

EHESP

**Moderniser un service d'aide à domicile rural pour l'adapter à
l'accroissement de la dépendance des personnes âgées**

Le défi du maintien à domicile

Myriam FOURNERIE

2014

cafdes



Remerciements

Je remercie toutes les personnes qui m'ont aidée de près ou de loin, dans mon travail de recherche, d'analyse, et tout au long de la construction et de la rédaction de ce mémoire.

Je remercie plus particulièrement mon mari et mon fils pour leur patience et leurs encouragements tout au long de ce parcours.

Sommaire

Introduction	1
1. L'ADMR de Saugues face à l'augmentation de la dépendance à domicile	3
1.1 Un manque d'acteurs coordonnés pour répondre aux besoins croissants ... 3	
1.1.1 Des personnes de plus en plus âgées, isolées, très attachées à leur habitat	3
1.1.2 L'organisation compartimentée des intervenants du maintien à domicile	6
1.1.3 Un territoire vaste déficitaire en services	10
1.2 Les nouveaux enjeux du domicile affirmés par les politiques publiques	12
1.2.1 Une convergence des politiques européennes en faveur du domicile	13
1.2.2 Une recherche de cohérence dans les politiques nationales du maintien à domicile	14
1.2.3 Un département précurseur dans la prise en compte des besoins sur son territoire	18
1.3 L'ADMR de Saugues en recherche entre bénévolat et professionnalisation	19
1.3.1 Une association en crise après s'être enfermée dans une logique d'aide.....	20
1.3.2 Un manque de structuration de l'organisation	23
1.3.3 L'auxiliaire de vie sociale : Un métier mal connu et peu valorisé	25
2 Comment la perte d'autonomie s'inscrit dans le parcours de vie ?	29
2.1 Le domicile : entre lieu privé et lieu de travail	29
2.1.1 Approche sociologique du domicile comme lieu privé.....	29
2.1.2 La complexité du travail à domicile.....	32
2.1.3 Le concept de la qualité dans l'intervention à domicile	35
2.2 La perte d'autonomie et ses conséquences à domicile	37
2.2.1 Approche clinique, humaine, philosophique	38
2.2.2 Perte d'autonomie et sécurisation à domicile	41
2.2.3 L'intégration de la personne dépendante dans son parcours de vie	44
2.3 Le travail en réseau : un moyen d'améliorer le parcours à domicile	47
2.3.1 Approche du partenariat dans le secteur médico-social	47
2.3.2 La coopération : repères et contexte	50
2.3.3 La démarche partenariale : une nouvelle configuration pour les organisations... 52	

3	Un enjeu d'innovation pour l'ADMR de Saugues	55
3.1	Impulser une démarche et susciter la motivation autour d'un projet.....	55
3.1.1	Favoriser une démarche stratégique et politique de changement.....	55
3.1.2	L'évaluation interne : un moyen d'impliquer les acteurs.....	56
3.1.3	Susciter l'adhésion par la formalisation d'une démarche et d'un plan d'action....	59
3.2	L'organisation d'une mutation culturelle pour le SAAD de Saugues	62
3.2.1	Professionnaliser l'organisation par une dynamique collective	62
3.2.2	Promouvoir la qualité du service dans un réseau coordonné en s'appuyant sur les salariés.....	66
3.2.3	Proposer des actions innovantes adaptées à l'évolution du public	70
3.3	Evaluer l'impact du projet sur l'adaptation du service à son public	72
3.3.1	L'évaluation opérationnelle : mesurer le niveau d'atteinte des objectifs attendus	73
3.3.2	Analyser la performance du service et son impact sur le public.....	74
3.3.3	Le niveau politique de la démarche : le projet associatif.....	77
	Conclusion	79
	Bibliographie	81
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ADVF	Assistant De Vie aux Familles
AGGIR	Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources
ANAH	Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANESM	Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ANSP	Agence Nationale des Services à la Personne
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
ASH	Agent de Service Hospitalier
CAF	Caisse d'Allocation Familiale
CAFAD	Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Aide à Domicile
CASA	Contribution Additionnelle de Solidarité et d'Autonomie
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CERC	Conseil Emploi Revenu Cohésion sociale
CESU	Chèque Emploi Service Universel
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLIC	Centre Local d'Informations et de Coordination
CNAVTS	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés
CNCDH	Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DEAVS	Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale
DGAS	Direction Générale des Affaires Sociales
DGCIS	Direction Générale de la Compétitivité de l'Industrie et des Services
DIRECCTE	Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DLA	Dispositif Local d'Accompagnement
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ETP	Equivalent Temps Plein

GCSMS	Groupement de coopération sociale et médico-sociale
GIR	Groupe Iso-Ressource
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences
HAD	Hospitalisation à domicile
HPST	Hôpital, Patients, Santé, territoire
IFOP	Institut Français d'Opinion Publique
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
JAC	Jeunesse Agricole Catholique
MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer
MDA	Maison Départementale d'Autonomie
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MFR	Mouvement Familial Rural
MSA	Mutualité Sociale Agricole
OBRESA	Observatoire Régional de la Santé en Auvergne
OPAH	Opération Programmée d'Amélioration de l'Habitat
PACT	Protection Amélioration Conservation Transformation de l'habitat
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
PED	Prestation Expérimentale Dépendance
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
RNRSMS	Réseau Nationale des Ressources en Sciences Médico-sociales
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
TVA	Taxe sur la Valeur Ajoutée
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URSSAF	Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

Introduction

La population de la France, comme celle de nombreux pays européens, est de plus en plus âgée. Les phénomènes démographiques tels que le baby boom d'après guerre ainsi que l'allongement de la durée de vie vont conduire à une augmentation importante du nombre de personnes âgées dépendantes d'ici quelques années.

Le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement¹ vient d'être présenté en conseil des ministres en juin 2014. Attendu par le secteur depuis plusieurs années, ce projet de loi précise les nouvelles orientations en faveur du grand âge et notamment du maintien à domicile. Tout en confortant l'action des SAAD, les politiques publiques s'orientent vers une prise en charge globale de la perte d'autonomie. Des actions de prévention, d'adaptation de l'habitat, d'intégration sociale sont ainsi prévues pour mieux accompagner les parcours de vie.

Face à des fonctionnements actuels cloisonnés, les professionnels, et plus particulièrement les services à domicile, vont donc devoir se moderniser et s'adapter à ces nouveaux enjeux. Le SAAD ADMR de Saugues, comme tous les services à domicile ADMR, est géré exclusivement par des bénévoles. Malgré des évolutions importantes qu'il a su intégrer comme l'arrivée de l'APA en 2002 et la reconnaissance médico-sociale en 2005, il est aujourd'hui démuné face aux changements à conduire. Les difficultés du quotidien, la grande ruralité du territoire d'intervention, l'isolement du service ne facilitent pas une réflexion prospective.

Le secteur est par ailleurs en pleine incertitude. Le rapport des sénateurs Jean-Marie Vanlerenberghe et Dominique Watrin² déposé en juin 2014 décrit bien cette situation avec un titre évocateur « L'aide à domicile auprès des publics fragiles : un système à bout de souffle à réformer d'urgence ». Les politiques publiques oscillent en effet depuis plusieurs années entre la professionnalisation d'un service médico-social et l'ouverture à la concurrence d'un marché susceptible de lutter contre le travail non déclaré et de créer des emplois pour des publics non qualifiés.

Directrice de la fédération ADMR de Haute-Loire qui regroupe les 70 associations locales du département, j'assume une fonction de direction de l'ensemble des entités qui comptent près de 1300 salariés. Il n'y a pas en effet de poste de cadres de direction dans ces

¹ Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, juin 2014, [en ligne]. [visité le 04.08.2014], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPreparation.do?idDocument=JORFDOLE000029039475&type=general&typeLoi=proj&legislature=14>

² VANLERENBERGHE J.M., WAUTRIN D., Juin 2014, *L'aide à domicile auprès des publics fragiles : un système à bout de souffle à réformer d'urgence*, Commission des affaires sociales du Sénat : Rapport d'information n° 575

services. Mon rôle est aussi de proposer une stratégie départementale en mutualisant des moyens, tout en conduisant une politique de changement avec les associations locales. Pour la rédaction du mémoire CAFDES, je me suis située en position de Direction du SAAD de Saugues, mandatée par l'association locale.

Mon travail a d'abord consisté à repérer et analyser les différents aspects de la situation avant de pouvoir définir un projet adapté. Je présenterai dans une première partie la situation du service à domicile de Saugues, contraint par un territoire rural défavorisé, et devant pourtant assumer une augmentation très importante du nombre de personnes âgées dépendantes. La deuxième partie me permettra d'analyser comment il est possible d'intervenir professionnellement dans un domicile. Je définirai aussi la notion de dépendance et ce qu'elle induit tant sur la personne elle-même que sur les acteurs du domicile. Dans la dernière partie, je proposerai un projet structurant et innovant, porteur d'une nouvelle conception de son rôle d'aide et d'accompagnement pour le service à domicile de Saugues.

En effet, mon objectif ici est bien de pouvoir offrir aux personnes dépendantes résidant sur le territoire de Saugues, l'accompagnement qu'elles souhaitent grâce à un SAAD professionnel, innovant et soucieux de la qualité des prestations auprès des usagers.

1. L'ADMR de Saugues face à l'augmentation de la dépendance à domicile

Toutes les études montrent que notre société va devoir faire face à une augmentation de la dépendance avec le vieillissement de la population. Les politiques publiques se questionnent déjà depuis plusieurs années que se soit en France ou en Europe. Le maintien à domicile semble bien être la priorité pour tous les pays. Les professionnels du domicile, qu'ils soient du secteur sanitaire ou médico-social vont devoir unir leurs forces pour répondre à cet enjeu. Le service à domicile de Saugues, acteur relativement récent du secteur médico-social, n'est pas encore organisé pour répondre aux changements auxquels il va devoir faire face. Malgré un contexte rural difficile, les bénévoles gestionnaires s'appliquent pourtant à essayer de satisfaire les bénéficiaires du service. Cependant, la bonne volonté ne suffit plus. Ce service a besoin de se professionnaliser et de retrouver une capacité d'innovation pour répondre à l'évolution de son public.

1.1 Un manque d'acteurs coordonnés pour répondre aux besoins croissants

Le canton de Saugues, territoire très rural, connaît un vieillissement important de sa population. Les personnes âgées vivent aujourd'hui de plus en plus longtemps à domicile. Le manque de professionnels et leur mode d'organisation actuelle ne permettent pas de répondre de façon satisfaisante au maintien à domicile.

1.1.1 Des personnes de plus en plus âgées, isolées, très attachées à leur habitat

A) Une population vieillissante particulièrement sur le canton de Saugues

D'après l'INSEE³, la population européenne comptera en moyenne 30% de plus de 60 ans en 2060 et 12% de plus de 80 ans. L'Allemagne et l'Italie seraient les pays les plus touchés par ce phénomène. La France devrait recenser 32% de sa population ayant plus de 60 ans en 2060 contre 23,7% en 2012.

Il serait cependant un peu rapide de corrélérer le nombre de personnes âgées à celui des personnes dépendantes. Il est en effet difficile aujourd'hui d'évaluer l'impact des récents dispositifs de prévention en cours, sur l'amélioration de la santé et de l'autonomie des personnes vieillissantes. Ainsi, l'INSEE Auvergne⁴ précise que « le taux de dépendance devrait diminuer entre 2010 et 2030. Ces populations profiteraient en effet de gains

³ COTIS J.P. / éd., 2012, *Tableaux de l'économie française*, Paris : INSEE, p 26-27

⁴ STEPHANY A. / éd, juin 2012, « En Auvergne, des personnes dépendantes plus nombreuses et plus âgées à l'horizon 2030 », *La lettre*, N° 82, Synthèse d'étude : INSEE AUVERGNE

d'espérance de vie en bonne santé dus à l'amélioration des conditions de vie (hygiène, santé...), aux politiques de prévention et de prise en charge de la dépendance. Le risque de devenir dépendant resterait relativement faible et se renforcerait au-delà de 90 ans. ». Le département de la Haute-Loire devrait être fortement impacté par l'allongement de la durée de vie, une hausse de 36% des personnes dépendantes est prévue entre 2010 et 2030⁵ soit 2200 personnes âgées dépendantes supplémentaires.

L'association ADMR intervient sur 11 communes du canton de Saugues comptant en 2010, 3758 habitants⁶. Ce territoire très rural a déjà aujourd'hui un pourcentage de personnes âgées dépendantes supérieur à la moyenne départementale. Selon le rapport de l'OBRESA⁷, le taux de bénéficiaires de l'APA à domicile (80 pour 1000 habitants de plus de 60 ans) est supérieur à la moyenne départementale (69,3 ‰). 35% des habitants ont plus de 60 ans contre 26% en Haute-Loire et ce taux devrait passer à 41% en 2030.

Ce rapport pointe aussi des pathologies circulatoires et cardiaques importantes mais aussi un recours moindre au système de soins sur ce territoire. La population, issue majoritairement du milieu agricole, a un mode de vie simple et fataliste. L'alimentation est peu variée avec essentiellement une consommation de produits locaux. Les habitudes ancestrales (alcool, tabac) sont toujours bien présentes. Les pathologies augmentent donc avec le vieillissement sans qu'il n'y ait eu d'actions préventives.

En France, les questions du vieillissement et de la dépendance sont parfois éludées. Il existe un culte du jeunisme qui occulte le fait que vieillir est inéluctable. Serge Guérin dit pourtant « le vieillissement est une chance pour une société plus douce à vivre »⁸. Sur le pays de Saugues, la vieillesse fait partie de la vie mais sans réflexion ni anticipation sur la façon dont elle pourrait être améliorée. L'augmentation de la durée de vie et donc du vieillissement va forcément nous renvoyer vers la question de comment considérer et accompagner ce 4^{ème} âge de la vie (après l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte) pour que toute personne conserve sa dignité et sa liberté jusqu'au bout.

B) Les facteurs économiques et culturels liés à la propriété

82% des habitants sont propriétaires sur le canton de Saugues (69% en Haute-Loire). 20% de l'habitat est potentiellement indigne contre 7,2% en Auvergne. 53,4% des logements indignes sont occupés par des personnes âgées⁹. La Haute-Loire est prioritaire

⁵ STEPHANY A. / éd, « En Auvergne, des personnes dépendantes plus nombreuses et plus âgées à l'horizon 2030 », *La lettre*, N° 82, INSEE AUVERGNE, p 1

⁶ INSEE, Résumé statistique canton ou ville de Saugues. [visité le 25.03.2013], disponible sur internet : <http://www.insee.fr/fr/themes/comparateur.asp?codgeo=CV-4325>

⁷ FRADET M.R., MAQUINGHEN S., GLANDDIER Y., février 2009, *diagnostic local sanitaire et social du Pays de Lafayette - Haute-Loire*, Clermont-Ferrand : Observatoire Régional de la Santé en Auvergne (OBRESA), p 9-10 et 27

⁸ GUERIN S., 2011, *La nouvelle société des séniors*, Paris : Michalon Editions, p 199

⁹ ARS AUVERGNE, Mai 2013, *Portraits de santé : l'état des territoires d'Auvergne*, p 35

sur certains programmes nationaux d'amélioration de l'habitat et les propriétaires peuvent bénéficier d'aides financières avec un accompagnement du PACT Haute-Loire. Ainsi des aides sont attribuées par l'Etat, l'ANAH, le Conseil Général et aussi la CAF, la MSA et les caisses de retraite pour réaliser des travaux nécessaires au maintien à domicile des personnes âgées et handicapées et pour réhabiliter des habitats très dégradés. Une opération programmée d'amélioration de l'habitat (OPAH) a été lancée sur la communauté de communes de Saugues. Cependant, malgré les différentes campagnes d'information, et les différents dispositifs existants, seuls 431 logements en ont bénéficié en Haute-Loire¹⁰ en 2012. En effet, lorsque les personnes avancent en âge, tout changement dans le quotidien devient perturbant. Entamer des démarches administratives compliquées, et avoir un habitat en chantier représentent un trop gros bouleversement dans leur vie. Il est alors difficile de les convaincre de faire des travaux.

Etre propriétaire de son logement crée un attachement et des liens forts entre la personne âgée et sa maison. Sur le canton de Saugues, c'est souvent la maison familiale, où elle est née et où elle vit depuis très longtemps car la maison se transmet par héritage. C'est un lieu chargé d'histoire et de souvenirs qui la raccroche à la vie.

Selon le rapport de l'OBRESA¹¹, le revenu fiscal moyen est très faible sur le Pays de Saugues : 68% des foyers sont non imposables. Le faible niveau de revenus du secteur pousse aussi les personnes âgées à rester le plus longtemps possible à domicile dans des conditions de dépendance importante car le coût de la vie en établissement est plus élevé que le niveau de retraite moyen.

C) De l'isolement géographique à l'isolement social

Selon l'enquête de la Fondation de France de 2013, 24% des plus de 75 ans sont en situation d'isolement alors qu'en 2010 ce taux était de 16%¹². La Fondation de France évalue un isolement relationnel lorsque le réseau familial, professionnel, amical, affinitaire et territorial est absent. La ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie vient de lancer fin 2013, suite à cette enquête, le programme Monalisa « Mobilisation nationale contre l'isolement social des âgés » pour soutenir des projets locaux et départementaux basés sur le bénévolat, en faveur du lien social. L'objectif est de favoriser les actions de solidarité et de proximité en faveur de l'isolement social. Les liens de voisinage et d'entraide sont encore présents en milieu rural. Le canton de Saugues a développé des

¹⁰ BLANCHARD H., Octobre 2013, « Amélioration de l'habitat : le PACT Haute-Loire, son assemblée générale 2012 », *Renouveau*, [visité le 11.04.2014], disponible sur internet : <http://www.mon43.fr/actualite-28547-amelioration-habitat-le-pact-haute-loire-son-assemblee-generale.html>

¹¹ FRADET M.R., MAQUINGHEN S., GLANDDIER Y., *diagnostic local sanitaire et social du Pays de Lafayette - Haute-Loire*, Op. Cit. p 11

¹² FONDATION DE FRANCE, juin 2013, « *Les solitudes en France en 2013* », L'observatoire, p 2

actions de solidarité de proximité pour vaincre l'isolement. Il existe une charte de cohésion sociale du Pays de Lafayette dont l'objectif est, entre autre, de mettre en place des actions de lien social avec les associations présentes localement, qui animent ainsi le territoire avec leurs bénévoles. Des rencontres autour d'anciennes cartes postales et un séjour de vacances ont été organisés. Cependant, la densité de population du canton est faible : 10,5 habitants au km² contre 45 en Haute-Loire. La population est vieillissante et a baissé de 10% entre 1999 et 2009. Le climat est rude avec des conditions d'enneigements importants. Ainsi, lorsque la perte d'autonomie survient, les personnes âgées qui ne peuvent plus se déplacer se retrouvent isolées car l'handicap et la dépendance favorisent la solitude.

Les modes de vie de cette population à dominante rurale, très attachée à son logement même vétuste, et l'allongement de la durée de vie conduisent à de plus en plus de dépendance à domicile. L'habitat dispersé amène alors ces personnes à vivre dans des conditions d'isolement important. Il y a donc aujourd'hui un enjeu fort d'amélioration du parcours à domicile de ces personnes âgées.

1.1.2 L'organisation compartimentée des intervenants du maintien à domicile

A) Les institutions

Les différentes lois de décentralisation et la loi HPST de 2009 ont redéfini les rôles entre l'Etat et les Conseils Généraux. L'ARS organise l'offre, assure le financement des SSIAD et des forfaits soins des établissements. L'action médico-sociale est pilotée par les départements qui financent les services d'aide et d'accompagnement à domicile. La création de l'APA en 2002 et de la PCH en 2005 ont renforcé le rôle du Conseil Général dans la mise en œuvre des prestations sociales.

On voit bien aujourd'hui que la création des ARS est venue bousculer l'organisation médico-sociale en renforçant le rôle décentralisé de l'Etat. Les schémas départementaux s'appuient aujourd'hui sur les orientations régionales définies par l'ARS dans son plan régional de santé et notamment dans le schéma régional d'organisation médico-sociale. Les Conseils Généraux ont acquis en près de 10 ans une compétence de gestionnaire de proximité qui est absolument nécessaire. Il est en effet important de gérer les situations au plus près du terrain. Cependant, la baisse des financements conduit les Conseils Généraux à se comporter différemment selon leurs moyens financiers et les contraint à adapter leurs prestations à leurs moyens. Ainsi, selon les départements les prestations APA ne sont pas délivrées de façon identique. « le système français des services à domicile aux personnes âgées en perte d'autonomie est caractérisé par d'importantes fragmentations et cloisonnements... Cette structuration sectorielle et non populationnelle auto-entretient un phénomène de cloisonnement des services, observable à quatre niveaux : entre les champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, entre les professionnels

de « ville » et ceux de « l'hôpital », et entre les secteurs publics, « privé lucratif » et « privé non lucratif », ainsi qu'entre les lieux de vie « domicile » et « institution ». Ces cloisonnements rendent difficile la coordination des services de maintien à domicile aux personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant une intervention multidimensionnelle et intersectorielle. », expliquent Dominique Somme et Hélène Trouvé¹³.

B) Les professionnels du domicile

a) *Les services d'aide et d'accompagnement à domicile*

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile ont la particularité d'être organisés sous plusieurs formes et appellations, confuses pour le public. Des règles de qualité ainsi que des dénominations d'emplois différentes sont fixées par le ministère de la santé et le ministère du travail. Un service d'aide à domicile peut être autorisé service médico-social par le Conseil Général et (ou) agréé par la DIRECCTE pour réaliser la même activité.

Les services à domicile cohabitent sous trois modes d'interventions.

Le gré à gré ou emploi direct : le bénéficiaire est aussi l'employeur de son intervenante. Le contrat de travail dépend de la convention collective du particulier-employeur. L'emploi étant disséminé, il n'y a pas réellement de plan de formation ou de professionnalisation du personnel, ni de vérification de la qualité du service rendu, ce qui pose problème lorsque l'employeur est en situation de fragilité. Ce système a l'avantage d'être peu coûteux et il a été encouragé avec la mise en place des CESUS, par des exonérations de charges sociales et des réductions d'impôts.

Le mandataire : l'employeur demande à un mandataire de gérer le contrat et toutes les tâches administratives, liés à son salarié. La législation est la même que pour l'emploi direct. Le mandataire demande des frais de gestion pour réaliser son travail. Ce mode d'intervention est un peu plus sécurisant, tout en restant peu onéreux, car il met en jeu une tierce personne.

Le prestataire : l'utilisateur bénéficie d'une prestation de service délivrée par une association, un CCAS, une entreprise privée. L'organisme doit obligatoirement avoir un agrément délivré par la DIRECCTE ou une autorisation attribuée par le Conseil Général. Le salarié est employé de la structure et bénéficie d'un encadrement. Il dépend de la convention collective de la branche d'aide à domicile pour le secteur non lucratif.

Ces multiples organisations conduisent cependant à plusieurs paradoxes : La loi sur l'APA prévoit un montant maximum forfaitaire par GIR. Au 1^{er} janvier 2014, un GIR2 peut

¹³ SOMME D., TROUVE H., 2009, « Implanter et évaluer une politique d'intégration des services aux personnes âgées : l'expérimentation Prisma France » In FOUQUET A., MEASSON L. / éd., *L'évaluation des politiques publiques en Europe : culture et futurs*, Collection la librairie des Humanités, Paris : L'harmattan, p 385-386

obtenir par exemple une aide maximum de 1118,43 €. Ainsi, plus le tarif horaire de l'intervention sera bas, plus le bénéficiaire pourra obtenir des heures, le poussant à s'orienter vers du gré à gré alors que les situations de grande dépendance nécessitent un encadrement et une coordination réalisable seulement en service prestataire, plus cher. Le développement des services à la personne, lancé par le plan Borloo en 2005 a conduit à la création d'entreprises privées qui se sont installées plutôt en région urbaine laissant les zones rurales peu rentables au secteur associatif. Celui-ci connaît des difficultés à maintenir un certain niveau de qualité face aux limitations budgétaires des financeurs. Cela conduit aujourd'hui à une grande difficulté dans le secteur des services à domicile. Face à ce manque de lisibilité des services à domicile et de leur qualité, il est donc important de revoir leurs organisations. Le rapport de l'IGAS¹⁴ de juillet 2009 préconise d'ailleurs une simplification des dispositifs légaux en conservant simplement le principe de l'agrément et en accentuant le rôle du Conseil Général dans le contrôle de la qualité directement auprès des bénéficiaires.

b) Les autres partenaires du domicile

Le maintien à domicile est réalisé par de nombreux autres intervenants.

Le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), autorisé par l'ARS pour un nombre de lits limité, doit attendre la sortie d'un patient pour en prendre un autre à la différence des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) qui répondent à toutes les demandes. Le SSIAD, encadré par une infirmière coordinatrice, effectue à partir d'une prescription médicale du médecin traitant des soins d'hygiène (toilette, nursing...). C'est un service complémentaire à l'aide à domicile ayant aussi un rôle de coordination notamment avec les professionnels de santé (médecins, infirmières, kinésithérapeutes...) intervenant parallèlement en libéral.

Les EHPAD sont aussi un partenaire du domicile. Ils sont autorisés conjointement par le Conseil Général et l'ARS. Ils permettent de développer une politique de parcours entre le domicile et l'établissement en favorisant des solutions d'accueil de jour, d'hébergement temporaire. Ainsi, les personnes vivant à domicile peuvent trouver des solutions de répit temporaire tout en se familiarisant avec la vie en établissement qui pourra être un jour une solution définitive en fonction de leur situation.

Les responsabilités d'autorisation, de financement, de contrôle, et d'évaluation des interventions à domicile sont réparties entre l'Etat, l'ARS, la DIRRECTE, le Conseil Général, l'assurance maladie, ce qui participe au cloisonnement des intervenants à domicile. Tous les professionnels du domicile nouent une relation de proximité avec la

¹⁴ RAYMOND M., ROUSSILLE B., STROHL H., Juillet 2009, *Enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées*, rapport IGAS, p 5

personne mais organisent leurs interventions en fonction des contraintes propres à leur organisation sans forcément connaître les rôles des autres ce qui conduit parfois la personne aidée à ne plus se sentir maître et actrice de son maintien à domicile. Ainsi, comme le pointe le rapport de l'IGAS¹⁵, « l'hospitalisation à domicile (HAD), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les services d'aide à domicile (SAD) présentent des frontières inadaptées aux situations rencontrées. Ce qui les distingue en principe est le degré de charge de soins, et le mode de facturation. Mais, en réalité, bien souvent, c'est la disponibilité des services qui fait la décision. ». Ce rapport de l'IGAS préconise ainsi de donner plus de pouvoirs aux ARS pour piloter la coordination et le rapprochement entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux grâce à des financements transversaux. Il est donc essentiel aujourd'hui de favoriser une collaboration entre les acteurs du domicile pour améliorer la coordination et le parcours de la personne. Cette action ne pourra se faire sans un soutien et une évolution des politiques publiques.

C) Le rôle des aidants

Le maintien à domicile est efficace grâce à l'implication et à la complémentarité des aidants. Le vieillissement de la population va conduire à une augmentation du nombre d'aidants¹⁶ potentiels mais leur capacité réelle à pouvoir aider plus est encore hypothétique. Des facteurs comme l'éloignement géographique, la disponibilité ou la dépendance de l'aidant éventuel sont à prendre en compte. 2/3 des aidants sont aujourd'hui des femmes. L'aide apportée dans un couple par un aidant masculin est potentiellement plus limitée lorsque c'est la femme qui est en situation de dépendance. Il est donc probable que les besoins de services à domicile vont augmenter mais ils devront tenir compte des aidants et s'organiser pour proposer des réponses à leurs besoins.

Même si les études montrent que la majorité des aidants vivent bien leur situation, leur rôle peut être cependant lourd à porter. Comme l'indique Mario Paquet¹⁷, « la personne-soutien exerce beaucoup plus qu'une prise en charge, elle exerce un rôle familial normalement reconnu. ». Ainsi, elle considère son action comme un devoir familial et a une certaine réticence à accepter et utiliser les services offerts. C'est peut-être d'ailleurs pour cela que ce rôle est souvent joué par la femme, responsable culturellement de l'organisation familiale. A Saugues, cette culture est très ancrée. L'aidant est souvent le conjoint ou parfois les enfants. C'est un acte « normal », aux sens des normes collectives

¹⁵ FOUQUET A., TREGOAT J.J., SITRUK P., mai 2011, *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, rapport IGAS, p 44

¹⁶ GAYMU J. / éd, avril 2008, « Comment les personnes dépendantes seront-elles entourées en 2030 ? Projections européennes », *Population et société*, n° 444, Institut National d'Etudes Démographiques (INED), p 1-4

¹⁷ PAQUET M., 1999, *les professionnels et les familles dans le soutien aux personnes âgées dépendantes*, Paris : L'harmattan, p 74

de ce secteur rural où les valeurs d'entraides familiales sont très présentes, ce qui peut mettre l'aidant en difficulté surtout lorsqu'il s'agit d'un conjoint lui aussi âgé.

Les freins à l'utilisation de services professionnels peuvent s'analyser comme un rejet culturel mais aussi comme une mauvaise adaptation du service aux besoins. Les services d'aide à domicile doivent bâtir une réelle complémentarité avec les aidants et engendrer ainsi une relation de confiance essentielle. L'accompagnement se fera alors dans la proximité en valorisant la dimension humaine. L'enjeu pour les services à domicile est donc d'individualiser l'accompagnement en s'adaptant à chaque situation, à chaque domicile pour respecter le vécu de chacun tant au niveau du bénéficiaire que de son entourage. Je pense qu'il est essentiel de faire évoluer l'offre de service pour la rendre le plus accessible possible : « continuons, ensemble, notre combat pour que vivre et vieillir chez soi soit vraiment une possibilité pour toutes les personnes qui le désirent »¹⁸.

1.1.3 Un territoire vaste déficitaire en services

A) Les contraintes liées à la ruralité

Le service intervient sur un territoire de moyenne montagne de 410 km² situé en Auvergne¹⁹ dans les monts de la Margeride au Sud-ouest du département de la Haute-Loire. Ce territoire enclavé est réputé pour son climat rude. L'éloignement des centres urbains les plus proches amène un exode rural des jeunes et un déséquilibre de la pyramide des âges, le développement des zones urbaines se faisant au détriment de zones rurales comme celle de Saugues. Le vieillissement de la population entraîne des difficultés de recrutement pour le service d'aide à domicile de Saugues car il y a peu de candidats sur place ou prêts à venir s'installer sur ce secteur. Le nombre de déplacements, dans des conditions parfois difficiles, est aussi une contrainte très importante pour le service d'aide à domicile de Saugues.

Le département est découpé en 26 bassins de santé de proximité, celui de Saugues comptant 18 communes. Il est rattaché au bassin de santé intermédiaire du Puy en Velay, l'hôpital Emile Roux du Puy en Velay étant le plus proche. Saugues est cependant à 44 km du Puy en Velay et à 120 km de Clermont-Ferrand.

B) Des intervenants à domicile insuffisants

Le secteur de Saugues est classé très fragile par l'ARS sur l'offre médicale de premier recours. La commune de Saugues dispose d'un pôle de santé avec 2 médecins généralistes, 2 dentistes, 4 infirmières libérales, un kinésithérapeute, et une pharmacie.

¹⁸ ENNUYER B., 2006, *Repenser le maintien à domicile : enjeux, acteurs, organisation*, Paris : Dunod, Avant-propos p 10

¹⁹ Cf. Annexe 1 : Situation du territoire de Saugues

Cependant, un médecin généraliste est parti en retraite en 2012 et les deux autres devraient cesser leur activité prochainement. Les recherches pour trouver des remplaçants restent infructueuses. Les infirmières libérales sont surchargées et ne peuvent pas assurer les soins de nursing. Quatre communes couvertes par l'ADMR de Saugues se trouvent à plus de 15 km d'un médecin généraliste. Le temps moyen d'accès aux soins urgents est de plus de 40 minutes²⁰. Les hospitalisations se font donc souvent en urgence.

L'offre médico-sociale est composée d'un SSIAD de 86 lits répartis sur les cantons de Saugues, Langeac, Pinols et d'un EHPAD de 82 lits permanents, situé à Saugues, avec 5 places d'accueil de jour et 5 places d'hébergement temporaire ouvertes en 2013. Ces établissements ont chacun une liste d'attente importante. Ainsi, l'EHPAD a une liste d'attente de 52 personnes pour 14 décès en moyenne par an dans l'établissement²¹.

Le service d'aide à domicile n'étant pas limité en nombre de places, il est parfois le seul à pouvoir intervenir rapidement. Il peut alors être sollicité pour des tâches ne lui incombant pas réglementairement comme les toilettes médicalisées car aucun service ne peut les réaliser. Se pose alors la question des limites du métier d'accompagnement. Est-ce que la frontière entre le soin et l'accompagnement est si claire alors qu'en EHPAD, l'aide-soignante et l'ASH collaborent et que les toilettes à domicile sont parfois réalisées par les auxiliaires de vie sociale ? Il y a, à mon avis, un effort important de coopération et de professionnalisation à faire entre et au sein des services pour estomper la frontière actuelle entre le «soin » et le « prendre soin ».

L'association est le seul prestataire de services à domicile sur son territoire. La grande ruralité du secteur n'a pas attirée d'entreprises privées car les coûts d'intervention sont plus élevés qu'en milieu urbain. Cependant, elle doit faire face à la concurrence du CESU exécuté par des salariés non qualifiés mais aussi parfois par des salariés de l'ADMR qui cherchent un complément d'heures. Le service à domicile de Saugues ne peut rivaliser avec les coûts du CESU mais propose un tarif préférentiel aux personnes ne bénéficiant pas d'un financement et essaye de fidéliser ses salariés.

Le service social est assuré par une permanence à Saugues, avec la présence d'une assistante sociale du Conseil Général deux matins par semaine. Elle se déplace au domicile des personnes qui le demandent. Une autre assistante sociale intervient à domicile pour évaluer les besoins des demandes d'APA et PCH déposées au Conseil Général. Leur charge de travail et la taille du secteur ne leur permettent pas de réaliser d'actions de prévention et d'informations auprès de la population car elles répondent seulement aux sollicitations.

²⁰ ARS AUVERGNE, *Portraits de santé : l'état des territoires d'Auvergne*, Op. Cit. p 77

²¹ Source Directrice EHPAD Saint-Jacques Saugues, mars 2014

C) La faiblesse des coordinations sur le territoire

Il n'existe pas de CLIC sur le département, la coordination et l'information de proximité n'est pas une priorité pour le Conseil Général qui considère que ses services sociaux assurent cette fonction. Il a fait le choix de créer une MAIA ainsi qu'un relais gérontologique départemental situés au Puy en Velay et joignables par téléphone. Les missions de niveau 1 normalement dévolues aux CLIC : « informer, orienter, faciliter les démarches fédérer les acteurs locaux »²² ne sont donc pas organisées et lisibles pour la population. Lorsqu'une personne âgée ou sa famille a besoin d'informations ou d'aides sur le canton de Saugues, elle se renseigne auprès « d'une personne de confiance » qui peut être un ami, son aide à domicile, son infirmière, son médecin, le maire de sa commune, le CCAS... Tous ces acteurs de terrain n'ont pas une information globale pour orienter correctement les personnes. Il y a ainsi un manque d'informations et de coordination de proximité pour la population de Saugues.

Il n'y a pas d'organisation des sorties d'hôpital avec le CHU du Puy en Velay. Les assistantes sociales de l'hôpital ne voient pas tous les patients qui retournent parfois chez eux sans que le médecin, l'infirmier ou le service à domicile ne soient au courant, ou que la prise en charge ait été adaptée à l'évolution de leur situation. Chaque intervenant du domicile assure alors sa fonction du mieux qu'il peut, pour arriver à accompagner le retour à domicile dans les meilleures conditions possibles. Le faible nombre de professionnels sur le canton de Saugues leur permet néanmoins de se connaître et ainsi d'essayer de pallier aux difficultés, en fonction de leurs possibilités, par une coordination informelle.

L'offre sanitaire, médico-sociale et sociale est donc problématique. Les contraintes de territoire n'attirent pas les professionnels alors que la population est vieillissante. Parallèlement, les partenaires présents ont une surcharge de travail et gèrent chacun leur quotidien dans l'urgence sans réfléchir à une amélioration de l'organisation et de l'information des services qui pourraient certainement fluidifier l'accompagnement des personnes âgées.

1.2 Les nouveaux enjeux du domicile affirmés par les politiques publiques

L'organisation du maintien à domicile des personnes âgées est un sujet qui interroge les politiques publiques depuis plusieurs années. En France, 2002 fut une année charnière avec l'entrée des services à domicile dans le secteur médico-social et la création de l'APA. Aujourd'hui, il est nécessaire de clarifier l'organisation et le fonctionnement de ces services pour leur permettre de répondre à « la priorité nationale » du maintien à domicile.

²² MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA SOLIDARITE, Un CLIC, c'est quoi. [visité le 18.04.2014], disponible sur internet : <http://clic-info.personnes-agees.gouv.fr/clic/construirePageLogin.do>

1.2.1 Une convergence des politiques européennes en faveur du domicile

Les politiques européennes des services à domicile se sont construites en fonction de la culture de chaque pays et des logiques nationales de protection sociale. Le Nord de l'Europe (Suède, Pays-Bas, Danemark) est très administré depuis les années 60, le Sud (Italie, Espagne) fait encore beaucoup appel à la solidarité familiale. Le vieillissement de la population européenne est un constat général, plus accentué dans certains pays comme l'Allemagne et l'Italie. Tous les pays européens ont conscience d'une nécessité d'organiser le développement des services pour répondre aux besoins de la population. La majorité des pays ont recours à des mesures fiscales et sociales incitatives, libérales comme au Royaume-Uni avec des systèmes privés, ou encadrées comme en Allemagne avec un risque social géré par l'Etat. Cependant, la majorité des orientations actuelles des pouvoirs publics essaye de répondre à la problématique de la maîtrise des coûts face à l'augmentation de la dépendance, en privilégiant un maintien à domicile de qualité et en valorisant le rôle des aidants familiaux.

A) Les pays nordiques

Ces pays ont mis en place des dispositifs universels financés par l'impôt tout en laissant une participation financière aux ménages en fonction de leurs revenus. L'évaluation des besoins de prise en charge se fait de façon transversale et globale en fonction des besoins en soins et en accompagnement mais aussi de l'environnement de la personne.

Le Danemark est le premier à avoir fixé des principes légaux d'aide aux personnes âgées en 1949. La prise en charge à domicile est gérée par les municipalités qui proposent un panel assez large de services. Elles aident les personnes à rester à domicile le plus longtemps possible en proposant des solutions d'adaptation du logement. Ainsi, le Danemark ne construit plus de maison de retraite depuis plusieurs années mais des résidences adaptées et adaptables correspondant aux besoins des personnes en perte d'autonomie. Depuis 2002, chacun peut choisir des prestations délivrées par la collectivité locale ou par d'autres services. Le Danemark est aussi précurseur dans le développement des nouvelles technologies. Les Pays-Bas ont organisé un système de financement des dépenses d'accompagnement de la dépendance en 1968 sensiblement identique à celui du Danemark.

La Suède a instauré les services à domicile en 1964. La dépendance est évaluée en fonction de critères multidimensionnels tenant compte de la situation de santé mais aussi des conditions de vie, de l'environnement ce qui permet de prendre en compte l'ensemble des besoins. Cette responsabilité revient à la municipalité. La Suède a mis en place un système de chèques-services pour lutter contre le travail dissimulé et verse ainsi l'avantage fiscal directement au prestataire ce qui a permis de multiplier par 3 le nombre de bénéficiaires en 3 ans.

B) Les autres pays

L'Italie, pays latin, a une culture familiale très forte et privilégie l'aide familiale et le rôle des aidants, sans réel contrôle, ce qui favorise le travail informel. Ce pays soutient depuis 2007 le maintien à domicile avec une aide versée aux personnes les plus dépendantes et utilisable librement. L'Allemagne a choisi de traiter globalement la dépendance des personnes âgées et des personnes handicapées. Le système de financement est basé sur les cotisations sociales. Une allocation dépendance plafonnée est versée en fonction des niveaux de dépendance. Cependant, l'assurance privée et les aidants familiaux sont aussi importants dans ce pays. Le Royaume-Uni applique un système libéral de la dépendance basé sur l'assurance privée. Il a voté en 1990 la « national Health Service and Community Care » pour organiser la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes de plus de 65 ans, à partir d'une évaluation réalisée par les collectivités locales qui ont créées ainsi des guichets uniques. Ce pays est aussi très impliqué dans le développement des nouvelles technologies.

Tous les pays européens se questionnent aujourd'hui face à l'augmentation de la dépendance. Certains pays sont plus en avance que d'autres sur la prise en compte et l'accompagnement des aidants comme le Royaume-Uni mais cela semble être une priorité générale. Le contrôle de la qualité et de l'effectivité des emplois est aussi un objectif face à un niveau de travail non déclaré important. Ainsi, l'Italie et l'Espagne ont un taux de travail dissimulé d'environ 70%²³. Différents pays travaillent aussi sur la coordination des acteurs et des institutions pour améliorer la prise en charge à domicile. La prévention de la dépendance est un sujet nouveau mais de nombreux pays y voient une solution pour limiter le nombre de personnes dépendantes dans l'avenir. Il y a beaucoup de questionnement en cours au sein des pays européens. Les orientations convergent cependant vers une prise en charge ciblée sur un niveau de dépendance élevé.

1.2.2 Une recherche de cohérence dans les politiques nationales du maintien à domicile

Les politiques du maintien à domicile sont relativement récentes en France. Jusqu'à la 2^{nde} guerre mondiale, c'est un rôle assuré solidairement par la cellule familiale. Différents mouvements sociaux organisent ensuite les premiers services à domicile, orientés alors vers les familles avec la création des travailleuses familiales chargées d'aider les femmes à élever leurs enfants et à réaliser les tâches ménagères. Dans les années 50,

²³ TRUPIN L., GIRARD P., MACCIONI N. / éd, Novembre 2011, *Etude sur les services à la personne dans sept pays européens – Rapport final*, Direction Générale de la Compétitivité de l'Industrie et des Services (DGCIS), p 5

apparaissent les premières aide-ménagères pour aider les personnes âgées et malades dans les tâches de la vie quotidienne et éviter ainsi leur hospitalisation.

Le rapport Laroque pose en 1962 la question du « vivre ensemble » et de la place des personnes âgées dans la société et amorce une politique du maintien à domicile. En 1965, la CNAVTS (caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés) met en place la première prestation d'aide-ménagère.

Les textes en faveur du maintien à domicile vont ensuite répondre à deux priorités de l'Etat : lutter contre le travail non déclaré et le chômage des femmes non qualifiées en favorisant l'emploi dans les métiers du domicile, et répondre à un objectif de professionnalisation du secteur pour mieux accompagner et favoriser le maintien à domicile. Tous ces dispositifs sont soutenus par des avantages sociaux et fiscaux importants, la France étant considérée aujourd'hui comme un des Etats Européens « le plus généreux »²⁴ en la matière. C'est en effet le seul pays à cumuler des aides fiscales de réductions ou crédits d'impôts, un taux de TVA réduit, des exonérations de charges sociales et des aides fiscales aux entreprises.

A) Les politiques en faveur de l'emploi

C'est en 1987 que la France décide de faire la chasse à l'emploi à domicile non déclaré en exonérant de cotisations sociales les particuliers employeurs et en créant des services mandataires pour aider les particuliers dans leurs tâches administratives d'employeurs. Cette démarche se poursuit d'abord en 1991 avec le plan de développement des emplois familiaux puis en 1993 avec la création du chèque emploi service. En 1996, la loi du 29 janvier ouvre au secteur lucratif et à la concurrence les services d'aide à domicile pour les développer. Elle confie le pilotage d'une procédure d'agrément simple et qualité des prestataires à domicile à la DIRECCTE tout en octroyant des exonérations fiscales aux utilisateurs. Le ticket emploi service, ancêtre du CESU préfinancé est aussi créé.

En juillet 2005, le plan Borloo est lancé pour développer les services à la personne et créer 500 000 emplois en 3 ans. Il a pour objectif de faciliter les réponses aux besoins du secteur tout en créant des emplois. Il élargit les services à la personne à des activités très diverses (assistance informatique, gardiennage, soutien scolaire...), dont le point commun est le lieu de réalisation : le domicile. Il soutient l'emploi direct en créant le chèque emploi service universel (CESU) qui remplace le ticket emploi service préfinancé et le chèque emploi service et octroie de nouvelles aides fiscales et sociales. Il simplifie aussi les procédures d'agrément tout en instituant un principe d'évaluation externe tous les 5 ans pour renouveler l'agrément. Il crée aussi les agences nationales destinées à clarifier

²⁴ TRUPIN L., GIRARD P., MACCIONI N. / éd, *Etude sur les services à la personne dans sept pays européens*, Op. Cit. p 7

l'offre. Malgré un bilan plutôt décevant (100 000 emplois nouveaux en 3 ans dont une partie de régularisation d'emplois non déclarés), un plan 2 est lancé en 2009 en ajoutant 5 nouveaux services à la liste des services à la personne et en octroyant 200 € de CESUS préfinancés aux familles.

En 2012, la mesure d'agrément des services à la personne est simplifiée pour répondre à la directive service européenne et un nouveau cahier des charges de l'agrément est mis en place. En 2013, suite à la pression de l'Europe, seuls les services d'aide à domicile pour les personnes âgées et handicapées fragilisées, et les enfants de moins de 3 ans continuent de bénéficier de la TVA à taux réduit. L'agence nationale des services à la personne (ANSP) créée en 2006 ferme fin 2013, ses missions étant transférées à la direction générale de la compétitivité de l'industrie et des services (DGCIS).

B) Les politiques en faveur de l'amélioration du maintien à domicile

Le 1^{er} janvier 2002, l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) est créée suite à l'expérimentation de la PSD (prestation spécifique dépendance) mise en place à partir de 1997. Un droit universel est ouvert à toute personne de plus de 60 ans reconnue dépendante (GIR 1 à 4) en fonction de l'évaluation de ses besoins et d'un plafond d'aide par GIR. Une participation reste à la charge de la personne en fonction de ses revenus. L'APA est attribuée en établissement et à domicile, il n'y a pas de recours sur succession comme la PSD. L'action sociale des caisses de retraite continue vers les GIR 5 et 6. La gestion de l'APA est confiée aux Conseils Généraux qui favorisent alors largement les services prestataires qui ont par ailleurs obtenus une baisse de leurs coûts en 2000 avec l'exonération des cotisations sociales URSSAF. Cependant, l'APA va augmenter d'environ 6% par an entre 2003 et 2009²⁵. Le nombre de bénéficiaires à domicile va passer de 294 000²⁶ en 2002 à 721 000 en 2011²⁷, soit un nombre de bénéficiaires multiplié par 2,5 en 10 ans. En 2003, le budget national était de 1,8 milliards financé à 50% par la CNSA, en 2011 il est de 5,3 milliards financés pour 1/3 par la CNSA²⁸, les Conseils Généraux recevant ainsi de moins en moins de financements.

La loi du 2 janvier 2002 intègre les services à domicile dans le secteur médico-social. Les services peuvent alors demander une autorisation de fonctionnement. Ils sont soumis à une tarification du Conseil Général et au respect de règles et obligations protégeant les droits et libertés des usagers. La loi prévoit aussi une démarche d'amélioration de la qualité avec l'obligation d'un projet d'établissement et d'évaluations internes et externes.

²⁵ BERARDIER M., CLEMENT E., Octobre 2011, « Evolution de l'Allocation personnalisée autonomie (APA) de 2002 à 2009 », *Etudes et résultats*, N° 780, DREES, p 1

²⁶ Ibid p 6

²⁷ CNSA, 2012, *Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie*, p 6

²⁸ Ibid p 6

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées crée les MDPH (maison départementale des personnes handicapées), lieu ressources d'information, de coordination et d'accompagnement des personnes handicapées. La PCH (prestation de compensation du handicap) apporte une réelle avancée en permettant une vision globale de la perte d'autonomie et une réponse complète grâce à cinq aides différentes (humaine, technique, animalière, aménagement du logement et du véhicule, spécifique ou exceptionnelle). Compte tenu des similitudes d'accompagnement des personnes handicapées et des personnes âgées en perte d'autonomie, la loi prévoyait une convergence des dispositifs dans un délai de 5 ans.

La loi HPST du 21 juillet 2009 (Hôpital, patients, santé, territoire) crée les ARS (agence régionale de santé) regroupant les ARH (agence régionale d'hospitalisation), les DDASS et DRASS, les URCAM et une partie de l'activité des CRAM. Les ARS sont notamment chargées de coordonner l'activité du sanitaire et du médico-social. Cette loi modifie aussi les processus d'autorisation de création, de transformation des établissements médico-sociaux et préconise des dispositifs de coordination. Depuis, le plan Alzheimer et le plan solidarité grand âge ont essayé de répondre à certaines problématiques.

En 2008, le rapport du CERC²⁹ pointait déjà que le soutien de l'Etat au développement des services à la personne « est plus important que celui apporté à d'autres secteurs économiques » et « qu'il n'est pas prématuré de s'interroger... sur les problèmes liés à la philosophie de l'intervention des autorités publiques, à l'utilisation des deniers publics, à la prise en charge des priorités de l'Etat social que sont l'enfant, les personnes âgées plus ou moins dépendantes et les personnes handicapées. ». Ainsi, la liste très vaste des activités services à la personne (aide aux personnes dépendantes, assistance informatique, soins esthétiques, promenade des animaux domestiques...) peut-elle continuer à bénéficier en totalité du soutien de l'Etat-providence ? Peut-on encore favoriser l'emploi non qualifié auprès de personnes fragiles par des modes d'interventions destinés à lutter contre l'emploi dissimulé alors que « la qualité du service est fonction de la personne même qui exécute les tâches »³⁰ et que l'amélioration de la qualité du service passera en partie par un renforcement du niveau de compétence des salariés.

De nombreux rapports ont été rendus sur le secteur de l'aide à domicile. La majorité constate qu'il est nécessaire de revoir l'organisation et le financement. Le projet de loi « d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement » a été publié en février 2014 et devrait être applicable au 1^{er} janvier 2015. Un deuxième volet est prévu sur la tarification des établissements et le reste à charge des résidents. Ce

²⁹ CERC (Conseil Emploi Revenu Cohésion sociale), 2008, *Les services à la personne*, rapport n°8, Paris : La Documentation Française, p 75

³⁰ Ibid p 13

projet de loi prévoit grâce aux financements complémentaires de la CASA (contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie), prélevée désormais sur les retraites, un élargissement des aides pour le maintien à domicile : 500 € par an pour les solutions de répit des aidants, des formations pour les aidants mais aussi pour les bénévoles participant à des actions de solidarité auprès de la population âgée, des financements pour l'adaptation des logements, une hausse des aides APA pour les plus dépendants et les plus démunis. Il est aussi prévu la création des MDA (maison départementale pour l'autonomie) dans la droite ligne des MDPH. Il n'y a pas de bouleversements importants, mais une orientation vers la prévention et les nouvelles technologies ainsi que vers la coordination des acteurs tout en valorisant l'implication de la société et notamment des aidants dans le maintien à domicile.

1.2.3 Un département précurseur dans la prise en compte des besoins sur son territoire

La Haute-Loire a fait partie des douze départements ayant expérimentés la PED (prestation expérimentale dépendance) à partir de 1994. Prévue à l'article 38 de la loi sur la sécurité sociale du 25 juillet 1994, une prestation était attribuée à vie par les caisses de retraite (suivant un barème propre à chaque caisse), à des personnes reconnues dépendantes. Cette expérimentation a ensuite été concrétisée le 24 janvier 1997 par la création de la PSD (prestation spécifique dépendance), prestation d'aide à domicile en nature pour les personnes dépendantes et financée par le Conseil Général. Le recours sur succession lié à ce dispositif avait alors freiné le développement de cette prestation.

Avec l'arrivée de l'APA en 2002, le Conseil Général s'appuie sur les partenariats déjà créés avec les services à domicile lors des expérimentations de la PED et de la PSD et privilégie les interventions par les prestataires de service. Un système de tiers-payant est mis en place pour garantir l'effectivité de la prestation. L'APA est alors majoritairement financée par l'Etat via la CNSA (caisse nationale de solidarité et d'autonomie) ce qui permet au Conseil Général d'assurer ses actions en faveur des personnes âgées et handicapées. Cette caisse, créée en 2004 assure un rôle de financement des politiques en faveur de l'autonomie. Elle apporte aussi un soutien à tous ses partenaires, et notamment l'ARS et les Conseils Généraux pour permettre une organisation cohérente de la prise en charge sur le territoire. Elle est financée en partie par « la journée de solidarité ». Son rôle devrait être renforcé par la loi « d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement », prévue pour fin 2014.

Un service social spécialisé est créé en 2002 par le Conseil Général pour réaliser les évaluations des plans d'aide APA, puis ceux de la PCH à partir de 2005. Ces évaluations de besoins sont réalisées au domicile de la personne par les assistantes sociales du Conseil Général. Cependant, on peut s'interroger sur l'exhaustivité de ces évaluations

limitées légalement à une prise en charge médico-sociale et par un montant maximum par GIR. De plus, les prévisions de demande d'APA ont été largement sous-estimées lors de sa mise en place. Le Conseil Général de Haute-Loire est contraint aujourd'hui d'en financer une part de plus en plus importante sur ses fonds propres, sensiblement égale à 70% des coûts. Ses moyens financiers ne lui permettant pas d'assurer une montée en charge aussi importante, il décide, à partir de 2010, d'imposer un nombre maximal de 10 heures par mois d'APA pour les tâches ménagères quel que soit le besoin réel. Le fait que l'organisme évaluateur soit aussi financeur ne permet pas toujours d'assurer les conditions de neutralité nécessaire à l'évaluation.

Le plan Alzheimer 2008-2012 crée les MAIA (maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer) financées par les ARS et pilotées par le Conseil Général. Elles sont chargées d'assurer la coordination des interventions autour des situations complexes concernant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Le Conseil Général n'ayant pas mis en place de CLIC sur le département, décide d'expérimenter ce dispositif à partir de février 2009 sur la ville du Puy en Velay avant de l'étendre à tous le département en janvier 2012. Son rôle est de simplifier le parcours des personnes dépendantes en rassemblant et coordonnant les différents acteurs du secteur sanitaire et médico-social. Si au départ, son action était limitée aux malades Alzheimer, la MAIA étend aujourd'hui ses interventions auprès des cas de dépendances complexes. Les gestionnaires de cas réalisent ainsi un plan d'aide individualisé comprenant toutes les interventions nécessaires. Cependant, ils ne peuvent intervenir sur toutes les situations de dépendance et ont aujourd'hui des listes d'attente.

En septembre 2009, le Conseil Général créé le relais gérontologique suite aux orientations du schéma départemental personnes âgées 2009-2013. Le relais est un centre d'appel départemental pour toutes les personnes souhaitant des informations. Le département manque cependant toujours de points d'informations de proximité permettant de répondre à la population et de dispositifs de coordination transversaux sanitaires et médico-sociaux pour améliorer la prise en charge des dépendances les plus lourdes.

1.3 L'ADMR de Saugues en recherche entre bénévolat et professionnalisation

Le service à domicile de Saugues a toujours eu pour objectif d'aider la population à rester à domicile grâce à une implication importante de ses bénévoles. Les évolutions du public et les orientations des politiques du maintien à domicile demandent que le service se positionne aujourd'hui dans une stratégie de changement alors que les différentes réglementations et obligations pèsent sur l'organisation actuelle et l'empêchent d'évoluer. Le Conseil d'Administration de l'ADMR de Saugues étant désarmé face à cette situation me fait appel. Directrice de la Fédération ADMR de Haute-Loire, je suis mandatée à partir

de juillet 2013, pour assurer la direction du service d'aide à domicile du canton de Saugues. Ma mission est de restructurer le service et de reconsidérer les conditions d'accompagnement des personnes. Il s'agit de faire face à l'augmentation de la dépendance à domicile, en adaptant le service et son organisation.

1.3.1 Une association en crise après s'être enfermée dans une logique d'aide

L'ADMR de Saugues³¹ est une association loi 1901 de services à la personne créée en 1974, agréée depuis 1996 par la DIRECCTE et devenue service médico-social par la loi du 2 janvier 2002 après autorisation du Conseil Général le 28 octobre 2005. Elle emploie 46 aides à domicile (26 ETP), exclusivement des femmes, dont 14 auxiliaires de vie (DEAVS), 4 assistantes de vie (titre ADVF) et 1 secrétaire administrative.

A) Des rapports d'influence dans un réseau en pyramide inversée

L'ADMR de Saugues appartient au réseau national ADMR³², issu des mouvements populaires d'après-guerre et géré majoritairement par des bénévoles.

L'association locale est autonome, elle est administrée et gérée par un conseil d'administration composé de 6 bénévoles et 2 salariées de l'association. Outre les fonctions classiques de président, secrétaire et trésorier, les membres du bureau (exclusivement des bénévoles) assurent l'encadrement intermédiaire et l'évaluation des besoins des usagers. L'association a une salariée administrative qui réalise les plannings. Les bénévoles, base de l'organisation ADMR, ont de plus en plus de difficultés à assumer leur rôle d'employeur, et les obligations liées aux droits des usagers et à la réglementation médico-sociale. Ils ont aussi du mal à recruter de nouveaux membres car être bénévole à l'ADMR demande du temps mais aussi des compétences en management.

La fédération départementale a un Conseil d'Administration élu parmi les 70 associations adhérentes. Il définit, avec mon appui, les orientations politiques départementales avec un projet associatif et un projet de service décliné ensuite dans les associations en fonction des spécificités de chacun. La fédération a statutairement un rôle de support politique et technique, de conseil, d'informations et ne peut rien imposer aux associations. Elle est cependant l'interlocuteur privilégié par les financeurs puisque c'est elle qui conventionne avec eux et qui s'engage à respecter les obligations légales et contractuelles. La tarification est négociée au niveau départemental avec le Conseil Général par un budget et un compte administratif consolidé. J'assure la direction de la fédération départementale et des associations locales depuis maintenant trois années. L'ensemble des associations représente près de 1300 salariés (plus de 700 ETP) et de

³¹ Cf. Annexe 2 : Présentation du service à domicile de Saugues

³² Cf. Annexe 3 : Le réseau ADMR

10000 personnes aidées. Comme le prévoit la circulaire DGAS du 30 avril 2007³³ sur la qualification des directeurs, j'ai engagé la formation CAFDES en 2010. J'interviens dans les associations locales en interface avec les administrateurs, en fonction des besoins et des missions qui me sont confiées. Ainsi, le pouvoir se retrouve de façon informel de plus en plus concentré au niveau de la fédération ce qui crée des tensions car l'association locale cède une part de ses prérogatives et une marge d'indépendance.

Le comité régional et l'union nationale ont pour rôle de coordonner l'action du réseau avec les fédérations et associations ADMR adhérentes. Ils assurent une représentation de l'ADMR au plan régional et national.

B) Un service de proximité à l'écoute des besoins mais en décalage dans sa logique

La proximité permet de personnaliser les services en fonction de la demande de l'utilisateur et facilite une relation de confiance. Grâce à cette organisation, l'ADMR est au plus proche des besoins, peut répondre rapidement et de façon adaptée en tenant compte le plus largement possible de l'environnement économique, social et familial des personnes. Le service à domicile de Saugues était sur une logique d'aide à la population avec essentiellement des tâches ménagères réalisées au domicile grâce aux financements des caisses de retraite. Le nouveau directeur fédéral nommé en 2000, impulse par son charisme une modernisation. Le service se soumet à une diversification de l'activité et à une entrée dans le secteur médico-social sans intégrer les changements car, depuis 2002, il se consacre à répondre à la demande exponentielle générée par l'APA. Le service a entre 2002 et 2012 multiplié par 4 son activité, par 2,2 son nombre de salariés. En 2010, le Conseil Général décide pour des raisons financières de diminuer les heures de prise en charge APA. 68% de la population du canton de Saugues est non imposable et 11% des retraités bénéficient du fonds de solidarité vieillesse (6,3% en Haute-Loire)³⁴. Les bénéficiaires les plus démunis conservent donc des interventions à minima avec les heures financées, d'autres décident de financer eux-mêmes une partie des interventions et recherchent alors le moindre coût pour leurs prestations. Le service d'aide à domicile de Saugues a mis en place une prestation sans prise en charge au tarif horaire de 17,70€ (tarif 2014) correspondant au coût de revient salarial pour maintenir l'emploi et éviter de voir partir de l'activité en CESUS. Mais, face à l'augmentation de la dépendance, il ne peut plus répondre de la même façon aux besoins et se retrouve en perte de repères

³³ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire n°DGAS/ATTS/4D/2007/179 du 30 avril 2007 relative à la qualification des professionnels chargés de la direction des établissements ou services médico-sociaux. Bulletin officiel du ministère chargé des affaires sociales, n° 2007/6, pp 147-150

³⁴ FRADET M.R., MAQUINGHEN S., GLANDDIER Y., *diagnostic local sanitaire et social du Pays de Lafayette- Haute-Loire*, Op. Cit. p 25

dans sa logique d'aide : Les séquences d'interventions sont plus courtes (1/2 heure pour prendre le repas), certains besoins ne sont pas couverts. Il est aussi confronté aux évolutions : une réglementation du travail plus contraignante, des obligations envers les usagers liées à la loi de 2002 non comprises et rejetées, une tarification vécue comme une perte d'autonomie financière. Cette situation engendre une crise politique car cette période d'incertitude associée à une modification de l'activité crée de l'inquiétude et une perte de motivation dans le conseil d'administration qui ne sait plus comment bien assurer son rôle d'aide de proximité, et quel projet politique doit être conduit. Je prends le poste de directrice du service dans ce contexte en 2013.

C) L'activité de l'ADMR de Saugues

L'action de l'ADMR de Saugues vise à fournir aide et prestations aux personnes, principalement à domicile. Elle intervient parfois à l'EHPAD de Saugues pour par exemple accompagner les personnes dans leurs sorties. Le service accueille un public très large de la naissance à la fin de vie et pour des tâches très diverses. Ses missions vont d'une simple aide ponctuelle, ou permanente dans les tâches ménagères, à des interventions plus complexes auprès de personnes dépendantes. Il peut ainsi aider une femme enceinte, temporairement affaiblie, à entretenir sa maison et s'occuper des enfants, intervenir chez une personne qui sort de l'hôpital pour l'assister pendant sa période de rétablissement ou accompagner une personne dépendante face aux difficultés de la vie. Le service intervient pour aider à entretenir le cadre de vie (ménage, lessive, repassage...), à réaliser les gestes essentiels de la vie courante (aide à l'alimentation, à l'habillage, à la toilette, au lever, au coucher, aux déplacements, pour faire les courses, pour sortir...), à assurer des activités de la vie sociale (aide aux démarches administratives, aux relations sociales et activités...). Toute personne peut être prise en charge. Il n'y a pas de liste d'attente, ni d'enveloppes financières fermées.

Le service à domicile est intervenu en 2012 auprès de 336 personnes dont 43 familles, 14 personnes handicapées et 279 personnes âgées. 120 personnes âgées, dont 80 femmes, bénéficient d'un plan d'aide APA de 4 à 60 heures par mois avec une moyenne de 20 heures. 88 personnes ont plus de 80 ans avec des pathologies multiples notamment des problèmes cardiaques et circulatoires et des problèmes de motricité plus ou moins importants. Les personnes âgées dépendantes représentent 50% de l'activité. Pour l'instant, les malades d'Alzheimer à domicile sont à un stade peu avancé de la maladie. L'EHPAD de Saugues a une unité spécialisée pour les personnes déambulantes et accueille actuellement 25 personnes atteintes de cette maladie sur 91 résidents. Cependant, compte tenu de la liste d'attente de cet établissement et de l'augmentation du nombre de cas, je pense que le service d'aide à domicile va certainement devoir faire face à plus de malades atteints de démence.

1.3.2 Un manque de structuration de l'organisation

A) Un système financier complexe

Le service à domicile de Saugues bénéficie de deux modes de financement liés aux principes de l'autorisation et de l'agrément.

L'activité APA et PCH (66%) est tarifée par le Conseil Général. Dans le cadre de mes fonctions, je suis chargée d'établir les budgets et comptes administratifs ainsi qu'une péréquation entre les associations. Les tarifs horaires sont fixés en fonction d'une prévision d'heures et de coûts. Le budget est consolidé au niveau départemental pour permettre une mutualisation des charges et un même service au même prix sur tout le département, comme le préconise le schéma départemental 2009-2013 en cours de révision. La structure des budgets est composée d'environ 90% de charges de personnel. Au niveau des administratifs, le budget ne finance des postes d'encadrements qu'au niveau fédéral (6 ETP de cadre). Les associations locales bénéficient de financement pour des postes de secrétaire. Le taux d'évolution des tarifs horaires est limité par le Conseil Général (1% pour 2014). La baisse d'activité générée par la diminution des prises en charge APA a une incidence sur les budgets puisque les charges fixes sont proportionnellement plus importantes et impactent plus le résultat du compte administratif. La question du financement des services à domicile est à l'étude au niveau du gouvernement, suite à différentes expérimentations d'une dotation globale dans certains départements. Un nouveau mode de tarification est attendu.

Le reste de l'activité sous le régime de l'agrément correspond à l'action sociale des caisses de retraite ou d'autres financeurs, et à l'activité sans prise en charge. L'association est indépendante financièrement sur cette partie mais ne maîtrise pas les tarifs, fixés par les financeurs (taux CNAV identique à 2013 pour 2014) ou limités par arrêté ministériel (1% pour 2014). Ainsi, l'association a un résultat équilibré sur cette partie de l'activité mais dégage peu d'excédents pour financer des projets d'améliorations.

B) Un encadrement intermédiaire faible et un fonctionnement oral inadapté

La gestion des plannings est la base du fonctionnement du service et je suis attentive à fournir une prestation adaptée aux besoins des bénéficiaires. Elle est cependant complexe car elle met en tension le respect des besoins des usagers et les contraintes financières et réglementaires du service. Les bénéficiaires souhaitent choisir leurs salariés, les horaires d'interventions, et que le service s'adapte en urgence aux imprévus liés à l'évolution de leur état de santé comme les hospitalisations ou les retours d'hôpital. Les déplacements sont aussi un élément important à prendre en compte alors qu'il faut bien vérifier que le personnel ait les compétences nécessaires pour réaliser les tâches prévues. Les contrats de travail sont donc majoritairement à temps partiels et modulés pour s'adapter à la demande. Il s'agit d'une vigilance de tous les instants qui mobilise

beaucoup de temps pour concilier réponses ajustées aux besoins et conditions de travail des salariés. Le temps important passé à cette tâche, l'obligation de répondre dans l'urgence conduit le service, en fonction de ses moyens humains administratifs restreints, à peu de formalisme.

L'encadrement du personnel est effectué par le président de l'association qui réunit l'ensemble des intervenants trois fois par an sur des questions d'organisation. Deux groupes d'expression par an, réunissant les salariés et les bénévoles, sont animés par un intervenant extérieur sur la pratique professionnelle. La communication n'est pas organisée et se fait oralement «au coup par coup» lors du passage des salariés au bureau parfois avec seulement la secrétaire administrative. Celle-ci ne sait plus où est sa place entre une fiche de poste de secrétaire et des tâches déléguées de façon informelle par les bénévoles.

Pour moi, cette organisation interne ne permet pas de manager correctement des salariés de niveau 5, travaillant sur des sites différents. Il y a ainsi peu de contrôle du travail réalisé et de régulation. Ces personnes souffrent de ne pouvoir échanger sur des situations difficiles. Ce manque de cadre et de règles ne permet pas l'installation de normes collectives sur lesquelles ce personnel pourrait s'appuyer et donne l'image d'une organisation désordonnée dans un contexte environnemental de professionnel alors que le service est cependant bien rendu.

C) Un modèle trop basé sur le bénévolat

L'ADMR est née après la seconde guerre mondiale du mouvement de jeunesse agricole catholique (JAC) et du Mouvement Familial Rural (MFR). Quelques militants de ces organisations décident d'organiser et de former des jeunes filles au métier d'aide familiale rurale pour aider les familles vivant en milieu rural. En 1945, la première association ADMR voit le jour à Communay en Isère. Très vite, l'ADMR s'écarte du MFR pour proposer un service laïc, ouvert à tous sans distinction et ainsi recréer de la solidarité. En 1965, l'ADMR se diversifie et lance son service d'aide ménagère aux personnes âgées. Début 1946, l'ADMR est composée de 12 associations, puis 200 en 1950 et environ 3200 aujourd'hui. Elle s'appuie toujours sur certains principes édictés à l'époque : solidarité, proximité, laïcité. Les bénévoles jouent alors un rôle important avec leur connaissance de la population, de la culture, des problématiques et des difficultés locales. Cependant, la croissance très rapide de l'activité et l'augmentation des contraintes administratives pèsent sur les bénévoles. Selon l'enquête IFOP de 2013 réalisée pour France Bénévolat³⁵, le nombre de bénévoles a progressé de 14% entre 2010 et 2013 mais le

³⁵ FRANCE BENEVOLAT, 2013, *La situation du bénévolat en France en 2013*, France bénévolat - Crédit mutuel - IFOP, p 6

bénévolat régulier perd du terrain pour du bénévolat « d'actions ». L'organisation actuelle de l'association demandant une implication quotidienne importante des bénévoles ne correspond plus à l'engagement souhaité par les nouveaux bénévoles.

Cependant, je pense que les bénévoles sont essentiels à l'organisation ADMR et à son équilibre financier. Ils sont une force importante dans les réseaux locaux et départementaux. Ils représentent la population et peuvent affirmer et défendre des points de vue, des valeurs, des orientations. Ainsi, Francesca Petrella³⁶ indique que l'avenir du monde associatif est certainement dans une démarche collective de défense d'un modèle associatif porteur de solidarité et d'intérêt général, source de proposition auprès des pouvoirs publics. Il est donc important de retrouver le militantisme des précurseurs de l'ADMR, de renforcer la légitimité institutionnelle et de répondre à l'engagement souhaité par les nouveaux bénévoles tout en sécurisant l'organisation médico-sociale.

1.3.3 L'auxiliaire de vie sociale : Un métier mal connu et peu valorisé

A) Des compétences relationnelles essentielles

Le diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS)³⁷ est récent. La modernisation des services à domicile impulsée par les politiques publiques conduit à sa création en 2003. Il permet de faire évoluer le CAFAD (certificat d'aptitude à la fonction d'aide à domicile) qui existait depuis 1988. Le schéma national des formations sociales³⁸ pointait qu'en 1998, 80% des aides à domicile n'étaient pas qualifiées. La création de ce nouveau diplôme a pour objectif de répondre aux évolutions des besoins des personnes âgées, notamment les plus fragiles, et de professionnaliser un métier sous-qualifié. Les salariés le détenant sont classés en grille C selon l'accord de la branche aide à domicile du 29 mars 2002.

Parallèlement, le titre professionnel d'assistante de vie est créé en 2002 par le ministère chargé de l'emploi pour développer un premier niveau de formation. Il évoluera en 2006 vers le titre d'assistant de vie aux familles (ADVF). Les salariés sont classées en grille B. L'observatoire de la branche³⁹ précise qu'ainsi un gros effort de professionnalisation a été réalisé. En moyenne, 40% du personnel est qualifié en 2009 et 20% détient le DEAVS. Cette démarche est aujourd'hui freinée par les contraintes financières.

La reconnaissance des interventions à domicile comme un métier est donc très récente et a surtout été développé depuis une dizaine d'années. Cette profession, basée sur un

³⁶ PETRELLA F., 2012, *Aide à domicile et services à la personne : les associations dans la tourmente*, Rennes : Presses universitaires de Rennes

³⁷ Cf annexe 4 : référentiel d'activité du diplôme d'auxiliaire de vie sociale

³⁸ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Arrêté du 28 mai 2001 relatif au schéma national des formations sociales. Journal officiel, n° 142 du 21 juin 2001, 9829-9830.

³⁹ OBSERVATOIRE DE LA BRANCHE AIDE A DOMICILE, septembre 2009, *Aide à domicile, on gagne toujours à être connu - synthèse des travaux de l'observatoire de la branche aide à domicile 2007/2009*, CPNEFP de l'aide à domicile, p 18

accompagnement et un soutien dans les gestes quotidiens, relève de tâches très diverses allant du ménage jusqu'à l'aide dans les gestes essentiels à la vie comme se nourrir, se laver, s'habiller, se déplacer... Des compétences relationnelles sont indispensables pour créer une relation de confiance. L'intervention se situe en effet toujours dans un domicile privé, à l'intersection des besoins de la personne, de sa demande exprimée et du respect de ses règles de vie. L'intervenant doit savoir s'adapter, travailler en autonomie tout en gardant une posture et une distance professionnelle. Cette compétence relationnelle est difficilement mesurable et se vérifie au quotidien dans les interventions. Avec le développement des services à la personne, d'autres formations ont été créées pour professionnaliser les aides à domicile, les faire évoluer vers une prise en compte de la personne. La création de plusieurs diplômes sensiblement identiques au niveau des compétences ne facilitent cependant pas la clarification de ce métier.

L'aide à domicile s'appuie sur des tâches techniques pour mettre en place une relation d'aide permettant de valoriser la personne âgée. La définition de Carl Rogers (le développement de la personne Dunod 1996) citée par René Raguènes⁴⁰ correspond bien à ma vision de l'accompagnement à domicile « j'entends par relation d'aide dans lesquelles l'un des deux protagonistes au moins cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité d'affronter la vie. ». C'est une fonction vaste et difficile, alliant à tout moment des compétences techniques à des compétences relationnelles sur un lieu de travail privé.

B) Des conditions de travail difficiles

L'adaptabilité du service à domicile conduit à une organisation du travail flexible. Ainsi, les contrats de travail proposés sont pratiquement toujours à temps partiels avec une possibilité de moduler le temps de travail. Les horaires de travail sont donc variables d'une semaine à l'autre et nécessitent beaucoup de disponibilité, et un véhicule pour réaliser les déplacements.

Le métier d'aide à domicile est aussi soumis à des contraintes physiques et psychologiques. L'auxiliaire de vie sociale soutient ou remplace la personne aidée dans sa vie quotidienne. Les tâches sont donc très diverses et réalisées dans un domicile privé parfois non adapté. Ainsi, la manutention d'une personne est compliquée lorsqu'il n'y a pas de lève-malade ou de lit médicalisé alors que ce type de matériel est difficilement accepté à domicile. Malgré les formations à la manutention, les aides à domicile sont soumises à des contraintes de travail physique. Le salarié intervenant seul à domicile, doit savoir gérer les situations comme l'agressivité, les demandes hors limites, le décès de la

⁴⁰ RAGUENES R., 2007, *Aide à domicile : le soutien aux personnes âgées et la polyvalence professionnelle*, 4^{ème} édition, Paris : Editions Frison-Roche, p 53

personne... La dimension relationnelle étant très importante dans le métier d'auxiliaire de vie sociale, les salariés doivent savoir et pouvoir « lâcher prise » pour évacuer ces situations difficiles et ne pas trop s'impliquer personnellement. Hors, les conditions d'exercice ne le permettent pas toujours. Les premiers facteurs de stress et de risques psychosociaux relevés sont les contraintes de déplacements, parfois dans des conditions d'intempéries, et les comportements difficiles des personnes accompagnées.

Le travail à domicile a aussi beaucoup évolué avec l'augmentation de la dépendance. Ainsi, le service est désormais organisé pour répondre à la demande sept jours sur sept conduisant les salariés à travailler les week-ends. L'enchaînement d'interventions très différentes demandent aux intervenants de s'adapter en permanence. Ce métier est cependant aussi très gratifiant pour les salariés car la relation qui s'installe avec la personne leur permet de se sentir utile.

La multiplicité des lieux de travail ne permet pas le même encadrement qu'en institution mais je crois que l'évolution du métier doit conduire le service à mieux structurer les liaisons entre lui et ce personnel pour améliorer les conditions de travail.

C) La professionnalisation d'un métier

Jusqu'en 2002, l'association répond à la demande avec 21 salariées locales (7 ETP), peu formées. Elles n'ont pas de contrat de travail, organisent leur planning de travail. Les salaires sont payés à la tâche en fonction des heures effectuées. Ils sont simplement un complément de revenus pour le foyer.

L'accord de branche du 29 mars 2002 classe les aides à domicile en 3 catégories en fonction de leurs diplômes, déterminant le niveau de complexité de leurs tâches et leur rémunération. Le service engage alors une politique de GPEC pour former et diplômer son personnel. Il a désormais 14 auxiliaires de vie en grille C détenant le DEAVS, 4 salariées en grille B détenant le titre assistante de vie, 28 salariées formées, sans diplôme, en grille A soit 39% de personnels diplômés pour 50% de l'activité réalisée auprès de personnes dépendantes. Ceci est cohérent car toutes les tâches réalisées chez une personne dépendante ne relèvent pas d'une auxiliaire de vie. Les ratios nationaux⁴¹ sont d'ailleurs inférieurs avec 36% d'aides à domicile formées. Cependant, la répartition du travail entre les 3 catégories de personnel, en fonction de sa complexité, n'est pas formalisée. Les tâches réalisées à domicile sont variées et ne sont pas évaluées en fonction de leurs difficultés. Il n'y a pas non plus de fiche de mission individuelle.

Entre 2002 et 2012, la moyenne des temps de travail des salariées a évolué de 0,30 à 0,60 ETP. L'activité d'aide à domicile est ainsi passée pour certaines salariées « d'un petit

⁴¹ OBSERVATOIRE DE LA BRANCHE AIDE A DOMICILE, *synthèse des travaux de l'observatoire de la branche aide à domicile 2007/2009*, Op. Cit. p 14

boulot » à un métier réalisé par des professionnels souhaitant vivre de leur emploi. Le service a mis en place des contrats de travail modulés pour toutes ses intervenantes ce qui permet d'appliquer la mensualisation des fiches de paie et d'améliorer les conditions de rémunération des salariées mais il peut difficilement proposer des emplois à temps plein compte tenu du travail très fluctuant.

Aujourd'hui, je considère que la reconnaissance de ce métier est freinée pour plusieurs raisons. D'abord, ce métier relève culturellement de la sphère familiale surtout en milieu rural où l'entraide familiale est considérée comme un devoir. Ainsi, certaines personnes parlent encore de femme de ménage, ou d'aide-ménagère réduisant le rôle de l'auxiliaire de vie à des tâches domestiques. Cette vision est aussi due à la hiérarchie implicite qui existe en France entre le soin et l'accompagnement. Le travail de l'infirmière ou du médecin est ainsi beaucoup plus respecté car ils ont une compétence technique supérieure. L'auxiliaire de vie appuie ses compétences techniques sur des gestes que tout le monde semble savoir faire et trouve sa plus value dans ses compétences relationnelles. Un dernier élément financier conduit à une dévalorisation des professionnels. Le gel de la valeur du point et de l'indemnité kilométrique depuis 5 ans, le manque de possibilités d'évolution entraînent de la déception face aux efforts de professionnalisation consentis par les salariés et un manque de sentiment d'appartenance à une profession. Certaines salariées diplômées s'orientent d'ailleurs vers le métier d'aide soignante et quittent l'association qui a connu 5 départs de DEAVS en 5 ans.

Avec l'augmentation du nombre de personnes dépendantes à domicile, je suis persuadée que l'auxiliaire de vie sociale va jouer un rôle encore plus important. Sa présence régulière au domicile, la relation de confiance qu'elle construit avec la personne lui permet de développer un rôle complémentaire de prévention, de repérage et d'alerte sur les situations. Elle peut aussi être un relais indispensable pour les autres partenaires, faciliter l'acceptation et la mise en œuvre des aménagements liés à la dépendance...

Le service à domicile de Saugues n'est pas encore dans ce questionnement. Je dois impulser une nouvelle dynamique dans le service en favorisant une relation de confiance étroite avec le conseil d'administration. Je pourrais ainsi les rassembler autour d'une nouvelle stratégie collective, porteuse de sens. Il est en effet indispensable que je professionnalise le service et l'intègre dans les partenariats locaux, pour le valoriser et sécuriser l'organisation. Il est aussi essentiel que je travaille avec les administrateurs sur une modernisation de l'intervention pour proposer une prise en charge innovante de la dépendance. C'est ainsi que le service s'adaptera aux nouveaux défis du domicile.

2 Comment la perte d'autonomie s'inscrit dans le parcours de vie ?

Il pourrait y avoir un paradoxe à vouloir maintenir plus longtemps des personnes à domicile alors que le niveau de dépendance augmente. Le domicile n'est pas par nature un lieu de soin mais un lieu de vie. C'est un endroit où chacun construit son histoire, instaure ses règles et donne un sens à sa vie. Alors, comment le service peut-il intervenir efficacement à domicile sans bousculer les habitudes, sans s'immiscer indûment dans ce lieu privé et intime ?

Ma responsabilité de directrice m'amène à vouloir réduire au maximum les risques, à garantir au nom de la dignité, une certaine sécurité face à la perte d'autonomie. Est-ce que cette vision est bien partagée par les personnes âgées dépendantes, est-ce que je peux ou dois parfois décider à leur place ? Il y a dans la perte d'autonomie une préfiguration de la mort qui influe sur mon analyse des situations. Jusqu'où puis-je accepter qu'une personne choisisse de finir sa vie à domicile ?

Le soin technique n'a de sens que s'il s'accompagne d'un projet de vie. Il est aujourd'hui indispensable de considérer le soin dans son sens large, avec tous les actes qui contribuent au bien-être de la personne. C'est aux professionnels de tous les secteurs de « repenser le maintien à domicile », comme B. Ennuyer⁴² l'envisage, c'est-à-dire coopérer, se coordonner pour proposer une prise en charge globale mêlant le soin et l'accompagnement.

2.1 Le domicile : entre lieu privé et lieu de travail

Les services à domicile exercent dans un lieu très particulier qu'est le domicile. Il s'agit d'un endroit privé, un lieu de construction de l'identité, de sa particularité d'individu qui renvoie à son intimité. Le domicile est un garant de l'estime de soi d'autant plus lorsque la perte d'autonomie modifie les habitudes et les règles de vie.

2.1.1 Approche sociologique du domicile comme lieu privé

A) Le domicile comme outil de construction de l'identité

Etre propriétaire est souvent un objectif lorsqu'on débute sa vie d'adulte. Soutenu par les politiques publiques, les locataires ont pour projet de devenir propriétaire selon l'adage « il vaut mieux un petit chez soi, qu'un grand chez les autres ». Investir financièrement dans un lieu permet de l'investir personnellement, pour qu'il passe du logement au « chez soi ».

⁴² ENNUYER B., *Repenser le maintien à domicile : enjeux, acteurs, organisation*, Op. Cit.

Muriel Boulmier⁴³ cite Monique Eleb, psychologue et sociologue, « le domicile est constitutif de la personne qui y construit son identité en posant les traces de ce qu'elle a été, de ce qu'elle est, de ce qu'elle voudrait être. Dès lors, envisager un « dernier » déménagement, s'il n'est pas choisi, la prive de toute perspective. Il rompt avec le passé pour ne proposer qu'un avenir inexistant. ». Plus la personne vieillit, plus l'attachement au domicile devient fort, car il constitue une partie d'elle même. Elian Djaoui⁴⁴ soutient que « Les liens qu'un individu noue avec son domicile sont un élément majeur de sa réalité psychique et sociale, éminemment singulière. ».

Il indique aussi : « l'exercice de la citoyenneté est lié à la stabilité et à la domiciliation... Le logement : indicateur majeur de l'insertion ». Avoir une maison, c'est aussi un mode d'intégration dans la société. Les personnes vivant dans la rue sont appelées « sans domicile fixe ». Elles sont caractérisées par leur mode d'habitation comme si leur particularité d'individu ne se construisait qu'à travers leur lieu de vie. Pour les « sans domicile fixe », refuser d'avoir un logement c'est parfois d'ailleurs un moyen de rejeter la société. Le domicile donne donc un statut. L'identification à son habitat, source de sécurité et de stabilité, permet à l'individu de se construire aussi à l'extérieur de son domicile et d'avoir une vie sociale. Elle est d'autant plus importante en vieillissant. Ainsi, les résidents de l'EHPAD de Saugues regrettent qu'en déménageant dans une nouvelle structure plus excentrée, ils aient perdu la vision sur la vie du village. L'ancien établissement étant situé en plein bourg, en face de l'église, ils pouvaient voir de leurs fenêtres les mariages, les enterrements, s'asseoir sur la place du village... et participer à la vie locale.

Lorsque le domicile est hérité de ses parents ou de sa famille, Il est alors aussi le garant des liens familiaux. Il est toujours très difficile pour un enfant de vendre la maison de ses parents tant qu'ils sont en vie, même s'ils résident en établissement. Dans le cas où il décide de la conserver pour y habiter, il ne s'agit plus de son lieu de vie mais d'une demeure familiale qui garde dans ses murs les habitudes de vie et l'identité de ses parents dont il a hérité inconsciemment.

Le domicile rassure c'est un endroit privatif et intime où la personne n'est pas soumise aux contraintes extérieures et peut mettre en place ses propres règles. C'est un lieu de liberté et de pouvoir personnel. Muriel Boulmier⁴⁵ indique « Bernard Ennuyer extrapole la définition latine de *domus* et démontre que le domicile est là où l'on est «maître chez soi». ». Le domicile est donc un endroit exclusivement réservé à la vie privée, dirigé par les personnes qui y vivent. L'arrivée d'une aide à domicile dans ce lieu peut être vécue

⁴³ BOULMIER M., Mars 2011, « Habitat, territoires et vieillissement : un nouvel apprentissage », *Gérontologie et société*, 2011/1, n°136, p 33

⁴⁴ DJAOUI E., 2014, *Intervenir au domicile*, 3^{ème} édition, Rennes : Presse de l'EHESP, p 49-60

⁴⁵ BOULMIER M., Ibid p 33

comme une ingérence car elle met la personne face à des actes qu'elle ne peut plus faire et donc face à une « perte de pouvoir » sur son domicile.

Logement, habitation, résidence, domicile, « chez soi »..., tous ces termes sont utilisés pour parler de son lieu de vie, avec des degrés d'appartenance différents. Lorsque l'aide à domicile intervient, elle a comme repère son référentiel professionnel et ses propres règles. Pour que sa présence soit acceptée, elle doit veiller à prendre en compte les représentations du domicile et les habitudes de vie afin de préserver et valoriser l'identité de la personne.

B) Les règles de vie à l'épreuve des règles de l'aide à domicile

On dit couramment « dit moi où tu vis, je te dirai qui tu es ». Le domicile ressemble à ses habitants car il évolue en même temps que l'occupant construit sa vie. Il y a autant de domiciles que d'habitudes de vie. L'enfant s'identifie d'abord à ses parents et à leurs règles. En grandissant, il va être en capacité de définir les siennes, de les construire en valorisant ainsi sa propre personnalité. Ces règles de vie s'appuient sur des éléments conscients et inconscients et vont dépendre aussi de la volonté de se distancer ou pas des normes collectives. Les habitudes locales, les personnes côtoyées tout au long de la vie influent sur le comportement de chacun. Ainsi, les salariées de l'ADMR de Saugues ont la chance de connaître « la culture locale » car elles habitent le territoire et y sont souvent nées mais elles doivent s'adapter à chacun et ne pas imposer leurs propres règles. La maison d'une personne âgée constitue l'histoire de sa vie et ne doit pas changer au risque de perdre une partie de ses repères.

Avec l'augmentation de la dépendance, l'habitat peut ne plus être adapté pour les interventions. Lorsqu'une personne doit être levée et couchée, la manipulation devient difficile dans un lit classique. Pourtant la personne aidée est souvent réticente à mettre en place du matériel adapté. Elian Djaoui⁴⁶ indique « toute tentative d'adaptation doit permettre à ce dernier de maintenir une image de soi valorisante... de garder un minimum d'emprise sur son espace... de préserver le réseau de sociabilité. ». Le domicile doit rester ce lieu de vie privatif et ne pas devenir étranger par des aménagements. Les changements ne peuvent donc se faire qu'avec la participation et l'acceptation des habitants de la maison car je suis d'accord avec Frédéric Balard et Dominique Somme⁴⁷ lorsqu'ils disent : « Vivre à domicile, dans ce qui constitue l'habitat ordinaire de la majorité de la population, est un des signes majeurs de l'affirmation que l'on est « comme tout le monde ». ».

⁴⁶ DJAOUI E., *Intervenir au domicile*, Op. Cit. p 68

⁴⁷ BALARD F., SOMME D., Mars 2011, « Faire que l'habitat reste ordinaire. Le maintien de l'autonomie des personnes âgées en situation complexe à domicile », *Gérontologie et société*, 2011/1, n°136, p 108

C) S'appuyer sur le domicile pour organiser l'accompagnement

Le domicile reflète le système de valeurs d'une personne. Chacun donne une importance plus ou moins grande aux choses et aux personnes qui l'entourent. La représentation qu'un individu se fait de lui-même, de sa famille, de sa carrière professionnelle, de son implication dans la vie locale peut transparaître dans son domicile. Les nombreux cadres de photos de familles peuvent par exemple montrer un attachement familial fort.

La priorité pour l'aide à domicile va être de comprendre la personne en observant son domicile et ses comportements. Elle peut aussi favoriser une communication positive par de l'écoute active et ainsi mieux cerner la personnalité. Si la cuisine comporte beaucoup de plats à gâteau, c'est peut-être que la personne aime préparer des desserts. Si elle a une apparence soignée, s'il y a des produits de maquillage dans la salle de bain, c'est peut-être qu'elle a envie d'être coiffée régulièrement, d'être maquillée... Cette observation va permettre d'adapter et de construire le projet personnalisé.

L'aide à domicile pourra aussi plus facilement comprendre les comportements difficiles et les accepter. Frédéric Balard et Dominique Somme⁴⁸ expliquent que « Réaffirmer son identité et son autorité pour continuer à exister s'avère indispensable. Pour certaines, cela passe par imposer aux auxiliaires de vie une façon particulière de faire le ménage ou un strict respect des horaires. ».

B. Ennuyer⁴⁹ nous précise « la culture du domicile est une culture de lien social pour permettre à la personne aidée de rester maître chez elle » et non une culture de résultat. L'accompagnement du service à domicile a comme principal objectif de valoriser l'être humain, de laisser une liberté de décision à la personne dans son domicile pour qu'elle continue à exister.

2.1.2 La complexité du travail à domicile

A) Le domicile entre espace privé et intimité

Le domicile est un espace privé, source de liberté qui permet à chacun de se construire individuellement. Certaines pièces du domicile peuvent être ouvertes aux amis, à la famille, aux visites. D'autres comme la chambre, sont réservées à ses habitants. Quelle est donc la frontière entre la vie privée et l'intimité ? Le dictionnaire Larousse⁵⁰ définit l'intime ainsi : « Qui est au plus profond de quelqu'un, de quelque chose, qui constitue l'essence de quelque chose et reste généralement caché, secret ». L'intimité est donc la

⁴⁸ BALARD F., SOMME D., Faire que l'habitat reste ordinaire. Le maintien de l'autonomie des personnes âgées en situation complexe à domicile, Op. Cit. p 110

⁴⁹ ENNUYER B., *Repenser le maintien à domicile : enjeux, acteurs, organisation*, Op. Cit. p 44-45

⁵⁰ LAROUSSE, intime, [visité le 04.05.2014], disponible sur internet : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/intime/43908>

base même de la personnalité, enfouie au plus profond de chacun. Le choix de la livrer aux autres ne peut être qu'un acte consenti.

Cependant, elle se vit au sein du domicile privé et transparait dans ce lieu. Dévoiler son intimité, c'est se dévoiler au plus profond de soi. C'est aussi accepter de devenir plus fragile face à l'autre qui connaîtra ses pensées les plus profondes. Pour cela, il faut avoir des liens très proches voire des sentiments réciproques qui conduiront à une intimité partagée. Lorsqu'une aide à domicile intervient, je lui demande toujours d'avoir une posture professionnelle en veillant à ne pas verser dans une intrusion de l'intimité ce qui pourrait la conduire dans un deuxième temps à se sentir déborder dans son propre intime. Elle ne peut pas non plus faire abstraction de ce qu'elle voit, de ce qu'elle entend et se cantonner dans des actes techniques. Inéluctablement, une relation de confiance engendre un don de soi, un échange qui doit être accepté pour être maîtrisé.

Pour Elian Djaoui⁵¹ : « L'intervention au domicile n'atteint ses objectifs (soutien de la personne âgée et maintien du lien social) qu'à la condition que se crée cet espace d'intimité propre à ces deux protagonistes, personne âgée et praticien. Le professionnel est amené à donner « quelque chose de lui » et à révéler des aspects de sa vie privée et de son intimité. Croire en ce clivage entre rôle professionnel et vie privée est un leurre et relève de l'impossible, à moins de réduire ce type de charge à l'effectuation purement fonctionnelle de tâches ménagères et/ou domestiques. ».

Si le professionnel à domicile est donc confronté à l'intimité de la personne, il se doit de la respecter et de ne pas agir sans autorisation. Il s'agit d'accepter les refus tout en construisant une « relation d'aide » qui facilitera la réalisation de certains actes. La toilette n'est pas un acte anodin et il faut parfois plusieurs interventions pour que la personne se sente suffisamment en confiance et accepte de dévoiler son intimité corporelle.

B) La représentation du travail de l'aide à domicile

C'est lorsqu'une personne âgée ne peut plus exécuter elle-même certaines tâches domestiques qu'elle commence à demander l'intervention d'un service à domicile. Cette demande est donc consécutive d'une privation, souvent définitive, d'une capacité qu'elle avait. La représentation du travail de l'aide à domicile va être différente en fonction du degré d'acceptation de la situation.

Le domicile est un lieu qui appartient culturellement à la femme. Faire exécuter les tâches ménagères par une autre, c'est perdre sa place de « maîtresse de maison ». On observe ainsi parfois un dénigrement de l'aide à domicile appelée « ma femme de ménage ».

⁵¹ DJAOUI E., Septembre 2007, « De l'intimité du professionnel dans l'intervention au domicile », *Gérontologie et société*, 2007/3, n° 122, p 162

Certaines personnes préfèrent aussi utiliser le CESU comme mode d'interventions car dans ce cas elles sont employeurs ce qui leur confère un pouvoir sur leur salarié.

L'entretien d'une maison étant habituellement une tâche réalisée par la ou les femmes qui y habitent, comment considérer qu'une aide à domicile est une professionnelle ? Le travail de l'aide à domicile est souvent dans l'imaginaire des gens réduit à des tâches domestiques. Pourtant, le cadre de l'intervention est bien plus large avec une dimension relationnelle importante, et s'adapte aux besoins et à leurs évolutions. Il relève du « prendre soin », domaine valorisé depuis peu en France.

C) Les notions de soin et de « care »

Notre société a toujours recherché des méthodes pour essayer de vaincre la maladie, la mort. La science médicale a ainsi énormément progressé depuis le 19^{ème} siècle avec des découvertes importantes utilisant des techniques de pointe. Il y a dans le soin une notion de guérison, de santé qui donne une toute puissance à la médecine. Les progrès ont d'ailleurs permis de guérir certaines maladies et d'augmenter la durée de vie. Aujourd'hui, le concept du « care » est très en vogue. Joan Tronto⁵² cite une définition élaborée en 1991 avec Bérénice Fischer : « Nous suggérons que le care soit considéré comme une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre "monde", en sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie. ». La notion de « care » est donc très large. Il s'articule autour du soin et du prendre soin, d'une dimension d'action et d'appréciation. Il y a aussi dans le « care » une idée d'altérité, de sollicitude. Joan Tronto⁵³ conclue ainsi : « Le care nous imposant de réfléchir concrètement aux besoins réels des personnes et d'évaluer de quelle façon il peut leur être répondu, il introduit un certain nombre de questions sur ce que nous valorisons dans la vie quotidienne. ». Le « care » met donc en tension plusieurs dimensions entre l'éthique, l'acte technique et la relation à l'autre.

Le soin ne se limite pas simplement à un traitement médical. Les études sur la maladie d'Alzheimer ont permis depuis quelques années de réfléchir et d'évoluer sur cette question. Même si la gériatrie est une spécialité récente de la médecine, de plus en plus de médecins se spécialisent dans ce domaine et orientent leurs actions sur une prise en charge globale de la personne tenant compte des aspects médicaux mais aussi psychologiques et sociaux.

⁵² TRONTO J. C., 2008, « Du care », in *Revue du MAUSS*, 2008/2, n° 32, p 244

⁵³ Ibid p 262

Le dictionnaire Larousse⁵⁴ donne par ailleurs les définitions suivantes du soin : « Actes par lesquels on veille au bien-être de quelqu'un, actes de thérapeutique qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps, actes d'hygiène, de cosmétique qui visent à conserver ou à améliorer l'état de la peau, des ongles, des cheveux, actes qui visent à entretenir, préserver quelque chose, un végétal. ». Le soin et le prendre soin sont donc très liés et complémentaires. Il y a une idée d'entretenir, de veiller au bien-être, de conserver voire d'améliorer ce qui dépasse de loin les seuls actes techniques thérapeutiques. Je me souviens d'un reportage sur un médecin de campagne en Corse qui augmentait le traitement anti-cholestérol de sa patiente pendant le temps où son fils était chez elle car elle voulait lui préparer de bons petits plats.

Ces orientations nouvelles vers la prise en compte globale de la personne vont conduire le métier d'aide à domicile à encore évoluer. Etant le professionnel le plus présent à domicile, son rôle de repérage, d'alerte va être prépondérant. Encore faut-il que le service à domicile innove dans ce sens là.

2.1.3 Le concept de la qualité dans l'intervention à domicile

A) Les éléments de qualité

La représentation de la qualité est fortement liée à l'évolution des organisations. Le taylorisme a conduit les entreprises à mettre en place des processus découpés et contrôlables pour sécuriser les fonctionnements. Le niveau de qualité optimum est alors atteint lorsque tous les produits sont réalisés de la même façon et que tous les produits finis sont identiques. Si ce système a fait ses preuves notamment dans l'industrie, il a aussi démontré ses failles. Si le découpage des tâches avait pour but de formater le travail en laissant aux salariés un simple rôle d'exécution, il a aussi conduit à un manque de motivation et d'adaptabilité aux situations. En effet, il est reconnu aujourd'hui qu'il n'est pas possible de tout prévoir et que la force des entreprises est de savoir s'adapter. Pour Dominique Gélou⁵⁵ : « la conception classique de l'organisation tient pour accessible un état idéal. Cette vision positiviste des choses est complètement remise en cause par la complexité et l'incertitude croissante du nouveau contexte économique dans lequel évolue l'entreprise. L'organisation ne peut pas être à la recherche d'un état fini, ni même optimal. L'organisation est contingente. Ce sont des processus de transformation permanente qu'il faut mettre en place. Les structures doivent rester ouvertes et évolutives, au service du projet de l'entreprise. ».

⁵⁴ LAROUSSE, soins, [visité le 04.05.2014], disponible sur internet : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soins/73237>

⁵⁵ GENELOT D, 2011, *Manager dans la complexité*, 4^{ème} édition, Paris : INSEP CONSULTING, p 238

La notion de qualité est aussi fortement liée au prix du produit ou service. Chacun est prêt à payer un produit plus ou moins cher en fonction du degré d'importance qu'il y donne et de ses moyens financiers. Les études montrent par exemple que la part du budget familial consacrée à la nourriture a fortement baissé par rapport au budget des loisirs et vacances.

Une organisation peut aussi avoir des procédés qualité très élaborés sans satisfaire son client. Le niveau de qualité d'un produit ou d'un service est variable d'une personne à l'autre. Lorsque je prends le train ma priorité est qu'il arrive à l'heure pour mon rendez-vous. Lorsqu'une famille prend le train pour partir en vacances, sa priorité c'est aussi le confort et de la place pour ses bagages.

La notion de qualité d'un produit ou d'un service dépend donc de différents éléments, variables selon les personnes qui les utilisent. Une entreprise qui choisirait seulement de fiabiliser son organisation sans vérifier que ses produits ou services sont adaptés à la qualité que ses clients souhaitent serait dans l'erreur ; l'objectif d'une démarche qualité étant prioritairement de satisfaire ses clients.

B) Les normes de qualité dans un lieu de travail privé

Les services à domicile ont la particularité d'intervenir dans des lieux privés. Chaque domicile est différent. L'aide à domicile réalise l'entretien du logement en fonction des règles de la personne. Ainsi, elle peut utiliser des produits de nettoyage différents, avoir des fréquences d'entretien variables. Il ne peut y avoir des normes et procédures d'entretien qui heurteraient les habitudes de la personne. Cependant, l'aide à domicile est aussi une professionnelle qui doit protéger la personne et s'assurer de son bien être. Elle ne doit pas par exemple laisser des produits périmés dans le réfrigérateur.

Je ne peux pas appliquer les obligations légales concernant les lieux de travail des salariés car je n'ai pas la maîtrise d'un domicile. Il est nécessaire de respecter le mode de fonctionnement du lieu privé sans imposer les règles du service à domicile tout en protégeant les salariés des risques professionnels.

Sur cette question, le rapport de l'IGAS⁵⁶ relatif aux conditions de la qualité des SAAD précise : « ...aussi est-il plus pertinent d'adopter, plutôt qu'une vision normative, une optique minimaliste de réduction des risques de non qualité : insécurité (quant à la régularité de la prestation, quant à l'identité des intervenants, quant à leur équilibre psychologique...), maltraitance, négligence ou brutalité, malhonnêteté, etc... ».

On voit bien que dans un domicile, il ne peut y avoir un type de normes qualité mais plusieurs car la qualité doit s'adapter aux règles du domicile. Le service à domicile doit

⁵⁶ RAYMOND M., ROUSSILLE B., STROHL H., *Enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées*, Op. Cit. p 11

alors organiser sa mission entre respect des habitudes de vie, sécurité de la personne et sécurité de ses salariés.

C) La vision de la qualité par la personne bénéficiaire d'un service à domicile

Lorsqu'on demande à un bénéficiaire s'il est satisfait du service apporté, sa première réponse va être d'évoquer le salarié qui vient chez lui. Il va parler seulement ensuite de l'organisation. La structure organisationnelle du service, la formalisation des différents documents ne l'intéressent pas. Ce qui est important pour lui, c'est la qualité du service rendu et le lien social.

Le rapport de l'IGAS⁵⁷ indique ainsi : « la qualité de vie des personnes âgées à domicile est, avant tout, tributaire de leur environnement familial et social et résulte le plus souvent d'une interaction entre leur environnement et les intervenants qui est délicate à maîtriser ; la prédominance des aspects humains... introduit l'aléa du facteur psychologique avec ce qu'il a d'indéfinissable et d'imprévisible. ».

Les procédures de fonctionnement sont cependant bien nécessaires. Elles permettent d'avoir des éléments pour assurer la continuité du service, des méthodes pour gérer les situations complexes, et améliorer la communication. Il faut cependant être vigilant à ne pas avoir trop de procédures contraignantes qui limiteraient la capacité d'initiative des salariés pour s'ajuster aux attentes des bénéficiaires. La qualité de l'organisation ne doit pas se faire au dépend de la qualité du service rendu. Selon Francesca Petrella⁵⁸ « la certification permet de vérifier l'organisation de l'association, cependant la qualité du service se mesure à la capacité du service à s'adapter aux besoins de la personne. ».

2.2 La perte d'autonomie et ses conséquences à domicile

La vieillesse induit des changements sociaux, physiques et psychologiques. La retraite est considérée comme la première étape où « il faut retraiter sa vie », changer ses modes de relations sociales. Lorsque la dépendance arrive, les pertes de capacités demandent une adaptation de la personne, de sa famille et de son environnement. Chacun réagit selon ses aptitudes à affronter les situations. Le respect de la liberté de choix de la personne se retrouve alors confronté à la vision des professionnels et de l'entourage sur la notion de conditions de vie acceptables à domicile.

⁵⁷ RAYMOND M., ROUSSILLE B., STROHL H., *Enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées*, Op. Cit. p 11

⁵⁸ PETRELLA F., *Aide à domicile et services à la personne : les associations dans la tourmente*, Op. Cit. p 61-81

2.2.1 Approche clinique, humaine, philosophique

A) La dépendance et la perte d'autonomie

René Raguènes⁵⁹ cite dans son livre les définitions suivantes du secrétariat d'Etat aux personnes âgées :

« **Dépendance** : situation d'une personne qui... ne peut... effectuer des gestes essentiels à la vie quotidienne sans le concours d'autres personnes... »

« **Autonomie** : capacité et droit d'une personne à choisir elle-même les règles de sa conduite, l'orientation de ses actes et les risques qu'elle est prête à courir ».

Le terme de dépendance a été utilisé par les gériatres pour définir un état de santé ne permettant plus de réaliser certains actes. Les niveaux de dépendance sont déterminés par la grille AGGIR qui classe les personnes du GIR 1 à 6 du plus au moins dépendant en fonction des actes qu'elles ne peuvent plus faire. Ce classement est basé essentiellement sur les capacités physiques. Le mot dépendance est donc très lié à « une perte » de capacité à faire.

Cette définition très administrative, donne une connotation négative de la dépendance comme s'il s'agissait d'une conséquence inéluctable de la vieillesse. Pourtant, toutes les personnes âgées ne deviennent pas dépendantes, seules 12% des personnes de plus de 80 ans le sont. Elle est aussi restrictive car elle ne tient pas compte de l'environnement social ni de la capacité de résilience et d'adaptation de chaque individu.

Le terme dépendance est employé essentiellement pour les personnes âgées. Elle peut pourtant toucher toute personne en incapacité de réaliser certains actes. La loi du 11 février 2005⁶⁰ pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées donne la définition suivante : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. ».

Les politiques publiques ont d'abord utilisé le terme de dépendance avec la PED (prestation expérimentale dépendance) puis la PSD (prestation spécifique dépendance). En 2002, le mot dépendance est abandonné et remplacé par autonomie avec l'APA (allocation personnalisée d'autonomie). Aujourd'hui, le nouveau projet de loi, titré

⁵⁹ RAGUENES R., *Aide à domicile : le soutien aux personnes âgées et la polyvalence professionnelle*, Op. Cit. p 27

⁶⁰ Loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal officiel, n° 36 du 12 février 2005, p 2353 et s.

« adaptation de la société au vieillissement » souhaite impulser une nouvelle vision de la vieillesse.

La dépendance est une situation pouvant conduire à la perte d'autonomie mais il n'y a pas de lien de cause à effet. Une personne dépendante peut être autonome si elle réussit à dépasser ses incapacités.

L'autonomie, c'est être libre de faire ses propres choix. Même très dépendante physiquement, une personne peut continuer à décider. Par ailleurs, l'indépendance n'existe pas car nous dépendons toujours de quelqu'un ou de quelque chose. Toute personne qui naît dépend de son entourage pour survivre. Vincent Caradec⁶¹ affirme : « comme pour tout individu, la marge d'autonomie dont dispose une « personne âgée dépendante » n'est pensable qu'à l'intérieur du réseau d'interdépendances dans lequel elle se situe. ».

B) Les représentations de notre société

La Haute autorité de santé⁶² dans sa recommandation sur la prise en charge de la dénutrition des personnes âgées les définit ainsi : « Les personnes âgées représentent une population extrêmement hétérogène en terme de santé, qu'il s'agisse de pathologies, de déficits fonctionnels ou d'activité sociale. Certaines personnes restent exemptes de pathologie sévère, ne présentent aucun déficit fonctionnel et maintiennent une activité sociale jusqu'à un âge très avancé. D'autres deviennent « fragiles ». La définition de la fragilité diffère selon les auteurs. Cependant, on peut considérer que les personnes âgées « fragiles » présentent des limitations fonctionnelles et une baisse des capacités d'adaptation ou d'anticipation, sous l'action conjuguée du vieillissement physiologique, des maladies chroniques et du contexte de vie. ». Vincent Caradec⁶³ introduit la notion de vieillesse ainsi : « Il n'est pas facile de définir la vieillesse, la notion évoquant une série de termes qui se confondent, se recouvrent ou s'opposent : personnes âgées, vieillards, troisième âge, quatrième âge, aînés, retraités, seniors, etc. ».

La vieillesse est-elle une question d'âge ? L'INSEE établit des statistiques pour les plus de 60 ans. L'Organisation Mondiale de la Santé définit une personne âgée à partir de cet âge. Mais la majorité de ces personnes ne se considère pas vieilles. Beaucoup travaillent encore et ne se différencient pas des moins de 60 ans.

⁶¹ CARADEC V., 2012, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, 3^{ème} édition, Paris : Armand Colin, p 80

⁶² HAS, avril 2007, stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée, Paris, p 13

⁶³ CARADEC V., *Ibid* p 5

Correspond-t-elle à une situation sociale ? Lorsqu'on prend sa retraite, lorsqu'on devient grands-parents ? Aujourd'hui, les jeunes retraités sont très actifs. La société de consommation a d'ailleurs trouvé en eux un nouveau marché.

La vieillesse est-elle liée à un état de santé ? L'avancée en âge était, jusqu'à quelques années, présentée négativement avec la stigmatisation de la dépendance comme élément inéluctable de la vieillesse. On a vu que l'âge ne conduit pas forcément à une perte d'autonomie. Les problèmes de santé ne sont d'ailleurs pas non plus qu'une question d'âge.

Notre société a un regard très stéréotypé de la vieillesse entre les séniors actifs et les vieillards dépendants. On parle désormais de 4^{ème} âge pour caractériser les personnes âgées en perte d'autonomie. Ces représentations très binaires ne correspondent pas à la réalité. On ne passe pas d'un groupe à l'autre du jour au lendemain. Selon Bernard Ennuyer⁶⁴ : « On peut effectivement se demander si la stigmatisation des personnes âgées en perte d'autonomie n'est pas simplement le reflet d'une société paradoxale écartelée entre individualisme et solidarité. L'incapacité de certaines personnes vieillissantes à vivre sans une aide quotidienne menacerait-elle l'idéologie sociétale dominante d'un individu souverain et autonome ? ».

Les représentations actuelles de notre société ne permettent pas de caractériser les situations qui sont avant tout individuelles en fonction du vécu, de la personnalité et de l'environnement de chacun.

Guillaume Nemer⁶⁵ cite Simone de Beauvoir (La vieillesse 1970) « il y a une expérience qui n'appartient qu'à ceux qui sont vieux : c'est celle de la vieillesse même. ».

C) Le sens de la vie lorsqu'il y a défaillance du corps et de l'esprit

La représentation de la personne âgée par les médias essaye de nous faire croire qu'il est possible de repousser la vieillesse en montrant des méthodes pour rester un sénior dynamique et en pleine forme. S'il est vrai que l'allongement de la durée de vie et les progrès de la médecine permettent aujourd'hui d'améliorer cette période de la vie, la vieillesse fait partie de l'évolution naturelle de l'être humain avec des risques de pathologies et de dépendances accrues. La peur de la dégénérescence physique peut conduire à un rejet des personnes dans cette situation. Pour Vincent Caradec⁶⁶ : « le discours sur le vieillissement de la population est devenu le principal argument de leur

⁶⁴ ENNUYER B., juin 2013, Les malentendus de l' « autonomie » et de la « dépendance » dans le champ de la vieillesse *In* NEMER G., 1^{er} éd, « *Les paradoxes de l'autonomie* », Hors série Le Sociographe, Paris : Champ Social Editions, p 151

⁶⁵ NEMER G. 1^{er} éd, Juin 2013, *Les paradoxes de l'autonomie*, Hors série Le Sociographe, Paris : Champ Social Editions, p 138

⁶⁶ CARADEC V., *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Op. Cit. p 29

(les natalistes) « pédagogie de l'inquiétude » et il a contribué à installer durablement dans les esprits l'idée que la vieillesse est une décadence individuelle et collective. ».

Amadou Hampâté Bâ, écrivain africain disait « En Afrique, un ancien qui meurt, c'est une bibliothèque qui brûle ». La civilisation occidentale ne valorise pas autant la personne âgée à travers ses expériences de la vie. Pourtant, lorsqu'il y a défaillance du corps, l'autonomie psychique devient très importante. Elle permet de continuer à avoir des projets et à participer à la vie de la société.

Lorsque les capacités psychiques sont dégradées, il devient difficile de recueillir le choix de la personne. Il est alors nécessaire de permettre à la personne de se sentir bien et en sécurité dans son environnement sans rechercher à tout prix une autonomie qui n'est plus possible.

Quel que soit le niveau de perte d'autonomie, toute personne doit pouvoir donner un sens à sa vie pour lui permettre d'exister et d'avoir envie de continuer à vivre. Vincent Caradec⁶⁷ soutient l'idée selon laquelle « l'identité au grand âge se trouve traversée par deux grandes tensions. La première tension entre « être » et « avoir été » renvoie à la question de savoir dans quel espace temporel les personnes très âgées peuvent ancrer le sentiment de leur propre valeur (leur « estime de soi ») afin d'établir un rapport positif avec elles-mêmes [...] Une autre tension identitaire apparaît à propos du positionnement adopté, au grand âge, par rapport à la vieillesse. ».

2.2.2 Perte d'autonomie et sécurisation à domicile

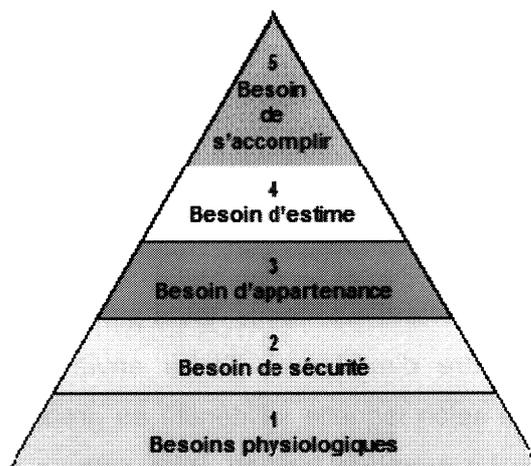
A) Les limites du maintien à domicile

Lorsque l'aide à domicile intervient, elle doit faire en sorte de répondre aux besoins de la personne. Alors, à quel moment peut-on dire que le maintien à domicile n'est plus possible, entre la représentation du professionnel et celle de la personne ? Le service accompagne une personne de 93 ans veuve, sans enfant, vivant seule. Elle ne veut pas quitter son domicile. L'infirmière libérale intervient le matin pour la lever, lui change ses protections, lui pose des contentions sur la chaise de sa cuisine pour éviter qu'elle tombe et lui allume la télévision. L'aide à domicile intervient pour la faire manger, s'occuper d'elle et de son intérieur. Elle est souvent souillée, et reste en contention. Le soir, l'infirmière revient pour la coucher. Cette personne n'a plus de liberté d'agir. Elle regarde la télévision, immobilisée, toute la journée. Elle n'a pas de vie sociale. Je suis partagée entre le choix très affirmé de cette personne témoignant de son autonomie décisionnelle : dire non au départ de sa maison, et ma vision très dégradée de ce maintien à domicile.

⁶⁷ CARADEC V., *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Op. Cit. p 107-108

Maslow a défini une hiérarchie des besoins en indiquant que pour passer au niveau supérieur, il fallait que le niveau inférieur soit majoritairement acquis.

S'il est vrai que répondre aux besoins physiologiques est essentiel au maintien de la vie, les besoins de sécurité, d'appartenance et d'estime de soi sont constitutifs d'un bien-être psychologique.



Comme l'écrit René Raguènes⁶⁸, le vieillissement physique et psychologique entraîne une accumulation de pertes, plus ou moins bien vécu et qui ébranlent l'estime de soi. Les personnes âgées ont donc d'autant plus besoin de valoriser leur potentiel restant, d'avoir des projets, de participer à la vie sociale.

Les professionnels qui se contentent de répondre aux besoins primaires de soigner, nourrir, lever, coucher ne répondent pas aux besoins prioritaires que sont le respect de la dignité, la préservation de l'estime de soi à travers le maintien des règles de vie. Suzanne Deoux⁶⁹ précise : « Les sensations qui nous relient à notre environnement immédiat participent à notre identité, s'inscrivent dans le prolongement de notre corps. « Se sentir bien chez soi », c'est donc tout simplement « se sentir soi ». ». Satisfaire simplement aux besoins physiologiques ne suffit donc pas.

Lorsqu'une personne devient dépendante, cela peut être une charge importante pour le conjoint et la famille qui s'épuisent. Comment maintenir cet équilibre de vie entre choix de vie à domicile et protection de la personne et de son entourage ? L'intervention à domicile ne peut se faire qu'avec une prise en charge globale de la situation et une évaluation du contexte de la personne car le maintien à domicile c'est aussi le maintien du lien social et de l'estime de soi.

⁶⁸ RAGUENES R., *Aide à domicile : le soutien aux personnes âgées et la polyvalence professionnelle*, Op. Cit. p 31-34

⁶⁹ DEOUX S. et al, Mars 2011, « L'habitat, facteur de santé des trente dernières années de vie des aînés ? », *Gérontologie et société*, 2011/1, n°136, p 93

B) Les nouvelles technologies : une solution pour améliorer le maintien à domicile ?

Depuis une dizaine d'années, on parle beaucoup des nouvelles technologies du maintien à domicile. Il est vrai, que l'augmentation de la dépendance à domicile nécessite de trouver de nouvelles solutions. Cette recherche actuelle interroge car de mon point de vue, l'innovation conduit parfois à des excès. Il est important que ces nouveaux outils soient adaptés aux habitudes de vie des personnes, à leur âge et ne viennent pas bousculer leurs fonctionnements, ne les mettent pas en défaut par une difficulté supplémentaire à les maîtriser. On sait par exemple que l'extrémité des doigts est moins sensible avec l'âge et rend difficile l'utilisation des petites touches sur les téléphones portables. Catherine Gucher⁷⁰ explique en parlant des nouvelles technologies : « les mouvements d'acceptation ou de rejet qu'expriment les personnes âgées peuvent se comprendre comme manifestation de leur autonomie et affirmation d'un impératif catégorique de préservation de leur identité, dans une perspective de continuité des formes et du sens du vieillir qui les définissent. ».

Les nouvelles technologies qui permettent d'améliorer la sécurité ne doivent pas rentrer dans la vie privée ni exclure les personnes âgées d'une vie en société. Il y a aujourd'hui des projets de maisons regroupées avec caméras, capteurs... qui sont très intrusifs. Une certaine éthique des nouvelles technologies doit être réfléchie et appliquée. Quentin Bertrand⁷¹ nous incite à la prudence « A nous d'être vigilant devant ce que peuvent être les gérontechnologies. Si elles versent du côté de la création artificielle de désirs (rester jeune, consommer des loisirs à tout va) ces techniques répondent en réalité au souci mercantile de gagner des parts de marché. Elles ne seront alors qu'un simulacre de soin. Nous avons repéré qu'elles pouvaient également largement verser dans l'obsession du contrôle de la personne âgée et, par l'intrusion qu'elles représentent dans l'intimité et le corps, être vécues comme mortifères. Les gérontechnologies ne se développent certes pas uniquement dans la direction de l'assistance médicale et sociale mais à nous de veiller à ce qu'elles permettent une continuité au sein d'un réel monde commun, voulu politiquement – et non d'un géronmonde isolé sur lui-même. ».

La téléalarme n'est pas toujours bien acceptée lorsqu'elle renvoie à la perte d'autonomie. Si elle est proposée comme un outil sécuritaire de lien social et non comme un outil qui pallie à une perte, elle sera plus facilement appréciée. Ainsi, les systèmes basés seulement sur une intervention des pompiers sont moins privilégiés que ceux permettant d'appeler une plateforme d'écoute qui peut en plus gérer les situations d'urgence. Lionel

⁷⁰ GUCHER C., juin 2012 « Technologies du « bien vieillir et du lien social : questions d'acceptabilité, enjeux de sens et de continuité de l'existence - la canne et le brise-vitre », *Gérontologie et société*, 2012/2, n° 141, p 37

⁷¹ BERTRAND Q., juin 2012, « Le géronmonde technologique est-il vraiment accueillant ? », *Gérontologie et société*, 2012/2, n° 141, p 181.

Ben-Ahmed⁷² indique « La téléalarme avait été évaluée comme un outil devant être employé dans un contexte d'accidents sanitaires au domicile des personnes fragiles. Les mauvais résultats de la téléalarme indiquent une erreur dans la conception du système puis dans son évaluation. Ce qui a conduit à la réévaluation de cette technologie pour aboutir au modèle actuel qui se rapproche davantage d'un service social que d'un service sanitaire. La valeur réelle d'une technologie se mesure à sa capacité de réponse à un problème ou un besoin, envisagés dans leur globalité et leur complexité. ».

Les nouvelles technologies ont un potentiel de développement important et intéressant. N'oublions pas qu'elles ne remplaceront pas le lien social et les relations humaines et qu'elles peuvent être utiles dans la mesure où elles sont intégrées dans le parcours de vie. Comme le dit Lionel Ben-Ahmed⁷³ « Les valeurs du *care* nous permettent ici de voir que les gérontechnologies n'ont pas pour vocation de se substituer à l'aide humaine, mais d'apporter à tous les acteurs des moyens et des ressources supplémentaires. ».

2.2.3 L'intégration de la personne dépendante dans son parcours de vie

A) La notion de risques à domicile

L'âge d'entrée en EHPAD a aujourd'hui reculé. L'enquête KPMG⁷⁴ de 2013 indique que l'âge moyen des résidents en EHPAD est de 85,1 ans. Il y a 25 ans, il était de 80,2 ans⁷⁵. 80% des personnes de plus de 85 ans vivent encore à domicile⁷⁶. Le domicile est donc un lieu de vie de plus en plus privilégié même lorsque la dépendance s'installe. Alors, comment expliquer que les personnes âgées restent dans un environnement moins sécuritaire qu'un établissement ?

L'étude de la DRESS⁷⁷ relative aux conditions d'entrée en institution des personnes âgées démontre que « Si la plupart des professionnels s'entend pour considérer qu'il y a bien des « limites » au maintien à domicile, il n'est pas de définition vraiment construite de ce qui les constitue. Ce sont les systèmes de représentations des acteurs qui apparaissent essentiellement à l'œuvre, eux-mêmes sous la contrainte des moyens engagés, généralement limités. ».

En effet, lorsque cette question se pose, la famille, les professionnels et la personne se positionnent plus sur des notions de risques. La famille va essayer de se protéger pour

⁷² BEN-AHMED L., juin 2012, « Quelles valeurs pour s'orienter dans les questions éthiques des gérontechnologies ? », *Gérontologie et société*, 2012/2, n° 141, p 188

⁷³ Ibid p 192

⁷⁴ BAZILLON B. / éd., Janvier 2013, *Observatoire des EHPAD*, Paris : KPMG, p 14

⁷⁵ DELBES C., GAYMU J., Mars 2005, « Qui vit en institution ? », *Gérontologie et Société*, 2005/1, N° 112, p 21

⁷⁶ MANTOVANI J., ROLLAND C., ANDRIEU S., Novembre 2008, *Etude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile*, Série Etudes et Recherches, N° 83, DRESS, p 8

⁷⁷ Ibid p 28

éviter l'inquiétude mais aussi l'épuisement. Les professionnels se retrancheront derrière les limites de leur métier, de leurs responsabilités.

Ainsi les auteurs⁷⁸ de « l'étude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile », publiée par la DRESS indiquent « s'exprime un ensemble de convergences qui concourt à faire du devoir de sécurité et de sécurisation une valeur plus grande que celle du « droit au risque » ou de sauvegarde de l'autonomie des plus âgés. ».

La charte des droits et libertés de la personne dépendante⁷⁹ de 1997 exposait dans son premier article : « Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie. Elle doit pouvoir profiter de l'autonomie permise par ses capacités physiques et mentales, même au prix d'un certain risque. Il faut l'informer de ce risque et en prévenir l'entourage. La famille et les intervenants doivent respecter le plus possible son désir profond ». Cet article a été modifié en 2007⁸⁰ : « Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie. ». Ainsi, la notion de risque et d'acceptation du risque a disparu alors qu'il s'agit d'un réel débat de fond. Peut-on admettre le risque de mourir chez soi, peut-être plus tôt qu'en établissement, peut-on accepter un choix de refuser des soins médicaux, est-ce qu'il vaut mieux prolonger une vie dans un environnement sécurisé ou accepter de continuer à risquer cette vie ? Toute personne qui naît va mourir. Accepter que la mort fasse partie de la vie, c'est aussi accepter les choix de chacun et les respecter.

L'étude de la DRESS⁸¹ conclut ainsi : « nous avons insisté par le passé sur les orientations très médicalisantes de l'action ciblée sur les publics du « quatrième âge », définis comme vieilles personnes dépendantes, et en général sur les orientations très médicalisantes de la politique de la dépendance, comme si un glissement s'opérait entre perte d'autonomie de la personne et « dépendance » à l'univers médico-social. On pourrait toutefois concevoir qu'une plus grande faiblesse individuelle et sociale n'implique pas l'abandon de son pouvoir de sujet aux institutions médico-sociales. ».

⁷⁸ MANTOVANI J., ROLLAND C., ANDRIEU S., *Etude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile*, Op. Cit. p 32

⁷⁹ MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, 1997, *Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante*, Paris : Fondation Nationale de Gérontologie

⁸⁰ MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, 2007, *Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance*, Version révisée, Paris : Fondation Nationale de Gérontologie

⁸¹ MANTOVANI J., ROLLAND C., ANDRIEU S., *Ibid* p 55

B) Le parcours de vie de la personne âgée

La Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH)⁸² considère dans son avis sur l'effectivité des droits des personnes âgées : « que les droits fondamentaux doivent être respectés à toute étape de la vie. Elle estime que l'approche à privilégier pour une mise en œuvre effective des droits des personnes âgées est celle de la lutte contre les discriminations. En effet, les droits des personnes âgées ne sont ni contestés ni méconnus, mais ces dernières rencontrent des obstacles persistants dans l'exercice effectif de leurs droits. Pour la CNCDH, il convient donc de veiller à une meilleure application du droit commun et de lutter contre toutes les formes de discriminations liées à l'âge afin de rendre effectifs les droits des personnes âgées. ».

Toute personne construit sa vie de façon différente de la naissance à la mort, c'est le parcours de vie. Les représentations de notre société segmentent ce parcours de vie entre l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte et la vieillesse en les hiérarchisant implicitement. On dit couramment d'une personne âgée « qu'elle est retombée dans l'enfance » lorsqu'elle a des troubles psychiques. Ainsi, la vieillesse est assimilée à la période où l'enfant a besoin de ses parents pour se construire, comme si la personne âgée ne pouvait décider seule de la dernière partie de sa vie. La charte nationale des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendances a d'ailleurs été révisée en 2007 pour valoriser la liberté de choix de la personne âgée.

Cependant, comme toute liberté, elle est tributaire de celle des autres et ne se conçoit qu'avec l'environnement et le réseau d'interdépendance de la personne. Il est important que la personne âgée ne soit pas exclue ou pas écoutée dans la prise en compte de ses besoins et de ses attentes. L'étude la DRESS⁸³ met en évidence : « L'entrée en institution constitue une menace permanente pour une personne âgée qui commence à se sentir fragilisée ou qui commence à être désignée fragile. La perspective d'un placement en institution est le plus souvent vécue comme un pis-aller voire un échec et comme une sanction de la vieillesse... Elle (la notion de négociation) suppose que les parties en présence soient sur un plan d'égalité et prêtes à accepter des compromis autour d'une décision à prendre (Strauss, 1992). ».

Lorsque la santé psychologique de la personne est dégradée se pose la question de la prise en compte de ses choix. La faire participer aux décisions peut être vécu comme une souffrance pour une personne incapable de le faire. Certaines pathologies comme la maladie d'Alzheimer sont incurables mais seuls les derniers stades de la maladie ne permettent plus de communiquer. Le maintien à domicile accompagne la dépendance et

⁸² CNCDH, juin 2013, *Avis sur l'effectivité des droits des personnes âgées*

⁸³ MANTOVANI J., ROLLAND C., ANDRIEU S., *Etude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile*, op. cit. p 18

ne recherche pas à préserver l'autonomie à tout prix. Il faut alors sortir du culte de « l'autonomie-individualiste » pour engager une relation protectrice. Les auteurs F. Gzil et F. Latour⁸⁴ précisent « Il semble qu'au lieu de vouloir respecter une autonomie qui n'est plus, on devrait veiller au respect de la dignité, et qu'au lieu de chercher à responsabiliser les personnes (ce qui a pour effet d'accroître leur anxiété), les médecins et les proches devraient accepter de prendre sur eux la responsabilité des décisions.... Plutôt que d'imposer dans la maladie d'Alzheimer, une conception individualiste et rationaliste de l'autonomie, on pourrait donc essayer d'articuler le point de vue des malades, des aidants, et des soignants, dans le cadre d'un projet de soin élaboré à plusieurs. ».

2.3 Le travail en réseau : un moyen d'améliorer le parcours à domicile

L'organisation du secteur sanitaire et médico-social s'est faite sur un principe de spécialisation des établissements et services pour gérer plus efficacement les situations très diverses. Si cette approche a permis d'individualiser la prise en charge, elle conduit aujourd'hui à un morcellement des réponses. Satisfaire aux besoins des usagers est la priorité de tout directeur d'établissement ou de service et je suis persuadée qu'il est possible de travailler ensemble autrement pour adapter les structures à l'évolution des situations à domicile.

2.3.1 Approche du partenariat dans le secteur médico-social

A) Le cadre légal

La loi du 2 janvier 2002⁸⁵ introduit à l'article 21 du chapitre II la notion de convention entre les établissements.

« L'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

Art. L. 312-7. - Afin de favoriser leur coordination, leur complémentarité et garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement, notamment dans le cadre de réseaux sociaux ou médico-sociaux coordonnés, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 ou les personnes physiques ou morales gestionnaires mentionnées à l'article L. 311-1 peuvent :

1° Conclure des conventions entre eux, avec des établissements de santé ou avec des établissements publics locaux d'enseignement et des établissements d'enseignement privés ;

⁸⁴ GZIL F., LATOUR F., 2007, « Alzheimer : respect de l'autonomie » In HIRCH E., OLLIVET C. / éd, *Repenser ensemble la maladie d'Alzheimer : éthique, soin et société*, Espace Ethique, Paris : Vuibert, p 126

⁸⁵ Loi N°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale [en ligne]. Journal Officiel, 3 janvier 2002 [visité le 29.04.2014], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id#JORFARTI000001822101>

2° Créer des groupements d'intérêt économique et des groupements d'intérêt public et y participer, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat ;

3° Créer des syndicats inter établissements ou des groupements de coopération sociale et médico-sociale selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat ;

4° Procéder à des regroupements ou à des fusions.

Les établissements de santé publics et privés peuvent adhérer à l'une des formules de coopération mentionnées au présent article.

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 peuvent conclure avec des établissements de santé des conventions de coopération telles que mentionnées au 1° de l'article L. 6122-15 du code de la santé publique. Dans des conditions fixées par décret, ces mêmes établissements et services peuvent adhérer aux formules de coopération mentionnées au 2° dudit article.

Afin de favoriser les réponses aux besoins et leur adaptation, les schémas d'organisation sociale et médico-sociale peuvent envisager les opérations de coopération, de regroupement ou de fusion compatibles avec les objectifs de développement de l'offre sociale. ».

La loi du 21 juillet 2009⁸⁶ de réforme de l'hôpital réaffirme cette orientation notamment au titre 1er chapitre III « favoriser les coopérations entre les établissements de santé » et élargit les systèmes de coopération à des groupements entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

Ces lois attestent d'une volonté politique d'un travail transversal entre les établissements pour éviter les ruptures dans les parcours de vie. Le cadre juridique est aujourd'hui très large et va du simple conventionnement à la création de structures de coopération telle que les GCSMS. Cette souplesse permet aux établissements de choisir librement et de façon partagée l'organisation de leur partenariat.

B) La notion de partenariat

Je retiens deux définitions du partenariat, citées par le Réseau National de Ressources en Sciences Médico-Sociales (RNRSMS)⁸⁷. La première est celle de la commission de terminologie et de néologie du domaine social⁸⁸ : « Coopération entre des personnes ou des institutions généralement différentes par leur nature et leurs activités. L'apport de

⁸⁶ Loi N°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [en ligne], Journal Officiel, n°167, 22 juillet 2009 [visité le 29.04.2014], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

⁸⁷ RNRSMS (Réseau National de Ressources en Sciences Médico-sociales), 2010, Le partenariat dans le travail social, p 2-3

⁸⁸ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, 2002, Commission de terminologie et de néologie du domaine social, Bulletin Officiel, Solidarité-Santé, Vocabulaire du domaine social, n° 2002/1 bis, Fascicule spécial

contributions mutuelles différentes (financement, personnel,...) permet de réaliser un projet commun. ». La deuxième est celle de Fabrice Dhume⁸⁹ : « Une méthode d'action coopérative fondée sur un engagement libre, mutuel et contractuel d'acteurs différents mais égaux, qui constituent un acteur collectif dans la perspective d'un changement des modalités de l'action - faire autrement ou faire mieux - sur un objet commun - de par sa complexité et/ou le fait qu'il transcende le cadre d'action de chacun des acteurs -, et élaborent à cette fin un cadre d'action adapté au projet qui les rassemble, pour agir ensemble à partir de ce cadre. ».

Le partenariat est donc un travail conjoint autour d'un objectif commun avec un investissement personnel de chaque partenaire. Il ne peut pas se construire dans des relations de pouvoir mais de coopération. Le projet doit dépasser l'intérêt individuel de chacun soit parce qu'il ne peut pas être réalisé seul soit parce que travailler ensemble apporte une plus value.

La collaboration se différencie du partenariat par le fait qu'il n'y a pas de contributions mutualisées de moyens de chacun. Elle peut être une première étape car elle permet de tisser une relation. Les réseaux sont des lieux favorisant l'installation de ces liens. Les auteurs du livre « les nouvelles approches sociologiques des organisations »⁹⁰ indiquent : « Le réseau est une « métaorganisation » rassemblant des humains et des non-humains mis en intermédiaires les uns avec les autres ; c'est en saisissant les situations comme « un ensemble d'entités, humaines ou non humaines, individuelles ou collectives, définies par leurs rôles, leur identité, leur programme. » [Callon, in Latour (éd.) 1992, p 55]. - c'est-à-dire en les retrouvant sous la forme de réseaux plus ou moins lacunaires -, que l'on peut accéder à leur compréhension. ». Il existe aujourd'hui de nombreux réseaux. Ils se structurent autour d'une organisation de l'offre sur un territoire, une optimisation des services pour un type de public... Leur composition est variée avec des professionnels du secteur sanitaire et (ou) médico-social, des représentants de l'action publique (collectivités locales, département, ARS...), des bénévoles, des membres d'associations.... Il s'agit avant tout d'un regroupement d'acteurs qui souhaitent travailler ensemble. Le travail en réseau peut évoluer vers une coopération.

La coordination est aujourd'hui un sujet d'actualité dans le secteur médico-social. Elle a vocation à améliorer le parcours des personnes par une organisation transversale des établissements et services. Le partenariat est, je pense, un pré-requis à la formalisation

⁸⁹ DHUME F., Mars 2002, « du travail social au travail ensemble, le partenariat dans le champ des politiques sociales », Editions ASH, n° 2001.6, In ISCRA, *Qu'est-ce que le partenariat ? Contribution à la construction d'un espace de sens*, disponible sur internet : [file:///C:/Documents%20and%20Settings/MG/Mes%20documents/Downloads/FDpartenariatcemea%20\(1\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/MG/Mes%20documents/Downloads/FDpartenariatcemea%20(1).pdf)

⁹⁰ AMBLARD H., BERNOUX P., HERREROS G., LIVIAN Y-F., 2007, *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, 3^{ème} édition, Paris : Editions du Seuil, p 134

de réponses coordonnées. Il est en effet nécessaire de passer de relations hiérarchiques implicites à des relations de partenaires, réunis autour d'un même but, pour construire une coordination.

2.3.2 La coopération : repères et contexte

A) Les différents types de partenariat

Marc Foudrignier⁹¹ distingue trois types de partenariat : Le premier est le partenariat formel incité par les politiques publiques et dont l'objectif est de mettre en place des actions transversales dans le domaine social et médico-social. Le deuxième est le partenariat de projet destiné à porter ensemble une idée pour la rendre plus efficace. Le troisième est le partenariat avec les populations pour permettre un travail solidaire et faire émerger des projets valorisants pour les partenaires.

L'ANAP⁹² parle de coopération médico-sociale et en définit trois catégories. La « coopération-parcours » sert à adapter l'offre de service aux besoins. La « coopération-efficience » permet de mutualiser des moyens et d'optimiser les coûts. La « coopération-isolement » aide les organisations à pallier à un manque de personnel qualifié sur leur territoire.

Le partenariat ne peut exister sans une volonté commune d'aller dans le même sens. Les contraintes budgétaires et l'évolution des besoins conduisent les structures à s'interroger sur leurs modes d'organisations. Les questions d'efficience et d'amélioration des parcours sont donc au cœur des problématiques actuelles et conduisent les acteurs à s'orienter vers plus de coopération.

B) Les limites liées à l'organisation

Le secteur médico-social est composé de nombreux établissements et de services. Ainsi, l'ANAP⁹³ souligne : « Si la typologie des établissements et services ... permet de cibler des besoins précis et de mieux identifier les spécialisations et expertises, elle contribue à segmenter les interventions. ». Dans une autre étude relative au parcours des personnes âgées, l'ANAP⁹⁴ met en évidence : « En France, cette définition (la santé) vient recouvrir plusieurs secteurs : sanitaire et médico-social. La diversité des réponses qu'ils apportent ne doit pas être un frein à une logique d'ensemble. La complémentarité des cultures doit ainsi prendre le pas sur une conception « hiérarchique » des valeurs, inappropriée. ». Les

⁹¹ FOUDRIGNIER M., 2011, Développer le travail en partenariat ou en réseau dans le domaine social, [visité le 30.04.2014], disponible sur internet : <http://marc-fourdrignier.fr/politiques-sociales-politiques-publiques/le-travail-en-partenariat-ou-en-reseau-dans-le-secteur-social/>

⁹² ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux), 2012, *Les coopérations dans le secteur médico-social, guide méthodologique*, p 15

⁹³ Ibid p 9

⁹⁴ ANAP, 2011, *Le parcours de personnes âgées sur un territoire – retour d'expérience*, p 7

organisations sanitaires et médico-sociales se sont construites de façon à répondre de manière efficace aux différents besoins des personnes fragilisées. Il en résulte aujourd'hui un cloisonnement, la spécialisation ayant pour conséquence de segmenter les parcours. La prédominance historique du soin sur le médico-social conduit aussi à un manque de confiance entre les acteurs ne facilitant pas le travail en réseau. L'IGAS⁹⁵ dans son rapport sur l'impact des modes d'organisation sur la prise en charge des personnes âgées insiste sur les questions de cloisonnement. « Le cloisonnement des cultures internes au secteur sanitaire s'observe aussi entre la médecine hospitalière et la médecine de ville... Le cloisonnement entre les cultures est plus marqué entre l'hôpital et le secteur médico-social, ou avec les services sociaux. L'ignorance des ressources de chacun va alors de pair avec une certaine défiance. ».

L'ANAP⁹⁶ a réalisé les mêmes constats : « Les réponses en silo de notre système de protection sociale sont par ailleurs inscrites dans le droit, de même que l'organisation des secteurs sanitaire, médico-social et social. Les réponses mises en œuvre par les offreurs de santé mais également les « régulateurs » tentent de pallier le cloisonnement du système. Toutefois, les freins juridiques, techniques ou encore culturels persistent. On peut citer par exemple l'absence de fongibilité entre les différentes enveloppes financières, le déficit d'outils et méthodes d'évaluation globale du besoin des personnes. ». Malgré les orientations des politiques publiques vers des actions transversales, il reste encore à valider un modèle économique rendant pérennes financièrement les structures de coopération notamment entre le sanitaire et le médico-social.

Le mode participatif du partenariat peut rapidement conduire à une impasse s'il n'y a pas de consensus trouvé ou si les partenaires ne sont pas prêts à faire des concessions. La coopération demande, pour éviter les lourdeurs et un manque de réactivité, un nombre limité d'acteurs ou une organisation avec plusieurs niveaux d'interventions comme pour les MAIA. Les gestionnaires de cas coordonnent les intervenants autour d'une situation complexe. La table tactique réunit les responsables d'établissements et de services sanitaires et médico-sociaux et permet une concertation sur les difficultés d'interventions. La table stratégique est composée des décideurs et des financeurs. Le périmètre est donc un élément important car sans un bon dimensionnement, le partenariat n'a plus de sens et devient illisible.

⁹⁵ FOUQUET A., TREGOAT J.J., SITRUK P., *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, rapport IGAS, Op. Cit. p 38-39

⁹⁶ ANAP, *Le parcours de personnes âgées sur un territoire – retour d'expérience*, Op. Cit. p 11

2.3.3 La démarche partenariale : une nouvelle configuration pour les organisations

A) Les éléments favorisant la coopération

Le partenariat, c'est avant tout un principe d'égalité entre les membres. Cela demande un positionnement collaboratif et non directif de chacun pour qu'une relation de confiance s'installe. Les échanges doivent être concrets et réels pour susciter la motivation de chacun. L'IGAS⁹⁷ précise « Parmi les facteurs facilitant les collaborations, les relations personnelles et la connaissance réciproque des acteurs sont apparues très importantes. ».

Les partenariats se sont beaucoup construits autour d'affinités entre les acteurs, sans formalisation car il faut un minimum de confiance pour travailler ensemble. Une coopération bâtie simplement sur des relations humaines ne peut cependant durer car le changement d'un des participants, peut remettre en question le projet. Il est nécessaire de co-responsabiliser les acteurs. Les auteurs⁹⁸ de « les nouvelles approches sociologiques des organisations » rappellent : « Faire partie d'un réseau, c'est savoir que tous vivent dans les mêmes conventions, qu'ils respectent les mêmes règles, au moins pour l'objet d'un réseau. Pratiquer les mêmes règles est créateur de confiance ce qui rend possible de faire coopérer les membres du réseau. ».

Le partenariat demande à chacun un investissement en temps et en moyens. Les objectifs doivent donc être clairement définis, correspondre à un enjeu de tous les partenaires qui seront impliqués à chaque étape. Je crois qu'un partenariat doit pour durer se mener selon une méthode de conduite de projet avec une évaluation régulière pour maintenir une dynamique.

La coopération étant basée sur la relation, la communication est un élément important pour créer de l'interaction. Elle ne peut pas vivre sans être animée. Le choix de l'animateur n'est pas simple : donner ce rôle à un des partenaires peut déstabiliser le principe d'égalité entre les membres ; le donner à un tiers, comme un représentant des pouvoirs publics, peut créer un partenariat piloté par les orientations des politiques publiques. Se pose alors la question du sens même du partenariat et de la liberté de chacun dans la construction du projet.

Ce mode de fonctionnement, même s'il est aujourd'hui de plus en plus courant, ne va pas de soi. Il bouscule les principes organisationnels hiérarchiques. L'objectif du partenariat devient alors l'élément essentiel qui rassemble autour d'enjeux communs. La manière de

⁹⁷ FOUQUET A., TREGOAT J.J., SITRUK P., *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, rapport IGAS, Op. Cit. p 28

⁹⁸ AMBLARD H., BERNOUX P., HERREROS G., LIVIAN Y-F., *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Op. Cit. p 244

le piloter conduit à en assurer la continuité. Selon l'IGAS⁹⁹ « Les pratiques de coopération les plus abouties sont celles qui s'appuient sur une histoire construite dans la durée. ».

B) Un mode d'organisation nouveau

La coopération est une méthode de travail relativement nouvelle pour les organisations qui se sont longtemps inspirées d'un modèle bureaucratique. Elle demande donc de revoir les fonctionnements et de se structurer autour de bases clairement définies.

La première étape est de définir l'intérêt de travailler ensemble. Chacun doit pouvoir évaluer précisément l'apport et les pertes résultant de l'objectif commun. L'égalité entre les membres est aussi un pré-requis indispensable à vérifier pour rester dans un mode de coopération. Une définition précise et formalisée de l'objectif permettra de déterminer un positionnement politique clair de chacun et de vérifier que le projet rentre bien dans une stratégie commune. Cette étape est primordiale pour construire les bases de la coopération.

Il est aussi nécessaire d'établir un diagnostic précis de la situation pour définir une démarche. Formaliser le mode de fonctionnement, de pilotage et d'évaluation est ensuite essentiel pour conserver des relations saines et la continuité de l'action. Jean-Louis Sanchez¹⁰⁰, dans une intervention au colloque « Territoires gérontologiques » : contraintes, défis et controverses précise « le partenariat ne se décrète pas et il ne fonctionne bien que lorsqu'il a été précédé d'une réflexion partagée sur les valeurs, les besoins et les réponses. On sait ainsi que la coordination souffre en fait d'absence de perspectives, provoquée par un recours insuffisant aux outils d'observation. Il faut donc en convenir : seule une démarche de diagnostic et d'analyse menée en commun permettra de construire des convictions convergentes, une reconnaissance mutuelle et donc une volonté commune de concevoir des actions coordonnées. (*Extrait du résumé de l'intervention*) ».

C'est cette démarche qui favorisera l'institutionnalisation des partenariats, c'est-à-dire inclura dans l'organisation de chaque structure actrice, un pôle transversal de coopération externe. L'enjeu aujourd'hui du maintien à domicile est bien de passer des contraintes individuelles des acteurs à une prise en compte globale de la personne.

⁹⁹ FOUQUET A., TREGOAT J.J., SITRUK P., *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, rapport IGAS, Op. Cit. p 26

¹⁰⁰ SANCHEZ J.L., « Territoires, observation et performance », in FONDATION NATIONALE DE GERONTOLOGIE, *colloque « Territoires gérontologiques » : contraintes, défis et controverses*, jeudi 14 janvier 2010, cité dans RNRSMS, 2010, *Le partenariat dans le travail social*, p 28

Rester chez soi, c'est être comme tout le monde, c'est être identifié dans la vie locale, c'est ne pas rompre avec ses habitudes. C'est vivre. Les personnes âgées sont des membres à part entière de notre société, ayant le risque de devenir plus fragiles avec l'âge. Si la dépendance est un ensemble de perte de capacité conduisant à avoir besoin d'aide pour les surmonter ou les accompagner, cela ne veut pas forcément dire ne plus pouvoir ou vouloir décider de sa vie. L'accompagnement de la dépendance à domicile est complexe mais correspond à un choix partagé par la plupart des personnes âgées.

Face à ce constat, ma mission de directrice de service à domicile, est bien de tout mettre en œuvre pour permettre aux habitants du canton de Saugues de rester chez eux grâce à un service de qualité, adapté à leurs besoins. Je suis persuadée qu'en m'appuyant sur les acteurs du territoire et les atouts du service, je peux le moderniser et faire face à l'augmentation de la dépendance. Il est évident pour moi que je dois professionnaliser l'organisation tout en proposant des réponses innovantes aux nouveaux besoins.

3 Un enjeu d'innovation pour l'ADMR de Saugues

L'organisation ADMR s'est construite autour d'une implication forte du bénévolat. L'évolution des besoins à domicile et l'augmentation des règles et normes conduisent les bénévoles à être dépassés et à perdre leurs motivations. Le service à domicile de Saugues doit se professionnaliser et l'enjeu à long terme est bien de préserver une cohérence entre la fiabilisation de l'organisation et le militantisme des bénévoles. En effet, si certains s'interrogent aujourd'hui sur la pertinence du modèle associatif pour gérer les établissements médico-sociaux, il est important pour moi de conserver l'implication d'administrateurs issus de la société civile pour garantir une prise en compte des besoins au plus près de la population. En étant plus pragmatique, les nouvelles logiques financières demandent aux établissements et services d'utiliser toutes leurs ressources. Je suis donc convaincue qu'il est indispensable de ne pas exclure les bénévoles mais de les mobiliser dans un rôle motivant pour eux et correspondant à leurs compétences.

3.1 Impulser une démarche et susciter la motivation autour d'un projet

Le public, l'environnement, le contexte politique et réglementaire du service le poussent à évoluer mais le changement ne se décrète pas, c'est cependant une démarche indispensable d'adaptation. Le service à domicile de Saugues doit conserver son point fort de proximité tout en faisant évoluer ses pratiques. Il s'agit pour moi de faire prendre conscience de cette nécessité pour mettre en œuvre une nouvelle organisation.

3.1.1 Favoriser une démarche stratégique et politique de changement

Je suis mandatée pour 18 mois à partir de juillet 2013, par le conseil d'administration de l'association pour prendre la direction du service à domicile du canton de Saugues. Lors de ma prise de fonction, je constate un certain malaise, autant au niveau des salariées que des bénévoles membres du conseil d'administration. Il y a une volonté de bien faire et une appréhension face à mon intervention. Le service à domicile souffre d'un manque de reconnaissance et il y a une peur évidente du « jugement » que je pourrais avoir comme une remise en cause personnelle de chacun. Il s'agit donc pour moi de démontrer d'abord que le changement est un processus continu dont le but est d'adapter l'organisation à son environnement et non de sanctionner les acteurs. Jean-Marie Miramon¹⁰¹ indique « l'adaptation permanente des moyens aux évolutions de l'environnement, aux besoins et aux droits des usagers place le changement au cœur de la vie de tout secteur et de toute

¹⁰¹ MIRAMON J.M., 2009, *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, 3^{ème} édition, Rennes : Presses de l'EHESP, p 30

organisation. L'organisation et le changement sont en permanence appelés à cohabiter car ils se nourrissent l'un de l'autre. Ils sont les ingrédients majeurs du dynamisme de la vie de toute institution sociale dans un cadre repéré, avec pour référence nommée les projets et le sens de l'action à réaliser. ». Le changement passera donc par redonner du sens à l'action des acteurs du service à domicile de Saugues.

Le diagnostic que j'ai détaillé dans la première partie démontre bien qu'il est nécessaire d'inciter le conseil d'administration à donner une nouvelle orientation stratégique à l'association. Comme le dit François Noble¹⁰² : « Si l'on veut bien en effet considérer que la fonction première de la direction consiste à fixer le cap, le management quant à lui revient à construire avec les acteurs un chemin. C'est alors que le directeur se doit d'adopter un mode de management élaboré, en premier lieu, à partir de valeurs, de convictions et de conceptions déclinées en autant de manière de faire. ».

Le service d'aide à domicile de Saugues était avant mon arrivée exclusivement dirigé par des bénévoles, majoritairement retraités. Même si ceux-ci détiennent des compétences acquises antérieurement, aucun n'a exercé un métier de direction, ni une fonction dans le secteur médico-social. Pour eux, le changement n'est pas une priorité. Ils sont devenus bénévoles à l'ADMR pour apporter une aide à la population et n'ont pas de vision prospective sur le service. Il est donc essentiel que j'amène le conseil d'administration et le président à prendre conscience de cette nécessité de changement et à se l'approprier pour qu'ils en soient acteurs. Cela facilitera aussi une collaboration plus étroite entre le président et moi.

3.1.2 L'évaluation interne : un moyen d'impliquer les acteurs

Je choisis de proposer au président la réalisation de l'évaluation interne comme état des lieux de la situation du service. L'objectif est de mobiliser les salariées et les bénévoles, et de les recentrer autour de la personne aidée. Il est aussi d'obtenir un diagnostic partagé et accepté par tous en conduisant une démarche participative et en me positionnant en animatrice du processus. En effet, les constats réalisés par d'autres personnes que moi seront plus facilement acceptés et permettront un meilleur investissement dans un plan d'actions. Il n'y a pas de représentants du personnel dans le service, les dernières élections ayant conduit à une carence, faute de candidats. Je consulterai donc les salariées siégeant au conseil d'administration pour connaître leurs avis et suggestions.

¹⁰² NOBLE F., 2011, « diriger et manager une entreprise associative d'action sociale » in BATIFOULIER F. / éds, *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, p 295

Cette première étape me demande d'explicitier la démarche d'évaluation interne en m'appuyant sur la recommandation de l'ANESM¹⁰³ sur la conduite de l'évaluation interne dans les services à domicile au bénéfice des publics adultes. J'anime une réunion du conseil d'administration en expliquant que le mot évaluation ne veut pas dire « notation » mais qu'il s'agit « d'une occasion de réfléchir sur ses pratiques » pour les améliorer. Je projette les détails de la démarche sur écran pour l'officialiser et la dédramatiser, l'incertitude faisant souvent peur. Le conseil d'administration accepte ma proposition.

En septembre 2013, je réunis les salariées et les bénévoles pour une présentation officielle. C'est une étape indispensable pour informer mais aussi pour lancer une nouvelle façon de travailler. Je crée un comité de pilotage que j'anime, composé de bénévoles et de salariées. La présence de représentants d'usagers aurait été un plus. L'absence de conseil de la vie sociale, d'une culture de participation des usagers à la vie du service, et la nécessité de réaliser l'évaluation rapidement m'ont conduit à ne pas les faire participer au comité de pilotage. J'utilise les outils déjà développés au niveau de la fédération. Les salariées sont interrogées par un questionnaire pouvant être rempli en ligne sur internet ou remis de façon anonyme au service. Un panel de vingt usagers est consulté à partir d'une grille d'évaluation, lors d'une visite des bénévoles à leur domicile. Les membres du bureau et la salariée administrative sont interrogés en novembre 2013, à partir d'une trame s'appuyant sur la recommandation ANESM. Le questionnement et le rapport sont réalisés par un bénévole du réseau ADMR Haute-Loire et une salariée de la fédération. Je délègue volontairement cette partie pour garantir l'impartialité des évaluateurs et du rapport d'évaluation.

Celui-ci est présenté au comité de pilotage en décembre 2013 pour l'enrichir de ses observations et établir un document finalisé partagé. Il permet de démontrer que le service ne répond pas à toutes les obligations réglementaires comme par exemple l'élaboration d'un projet de service ou la participation des usagers à l'organisation du service. Cela me donne l'occasion d'expliquer l'objectif d'un projet de service et de présenter la culture médico-sociale de prise en compte des besoins et d'accompagnement des usagers. L'évaluation interne atteste aussi de manière factuelle du manque de formalisation de l'organisation.

Je présente ensuite ce rapport au conseil d'administration. Si l'objectif de travailler sur une meilleure formalisation n'enchant pas les membres, l'idée de réfléchir à des projets pour améliorer l'accompagnement des usagers les motive. Le conseil d'administration approuve le rapport d'évaluation.

¹⁰³ ANESM, avril 2012, *L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes*

Cet état des lieux valorise le travail de chacun par la mise en avant des points forts du service qui, enfermé dans sa routine, ne les voyait plus. Il démontre aussi les améliorations à apporter. La démarche participative apporte une nouvelle dynamique qui va me servir pour conduire et mettre en œuvre les actions nécessaires. Elle me permet aussi d'installer une relation de confiance avec le président et le conseil d'administration qui comprennent que ma mission est de travailler étroitement avec eux pour adapter l'institution aux évolutions et de les aider sur leurs positionnements stratégiques. Ma posture participative et non directive me sert à déjouer les enjeux de pouvoir et à impliquer chacun en favorisant la prise de parole.

Résultat évaluation interne

Bonnes pratiques relevées	Points à améliorer
Axe 1 : Garantie des droits individuels et la participation des usagers	
<ul style="list-style-type: none"> - Remise du livret d'accueil - Prise en compte du choix de l'intervenante par l'usager - Respect des plannings - Interventions 7 jours sur 7 - Implication importante des bénévoles valorisant la mission de l'ADMR 	<ul style="list-style-type: none"> - Respect des habitudes de vie non formalisé - Pas de procédure de gestion des clés - Pas de procédure de gestion des réclamations, traitées au cas par cas oralement - Pas d'enquête de satisfaction - Pas de projet de service et de démarche qualité
Axe 2 : La prévention des risques	
<ul style="list-style-type: none"> - Protocole congés existant - Professionnalisation des salariés - Plan de formation cohérent - Entretiens professionnels individuels réalisés 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de formalisation des signalements de maltraitance mais une procédure orale efficace - Pas de document unique de prévention des risques - Organisation trop basée sur l'oral et non sur des procédures
Axe 3 : La promotion de l'autonomie et la qualité de vie	
<ul style="list-style-type: none"> - Contractualisation avec l'usager effective - Visite régulière au domicile des usagers - Implantation du local au centre du bourg de Saugues, confidentialité du bureau et permanences d'ouverture au public importantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de projet personnalisé formalisé ni d'actualisation, dossier usager incomplet - Dossier salarié incomplet - Pas de formalisation ni de calendrier des visites aux usagers
Axe 4 : La continuité de l'accompagnement et la coordination des interventions	
<ul style="list-style-type: none"> - Réunion de régulation avec les autres intervenants mais seulement pour quelques situations complexes - Service reconnu comme acteur indispensable sur son territoire 	<ul style="list-style-type: none"> - Glissement des tâches du SSIAD vers le SAAD - Manque de coordination avec les autres acteurs - Pas de fiche de missions pour les intervenants

Mon diagnostic et le résultat de l'évaluation interne me conduisent à proposer un plan d'action autour de trois objectifs :

- Professionnaliser l'organisation en favorisant une dynamique collective responsabilisant les salariées,
- Valoriser le service dans son environnement et susciter les coopérations avec les autres acteurs du territoire,
- Remobiliser le service et les équipes sur la prise en compte des besoins des usagers et orienter un nouveau projet associatif.

Ces trois niveaux d'actions sont complémentaires. Ils vont faire évoluer la stratégie de l'association et son management. En effet, il est indispensable que les changements que je vais conduire soient en adéquation avec le projet politique de l'association.

Le président réunit le conseil d'administration en janvier 2014 pour présenter cette démarche et l'intégrer dans un projet de service. Le manque de culture de l'écrit crée certaines réticences chez les bénévoles. « Le service n'a pas besoin de cela pour fonctionner, nous n'avons pas le temps... ». Les salariées du conseil d'administration semblent cependant intéressées par l'écriture de règles de fonctionnement car elles sont confrontées à des situations à gérer sans avoir de consignes claires et cela génère du stress. L'ensemble du conseil d'administration est par ailleurs motivé et source de proposition sur des projets innovants pour les usagers.

Je suis d'accord avec Jean-René Loubat¹⁰⁴ lorsqu'il écrit : « Les associations ne doivent plus être accaparées par la seule fonction d'employeurs et de gestionnaire - même si elles doivent pleinement en prendre possession en affichant des options de management - mais aussi et avant tout remplir leur fonction politique au sens premier... Il nous semble que les associations doivent partir à la reconquête de leur public et de leurs adhérents afin de recouvrer leur légitimité sociale et publique. Pour obtenir cette nouvelle mobilisation, n'est-il pas indispensable de faire émerger des centres d'intérêts et des motifs de mobilisation plus larges ? ».

Je décide donc de m'investir dans la démarche de formalisation et de professionnalisation de l'organisation en faisant participer les salariées, et d'impliquer les bénévoles dans une ouverture du service sur son environnement et son public.

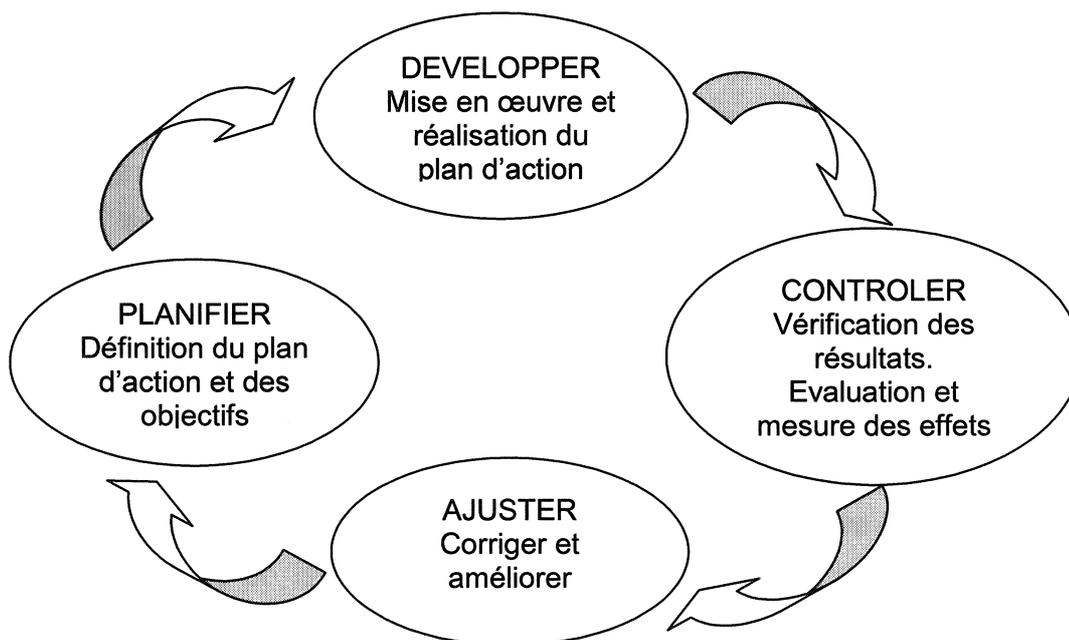
3.1.3 Susciter l'adhésion par la formalisation d'une démarche et d'un plan d'action

Je choisis d'avoir une démarche plutôt directive sur l'écriture du projet de service en le pré-rédigeant. Le diagnostic réalisé à mon arrivée me permet d'écrire la première partie du projet. Je m'appuie sur l'évaluation interne et les propositions faites lors du comité de

¹⁰⁴ LOUBAT J.R., 2007, *Promouvoir la relation de service en action sociale*, 2^{ème} édition, Paris : Dunod, p 71

pilotage pour présenter un plan d'action. Ce document pose concrètement un cadre et une démarche pour le président. Une présentation synthétique en conseil d'administration me permet d'impulser une réflexion sur le service alors que les réunions de conseil d'administration étaient jusqu'à présent centrées sur les problèmes du quotidien. Le projet de service est discuté et validé par le conseil d'administration. Pour l'année 2014, le plan d'action répond aux trois objectifs généraux déclinés en objectifs opérationnels.

Je dois cependant continuer ma démarche en organisant et en suivant les actions par une démarche projet. En effet, si ma mission est avant tout stratégique, elle est aussi opérationnelle. Je la conduis suivant la méthodologie de Deming.



Je dirigerai la partie du plan d'action correspondant à l'objectif de professionnalisation de l'organisation. J'initierai l'élaboration des règles d'organisation et de fonctionnement du service qui sont urgentes à mettre en place en m'appuyant sur les documents existants déjà dans le réseau ADMR. La démarche de coopération et d'ouverture sur l'environnement du service répondant au deuxième objectif sera conduite par le binôme président-directrice. En effet, l'implication locale du président, sa connaissance des acteurs locaux est un atout pour moi et cette démarche doit être conjointe. Pour le travail sur des projets nouveaux en direction des usagers, je créerai des petits groupes de travail composés de bénévoles et de salariées pour une démarche plus collective et participative. En effet, c'est l'objectif de progrès qui a le plus motivé le comité de pilotage. Il est donc important que j'accompagne cette dynamique de groupe positive, source de motivations, en laissant de l'autonomie au groupe de travail tout en lui apportant mes compétences.

Je planifie les actions pour cadrer cette démarche et suivre l'avancement du projet. La mise en place d'un calendrier avec les tâches à réaliser et les ressources à mobiliser permet aussi d'éviter que les actions soient repoussées ou n'aboutissent pas.

Actions		1er semestre 2014						2ème semestre 2014						
		personnes concernées	janv-14	févr-14	mars-14	avr-14	mai-14	juin-14	juil-14	août-14	sept-14	oct-14	nov-14	déc-14
Objectif 1 : Professionnaliser l'organisation														
Action 1A : Organigramme fiches de missions bénévoles et DUD	directrice	formalisation des documents	présentation et validation											
Action 1B : Liste des tâches réalisables par qualification	directrice secrétaire	Formalisation des documents	présentation et validation			présentation outils et nouvelle organisation aux salariées			évaluation, ajustement					évaluation, ajustement
Action 1C : Procédure accueil client	directrice secrétaire		formalisation des documents			présentation et validation								évaluation, ajustement
Action 1D : Réalisation d'un livret d'accueil du salarié	directrice secrétaire		formalisation des documents			présentation et validation								évaluation, ajustement
Objectif 2 : Valoriser le service et susciter les coopérations														
Action 2A : Création du projet personnalisé	directrice salariées bénévoles				définition méthode, outils	création outils supports			validation processus et outils	réunion salariées				évaluation, ajustement
Action 2B : Promouvoir le service sur son territoire	directrice	rencontre des professionnels du territoire, participation aux réunions et réseaux existants												évaluation, ajustement
Objectif 3 : Organiser des actions pour répondre aux besoins des usagers														
Action 3A : Organiser des groupes de soutien aux aidants	président bénévoles directrice	définition organisation budget	communication	finalisation projet	1er groupe aidant	évaluation et ajustement	2ème groupe aidant	évaluation et ajustement	3ème groupe aidant	4ème groupe aidant	5ème groupe aidant			évaluation, ajustement
Action 3B : Organiser un accompagnement amélioration habitat	président bénévoles salariées directrice			réunion information habitat	définition procédures et outils	formation référent habitat	communication		organisation diagnostic et accompagnement					évaluation, ajustement

3.2 L'organisation d'une mutation culturelle pour le SAAD de Saugues

La réussite de ce projet ne peut se faire sans l'adhésion des acteurs. L'action de communication que j'ai déjà entreprise auprès du conseil d'administration et des salariées va continuer lors de la mise en œuvre du projet et s'étendre aux partenaires du service. Il est en effet indispensable de mettre en valeur le projet pour lui donner du sens et convaincre les acteurs de son importance.

3.2.1 Professionnaliser l'organisation par une dynamique collective

A) Formaliser des règles collectives

Comme je l'ai illustré dans la deuxième partie, j'ai conscience que l'association ne doit pas perdre son adaptabilité aux situations qui fait sa force aujourd'hui en mettant en place une organisation trop bureaucratique, ne laissant pas la place à la plus-value humaine. Il s'agit de ne pas déstabiliser l'organisation en créant un changement brutal alors que les membres du conseil d'administration sont plutôt sceptiques par rapport à leur utilité. Henry Mintzberg¹⁰⁵ indique « pour gérer une stratégie, il faut donc savoir modeler ensemble, pensée et action, contrôle et apprentissage, stabilité et changement. ». Cependant, les procédures indispensables doivent être écrites rapidement pour créer des règles collectives claires et rassurantes pour les salariées. Je choisis de les réaliser sur un modèle simple et accessible par tous. Je m'appuie sur les documents déjà réalisés pour d'autres services à domicile de l'ADMR.

L'organigramme est le premier document que je formalise avec une fiche de missions¹⁰⁶ décrivant les tâches réalisées par les bénévoles, et un document unique indiquant mes délégations. Je travaille en collaboration avec le président. Le conseil d'administration valide ces documents qui me permettent de clarifier ma position et celle des administrateurs.

La deuxième étape est de préciser les tâches des intervenantes en fonction de leur niveau de grille. Il existe un document « rôles et limites de compétences des aides à domicile » pour le réseau ADMR Haute-Loire. Ce document est trop généraliste et fait surtout référence aux limites entre l'accompagnement et le soin. Il est nécessaire de clarifier le niveau de compétence requis pour certaines tâches récurrentes comme la toilette, l'aide au repas... La convention collective classe les salariés en trois catégories : l'agent à domicile sans qualification particulière, l'employé à domicile titulaire en majorité

¹⁰⁵ MINTZBERG H, 2004, *Le management : voyage au centre des organisations*, 3^{ème} édition, Editions d'organisation, Paris : Eyrolles, p 78

¹⁰⁶ Cf. Annexe 5 : Fiche de mission du président

du titre assistant de vie, l'auxiliaire de vie sociale détenant le DEAVS. Si laver les cheveux d'une personne ne demande pas de compétences particulières, aider à une toilette complète est un acte seulement réalisable par une auxiliaire de vie. Lors de l'aide aux repas, lorsqu'il y a risque de fausse route, seule une auxiliaire de vie peut le faire. Je prépare un document en m'appuyant sur les référentiels métiers, la réglementation et les documents existants dans le réseau. Un échange constructif a lieu au sein du conseil d'administration pour valider un document définitif accepté par tous.

La troisième étape est de créer les procédures de fonctionnement tant au niveau de l'accueil du client que sur l'organisation du travail. Je m'appuie sur la secrétaire administrative pour les réaliser. Je choisis volontairement de parler de « client » plutôt que « d'utilisateur » pour susciter un questionnement autour de ces concepts. En effet, le terme d'utilisateur est majoritairement utilisé dans le secteur de l'aide à domicile pour nommer les bénéficiaires du service. Pour moi, la notion d'utilisateur, même si elle a été valorisée par la loi du 2 janvier 2002, peut avoir une connotation trop restrictive. Je préfère utiliser le terme de client qui renvoie à une relation de service où les souhaits de la personne prennent une autre résonance, une autre dimension.

J'ai un travail important à faire dans un délai court. Je priorise les actions pour que cette nouvelle organisation ne soit pas vécue comme une surcharge de travail et pour que j'ai le temps de les réaliser. La fédération étant en train de travailler sur la prévention des risques et le document unique suite à l'agrément d'un accord de branche sur la pénibilité début 2014, je choisis d'attendre les outils pour personnaliser cette démarche au sein du service. Je préfère travailler sur une procédure d'accueil du client et d'accueil du salarié qui me semblent indispensables. Elles vont me permettre de réfléchir de façon transversale à toute l'organisation du service par un « rapport d'étonnement ». Comment un client potentiel est accueilli dans le service, quelles sont les questions qui lui sont posées ? En effet, je remarque que le service s'attache plus à savoir d'abord quels sont les financements possibles plutôt que quels sont les besoins de la personne. Je prépare une fiche d'accueil comportant les questions à poser pour clarifier la demande et pouvoir proposer les aides financières possibles avec un modèle de devis. Ce travail sur l'accueil va aussi permettre de lancer dans un deuxième temps un travail sur le projet d'accompagnement personnalisé. L'accueil du salarié est un moyen de réfléchir aux routines actuelles et la façon dont elles sont perçues par un nouveau salarié. Comment est-il introduit auprès de l'utilisateur ? Comment connaît-il ses tâches à réaliser ? Comment connaît-il la conduite à tenir face aux situations d'urgence ? Comment est-il informé du fonctionnement de l'organisation et de ses obligations administratives ? Je me fixe comme objectif de préparer un document avant l'été, période où beaucoup de remplaçantes vont intervenir pendant les congés des titulaires. Je réalise un livret d'accueil du salarié en m'appuyant sur le modèle national. Je le construis avec une partie

administrative comportant les règles de prise de congés, le fonctionnement de la télégestion... et les consignes générales avec les obligations à respecter. La partie nationale du livret apporte ainsi aux salariés des informations sur l'organisation du réseau ADMR, sur ses principes et valeurs, et les positionne comme membres à part entière de ce réseau. La partie correspondant au service ADMR de Saugues donne des indications sur ses principes de fonctionnement, les règles d'hygiène et de sécurité et les conduites à tenir face aux situations d'urgence. Je soumetts ce livret au conseil d'administration et je prends en compte les observations. J'ai conscience que ce livret n'est qu'un premier travail et qu'il faudra l'enrichir de certaines procédures comme le repérage et la gestion de la maltraitance.

Le service a besoin de s'appropriier ces nouveaux documents et de les utiliser avant d'aller plus loin. En effet, il s'agit déjà d'un changement important d'avoir une clarification des tâches, une procédure d'accueil du client et d'accueil du salarié. Je choisis de présenter ces outils à l'ensemble des salariées en juin 2014 lors d'une réunion. Il y a un important écart de niveau entre les aides à domicile. Si certaines, notamment les auxiliaires de vie sociale, sont prêtes à bousculer leurs habitudes pour améliorer leur travail, d'autres ne comprennent pas l'utilité de ces changements et ont des difficultés à s'appropriier les nouveaux référentiels. Certaines aides à domicile n'ont pas encore pris conscience de l'importance de leur mission d'accompagnement et se cantonnent (ou se protègent) derrière les actes techniques. Je vais devoir accentuer les actions de formation pour les pousser à réfléchir sur leur métier. Il est essentiel de ne pas les déstabiliser pour éviter des attitudes de rejet mais de les professionnaliser, de leur apporter une culture médico-sociale et en même temps une reconnaissance de leur travail.

Un débat s'instaure sur les limites de leurs tâches car un document formalisé ne peut décrire l'ensemble des situations rencontrées. Lusin Bacla¹⁰⁷ dit « selon nombre de sociologues, les règles ne constituent qu'un point de départ pour l'action humaine : elles laissent toujours des zones d'ombre en permettant des choix. ». Je propose de se revoir tous les mois pour parler des situations rencontrées non décrites et définir une règle collectivement. C'est aussi l'occasion de créer des réunions de régulation. Cette démarche impliquera les salariées tout en les sécurisant. L'objectif est qu'elles s'appuient sur les normes pour trouver par elles-mêmes les bonnes réponses lors de situations nouvelles. Dominique Gévelot¹⁰⁸ indique ainsi « La conduite du changement devient un processus de développement de l'autonomie dans le cadre d'une évolution consciente. ».

¹⁰⁷ BACLA L., 2003, *Sociologie des organisations*, 2^{ème} édition, Collection repères, Paris : Editions la découverte, p 69

¹⁰⁸ GENELOT D, *Manager dans la complexité*, Op. Cit. p 295

B) Valoriser et développer les compétences administratives internes

La secrétaire administrative est aujourd'hui positionnée sur des tâches de réalisation de planning et d'accueil. Elle assure en réalité un rôle central dans l'organisation, qui doit être valorisé et clarifié. J'ai en effet besoin de pouvoir m'appuyer sur elle. Embauchée au départ pour des fonctions de secrétariat, ses missions ont évolué sans que sa fiche de poste n'ait été actualisée et qu'il n'y ait eu un accompagnement par de la formation. Elle organise l'activité des aides à domicile auprès des usagers en fonction des plans d'aide et du respect de la législation. Elle s'occupe de l'accueil physique et téléphonique. Elle est la première à recevoir les réclamations des usagers et des salariées. Toutes ces tâches n'étant pas clairement définies dans sa fiche de poste ni dans l'organigramme, ses limites de compétences ne sont pas claires et ses positions sont souvent remises en cause par les salariées ou les usagers. Elle a une formation de base de secrétaire et n'a pas une culture sociale de prise en compte des besoins. Elle gère donc les plannings de façon très administrative en fonction d'un nombre d'heures attribuées.

J'organise un entretien individuel avec elle dès septembre 2013. Elle souffre d'un manque de reconnaissance de son travail et a des difficultés parfois à gérer le quotidien entre les arrêts maladies des salariées à planifier en urgence, les personnes à accueillir et la gestion des appels téléphoniques. Le président et les autres administrateurs ne sont pas présents régulièrement et elle doit parfois faire face seule à des situations qui ne lui incombent pas. Elle ne se sent donc pas en sécurité dans sa fonction.

Je lui propose de réécrire dans un premier temps avec elle sa fiche de poste et de définir ses délégations par rapport à mon rôle de directrice car elle va être un support important pour moi dans l'organisation. Il est essentiel de valoriser et de clarifier son rôle pour qu'elle soit reconnue et respectée dans ses missions et que je puisse me libérer du temps pour la conduite du projet. Nous nous revoyons un mois plus tard pour valider ensemble ses fonctions et pour définir des objectifs. Je dois nouer avec elle une relation de confiance, en lui fixant des objectifs atteignables et acceptables, en lui expliquant les orientations. Elle doit renforcer son rôle de coordination de l'intervention tout en fiabilisant plus l'organisation. Il est aussi nécessaire que nous travaillions en collaboration et qu'elle me fournisse des éléments d'analyse. Elle accepte de suivre une formation de coordinatrice de SAAD et de travailler avec moi sur une nouvelle organisation. Je lui propose de m'accompagner dans la mise en place de celle-ci avec un suivi quotidien (gestion des réclamations, des nouvelles demandes...) et des indicateurs d'activités (ressources humaines, financier, situation du public). Ils me permettront d'avoir des informations pertinentes pour conduire ma mission. Je dois prendre du temps pour la former à cette nouvelle façon de travailler et l'accompagner pour qu'elle monte en compétence.

Comme le dit Jean-Marie Miramon¹⁰⁹ « Comparée aux hommes, dont le temps est éphémère, celui des organisations est long, ce qui les fait apparaître relativement pérennes. Chaque fois que le temps des hommes est confondu avec celui des organisations, les successions, les changements deviennent de plus en plus difficiles. ». Cette nouvelle organisation se mettra en place en évitant de fragiliser l'existant. L'important est de redonner du sens à l'action de tous pour sécuriser l'organisation.

3.2.2 Promouvoir la qualité du service dans un réseau coordonné en s'appuyant sur les salariés

A) Impliquer les auxiliaires de vie sociale dans le projet individualisé

J'ai mené la démarche de réorganisation interne pour proposer rapidement un cadre de travail assurant la continuité du service à des salariées ayant l'habitude d'avoir beaucoup de liberté. Cependant, comme je l'indique dans la deuxième partie, la qualité d'un service dépend principalement de la qualité de ses intervenants. Cette qualité dépend de leurs compétences mais aussi de leurs motivations. Le gel de leur salaire, le travail du week-end, les situations difficiles les focalisent sur leurs contraintes de travail. Je dois donc impliquer les salariées dans l'accompagnement de la personne pour recentrer leurs actions et les concentrer sur une démarche individualisée de prise en compte des besoins.

Recentrer l'action des salariées d'interventions sur la personne à accompagner

Il n'y a pas de document individualisé définissant le projet d'accompagnement et il est indispensable non seulement de créer un outil mais surtout d'expliquer son utilité et d'impliquer les équipes. Lors de l'assemblée générale, des usagers se sont plaints de devoir expliquer à chaque changement d'intervenant le travail à faire. En effet, le projet personnalisé est essentiel pour prendre en compte de façon individualisée le projet de vie de chacun, mais aussi pour assurer une continuité et ainsi optimiser la qualité du service rendu. Ce projet ne peut se travailler que de façon concertée avec les salariées, la secrétaire et les bénévoles, pour responsabiliser tous les acteurs. Je crée un groupe de travail. Son objectif est de définir une démarche et les outils nécessaires. Le groupe se réunit 4 fois d'avril à septembre 2014. La première réunion permet de clarifier les objectifs et de définir un titre convenant à tous : ce sera le projet d'accompagnement individualisé. Le processus d'élaboration et de suivi est aussi défini. Lors de la deuxième et troisième réunion, je présente des outils supports¹¹⁰ qui sont discutés et améliorés. Le dossier usager est actualisé avec une fiche de renseignement plus précise. Le document support

¹⁰⁹ MIRAMON J.M., *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Op. Cit. p 45

¹¹⁰ Cf. annexe 6 : la démarche et le projet personnalisé

du projet d'accompagnement personnalisé est formalisé avec un document type pour sa création et pour sa mise à jour. Le plan d'aide usager fourni par le Conseil Général sera annexé. Un modèle d'ordre de mission est aussi défini et sera remis à chaque salariée. La dernière réunion en septembre 2014 validera le processus d'élaboration et les documents. J'organiserai en octobre 2014 une réunion d'information pour l'ensemble du personnel pour que les salariées intègrent cette nouvelle façon de travailler et pour valoriser l'importance du projet individuel dans leurs missions de prise en compte des besoins. La fiche de mission va être un élément essentiel pour organiser le travail des salariées, encore faut-il qu'elles l'utilisent. L'organisation du travail dans des lieux différents rend difficile la vérification et la régulation. Même si l'enquête de satisfaction où les rencontres et réclamations des usagers peuvent m'apporter des informations, Il va être nécessaire de responsabiliser les salariées.

S'appuyer sur les auxiliaires de vie sociale pour améliorer la qualité de l'intervention

Les salariées d'interventions sont partie prenante de l'organisation ADMR en étant représentées au 2^{ème} collège du conseil d'administration pour un quart des membres. Elles ne peuvent cependant pas faire partie du bureau pour éviter toute confusion dans leur rôle. Elles ont aussi un rôle régulier de coordination avec les différents intervenants du territoire lors de leurs interventions. Le DEAVS prévoit dans son référentiel que l'auxiliaire de vie sociale participe à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation du projet individualisé. Ce sont les bénévoles qui s'occupent de la relation avec les usagers, plus ou moins bien en fonction de leurs disponibilités. La prise en compte des besoins est la base d'une bonne qualité de service et doit donc être mieux maîtrisée. L'ADMR défend le principe « du triangle d'or » avec une co-construction de l'intervention partagée entre les bénévoles, les salariés et l'utilisateur. Je m'appuie sur ce fondement de l'ADMR pour inciter une modernisation du service à domicile et demande au président d'impliquer les auxiliaires de vie sociale dans la construction et le suivi du projet individualisé. La secrétaire administrative assurera une fonction de coordination et sera responsable du suivi administratif du dossier usager. La CNSA intervient financièrement sur des actions de modernisation et de professionnalisation du secteur de l'aide à domicile. Ces fonds ne peuvent pas être obtenus individuellement par un service mais notamment par une convention départementale entre la CNSA et le Conseil Général. La CNSA finance alors un maximum de 55% du coût des actions prévues. J'ai saisi cette opportunité en demandant un financement de cette action au Conseil Général. Il a accepté le budget départemental ADMR 2014 prévoyant en actions nouvelles le paiement des heures de tutorat aux diplômés DEAVS, en demandant parallèlement un financement dans sa convention avec la CNSA. Un coût départemental de 78000 € est budgété pour deux heures par mois et par auxiliaire de vie sociale soit 5460 € pour les 14 auxiliaires de vie sociale du service à domicile de Saugues. Dans ce cadre, elles participeront à

l'élaboration et au suivi des plans d'aide, à la coordination des interventions sur le terrain, au tutorat des nouveaux embauchés. Cette intervention des auxiliaires de vie sociale améliorera la qualité du service en réglant les problèmes au plus près de l'action tout en valorisant et impliquant ces salariées dans l'organisation. Les auxiliaires de vie sociale pourront accompagner la montée en compétences des aides à domicile moins qualifiées par une attitude apprenante. Je devrais cependant être vigilante à ne pas créer une hiérarchie implicite entre les intervenantes, les auxiliaires de vie sociale devant rester sur un rôle transverse de suivi de la qualité du service rendu et non de management. Une formation au tutorat sera prévue au plan de formation 2015 pour éviter cela. Cette nouvelle organisation permettra de valoriser ce métier en montrant que l'auxiliaire de vie sociale n'est pas une « femme de ménage » mais un acteur de l'accompagnement de la personne à domicile. Une évaluation de la satisfaction des usagers et de l'intégration des salariées sera réalisée pour ajuster le projet aux besoins.

B) Ouvrir l'association sur son environnement en devenant acteur des coordinations locales

Le maintien à domicile est réalisé par de nombreux intervenants du secteur sanitaire ou médico-social exerçant en libéral ou au sein d'une structure publique ou privée. Face à l'augmentation de la dépendance, il est nécessaire que les différents acteurs se coordonnent pour optimiser l'intervention autour de la personne alors que l'association s'est isolée. Je dois conduire une politique d'ouverture en rencontrant les acteurs de territoire (SSIAD, libéraux, filières et réseaux existants...) et les institutions (Conseil Général, ARS) pour susciter et créer une coordination formalisée entre les différents acteurs du domicile.

Dès ma prise de fonction, je prends contact avec les professionnels de santé du territoire. Les seuls médecins du secteur sont âgés. Leur priorité est de trouver un remplaçant pour partir en retraite et même s'ils ont conscience des problèmes, ils n'ont ni le temps ni l'envie de faire évoluer la situation. Les infirmières libérales organisent leur travail seules, parfois en coordination avec le SSIAD et signalent au cas par cas certaines situations au service à domicile. Elles ne souhaitent pas non plus aller plus loin dans l'échange, car elles ont beaucoup de travail. Je prends conscience qu'il va être difficile de se coordonner avec les libéraux. Ce sont des professions indépendantes, payées à l'acte, ayant peu de directives des politiques publiques et pour qui la coordination est une surcharge de travail non rémunérée.

Je rencontre les deux assistantes sociales du secteur notamment celle responsable d'établir les plans d'aide APA et lui propose d'organiser une rencontre par mois pour faire le point sur les situations que le service gère. En effet, les prises en charge APA sont attribuées pour cinq ans par le Conseil Général et l'assistante sociale ne revoit pas les

personnes pendant ce délai sauf si elles le demandent. L'isolement et la fragilité conduisent certains bénéficiaires de l'APA à ne pas rechercher de réévaluation de leur plan d'aide même si leur état de santé s'est dégradé. Le service peut avoir alors un rôle de soutien en favorisant la prise en compte des besoins nouveaux par le Conseil Général. Une régulation mensuelle entre le service et l'assistante sociale nous permettra aussi de tisser des liens facilitant la gestion des situations complexes.

Je décide de m'inscrire dans les réseaux existants. Je participe à la table tactique de la MAIA et pose le problème des sorties d'hôpital et du manque de place au SSIAD qui conduit le service à domicile à être sollicité en urgence, sans organisation préalable et parfois sur des tâches ne lui incombant pas. Je souhaite alors susciter une réflexion autour de cette question. Je suis suivie par la responsable de la MAIA qui rencontre elle aussi des problèmes identiques dans sa mission de gestionnaire de cas. Je participe à la charte territoriale de cohésion sociale de la MSA. Ma présence est bien accueillie car la MSA a besoin de porteurs de projets locaux pour soutenir l'objectif de cette charte.

Le président de l'association étant bien impliqué et connu localement, je lui demande d'organiser une rencontre avec tous les CCAS du territoire du service à domicile. C'est l'occasion de travailler en binôme président-directeur, l'un apportant la culture associative et une vision plus politique, l'autre la culture médico-sociale et professionnelle. Nous présentons ensemble les valeurs associatives et aussi l'action concrète du service auprès de la population. Le CCAS sera ainsi plus armé pour répondre aux personnes venant vers lui pour des renseignements. Nous remettons à chaque fois un ensemble de dépliants et d'affiches pour mettre à disposition des mairies. Cette action permet d'améliorer la communication externe tout en créant entre le président et moi une dynamique partagée.

L'objectif de toutes ces rencontres, à différents niveaux, est bien d'avoir une action de communication influente et de rendre l'ADMR acteur incontournable sur son territoire. Ma posture est alors ouverte et partenariale. Je pose les problématiques et je me positionne de façon proactive pour faire évoluer avec les autres acteurs les situations. Je suis confrontée aux modes de fonctionnement actuels cloisonnés, au manque de temps des acteurs. Mon positionnement est cependant apprécié par les acteurs institutionnels. En effet, ils ont besoin de l'implication des professionnels pour faire avancer les projets.

Faire évoluer nos interventions en concevant ensuite ensemble un projet d'accompagnement et de soins individualisé partagé permettrait d'éviter les situations d'urgence et de rupture en améliorant le parcours la personne. Cependant, les partenaires ne sont pas encore prêts à travailler sur ce sujet. Le lancement des débats autour du nouveau schéma départemental à partir de septembre 2014 sera une opportunité pour moi de défendre et d'inscrire cette position, et de valoriser l'action du service.

3.2.3 Proposer des actions innovantes adaptées à l'évolution du public

A) Maintenir le lien social par l'aide aux aidants

Le maintien à domicile est efficace grâce à l'implication et la complémentarité des aidants. Comme je l'indique dans la première partie, ceux-ci ont besoin d'être soutenus dans leurs actions. Les bénévoles ont abandonné à contre cœur il y a deux ans une action plébiscitée par les familles en direction des aidants, faute de moyens. Mon objectif est de relancer ce projet pour remobiliser les bénévoles sur une action en direction des usagers, menée en partenariat. Je crée un groupe de travail, composé du président et de bénévoles, qui va organiser l'action et la planifier. Le groupe est d'accord pour reconduire l'action sur les mêmes bases que la précédente. Les aidants intéressés peuvent venir aux réunions avec les personnes aidées qui seront prises en charge parallèlement par une animatrice. Pour ceux ne pouvant se déplacer, l'intervention d'une aide à domicile sera organisée pendant l'absence de l'aidant. Deux intervenants seront sollicités, l'un pour le groupe des aidants, l'autre pour les aidés. Cinq rencontres sont fixées pour 2014 : des vendredis après-midi en avril, juin, septembre, octobre et novembre. Le président sera le responsable du projet. Il demandera à la mairie de nous mettre à disposition une salle. Je m'occuperai du recrutement des intervenants et du financement du projet. Les bénévoles rencontreront les personnes susceptibles d'être intéressées et s'occuperont d'organiser leur participation. Grâce à ma collaboration à la charte territoriale de cohésion sociale, j'obtiens que la MSA apporte des financements à ce projet qui correspond bien à son objectif d'améliorer le lien social sur le territoire. Une réunion avec les représentants de la MSA, des élus locaux et le groupe de travail est organisée en février 2014 pour présenter le projet. La MSA accepte de financer pour ses ressortissants le coût de l'intervention à domicile du service pendant l'absence de l'aidant soit 1940 € sur 2014 pour 5 bénéficiaires. Le groupe de travail se réunit ensuite en mars pour finaliser l'organisation de la première réunion : elle aura lieu le 10 avril 2014 avec la participation d'une intervenante psychologue pour les aidants, financée par la MSA (1440 € pour 2014) et d'une animatrice de la communauté de communes de Saugues, mise à disposition gracieusement. Les bénévoles ont déjà rencontré plusieurs personnes souhaitant participer et organisent leur transport, et l'intervention des aides à domicile pour les aidés qui ne pourraient pas se déplacer. Pour minimiser les coûts de transport, les bénévoles l'assureront avec leur véhicule personnel, une assurance couvrant ce risque. Le premier groupe connaît un vif succès avec 25 personnes présentes. Il se termine par un goûter convivial mêlant les aidés, les aidants, les bénévoles, les animateurs. Le groupe de travail se réunit ensuite pour faire un bilan de la première rencontre et préparer la suivante. Une grande satisfaction anime le groupe car l'action est appréciée et correspond bien aux valeurs de solidarité, de proximité de l'ADMR qui les rassemble. Je participe à cette action

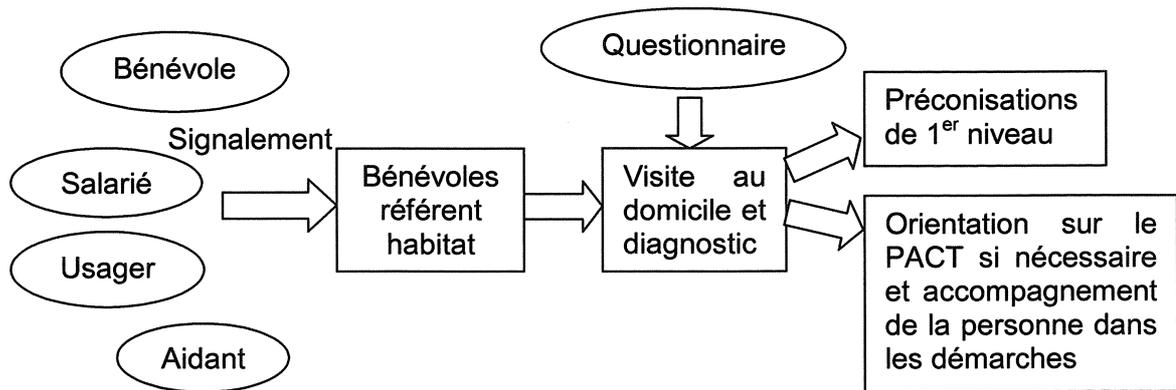
en étant membre du groupe de travail. En laissant de l'autonomie au groupe, les participants s'engagent collectivement dans le projet ce qui est source de partage et de motivation.

B) Repérer et prévenir les risques à domicile et accompagner les projets d'adaptation de l'habitat

Beaucoup de personnes aidées par le service vivent seules, dans des habitats isolés et non adaptés à leur dépendance. Dans ce territoire très rural, les nouvelles technologies du maintien à domicile sont loin d'être envisagées alors que le service a des difficultés à faire accepter une téléalarme. Lors d'une table tactique de la MAIA, les partenaires ont relevé un manque de prévention des chutes des personnes âgées, avec des hospitalisations en urgence et un retour à domicile avec un état de dépendance accentué. Le service à domicile de Saugues est un des acteurs le plus présent au domicile. Il peut donc être utile au repérage et à la prévention des situations. Il n'est cependant pas en capacité d'agir seul et doit se coordonner avec ses partenaires. Il s'agit bien là d'élargir la mission du service à domicile d'un accompagnement dans les actes quotidiens vers un accompagnement dans l'adaptation de l'environnement et la prévention.

J'ai déjà travaillé au niveau départemental avec les acteurs de l'amélioration de l'habitat. L'organisation est complexe pour les non initiés. Le PACT (Protection Amélioration Conservation Transformation de l'Habitat) est une structure associative qui apporte informations, conseils et assistance aux propriétaires et locataires ayant des projets d'amélioration de l'habitat. C'est un opérateur technique du logement qui effectue un diagnostic, élabore les dossiers de financement et peut assurer la maîtrise d'ouvrage si le propriétaire ne veut pas assurer lui-même le suivi des travaux. L'ANAH (Agence Nationale d'Amélioration de l'Habitat) a pour mission de mettre en œuvre la politique nationale de développement, de réhabilitation et d'amélioration du parc de logements privés existants. Plusieurs programmes sont en cours : programme d'intérêt général précarité énergétique, traitement de l'habitat indigne ou insalubre, opération programmée d'amélioration de l'habitat cofinancée par les communautés de communes. Chaque programme a ses outils de diagnostic, ses modes de financements. L'ANAH et le PACT cherchent à développer un partenariat avec le service à domicile pour signaler les logements nécessitant des travaux et accompagner les personnes pendant cette démarche. Par ailleurs, le PACT et l'ADMR ont participé au programme national de mise en sécurité des logements des personnes âgées car les accidents de la vie courante touchent majoritairement ce public. Le président de l'association est intéressé par un projet sur l'amélioration du logement car les habitats du territoire sont anciens et pas toujours adaptés à l'évolution de la dépendance des personnes âgées, et aussi à l'intervention des salariées. J'organise en mars 2014 une réunion d'informations avec les représentants de ces organismes et le

conseil d'administration qui décide de créer un groupe de travail composé de bénévoles et de salariées sur ce sujet. Celui-ci met en place la procédure suivante :



Un questionnaire unique est élaboré à partir de ceux existants, reprenant toutes les problématiques du logement pour faire un état des lieux général (énergie, salubrité, accessibilité...). Les bénévoles référents habitat sont formés en mai 2014 aux différents dispositifs et disposent d'une boîte à outils. Une trame de signalement simple est réalisée. Je présente le projet avec les bénévoles référents aux salariées et aux membres du conseil d'administration pour les sensibiliser au signalement des situations. L'assemblée générale en juin 2014 est l'occasion de présenter le projet en invitant les adhérents de l'association, les habitants du territoire, les élus locaux, les partenaires, les représentants du PACT et de l'ANAH pour présenter le projet d'amélioration de l'habitat, la procédure et les différentes aides possibles. Cette réunion attire beaucoup de personnes qui semblent intéressées par ce sujet. Quelques unes me laissent leurs coordonnées pour avoir une rencontre avec les bénévoles référents. Les premiers questionnaires sont réalisés en juillet. Il n'y a pas encore eu de diagnostic travaux réalisés par le PACT à l'heure où j'écris. Cependant, la démarche est amorcée.

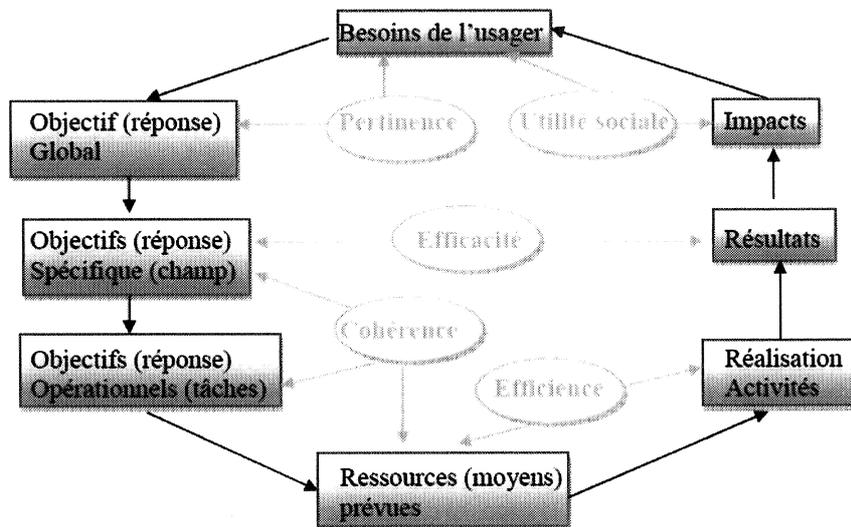
3.3 Evaluer l'impact du projet sur l'adaptation du service à son public

La mise en place de ce projet de modernisation du service a pour objectif principal d'adapter le service à l'accroissement de la dépendance des personnes âgées à domicile. C'est avant tout pour moi un projet stratégique d'envergure : conduire la mutation du service d'aide à domicile de Saugues me demande d'engager les acteurs dans une culture médico-sociale de prise en compte des besoins du public. C'est aussi amener les équipes à une posture d'adaptation et d'innovation par l'intégration d'une démarche d'amélioration continue dans leurs pratiques quotidiennes. L'évaluation doit donc se porter à trois niveaux : d'abord, au niveau opérationnel par une évaluation des projets développés ci-dessus et la mise en place d'indicateurs de résultat ; ensuite au niveau du fonctionnement du service par l'analyse de l'impact des projets sur la performance du

service tant en interne qu'en externe ; et enfin au niveau politique par la vérification de l'adéquation des orientations avec le projet associatif.

Anne Le Roy et Emmanuelle Puissant¹¹¹ ont décrit ainsi les différents niveaux d'évaluations :

Schéma 7. Les registres d'évaluation d'un service associatif d'aide à domicile



3.3.1 L'évaluation opérationnelle : mesurer le niveau d'atteinte des objectifs attendus

Il est important de vérifier les résultats obtenus pour ajuster le projet et améliorer la démarche. Les indicateurs doivent être définis dès le lancement du projet car ils permettent de clarifier les attentes mais aussi d'effectuer un suivi tout au long du déroulement et d'analyser les écarts. La mise en place d'indicateurs permet aussi aux participants des groupes de travail d'acquiescer la démarche d'amélioration continue. L'évaluation de l'impact des projets opérationnels sur le public est volontairement privilégiée pour susciter un questionnement des professionnels sur leurs pratiques quotidiennes.

¹¹¹ LE ROY A., PUISSANT E, « l'évaluation des services d'aide à domicile : une démarche socio-économique » In Colloque international "Performance et institutions : de l'efficacité au pluralisme", 17-18 novembre 2011, Reims, Organisations marchandes et institutions : Université de Reims Champagne-Ardenne, p 15

Actions		indicateurs d'évaluation		
Intitulé	personnes concernées			
Objectif 1 : Professionnaliser l'organisation				
Action 1A : Organigramme fiches de missions bénévoles et DUD	directrice	% d'usager connaissant l'organisation et le rôle de chacun	% d'usagers ayant reçu les documents d'accueil	% d'usagers ayant signé un contrat de prestation
Action 1B : Liste des tâches réalisables par qualification	directrice secrétaire	nombre de réclamations sur la qualité du service rendu	nombre de réunions de régulation réalisées	taux d'arrêt maladie
Action 1C : Procédure accueil client	directrice secrétaire	nombre de dossiers comportant une fiche accueil	nombre de nouveaux clients	% de fiches accueil avec l'évaluation des besoins
Action 1D : Réalisation d'un livret d'accueil du salarié	directrice secrétaire	nombre de réclamations suite à intervention nouveau salarié	% de nouveaux salariés ayant consulté le projet personnalisé	% de nouveaux salariés présentés à l'utilisateur avant son intervention
Objectif 2 : Valoriser le service et susciter les coopérations				
Action 2A : Création du projet personnalisé	directrice salariées bénévoles	% de projet personnalisé réalisé	% d'usagers associés à sa conception	% des salariés ayant connaissance du projet personnalisé
Action 2B : Promouvoir le service sur son territoire	directrice	nombre de réunions avec les partenaires du territoire	nombre de réunion de coordination avec les autres intervenants	nombre d'incidents relevés suite à sortie d'hospitalisation
Objectif 3 : Organiser des actions pour répondre aux besoins des usagers				
Action 3A : Organiser des groupes de soutien aux aidants	président bénévoles directrice	% des projets personnalisés évaluant la capacité des proches et leur fragilité	% des projets personnalisés ayant interrogé les aidants	nombre de groupes d'aide aux aidants réalisés
Action 3B : Organiser un accompagnement amélioration habitat	président bénévoles salariées directrice	% des projets pers. comportant un besoin d'amélioration de l'habitat	nombre de dossiers transmis au CALPACT	nombre d'accompagnement amélioration habitat réalisé

A l'heure où j'écris ce mémoire, il est trop tôt pour analyser le résultat de ces indicateurs. Cette démarche projet a cependant déjà permis de faire réfléchir le service sur la nécessité du projet personnalisé, outil central de l'accompagnement de la personne et de la prise en compte de ses habitudes de vie. La mise en place d'indicateurs va donner aussi une autre dynamique au service qui était cantonné dans la gestion du quotidien et n'analysait pas ses pratiques.

3.3.2 Analyser la performance du service et son impact sur le public

La loi du 2 janvier 2002 a privilégié le respect des droits des usagers en demandant aux structures médico-sociales de favoriser la participation et l'expression du public accueilli. Les services d'aide à domicile n'ont pas l'obligation de mettre en place un conseil de la vie sociale qui serait difficile à organiser compte tenu de la dispersion géographique du public. L'enquête de satisfaction me semble être un outil d'évaluation plus facile d'utilisation même si ce type d'information est souvent biaisé avec un pourcentage de satisfaction très élevé. Par ailleurs, il n'y a jamais eu d'enquête de satisfaction réalisée par le service et je n'ai pas de mesure antérieure pour analyser les écarts à l'exception

des réponses d'un panel d'usagers au questionnaire d'évaluation interne. Pour moi, la priorité est bien d'évaluer l'impact du projet sur l'accompagnement des personnes et mettre en place une enquête de satisfaction pour interroger les usagers sur leur vision du service est nécessaire. Les informations recueillies devront cependant être croisées avec d'autres indicateurs. L'ANAP¹¹² définit la notion de performance dans le secteur médico-social ainsi « La performance combine ainsi des objectifs de qualité des organisations et du service rendu aux personnes mais aussi d'efficience dans le pilotage et le management des structures. ». Il est nécessaire de mesurer la qualité du service rendu tout en analysant et maîtrisant les coûts. Je choisis de construire des indicateurs autour de quatre niveaux : accueil, activité, ressources humaines, et gestion.

A) Le recueil du niveau de satisfaction des usagers

J'axe le questionnaire de satisfaction¹¹³ sur les trois objectifs principaux de mon projet : professionnaliser le service, promouvoir la coopération et organiser de nouvelles actions pour les usagers, en essayant de mesurer les évolutions apportées aux bénéficiaires du service. Ce questionnaire est court et précis pour ne pas rebuter les personnes et me permettre d'exploiter plus facilement les résultats. J'associe les salariées siégeant au conseil d'administration à son élaboration. L'objectif de cette enquête est bien de pouvoir analyser facilement les données recueillies et notamment les changements perçus par les bénéficiaires suite aux projets. Je choisis de diffuser ce questionnaire à l'ensemble des usagers du service afin d'optimiser la fiabilité des réponses. Les aides à domicile remettront le questionnaire à tous les usagers en leur expliquant la démarche. Ils pourront, s'ils le souhaitent se faire accompagner par leur entourage ou un bénévole de l'association pour le remplir. Les aides à domicile récupéreront le questionnaire rempli de façon anonyme sous enveloppe cachetée. Les résultats de l'enquête seront communiqués à l'ensemble des usagers lors de la prochaine assemblée générale.

Les groupes d'aidants et d'aidés mis en place sont des lieux d'expression. Même s'ils ne concernent pas tous les bénéficiaires du service, ils peuvent permettre de recueillir des informations sur la vision du service tant par les personnes aidées que par leur entourage. Je demande aux animatrices des groupes de remplir une fiche synthétique sur les points importants abordés et les réclamations ou souhaits présentés par les participants pour me permettre d'ajuster l'organisation des groupes mais aussi de façon plus large du service.

¹¹² ANAP, Juin 2012, *Piloter la performance dans le secteur médico-social – expérimentation d'un tableau de bord de pilotage*, p 7

¹¹³ Cf. Annexe 7 : Enquête de satisfaction ADMR de Saugues

B) L'évaluation du service

S'il est important d'évaluer la qualité du service rendu perçue par les bénéficiaires, il est aussi nécessaire d'évaluer la qualité de l'organisation du service. Celle-ci se vérifie à travers les dispositifs de fonctionnement mis en place mais aussi en appréciant la façon dont les usagers sont accueillis et participent à leur prise en charge.

Les services d'aide à domicile ont l'obligation de fournir au Conseil général quatorze indicateurs suivant l'arrêté du 28 février 2007¹¹⁴. Ils font donc parti des indicateurs du service, avec d'autres que je juge nécessaire. La mise en place de ces indicateurs permettra d'évaluer les conditions d'interventions du service, ils serviront aussi au conseil d'administration pour l'aider dans ses décisions. Ils sont répartis entre quatre thèmes.

Activité	Ressources humaines
<ul style="list-style-type: none">- N° 1 répartition des populations par classe d'âge et par sexe- N° 2 répartition des populations par conditions de cohabitation- N° 3 durée moyenne de prise en charge- N° 14 indicateur de fractionnement des interventions- Niveau de dépendance- % de personnes démentes	<ul style="list-style-type: none">- N° 5 indicateur de qualification prof.- N° 6 indicateur de vieillesse technicité- N° 8 indicateur relatif à la fonction d'encadrement- N° 11 indicateur du temps actif mobilisable- N° 13 indicateur du temps de formation- N° 16 indicateur relatif au temps institutionnel- Taux d'absentéisme, turn over- Nombre de réunion salarié
Accueil	Gestion
<ul style="list-style-type: none">- Nombre de réclamations usagers- Nombre d'usagers visités par an- Nombre de livret d'accueil remis aux usagers- Taux d'interventions manquées- Nombre de salariés par personnes aidées	<ul style="list-style-type: none">- N° 7 coût de structure- N° 9 indicateur relatif au transport du personnel- N° 12 coût d'intervention- N° 15 indicateur relatif au bénévolat- % des charges de structure- Nombre d'heures moyen par intervention- % des heures week-end et jours fériés

Le service d'aide à domicile de Saugues, ainsi que la majorité des services à domicile sont entrés dans le secteur médico-social depuis moins de dix ans. Il y a un retard certain par rapport aux autres structures du secteur. L'enquête de l'ANESM¹¹⁵ sur les pratiques concourant à la bientraitance dans les services à domicile démontre bien un écart entre

¹¹⁴ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Arrêté du 28 février 2007 fixant les indicateurs des services à domicile (SAD) et leurs modes de calcul en application de l'article R. 314.29 du code de l'action sociale et des familles [en ligne], Journal officiel du 9 mars 2007, [visité le 18 juin 2014], disponible sur internet : <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees-autonomie,776/informations-pratiques,1329/les-etablissements-et-services,853/etablissements-et-services-sociaux,6005.html>

¹¹⁵ ANESM, juin 2014, *Enquête nationale relative aux pratiques concourant à la bientraitance dans les services intervenants auprès d'un public adulte à domicile*

les SAAD et les autres services dans l'élaboration du projet personnalisé même si des efforts ont été faits. Le service à domicile de Saugues est par ailleurs défavorisé par des contraintes de territoire et d'isolement. Ma mission est jusqu'à fin 2014 d'engager le service dans une professionnalisation de ses pratiques et de l'ouvrir sur ses bénéficiaires mais ce n'est qu'un début et il y aura encore beaucoup d'évolutions à conduire. Les moyens humains actuels au niveau de l'encadrement du service ne permettent pas de poursuivre cette démarche après mon départ. Je ne peux en effet plus assumer seule la responsabilité de direction de la fédération et des associations locales même si les missions sont liées et si cela me permet de mutualiser des pratiques. Un encadrement intermédiaire professionnel est nécessaire. Il n'est pas non plus envisageable financièrement de créer un poste de responsable pour chacune des associations ADMR du département.

Au titre de ma fonction de directrice fédérale, j'ai déjà pris contact avec le DLA (dispositif local d'accompagnement), organisme financé par l'Etat qui aide et conseille les structures d'utilité sociale. Il va m'apporter un appui externe en finançant un cabinet de consultants pour un budget de 7000 €. Le projet se construira autour d'une mutualisation des moyens d'encadrement entre les associations. L'accompagnement du DLA va me permettre de définir une nouvelle organisation conciliant un encadrement professionnel et une gestion bénévole, où chacun a sa place. La poursuite de la modernisation du service à domicile de Saugues ne pourra se faire sans un encadrement de proximité capable d'innover face aux nouveaux besoins.

3.3.3 Le niveau politique de la démarche : le projet associatif

Si l'efficacité, la cohérence et l'efficience d'un projet de service d'aide à domicile doivent être évaluées, la pertinence et l'utilité sociale sont aussi des éléments à prendre en compte¹¹⁶. Ceux-ci relèvent du projet politique de la structure. En effet, c'est au conseil d'administration et au directeur d'analyser l'impact des projets développés sur les objectifs stratégiques du service voire de faire évoluer les positionnements associatifs.

Pour Jean-Marie Miramon¹¹⁷: « la réaffirmation politique de l'associatif passe par la mise en œuvre, avec toute la cohérence voulue, de fonctionnements adaptés pour éviter toute dichotomie entre sens et action, entre politique et technique. Jamais établi une fois pour toutes, ce rapport est une liaison organique et permanente entre les porteurs du « pourquoi » et les réalisateurs du « comment ». Dans les faits, les territoires ne sont jamais étanches : le technique va interpeller le politique en modifiant ses orientations, de même le politique modifiera les modalités d'action du terrain. ».

¹¹⁶ Cf schéma présenté p 73

¹¹⁷ MIRAMON J.M., *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Op. Cit. p 43

Le projet mis en œuvre recentre le service sur la prise en compte de l'utilisateur mais aussi sur la question de son adaptation à l'évolution de la dépendance. Il interpelle ainsi le conseil d'administration sur ses objectifs, ses valeurs, ses souhaits d'évolutions. Le projet associatif n'a pas été revu depuis 1998. Il indiquait à l'époque de façon générale : « l'ADMR a pour projet de permettre aux familles et aux personnes de bien vivre chez elles en apportant un service adapté à leurs attentes et à leurs besoins. Nos services s'adressent à des personnes libres de choisir le soutien qui leur convient. ». Cette position a besoin d'être actualisée face au contexte actuel. Il est aujourd'hui nécessaire que l'association affiche ses ambitions, se positionne et clarifie des souhaits politiques plus précis face aux nouvelles formes d'organisation et de coordination, aux nouveaux besoins des publics et aux métiers de demain, tant en interne qu'en externe.

L'actualisation du projet politique associatif est alors une évidence pour les membres du conseil d'administration. C'est aussi l'occasion d'avoir une réflexion collective et participative sur le devenir de l'association, de réaffirmer ses valeurs humanistes. C'est par cette dynamique d'ouverture et de remise en question permanente que la pérennité du service pourra être assurée.

Le projet associatif, le projet d'établissement, les projets opérationnels sont très liés et se nourrissent les uns des autres. Ils sont essentiels pour que le service à domicile de Saugues continue à évoluer et à s'adapter à son public.

Je sais que mon projet est ambitieux et bouscule profondément les habitudes du personnel et des bénévoles, mais je n'ai pas beaucoup de temps pour composer, ma mission se terminant fin 2014. La professionnalisation du service passera forcément par une montée en compétence des salariés que je dois accompagner par la formation, et soutenir lors notamment des réunions de régulation que j'ai mis en place. Il s'agit aussi de garder une complémentarité entre le rôle des bénévoles et des salariés et d'éviter que les bénévoles se sentent exclus de l'organisation.

Conclusion

Les réponses que j'ai apportées à travers ce projet pourraient sembler à certains, ne pas être à la hauteur des enjeux. Il faut cependant remettre le service à domicile de Saugues dans son contexte de politiques publiques en pleine mutation, de territoire rural défavorisé, de service récemment entré dans le secteur médico-social, le conduisant à un retard évident par rapport aux autres structures médico-sociales. En 18 mois, sur un temps relativement court, j'ai réussi à faire évoluer le SAAD de Saugues vers une professionnalisation de ses pratiques et surtout vers une prise en compte des besoins exprimés par les personnes âgées.

Le changement que je viens de conduire est cependant une première étape. Il a profondément bousculé les pratiques du SAAD de Saugues mais il y a d'autres phases à envisager. Je pense qu'il est nécessaire d'ouvrir le service sur un réseau coordonné avec des logiques de filières et d'accompagnement, construisant un parcours. Il faudra faire évoluer les rapports de hiérarchie implicite entre les soignants et les auxiliaires de vie sociale, convaincre certains de la plus-value apportée par un travail coordonné. Je n'ai pas encore pu aboutir dans ce sens avec les autres acteurs du domicile mais je sais que certains partagent ma position. Je suis persuadée qu'il n'est plus possible de travailler seul et que c'est en mettant en commun leurs moyens que les professionnels pourront améliorer le maintien à domicile.

Il y a aussi d'autres défis à relever. Il y a aujourd'hui un enjeu fort de se positionner et d'anticiper face aux nouveaux besoins. L'accompagnement des services à domicile doit évoluer vers une prise en compte élargie des attentes des personnes et ne pas se restreindre aux actes essentiels de la vie courante. Les personnes âgées de demain seront plus exigeantes. Elles auront eu l'habitude d'un niveau de confort plus élevé, d'utiliser les nouvelles technologies et de faire appel plus facilement à des services. Il faudra améliorer les conditions de travail et les compétences des intervenants pour élargir le champ d'action notamment à de la prévention, proposer des services beaucoup plus diversifiés et innovants... Il s'agit d'être en capacité de proposer un ensemble de services personnalisables et adaptés à chacun.

Le réseau ADMR, alliant des services de proximité sur tout le département, et une mutualisation départementale voire régionale, est aujourd'hui une force face à une organisation territoriale de l'Etat qui bouge avec notamment le projet de fusion de la région Auvergne avec la région Rhône-Alpes, et la suppression à terme des Conseils Généraux. C'est en m'appuyant sur ce réseau que je pourrais me positionner face à mes nouveaux interlocuteurs institutionnels et conduire les changements nécessaires pour que le service soit en mesure de répondre au défi du maintien à domicile.

Bibliographie

Ouvrages

- AMBLARD H, BERNOUX P, HERREROS G, LIVIAN Y-F, 2007, *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, 3^{ème} édition, Paris : Editions du Seuil, 291p
- BACLA L., 2003, *Sociologie des organisations*, 2^{ème} édition, Collection repères, Paris : Editions la découverte, 123 p
- CARADEC V., 2012, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, 3^{ème} édition, Paris : Armand Colin, 127 p
- DJAOUI E., 2014, *Intervenir au domicile*, 3^{ème} édition, Rennes : Presse de l'EHESP, 293 p
- ENNUYER B., 2006, *Repenser le maintien à domicile : enjeux, acteurs, organisation*, Paris : Dunod, 278 p
- ENNUYER B., juin 2013, Les malentendus de l' « autonomie » et de la « dépendance » dans le champ de la vieillesse *In NEMER G., / éd, « Les paradoxes de l'autonomie »*, Hors série Le Sociographe, Paris : Champ Social Editions, pp 139-157
- GENELOT D, 2011, *Manager dans la complexité*, 4^{ème} édition, Paris : INSEP CONSULTING, 371 p
- GUERIN S., 2011, *La nouvelle société des séniors*, Paris : Michalon Editions, 221 p
- GZIL F., LATOUR F., 2007, « Alzheimer : respect de l'autonomie » *In HIRCH E., OLLIVET C. / éd, Repenser ensemble la maladie d'Alzheimer : éthique, soin et société*, Espace Ethique, Paris : Vuibert, pp 126-131
- LOUBAT J.R., 2007, *Promouvoir la relation de service en action sociale*, 2^{ème} édition, Paris : Dunod, 357 p
- MINTZBERG H, 2004, *Le management : voyage au centre des organisations*, 3^{ème} édition, Editions d'organisation, Paris : Eyrolles, 703 p
- MIRAMON J.M., 2009, *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, 3^{ème} édition, Rennes : Presses de l'EHESP, 149 p
- NEMER G. / éd, Juin 2013, *Les paradoxes de l'autonomie*, Hors série Le Sociographe, Paris : Champ Social Editions, 219 p
- NOBLE F., 2011, « diriger et manager une entreprise associative d'action sociale » *in BATIFOULIER F. / éd, Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, pp 293-310
- PAQUET M., 1999, *les professionnels et les familles dans le soutien aux personnes âgées dépendantes*, Paris : L'harmattan, 270 p

- PETRELLA F., 2012, *Aide à domicile et services à la personne : les associations dans la tourmente*, Rennes : Presses universitaires de Rennes, 180 p
- RAGUENES R., 2007, *Aide à domicile : le soutien aux personnes âgées et la polyvalence professionnelle*, 4^{ème} édition, Paris : Editions Frison-Roche, 103 p
- SOMME D., TROUVE H., 2009, « Implanter et évaluer une politique d'intégration des services aux personnes âgées : l'expérimentation Prisma France » In FOUQUET A., MEASSON L. / éd., *L'évaluation des politiques publiques en Europe : culture et futurs*, Collection la librairie des Humanités, Paris : L'harmattan, pp.385-395

Revue, publications

- ANAP (Agence Nationale d'Appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux), 2012, *Les coopérations dans le secteur médico-social, guide méthodologique*, 102 p
- ANAP, 2011, *Le parcours de personnes âgées sur un territoire – retour d'expérience*, 74 p
- ANAP, Juin 2012, *Piloter la performance dans le secteur médico-social – expérimentation d'un tableau de bord de pilotage*, 54 p
- ANESM, avril 2012, *L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes*, 111 p
- ANESM, juin 2014, *Enquête nationale relative aux pratiques concourant à la bientraitance dans les services intervenants auprès d'un public adulte à domicile*, 108 p
- ARS AUVERGNE, Mai 2013, *Portraits de santé : l'état des territoires d'Auvergne*, 115p
- BALARD F., SOMME D., Mars 2011, « Faire que l'habitat reste ordinaire. Le maintien de l'autonomie des personnes âgées en situation complexe à domicile », *Gérontologie et société*, 2011/1, n°136, p. 105-118
- BAZILLON B. / éd., Janvier 2013, *Observatoire des EHPAD*, Paris : KPMG, 72 p
- BEN-AHMED L., juin 2012, « Quelles valeurs pour s'orienter dans les questions éthiques des gérontechnologies ? », *Gérontologie et société*, 2012/2 n° 141, p. 183-193
- BERARDIER M., CLEMENT E., Octobre 2011, « Evolution de l'Allocation personnalisée autonomie (APA) de 2002 à 2009 », *Etudes et résultats*, N° 780, DREES, 8 p
- BERTRAND Q., juin 2012, « Le géronmonde technologique est-il vraiment accueillant ? », *Gérontologie et société*, 2012/2, n° 141, p. 171-182
- BOULMIER M., Mars 2011, « Habitat, territoires et vieillissement : un nouvel apprentissage », *Gérontologie et société*, 2011/1, n°136, p. 29-46
- CERC (Conseil Emploi Revenu Cohésion sociale), 2008, *Les services à la personne*, rapport n°8, Paris : La Documentation Française, 147 p

- COTIS J.P. / éd., 2012, *Tableaux de l'économie française*, Paris, INSEE, p 26-27
- CNSA, 2012, *Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie*, 16 p
- DELBES C., GAYMU J., Mars 2005, « Qui vit en institution ? », *Gérontologie et Société*, 2005/1, N° 112, p 13-24
- DEOUX S. et al., Mars 2011, « L'habitat, facteur de santé des trente dernières années de vie des aînés ? », *Gérontologie et société*, 2011/1, n°136, p. 91-103
- DJAOUI E., Septembre 2007, « De l'intimité du professionnel dans l'intervention au domicile », *Gérontologie et société*, 2007/3, n° 122, p. 157-162
- FONDATION DE FRANCE, juin 2013, « *Les solitudes en France en 2013* », L'observatoire, 2 p
- FOUQUET A., TREGOAT J.J., SITRUK P., mai 2011, *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, rapport IGAS, 121 p
- FRADET M.R., MAQUINGHEN S., GLANDDIER Y., février 2009, *diagnostic local sanitaire et social du Pays de Lafayette- Haute-Loire*, Clermont-Ferrand : Observatoire Régional de la Santé en Auvergne (OBRESA), 149 p
- FRANCE BENEVOLAT, 2013, *La situation du bénévolat en France en 2013*, France bénévolat - Crédit mutuel - IFOP, 17 p
- GAYMU J. / éd, avril 2008, « Comment les personnes dépendantes seront-elles entourées en 2030 ? Projections européennes », *Population et société*, n° 444, Institut National d'Etudes Démographiques (INED), 4 p
- GUCHER C., juin 2012 « Technologies du « bien vieillir et du lien social » : questions d'acceptabilité, enjeux de sens et de continuité de l'existence - la canne et le brise-vitre», *Gérontologie et société*, 2012/2, n° 141, p. 27-39
- HAS, avril 2007, *stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée*, Paris, 159 p
- LE ROY A., PUISSANT E, « l'évaluation des services d'aide à domicile : une démarche socio-économique » *In* Colloque international "*Performance et institutions : de l'efficacité au pluralisme*", 17-18 novembre 2011, Reims, Organisations marchandes et institutions : Université de Reims Champagne-Ardenne, 18 p
- MANTOVANI J., ROLLAND C., ANDRIEU S., Novembre 2008, *Etude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile*, Série Etudes et Recherches, N° 83, DRESS, 113 p
- OBSERVATOIRE DE LA BRANCHE AIDE A DOMICILE, septembre 2009, *Aide à domicile, on gagne toujours à être connu - synthèse des travaux de l'observatoire de la branche aide à domicile 2007/2009*, CPNEFP de l'aide à domicile, 32 p
- RAYMOND M., ROUSSILLE B., STROHL H., Juillet 2009, *Enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées*, rapport IGAS, 84 p

- RNRSMS (Réseau National de Ressources en Sciences Médico-Sociales), 2010, *Le partenariat dans le travail social*, 35 p
- SANCHEZ J.L., « Territoires, observation et performance », in FONDATION NATIONALE DE GERONTOLOGIE, *colloque "Territoires gérontologiques" : contraintes, défis et controverses*, jeudi 14 janvier 2010, cité dans RNRSMS, 2010, *Le partenariat dans le travail social*, 35 p
- STEPHANY A. / éd, juin 2012, « En Auvergne, des personnes dépendantes plus nombreuses et plus âgées à l'horizon 2030 », *La lettre*, N° 82, INSEE AUVERGNE, 6 p
- STEPHANY A. / éd, juin 2012, « En Auvergne, des personnes dépendantes plus nombreuses et plus âgées à l'horizon 2030 », *La lettre*, N° 82, Synthèse d'étude : INSEE AUVERGNE, 1 p
- TRONTO J. C., 2008, « Du care », in *Revue du MAUSS*, 2008/2, n° 32, p. 243-265
- TRUPIN L., GIRARD P., MACCIONI N. / éd, Novembre 2011, *Etude sur les services à la personne dans sept pays européens*, Direction Générale de la Compétitivité de l'Industrie et des Services (DGCIS), 100 p
- VANLERENBERGHE J.M., WAUTRIN D., Juin 2014, *L'aide à domicile auprès des publics fragiles : un système à bout de souffle à réformer d'urgence*, Commission des affaires sociales du Sénat : Rapport d'information n° 575, 82 p

Lois, projets de lois, circulaires, arrêtés et textes divers

- CNCDH, juin 2013, *Avis sur l'effectivité des droits des personnes âgées*
- Loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal officiel, n° 36 du 12 février 2005, p 2353 et s.
- Loi N°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale [en ligne]. Journal Officiel, 3 janvier 2002 [visité le 29.04.2014], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id#JORFARTI000001822101>
- Loi N°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [en ligne]. Journal Officiel, n°167, 22 juillet 2009 [visité le 29.04.2014], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, 1997, *Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante*, Paris : Fondation Nationale de Gérontologie
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Arrêté du 28 mai 2001 relatif au schéma national des formations sociales. Journal officiel, n° 142 du 21 juin 2001, 9829-9830.

- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, 2002, Commission de terminologie et de néologie du domaine social, Bulletin Officiel, Solidarité-Santé, Vocabulaire du domaine social, n° 2002/1 bis, Fascicule spécial
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, 2007, *Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance*, Version révisée, Paris : Fondation Nationale de Gérontologie
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Arrêté du 28 février 2007 fixant les indicateurs des services à domicile (SAD) et leurs modes de calcul en application de l'article R. 314.29 du code de l'action sociale et des familles [en ligne], Journal officiel du 9 mars 2007, [visité le 18 juin 2014], disponible sur internet : <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees-autonomie,776/informations-pratiques,1329/les-etablissements-et-services,853/etablissements-et-services-sociaux,6005.html>
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire n°DGAS/ATTS/4D/2007/179 du 30 avril 2007 relative à la qualification des professionnels chargés de la direction des établissements ou services médico-sociaux. Bulletin officiel du ministère chargé des affaires sociales, n° 2007/6, pp 147-150
- Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, juin 2014, [en ligne]. [visité le 04.08.2014], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPreparation.do?idDocument=JORFDOLE000029039475&type=general&typeLoi=proj&legislature=14>

Sources diverses sur internet

- BLANCHARD H., Octobre 2013, « Amélioration de l'habitat : le PACT Haute-Loire, son assemblée générale 2012 », *Renouveau*, [visité le 11.04.2014], disponible sur internet : <http://www.mon43.fr/actualite-28547-amelioration-habitat-le-pact-haute-loire-son-assemblee-generale.html>
- DHUME F., Mars 2002, « du travail social au travail ensemble, le partenariat dans le champ des politiques sociales », Editions ASH, n° 2001.6, *In IS CRA, Qu'est-ce que le partenariat ? Contribution à la construction d'un espace de sens*, disponible sur internet : [file:///C:/Documents%20and%20Settings/MG/Mes%20documents/Downloads/FDpartenariatcemea%20\(1\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/MG/Mes%20documents/Downloads/FDpartenariatcemea%20(1).pdf)
- FOU DRIGNIER M., 2011, Développer le travail en partenariat ou en réseau dans le domaine social, [visité le 30.04.2014], disponible sur internet : <http://marc-fourdrignier.fr/politiques-sociales-politiques-publiques/le-travail-en-partenariat-ou-en-reseau-dans-le-secteur-social>

- INSEE, Résumé statistique canton ou ville de Saugues. [visité le 25.03.2013], disponible sur internet : <http://www.insee.fr/fr/themes/comparateur.asp?codgeo=CV-4325>
- LAROUSSE, intime, [visité le 04.05.2014], disponible sur internet : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/intime/43908>
- LAROUSSE, soins, [visité le 04.05.2014], disponible sur internet : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soins/73237>
- MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA SOLIDARITE, Un CLIC, c'est quoi. [visité le 18.04.2014], disponible sur internet : <http://clic-info.personnes-agees.gouv.fr/clic/construirePageLogin.do>

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Situation du territoire de Saugues

ANNEXE 2 : Présentation du service à domicile de Saugues

ANNEXE 3 : Le réseau ADMR

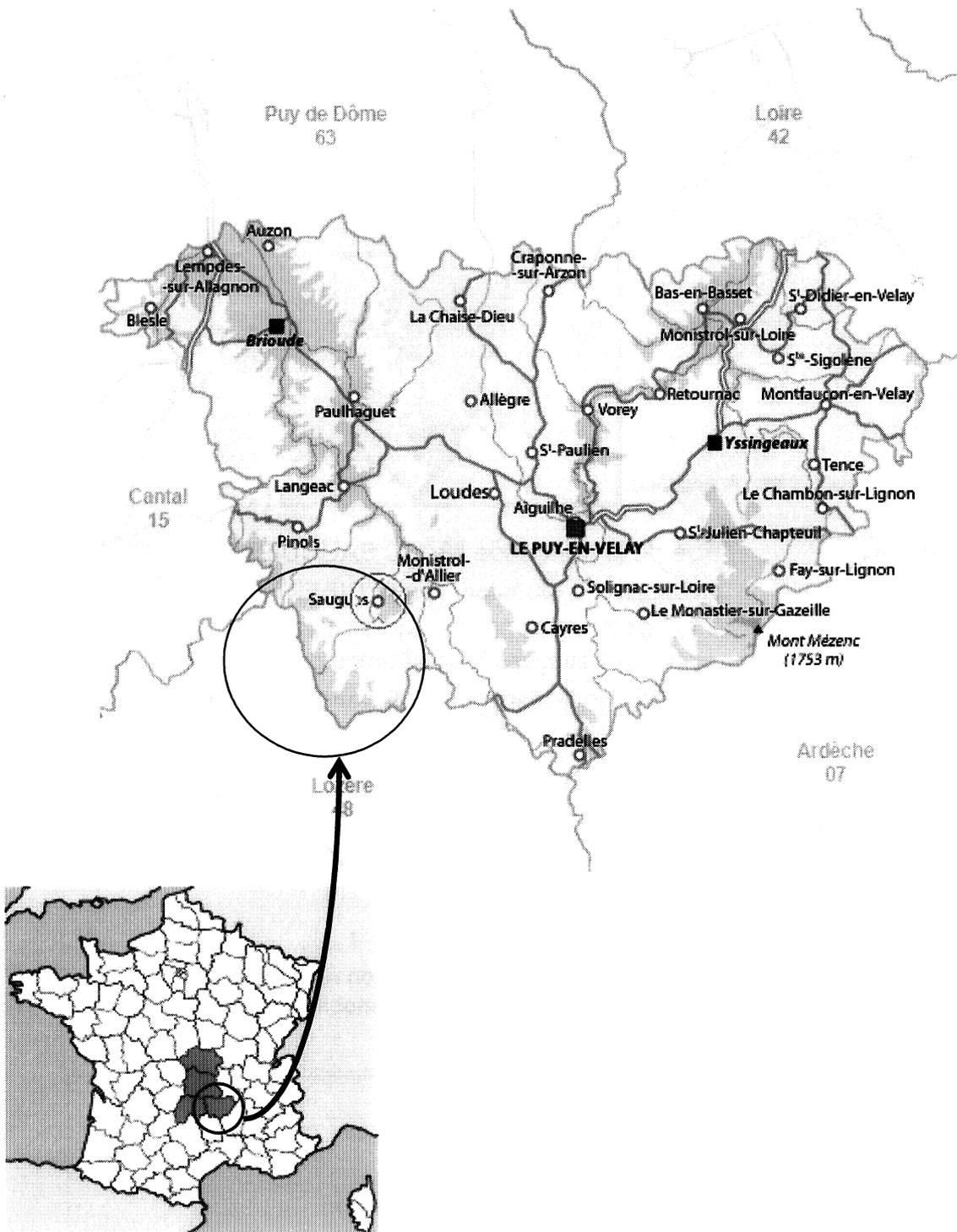
ANNEXE 4 : Référentiel d'activité du diplôme d'auxiliaire de vie sociale

ANNEXE 5 : Fiche de mission du président

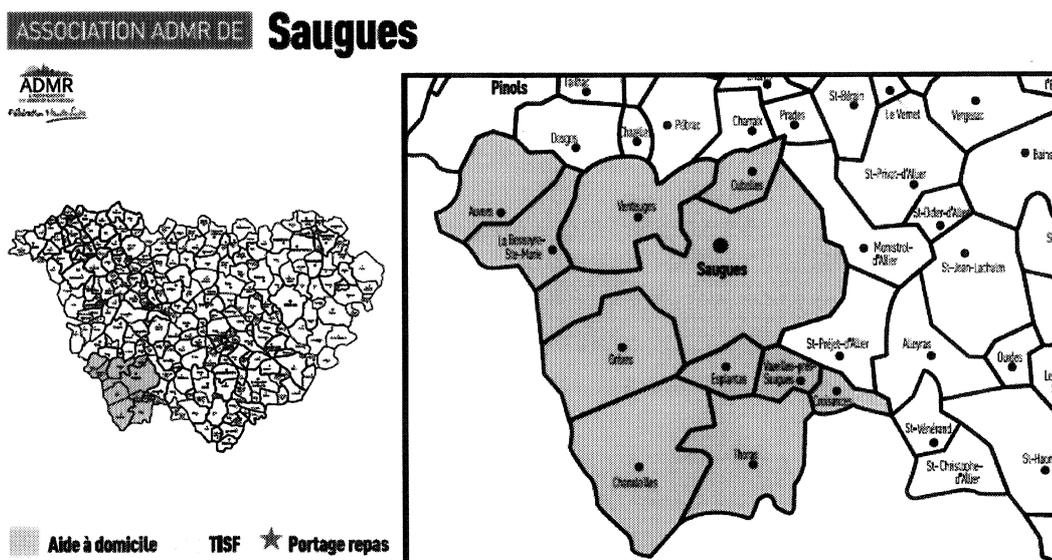
ANNEXE 6 : La démarche et le projet personnalisé

ANNEXE 7 : Enquête de satisfaction ADMR de Saugues

ANNEXE 1 : SITUATION DU TERRITOIRE DE SAUGUES



ANNEXE 2 : PRESENTATION DU SERVICE A DOMICILE DE SAUGUES



Rue de la Margeride 43 170 SAUGUES

PRÉSIDENT : **Monsieur André GIBERT**

Tél: 04 71 77 63 06 Fax: 04 71 74 69 31

Mail: info.saugues@fed43.admr.org

Horaires d'ouverture : lundi- mercredi- jeudi- vendredi de 9h à 12h

SERVICES À LA PERSONNE PROPOSÉS

Tout public (personnes âgées, en situation d'handicap, familles...)

Ménage repassage

Aide et assistance aux personnes

Garde d'enfants

Préparation repas/courses

Aide à la mobilité et au transport

DONNÉES 2012

40 609,50 heures d'interventions

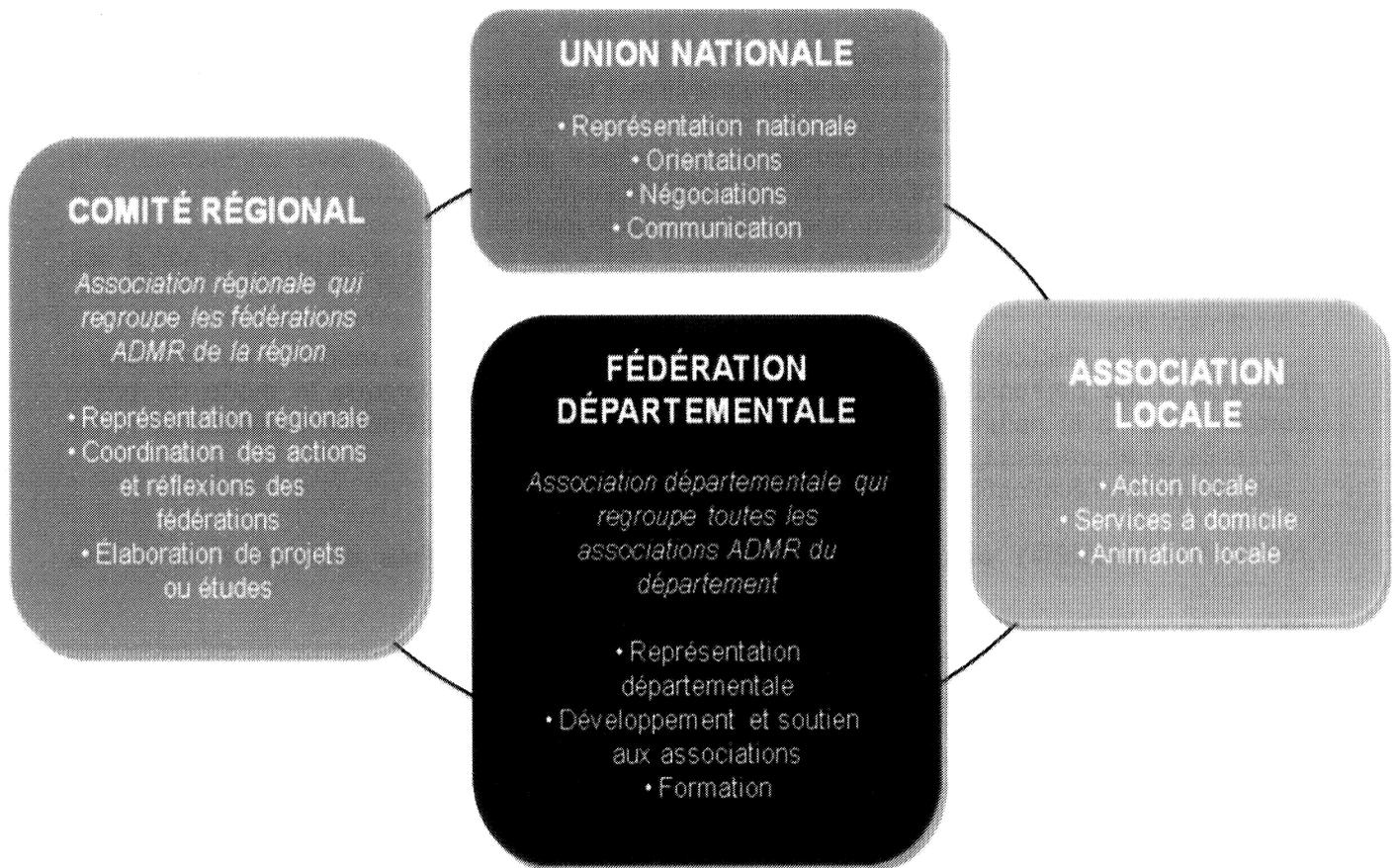
323 clients adhérents

46 salariés aide à domicile (26 équivalents temps plein)

39 % de qualifiés en grille B ou C (DEAVS, titre assistant de vie...)

1 salarié administratif

ANNEXE 3 : LE RESEAU ADMR



ANNEXE 4 : REFERENTIEL D'ACTIVITE DU DIPLOME D'AUXILIAIRE DE VIE SOCIALE

(Arrêté du 4 juin 2007)

ACCOMPAGNEMENT et aide aux personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne

Stimuler les activités intellectuelles, sensorielles et motrices par les activités de vie quotidienne.

Aider à la mobilisation, aux déplacements et à l'installation de la personne.

Aider à l'habillage et au déshabillage.

Aider seule à la toilette lorsque celle-ci est assimilée à un acte de vie quotidienne et n'a pas fait l'objet de prescription médicale.

Aider une personne dépendante (par exemple confinée dans un lit ou dans un fauteuil) à la toilette, en complément de l'infirmier ou de l'aide-soignant, selon l'évaluation de la situation par un infirmier, le plus souvent à un moment différent de la journée.

Aider, lorsque ces actes peuvent être assimilés à des actes de la vie quotidienne et non à des actes de soins :

- à l'alimentation ;

- à la prise de médicaments lorsque cette prise est laissée par le médecin prescripteur à l'initiative d'une personne malade capable d'accomplir seule et lorsque le mode de prise, compte tenu de la nature du médicament, ne présente pas de difficultés particulières ni ne nécessite un apprentissage ;

- aux fonctions d'élimination.

ACCOMPAGNEMENT et aide aux personnes dans les activités ordinaires de la vie quotidienne

Aider à la réalisation ou réaliser des achats alimentaires.

Participer à l'élaboration des menus, aider à la réalisation ou réaliser des repas équilibrés ou conformes aux éventuels régimes prescrits.

Aider à la réalisation ou réaliser l'entretien courant du linge et des vêtements, du logement.

Aider à la réalisation ou réaliser le nettoyage des surfaces et matériels.

Aider ou effectuer l'aménagement de l'espace dans un but de confort et sécurité.

ACCOMPAGNEMENT et aide aux personnes dans les activités de la vie sociale et relationnelle

Participer au développement et/ou au rétablissement et et/ou au maintien de l'équilibre psychologique.

Stimuler les relations sociales.

Accompagner dans les activités de loisirs et de la vie sociale.

Aider à la gestion des documents familiaux et aux démarches administratives.

PARTICIPATION à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation du projet individualisé

Observer et contribuer à l'analyse de la situation sur le terrain.

Faire preuve en permanence de vigilance et signaler à l'encadrant et aux personnels soignants, tout état inhabituel de la personne aidée.

Organiser et ajuster son intervention, en collaboration avec la personne aidée et l'encadrement, en fonction du projet individualisé initialement déterminé, des souhaits de la personne aidée et des évolutions constatées au quotidien.

COMMUNICATION et liaison

Ecouter, dialoguer, négocier avec la personne en situation de besoin d'aide et les aidants naturels.

Sécuriser la personne en situation de besoin d'aide.

Travailler en équipe. Rendre compte de son intervention auprès des responsables du service, faire part de ses observations, questions et difficultés avec la personne aidée.

Repérer ses limites de compétences et identifier les autres partenaires intervenants à domicile à solliciter. Intervenir en coordination avec les autres intervenants au domicile, les services sanitaires et sociaux et médico-sociaux.

FICHE DE MISSION DU PRESIDENT D'ASSOCIATION LOCALE ADMR

Dénomination de la mission : Président d'association

Missions : Conformément aux statuts de l'association locale ADMR, le Président tient ses pouvoirs du conseil d'administration. Il est responsable de l'exécution des décisions prises par celui-ci et du respect des statuts et du règlement intérieur.

Savoir-faire et savoir-être
Disponibilité, aptitudes à communiquer, à dialoguer, à faire partager son enthousiasme. Savoir faire preuve d'autorité, être rigoureux. Avoir un certain sens du développement. Sens des responsabilités. Etre en capacité de favoriser le lien social.

Responsabilités	Activités réalisées personnellement par le bénévole	Activités pouvant être déléguées à un salarié
<p>Respect de la réglementation et des décisions</p>	<p>Garantir le respect des statuts, du règlement intérieur, du projet associatif, des projets de service de l'association ainsi que des conventions fédérales et nationales, Veiller à l'équilibre financier de son association en lien avec le trésorier.</p> <p>Garantir le respect des décisions du Conseil d'Administration notamment en matière de cotisations des adhérents, d'engagement des dépenses, d'arrêt des comptes, d'ordre du jour, de plan de développement et d'investissement. Il fait approuver le rapport moral et financier à l'Assemblée Générale, Organiser les élections des administrateurs.</p> <p>Superviser la mise en œuvre de l'ensemble des réglementations. valider les procédures et les comptes rendus, Signer les documents officiels, Etre le relais des différentes informations fournies par le réseau ADMR et les diffuser au sein de son association, Coordonner démocratiquement le fonctionnement de l'association en créant une cohésion au sein de l'équipe bénévole.</p>	<p>Accomplir différentes tâches de secrétariat à la demande du Président : convocations, comptes rendus, courriers et autres divers documents administratifs....,</p> <p>Organiser et prévoir la logistique des différents événements (réservation de salles, commande de boissons...).</p>

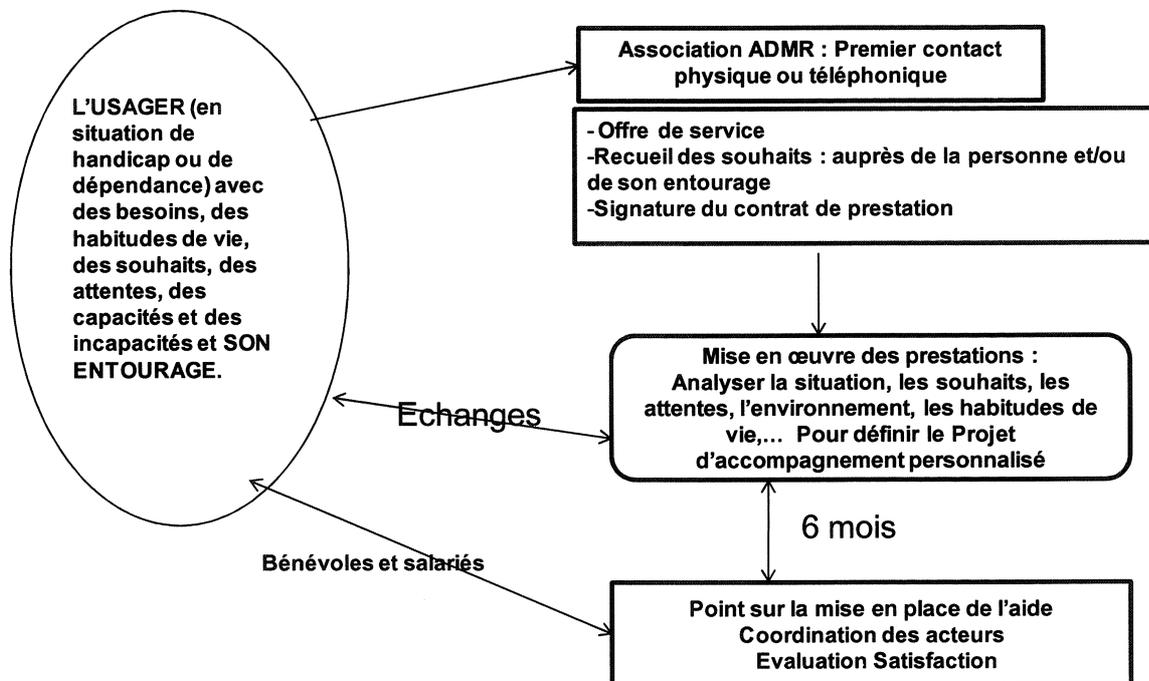
Responsabilités	Activités réalisées personnellement par le bénévole	Activités pouvant être déléguées à un salarié
<p>Animation et représentation de l'association</p>	<p>Présider et animer l'Assemblée Générale, le Conseil d'Administration, le bureau, Prévoir le planning des réunions avec les bénévoles de l'association en respectant les obligations statutaires (conseil d'administration, bureau, commission du personnel...),</p> <p>Est le représentant légal de l'association en tant que personne morale et notamment lors des actions en justice.</p> <p>Animer le projet politique de l'ADMR : représente l'association et assure la communication de l'association au sein des instances locales et en particulier lors des relations publiques.</p>	<p>Accomplir différentes tâches de secrétariat à la demande du Président : convocations, comptes rendus, courriers et autres divers documents administratifs....,</p> <p>Mettre en place une organisation appropriée pour gérer les différentes procédures,</p>
<p>Responsabilité juridique d'employeur</p>	<p>Assumer les responsabilités liées à l'emploi de personnel tout en déléguant la gestion au responsable travail,</p> <p>Recruter le personnel, conduire les entretiens d'embauche,</p> <p>Prendre les décisions avec la commission du personnel sur le type de contrat à établir, le temps de travail du salarié,</p> <p>Définir la procédure de prise de congés payés,</p> <p>Garantir la sécurité et la santé des salariés sur leur lieu de travail.</p>	<p>Organiser et prévoir la logistique des différents événements (réservation de salles, commande de boissons...).</p>
<p>Pouvoir disciplinaire</p>	<p>Garantir le respect du règlement intérieur et des règles de fonctionnement de l'association,</p> <p>Garantir le respect des clauses du contrat de travail,</p> <p>Assurer la gestion des conflits éventuels et conduire le cas échéant la procédure disciplinaire.</p>	

Fiche de mission présentée et validée en Conseil d'administration le 25 mars 2014



ASSOCIATION ADMR SAUGUES - Rue de la Margeride - 43170 SAUGUES - Tél. 04 71 77 63 06 - Email : info.saugues@fede43.admr.org

L'élaboration du projet d'accompagnement



Groupe de travail 17 avril 2014
FR - 140414

NOM : **PRENOM :**

Nom de jeune fille :

Adresse :

Code postal : Commune :

☎ : ... / ... / ... / ... / ... 📱 : ... / ... / ... / ... / ...

N° Sécu :

Date de naissance : ... / ... / ... Lieu de naissance : Dép.. :

Caisse de retraite principale :

PERSONNES A CONTACTER

Famille / Amis :

Nom, Prénom : Lien :

☎ : ... / ... / ... / ... / ... 📱 : ... / ... / ... / ... / ... Adresse :

Nom, Prénom : Lien :

☎ : ... / ... / ... / ... / ... 📱 : ... / ... / ... / ... / ... Adresse :

Tutelle :

Nom, Prénom :

☎ : ... / ... / ... / ... / ... 📱 : ... / ... / ... / ... / ... Adresse :

Médecin Traitant : ☎ : ... / ... / ... / ... / ...

Aides extérieures :

- Infirmière
- SSIAD
- Portage de repas
- Téléalarme

Nature de l'aide	Date début	Date fin	Nb d'heures

- Plan d'aide
 Livret et dossier d'accueil remis et expliqué
 Contrat de prestation signé
 Document gestion des clés

NOM : _____
PRENOM : _____
N° de Dossier : _____

ENVIRONNEMENT ET CONDITIONS DE VIE

• Vit seule

Vit avec une personne

- dépendante

- autonome

- aidante

• Contacts avec l'entourage : Fréquents - Occasionnels - Jamais

Famille :

Amis :

Voisins :

Autres :

• Type de logement

Appartement Maison individuelle Résidence/foyer Autre

Accessibilité (interphone, escaliers, ascenseur, possibilité parking, ...) :

Spécificité du logement (présence de tapis, manque d'éclairage, escaliers sans rampe, chauffage au bois, ...) :

• Evénements récents :

Veuvage récent

Essoufflement de l'aidant

Maladie et/ou hospitalisation

du conjoint de la personne

Autres :

• Etat de santé

Tremblements

Trouble de la mémoire

Trouble de l'équilibre

Trouble de la vision

Trouble de l'ouïe

Trouble du comportement

Autres (à préciser) :

Appareillage (déambulateur, lève-malade, lit médicalisé, verticalisateur, chaise garde-robe, fauteuil roulant, ...)

Régime alimentaire (prescription médicale) :

Allergie (à préciser) :

Précautions à prendre :

• Eléments particuliers (gestion des clés, ...) :

• Habitudes de vie

(Absences régulières, petits rituels, centres d'intérêt, sieste, événements marquants, ...)

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

Animaux domestiques :

Loisirs :

.....
.....

PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE réalisé le

	Consignes particulières (dont qualification intervenants)
Aide à la personne	
Aide à la toilette	
Aide au lever / coucher	
Aide à l'habillage et/ou déshabillage	
Aide à la prise de médicaments préparés	
Aide aux transferts	
Change de protections	
Bas de contention	
Préparation des repas	
Aide à la prise des repas	
Aide aux courses	
...	
Aide à l'environnement	
Ménage courant chambre	
Ménage courant cuisine	
Ménage courant autres pièces	
Entretien wc—SDB	
Réfection du lit	
Changement draps	
Lavage des vitres	
Sortie et entretien poubelles	
Entretien lustres	
...	
Vaisselle	
Nettoyage réfrigérateur	
...	
Lessives	
Repassage	
Rangement du linge	
Entretien du linge (couture)	
...	
Aide à la vie sociale et relationnelle	
Aide aux déplacements extérieurs	
Aide aux activités de loisirs	
Aide à la réalisation de démarches administratives	
Animations diverses	

Coordination avec d'autres services	
Avis de la personne sur sa situation et sa demande :	
Commentaires et précisions sur les spécificités de la prise en charge (rythmes, aidants familiaux, ...) :	

SUIVIS DES VISITES AU DOMICILE

DATES	OBSERVATIONS VISITES

ANNEXE 7 : ENQUETE DE SATISFACTION

ADMR DE SAUGUES

VOTRE AVIS NOUS INTERESSE

Ce document est à remplir par vous même ou avec l'aide de votre famille.

Document confidentiel à nous retourner dans une enveloppe fermée, remise à notre employé, ou expédiée par la poste à l'attention du président de l'ADMR

Notes comprises entre :

	0	4	5	9	10	14	15	20
N.C	pas satisfait	pe satisfait	satisfai	très satisfait				

Indices de satisfaction>

NC : signifie non concerné

mettre une note dans la case ci-dessous correspondant à votre choix

Concernant les contacts que vous avez avec l'ADMR, diriez vous que :

- vous êtes satisfait de l'accueil ?* quand vous vous rendez au bureau et/ou au téléphone.
- votre demande est prise en compte et résolue rapidement ?* concernant vos factures, vos plannings, les remplacements.
- vous connaissez l'organigramme et les fonctions de chacun dans l'association, le nom de votre référent ?*
- votre contrat est mis à jour chaque année ou suivant vos besoins s'ils évoluent ?*
- vous êtes satisfait de la fréquence des visites et de l'écoute du service ?*

Concernant les prestations de notre personnel, diriez-vous :

- qu'elles correspondent à votre attente ?*
- que le personnel est compétent et suffisamment formé pour réaliser ces prestations ?*
- que le personnel de remplacement est parfaitement au courant des prestations à accomplir ?*
- qu'il prend toutes les mesures d'hygiène et de sécurité ?* blouse, gants, lavage des mains...
- que les prestations fournies par notre personnel facilitent votre maintien à domicile ?*

	0	4	5	9	10	14	15	20
N.C	pas satisfait	pe satisfait	satisfai	très satisfait				

Concernant les relations humaines avec notre personnel intervenant, diriez-vous :

- qu'il est poli, aimable, souriant, attentionné ?*
- qu'il vous respecte et respecte vos habitudes de vie?*
- qu'il est à votre écoute, et vous aide dans vos relations avec les professionnels (médecin, kiné,coiffeur...)*
- qu'il est discret et respecte votre vie privée ?*
- qu'il n'a jamais de réflexions désobligeantes ni d'attitudes de mauvaises humeurs ?*

Seriez-vous intéressés par de nouvelles activités proposées par votre ADMR :

- Une après-midi concours de belote, jeux de société, loto... ?*
- Une sortie découverte, musée, ville, la vallée de l'Allier avec le train à vapeur ?*
- Des groupes de soutien et d'échanges animés par un professionnel, avec la participation de votre conjoint ou de votre entourage pour vous aider à surmonter vos contraintes quotidiennes ?*
- Une visite d'un bénévole à votre domicile pour vous conseiller et vous proposer des solutions simples permettant d'adapter votre logement à vos besoins et vous permettre ainsi de continuer à vivre à domicile ?*

entourer votre réponse

	OUI	NON

MERCI D' AVOIR CONSACRE UN PEU DE TEMPS A NOUS REpondre, NOUS VOUS FERONS PART DES RESULTATS DE CETTE ENQUETE.

En quelques lignes indiquez nous les améliorations que vous souhaiteriez voir apporter à nos prestations ? Des suggestions pour améliorer votre bien être ?

Nom et prénom	Date :
Facultatif	Obligatoire

FOURNERIE

Myriam

2014

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement
ou de service d'intervention sociale**

ETABLISSEMENT DE FORMATION : ARAFDES Lyon

**Moderniser un service d'aide à domicile rural pour l'adapter à l'accroissement
de la dépendance des personnes âgées
Le défi du maintien à domicile**

Résumé :

La majorité des personnes âgées souhaite rester à domicile. L'évolution démographique et l'orientation des politiques publiques dans ce sens, vont accentuer le nombre des personnes dépendantes à domicile.

Le service à domicile de Saugues est situé en Haute-Loire, sur un territoire rural, isolé, avec un nombre important de personnes âgées et un manque de professionnels. Dans ce contexte contraint, le service, géré exclusivement par des bénévoles, s'emploie à satisfaire au mieux ses bénéficiaires. Cependant, la bonne volonté ne suffit plus. il y a un énorme défi à relever pour moderniser le service et lui permettre d'accompagner le projet de vie de personnes de plus en plus dépendantes.

Nommée directrice pour 18 mois en juillet 2013, je conduis un projet ambitieux de professionnalisation de la structure, d'ouverture partenariale et de diversification des services. L'enjeu est bien de provoquer une mutation culturelle du service pour l'adapter au défi du maintien à domicile.

Mots clés :

PERSONNE AGEE, DEPENDANCE, SERVICE A DOMICILE, SAAD, AUXILIAIRE DE VIE SOCIALE, RURAL, ACCOMPAGNEMENT, ADMR, DEAVS, AUTONOMIE, BENEVOLE, PARTENARIAT

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.