

Séminaire « Soutenabilités »

Contribution - Covid-19 : pour un « après » soutenable

Nom : Bonte

Prénom : Alexandre

Institution ou entreprise : Wello

Axe(s) :

- Quelles interdépendances et quelles formes d'autonomie à différentes échelles ?
- Quel modèle social pour « faire avec » nos vulnérabilités ?
- Numérique : nouveaux usages, nouvelles interrogations

Intitulé de votre contribution : Vers un modèle médico-solidaire

Résumé de votre contribution :

Les défis planétaires que nous connaissons aujourd'hui appellent des changements radicaux de société. Nous ne pouvons plus attendre une autre catastrophe sanitaire pour repenser la coopération entre le monde professionnel du médico-social et celui de la société civile. Dans le rapport Libault, « Grand âge : le temps d'agir » remis au gouvernement en mars 2019, la France fait face à une double exigence : « Affronter la réalité démographique et faire évoluer l'offre proposée, le modèle actuel semblant à bout de souffle ». Pour les personnes fragiles et isolées, l'importance de la continuité des soins, du lien permanent avec l'aide à domicile, de l'organisation du quotidien et du maintien du lien social est essentielle. Les services sociaux et médico-sociaux, sont sous extrême tension. En 2050, le nombre de personnes âgées dépendantes aura tout simplement doublé, mais d'ici là, c'est toute la générosité et l'ingéniosité de proximité qui devra prendre naturellement la relève. Comment puis-je aider autour de moi et qui va pouvoir aider mon proche si je suis à distance ? Comment les acteurs du médico-social peuvent-ils mieux se coordonner ? Quelle place et comment intégrer les bénévoles, les proches et la famille ? Comment revenir à un système plus humain, mieux coordonné, centré sur la personne et organisé à l'échelle du quartier ? Si chacun peut agir localement c'est bien tout un système qu'il faut revoir. C'est un modèle allant du médical jusqu'aux solidarités qui devra coopérer.



Pour une meilleure coopération à domicile

Livre blanc

Sommaire

03 Introduction

04 Partie 1 : En théorie

La réciprocité directe avec le modèle Fureai Kippu

La sélection de parentèle avec la conférence familiale

La sélection de groupe avec les communautés soignantes

Le modèle Buurtzorg

19 Partie 2 : En pratique

Les outils de coopération

Les outils de mise en relation

32 Partie 3 : Mise en oeuvre

Méthode

Mesurer l'impact

42 Et vous ?

51 Bibliographie



Introduction

Les défis planétaires que nous connaissons aujourd'hui appellent des changements radicaux de société. Nous ne pouvons plus attendre une autre catastrophe sanitaire pour repenser la coopération entre le monde professionnel du médico-social et celui de la société civile. Dans le rapport Libault, « Grand âge : le temps d'agir » (1) remis au gouvernement en mars 2019, la France fait face à une double exigence : « Affronter la réalité démographique et faire évoluer l'offre proposée, le modèle actuel semblant à bout de souffle ».

Pour les personnes fragiles et isolées, l'importance de la continuité des soins, du lien permanent avec l'aide à domicile, de l'organisation du quotidien et du maintien du lien social est essentielle. Les services sociaux et médico-sociaux, sont sous extrême tension.

En 2050, le nombre de personnes âgées dépendantes aura tout simplement doublé, mais d'ici là, c'est toute la générosité et l'ingéniosité de proximité qui devra prendre naturellement la relève. Comment puis-je aider autour de moi et qui va pouvoir aider mon proche si je suis à distance ? Comment les acteurs du médico-social peuvent-ils mieux se coordonner ? Quelle place et comment intégrer les bénévoles, les proches et la famille ?

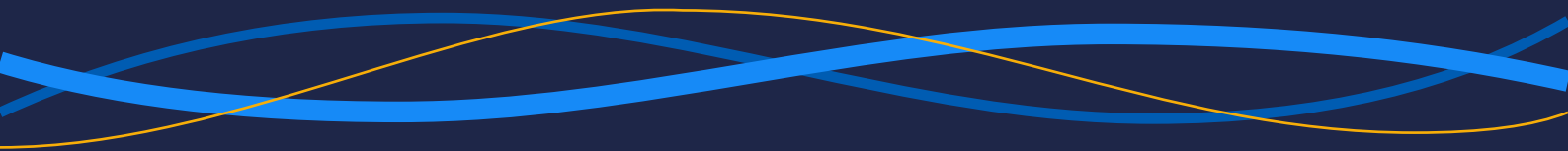
Comment revenir à un système plus humain, mieux coordonné, centré sur la personne et organisé à l'échelle du quartier ? Si chacun peut agir localement c'est bien tout un système qu'il faut revoir. C'est un modèle allant du médical jusqu'aux solidarités qui devra coopérer.

Ce livre blanc est ouvert à la contribution

Cette publication fait partie de la démarche de co-construction et partage de Wello avec notre communauté et partenaires. Toute nouvelle contribution, avis, manifestation d'intérêt, ou nouveau témoignage sur ces sujets sont bien sûr les bienvenus.

Partie 1

En théorie



Selon Martin Nowak (directeur du programme de dynamique évolutive à l'Université Harvard), les comportements de coopération en société diffèrent selon les situations (2). Selon lui, l'évolution de la vie sur Terre ne se limite pas au simple fait de se battre pour survivre, mais la coopération aurait également joué un rôle essentiel dans ce processus. Il distingue 5 types de mécanismes de coopération : la réciprocité directe, la réciprocité indirecte, la sélection spatiale, la sélection de groupe et la sélection de parentèle. Chacune de ces formes a ses spécificités, est adaptée à certaines situations et répond aux besoins humains de gratitude, de reconnaissance ainsi que d'altruisme.

Le premier mécanisme identifié par Martin Nowak est la coopération dite en **réciprocité directe**. Elle rassemble les situations où nous aidons pour être aidés en retour. Ce mécanisme consiste à se dire « si je vous aide aujourd'hui, vous m'aidez plus tard ».

Ensuite, vient la **réciprocité indirecte**, qui mêle la notion de notoriété sociale : nous aidons pour être bien vu de la société et du groupe de personnes qui nous entoure. Cette coopération doit être visible pour être connue des autres, afin de nous donner une meilleure image. Cette reconnaissance des autres envers soi, peut faciliter la coopération et entraîner des actions spontanées pour venir en aide à autrui.

On trouve également les mécanismes de **sélection spatiale**. Ils se traduisent par le fait qu'il est plus simple et accessible pour une personne d'en aider une autre faisant partie de sa « zone géographique », comme un voisin, un collègue de travail, etc. En effet, en sachant que cette personne partage en quelque sorte notre quotidien de par la proximité géographique qui nous lie, elle pourra logiquement être en mesure de nous aider à son tour en cas de besoin.

La **sélection de groupe**, elle, tend à montrer qu'un groupe de personnes qui coopère et fonctionne ensemble aura bien plus de chances de réussir qu'un groupe au sein duquel les membres sont individualistes et ne communiquent pas. La sélection de groupe s'illustre au sein d'une équipe sportive par exemple.

Pour terminer, le dernier mécanisme relevé par Martin Nowak est la **sélection de parentèle**. Elle met en avant le fait qu'une personne sera beaucoup plus dévouée à aider ses propres parents en premier lieu.

La réciprocité directe avec le modèle Fureai Kippu

Dans les années 1990, alors que le gouvernement japonais cherche à lutter contre le vieillissement de la population et l'isolement des personnes âgées (3), divers groupes d'assistance ont vu le jour, regroupant plus de 70 000 bénévoles. Mais la notion d'entraide réciproque, pourtant très importante au Japon, était inexistante au sein de ces groupes ; le système est très vite arrivé à bout de souffle.

C'est alors qu'est né le modèle Fureai Kippu (« billet en échange de relations bienveillantes » en français), en 1994. Tsutomu Hotta crée ce système de « banque de temps », dans le but d'inclure cette idée de réciprocité au système d'aide aux personnes dépendantes. Ce système permet de couvrir toute aide aux personnes âgées ou invalides qui n'est pas prise en charge par l'assurance maladie, comme la préparation de la nourriture à la maison, les courses, le transport, etc. D'une manière générale, le fonctionnement de ce modèle est assez simple : une personne qui donne une heure de son temps pour aider une personne âgée « gagne » un crédit d'une heure qui est épargné électroniquement. Ce crédit peut alors servir pour la personne-même, ou être transféré vers le compte d'un parent ou grand parent pour bénéficier d'une heure d'aide en cas de besoin (4). Certains services plus complexes peuvent être plus coûteux en crédits temps que d'autres. Aujourd'hui, Fureai Kippu rassemble 374 organisations, et environ 100 000 personnes bénéficient de ce système.

Des études révèlent un véritable impact sur ces bénéficiaires : aider les autres améliore les relations sociales des personnes vulnérables, et permet une relation plus équitable dans le sens où il est possible de rémunérer la personne volontaire et qui donne de son temps. Une véritable solidarité intergénérationnelle, humaine et authentique s'installe. Ce concept valorise ainsi l'action d'aider une personne en offrant une récompense, utilisable par soi ou par un proche dans le besoin. Cette façon de monnayer le temps peut faciliter la démarche de se lancer dans ce type d'aide, mais également fidéliser les utilisateurs qui peuvent non seulement aider un

voisin ou une connaissance, mais également un membre de leur famille à distance par exemple, en leur transférant des crédits. On parle alors de « long-distance care ».

Une étude de l'université de Birmingham fait état de deux implémentations distinctes du modèle Fureai Kippu (5) mais aussi de leurs principales limites : le « *Tasukeai hureai services kippu* » et le « *Chiiki kasseika hureai kippu* ». Le premier modèle fonctionne uniquement au sein d'un réseau fermé de personnes pouvant aider et être aidées. Le deuxième permet quant à lui de bénéficier de services extérieurs comme payer le restaurant ou l'hôpital par exemple. Dans les deux cas, des échanges avec la monnaie locale sont en fait possibles, en achetant des « crédits-temps » et représentent un véritable inconvénient au modèle. En effet, il est souvent plus intéressant de posséder de la monnaie que des « crédits-temps ».

L'étude révèle également les limites plus générales d'un système d'échange reposant sur des « crédits-temps » émis à un endroit et honorés souvent ailleurs, éventuellement bien plus tard. Si aucun investissement n'est fait au sein de la communauté pour assurer localement la réciprocité de l'entraide, le fonctionnement de ce modèle de manière dispersée et asymétrique altère son fonctionnement global. En effet, les motivations d'entraide souvent égoïstes s'opposent alors à la motivation des soins, qui elle, comporte de forts éléments d'altruisme.

La sélection de parentèle avec la conférence familiale

Le principe de sélection de parentèle pourrait être illustré par le biais des conférences familiales, transposées au domaine du maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie.

Une conférence familiale est un procédé qui trouve ses origines dans la culture des Maoris de Nouvelle-Zélande (6). En effet, traditionnellement, pour faire face à un problème familial, les Maoris, plutôt que de désigner un responsable à ce problème, se réunissaient afin de trouver des solutions communes. Ce processus s'est vu supprimé au moment de la colonisation européenne, puis réintroduit suite à une hausse de la délinquance juvénile.

L'efficacité de cette méthode a, par la suite, inspiré de nouveaux pays. Le *Family Group Conferencing* a alors émergé en Europe, puis dans les pays anglo-saxons, puis scandinaves, et est implanté aujourd'hui dans une quarantaine de pays.

Les conférences familiales ont pour but de trouver des solutions à des problèmes familiaux, qui affectent la vie d'un ou des enfants de la famille. Elles ont pour but d'éviter d'avoir recours au placement des enfants trop systématiquement, en prenant en compte l'enfant, mais également son environnement et ses proches. En pratique, ce processus est réalisé en trois étapes.

Tout d'abord, le coordinateur rencontre la famille, échange avec elle, met à plat les différents problèmes et engage la discussion. La famille, de son côté, doit choisir quels membres de son entourage participeront à la conférence. Cette sélection peut se faire au sein de la famille elle-même, mais également dans son entourage (voisins, professeurs, entraîneurs de sport, amis...).

Ensuite vient le moment de la conférence. On retrouve alors la famille, chaque personne invitée, le coordinateur ainsi que des professionnels pouvant apporter leur aide (psychologues, avocats...). Ce moment est divisé en trois temps. Tout d'abord,

l'ensemble de l'assemblée échange sur la situation, chacun peut exprimer son avis. Ensuite, la famille se retrouve seule et doit établir un « plan d'action » à respecter dans le but de solutionner le problème. Enfin, tout le monde se retrouve une nouvelle fois pour discuter du plan mis en place, et le valider.

Pour terminer, la famille rencontrera de nouveau le coordinateur 3 à 6 mois plus tard, dans le but de voir si les actions ont bien été mises en place, et si la situation s'est améliorée.

L'atout principal de ce processus est le fait que la famille est actrice du changement qu'elle met en place, elle prend les décisions, choisit ce qui est le plus judicieux pour son bien-être, en ayant connaissance de la vision de ses proches, et en bénéficiant de l'aide de professionnels.

En termes de coopération

Le concept même des conférences familiales s'articule autour du principe de coopération. Le fait de rassembler l'entourage de la famille au sens assez large, permet à chacun de donner son avis sur la situation, dans le but de construire une solution réellement adaptée, en tenant compte des ressentis de chacun.

Ces échanges et ces avis extérieurs peuvent permettre à la famille d'ouvrir les yeux sur certains points, de prendre de la hauteur sur leur situation, et facilitent alors la prise de décision. La présence de l'entourage est nécessaire, puisque certains membres peuvent être eux-mêmes des éléments de solutions à certains freins. Par exemple, si l'enfant doit se rendre un soir par semaine à son cours de sport mais que les parents ne sont pas disponibles, un membre de la famille, un ami, ou un voisin peut alors s'en charger s'il est libre à ce moment. L'idée principale est de trouver des solutions, ensemble, pour le bien de l'enfant et de la famille.

Dans le cadre du maintien à domicile

L'idée de transposer le système des conférences familiales au domaine du maintien à domicile pourrait être envisageable et intéressant. Ces réunions n'auraient alors pas pour but de résoudre un problème, mais plutôt de créer une organisation pour

assurer et améliorer le quotidien d'une personne en perte d'autonomie. Il est donc nécessaire d'analyser la totalité du processus, d'évaluer s'il fonctionne efficacement dans ce nouveau cadre ou s'il est à adapter.

Des éléments de réponses peuvent apparaître assez naturellement. L'un des atouts qu'il semble important de conserver, est le fait que la personne ayant besoin d'aide puisse participer à l'organisation de son agenda, en fonction de ses envies et besoins. La collaboration de son entourage au sens large (famille, voisins, amis) lui permettra de garder des liens sociaux, tout en recevant une aide dans la gestion de sa vie quotidienne.

En revanche, le fait qu'à l'origine ces conférences aient pour but de répondre à des problèmes familiaux, peut leur donner un ton assez grave. L'idée d'organiser ces conférences à la manière d'un « jeu », pourrait les rendre plus conviviales et agréables. Par exemple, chaque activité à réaliser avec la personne pourrait être représentée par une carte. Chacune de ces cartes serait alors à répartir entre chaque participant à la réunion, et constituerait l'agenda de la personne à assister. L'attribution d'une carte ferait office d'engagement. Cette notion d'engagement est très importante, si les membres volontaires à aider une personne ne la respectent pas, cela peut avoir des conséquences plus ou moins importantes dans le quotidien de cette dernière.

Chaque membre de l'entourage présent à la conférence sera alors en mesure d'assurer une tâche ponctuelle ou récurrente. Il est important d'assurer des activités « pratiques » telles que faire des courses, ramener du pain ou aider à préparer les repas, mais également des activités de « loisirs » comme faire une partie de jeu de société, faire une balade ou simplement discuter autour d'un café.

On peut dire que les conférences familiales sont, à l'origine, une manière de solutionner un problème au sein d'une famille, à l'aide d'échanges entre cette famille, son entourage et des professionnels présents pour guider et faciliter la prise de décisions. Transposées au domaine du maintien à domicile, ces conférences pourraient être vues non pas comme un moyen de résoudre un problème mais plutôt comme une manière collaborative d'organiser l'agenda d'une personne en perte d'autonomie. Le but étant d'assurer ses besoins autant que ses désirs, en alliant utile, pratique et loisirs.

La sélection de groupe avec les communautés soignantes

Antoine Boivin, médecin, et Ghislaine Rouly, « patiente » ayant subi au cours de sa vie de nombreuses interventions médicales, ont tous deux conçu en 2016 le projet Caring Community, au Canada. Ce projet a pour but d'apporter une certaine humanité au domaine médical, en collaborant avec des patients, des professionnels ainsi que des citoyens. (7)

L'idée de ce projet dont Antoine Boivin est à l'origine, est née du fait que selon lui, certains patients n'ont pas seulement besoin de soins physiques, et qu'un psychologue ne pourra jamais remplacer l'oreille attentive d'un ami ou d'un proche. Il souhaitait alors trouver un moyen de rétablir ce lien social si déterminant dans le bien-être des patients.

Il a alors décidé de s'entourer de « patients partenaires », comme Ghislaine, dont le rôle est d'être une oreille, un conseiller et un pair. Lorsque le médecin identifie un besoin autre que purement médical pour son patient, il lui propose de rencontrer l'un de ses patients partenaires, pour échanger. Le fait d'avoir en face de soi une personne qui a été dans une situation similaire à la nôtre, qui nous est semblable, peut faciliter la création d'un lien de confiance, l'échange et permettre au patient de se confier et de relâcher une certaine pression. Ainsi, le patient partenaire les aide à retrouver des objectifs de vie, à voir plus loin que leur état de santé actuel.

Au-delà des patients partenaires, les deux co-fondateurs ont décidé de faire participer des « partenaires citoyens ». Ces personnes sont là pour aider les patients à retrouver une vie sociale locale, en leur faisant découvrir des activités, des organisations présentes dans leur quartier. Ainsi, des liens sociaux peuvent émerger, mais les partenaires citoyens peuvent également faire part de leurs conseils ou de leur aide en termes de logement, de travail, ou de n'importe quelle ressource, pour les patients les plus défavorisés.

Ainsi, chaque acteur des communautés soignantes a un rôle bien établi :

- Les professionnels de santé sont en mesure d'apporter les soins médicaux adaptés à chaque patient ;
- Les patients partenaires aident les patients à garder une certaine estime de soi, à ne pas laisser l'état de santé prendre le dessus sur l'état et le bien-être moral ;
- Les partenaires citoyens, eux, favorisent l'inclusion sociale, font vivre la communauté.

Ce réseau de communautés soignantes permet aux patients de se sentir entourés, d'avoir des personnes qui leur ressemblent dans leur entourage, de savoir où demander de l'aide, d'avoir des conseils, et ainsi ne plus se sentir seul avec leurs soucis de santé.

Selon Antoine Boivin, « *le message à retenir le plus important de cette initiative à ce jour est que prendre soin des patients et des citoyens est faisable, agréable, naturel et aide à recentrer les soins sur ce qui compte le plus pour les gens* » (8).

Cependant, il n'oublie pas de rappeler qu'un tel projet nécessite un certain équilibre, parfois difficile à trouver, et que de nouvelles interrogations naissent sans cesse. Bâtir des communautés équitables en s'assurant que tout le monde avance vers un objectif commun, trouver des moyens de financement et d'organisation durables, mesure d'impact... Tous ces thèmes sont autant de questionnements auxquels il est nécessaire de répondre afin d'assurer un avenir durable et efficace aux communautés soignantes.

La théorie est nécessaire, mais c'est la pratique du terrain qui fait avancer les choses.

Je suis convaincue qu'il est nécessaire aujourd'hui de revaloriser le métier de soignant en remettant l'Humain au cœur des démarches. Lorsque la rentabilité prime sur la qualité du travail et le bien-être des soignants et des bénéficiaires, on perd le cœur même de ce métier, basé sur la relation à l'autre. Le cœur c'est l'Humain.

Fabienne Liagre – Bénévole La SCALAA.

Le modèle Buurtzorg

Le modèle Buurtzorg (9) (« Soins de proximité » en français), désigne une prise en charge novatrice des soins à domicile. Lancé en 2006 par Jos de Blok au Pays-Bas, ce concept vise à favoriser le lien social en prenant réellement en compte chaque patient, et plus seulement sa condition médicale, tout en responsabilisant les infirmières. A son lancement, Jos de Blok était accompagné de 4 infirmières et d'un développeur informatique. Aujourd'hui, l'organisation compte plus de 10 000 infirmiers-ères réparties dans 850 équipes à travers tout le pays, ce qui représente environ 70% du marché des soins à domicile aux Pays-Bas.

En pratique, le modèle Buurtzorg consiste à former des équipes de 6 à 12 infirmiers-ères, qui gèreront en totale autonomie le fonctionnement de leur équipe, sans responsable hiérarchique. Chaque équipe est responsable d'une zone géographique allant de 10 à 20 000 habitants. De cette manière, le nombre d'infirmiers-ères rendant visite à un même patient est considérablement réduit, créant ainsi une relation de proximité et de confiance entre le patient et le personnel soignant.

Cette nouvelle manière d'apporter des soins à domicile, en plus de proposer un travail de qualité, diminue considérablement les coûts que nécessitent ces prestations. Tout d'abord, en implantant une équipe dans une zone géographique limitée, les frais de déplacement se voient diminués. Viennent ensuite les frais engendrés par les services intermédiaires qui ne sont pas sur le terrain (les managers par exemple), ceux-ci sont également gommés en suivant le modèle Buurtzorg. De cette manière, la tarification des consultations est, elle aussi, amoindrie.

En termes de coopération ?

Buurtzorg l'a bien compris : c'est en développant la coopération de tous, qu'il est possible de maintenir les personnes en perte d'autonomie le plus longtemps possible à leur domicile. C'est pourquoi, au-delà d'être un système de soins à domicile novateur, Buurtzorg est également un modèle basé sur des échanges et sur un travail de coopération. Sans cette coopération, l'un des trois piliers nécessaires (les

infirmières, les patients, et les proches de ce dernier) au bon fonctionnement de cette méthode se trouve affaibli, entraînant donc des manques ou des problèmes.

En effet, on retrouve cette idée de coopération tout d'abord entre les infirmières. Elles gèrent leur équipe en totale autonomie, il est donc nécessaire d'apprendre à travailler en équipe, de communiquer afin de transmettre chaque information nécessaire au bon déroulement des consultations et au bien-être des patients.

Ensuite, le fait de restreindre le nombre d'infirmières attachées à un même patient, facilitera la communication et la proximité entre eux. Une relation de confiance pourra alors s'établir, et de cette manière, il sera plus simple pour le patient de se confier sur son état d'esprit actuel ou tout autre sujet qui peut être difficile à aborder avec un « inconnu ». L'infirmière sera alors en mesure de trouver des solutions réellement adaptées à son patient.

Et pour finir, la relation entre l'infirmière et les proches du patient est également non négligeable. En effet, en les informant des évolutions positives ou négatives du patient, et en leur proposant des solutions, ces-derniers seront également en capacité d'agir de la bonne manière pour assurer son bien-être. Le rôle de l'infirmière est non seulement de consulter et de tenir informée la famille du patient, mais également de lui constituer, ou reconstituer un réseau d'amis, de voisins, de connaissances pouvant lui rendre un service ponctuel ou récurrent.

Points positifs et freins identifiés

Après avoir pleinement pris connaissance de cette nouvelle façon de travailler, on peut distinguer différents points très positifs à ce système, mais également quelques freins dont il est important de tenir compte.

Tout d'abord, on ne peut que souligner l'initiative de recréer du lien social dans ce domaine, puisqu'il reste la base du métier d'infirmière. Le fait de restreindre le nombre d'infirmières pour un seul patient, permet, grâce à cette proximité, d'établir une relation de confiance entre le patient et le personnel qui le prend en charge. En conséquence, les infirmières connaissent réellement leur patient, et sont en mesure d'observer et de prévenir les potentiels risques ou régressions, en plus de réaliser des soins de qualité.

En revanche, le modèle Buurtzorg se base sur le principe du self-management. Chaque équipe se gère en totale autonomie, sans responsable hiérarchique. Il est alors légitime de se demander comment passer d'un modèle pyramidal, à ce modèle horizontal, sans hiérarchie.

On peut notamment se demander qui devient l'interlocuteur principal à qui s'adresser en cas de nécessité. En effet, dans un fonctionnement pyramidal, les membres de l'entreprise autant que des personnes externes à celles-ci, savent qu'en cas de demande, de problème ou de questionnement, elles peuvent s'adresser au responsable de secteur. Mais dans le cas d'un modèle horizontal, à qui doit-on s'adresser, pour s'assurer que les informations seront transmises ?

En suivant le modèle Buurtzorg, chaque membre d'une équipe a un rôle établi pour assurer la gestion du groupe. Ces rôles peuvent être fixes, ou attribués sur une certaine durée. Ce mode de fonctionnement peut être un premier frein à dépasser. Les infirmières doivent accepter le fait d'avoir une responsabilité supplémentaire participant au bon fonctionnement de l'équipe. Cette implication peut paraître contraignante au premier abord, pour une infirmière qui souhaite produire des soins de qualité et se concentrer pleinement sur son métier sans charge supplémentaire.

Le fait d'avoir des rôles « tournants » pourrait également ajouter une complexité supplémentaire, notamment en termes de communication. En effet, si le référent à qui chacun peut s'adresser change régulièrement, il sera très difficile d'établir des communications efficaces, autant en interne qu'en externe. On peut alors se demander si ce rôle n'aurait pas tout intérêt à rester attribué à la même personne de façon permanente. De cette manière, les échanges auraient toujours lieu entre les mêmes interlocuteurs, ce qui simplifierait la réception et la transmission des messages, et permettrait de garder une certaine confidentialité, lorsque cela est nécessaire.

Où va-t-on ?

En France, de plus en plus de structures s'inspirent du modèle Buurtzorg. Le collectif *l'Humain d'abord* (10) regroupe plusieurs de ces entreprises d'aide à domicile s'inspirant de ce modèle (*Vivat, Alenvi, Adhap Rouen, l'Atelier 48 et Soignons Humain*).

Le plus important, selon Jos de Blok, n'est pas de calquer complètement ce modèle sans y réfléchir, mais de faire preuve de bon sens, afin de l'adapter à la réalité du terrain et au système de santé en place dans le pays.

On peut donc dire que le modèle Buurtzorg a permis de totalement repenser la manière de travailler des infirmières à domicile, pour finalement revenir aux bases de ce métier et des raisons pour lesquelles il crée tant de vocations. Favoriser le lien social et remettre le patient au cœur du système de soins sont les maîtres mots pour conserver un maximum d'autonomie et une bonne santé des personnes soignées. Responsabiliser les infirmières et favoriser le travail en équipes autonomes sont également des aspects clés de ce système, et qui participent à son succès.

Ce modèle a su prouver ses nombreux bénéfices. Mais étant principalement basé sur la coopération et le lien entre les différents acteurs qui y participent, la qualité des échanges internes et externes est indispensable. Or, comme on l'a soulevé précédemment, cette exigence peut se voir difficile à respecter dans le cas où les rôles établis sont temporaires. Il est donc nécessaire, en adoptant un modèle libéré tel que Buurtzorg, d'établir une stratégie permettant d'assurer la qualité des échanges.

La marguerite



Partie 2

En pratique



Les consultations, rapports ou bilans sur la perte d'autonomie et l'isolement sont nombreux. Chaque métropole, chaque département, chaque institution et chaque gouvernement ayant rédigé son propre rapport. Ils partagent globalement tous le même constat et sont unanimes depuis plusieurs décennies sur les actions à mener. La coordination des intervenants à domicile est un point essentiel.

Par ailleurs, les systèmes coopérant et les modèles de coopération ont individuellement tous portés des résultats extrêmement satisfaisants en expérimentation et en condition réelle. De façon locale, et avec beaucoup de méthodologie, la coopération entre différentes typologies d'acteurs n'est plus à démontrer.

L'heure n'est donc plus à la constatation ni à l'expérimentation mais à l'implémentation des systèmes innovants pensés globalement et à plus large échelle. L'enjeu de demain est d'assembler ces systèmes de coopération qui sont localement efficaces pour un usage à plus large échelle. Le numérique permettra d'apporter les éléments de « chaînage » manquant et le passage à l'échelle nécessaire. Certains freins, qu'ils soient liés à l'expérience et au parcours utilisateur, aux comportements ou aux usages, aux marchés ou aux technologies sont déjà identifiés ou seront à lever dans les prochaines années.

Les outils de coopération



Ces modèles de coopération et leur implémentation numérique trouvent leurs domaines d'application dans des projets d'expérimentation ou des projets de mise en œuvre. Certains sont encore en cours de cadrage et d'autres en phase de réalisation ou en déploiement. A chaque fois, ils sont réalisés avec des partenaires stratégiques innovants en partant de l'expression de besoins des utilisateurs directement concernés. Ils prennent place dans une vision globale, cohérente et centrée sur le bénéficiaire. Le passage au numérique de certains modèles de coopération n'est pas sans poser quelques problèmes de design que nous tenterons de résoudre.

Transmission d'informations au sein d'une équipe professionnelle

Le travail en équipe au sein d'un groupe d'infirmières ou d'auxiliaires de vie nécessite de pouvoir transmettre et consulter les dernières informations au sujet du patient. Il faut qu'à tout moment, les professionnels puissent consulter et mettre à jour les informations générales du patient, les informations de santé, alerter et échanger si besoin avec d'autres intervenants à domicile. Le modèle de travail en équipe autonome propose également de placer le patient au centre de son système de soins (Empowercare). Un mode de partage et de communication avec le patient et son proche est alors nécessaire. Les données de santé ont un caractère extrêmement confidentiel, le mail ou les autres supports numériques existants ne sont pas satisfaisants.

Certains messages sont à partager et d'autres ne le sont pas (message direct). Certains sont à conserver dans le temps et d'autres à supprimer rapidement (un mois maximum). Les combinaisons de groupes de discussion ou de « channels de communication » se multiplient mais le système doit rester globalement simple et efficace. Les professionnels doivent pouvoir consulter l'information rapidement, ils n'ont pas beaucoup de temps et surtout ils ne peuvent pas se permettre de manquer une information. L'expérience utilisateur et les expérimentations sur mobile nous ont montré l'importance d'un usage extrêmement simple et rapide, déconnecté et approprié à leurs contraintes de mobilité.

Pendant la crise du Covid-19 ce qui n'était hier pas envisageable en termes d'outils, s'est imposé comme solution

Là où j'ai noté un changement assez brutal et rapide, c'est dans l'appréhension des outils digitaux, par les professionnels de santé. L'utilisation d'outils de visioconférence s'est avérée utile voire indispensable, que ce soit dans le but de pouvoir organiser des consultations à distance, mais également comme outils d'organisation interne. Je vois le covid-19 comme un bras de levier, un révélateur, et espère que les pratiques et outils découverts pendant cette crise seront conservés à l'avenir.

Guillaume Alsac - Soignons Humain Buurtzorg France.

Carnet de liaison numérique pour le partage avec d'autres membres

Le carnet de liaison est un moyen de communication et de partage simple et essentiel entre les intervenants à domicile. Souvent en papier, sur la table de la cuisine, le carnet de liaison propose l'avantage d'être facilement accessible par tous à domicile mais propose également beaucoup d'inconvénients dans sa version actuelle. Le nombre et les formats ont tendance à se multiplier avec le nombre d'intervenants et il ne permet pas de garantir la confidentialité nécessaire entre les différents intervenants. Bien sûr, il n'est pas consultable à distance pour les proches aidants. Rédigé de façon chronologique par différents interlocuteurs il ne permet pas non plus une vision consolidée et synthétique souvent demandée. La version numérique permet à l'ensemble des acteurs de pouvoir consulter les bonnes informations en fonction des droits et des privilèges de chacun...

Cette coordination des acteurs nécessite un partage partiel ou total de l'information. Les échanges entre les membres d'une même équipe, les échanges entre plusieurs équipes, la vue consolidée du quotidien et les remontées d'informations marquantes ou importantes sont autant de conditions particulières à prendre en compte. La gestion des habilitations complexes et des cercles multi acteurs peut vite devenir un cauchemar techniquement et surtout entraîner des failles de sécurité... L'administration des cercles de confidentialité peut également devenir complexe

pour l'utilisateur. Le paradigme « convention over configuration » doit être privilégié afin de simplifier au maximum les erreurs de paramétrage et de simplifier l'expérience utilisateur par défaut.

Organisation du quotidien avec le planning partagé

En réponse au modèle des conférences familiales pour organiser le quotidien d'une personne en perte d'autonomie, l'outil le plus adapté semble être le planning partagé. En effet, cet outil simple à prendre en main permet à chaque acteur du quotidien d'une personne, d'avoir une vue globale sur son organisation. Il permet de se positionner et de gérer ses interventions en ayant connaissance des disponibilités et des créneaux horaires disponibles. Ainsi, le planning est mis à jour en direct, simplifiant alors la communication et la coordination entre chaque acteur.

Le planning partagé est simplement un outil d'organisation. Aucune information confidentielle n'est intégrée à celui-ci, permettant à chacun d'y avoir pleinement accès, sans risque pour la personne aidée. La simplicité de cet outil permettrait non seulement aux acteurs de s'organiser de manière efficace, mais également à la personne aidée de consulter son planning sans avoir la contrainte d'utiliser un outil numérique compliqué.

Le but du planning partagé n'est pas d'avoir une multitude de fonctionnalités technologiques, mais simplement de centraliser chaque rendez-vous, chaque consultation, chaque intervention sur un même outil, dans le but de faciliter l'organisation au quotidien.

Les outils de mise en relation



Les outils et modèles de coopération que nous venons de parcourir nécessitent une « masse critique » d'utilisateurs avant de montrer leur efficacité et un usage régulier. En effet, qu'ils soient sur l'organisation des jours à venir via le planning partagé ou sur la transmission ou le partage d'informations entre différentes typologies d'acteurs, leur intérêt réside dans le fait qu'ils puissent faire le lien entre différentes typologies d'acteurs (professionnels / famille, professionnels /bénévole, famille / voisin, etc.) déjà en ligne.

L'objectif des outils de mise en relation (11) est donc de faire adhérer les professionnels, les communautés de bénévoles et les bénéficiaires via la proposition de services en ligne. En tant que bénéficiaire ou professionnel, je rentre sur la plateforme pour consulter, demander ou offrir un service puis dans un second temps la coopération devient possible. Certains annuaires proposent la consultation d'informations ou de ressources. IsèreADOM (12) par exemple, fait référence aux ressources sur le bien-vieillir en Isère. Si ces sites internet permettent de se retrouver dans un espace d'informations triées et consolidées, ils ne proposent malheureusement pas la mise en relation et la coopération.

Nous pouvons imaginer plusieurs points d'entrée permettant de favoriser une mise en relation. Le lien social (13), l'aide aux aidants, les services à domicile (14), la mobilité (15), le relayage... L'objectif n'est pas de tous les détailler dans ce livre blanc.

Exemple 1 : L'aide aux aidants, un point d'accès unique pour tous les aidants

Les aidants de personnes âgées, malades ou en situation de handicap doivent gérer l'accompagnement de leur proche en perte d'autonomie ainsi que leur propre vie personnelle et professionnelle. Les aidants se retrouvent rapidement épuisés, en situation d'isolement et ne trouvent plus le temps de s'occuper d'eux-mêmes, de s'octroyer des moments de loisirs ou de rencontre. Ils se retrouvent souvent seuls face à l'accompagnement de leur proche.

Les offres existent pour soutenir les aidants et leur apporter du répit, mais elles sont souvent peu connues, et les aidants ne les sollicitent pas. En plus d'être diffuse, l'information n'est pas toujours « pragmatique », et il est fastidieux d'accéder aux offres pour des aidants déjà surmenés. Le projet « Plateforme des Aidants » vise à

fédérer les acteurs de l'aide aux aidants d'un territoire, et à regrouper et structurer l'ensemble des offres pour les rendre accessibles en un point d'accès unique : une plateforme numérique qui donne accès à de l'information et des services de manière claire et pragmatique.

En adoptant une démarche d'Empowercare à destination des aidants, l'objectif sera d'apporter un ensemble de réponses adaptées à leurs besoins réels, et cela au plus proche de chez eux. Nous pensons qu'il n'y a pas une seule solution miracle mais bien un panel de solutions correspondant à des situations ou des moments précis. L'offre proposée devra être complémentaire mais le point d'accès unique à destination des aidants (Personnes âgées, Maladie Chronique, Handicap mental et Handicap physique) devra regrouper et fédérer tous les services destinés aux aidants.

Pour l'aidant, la plateforme doit permettre de :

- **Découvrir** toutes les solutions d'aide près de chez soi (Centre, Maison des Aidants, Associations...)
- **S'informer** et de se former (MOOC, articles, bons plans et autres conseils...)
- **Échanger** avec d'autres aidants au sein d'un club (forum d'échange entre pairs et modération par un professionnel)
- **Demander** un petit coup de main aux bénévoles (petits services, aide au numérique, visite à domicile, etc.)
- **Se divertir** avec d'autres membres lors d'activités de prévention ou de loisirs (Musée, restaurant, Qi-Gong, Sophrologie...)
- **Se reposer** quelques jours et faire une demande de relayage en ligne avec la mise en relation avec le relayer
- **S'inscrire** en ligne pour une solution d'aide ponctuelle (accueil de jour en établissement, accueil de jour en hébergement familial...)

Pour les professionnels, la plateforme doit permettre de :

- **Identifier** les aidants (process de mise en relation optimisé, campagne de mots-clés sur les moteurs de recherche)
- **Simplifier** le process de demande (inscription en ligne et gestion des places disponibles)
- **Optimiser** les disponibilités d'accueil (gérer le nombre de places et réorienter vers d'autres structures d'accueil)

- **Promouvoir** les activités de loisirs et de prévention (référencement de toutes les activités sur les moteurs de recherche, statistiques et couverture géographique)
- **Prévenir**, former et informer un large public (articles et MOOC en ligne)
- **Démultiplier** une action à plus grande échelle (aide des bénévoles, communauté d'aidants...)

La construction d'une telle offre doit être progressive et se faire par étape. La première étape consiste à s'informer et se former sur les solutions d'accompagnement près de chez soi. L'aidant doit pouvoir saisir sa ville et trouver à proximité toute l'aide et les soutiens dont il peut bénéficier. Il doit également pouvoir filtrer l'offre par pathologie ou par préférence. L'offre étant généralement riche et dense, la recherche doit par conséquent être particulièrement fluide et conviviale. L'information doit, pour sa part, être gérée par les structures concernées directement afin d'être le plus à jour possible.

La plateforme doit permettre également l'initialisation de « Club aidants » pour qu'ils puissent échanger entre pairs sur leurs difficultés, leurs joies, leurs préoccupations. La plateforme doit assurer une mise en lien des aidants avec des bénévoles recrutés, formés et encadrés par des professionnels. Ces bénévoles ont pour mission de repérer les aidants isolés, de proposer des activités de resocialisation, par exemple des visites de courtoisie, des jeux de société, des sorties à l'extérieur (marchés, musées...), aide à la lecture des courriers administratifs, etc. Ils ont également pour mission d'orienter vers les professionnels. Les clubs devront être co-animés par un binôme professionnel (travailleur social et psychologue). Ces moments de rencontre et de partage d'expériences doivent permettre de relativiser sa situation d'aidant en prenant du recul et en réalisant que l'on n'est pas seul. Le Club permet de comprendre son rôle d'aidant, de se sentir moins isolé et de retrouver ainsi sa capacité d'agir. Dans un second temps, les bénévoles peuvent soutenir les aidants dans leur quotidien. L'objectif des Clubs, via cette dynamique collective, est de provoquer la petite étincelle nécessaire à chacun.

Enfin le dispositif doit pouvoir proposer des actions de répit et de relaiage suivant différents formats. Elles pourront être de courte durée, l'occasion d'une activité culturelle ou physique par exemple mais elles pourront être aussi de plus longue durée lors d'un accueil de jour en établissement ou en famille d'accueil. Enfin des solutions de relaiage à domicile devront également être disponibles.

Information, formation, échange, bénévolat, activité, accueil de jour, relaying... Il n'existe pas d'unique solution mais bien un ensemble de solutions disponibles et permettant à l'aidant de pouvoir s'y référer en fonction de ses besoins du moment. Face à la diversité et à la complexité des solutions, le point d'entrée doit être unique et le plus accessible possible. La coopération de tous les acteurs sur le territoire est alors nécessaire pour satisfaire les attentes des aidants.

Exemple 2 : L'EHPAD à domicile et l'habitat inclusif

Neuf français sur dix déclarent préférer l'idée d'adapter son logement pour pouvoir y rester le plus longtemps possible, plutôt que celle d'emménager en EHPAD. D'autant que l'EHPAD, en plus d'être une solution souvent envisagée par défaut, reste une alternative très lourde financièrement. De nouvelles solutions d'EHPAD à domicile ou d'habitat inclusif commencent aujourd'hui à apparaître, dans le but d'adapter le modèle des établissements actuels, arrivé à bout de souffle et ne répondant plus à la demande des bénéficiaires.

Pour assurer le quotidien à domicile d'une personne âgée, il est nécessaire qu'elle puisse disposer des soins médicaux adaptés à sa situation, mais également qu'elle ait accès à des services qui peuvent lui être utiles, tout en favorisant le lien social et la lutte contre l'isolement. Le concept d'habitat inclusif, ou d'EHPAD à domicile est donc envisageable, mais non sans une réelle coopération entre chaque acteur gravitant autour d'une personne.

L'EHPAD « hors les murs » peut prendre différentes formes. La première consiste à adapter le domicile du patient, avec différents dispositifs technologiques permettant au personnel soignant d'avoir en direct les informations essentielles sur le patient (poids, température...), mais également d'être informé en cas de malaise, de chute ou tout autre problème. Cette adaptation permettrait à chaque soignant de pouvoir réaliser sa consultation au domicile du patient. L'utilisation de la domotique pourrait également faciliter le quotidien d'une personne âgée, par exemple en automatisant les volets, ou en motorisant les lits ou les tables pour qu'elles puissent prendre différentes positions, et s'adapter à la personne. De cette manière, la technologie est au service des soignants, mais également du bénéficiaire directement.

Il est également possible de voir l'EHPAD « hors les murs » comme des résidences inclusives regroupant des parties privatives (logements individuels), mais également des espaces communs (restaurant, jardins par exemple) et des services de soins (centre médical, aide à domicile). Les appartements utiliseraient la domotique dans le but de faciliter et sécuriser la vie quotidienne des patients. De cette manière, on garde un cadre de vie agréable, avec l'organisation d'activités communes par exemple, tout en étant capable d'assurer les soins médicaux adaptés à chaque patient. Les espaces communs favoriseraient la création de liens sociaux et lutteraient donc contre l'isolement, tandis que les logements individuels permettraient aux résidents de conserver un environnement personnel, d'avoir une certaine intimité.

Pendant la crise du Covid-19 : Valoriser le fait de ne pas nécessairement avoir à segmenter ces deux services

L'association Aide à Domicile pour Tous a également été sollicitée durant cette crise, par différents EHPAD, en manque de personnel. Geoffroy Verdier a noté à quel point ce qui pouvait être contraignant à mettre en place en temps normal, se faisait de manière spontanée en temps de crise. En effet, la mise à disposition de personnel telle qu'elle a été faite à ce moment, aurait été beaucoup plus fastidieuse, de par les diplômes, les conventions... Et ce constat est le même pour la relation entre les services d'aide et les services de soins, ils fonctionnent naturellement ensemble en période de crise, alors qu'en temps normal ce n'est pas toujours le cas. Il est alors important, selon Geoffroy Verdier, de valoriser le fait de ne pas nécessairement avoir à segmenter ces deux services.

Geoffroy Verdier – Aide à Domicile pour Tous.

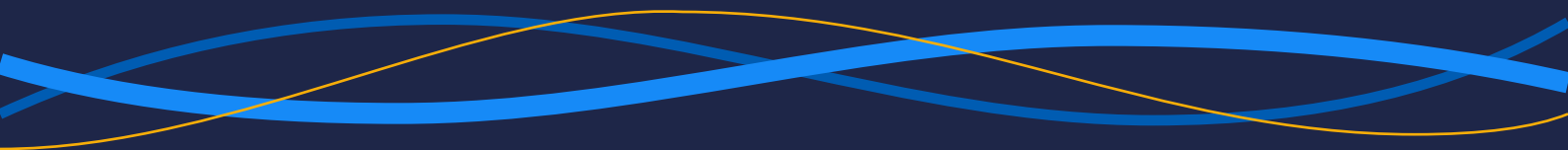
Le bon fonctionnement de cette nouvelle prise en charge des personnes âgées repose principalement sur la coordination des différents intervenants à domicile, et cela jour après jour. En effet, la surveillance de la personne doit pouvoir être assurée 24h/24, afin de pouvoir intervenir à n'importe quel moment en cas de problème. Il est donc nécessaire d'établir une communication efficace entre les intervenants, complétée par un service de téléassistance, par exemple. Mais, en plus de la coordination des intervenants entre eux, il est également indispensable d'établir une communication avec la personne elle-même. L'utilisation d'outils technologiques et

numériques semble alors indispensable dans la gestion et l'organisation au quotidien. Ils doivent être efficaces et adaptés à leur utilisation et à leur utilisateur.

En créant tout un écosystème d'acteurs et d'outils autour d'une personne âgée, il est alors envisageable que celle-ci puisse rester à son domicile personnel le plus longtemps possible. En effet, si les différents acteurs sont coordonnés et travaillent ensemble, il est possible d'adapter le domicile de cette personne et de faire en sorte qu'elle dispose de tout ce dont elle a besoin pour son bien-être. Cette manière de repenser l'EHPAD pourra permettre de replacer le patient au cœur de la démarche, en prenant en compte son avis personnel sur sa situation, son état d'esprit, et plus seulement son état de santé physique. Le but principal de ces nouvelles structures étant de redonner à l'EHPAD son image de lieu de vie, et non plus seulement de lieu de soins.

Partie 3

Mise en oeuvre & mesures



Méthode

Pour mener à bien un programme de coopération sur le territoire, il est nécessaire de travailler en forte proximité avec l'ensemble des acteurs du secteur. La co-construction et l'animation de living labs avec les parties prenantes est un élément fédérateur et permet à chacun de s'approprier la démarche : Personnes âgées, aidants, bénévoles, responsables de structures, professionnels de santé, financeurs, etc.

La méthode de déploiement doit être itérative et progressive. L'objectif dans un premiers temps, est de montrer des premiers résultats très rapidement. Ensuite le programme peut s'inscrire dans une boucle d'amélioration et d'enrichissement continue. En faisant sans cesse évoluer la plateforme et les outils, les partenaires proposent des services toujours plus complets et plus proches des besoins des utilisateurs. Ainsi, tout ce qui est déjà fait n'est pas à refaire. Cette méthode peut se décliner en trois phases :

Observer

La phase d'observation est essentielle. Il est nécessaire de travailler en lien permanent avec les utilisateurs tout au long de la vie du projet, en les impliquant dès la phase de cadrage. La méthode du « Value Proposition Design » peut être utilisée lors des ateliers de cadrage pour comprendre les profils utilisateurs. Cette méthode, très largement utilisée dans le monde de l'entrepreneuriat pour créer des produits et des services en adéquation avec les besoins des utilisateurs, permet de recueillir les besoins fondamentaux et de déterminer par la suite la liste des fonctionnalités techniques ou non techniques à mettre en place. Cette phase ne nécessite pas d'être détaillée dans ce document.

Construire

Dans la continuité de la méthode utilisée lors de la phase d'observation, la proposition de valeur sera traduite en un ensemble de fonctionnalités. Cet ensemble

de tâches et de fonctionnalités sera priorisé et cadencé dans le « product backlog ». Son périmètre évoluera constamment en fonction des tests et des retours des utilisateurs, et il est nécessaire d'adopter une méthode de construction itérative et de tester au fur et à mesure les besoins exprimés auprès des utilisateurs. Le développement en mode agile sera largement privilégié mais ne sera pas détaillé non plus dans ce document.

Mesurer

Enfin, il est nécessaire de mesurer l'impact des solutions mises en œuvre face à l'expression de besoins et la proposition de valeur exprimée. Grâce aux actions de communication, à l'animation des communautés, et à l'analyse de données qualitatives et quantitatives, une large mesure d'impact sur le territoire concerné permettra de valider les objectifs fixés. La mesure et l'analyse doivent faire l'objet d'un suivi interne et régulier permettant de réadapter constamment les outils, l'accompagnement et les services proposés.

Mesurer l'impact social

Une meilleure coopération à domicile a pour unique objectif de permettre à une personne en perte d'autonomie de rester à son domicile le plus longtemps possible. Cet objectif est réalisable et quantifiable grâce à la coopération entre acteurs, via les outils de mise en relation et de coordination décrits précédemment. Combien de mois, de semaines et de jours supplémentaires une personne bénéficiant de ces outils peut-elle rester chez elle dans de bonnes conditions ?

Comment mesurer un tel indicateur ?

Bien que l'indicateur principal soit le maintien à domicile d'une personne perte d'autonomie le plus longtemps possible, celui-ci reflète la qualité du soutien à domicile et le bien-être psychologique de la personne. Une personne heureuse et en bonne santé verra nécessairement sa durée de maintien à domicile dans de bonnes conditions s'allonger. Ainsi, bénéficiant de soins de qualité, d'une aide au domicile, de lien social, d'activités culturelles, font partie des éléments nécessaires au bien-être de la personne.

De cette manière, en considérant la personne et son bien-être au centre de la marguerite (présentée précédemment), la présence de l'ensemble des intervenants professionnels au sein des outils est primordiale. Les outils de coordination tels que le carnet de liaison numérique pour le partage d'informations, les plannings partagés fonctionnent seulement si tous les professionnels du maintien à domicile y sont intégrés. De même que pour la méthode de co-construction des outils présentés précédemment, un acteur institutionnel ou acteur public doit porter le projet pour être capable de réunir l'ensemble des professionnels de son territoire.

Quelles méthodes utiliser pour calculer l'impact social ?

Il existe un grand nombre de méthodes pour mesurer l'impact social d'une organisation. La méthode MESIS, par exemple, se déroule en plusieurs étapes. Tout d'abord, elle consiste à établir la liste d'indicateurs selon les acteurs concernés. Ensuite, il existe différents niveaux de collecte et d'analyse des résultats.

Tracking des données quantitatives via les métriques de la plateforme web, adjoint d'une analyse qualitative :

- **Niveau 0** : Estimation grossière de la portion des bénéficiaires ayant pu être maintenus à domicile grâce à l'action menée ;
- **Niveau 1** : Questionnaire aux bénéficiaires ou à des intermédiaires disposant des informations, posant la question du maintien ou non à domicile et du rôle de la solution dans ce maintien :
 - **Niveau 1.a** : Administration du questionnaire à quelques bénéficiaires ou intermédiaires et extrapolation au nombre total de bénéficiaires ou intermédiaires ;
 - **Niveau 1.b** : Administration du questionnaire à l'ensemble des bénéficiaires ou intermédiaires.
- **Niveau 2** : Échantillonnage et A/B testing : test effectué sur deux échantillons de population aux caractéristiques similaires et correspondant aux cibles du projet, l'une bénéficiant de la solution et l'autre non, sur une durée permettant d'en constater les effets, afin d'établir par analyse statistique les différences générées par un accès ou non à la solution.

Pour chacune des parties prenantes, des indicateurs d'impact des outils mis en place sont ainsi définis, que cela soit pour les acteurs institutionnels publics, professionnels, et bénéficiaires ou aidants, dans l'unique but de répondre à l'objectif initial : maintenir une personne en perte d'autonomie à son domicile le plus longtemps possible. Ces indicateurs se déclinent principalement dans les trois catégories suivantes :

1 - Mesurer la qualité du soutien à domicile et le bien-être psychologique de la personne : La personne en perte d'autonomie prolonge sa présence à domicile dans de bonnes conditions si nous sommes capables de mesurer la qualité du soutien à domicile et le bien-être psychologique.

Soins et aide à domicile

- *Autonomie gagnée à domicile: Le gain d'autonomie de la personne est l'indicateur principal lui permettant de rester plus longtemps à son domicile.*
- *Accès aux soins à domicile: Un accès aux soins régulier et de qualité est nécessaire au maintien en bonne santé de la personne*
- *Accès à l'aide à domicile: L'aide à domicile permet d'assurer le quotidien de la personne (hygiène, repas) et un minimum de relation sociale.*

Bien-être psychologique

- *Accès aux loisirs et activités culturelles: Participer à des activités donne l'occasion aux personnes de rencontrer des amis, donc de garder un lien social hors du domicile.*
- *Stimulation des capacités intellectuelles et physiques: Se stimuler intellectuellement et physiquement permet d'augmenter son estime de soi, améliorer sa santé mentale et physique.*
- *Solution de répit pour l'aidant: La solution permet de redonner du temps aux aidants et de leur enlever de la charge émotionnelle. L'accès à une solution de répit régulière ou temporaire est primordial pour la bonne santé de l'aidant.*
- *Confiance aux professionnels de santé: Avoir une relation de confiance et connaître les soignants du domicile améliore la santé et l'efficacité des soins auprès du bénéficiaire.*

2 - Mesurer les gains perçus par la coordination par les structures professionnelles et l'ensemble des acteurs : Améliorer les échanges externes ainsi qu'au sein des équipes de professionnels, réorganiser le fonctionnement des équipes... l'utilisation

par exemple du modèle néerlandais *Buurtzorg* qui réorganise les infirmières en équipes autonomes, en recentrant la qualité de la relation humaine au centre des soins. Un enjeu majeur à la fois pour le bénéficiaire, qui voit sa forme psychologique et physique considérablement s'améliorer, mais aussi pour les professionnels pouvant travailler dans de meilleures conditions à moindre coût.

Faciliter les échanges

- Bonne circulation de l'information : *Les informations doivent pouvoir s'échanger facilement et efficacement.*
- Hiérarchiser les informations : *La hiérarchisation des informations permet aux acteurs d'accéder directement aux informations les plus pertinentes en fonction de leur profession et rôle.*
- Sécuriser les informations : *La sécurité des informations est essentielle pour protéger les données privées et médicales (hébergement HDS, RGDP)*
- Cercles de discussion : *Les cercles de discussions permettent des échanges hermétiques au sein de l'équipe soignante, entre professionnels du maintien à domicile et avec les aidants informels (familles, voisins...)*

Organisation du quotidien

- Temps économisé entre professionnels : *Une meilleure organisation entre professionnels grâce aux outils de coopération permet de consacrer davantage d'énergie et de temps auprès du bénéficiaire.*
- Meilleure organisation des équipes : *Meilleure articulation des tâches et attribution des rôles, un moyen d'être plus efficace au sein de sa fonction.*
- Épanouissement au sein de la profession : *Se rapprocher du patient ou du bénéficiaire et mieux les connaître donne l'occasion aux professionnels de revenir à l'origine de leurs vocations et d'être plus épanouie. Ressenti d'une transition en passant d'un travail plutôt mécanique à un approfondissement de sa profession.*

3 - Piloter son territoire : connaître et étudier la population, les acteurs de son territoire. Contrôler les dépenses et mesurer les économies engendrées : Fédérer les professionnels de santé dans le projet, avoir une vision d'ensemble du secteur. Pour les professionnels directeurs de structures ou les acteurs publics, les indicateurs permettent d'avoir une connaissance fine des acteurs du territoire et de réaliser des analyses démographiques. En s'inspirant des mesures des performances financières (ROI) déclinées dans sa version sociale (Social Return on Investment - SROI), les outils déployés et la mesure des indicateurs d'impact permettent aussi un pilotage des budgets et un calcul des économies engendrées.

- *Étude démographique : L'utilisation de données consolidées d'un outil commun permet d'étudier les comportements et population de son territoire pour gagner en visibilité.*
- *Cartographie des acteurs : Connaître les associations, aide à domicile, cabinets infirmiers, etc., sur un outil unique permet d'avoir une vision d'ensemble des acteurs du maintien à domicile et de leur permettre de coopérer entre eux.*
- *Connaissance des actions locales (ex : activités de prévention) : Connaître les actions organisées sur son territoire est un moyen de savoir et faire savoir de manière exhaustive l'offre proposée et ainsi d'en faire profiter le grand nombre. Elle permet aussi de pouvoir mieux répartir les budgets et les activités.*
- *Économies réalisées : Maintenir à domicile une personne pendant plusieurs mois en bonne santé par une meilleure coopération des acteurs présente une réelle économie pour le système global (ex : dépenses engendrées en établissement beaucoup plus élevées par exemple).*
- *Fléchage budgétaire : La connaissance des acteurs, de la population, des actions (cf indicateurs précédents), permet l'orientation et un meilleur équilibre des budgets en fonction des besoins de chaque commune concernant le maintien à domicile.*

Impact

		Acteurs concernés								
		Aidants Aidant / Aidé	Aidants informels Famille Voisins Bénévoles			Professionnels Aux. de vie Infirmières Médecins			Acteurs publics Dept. CNSA	
Maintien à domicile de la personne	Soins et aide à domicile Autonomie gagnée à domicile Accès aux soins à domicile Accès à l'aide à domicile									
	Bien-être psychologique Lien social Accès aux loisirs et activités culturelles Stimulation des capacités intellectuelles et physiques Solution de répit pour l'aidant Confiance aux professionnels de santé									
Coordination	Faciliter les échanges Bonne circulation de l'information Hiérarchisation des informations Sécurisation des informations Cercles de discussion									
	Organisation du quotidien Temps économisé entre professionnels Meilleure organisation des équipes Épanouissement des professionnels									
Déploiement	Nombre d'individus maintenus à domicile grâce au service Nombre d'individus bénéficiant de la solution Nombre de professionnels bénéficiant de la solution Nombre de structures bénéficiant de la solution Nombre de départements bénéficiant de la solution									
	Analyses des données - Pilotage Étude démographique Cartographie des acteurs Connaissances des actions locales Économies réalisées Fléchage budgétaire									

*Responsables de structures médicales, médico-sociales, associations (culturelles ou sportives)

Conclusion

Il existe bien d'autres modèles de coopération et cela dans différents domaines d'application. Dans le milieu de la finance par exemple, des systèmes de micro-crédit ont permis aux plus pauvres d'accéder au monde bancaire réservé alors aux plus riches. Dans le domaine de l'agriculture, des AMAP (Association pour le Maintien d'une Agriculture Paysanne) et des fermes de proximité se sont structurées localement pour faire coopérer directement les producteurs et les consommateurs en limitant les intermédiaires. Dans l'écologie, des particuliers se regroupent pour co-construire entre voisins leur propre habitation au sein d'un éco-village... Tous ces modèles ont su faire preuve d'ingéniosité, de coopération inédite et sont maintenant reconnus pour leur intérêt et leur efficacité.

Une étude internationale de grande envergure, (16) regroupant différents scientifiques (psychologue, primatologue, chercheur en neurosciences) a démontré que l'altruisme et la coopération étaient les piliers de la nature humaine. En temps de crise, le centre de recherche sur les catastrophes de l'université du Delaware (États-Unis) a également démontré après l'étude de plus de 700 catastrophes planétaires que les comportements coopérants et altruistes prenaient toujours le dessus sur les comportements individuels. En France par exemple, pendant la crise du Covid-19, les gestes de solidarités et de coopération se sont multipliés.

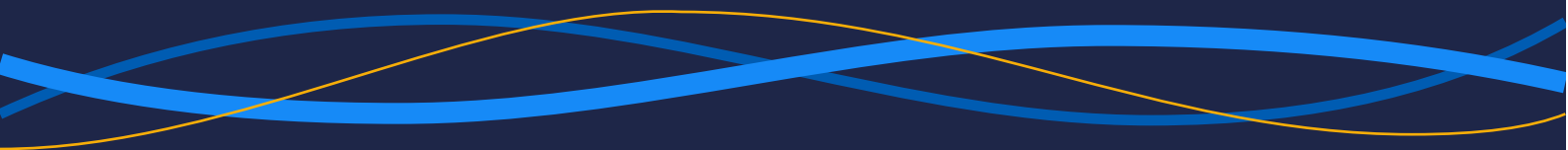
Les consultations, rapports ou bilans sur la perte d'autonomie sont nombreux. Chaque métropole, chaque département et chaque gouvernement ayant rédigé le sien. Ils partagent globalement tous le même constat et sont unanimes depuis plusieurs décennies sur les actions à mener. La coordination des intervenants à domicile est un point essentiel. Par ailleurs, les systèmes coopérant et les modèles de coopération ont individuellement tous porté des résultats extrêmement satisfaisants en expérimentation et en condition réelle. L'heure n'est donc plus à la constatation ni à l'expérimentation mais à l'implémentation des systèmes innovants pensés globalement et à plus large échelle. L'enjeu de demain sera d'assembler ces systèmes de coopération qui sont localement efficaces, pour étendre et universaliser leur usage. Le numérique permettra d'apporter les éléments de « chaînage » manquants et le passage à l'échelle nécessaire permettant d'imaginer enfin « le monde d'après ».

Et vous ?

Témoignages et soutiens

Auxiliaire de vie, Aidant , Voisin, Responsable de secteur, Responsable de structure, CCAS, Maire, Responsable de pôle autonomie, Assistante sociale, Infirmière libérale, Kiné, Ergothérapeute, Aidants familiaux, Alzheimer, Personne en situation de handicap, Malade chronique, Médecin, Psychologue, Personne âgée, Assistante de vie, Responsable de secteur, Coordinateur...

... quelles seraient les solutions idéales pour une personnes fragiles à domicile ?



#COVID-19

Temoignages pour le monde d'après



Guillaume Alsac - Soignons Humain - Buurtzorg France.

Guillaume co-anime une communauté autour du domaine de l'aide à domicile. La crise du covid-19, selon lui, n'a pas eu de répercussion directe sur le travail des infirmières à domicile. En effet, quelques contraintes supplémentaires comme le fait de porter systématiquement un masque et des gants perturbent légèrement le quotidien, mais les fondamentaux et l'exercice en lui-même ne changent pas.

« Ce qui n'était hier pas envisageable, s'est imposé comme solution »

Là où il a noté un changement assez brutal et rapide, c'est dans l'appréhension des outils digitaux, par les professionnels de santé. Pendant cette période où la distanciation sociale était de mise, ce qui n'était hier pas envisageable en termes d'outils, s'est imposé comme solution. L'utilisation d'outils de visioconférence s'est avérée utile voire indispensable, que ce soit dans le but de pouvoir organiser des consultations à distance, mais également comme outils d'organisation interne. Guillaume voit le covid-19 comme un bras de levier, un révélateur, et espère que les pratiques et outils découverts pendant cette crise seront conservés à l'avenir.

Geoffroy Verdier – Aide à Domicile pour Tous.

Geoffroy Verdier, Directeur Général de l'association Aide à Domicile pour Tous, a pu nous faire part de ses espoirs et ses craintes concernant le « monde de demain ».

Il a d'abord soulevé le fait que les services d'aide à domicile ne sont pas reconnus dans le système de santé. Par conséquent, ils n'étaient pas non plus inclus dans les structures à qui distribuer des masques ou des gants en période de crise sanitaire telle que celle du covid-19. Cette constatation est très problématique dans un tel climat, puisque les prestations essentielles à domicile ne pouvaient pas être annulées, les aides à domiciles étaient alors non seulement exposées au virus sans moyen pour se protéger, mais également vecteur de celui-ci, étant donné qu'elles naviguent de foyer en foyer tout au long de la journée. La deuxième constatation de Geoffroy Verdier, est que suite à cette absence d'outils de protection durant les premières semaines de crise, certains

bénéficiaires ne souhaitent plus que les aides à domicile interviennent chez eux, par peur.

Geoffroy Verdier a également souligné le fait que les outils numériques s'étaient en effet imposés comme une réelle solution pendant cette période de crise. La visioconférence peut tout d'abord être utilisée dans le but de maintenir le contact entre le patient et ses proches, mais également en cas de besoin d'avis médical, pour un renouvellement d'ordonnance, ou simplement comme alternative au 15. Il voit la téléconsultation comme un moyen de repérer les vulnérabilités, et espère qu'après la crise, cette solution restera implantée et utilisée.

Nathalie Quaeybeur – Fédération des Aidants des Hauts-de-France.

Nathalie Quaeybeur est la directrice de la Maison des Aidants de Lille. Cette plateforme a pour but de soulager les aidants de personnes âgées en perte d'autonomie, et de les accompagner au quotidien.

A travers son témoignage, nous avons pu découvrir une vision objective, mais pleine d'espoir de la coopération pour l'avenir. Nathalie Quaeybeur relève tout d'abord des difficultés de coopération entre le domaine du sanitaire, et celui du médico-social. En effet, de nombreux professionnels de santé ne connaissant pas la Maison des Aidants par exemple, peuvent faire preuve de réticence à l'idée de collaborer et de s'entraider.

En revanche, Nathalie Quaeybeur souligne la réactivité et l'engagement des bénévoles face à cette crise. En effet, de nombreux citoyens bénévoles ont pu prendre le relais pour aider les personnes âgées dans les tâches quotidiennes, mais également dans la fabrication et la distribution de masques... Une « chaîne de solidarité » s'est formée, et Nathalie espère qu'elle perdurera, en émettant tout de même quelques réserves à ce sujet.

Le second point qui donne de l'espoir à Nathalie Quaeybeur pour l'avenir, est le fait que le centre mémoire du CHU de Lille a fait appel à la Maison des Aidants, dans le but de mieux connaître le sujet du domicile, et de pouvoir orienter les patients en sortie d'hospitalisation. Selon elle, la crise du covid-19 pourrait sonner comme un déclic auprès de ces structures, qui prendront conscience de l'importance d'assurer le quotidien d'une personne à domicile, au même titre que ses soins à l'hôpital

« Personne n'avait de mode d'emploi face à cette crise, on a dû l'inventer et trouver des solutions »

Pour sortir de l'actuelle crise et avoir une vision plus globale, Nathalie Quaeybeur évoque la complexité du système actuel, sa difficulté de compréhension, non seulement par les bénéficiaires d'aide à domicile, mais également parfois par les professionnels. En effet, elle parle même de « Jungle médico-sociale » pour expliquer le fait qu'une personne qui se trouve un jour en perte d'autonomie, n'a pas forcément connaissances des différentes structures, des différentes aides dont elle peut bénéficier, tout ce dont elle a besoin, c'est qu'on l'aide. Il est donc nécessaire, selon elle, de simplifier le système, de centraliser les sources d'informations.

Fernand Bertou – Bénéficiaire des services de la plateforme La SCALAA

Fernand Bertou est un retraité de 82 ans, bénéficiaire des services proposés par la plateforme La SCALAA. Il vit seul dans sa maison, et a pu nous faire part sur son ressenti durant la longue période de confinement, ainsi que sur sa situation plus globale.

Durant cette période, Fernand utilisait La SCALAA, principalement pour bénéficier d'aide pour faire ses courses. Certains de ses voisins ont également proposé leur aide.

Il a pu ressentir, en étant confiné, que son sentiment de solitude s'était accentué. Néanmoins, il a su tirer profit de celle-ci, et ne pas la voir uniquement comme une réelle contrainte. En apprenant à « s'habiller » différemment qu'en temps normal, il se conditionne, accepte la situation et en tire des bénéfices. Il a, par exemple, passé plus de temps à se préparer à manger, en suivant des recettes trouvées sur internet. De cette manière, il est « utile à lui-même », et la situation impacte à moindre mesure son moral. Selon lui, tout est question de volonté.

En ce qui concerne sa situation de personne aidée, il nous a fait part du fait que, selon lui, les intervenants à domicile devraient faire une sorte d'éducation aux personnes âgées. En effet, Fernand Bertou trouve important, voire nécessaire de ne pas considérer les personnes âgées comme des personnes qui vont continuer à décliner, mais au contraire les encourager à rester actif le plus possible et dans la mesure du possible, mais également les éduquer sur le fait de prendre leur médicament tout seul, bien sûr selon les symptômes et les capacités

du patient. Prendre le temps de considérer chaque patient et de s'adapter à ce que chacun est capable de faire ou non.

Le plus important à retenir, est que la crise du covid-19 a évidemment accentué le sentiment solitude des personnes isolées, mais qu'avec de la volonté et de l'aide, on peut tirer du positif de ces situations.

Fabienne Liagre – Bénévole sur la plateforme La SCALAA

Fabienne Liagre, bénévole sur la plateforme La SCALAA, croit en la force des liens humains, et travaille chaque jour pour l'inclusion de tous au sein de notre société.

Selon Fabienne Liagre, il est temps aujourd'hui, de mettre en place concrètement de nouvelles choses pour favoriser la coopération, ainsi que le bien-être des soignants autant que celui des personnes en perte d'autonomie. Fabienne « apprend avec la vie », elle retient l'importance de la théorie, mais selon elle, c'est la pratique, le travail sur le terrain qui fait avancer les choses.

« J'apprends avec la vie. »

Le premier aspect qu'il est nécessaire de remettre en avant pour Fabienne Liagre, est celui de la solidarité. En effet, il lui semble naturel et basique de demander à son voisin, une personne âgée, s'il a besoin de quelque chose en particulier au moment d'aller faire des courses. Elle note l'importance de se rendre utile en allant vers l'autre, en instaurant une certaine proximité.

Ensuite, elle a remis en question l'efficacité du système de soins mis en place actuellement. En effet, la rentabilité prime parfois, au détriment de l'Humain. Or, les métiers du domaine du soin sont avant tout des métiers de relation à l'autre, de flexibilité, d'adaptabilité. Il est donc indispensable de conserver ces aspects, pour le bien-être du soignant, mais également celui du bénéficiaire, qui ne peut créer une relation de confiance avec ses soignants, si ceux-ci passent chez lui « à la chaîne », en un temps très limité. Il est nécessaire, selon Fabienne, de remettre l'Humain au cœur des démarches, afin de revaloriser le métier de soignant, et de recréer cette proximité avec son patient.

A cela, elle ajoute la nécessité des outils digitaux. En termes d'organisation, aujourd'hui, certains soignants n'utilisent pas d'outils numériques, ce qui entraîne une perte de temps, et une fatigue supplémentaire, lorsqu'un simple outil permettrait de faciliter l'organisation des journées, les comptes rendus de consultations... Le digital ne doit pas être utilisé seulement pour contrôler le travail des soignants.

Pour rester dans le thème des nouvelles technologies, Fabienne Liagre pense que la domotique est indispensable aujourd'hui dans le cadre du maintien à domicile. En effet, cette technologie permettrait une adaptation du logement à la personne, lui apportant ainsi accessibilité et confort. Elle est donc convaincue que les nouvelles technologies, si elles sont bien utilisées, peuvent contribuer de manière non négligeable au maintien à domicile.

Amandine Tanniou – Infirmière à domicile

Amandine Tanniou est infirmière à domicile, auprès de personnes âgées et handicapées. Pour elle, la crise du covid-19 et le confinement ont été une période particulièrement compliquée. En effet, elle voit cette crise comme un révélateur des failles en termes de coopération et de collaboration entre l'Hôpital et les soins à domicile. Ces failles étaient déjà bel et bien présentes avant cette crise, mais se sont accentuées pendant, entraînant parfois des situations aux conséquences dramatiques. Le fait que les différents services ne communiquent pas, ne se connaissent pas et parfois même s'ignorent, a également mis en péril le travail des soignants à domicile, et la prise en charge des patients.

Elle a cependant mis en avant le fait que certaines familles ont fabriqué des masques et lui ont offert, mais au sein même de son domaine, elle n'a pas observé de coopération naissante. Selon elle, il est nécessaire que les pouvoirs publics se tournent vers l'innovation et l'évolution de ce domaine, car sans leur approbation, chaque action pourra avoir un impact, mais à toute petite échelle, et ne pourra pas grandir ni se développer.

Ce qu'il faut retenir est le fait que le manque de coopération entre les différents services a rendu la gestion de cette crise très compliquée pour les acteurs du soin à domicile, ayant parfois de graves conséquences. Cette coopération avec le domaine médical se montre donc indispensable, pour assurer le bien-être des patients autant que celui des soignants.

Aurélie Nicolas – Co-fondatrice de l'Atelier 48

Aurélie Nicolas, co-fondatrice de l'Atelier 48, a pu nous faire part de sa vision des choses et de son ressenti en termes d'organisation et de coopération, avant, pendant et pour l'après de cette crise du covid-19.

Au début du confinement, au moment où les choses se sont nettement accélérées, elle confie avoir été vers les Structures d'Aide à Domicile pour leur proposer du soutien, mais n'a pas réellement senti d'envie de leur part de coopérer. Au-delà d'être une question d'envie, elle suppose que les structures étaient un peu « noyées » face à la situation, et souhaitaient réussir à prendre en main les différents événements seules, sans risquer d'avoir des charges supplémentaires.

Elle note en revanche, que lorsque les organisations ont des objectifs, des valeurs et une philosophie commune, la coopération s'établit beaucoup plus naturellement, les personnes cherchent à se regrouper, partager, à rester en lien, ce qui peut mener à de belles actions. En effet, le collectif l'Humain D'abord (dont l'Atelier 48 fait partie) a créé un « parcours » afin de faire découvrir aux différentes entreprises souhaitant du changement, un mode de fonctionnement plus agile et libéré. Elle affirme donc que la crise a « renforcé cette envie de changement », et a pu aider à confirmer les choix des personnes qui hésitaient.

« Pour coopérer, il est nécessaire de se connaître, de s'intéresser les uns aux autres. »

Selon elle, des équipes autonomes, avec une hiérarchie horizontale, par leur agilité et leur réactivité, sont beaucoup plus à-même de réagir rapidement et efficacement face à une crise de ce type, car dans un fonctionnement pyramidal, l'information doit circuler jusqu'au sommet de la hiérarchie, puis redescendre jusqu'aux personnes concernées, ce qui peut parfois faire perdre un temps précieux aux personnes actives sur le terrain.

Elle a également soulevé le fait qu'il était plus simple d'échanger avec des structures agissant sur des territoires différents, car la notion de concurrence ne rentre pas en jeu dans ce cas.

Manifeste

Nous faisons partie de ceux qui mettent l'innovation au profit du maintien à domicile. Nous construisons ensemble les outils, les méthodes et les moyens d'une meilleure coopération entre tous les acteurs. Qu'ils soient professionnels, bénévoles ou particuliers... qu'ils soient de la sphère publique ou de la sphère privée... tous partagent les mêmes valeurs et la même ambition.

La co-création et l'amélioration en continu

Nous construisons des outils de manière itérative et avançons constamment sans se reposer sur nos acquis. Nous impliquons l'utilisateur dans chaque étape de la construction en prenant en compte ses propres besoins. Nous sommes pilotés uniquement par des indicateurs d'impacts et cherchons l'interaction des outils et des services dans l'objectif du bien commun.

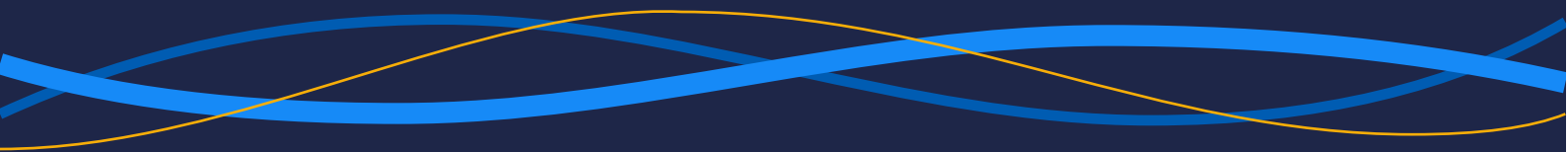
La coopération plus forte que la compétition

Nous pensons à l'intérêt des bénéficiaires avant notre intérêt personnel. Nous partageons les informations qui peuvent être utiles au bien-être de la personne ainsi qu'aux autres professionnels. Nous coopérons avec les autres professionnels ainsi que les aidants informels. Nous soutenons l'échange et le partage d'informations en concertation avec l'aidant et l'aidé.

L'humain et la proximité des relations

Nous pensons au bien être des professionnels autant qu'à celui des particuliers. Nous favorisons le travail de proximité, à taille humaine, pour que chaque suivi soit personnalisé et adapté. Nous respectons chaque personne avec qui nous travaillons qu'elle soit professionnelle ou non. Nous nous engageons à toujours mettre l'humain au centre de nos actions et à participer à l'évolution des pratiques.

Bibliographie



1. **Libault, Dominique.** *Grand âges, le temps d'agir.* s.l. : Ministère des solidarités et de la santé, Mars 2019.

2. **Nowak, Martin et Highfield, Roger.** *SuperCooperators: Altruism, Evolution, and Why We Need Each Other to Succeed.* s.l. : Free Press, March 2012.

3. **Institut de la Gestion Publique et du Développement Economique.** Fureai Kippu, la banque du temps pour l'aide aux seniors. *Le portail de l'Economie, des Finances, de l'Action et des Comptes Publics.* [En ligne] https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/igpde-editions-publications/revuesGestionPublique/IGPDE_Reactive_Japon_mai_2015.pdf.

4. **Hayashi, Mayumi.** *Japan's Fureai Kippu Time-banking in Elderly Care: Origins, Development, Challenges and Impact.* s.l. : King's College London, 2012.

5. **Dr. Sachiko, Nakagawa et Dr. Rosario, Laratta.** *Hureai kippu - lessons from Japan for the 'Big Society'.* s.l. : Catherine Staite, March 2011.

6. **Journal Spécial des Sociétés.** Conférence familiale : Redonner à la famille un pouvoir de décision. *Journal Spécial des Sociétés.* [En ligne] https://www.jss.fr/Conference_familiale__redonner_a_la_famille_un_pouvoir_de_decision-1256.awp?AWPID98B8ED7F=8EB362131CD622AA982A637442E04982BAF8E9ED&AWPID98B8ED7F=8EB362131CD622AA982A637442E04982BAF8E9ED.

7. **Boivin, Antoine et Rouly, Ghislaine.** Communauté soignante. [En ligne] <http://www.chairepartenariat.ca/nos-projets/communaute-soignante/>.

8. **British Medical Journal.** Community initiative co-led with patients could improve care for people with complex health and social needs. *Blog du British Medical Journal.* [En ligne] <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/02/28/community-initiative-co-led-with-patients-could-improve-care-for-people-with-complex-health-and-social-needs/>.

9. **Buurtzorg.** Humanity over bureaucracy. *Buurtzorg.* [En ligne] <https://www.buurtzorg.com>.

10. **Collectif l'Humain d'abord.** Accompagner la transformation organisationnelle dans le secteur de l'aide et du soin. *Collectif l'Humain d'abord*. [En ligne] <https://www.collectifhumaindabord.fr>.
11. **Hélidéo, Costa-Elias et Trosset, Virginie.** *Maintien à domicile : vers des plateformes numériques de services*. s.l. : Banque des Territoires.
12. **isereadom.** IsèreADOM, les solutions pour bien vivre à domicile. [En ligne] www.isereadom.fr.
13. **Wello, Fédération des Aidants.** Solidarité Citoyenne d'Aide Locale aux Aidants. [En ligne] www.lascalaa.fr.
14. **Wello, UNA.** *Besoin d'une aide à domicile ?* [En ligne] www.besoinaideadomicile.fr.
15. **Wello, Communauté de communes du Pays de Mormal.** *Déplacez-vous en Pays de Mormal*. [En ligne] www.deplacezvous.fr.
16. **Gilman, Sylvie et de Lestrade, Thierry.** *Vers un monde altruiste*. Arte France, 2015.
17. **CNAV, MSA, Agirc-Arrco, France Active, Banques des territoires.** *Vivalab*. [En ligne] <https://www.vivalab.fr/>.

A propos de Wello

Wello est une entreprise numérique Nantaise issue de l'économie sociale et solidaire. Nous travaillons avec nos partenaires exclusivement (17) sur la problématique des aidants, du répit et de la perte d'autonomie. Wello développe et propose des solutions innovantes, des outils, des méthodes et de l'accompagnement pour favoriser la coopération autonome de l'écosystème de la personne à domicile.

Wello n'est pas une « startup disruptive » qui cherche à créer de nouvelles communautés de bénévoles ou à concurrencer les acteurs existants des services à la personne. Au contraire, nous nous appuyons sur la richesse existante du tissu associatif, médico-social et sanitaire pour améliorer leurs services grâce à la puissance du numérique et co-construire les solutions de demain basées sur leurs propres besoins.

Nous avons réalisé à ce jour plusieurs expérimentations extrêmement innovantes répondant toutes à des besoins très précis et très opérationnels exprimés par les aidants et les professionnels eux-mêmes lors de nombreux ateliers de co-création. A travers son programme de recherche, Wello est également engagé dans deux programmes internationaux sur le bien vieillir (Canada, Pays-Bas, Belgique, Angleterre, Finlande, Lettonie).

Enfin, Wello est membre du pôle VIVA Lab (17) créé par La Cnav, la MSA, l'Agirc-Arrco, France Active et La Banque des Territoires pour encourager l'innovation à destination des personnes retraitées autonomes. L'objectif de ce programme est de déployer et de mesurer l'impact de nos solutions au bénéfice des personnes en perte d'autonomie, des aidants professionnels et des aidants familiaux.



Organiser la vie à domicile de vos proches

Nous contacter

hello@wello.fr

open.wello.fr | wello.fr