMPAGNEMENT DES PUBLICS AUTRES QUE MALADES D'ALZHEIMER

Un accompagnement différent, nécessitant de la formation et un travail de réseau

- Dans plusieurs ESA, ergo prennent en charge l'ensemble des séances quand il y a une personne ayant Parkinson, SEP ou maladie jeune
=> **besoins spécifiques, situations + complexes nécessitant des compétences particulières.**

Concernant les malades jeunes, les problématiques sont ≠, l'accompagnement est décrit comme + difficile:

- Contexte familial, conjugal ≠ (enfants + jeunes, problématique du couple...)
- Des personnes qui travaillent encore (ex: accompagnement d'un licenciement)
- La maladie évolue vite
- Des personnes en demande d'information sur la maladie (or les supports sont plutôt destinés aux aidants et dont le proche est + âgé = travail d'adaptation des supports)

L'ACCOMPAGNEMENT DES PUBLICS AUTRES QUE MALADES D'ALZHEIMER

Un accompagnement différent, nécessitant de la formation et un travail de réseau

⇒ Les ESA sont favorables à l'ouverture mais nécessitent de pouvoir former les professionnels (ergo, ASG) afin d'accompagner ces personnes dans de bonnes conditions:

⇒ L'autre condition concerne le travail avec les partenaires = les ESA doivent pouvoir consacrer du temps au développement du réseau partenarial, qui n'est pas le même que celui du secteur des personnes âgées:

= un travail de partenariat indispensable pour aussi être identifié par les prescripteurs comme une équipe pouvant accompagner ces publics.

A noter: une interrogation d'une ESA concernant les SEP => risque de se surajouter à des dispositifs déjà existants ? Importance de bien évaluer la plus-value d'une PEC ESA par rapport à ce qui existe déjà pour ces publics sur les territoires.

Le manque de solutions de relais pour ces publics

La plupart des ESA déplorent le manque de structures proposant un accompagnement adapté aux spécificités de ces publics.

« Les malades jeunes c'est vraiment le premier sujet qu'on a actuellement, on n'a pas de solutions de relais pour ce public-là. Ils attendent beaucoup de l'équipe ESA en fait. Des solutions, on n'en a pas, donc c'est frustrant pour tout le monde, aussi bien les familles que les professionnels. Et ce sont des personnes qu'on rencontre de plus en plus » (IDEC).

Une ESA adossée à une PFR explique avoir mis en place via la structure porteuse des activités pour ces publics.

POINT DE VUE DES ESA SUR LA DUREE D'ACCOMPAGNEMENT ET LE NB DE SEANCES

Le cahier des charges prévoit une période maximale de PEC de 3 mois, dans la limite de 12 à 15 séances par personne.
=> 12 ESA sur 19 interrogées citent la durée de PEC comme axe prioritaire d'évolution parmi une liste de suggestions.

Sur la durée maximale d'accompagnement (3 mois)

- 11 ESA considèrent que les 3 mois sont toujours ou souvent suffisants pour atteindre les objectifs fixés au démarrage.
- 8 ESA considèrent que ces 3 mois ne sont que parfois, voire jamais suffisants.

La période maximale d'accompagnement (3 mois) vous semble-t-elle suffisante pour atteindre les objectifs d'accompagnement fixés au démarrage du suivi ?	44	49	53	72	85	Total
Jamais	3			1		4
Parfois	2	1	1			4
Souvent		2		3	2	7
Toujours	1	1	1		1	4
Total des ESA répondantes	6	4	2	4	3	19

POINT DE VUE DES ESA SUR LA DUREE D'ACCOMPAGNEMENT ET LE NB DE SEANCES

Sur la durée maximale d'accompagnement (3 mois)

13 ESA favorables à un allongement de la durée maximale d'intervention

Seriez-vous favorable à un allongement de la durée maximale d'intervention des ESA ?	44	49	53	72	85	Total
Oui	5	3	1	2	2	13
Non	1	1	1	2	1	6
Total des ESA répondantes	6	4	2	4	3	19

« Pour permettre un accompagnement encore plus personnalisé et moins précipité »; « Pour renforcer les acquis »; « Pour réaliser un relai de qualité en lien avec les partenaires »...

Pas systématique, bénéfique pour certains publics:

- Les personnes pour qui la relation de confiance est longue à établir
- Les personnes manifestant un refus de soins, parfois lié à l'anosognosie
- Les personnes isolées géographiquement ou socialement, les situations complexes, où les mises en place de relais sont + longues
- Les malades jeunes, pour qui la fréquence d'une séance par semaine n'est pas toujours adaptée (par ex: offrir la possibilité d'une séance tous les 15j, étalés sur une période > 3 mois)

De nombreuses ESA reconnaissent qu'elles dépassent – de fait – les 3 mois de PEC du fait des difficultés de planning, de délais de mise en place des relais, des absences des personnes et/ou des professionnels...

POINT DE VUE DES ESA SUR LA DUREE D'ACCOMPAGNEMENT ET LE NB DE SEANCES

Sur le nombre maximal de séances (12 à 15)

- 13 ESA considèrent que les 12 à 15 séances sont toujours ou souvent suffisantes pour atteindre les objectifs.
- 6 ESA considèrent que ces 12 à 15 séances ne sont que parfois suffisantes.

Le nombre maximal de séances prévu (12 à 15) vous semble-t-il suffisant pour atteindre les objectifs d'accompagnement fixés au démarrage du suivi ?	44	49	53	72	85	Total
Parfois	3	1		1	1	6
Souvent	2	2	2	3	1	10
Toujours	1	1			1	3
Total des ESA répondantes	6	4	2	4	3	19

POINT DE VUE DES ESA SUR LA DUREE D'ACCOMPAGNEMENT ET LE NB DE SEANCES

Sur le nombre maximal de séances (12 à 15)

16 ESA favorables à un allongement du nombre maximal de séances

Seriez-vous favorable à un allongement du nombre maximal de séances autorisé ?	44	49	53	72	85	Total
Oui	5	3	1	4	3	16
Non	1	1	1			3
Total des ESA répondantes	6	4	2	4	3	19

« Entre l'admission, les deux séances de bilan, le relais et la fin d'intervention, il ne reste que 10 séances à l'ASG pour mener les objectifs de réhabilitation. C'est d'autant plus important lorsque l'environnement familial est absent ou en difficulté, besoin de temps et de rencontre pour avancer dans les projets ».

Pas systématique, bénéfique pour certains publics (comme pour l'allongement des 3 mois) :

- Les personnes pour qui la relation de confiance est longue à établir
- Les personnes manifestant un refus de soins, parfois lié à l'anosognosie
- Les personnes isolées géographique ou socialement, les situations complexes, où les mises en place de relais sont + longues
- Les malades jeunes

Quelques ESA alertent sur le fait qu'il ne faut pas pour autant que les séances ne se transforment en activités occupationnelles.
=> Il faut que l'augmentation du nb de séances soit vraiment au service de la réalisation des missions de l'ESA (soins de réhabilitation)

POINT DE VUE DES ESA SUR LA DUREE D'ACCOMPAGNEMENT ET LE NB DE SEANCES

12 à 15 séances complètes ou « jusqu'à 12 à 15 séances » ?

Dans les entretiens:

- 6 ESA expliquent ne pas aller jusqu'au 15 séances si les objectifs sont atteints avant la fin
- 2 ESA proposent systématiquement les 15 séances et construisent de nouveaux objectifs au fur et à mesure

PROBLEMATIQUES LIEES AUX TERRITOIRES DES ESA

Un manque de prise en compte des temps de déplacement, en particulier dans les territoires ruraux

Les contraintes liées aux temps de déplacement, en particulier en milieu rural, ont été maintes fois soulignées:

« Les ETP ASG induisent un temps forfait d'intervention de 120 minutes par patient. Conséquences sur notre territoire au vu du nombre de km effectués par les collègues ASG : manque de temps pour faire leurs comptes rendus de prise en charge »

« Accorder plus de temps ASG pour les territoires ruraux, où les distances entre choix patient est plus important »

« Certains de nos territoires sont étendus, mais nous répondons aux demandes quel que soit le lieu d'habitation. Par contre, cela représente des temps d'intervention plus longs (liés au temps de trajet) et ce n'est pas forcément pris en compte dans les ETP attribués (puisque les ETP ne tiennent pas compte des kilomètres parcourus) » (IDEC).

- **Les distances à parcourir peuvent limiter le nombre de personnes accompagnées par jour**
- **Le temps requis pour se rendre au domicile d'une personne peut conditionner la date à laquelle elle sera prise en charge**

ESA en milieu urbain parfois confrontées à des difficultés de stationnement ou de circulation qui impactent les PEC.

PROBLEMATIQUES LIEES AUX TERRITOIRES DES ESA

Les organisations mises en place pour limiter les temps de trajet

- Les partenariats avec les SSIAD du territoire, avec mise à disposition d'ASG
- Organisation en antennes territoriales
- Avantage d'avoir plusieurs ergothérapeutes/psychomotriciens, plusieurs infirmiers = partage du territoire
- Interventions uniquement l'après-midi = accès à la flotte de véhicule du SSIAD
- Programmations des visites selon les secteurs géographiques pour optimiser les déplacements

Mais les contraintes restent fortes:

- Les professionnels ont besoin de revenir au bureau (préparation de séances, rédaction, tâches administratives...)
- Manque d'échanges avec les ASG mises à disposition par les SSIAD partenaires
- Concentration des visites en fonction des secteurs géographiques = délais ++ pour certains territoires avec moins de demandes

PROBLEMATIQUES LIEES AUX TERRITOIRES DES ESA

Des partenariats moins développés sur les territoires de l'ESA hors SSIAD de rattachement

Territoire vaste = multiplication des partenaires = temps ++ à consacrer aux partenariats

Des difficultés à travailler en réseau, notamment pour les relais, dans les territoires hors SSIAD de rattachement
= baisse de la qualité d'accompagnement sur ces territoires.

Partenariats + faciles sur le territoire du SSIAD de rattachement puisque l'ESA peut s'appuyer sur un réseau déjà établi.

=> Soulève un questionnement sur la taille des territoires des ESA et leur correspondance aux territoires des SSIAD.

LES PARTENAIRES DES ESA

11 ESA citent les partenariats comme axe prioritaire d'évolution

15 ESA citent l'information et la communication sur l'existence et le fonctionnement des ESA.

Des partenaires à sensibiliser et informer aux missions de l'ESA

- 11 ESA sur 19 ont un site ou une page web, 8 n'en ont pas
- 11 ESA estiment ne pas être suffisamment bien identifiée par les prescripteurs
- L'ensemble des 19 ESA estiment qu'il faut sensibiliser + les médecins généralistes.
- 14 ESA citent aussi les médecins spécialistes libéraux
- 8 ESA citent aussi les consultations mémoire

Un manque de temps à consacrer aux partenariats

Souhait de nombreuses ESA de bénéficier de temps supplémentaire pour les partenariats, notamment quand le secteur est vaste et couvre plusieurs SSIAD. => le temps manque pour « un travail de fond ».

« L'étendue du territoire implique que les partenariats sont plus compliqués à construire. Sur le territoire de notre SSIAD, nous connaissons parfaitement le réseau de professionnels, ce qui facilite les échanges et les relais. Le temps d'infirmière est insuffisant pour se permettre d'être présent sur tout le territoire, à toutes les réunions pluriprofessionnelles qui permettent de créer son réseau » (directrice).

La formation des professionnels des ESA = l'axe prioritaire d'évolution le plus souvent cité par les ESA (17 sur 19 répondantes).

Trois types de besoins de formation

- L'accompagnement au domicile
 - Les maladies neurodégénératives, des pathologies spécifiques
 - L'accompagnement des aidants, les relations familiales, de couple...
-
- **Une formation ASG qui n'aborde pas assez l'accompagnement à domicile, trop axé sur l'exercice en établissement**
 - **Nécessité de se former ou d'actualiser les connaissances afin d'accompagner les nouveaux publics des ESA (MND)**

Pour conclure, les éléments marquants...

Concernant les équipes :

- Clarifier la place de l'infirmier et de l'ergothérapeute vis-à-vis de la fonction d'IDEC
 - Encourager la diversification des professions présentes au sein des équipes (psychomotricien)
 - Intégrer un temps de psychologue / favoriser les mises à disposition d'un psychologue par des partenaires
 - Mieux valoriser l'activité d'ASG face aux difficultés de recrutement et de disponibilité
 - Proposer davantage d'analyse de pratiques, notamment pour les ASG
-
- Mieux prendre en compte le temps requis entre les séances, pour l'ensemble des professionnels de l'ESA
(temps de réunion, AP, rédactions, préparation des séances, temps de déplacement, tâches administratives, coordination...)
- ⇒ *Ouvrir la possibilité de moduler le seuil théorique des 120 prises en charge selon les spécificités du territoire couvert par l'ESA*
- ⇒ *Ouvrir la possibilité d'adapter le nombre d'ETP pour 10 places en tenant + compte des contraintes territoriales*
- ⇒ *Favoriser les échanges d'xp et de pratiques autour de ce sujet entre ESA*
-
- Renforcer le couple ESA/SSIAD
 - Favoriser les collaborations avec les AJ et les PFR en vue de soutenir les aidants

Concernant l'accompagnement proposé par l'ESA

- S'interroger sur l'adaptation des modalités d'accompagnement des personnes elles-mêmes ou dont les aidants sont encore en activité professionnelle (disponibilité en dehors des heures d'ouverture de l'ESA: soir, weekend)
- Garantir aux ESA une marge de manœuvre suffisante pour évaluer la pertinence de leurs interventions, au-delà du score MMSE via notamment la possibilité de faire des VAD
- Reconnaître le temps nécessaire à l'établissement d'une relation de confiance = consentement
- Enjeu autour de l'intervention précoce: sensibilisation des prescripteurs nécessaires, en particulier médecins traitants

Concernant l'accompagnement des aidants

- Diversifier et renforcer l'offre de répit, notamment en matière d'accueil temporaire et de soutien psychologique des aidants
- Enjeu l'accompagnement des aidants dans les démarches post-interventions de l'ESA, lors de la mise en place des relais

Concernant les publics autres que malades d'Alzheimer

- Formation des professionnels des ESA sur les MND
- Possibilité que les ergo/psychomot effectuent les séances si besoin
- Identifier du temps pour constituer et mobiliser des partenariats spécifiques
- Ne pas se surajouter à l'existant
- Développer les solutions de relais pour ces publics

Concernant la durée de la PEC et le nb de séances

- Avoir la possibilité de moduler la durée de la PEC (+ 3 mois) et le nb de séances selon les situations

Concernant les territoires des ESA

- Mieux caractériser les territoires des ESA et les contraintes liées, notamment au regard des temps de déplacement et des taux d'équipement afin d'adapter le nombre minimal de PEC à réaliser et les ETP dédiés
- Privilégier des territoires d'intervention des ESA correspondants à un nombre limité de SSIAD, afin que l'équipe puisse s'appuyer sur le réseau partenariat déjà établi de ces structures, sans démultiplier le nombre de partenaires

OU penser des organisation territoriales permettant de mieux répartir le territoire à couvrir (ex: infirmiers-référents sur des secteurs géographiques).

Concernant les partenariats

- Sensibilisation des prescripteurs, en particulier en milieu rural
- Réduire les écarts dans la qualité de l'accompagnement entre les secteurs où l'ESA connaît les partenaires et ceux où elle est moins identifiée, favoriser la communication dans les secteurs où elle est moins identifiée
- Favoriser les échanges entre ESA à l'échelle des départements, lorsque cela n'a pas encore été mis en place, éventuellement via des groupes de travail

Merci de votre attention.

Le rapport et le diaporama vous seront diffusés sous peu.

Pour toute question, remarques: s.painter@creai-pdl.fr

VOS QUESTIONS, VOS REMARQUES ?