

**ACCOMPAGNER L'EVOLUTION DE L'OFFRE DE SERVICE  
D'UN SAAD VERS LA CREATION D'UN SPASAD**

**UNE REPONSE ADAPTEE AU MAINTIEN A DOMICILE DE PERSONNES EN  
PERTE D'AUTONOMIE**

*Elise GARNIER*

2016



---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier toutes les personnes, qui, de près ou de loin, m'ont accompagnée, soutenue, supportée durant cette formation.

Merci à ma famille, mes amis pour leur soutien, leurs encouragements, leur compréhension et leur bienveillance à mon égard,

Merci à l'équipe d'intervenants de l'IFEN, aux professionnels rencontrés durant ce parcours pour la richesse de nos échanges,

Merci à mes collègues qui ont supporté mes absences,

Merci à Toi, l'inattendu, qui fait que désormais, tout devient possible.



---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Le SAAD ABAD : une implantation sur le territoire au travers d'un contexte règlementaire en évolution.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Un peu d'histoire pour mieux comprendre.....</b>	<b>3</b>
1.1.1 Avant les années 50.....	3
1.1.2 Le rapport LAROQUE .....	4
1.1.3 La question de l'emploi dans le secteur du domicile .....	5
1.1.4 Les enjeux économiques du maintien à domicile.....	6
1.1.5 Proposition de définition des SAAD.....	6
<b>1.2 Le SAAD ABAD.....</b>	<b>7</b>
1.2.1 Présentation.....	7
1.2.2 Les missions de l'ABAD .....	10
1.2.3 Rappel du contexte du SAAD.....	11
1.2.4 Le territoire d'intervention de l'ABAD .....	12
1.2.5 Le public, son évolution.....	14
1.2.6 Une organisation complexe .....	20
<b>1.3 Cadre règlementaire : une évolution récente .....</b>	<b>23</b>
1.3.1 La loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement, dite Loi ASV : un bouleversement. ....	23
1.3.2 Ce qui change pour les Services d'Accompagnement A Domicile avec la loi ASV.....	25
1.3.3 Des questions soulevées dans cette première partie.....	28
<b>2 Des regards croisés et éclairés sur les thématiques du domicile, du public, et de son accompagnement .....</b>	<b>33</b>
<b>2.1 Qui sont les « personnes âgées » ?.....</b>	<b>33</b>
2.1.1 La vieillesse.....	33
2.1.2 Autonomie et dépendance.....	39
2.1.3 Les risques présents chez les personnes âgées .....	41
<b>2.2 Le domicile : un environnement singulier .....</b>	<b>44</b>
2.2.1 Le domicile : un lieu symbolique.....	44
2.2.2 Le domicile : symbole d'une liberté conservée .....	45

2.2.3	Maintien à domicile ou soutien à domicile ? .....	46
<b>2.3</b>	<b>Les ressources humaines au domicile et au-delà : .....</b>	<b>49</b>
2.3.1	Les aidants : un maillon essentiel à ne pas oublier .....	49
2.3.2	Le prendre soin ici et ailleurs .....	50
2.3.3	La notion de partenariat et de réseaux.....	51
<b>2.4</b>	<b>Des compétences à mobiliser.....</b>	<b>53</b>
2.4.1	La qualification des intervenants .....	53
2.4.2	Une présence charnière entre le soin et le médico-social .....	53
2.4.3	Des dispositifs de formations existants .....	54
<b>2.5</b>	<b>Le SPASAD : une solution adaptée .....</b>	<b>55</b>
2.5.1	Une réponse globale pour le soin et l'accompagnement médico-social.....	55
2.5.2	Quelques retours d'expériences.....	56
<b>3</b>	<b>La mise en pratique de l'accompagnement de l'évolution de l'offre de service du SAAD vers le SPASAD .....</b>	<b>59</b>
<b>3.1</b>	<b>Présentation du projet SPASAD .....</b>	<b>59</b>
3.1.1	Contexte de la création des SPASAD .....	59
3.1.2	L'article 49 de la Loi relative à l'Adaptation de la société au vieillissement et les expérimentations SPASAD .....	60
3.1.3	Le rôle des principaux acteurs au sein du SPASAD.....	61
3.1.4	Les missions des SPASAD expérimentateurs.....	61
3.1.5	L'organisation intégrée du SPASAD. ....	62
3.1.6	Le partage d'informations en SPASAD. ....	63
<b>3.2</b>	<b>La mobilisation du Conseil d'Administration pour engager l'ABAD dans une démarche de projet.....</b>	<b>63</b>
3.2.1	Mon positionnement par rapport aux administrateurs.....	64
3.2.2	Des appels à projets imminents .....	64
<b>3.3</b>	<b>Une dynamique de changement en interne .....</b>	<b>65</b>
3.3.1	L'accompagnement des salariés.....	65
3.3.2	L'accompagnement par une politique de Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences .....	68
3.3.3	L'accompagnement au sens logistique .....	72
<b>3.4</b>	<b>Une dynamique de changement en externe.....</b>	<b>73</b>
3.4.1	Des rapprochements pivots pour ce projet.....	73
3.4.2	L'accompagnement des usagers .....	76
3.4.3	La prévention : un axe majeur dans l'offre de service .....	76
3.4.4	L'aide aux aidants.....	78

<b>3.5</b>	<b>L'évaluation du projet .....</b>	<b>80</b>
3.5.1	L'évaluation des besoins. ....	80
3.5.2	L'évaluation de la prestation réalisée.....	81
3.5.3	L'évaluation globale du service.....	82
3.5.4	Des indicateurs de suivis pour l'ensemble du projet .....	82
	<b>Conclusion.....</b>	<b>85</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>87</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>



---

## Liste des sigles utilisés

---

ASV	Adaptation de la Société au Vieillessement
ANESM	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services Médico-Sociaux
ARS	Agence Régionale de Santé
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ASG	Assistant de Soins en Gérontologie
ADVF	Assistante De Vie aux Familles
ABAD	Association Bolbécaise d'Aide à Domicile
ABDBDP	Association des Directeurs de Bibliothèques Départementales de Prêt
AGGIR	Autonomie Groupe Iso Ressource
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CNAVTS	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CREG	Centre de Recherche en Economie de Grenoble
CSI	Centre de Soins Infirmiers
CHI CVS	Centre Hospitalier Intercommunal Caux Vallée de Seine
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CNRS	Centre Nationale de la Recherche Scientifique
CAFAD	Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Aide à Domicile
CESU	Chèque Emploi Service Universel
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyen
DEAES	Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social
DEAMP	Diplôme d'Etat d'Aide Médico-Psychologique
DEAVS	Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale
DRESS	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DDAS	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
DGCCRF	Direction Générale de la Concurrence et de la Répression des Fraudes
DIRECCTE	Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
EHEES	Ecole des Hautes Etudes en Science Sociales
ETP	Education Thérapeutique du Patient
ESA	Equipe Spécialisée Alzheimer
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FNADAR	Fédération Nationale d'Aide à Domicile aux Retraités
GIR	Groupe Iso Ressource
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
HAD	Hospitalisation A Domicile

IDEC	Infirmier Diplômé d'Etat Coordonnateur
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INED	Institut National des Etudes Démographiques
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie
MONALISA	Mobilisation Nationale contre l'Isolement Social des Agés
MADA	Municipalité Amie Des Ainés
MSA	Mutualité Sociale Agricole
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPCA	Organisme Paritaire Collecteur Agréé
PAERPA	Personne Agée En Risque de Perte d'Autonomie
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SPASAD	Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile
SAP	Services à la Personne
SSIAD	Services de Soins Infirmiers A Domicile
VAE	Validation des Acquis par l'Expérience

## Introduction

A l'échelle mondiale, il y a 50 ans, les séniors (personnes de plus de 65 ans), représentaient un quatorzième de la population. En 2020, les estimations affichent une représentation à un quart de la population mondiale. L'effectif des centenaires pourraient atteindre 200 000 personnes en 2060, avec une augmentation annuelle de 2 000 centenaires jusqu'en 2046.

Selon l'étude démographique de l'INSEE<sup>1</sup>, d'ici 2060, deux raisons expliqueraient le vieillissement de la population : d'une part, l'allongement de la durée de vie, et d'autre part, le poids des générations issues du baby-boom.

Toutefois, l'augmentation de l'âge de la population ne signifie pas forcément une entrée en dépendance grandissante. Dans un article du Monde Diplomatique<sup>2</sup>, Jérôme PELLISSIER, écrivain, docteur et chercheur en psycho gérontologie, s'exprime d'ailleurs à ce sujet : « Il existe cependant de fortes variations entre les individus : on ne devient pas soudainement tous vieux au même âge, comme on ne devient pas soudainement tous adultes au même âge ». Il faut, par conséquent, considérer l'augmentation de l'espérance de vie, favorisée par les progrès de la médecine, qui va entraîner un recul de l'âge d'entrée dans la dépendance.

Ainsi, les personnes âgées de 75 à 84 ans seront moins dépendantes dans l'avenir, d'ici 2020 par rapport à celles du même âge aujourd'hui. Au contraire, les plus de 85 ans représenteront plus de la moitié de la population dépendante. Les personnes de plus de 90 ans représenteront quant à elles environ 35% de la population dépendante.

Cette projection amène à une première réflexion quant aux besoins de ces populations. En effet, le vieillissement de la population française constitue un véritable défi pour de nombreux acteurs impliqués dans la prévention de la perte d'autonomie et dans sa prise en charge. Les réponses possibles aux besoins émergents ne sont plus les mêmes que celles d'il y a encore 20, voire 10 ans. Les souhaits en matière d'accompagnement sont différents, et doivent s'articuler autour d'un cadre réglementaire actuellement en plein bouleversement.

La Loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement<sup>3</sup>, dite Loi ASV, précise les nouvelles orientations en faveur du grand âge et notamment du maintien à domicile. Les politiques

---

<sup>1</sup> Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

<sup>2</sup> PELLISSIER J., juin 2013, « A quel âge devient-on vieux ? », *Le Monde Diplomatique*, n°711, pp. 13-15.

<sup>3</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. [en ligne]. Journal officiel 0301 du 29 décembre 2015 [visité le 11 janvier 2016], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2015/12/28/AFSX1404296L/jo>

publiques s'orientent désormais vers une prise en charge globale de la perte d'autonomie, en accordant une place à part entière aux Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD). C'est une nouvelle façon de travailler qu'il faut savoir appréhender, en décloisonnant le fonctionnement de ces services, en les insérant dans le maillage territorial, dans le but d'apporter une réponse globale et adaptée aux besoins des usagers qui souhaitent rester à leur domicile, malgré la perte d'autonomie.

L'Association Bolbécaise d'Aide à Domicile, plus communément nommée ABAD, se trouve à la croisée des chemins. Elle doit en effet se positionner pour s'adapter aux nouvelles situations rencontrées au domicile, tout en gardant à l'esprit l'importance des enjeux de territoire et de développement renforcés par les politiques sociales et médico-sociales actuelles. Depuis sa création en 1971, l'ABAD a su se remettre en question, évoluer et étendre son offre de service, afin de s'adapter au public et à ses besoins spécifiques. Au fil du temps, après avoir parfois traversé des périodes de doutes et d'incertitudes, l'association est désormais un acteur majeur sur le territoire.

J'occupe la fonction de responsable de service depuis 2004. J'ai commencé dans cette structure en tant que responsable de secteur en 2003. J'ai participé, durant ces treize années, à conduire l'association vers une évolution de services qui me semblait opportune, en s'adaptant au public.

Ce mémoire a pour objet, en me positionnant en tant que directrice de l'ABAD, d'explorer, à partir d'un diagnostic, une des réponses possibles à la problématique soulevée concernant l'accompagnement à domicile des personnes en perte d'autonomie.

Je présenterai dans une première partie le contexte réglementaire, et la structure dans laquelle j'exerce mes fonctions, en m'attachant à rendre lisible la situation du public, son évolution, le contexte d'intervention. Il sera fait état de la situation, des difficultés rencontrées lors des accompagnements, et des mesures d'écarts entre « ce qui est », et « ce qui doit être » ou « ce que l'utilisateur attend ». La seconde partie de cet écrit apportera des éclairages théoriques sur le maintien à domicile, l'évolution des politiques publiques dans ce domaine, les enjeux présents derrière les mots « dépendance » et « perte d'autonomie », et les conséquences engendrées aussi bien sur la personne concernée qu'auprès des acteurs du domicile. Ces éclairages apporteront également des précisions sur les modes d'accompagnements possibles, les éventuelles réponses déjà existantes, et étofferont ma réflexion, pour une meilleure compréhension du projet. Dans la dernière partie, je proposerai un projet d'accompagnement de la structure vers la formalisation d'un SPASAD, Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile, projet qui me semble porteur de sens en tant que réponse adaptée à l'évolution du public auprès duquel l'association intervient.

# **1 Le SAAD ABAD : une implantation sur le territoire au travers d'un contexte réglementaire en évolution**

Le contexte d'intervention des services d'aide à domicile est soumis actuellement à une grande évolution, marquée par l'entrée en vigueur de textes devant légiférer les modalités d'interventions, à articuler avec le respect de la personne, l'adaptation à des besoins de plus en plus complexes et une volonté pour les personnes en situation de fragilité de rester à leur domicile. Il est important de revenir sur l'évolution de ce contexte réglementaire, sur l'adaptation de l'Association à ces modalités, et sur les difficultés engendrées par l'accroissement des situations de dépendance à domicile.

## **1.1 Un peu d'histoire pour mieux comprendre**

Les personnes en perte d'autonomie expriment leur volonté de rester à leur domicile. Face à la dépendance grandissante de certaines d'entre-elles, ce souhait ne peut être respecté qu'avec une organisation et des services mis en place pour répondre efficacement à leurs besoins. Les politiques publiques, orientées vers le maintien à domicile, confirment la prise de conscience de cette situation. Afin de comprendre ce qu'est le maintien à domicile, il est nécessaire de revenir sur l'historique des politiques publiques du secteur, de comprendre les enjeux économiques liés à ce même secteur, et d'avoir un regard sur le maintien à domicile tel qu'il était pensé il y a 50 ans.

### **1.1.1 Avant les années 50**

Le soutien au domicile revenait, au départ, aux membres de la famille qui assistaient leur proche. Jusque dans les années 50, il était fréquent de recourir à l'institution pour accompagner un proche malade, en perte d'autonomie. Petit à petit se sont développés des modes de fonctionnements plus structurés et organisés, largement portés par le secteur associatif, qui a posé les fondations du secteur. Directrice scientifique, chercheuse au CREG (Centre de Recherche en Economie de Grenoble) mais aussi auteure d'une thèse consacrée au rôle des associations dans le secteur de l'aide à domicile<sup>4</sup>, Emmanuelle PUISSANT indique : « par leur rôle pionnier dans le domaine de l'aide à la vie quotidienne aux familles et aux personnes âgées, mais aussi par leur position quasi-monopolistique pendant une quarantaine d'années (des années 1950 aux années 1990), c'est dans le cadre des associations que les activités d'aide à domicile, d'abord domestiques et informelles, ainsi que leurs professions, ont été formalisées,

---

<sup>4</sup> PUISSANT E., 2010, *La relation associative d'aide à domicile : spécificité, remises en cause, résistances*. Thèse de doctorat en sciences économique. Université de GRENOBLE, 429 p.

reconnues et structurées. Ce processus de formalisation et de structuration des activités et des professions s'est donc opéré dans le cadre d'un statut particulier, reposant sur un fonctionnement et des valeurs spécifiques. Ces acteurs collectifs particuliers ont joué un rôle pionnier dans l'organisation de ces services, sur la base de professions nouvelles ». C'est en 1953 qu'un premier décret<sup>5</sup> vient réformer les lois d'assistance et constituer une première base juridique pour l'aide à domicile. Les premières travailleuses familiales viennent en aide aux femmes élevant leurs enfants, et apportent un soutien dans les tâches ménagères. Parallèlement, les premières aides ménagères à destination des personnes âgées et malades voient le jour, offrant déjà une solution alternative à l'hospitalisation.

### 1.1.2 Le rapport LAROQUE

En 1962, Pierre LAROQUE<sup>6</sup>, dans son rapport, préconise d'intégrer les personnes âgées à la société, grâce à un soutien à domicile adapté. C'est la question du « vivre ensemble » qui est posée, et le début d'une politique de maintien à domicile. « Poser le problème de la vieillesse en France, c'est essentiellement rechercher quelle place peut et doit être faite aux personnes âgées dans la société française d'aujourd'hui et plus encore dans celle de demain ». C'est une véritable rupture avec la politique d'institutionnalisation exercée jusqu'à présent. Ce rapport vient questionner sur une réalité bien plus profonde : permettre aux gens âgés de garder leur place dans la société.

En 1965, la CNAVTS (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des travailleurs Salariés) met en place la première prestation financière d'aide-ménagère. Comme le dit Bernard ENNUYER, sociologue et directeur d'un service d'aide à domicile, on assiste à « un télescopage des politiques vieillesse et des politiques de l'emploi<sup>7</sup> ». En effet, plusieurs dispositifs voient le jour, soutenus par des avantages sociaux, fiscaux. La France est d'ailleurs considérée aujourd'hui comme un des Etats Européens « le plus généreux<sup>8</sup> » en la matière.

---

<sup>5</sup> MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION. Décret n°53-1186 du 29 novembre 1953 relatif à la réforme des lois d'assistance [en ligne], journal officiel du 03 décembre 1953. [visité le 10 janvier 2016], disponible sur internet : [https://www.legifrance.gouv.fr/jo\\_pdf.do?id=JORFTEXT000000507984](https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000507984)

<sup>6</sup> LAROQUE P., 2014, *Commission d'étude des problèmes de la vieillesse du Haut comité consultatif de la population et de la famille. Rapport Laroque*, Paris, L'Harmattan, 433 p.

<sup>7</sup> ENNUYER B., « 1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile », et sur la notion de « libre choix » de son mode de vie », *Gérontologie et Société* 4/2007 n°123, p.153-167. [visité le 10 janvier 2016], disponible sur internet : <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2007-4.htm>

<sup>8</sup> 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.7

### 1.1.3 La question de l'emploi dans le secteur du domicile

Comme le dit le sociologue Xavier GAULLIER<sup>9</sup> en 1986, « le maintien à domicile devient un des lieux de cristallisation de l'emploi ». Le secteur de l'aide à domicile, en pleine expansion à cette période, représente alors un gisement d'emplois, et le développement des politiques publiques s'articule autour de quatre grands axes : les services mandataires créés en 1987, les emplois familiaux en 1991, le chèque emploi service en 1994. Enfin, la loi du 29 janvier 1996 ouvre la possibilité aux entreprises à but lucratif de se positionner sur le marché des services à domicile. Ces décisions n'apportent que des solutions à une problématique de gestion du chômage, de lutte contre le travail non déclaré, mais il n'est fait à aucun moment état de la qualité de prestation, de l'évaluation, ou même simplement de la personne dépendante à son domicile. D'ailleurs, en 2005, le plan BORLOO de développement des services à la personne va créer 500 000 emplois en 3 ans. De multiples activités très diverses sont considérées comme des services à la personne (Assistance informatique, soins esthétiques, entretien des espaces verts, soutien scolaire...). Le seul point commun entre toutes ces prestations reste le fait qu'elles sont exercées au domicile du bénéficiaire. Ainsi, ces services s'adressent aussi bien à des personnes en situation de fragilité, qu'à des personnes actives, en situation d'emploi, qui souhaitent conserver leur temps libre pour leurs loisirs. Le plan BORLOO<sup>10</sup> simplifie les procédures d'agrément, et inclut une évaluation externe tous les 5 ans pour ces nouveaux services. Même si les emplois créés ont permis de voir disparaître une partie du travail dissimulé, le résultat de ces mesures reste décevant. En 2012, une nouvelle simplification de la procédure d'agrément intervient, afin d'être en conformité avec les directives européennes du secteur. La loi de l'adaptation de la société au vieillissement, dite Loi ASV promulguée le 28 décembre 2015, vient impacter une nouvelle fois l'ensemble de ces procédures, en positionnant les services d'aide et d'accompagnement dans le régime d'autorisation, au même titre que les établissements médico-sociaux. Cette loi va, plus largement venir réinterroger les pratiques des structures sur le plan de l'anticipation de la perte d'autonomie, l'adaptation au vieillissement et l'accompagnement de la perte d'autonomie. Je vais développer plus loin les enjeux et les conséquences sur l'association, aussi bien en interne qu'en externe.

---

<sup>9</sup> GAULLIER X., 1986, « Quel avenir pour le maintien à domicile des personnes âgées », *Revue Française des Affaires Sociales*, n°2, pp.26-27.

<sup>10</sup> MINISTERE DE L'EMPLOI, DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT. Loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale [en ligne]. Journal officiel n°173 du 27 juillet 2005. [visité le 11 janvier 2016], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000632799&categorieLien=id>

#### **1.1.4 Les enjeux économiques du maintien à domicile**

L'APA<sup>11</sup> (Allocation Personnalisée d'Autonomie), en 2002, vient remplacer la PSD (Prestation Spécifique Dépendance), créée en 1997 pour les personnes de plus de 60 ans. Cette dernière précisait une distinction entre les personnes souffrant d'un handicap (moins de 60 ans), et les personnes dépendantes (plus de 60 ans). Il n'y a pas de recours sur succession comme pour la PSD et les conditions d'attributions sont très souples. Toutefois, victime de son succès, l'APA est réformée en 2003, dans le but de freiner les dépenses occasionnées par le dispositif. Ainsi, le plafond de ressources est revu à la baisse, le montant de la participation en fonction des revenus est, lui, revu à la hausse. Il s'agit de dissuader les personnes ayant des revenus confortables de solliciter cette aide départementale. La date de départ de l'attribution de l'allocation est maintenant la date de passage en commission. C'était précédemment la date d'envoi de la demande qui était prise en compte pour l'ouverture des droits. Il existe maintenant des dispositifs de contrôle de la bonne utilisation des sommes allouées pour l'aide à domicile. Il n'est pas encore question dans notre département d'une reprise sur succession.

#### **1.1.5 Proposition de définition des SAAD.**

Le ministère des Affaires Sociales et de la Santé définit les SAAD (Services d'Aide et d'Accompagnement à domicile), comme « des organismes privés ou publics qui interviennent en qualité de prestataire, pour les actions liées aux actes essentiels de la vie ». Ces structures vont donc mettre en œuvre et proposer divers services dans le but d'apporter une réponse au maintien à domicile de toute personne fragilisée par le handicap, la maladie, l'avancée en âge. Elles vont ainsi concourir à préserver ou améliorer l'autonomie de l'usager, à conserver ou, le cas échéant, à tisser des relations sociales avec l'entourage afin que la personne se sente exister et vivre dans la société, malgré la perte d'autonomie.

Les bénéficiaires de ces services sont aussi bien des personnes âgées, des personnes en situation de handicap, ou dépendantes que des familles fragilisées. Le principe est simple : en fonction de l'aide à apporter, une personne se présente au domicile selon un planning établi avec le bénéficiaire, après une évaluation des besoins au domicile. Cela peut être de façon hebdomadaire, ou quotidienne, et même pluriquotidienne lorsque la situation l'exige. Tout ou partie de la dépense engagée peut être pris en charge par un organisme financeur tel que le Conseil Départemental, les caisses de retraites, les

---

<sup>11</sup> CHIRAC J., JOSPIN L., GUIGOU E., LEBRANCHU M., VAILLANT D., ROYAL S., KOUCHNER B., GUINCHARD-KUNSTLER P. Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. [en ligne]. Journal officiel, n°167 du 21 juillet 2001. [visité le 18 janvier 2016], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000406361&categorieLien=i>  
d

organismes de mutuelles.... Des évaluations de la situation sont réalisées régulièrement dans le but de pouvoir mieux répondre à l'usager, en adaptant la prestation à ses besoins. Dans le cadre de l'APA ou de la PCH (Prestation de Compensation du Handicap), les professionnels de ces services apportent de l'aide à l'entretien du cadre de vie et aux gestes de la vie quotidienne, de l'accompagnement, du soutien moral et psychologique, de l'aide administrative, du maintien du lien social, des conseils et actions de prévention, de l'aide à la prise des repas ou du simple portage de repas. Certains services interviennent également en garde de nuit, ou proposent aussi de la téléassistance.

Il convient de différencier les SAAD des SAP (Services à la Personne). Ces derniers sont définis dans le Code du Travail à l'article L 129-1 comme les organismes proposant des activités de garde d'enfants, de tâches ménagères ou familiales.

Le maintien à domicile n'est donc pas une notion récemment apparue dans les politiques sociales, ou dans les textes réglementaires. Le contexte est en tension constante entre politique de l'emploi, accompagnement social et médico-social de la personne âgée, dans le but d'assurer le maintien à domicile. L'ABAD, depuis plus de 45 ans, s'adapte aux contextes économiques, sociaux et politiques pour mener à bien ses missions d'accompagnement auprès d'usagers en constante évolution. Cependant, cette adaptation ne peut se faire sans contrainte, ni sans une adhésion de l'ensemble des parties prenantes à ce projet d'évolution de l'offre de service. Qu'en est-il de la formalisation de l'accompagnement des équipes ? Comment mettre en œuvre la communication et engager l'association dans une dynamique de changement ? Afin de connaître le positionnement de l'ABAD concernant ces problématiques, je vais maintenant vous présenter cette structure que je dirige depuis 13 ans.

## **1.2 Le SAAD ABAD**

### **1.2.1 Présentation**

L'Association Bolbécaise d'Aide à Domicile (ABAD) a été créée en 1970 par une personne retraitée du service médical de la sécurité sociale. La dénomination choisie à cette époque est l'association « en faveur des personnes âgées ». Sa création est le résultat d'un constat : beaucoup de personnes âgées, seules et isolées, ayant de très faibles ressources ne peuvent plus assumer seules les actes de la vie courante. Son but est d'animer un service d'aide aux personnes âgées à des degrés divers. En 1971, l'association devient officielle et est reconnue d'utilité publique.

Pour mener à bien ses missions, des conventions sont formalisées avec les organismes de retraite afin d'obtenir pour les usagers une aide financière pour réduire la dépense des heures consommées d'aide-ménagère. Ainsi, la CRAM<sup>12</sup>, devenue maintenant CARSAT<sup>13</sup>, s'est engagée dans cette démarche en soutenant financièrement l'association à ses débuts, et en contractant une convention pour la prise en charge des retraités du régime général rencontrant des difficultés à leur domicile. La MSA<sup>14</sup>, organisme de protection sociale obligatoire pour les personnes du monde agricole et rural, a, elle aussi, passé convention avec l'association. Progressivement, au vu du nombre de demandes croissantes, les conventions se sont multipliées avec les organismes de mutuelles, la préfecture.

L'association a toujours évolué dans un souci constant d'ouverture. Ainsi, en 1973, un représentant des salariés, ainsi qu'un représentant des bénéficiaires, intègrent le Conseil d'Administration, dans le but de s'exprimer et de participer à la vie associative. Le nombre de personnes aidées est en progression, ainsi que le nombre de salariés embauchés. L'association adhère plus tard à la Convention Collective Nationale des organismes d'aide ou de maintien à domicile du 11 mai 1983. Ce texte, spécifique aux aides ménagères, sera progressivement appliqué.

En 1987, un nouveau service baptisé AGARDOM voit le jour. Il s'agit d'un service mandataire, où les usagers sont employeurs des intervenants que l'association propose. Ce service permet de proposer une réponse aux nombreuses demandes de populations non concernées par les dispositifs de prise en charge existants et mis en place. Déjà, à cette époque, les besoins ne cessaient d'évoluer et l'offre de service atteignait parfois ses limites.

Pendant une dizaine d'années, l'association a connu une période d'accroissement de son activité pendant laquelle des employés administratifs ont été embauchés, pour soulager les bénévoles, très présents et investis dans le fonctionnement de la structure.

Depuis 1985, l'association est fédérée à la FNADAR<sup>15</sup>, devenue en 2001 ADESSA<sup>16</sup>. Plusieurs fédérations existaient déjà pour le secteur de l'aide à la personne et l'aide aux familles, c'est pourquoi, en 2010, ADESSA et A DOMICILE, une seconde fédération, ont décidé de fusionner, dans le but de renforcer leur accompagnement des structures adhérentes. La fédération couvre maintenant un large champ d'actions, allant de l'aide à l'enfance, l'aide aux mères et aux familles, jusqu'à l'aide aux personnes âgées, aux

---

<sup>12</sup> Caisse Régionale d'Assurance Maladie

<sup>13</sup> Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

<sup>14</sup> Mutualité Sociale Agricole

<sup>15</sup> Fédération Nationale d'Aide à Domicile aux Retraités

<sup>16</sup> ADESSA vient du mot latin « adesse » qui signifie « être à coté de »

personnes handicapées. Ainsi, différents services peuvent se tourner vers la fédération, comme les SAAD, les SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile), les SPASAD (Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile), les CSI (Centres de Soins Infirmiers), les accueils de jours. Cette évolution fédérale souligne la mouvance du secteur de l'aide à domicile, la nécessaire ouverture vers des publics différents, la prise en compte de l'utilisateur au domicile dans une globalité de services qui sont nécessaires à son bien-être. Parallèlement, l'association devient « Association Bolbécaise du 3<sup>ème</sup> âge », pour identifier le public et souligner dans sa dénomination les besoins apportés.

Un changement majeur dans l'organisation et dans le fonctionnement de la structure fut la mise en application de la Convention Collective Nationale de la Branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile du 21 mai 2010<sup>17</sup>. Ce texte, regroupant plusieurs conventions collectives et accord en vigueur jusqu'à présent, vient uniformiser les règles de fonctionnements des services à domicile, et vient y joindre le soin à domicile. L'idée d'une démarche conjointe commence à naître.

Afin d'inscrire son action dans le respect des réglementations en vigueur, l'association développe des actions de formation, à destination des salariés intervenant au domicile, mais aussi pour le personnel administratif, avec le développement de logiciels spécifiques au service d'aide à domicile.

En 2005, l'évolution de la structure et des besoins amène une réflexion sur la dénomination de l'association. C'est pourquoi elle porte désormais le nom « Association Bolbécaise d'Aide à Domicile » ou ABAD, le public aidé n'étant plus restreint aux seules personnes âgées. Afin de poursuivre son action auprès des populations du territoire, la municipalité a accueilli le siège social de l'association dans des locaux jusqu'à présent inoccupés, depuis sa création. Toutefois, le bâtiment présente une vétusté importante, les fenêtres ne sont pas isolées, et il n'est pas conforme aux normes d'accès au personne à mobilité réduite. Les bureaux se situent sur deux niveaux, rendant de plus en plus difficile les visites des usagers présentant des soucis de mobilité. De plus, l'évolution de l'ABAD a engendré des investissements dans des matériels informatiques, techniques, et de gestion qui peinent à trouver leur place dans un espace qui s'amenuise. L'installation électrique actuelle supporte difficilement l'ensemble des matériels connectés car elle n'est pas prévue pour cela. Engager des travaux d'aménagement des locaux impliquerait une dépense conséquente que l'ABAD ne peut se permettre.

---

<sup>17</sup> JOURNAUX OFFICIELS. Convention collective de la Branche de l'Aide, de l'Accompagnement, des soins et des services à Domicile, Journal officiel n°3381 du 21 mai 2010. IDCC 2941

A l'heure actuelle, l'ABAD compte 54 salariés, pour 37 équivalents temps plein, dont 5 personnes occupent des postes administratifs. L'ABAD, qui était agréée qualité jusqu'à présent, est « réputée autorisée » par l'impact de la loi ASV. Elle doit, à ce titre se conformer à toutes les exigences réglementaires.

### **1.2.2 Les missions de l'ABAD**

L'association n'a pas attendu les différentes évolutions législatives pour optimiser les propositions de réponses à offrir aux usagers en perte d'autonomie. Etablie autrefois sur la base des « bonnes volontés », les missions se sont structurées, façonnées autour du cadre réglementaire au fil du temps, en s'adaptant aux besoins des bénéficiaires, et aux dispositions qui sont venues poser un cadre juridique nécessaire pour ce domaine.

L'ABAD se tourne vers trois objectifs :

- Le soutien à domicile,
- La préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne,
- Le maintien ou le développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.

L'association est en mesure d'assurer au domicile des personnes ou à partir de leur domicile des prestations d'aide à la personne pour :

- Les actes essentiels de la vie quotidienne (aide au lever et coucher, aide à l'habillage et au déshabillage, aide aux soins d'hygiène tels que la toilette, les changes...), à l'exception des soins ;
- Les actes ordinaires de la vie ou activités dits « domestiques » (entretien du lieu de vie, entretien du linge, courses, préparation des repas...) ;
- Les activités sociales ou relationnelles.

Les réponses apportées à la personnes aidée s'inscrivent dans un projet individualisé d'aide et d'accompagnement élaboré à partir d'une évaluation individuelle. Les missions doivent pouvoir être assurées sept jours sur sept, dans le but d'assurer une continuité de service pour l'utilisateur.

### 1.2.3 Rappel du contexte du SAAD

L'ABAD, qui était jusqu'à présent agréée par la DIRECCTE<sup>18</sup> pour son activité d'aide à la personne, « bascule » automatiquement dans le régime de l'autorisation depuis la promulgation de la loi ASV, au même titre que l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux. A ce titre, elle est soumise aux mêmes obligations, doit se conformer au Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), dès lors que les interventions sont à destination de publics fragilisés tels que les personnes âgées, les personnes handicapées, les familles en difficulté. Ce sont les articles 47 et 48 qui prévoient que, pour les activités relevant du droit d'option uniquement, les SAAD agréés sont désormais « réputés autorisés » à la date de publication de la loi, c'est-à-dire intégrant le régime d'autorisation de fait, mais n'étant pas tarifés sans en avoir fait la demande auprès des instances du département.

Avant cette loi, pour mettre en œuvre un service d'aide à domicile, deux options étaient possibles : soit être autorisé par le Conseil Général (désormais Conseil Départemental), ou la DDAS<sup>19</sup>, soit être agréé qualité par la DIRECCTE. C'est ce qu'on appelle le droit d'option. L'autorisation entraînait d'office une tarification par l'autorité compétente. Les modalités de l'agrément qualité sont différentes, en ce sens que la tarification est libre, et le service fixe le prix des prestations qui peuvent varier en respectant toutefois le pourcentage plafond fixé annuellement par arrêté préfectoral. Les services agréés qualité doivent respecter un cahier des charges fixé par l'arrêté du 24 novembre 2005<sup>20</sup>. Ce cahier des charges vise à soumettre les structures non autorisées à des exigences de qualité équivalentes à celles demandées pour les mêmes publics, comme l'indique l'article L.129-17 de la Loi 2002-2 du 2 janvier 2002<sup>21</sup>. Un service agréé qualité doit se conformer au code du travail, sera sous contrôle de la Direction Générale de la Concurrence et de la Répression des Fraudes (DGCCRF) pour ses tarifs pratiqués, et pourra être sanctionné conformément aux dispositions du Code du Commerce.

Le but de ce passage de l'agrément vers l'autorisation pour ces activités inscrites à l'article L.312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles est de passer d'une approche par activité à une approche par public. Cette évolution permet de clarifier une situation parfois obscure en uniformisant la réglementation de l'ensemble des prestations à

---

<sup>18</sup> DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

<sup>19</sup> Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale

<sup>20</sup> BORLOO Jean-Louis. Arrêté du 24 novembre 2005 fixant le cahier des charges relatif à l'agrément « qualité » prévu au premier alinéa de l'Art.L.129-1 du Code du Travail. Journal officiel n°285 du 08 décembre 2005, p.18906.

<sup>21</sup> CHIRAC J., JOSPIN L., GUIGOU E., LEBRANCHU M., VAILLANT D., ROYAL S., KOUCHNER B., GUINCHARD-KUNSTLER P. Loi 2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel, n°2 du 03 janvier 2002, p.124.

destination des publics fragiles à la réglementation du secteur médico-social, à savoir le Code de l'Action Sociale et des Familles.

Attention toutefois à ne pas intégrer l'ensemble des prestations assurées par un SAAD dans ce nouveau régime. En effet, il existe trois modes de prise en charge pour répondre aux besoins des usagers :

- Le mode prestataire : l'intervenant à domicile est salarié du SAAD. Il est recruté, encadré et formé par la structure. Le service élabore le planning des interventions, assure la continuité de celles-ci. Le paiement des interventions s'effectue directement au SAAD sur la base d'un tarif horaire,
- Le mode mandataire : l'intervenant à domicile est salarié de la personne aidée. Cependant, c'est le SAAD qui propose le recrutement de l'intervenant et effectue certaines démarches administratives à la place de la personne aidée moyennant des frais de gestion. En aucun cas, le service ne peut se substituer à l'employeur qui reste la personne aidée,
- Le gré à gré : l'intervenant à domicile est salarié de la personne aidée mais sans qu'aucune structure n'intervienne. Le mode de règlement s'effectue via le CESU<sup>22</sup> directement entre le salarié et son employeur.

L'ABAD exerce ses missions en service prestataire et mandataire, afin de mieux répondre aux besoins des usagers. Elle doit jouer un rôle d'éclairage, de conseil sur le mode d'intervention adaptée. Il s'agit ici d'évaluer la capacité de la personne en demande d'aide à accomplir certaines tâches de la vie quotidienne, mais également ses facultés à intégrer pleinement son accompagnement, à comprendre ce qui va se mettre en place et à recueillir son consentement sur les actions qui seront proposées.

#### **1.2.4 Le territoire d'intervention de l'ABAD<sup>23</sup>**

A l'origine, les missions s'orientaient principalement pour les personnes résidant à Bolbec. C'est une commune normande de 12 500 habitants, située à mi-chemin entre Le Havre et Rouen. Bolbec est dotée de nombreux commerces de proximité, et de petites zones commerciales.

Bolbec, du point de vue de son accessibilité, présente plusieurs atouts non négligeables : le pont de Tancarville, situé à 10 km permet de rejoindre Paris via l'autoroute A 13, ainsi que la Basse-Normandie. Il en est de même avec le Pont de Normandie qui relie Le Havre à Honfleur, et à Caen en une heure. La voie ferrée reliant Paris au Havre est également un point positif en termes de communication.

---

<sup>22</sup> Chèques Emploi-Service Universel

<sup>23</sup> Cf Annexe 1 : le territoire d'intervention de l'ABAD.

Les habitants de 60 ans et plus représentent plus de 20 % de la population de la ville. Il existe 3 logements-foyers pouvant accueillir les personnes âgées autonomes, un centre hospitalier et une maison de retraite médicalisée au cœur même de la commune. A 10 km se trouve le Centre Hospitalier Intercommunal Caux Vallée de Seine, avec son service d'urgences, et une clinique privée adossée à l'établissement pour les interventions chirurgicales et certaines spécialités.

#### A) L'offre médico-sociale du territoire

Elle est dense et se compose de plusieurs services œuvrant chacun à sa manière pour contribuer au maintien des personnes fragilisées à leur domicile. J'ai choisi d'intégrer rapidement l'association dans une démarche de collaboration et de partenariat avec ces différents services, afin de pouvoir m'appuyer sur leurs compétences lorsque sont atteintes celles de l'ABAD. Ainsi, le territoire comptabilise un SSIAD de 55 places comptant 16 aides-soignantes, porté par le Centre Hospitalier Intercommunal Caux Vallée de Seine, d'une association de portage de repas à domicile, et de 4 associations d'aide à domicile sous statut privé et public, dont une structure de réinsertion, et une autre proposant de multiples activités, comme des services de réception de repas, cocktails... Le territoire est également couvert par le CLIC Maill'âge<sup>24</sup>, ainsi que par une association de coordination. En dehors de sa vocation classique à accueillir, informer, organiser des actions collectives de prévention (diabète, perte de l'audition, de la vue, chutes...), le CLIC propose également sur le territoire des actions contribuant à l'expression et à la participation citoyenne des personnes âgées. Ces actions sont particulièrement importantes, car elles n'appréhendent pas la personne âgée fragile uniquement comme un objet de soin ou de « prise en charge » sociale mais comme un sujet avec ses capacités à dire, agir, participer au sein de la communauté et de la ville. J'ai rapidement souhaité entretenir d'étroites relations avec ces deux organismes, clefs de voûte de la coordination de l'ensemble des intervenants autour de la personne aidée. En effet, les situations devenant de plus en plus complexes, et les services se multipliant au domicile, il me paraissait opportun de centraliser la coordination pour permettre une meilleure lisibilité de l'action par la personne aidée.

Progressivement, le territoire d'interventions s'est élargi aux communes et villages des alentours, fortement ancrés pour certains dans une culture rurale et agricole. Ainsi, c'est l'ensemble du canton de Bolbec qui est couvert par les interventions de l'ABAD. Toutefois, un premier questionnement survient actuellement avec le redécoupage des cantons. En effet, « le nouveau » canton de Bolbec défini par le décret du 27 février 2014,

---

<sup>24</sup> Centre Local d'Information et de Coordination

redistribue les communes, élargissant considérablement le périmètre d'interventions théorique. Ainsi, des villes éloignées à une demi-heure devraient être couvertes par les services de l'ABAD, ce qui n'est pas sans conséquences sur la situation économique du service qui est relativement précaire, malgré les efforts entrepris chaque année.

En effet, au fur et à mesure, les demandes émanent d'usagers résidant en campagne, et souhaitant rester à leur domicile en bénéficiant, en ce sens, de l'aide nécessaire.

#### B) Quelques premières difficultés soulevées

La communication et l'articulation de tous ces services proposés n'est pas évidente, et ne fait pas forcément partie de la culture de l'ABAD. Il faut apprendre le « travailler ensemble », le partage d'informations sans toutefois entraver le secret professionnel. Je veille à ce que les limites de chaque profession soient clairement identifiées, afin de ne pas repousser celles-ci. Force est de constater que depuis quelques temps, le métier d'aide à domicile, du fait de l'augmentation des situations de « dépendance » présentant de nombreuses problématiques devient de plus en plus complexe. Les intervenants doivent repousser leurs limites, mais leur niveau de qualification et de formation n'est pas toujours en rapport avec ces situations difficiles. D'ailleurs, les salariés me questionnent de plus en plus sur leurs limites d'actions auprès du bénéficiaire, lorsque, par exemple, du matériel technique tel que le lève-personne est installé au domicile pour faciliter le transfert, mais que personne ne leur a expliqué la pertinence et l'utilisation du modèle présent.

J'ai pu constater également une complexité d'organisation et des difficultés d'articulation avec les SSIAD pour les sollicitations d'aide à la toilette, qui s'accompagnent parfois d'un sentiment de dévalorisation des auxiliaires de vie, de manque de reconnaissance dans le travail en binôme avec les aides-soignants ou même la perception d'être sur-sollicités au gré des aléas des planifications des SSIAD avec des missions qui dépassent leur champ de compétence. C'est là un problème important sur lequel je vais devoir réfléchir afin de maintenir une intervention conjointe de qualité dans le respect de la personne aidée mais également des intervenants, de l'ABAD ou extérieurs.

### 1.2.5 Le public, son évolution

L'image des usagers telle qu'elle était lors de la création de l'association a bien changé. Moi-même, depuis mon arrivée il y a 13 ans, je constate que les bénéficiaires d'hier ne sont plus ceux d'aujourd'hui, et la tendance tend à démontrer qu'ils seront encore différents « demain ».

#### A) Le nombre de bénéficiaires

Il a diminué de façon conséquente sur les cinq dernières années. En effet, en 2011, l'ABAD comptabilisait 348 usagers en service prestataire, mais a vu ce nombre passer à

285 sur l'année 2015. Les accompagnements en service mandataire sont passés de 115 personnes à 53. Plusieurs explications sont possibles quant à cette baisse d'accompagnement. En service mandataire, les usagers sont de moins en moins en capacité d'assumer le rôle d'employeur qui leur incombe sur ce type de service. La perte d'autonomie est effectivement incompatible avec la fonction d'employeur telle qu'on la connaît actuellement.

D'une façon générale, les organismes financeurs des aides allouées aux bénéficiaires réduisent leur participation, en évaluant au plus juste la situation au domicile. Ainsi, certaines personnes qui étaient encore aidées il y a quelques années, ne peuvent plus prétendre à un plan d'aide à l'heure actuelle. L'exemple de Mme D., 72 ans, qui nous a sollicités il y a 7 ans pour de l'aide au ménage, par le biais d'une prise en charge financière de sa caisse de retraite. A l'origine, elle bénéficiait de quatre heures chaque semaine pour assurer l'entretien de son logement. Mme D. conduisait encore son véhicule, et résidant à Bolbec, ne rencontrait pas d'autres souci au domicile. Au gré des modifications annuelles de sa caisse de retraite, Mme D. ne peut plus prétendre au soutien de la caisse de retraite dont elle dépend car évaluée comme suffisamment autonome malgré sa situation. Il y a dix ans, les critères d'attribution d'aide étaient les ressources, l'âge, et le rattachement à une régime de retraite. Maintenant, une évaluation sociale mais aussi une évaluation de la perte d'autonomie sont les deux piliers pour l'obtention d'une prise en charge.

L'arrivée de l'APA en 2002, qui est destinée aux personnes âgées à partir de 60 ans qui ne peuvent plus, ou difficilement, accomplir les gestes de la vie quotidienne, a déclenché une arrivée « massive » de plan d'aide pour la structure qui a dû faire face à toutes ces demandes. A mon arrivée dans l'association, il n'était pas rare de rencontrer des usagers bénéficiaires de l'APA, sans toutefois qu'ils ne rencontrent de difficultés majeures au sein de leur domicile. Les contrôles se sont trouvés effectifs à posteriori, remettant en cause pour plusieurs bénéficiaires, leur droit à l'APA.

A l'heure actuelle, l'APA concerne 140 usagers, soit 30 000 heures d'intervention.

Par conséquent, les usagers sortant du dispositif, ne pouvaient plus être aidés à ce titre. Des financements d'actions de prévention envers les aînés sont de plus en plus dans l'air du temps. Il s'agit pour les organismes financeurs de prévenir les risques, avant que la « catastrophe arrive ».

C'est un questionnement qui se pose pour l'ABAD. En effet, il y a encore quelques années, l'aide était conditionnée à l'attribution d'un financement relatif aux besoins de la

personne aidée. L'ABAD n'était que le réceptionnaire de ce plan d'aide et devait se conformer à ce dernier. La relation d'aidant/aidé était individuelle. L'évolution des politiques sociales met l'accent sur la création d'un véritable maillage d'aide autour de l'usager. La structure n'est plus simplement dans une relation individuelle avec le bénéficiaire, en installant un binôme auxiliaire de vie/personne aidée, mais devient acteur de toute une organisation, qui prend en considération les aidants familiaux, les autres services présents au domicile, qu'ils soient médicaux, paramédicaux, ou sociaux, et toute personne favorisant le bien-être au domicile d'une personne fragilisée.

Les usagers sont moins nombreux à bénéficier de l'offre de service de l'association, mais les besoins sont différents comparés à une dizaine d'années. Certains intervenants évoquent d'ailleurs ce changement lors de nos échanges avec eux. Ce sont généralement les plus anciens salariés de la structure, spectateurs et acteurs directs de ce changement. Ainsi, une auxiliaire de vie me disait en entretien : « Le métier n'est plus le même qu'avant. Les plannings changent sans arrêt ! On n'a pas assez de temps pour tout faire. Avant, quand j'ai commencé, c'était bien mieux. On disposait de deux heures pour chacune des interventions. On pouvait prendre le temps ».

Il est très difficile d'évaluer le temps de présence d'un bénéficiaire au sein de la structure. A mon arrivée dans la structure, la durée de présence moyenne d'une personne aidée était d'environ 7 ans. L'activité relevant plus d'une aide matérielle, n'impactait pas de façon directe sur le maintien à domicile en tant que tel. Les usagers s'assumaient seuls, et s'organisaient pour gérer leur situation au quotidien. Pour quelques rares personnes, le dossier est ouvert depuis bien avant mon arrivée, soit une vingtaine d'années. Au fil du temps, l'aide apportée a été adaptée au besoin, au changement de conditions de vie, au déménagement parfois. Ce sont autant d'étapes qui nous ont permis de remettre en question notre façon d'accompagner les usagers. A l'heure actuelle, les nouveaux bénéficiaires, très dépendants, ne restent en moyenne que deux ans, avant que la situation au domicile ne devienne très complexe et ne les oblige à envisager une alternative au domicile. Cela est dû à de nouvelles situations et prise en charge auxquelles l'ABAD doit faire face au domicile. De plus, les entrées à l'association sont généralement consécutives à un traumatisme pour l'usager, comme une chute ayant entraîné une hospitalisation, une diminution brutale de l'autonomie par exemple. Dans d'autre cas, c'est le décès du conjoint et le fait de se retrouver seul au domicile en incapacité de s'assumer qui vient remettre en question le maintien à domicile lui-même. Cela revêt une importance primordiale dans l'approche que je vais avoir avec les usagers. Ils se trouvent dans une impasse lors d'une hospitalisation et la présence d'une aide à domicile va s'imposer à eux s'ils souhaitent retrouver leur logement. Par conséquent, l'idée de bien-être, de réconfort que l'action sous-entend devient malheureusement une véritable contrainte. Certaines personnes ne parviennent pas à accepter l'idée de devoir

recourir à un tiers pour les actes de la vie quotidienne. Les intervenants doivent parfois faire face à des situations critiques d'agressivité, de violences verbales, de refus de s'alimenter, de se laver, de s'habiller... La situation est encore plus complexe à gérer lorsque la famille ne s'investit pas ou peu dans la mise en place du maintien à domicile, en aidant à dédramatiser les passages des professionnels et en insistant sur les aspects positifs de ces actions.

Je dois veiller au positionnement des membres de famille, ces aidants indispensables, à leur implication et leur rôle dans le maintien à domicile de leur parent, et aussi aux solutions alternatives pour leur venir en aide.

## B) De nouvelles situations au domicile

L'avancée en âge de la population n'est pas sans conséquences sur la santé des usagers auprès desquels nous devons intervenir. Les bénéficiaires demandent de l'aide plus tardivement, mais généralement, pour des situations plus complexes qu'auparavant. Ainsi, une analyse des GIR<sup>25</sup> de la population de l'ABAD sur les cinq dernières années reflète le glissement vers la dépendance des bénéficiaires. Le GIR permet de classer les personnes en fonction des différents stades de dépendance. Ils sont au nombre de six. Le classement s'effectue en fonction de données recueillies à l'aide de la grille nationale AGGIR<sup>26</sup> qui permet de pondérer différentes variables (par exemple : la cohérence, l'orientation, la toilette, l'alimentation, l'élimination, la communication...). Plus le GIR est petit, plus la personne concernée est dépendante et nécessite des soins spécifiques.

En 2015, ce sont 135 usagers qui se trouvent évalués en GIR 4 et 3, soit quasiment 45% du nombre d'usagers au total de la structure. L'aide à apporter pour ces personnes n'est plus seulement une aide matérielle, comme l'aide-ménagère du début, mais une assistance quotidienne, pour l'élaboration des repas, par exemple, l'aide à la toilette...

Ce sont ces personnes qui sont directement concernées par le dispositif APA. Ces accompagnements tendent à s'intensifier, et à s'alourdir dans le temps.

Mais pourquoi une telle situation ?

### a) *Des personnes souffrant de troubles cognitifs de plus en plus nombreuses*

Progressivement, les personnes souffrant de pathologies neurologiques restent à leur domicile, moyennant la mise en place d'un accompagnement adapté. Prenons l'exemple de Mme C., vivant avec son époux, dans un petit pavillon :

Il y a 5 ans, ce couple âgé d'environ 85 ans nous sollicite pour les aider aux déplacements, aux courses, à l'entretien, ainsi qu'une aide à la toilette pour madame,

---

<sup>25</sup> Groupe Iso Ressource

<sup>26</sup> Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources

fragilisée suite à une chute sans gravité. Un dossier d'APA est ouvert à son nom. Il y a trois ans, les intervenants nous interpellent quant à la situation du couple qui devient délicate : en effet, madame C perd progressivement la mémoire, présente des incohérences de plus en plus importantes, et ne parvient plus à assumer seule les actes de la vie quotidienne. Son époux nous confie lors de l'évaluation au domicile être démuni face à la dépendance de sa femme, qui l'épuise et le met en grande insécurité. Toutefois, le couple veut rester uni, dans cette maison où ils ont vu naître leurs deux enfants. L'organisation des interventions a été totalement repensée pour s'adapter à la fois à la dépendance de Mme C., mais aussi assurer un soutien moral pour son mari, âgé et fatigué. L'ABAD a donc proposé deux interventions quotidiennes, sept jours sur sept, le soutien de l'offre d'accueil de jour, présente sur BOLBEC, afin que Mme C. puisse être stimulée, et que Mr. C puisse s'accorder un temps de répit chaque semaine.

Les besoins de ce couple reflètent les missions diverses qu'un service d'accompagnement et d'aide à domicile doit assurer, c'est-à-dire une évaluation et une réactivité face à une situation donnée, l'articulation d'une réponse adaptée aux besoins exprimés, et la recherche d'autres interlocuteurs disposant de moyens et de solutions adéquates lorsque les limites d'intervention sont atteintes. Il devient nécessaire de savoir, et pouvoir repérer les « signaux d'alertes » mis en évidence lors des interventions afin d'identifier clairement les besoins évolutifs des usagers, dans le but de proposer le plus rapidement possible d'éventuelles réponses. Cela implique de repenser les outils de communication, les outils d'évaluations, et de réfléchir au partenariat pertinent à mettre en place.

*b) Des personnes handicapées mais souhaitant vivre à leur domicile*

Une nouvelle population souffrant de handicap se tourne vers l'ABAD pour trouver une réponse en matière de maintien à domicile. En effet, en trois ans, le nombre d'usagers bénéficiant d'une prise en charge de compensation du handicap a triplé. Ainsi, ce sont 22 personnes que les intervenants de l'ABAD accompagnent régulièrement pour des missions d'aide à la personne. Par exemple, Mr A. est âgé de 34 ans, et souffre d'une maladie invalidante. Il se déplace en fauteuil roulant, et ne peut plus prendre sa douche quotidienne sans assistance, les muscles de ses jambes ne le portant plus. Il s'agit donc pour nous de répondre au mieux à son besoin d'aide à la toilette et à la douche, en appréhendant le matériel installé à son domicile. L'accompagnement est sensiblement différent avec ce jeune homme, compte tenu du recul qu'il prend face à sa maladie, à sa totale cohérence, à son âge également. Ici, les besoins sont purement physiologiques. Mr A. accepte tout à fait le fait d'être aidé, malgré sa situation. Toutefois, nous sommes conscients qu'au fur et à mesure de la maladie, et de son évolution, les limites de notre

domaine de compétences seront peut-être atteintes, en termes de soins, par exemple, d'adaptation du logement au matériel nécessaire à son maintien à domicile.

Un autre type d'accompagnement s'est également développé depuis deux ans maintenant. En effet, les services régionaux de protection juridique en faveur des majeurs vulnérables se tournent vers l'ABAD afin d'organiser un encadrement et un accompagnement de certaines personnes présentant des déficiences intellectuelles légères à modérées, ne remettant pas en cause le fait de vivre dans un habitat ordinaire. C'est là un rôle d'accompagnement social qui devient une véritable mission du service. Ainsi, Mr F, âgé de 37 ans, vivant avec sa mère Mme M., âgée de 68 ans, bénéficie d'une aide pour les courses, les sorties, et l'entretien du logement. C'est aussi, au-delà de l'intervention matérielle, l'occasion de réapprendre par exemple à gérer un budget, à élaborer des plats simples et équilibrés pour lui.

Bien que les interventions auprès de public âgé représentent environ 85% des missions de l'ABAD, nous devons faire face à de plus en plus de situations semblables à celle-ci. Comment l'ABAD doit repenser son offre de service, en tenant compte de ces nouveaux bénéficiaires ?

c) *La maladie et la fin de vie : une réalité du domicile*

L'avancée en âge induit le développement de pathologies multiples, qu'il faut savoir appréhender et gérer au domicile. Ces deux dernières années, l'ABAD a dû faire face à sept situations dites « de fin de vie » au domicile. Avec le concours de l'ensemble des acteurs intervenants au domicile, comme le HAD<sup>27</sup>, les infirmières, le service de soins infirmiers, le médecin, l'ABAD a fait partie intégrante du dispositif pour assurer au malade mais également à ses proches, le confort et la sérénité recherchée dans ces moments difficiles. Mme L., de retour à son domicile après une hospitalisation suite au décès de sa fille, a développé de façon brutale une récurrence de maladie. Malheureusement, ses 92 ans ne lui permettait plus d'espérer une rémission. Elle a donc exprimé son souhait de « mourir chez elle », entourée de ses enfants, avec pour seule exigence de ne pas souffrir. Nous avons donc assuré les interventions de « nursing », les changes, et la présence quatre fois par jour des auxiliaires de vie fut un soutien moral de taille pour ses deux fils, qui se préparaient à la « laisser partir ». L'accompagnement a duré deux mois, toujours en étroite collaboration avec l'ensemble des équipes de soins, para médicale et les proches de Mme L. Elle s'est éteinte dans son sommeil, paisiblement, le jour même de ses 93 ans.

---

<sup>27</sup> Hospitalisation à domicile

C'est un souhait que verbalisent de plus en plus les usagers. Même si la prestation ne revêt, au départ, qu'un caractère matériel, il arrive fréquemment d'entendre des propos tels que : « Je veux finir dans mon lit, sans souffrir », ou bien, « je ne veux pas rentrer en maison de retraite ! Si j'y vais un jour, je me laisserai mourir ! ». C'est à ce moment que le maintien à domicile prend tout son sens, au regard des missions accomplies par l'ABAD.

Le temps de l'aide-ménagère semble très loin, même si ces prestations existent encore aujourd'hui. Comment anticiper et participer au maintien à domicile, comment parvenir à répondre aux besoins, sans dépasser nos compétences, sans créer de situations d'insécurité et d'inconfort pour le bénéficiaire ?

### **1.2.6 Une organisation complexe**

La complexité des interventions au domicile m'amène à m'interroger sur les limites du maintien à domicile, d'une part, mais aussi sur celles posées en matière de compétences, d'accompagnement des équipes, d'organisation, et de territoire d'intervention. Des questions sont soulevées par ces évolutions de public, de missions et de situations bien réelles sur « le terrain ».

#### **A) Des compétences existantes à mettre au service des nouvelles situations**

La particularité du travail à domicile est justement de se pratiquer au domicile de l'utilisateur auprès de qui il faut intervenir. Le lieu est symbolique, la relation entre la personne le plus souvent âgée et l'intervenant est particulière, et les conditions de travail peuvent être rédhibitoires pour les salariés. En effet, j'ai pu constater une évolution de l'organisation des interventions. Ayant moi-même travaillé au domicile il y a 20 ans, le temps de présence par intervention était beaucoup plus long, pour assurer principalement des missions d'entretien du logement. L'aide apportée répondait à un besoin matériel. Toutefois, il ne faut pas oublier la dimension sociale que revêt ce métier, et qui est, bien souvent, mise de côté. A l'heure actuelle, cet exemple ne peut plus refléter la réalité de l'activité. Ainsi, les temps de passages sont fractionnés, en fonction des besoins de la personne, qui nécessite désormais de l'aide pour les actes essentiels de la vie quotidienne, soit le matin, le midi et le soir. Il y a donc une autre dimension dans la présence de l'intervenant, qui dépasse largement une aide matérielle. Elle s'appuie sur des compétences fondamentales et sur un savoir-faire et un savoir-être, acquis par le biais de formations.

Pourtant, l'ABAD compte moins de 20 % de son personnel titulaire du Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS). Ce diplôme créé en 2003, dans le courant de la modernisation des services à domicile impulsé par les politiques publiques, vient alors remplacer et faire évoluer le CAFAD (Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Aide à

Domicile), qui existait depuis 1988. Il s'agit de renforcer la professionnalisation des salariés dans les associations d'aide à domicile, par un diplôme permettant d'acquérir des connaissances pour aider les personnes au quotidien (préparation de repas, entretien, démarches administratives, aide à la toilette, à l'habillage...), mais aussi apporter un soutien moral et social car l'auxiliaire de vie doit mettre en œuvre et veiller au maintien ou au retour à l'autonomie et éviter l'isolement de l'usager, assurer une vie sociale et relationnelle. Toutefois, le seul coût pédagogique engendré pour une telle action de formation approche les 6000€. Il faut ajouter à cela, les contraintes en termes d'organisation, de maintien de service auprès de l'usager, de remplacement, de rémunération. Il arrive que la prise en charge financière de l'OPCA<sup>28</sup> UNIFORMATION ne couvre pas l'ensemble de la dépense dans sa totalité.

De plus, la dimension d'observation et de prévention que représentent les missions d'une auxiliaire de vie sociale est importante, car elle doit pouvoir repérer les capacités et les difficultés du bénéficiaire, ses besoins et ses attentes, qui évoluent au fil du temps. Les prestations sont réalisées dans le cadre d'un projet individualisé d'aide et d'accompagnement élaboré à partir d'une évaluation globale des besoins de la personne. Ainsi, l'auxiliaire de vie est intégré à ce projet, doit accompagner la personne vers les objectifs à atteindre, et évalue au quotidien les besoins nouveaux, les progrès réalisés. Or, une des grandes difficultés de l'ABAD est d'intégrer une démarche de professionnalisation de grande ampleur pour l'ensemble des salariés. En effet, certains intervenants ont plus de 20 ans d'ancienneté, et ont appris « sur le tas ». Cela n'empêche pas que ces derniers sont de très bons professionnels sur le terrain, auprès des usagers, avec une finesse d'analyse de certaines situations qui parfois nous échappe à nous, les salariés « administratifs », ou même à certains diplômés. Il est néanmoins très délicat pour ces personnes de réintégrer une démarche de formation, souvent perçue comme un jugement de leur travail et de leurs compétences. Le rapport avec l'école, l'enseignement, ne leur a parfois pas laissé un bon souvenir, et il ne faut surtout pas les positionner en échec sur une action de formation. Ainsi, pour trouver une solution à ce problème, je me suis tournée vers le Titre Assistant De Vie aux Familles (ADVF). Ce titre professionnel, créé en 2002 et qui a connu une évolution en 2006, offre la possibilité de se former dans un contexte très « pratico-pratique ». Ce titre couvre un large public, allant aussi bien de l'enfant à la personne âgée, pour assurer les actes essentiels de la vie quotidienne, des soins d'hygiène, l'entretien du cadre de vie et la préparation de repas. Classé dans la grille en catégorie B, selon l'accord de branche aide à domicile relatif aux rémunérations du 29 mars 2002, il est effectivement inférieur au DEAVS (classé en grille C), mais fourni

---

<sup>28</sup> Organisme Paritaire Collecteur Agréé

un apport concret et sécurise les intervenants quant à leurs compétences et leurs savoirs pour intervenir auprès de public en difficulté. A ce jour, ce sont 25% des salariés qui sont titulaires de ce titre ADVF, par le biais de la VAE, ou via les dispositifs de formation continue.

#### B) Une difficulté d'organisation et de communication du service

Depuis sa création, l'ABAD a toujours travaillé en s'appuyant sur une communication orale, et la transmission des consignes et informations n'est pas toujours formalisée comme elle devrait l'être. Ainsi, pour palier à cette difficulté, j'ai mis en place depuis cinq ans les projets d'actions personnalisés, qui sont la traduction à l'ABAD des projets de vie des usagers, ainsi que l'ensemble des outils de la loi 2002-2. J'ai cherché à intégrer dans ce processus les intervenants, en les faisant participer à l'élaboration des outils nécessaires mais la tâche n'est pas facile. L'organisation même des plannings s'est vue modifiée profondément, avec l'élaboration de planning « type » pour les salariés. Le but est de créer une véritable relation de confiance, sans changer sans cesse l'intervenant, ce qui perturbe l'utilisateur et crée de l'insécurité et de l'inconfort, y compris chez les salariés, appréciant une certaine forme de stabilité dans leurs missions, sécurisante et rassurante. Les personnes aidées étant de plus en plus fragiles maintenant, le fait d'assurer une certaine régularité dans les passages au domicile permet également de les rassurer, et ce suivi renforce le positionnement de veille, de sentinelle que représente l'aide à domicile, consciente de l'évolution de la personne.

Pour accompagner les salariés et les sensibiliser, autant que faire se peut, à l'évolution du contexte d'intervention, j'ai mis en place une veille documentaire à l'accueil, composée de fiches pratiques sur les techniques, les gestes et postures. Un second lutin est consacré à la prévention des risques domestiques, aussi bien matériels que physiques. Je m'appuie également sur les recommandations de l'ANSEM<sup>29</sup> afin d'élaborer ces supports. J'organise également chaque quadrimestre une réunion en présence de l'ensemble des intervenants à domicile. A cette occasion, je reviens sur des thématiques d'ordre organisationnelles, et j'aborde aussi le contexte réglementaire afin d'informer les salariés sur le devenir de la structure et des grandes orientations stratégiques. J'ai toutefois conscience qu'il s'agit ici d'information dite « descendante », que cet espace, qui pourrait être la base d'un échange, n'est pas réellement mis à profit comme tel.

---

<sup>29</sup> Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services Médico-sociaux.

### C) Une zone géographique de plus en plus étendue

La volonté de rester au domicile implique automatiquement de « porter » le service chez l'utilisateur. Le territoire d'intervention est situé sur le canton de BOLBEC, mais s'étire de plus en plus maintenant sur un périmètre au-delà de cette zone géographique. Cela n'est pas sans conséquences sur la santé financière de la structure. En effet, les frais kilométriques rémunérés aux intervenants qui utilisent leur véhicule personnel pour effectuer jusqu'à 200 km quotidiennement pour certains d'entre eux viennent alourdir considérablement les charges de l'association, ces indemnités s'élevant en 2015 à 34 000€.

L'ABAD est soumise depuis début 2016 à la loi ASV, qui va venir impacter fortement son fonctionnement interne mais aussi externe. Les missions et services proposés étaient déjà, pour certains, des propositions « sur mesure » pour s'adapter au mieux à une situation de perte d'autonomie, et offrir un service répondant pleinement au besoin, mais force est de constater que l'ABAD atteint ses limites auprès de certains bénéficiaires, qui nécessitent un accompagnement plus technique. L'offre de service et les pratiques de l'ABAD doivent être repensées pour s'articuler maintenant dans une logique de parcours et non plus seulement d'actes isolés. L'évolution des politiques sociales nous accompagne dans cette démarche, que je vais expliciter maintenant.

## **1.3 Cadre réglementaire : une évolution récente**

### **1.3.1 La loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement, dite Loi ASV : un bouleversement.**

Ce texte, promulgué le 28 décembre 2015, vise à préparer la société française au vieillissement en anticipant la prise en charge et en garantissant l'autonomie des personnes âgées. Il vient impacter directement le Code de l'Action Sociale et des Familles. Articulés autour de quatre grands axes, les 101 articles de cette loi visent à créer un cadre dans lequel les acteurs concernés par cette vaste problématique pourront envisager des actions et se projeter dans l'accompagnement de la population vieillissante.

Ces axes sont :

- L'anticipation et la prévention de la perte d'autonomie (Titre I) ;
- L'adaptation de la société au vieillissement (Titre II) ;
- L'accompagnement de la perte d'autonomie (Titre III) ;
- La gouvernance nationale et locale des politiques de l'autonomie (Titre IV).

Chaque axe contient un ensemble de mesures mais toutes ne concernent pas de façon directe les acteurs du domicile tels que nous les connaissons aujourd'hui. Toutefois, il est important de garder à l'esprit que ce travail autour du vieillissement ne peut pas se faire

de manière isolée. Chaque acteur devient le maillon d'une chaîne œuvrant au maintien de l'autonomie des personnes âgées. Cela m'amène à réfléchir sur l'importance du développement de réseaux et partenariat, pour mener à bien cette démarche coopérative. Il convient d'avoir une vue d'ensemble des dispositions prévues par cette loi afin de mieux comprendre les liaisons entre les différentes actions à mener.

Le titre I propose des outils pour prévenir et retarder la perte d'autonomie avec l'instauration d'une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. Sont également prévus le financement des actions de prévention par la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) et une meilleure coordination entre les organismes de sécurité sociale, les régimes de retraites de base et les départements.

Le titre II vise à une meilleure prise en compte du vieillissement de la population dans les politiques publiques, par le biais de quatre « entrées » :

- Dans la vie associative, par la reconnaissance de l'engagement des personnes retraitées qui contribuent à un engagement de service civique et la création d'une nouvelle forme de volontariat destinée aux personnes âgées de soixante ans ou plus ;
- Dans l'habitat collectif, par le développement des résidences autonomes, auparavant « logements-foyers », et la rénovation du cadre juridique des résidences services ;
- Dans les territoires, notamment dans les programmes locaux de l'habitat, dans les commissions communales d'accessibilité et les transports en commun ;
- Concernant les droits des personnes âgées, par la formalisation du droit à un accompagnement adapté respectant leur projet de vie, de la liberté d'aller et venir et la possibilité de désigner une personne de confiance pour les accompagner dans leurs démarches de prise en charge et par l'interdiction pour tout établissement ou personne morale de bénéficier de dons, legs et avantages financiers d'une personne aidée.

Le titre III prévoit des dispositions relatives à l'accompagnement de la perte d'autonomie :

- Un renforcement et une meilleure accessibilité de l'allocation personnalisée d'autonomie ;
- Une refondation de l'aide à domicile afin de sécuriser son financement et de conforter le cadre d'exercice des missions ;
- Une valorisation du proche aidant ;
- Un soutien au dispositif d'accueil familial ;

- Une clarification des règles relatives au tarif d'hébergement en EHPAD<sup>30</sup> ;
- Des mesures pour améliorer l'offre sociale et médico-sociale sur l'ensemble du territoire.

Le titre IV précise les mécanismes de gouvernance des politiques de l'autonomie avec :

- La création d'un Haut Conseil de l'âge chargé d'animer le débat public et d'apporter une expertise prospective et transversale ;
- Le renforcement des missions de la CNSA ;
- La marche vers une meilleure coordination des intervenants auprès des personnes âgées.

### **1.3.2 Ce qui change pour les Services d'Accompagnement A Domicile avec la loi ASV.**

La récente loi ASV, vient modifier considérablement les SAAD sur plusieurs aspects de fonctionnement. Il convient de comprendre ces changements avant d'aller plus loin, pour mieux identifier la problématique liée aux SAAD dont il sera question par la suite.

- Les évolutions règlementaires :
  - La tarification des services « réputés autorisés » : jusqu'à présent, l'autorisation d'un service par le Conseil Départemental entraînait automatiquement la tarification dudit service. Le régime d'autorisation dans lequel les SAAD se trouvent intégrés désormais avec la Loi ASV n'implique pas automatiquement la tarification du service. Par conséquent, pour les services « réputés autorisés », deux options se présentent : soit demander l'autorisation prévue à l'article L.313-1-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles (le service sera alors autorisé), soit demander une habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, entraînant alors une tarification par le Conseil Départemental (le service sera alors autorisé et tarifé par ce dernier, ce qui assure à l'utilisateur un prix fixe, sans surplus). Après un entretien avec la directrice de l'Autonomie au Conseil Départemental début juillet, il a été demandé à l'ABAD de se positionner sur cette tarification, et sur le devenir des bénéficiaires de l'aide sociale. Le Conseil d'Administration s'est orienté pour demander être habilité au titre de l'aide sociale, et par conséquent, intégré le processus de tarification. Cette démarche a été actée par le Conseil Départemental le 05 septembre dernier.
  - Le respect des obligations de la loi 2002-2 du 02 janvier 2002 : en vue d'obtenir l'autorisation du Conseil Départemental et s'inscrire pleinement dans l'autorisation

---

<sup>30</sup> Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

au sens de l'article L313-1-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles, les services doivent satisfaire à l'ensemble des obligations inscrites dans la loi 2002-2 du 02 janvier 2002. Pour rappel, cette loi introduit, via l'article L311-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles, sept droits fondamentaux pour les usagers des établissements et des services sociaux et médico-sociaux. Ces sept droits ont mené à la création de sept outils permettant d'assurer à l'utilisateur l'exercice de ces droits. Aussi, pour devenir « autorisées » et donc respecter ces obligations, les structures vont devoir mettre en place ces outils (Livret d'accueil, charte des droits et libertés de la personne accueillie, contrat de séjour ou document individuel de prise en charge, personne qualifiée, règlement de fonctionnement du service, conseil de vie sociale ou autre forme de participation des usagers, projet d'établissement ou de service). L'ABAD a d'ores et déjà ses propres outils.

- Les modalités d'évaluation des services : Le passage des services agréés dans le nouveau régime de l'autorisation a des impacts sur le rythme d'évaluation des structures. Les services agréés devenus « réputés autorisés » bénéficient d'un délai afin de réaliser l'évaluation externe. Cette période transitoire est prévue à deux ans. Par la suite, le calendrier « classique » devra être appliqué, à savoir, une évaluation interne tous les cinq ans, et deux évaluations externes sur les quinze années d'autorisation.
- Le niveau de qualification du directeur : le cahier des charges de l'autorisation reprend les dispositions relatives au niveau de qualification du directeur prévues dans le décret n°2007-221 du 19 février 2007. Il est mentionné dans ce décret l'exigence de qualification de niveau I pour les services atteignant au moins deux des trois seuils précisés à l'article 44 du décret n°2005-1677 du 28 décembre 2005 (50 salariés physiquement dans le service, indépendamment du nombre d'équivalents temps plein, 3 100 000 € pour le montant hors taxes du chiffre d'affaires ou des ressources et 1 550 000 € pour le total du bilan).
- Le processus de recrutement : il doit être formalisé et détaillé, avec l'élaboration de fiches de poste correspondant à l'emploi à pourvoir lors du processus de recrutement. Dans le cadre des nouvelles missions au domicile, il paraît opportun de questionner l'outil déjà mis en place de façon à l'adapter au mieux.
- Le projet de service : en tant qu'outil de la loi 2002-2, il vient garantir les droits des usagers en ce sens qu'il définit les objectifs en matière de qualité de prestations et qu'il rend lisibles les modes d'organisation et de fonctionnement de la structure. Le projet de service arrivant à son terme fin 2016, il sera l'occasion d'une réflexion en profondeur, intégrant les mouvances actuelles tant sur le plan des politiques sociales, que sur celui du public, ou de la structure elle-même.

- La charte nationale qualité des services à la personne : cette charte est un outil qui a vocation à accompagner les organismes dans leur démarche visant à améliorer la qualité de leur organisation et de leurs prestations. Pour y adhérer, il faut procéder à une autoévaluation du service, qui aboutit à un plan d'actions. L'adhésion doit être renouvelée annuellement. Elle engage les services à respecter six principes : Répondre de manière rapide et adaptée à chaque demande, fournir des informations complètes et fiables tout au long de la prestation, adapter l'intervention à l'évolution des besoins des bénéficiaires, mettre au service des usagers des intervenants compétents et professionnels, respecter la vie privée et l'intimité des personnes aidées et faire évoluer les pratiques pour améliorer la satisfaction des usagers.
  - Les évolutions relatives à l'organisation interne du service et à la prise en charge au domicile :

C'est cet axe de travail qui va être pertinent et porteur de sens face à l'évolution des besoins des personnes en perte d'autonomie dont je parlerai plus en détails par la suite. Il est ici question de développer l'approche de l'aide au domicile, dans une certaine globalité, en prenant en considération les besoins de la personne aidée, mais également son environnement, et la compréhension qu'elle aura des informations qui lui seront fournies. C'est une nouvelle façon d'aborder l'aide à domicile.

- La coordination au domicile de la personne accompagnée : c'est un point important à considérer dans l'organisation et dans la stratégie locale. Cette coordination doit concerner non seulement les intervenants propres au SAAD, mais doit également être mise en place avec tous les autres acteurs du domicile, telles que les aides-soignantes, les infirmières..., tant il est important d'apporter des réponses globales aux personnes aidées.
- La personne de confiance : cette mesure fait référence à la personne de confiance telle qu'elle est définie dans le Code de la Santé Publique. C'est la loi du 04 mars 2002, dite « Loi KOUCHNER<sup>31</sup> » qui instaure la possibilité pour un patient de désigner une personne de confiance, au cas où celui-ci rencontrerait des difficultés dans la connaissance et la compréhension de ses droits. Cette

---

<sup>31</sup> MINISTERE DE LA SANTE. Loi N° 2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [en ligne]. Journal officiel, n°303 du 05 mars 2002. [visité le 25 janvier 2016], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>

personne de confiance a un rôle d'accompagnement du bénéficiaire dans ses démarches et entretiens pour l'aider dans ses décisions si ce dernier le souhaite.

- Le rôle du proche aidant : le Code de l'action sociale et des familles à l'article L.113-1-3 stipule dès à présent : « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne ». Il s'agit ici de s'assurer que la parole du proche aidant est bien considérée, dès lors que le bénéficiaire a exprimé le souhait que celui-ci soit impliqué dans l'organisation quotidienne de son accompagnement.

Une autre conséquence de cette loi est la mise en application d'un cahier des charges national<sup>32</sup> de l'autorisation à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2016. En effet, ce cahier des charges fixe « les conditions minimales techniques d'organisation et de fonctionnement applicables aux services d'aide et d'accompagnement à domicile autorisés ». Apparaissent maintenant dans le champ réglementaire, et visées par un texte officiel, la coordination au domicile de la personne, et surtout la prise en compte de l'aidant, cette personne proche, généralement membre de la cellule familiale, et qui assume au quotidien un très grand nombre de tâches.

Ce cadre réglementaire, tout comme la loi ASV, vient aussi répondre à une problématique plus complexe et d'ordre sociétal qu'est la maîtrise des coûts d'accompagnements des personnes en perte d'autonomie. Le but est de permettre de répondre à leurs besoins, en proposant des solutions adaptées et en adéquation avec leur situation financière. Mais cette articulation doit également faire écho aux moyens alloués à la prise en charge et à l'accompagnement des personnes âgées au plan national.

### **1.3.3 Des questions soulevées dans cette première partie.**

La présentation de l'ABAD et de l'évolution du public a permis de mettre en évidence un certain nombre de points qui méritent un éclairage. Je les développerai ainsi en seconde partie, dans le but de mieux comprendre le positionnement et l'orientation que j'ai choisis

---

<sup>32</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n° 2016-502 du 22 avril 2016 relatif au cahier des charges national des services d'aide et d'accompagnement à domicile et modifiant le Code de l'Action Sociale et des Familles. [en ligne]. Journal officiel, n°0097 du 24 avril 2016. [visité le 10 mai 2016], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032447240&categorieLien=i d>

pour l'association, et pour tendre à répondre au mieux aux besoins du public auquel nos missions s'adressent.

Comme cité précédemment, rester à domicile reste le souhait de la plupart des usagers en situation de perte d'autonomie et de dépendance. D'ailleurs, j'ai évoqué dans mon écrit l'autonomie et la dépendance. Ces deux termes sont-ils contradictoires ? Il s'agit pour moi de clarifier cette question quant au public de l'ABAD, dans le but de repositionner l'offre de service à destination des « bonnes personnes », de répondre qualitativement aux besoins émergents notés plus haut. Cet éclairage va me permettre d'identifier les compétences à mobiliser, et préciser les moyens nécessaires pour y parvenir.

J'ai pu faire le constat que nous intégrons une logique de parcours et non plus une logique « d'actes », avec des missions précises, et cloisonnées, mais bien une intégration à une offre proposée par plusieurs intervenants à domicile. L'ABAD va donc devoir apprendre à travailler avec d'autres acteurs du domicile, à intégrer dans son savoir-faire et dans les différents dispositifs, existants ou à créer, les aidants, qui sont un maillon essentiel de l'aide au domicile. Cela implique également que plusieurs professionnels vont être amenés à travailler conjointement autour de la personne pour veiller à son bien-être. L'ABAD va devoir s'intégrer aussi dans une mobilisation sociétale et collective. Il va donc falloir s'interroger sur le réseau, le développement de partenariats pertinents, de moyens de coordination. Quelles sont les orientations pertinentes en termes de coopération ? Comment articuler les divers services entre eux pour que l'utilisateur y trouve sa place et exerce son libre choix ?

Les politiques sociales recentrent la fin de l'institutionnalisation au profit du maintien à domicile, par le biais de développement d'aide, le droit au répit pour les aidants... C'est une véritable désinstitutionnalisation, en vue de « transporter » les services jusqu'à présent proposés dans des structures adaptées, au domicile du bénéficiaire. Le domicile est chargé de symboles, d'histoire aussi pour la personne qui ne veut aucunement les laisser derrière elle. Comment maintenir et tendre vers une démarche d'amélioration continue de la qualité sans dénaturer ce lieu de travail, si particulier ?

Le bénéficiaire, âgé et dépendant, reste quant à lui un individu à part entière dans la société. Il doit donc pouvoir exercer son libre arbitre, exprimer ses choix quant aux décisions à prendre sur sa propre situation et son parcours de vie. L'utilisateur n'est pas seulement un « malade » au sens médical du terme, mais un citoyen. La démarche d'aide doit s'intégrer dans son parcours de vie, et participer à son bien-être, en le respectant.

Par quels moyens la participation de l'utilisateur va-t-elle être garantie durant son accompagnement ?

Les nouvelles dispositions réglementaires insistent sur plusieurs points. Le bénéficiaire est une personne fragilisée, soit par l'âge, soit par la maladie, soit par une situation d'isolement, et doit être entouré, protégé, et accompagné de façon appropriée afin de vivre la perte d'autonomie, et non la subir, dans des conditions de bien être à son domicile. L'explication du texte de la loi ASV permet de mieux clarifier la situation quant aux services d'accompagnement à domicile, et à leurs caractéristiques jusque-là parfois obscures. De plus, les dispositions inscrites dans le texte mettent en évidence une évolution des besoins des usagers qui n'attendent plus seulement une aide-ménagère, mais une véritable action d'accompagnement. Nous faisons face à des besoins différents de ceux présents il y a encore une dizaine d'années au domicile. La perte d'autonomie de certains bénéficiaires au domicile fait réfléchir sur les modalités d'accompagnement pour ces derniers. Les SAAD doivent se réinventer pour offrir des services en adéquation avec ces nouveaux besoins.

Ce point de vue ne doit pas faire oublier les réalités du « terrain » et du quotidien de la structure. Les besoins émergents des usagers font naître de multiples questionnements quant au fonctionnement direct des établissements. Comment répondre favorablement à une demande de soins, dès lors que les personnels atteignent les limites de leurs compétences en matière de techniques de travail, d'utilisation de matériels techniques, d'appareils d'aide aux transferts, de connaissance des diverses pathologies....

Favoriser le maintien à domicile peut apporter une réponse satisfaisante à l'utilisateur, mais vient créer une complexité organisationnelle : le périmètre d'interventions s'élargit, les passages prévus au domicile sont de plus en plus courts, car ciblés sur des besoins précis, comme l'aide à la prise de repas, fixée à une demi-heure par les plans d'aides départementaux, ou encore la mise de bas de contention...

Il s'agit pour l'association de s'adapter à ces demandes et ces exigences, tout en maintenant une qualité de service maximum pour assurer le bien-être de l'utilisateur.

## **Conclusion de la première partie**

Ainsi, face aux nouvelles situations que nous rencontrons au domicile, il est nécessaire de repenser les actions de formations afin d'optimiser les compétences de chaque salarié. En effet, accompagner des personnes souffrant de troubles cognitifs, apporter un soutien et tendre vers une réponse adaptée pour les aidants, favoriser l'inclusion sociale des personnes âgées isolées, ou en situation de handicap, sont autant de problématiques

soulevées maintenant au domicile auxquelles nous devons réfléchir pour le devenir des missions de l'association. Les valeurs de l'ABAD résident elles toujours dans le fait d'accomplir une mission d'ordre matériel, dans une relation privée, en duo ? L'ABAD doit elle se repositionner vers une action globale, devenir acteur du maillage social et médicosocial, afin d'apporter une réponse cohérente avec des valeurs rappelant que l'utilisateur est citoyen, l'utilisateur est libre de ses choix, libre de l'accompagnement qu'il souhaite, avec les interlocuteurs qu'il choisit ? Il faut ainsi accepter de ne pas pouvoir subvenir à toutes les demandes exprimées, vouloir être présent sur « tous les fronts », et partager, communiquer, intégrer une démarche d'ouverture, de partenariats, d'actions communes, dans le but de favoriser le maintien de l'autonomie et d'éviter un glissement vers la dépendance de l'utilisateur.

Dans le but d'apporter des réponses cohérentes à l'ensemble de ces questions, il est nécessaire de chercher des éléments plus théoriques, sur le public, dans son sens plus général, sur son évolution, sur la signification de ce que représente le domicile aujourd'hui, et les contraintes d'interventions que cela représente. Je vais également devoir réfléchir sur une démarche d'ouverture, sur le « travailler ensemble », et ses modalités de mise en œuvre.

La seconde partie de ce mémoire va permettre d'apporter des éléments constructifs au projet d'évolution d'offre de service de l'ABAD.



## 2 Des regards croisés et éclairés sur les thématiques du domicile, du public, et de son accompagnement

Au fil de cette seconde partie, je présenterai des apports théoriques émanant de professionnels du secteur social et médico-social, parfois même du secteur sanitaire afin de comprendre l'évolution en marche pour les personnes vieillissante en perte d'autonomie et leurs nouveaux besoins. Ces éclairages viendront en appui du projet présenté dans la troisième partie.

### 2.1 Qui sont les « personnes âgées » ?

#### 2.1.1 La vieillesse

Qu'est-ce que la vieillesse, qu'est-ce que cela signifie ? Le constat établi concernant la population aidée par l'ABAD démontre que les usagers sont en demande plus tardivement, mais pour des situations plus lourdes à gérer au quotidien. Ce constat est-il révélateur de la population du territoire, ou reflète-t-il une évolution des populations dites « âgées », de façon générale ? Il est question en effet de séniors, de patients, de malades, de personnes dépendantes. Mais de qui parle-t-on réellement lorsque sont utilisés tous ces termes ?

##### A) Aspects sociologiques de la vieillesse et du vieillissement

« La vieillesse est une période inévitable et naturelle de la vie humaine caractérisée par une baisse des fonctions physiques, la perte du rôle social joué comme adulte, des changements dans l'apparence physique et un acheminement graduel vers une diminution des capacités<sup>33</sup> ».

« La vieillesse n'est qu'un mot » selon Pierre BOURDIEUX<sup>34</sup>, sociologue. En effet, statistiquement, c'est à 60 ans que la personne est considérée comme « âgée ». L'âge de cessation de toute activité professionnelle est utilisé en référence pour symboliser l'entrée dans la vieillesse. Toutefois, la plupart des personnes de cette tranche d'âge sont surpris de cette classification, se sentant très éloignés de cette vision de dépendance. Cette partie de la vie est désormais vécue comme une phase normale de l'existence. Les systèmes de sécurité sociale associés aux progrès de la médecine ont permis

---

<sup>33</sup> MISHARA B.L., RIEDEL G., 1984, *Le vieillissement*, 3<sup>ième</sup> édition, Paris, Presses Universitaires de France, 352 pp.

<sup>34</sup> BOURDIEUX P., 2002, *Question de sociologie*, Paris, Editions de Minuit, 288 pp.

d'augmenter la durée de la retraite. Les usagers de cette tranche d'âge n'ont donc pas les mêmes besoins qu'autrefois.

Ainsi, arrivé à l'âge de la retraite, un individu peut espérer vivre environ une vingtaine d'années pour les hommes et un peu plus pour les femmes. Dans un article du Monde Diplomatique, le chercheur en psycho-gérontologie Jérôme PELLISSIER<sup>35</sup> précise « qu'aujourd'hui, on vit globalement en meilleure santé et plus longtemps. Conséquence : le stade de la vieillesse recule ». Lui aussi avait constaté que, pendant plusieurs siècles l'âge de 60-65 ans marquait « l'âge d'entrée dans la vieillesse », comme le dit Patrice BOURDELAIS<sup>36</sup>, historien et démographe. Ce dernier a d'ailleurs mené différents travaux sur l'évolution de cette population, et a fait le constat qu'il faut dorénavant atteindre 75-80 ans pour ressembler, en termes de santé, d'espérance de vie, d'activités, aux sexagénaires des années 1950. La vision de la vieillesse est encore trop marquée par cette barrière d'âge que représente 60 ans : « La large diffusion, par les démographes, d'indicateurs statistiques tels que la proportion de personnes âgées de plus de 60 ans, afin d'apprécier l'évolution du vieillissement d'une population pendant un siècle ou plus, a contribué à figer l'image de la personne âgée » constate-t-il dans son ouvrage.

Jérôme PELLISSIER va plus loin dans l'analyse de ces travaux en soulignant l'existence de fortes variations selon les individus : « On ne devient pas soudainement tous vieux au même âge, comme on ne devient pas soudainement tous adultes au même âge ». Il explique ainsi que la catégorie socio-professionnelle de la personne impacte fortement son devenir sur le plan de la vieillesse, et de l'entrée en dépendance, avec un lien direct sur l'espérance de vie, qui se trouve sensiblement diminuée pour les ouvriers. Une étude de l'INED, l'Institut National des Etudes Démographiques, réalisée en 2008, révèle que l'espérance de vie pour un individu à 35 ans est de 41 ans pour un manoeuvre, contre 47 ans pour un cadre.

Socialement, on peut distinguer deux périodes de vieillesse. Durant la première, parfois dite du troisième âge, les individus demeurent autonomes. Vincent CARADEC, sociologue français, dira que « le troisième âge se définit contre la vieillesse, laissant de côté la partie la plus âgée de la population<sup>37</sup> ». La seconde, correspondant à ce que l'on nomme le quatrième âge, voit les personnes « glisser » vers une dépendance accrue par

---

<sup>35</sup> PELLISSIER J., juin 2013, « A quel âge devient-on vieux ? », *Le Monde Diplomatique*, n°711, pp. 13-15.

<sup>36</sup> BOURDELAIS P., 1995, *L'Age de la vieillesse*, Paris Odile Jacob, p.197-198.

<sup>37</sup> CARADEC V., 2008, *Sociologie de la Vieillesse et du Vieillissement*, coll « 128 », 2<sup>ième</sup> édition, Paris, Armand Colin, 128 p.

des troubles de santé. C'est autour des années 1960 qu'apparaissent les concepts de troisième âge (vers 70 ou 75 ans), et de quatrième âge (autour de 80 ou 85 ans).

Philippe ALBOU<sup>38</sup>, historien de la médecine et gériatre met en évidence la différence de perception de la vieillesse d'aujourd'hui par rapport à hier. En effet, « Il y a bien longtemps que 60 ans n'est plus l'âge réel du début de la vieillesse ! Aujourd'hui, les gens de 60 ans sont souvent en bonne santé, actifs socialement, que ce soit à travers les associations, leur famille ou leurs loisirs »

Une autre donnée concernant les taux d'équipements à destination des personnes âgées vient renforcer cette contradiction entre l'âge présumé de la vieillesse avec la réalité qui est toute autre. En effet, c'est l'âge de 75 ans qui est considéré lorsque sont réalisées les études en vue d'assister les personnes âgées. Que dire encore de l'âge moyen constaté dans les établissements médicalisés qui approche 85 ans. Cela signifie donc qu'avant ce cap, les individus sont à leur domicile, en bénéficiant d'aides et de moyens adaptés pour assurer leur sécurité et leur confort. Mais la perception de sa vieillesse ou de celle des autres est très variable et personnelle.

#### B) Le problème d'identité des « vieux » actifs

Le passage à la retraite à 60 ans fait basculer des personnes encore actives et en pleine forme physique dans une image sociétale de « vieux ». Selon Philippe ALBOU, il faut maintenant faire avec les « jeunes retraités », cette population « inédite sociologiquement », « trop jeunes pour être considérés comme des vieux, trop vieux pour être considérés comme potentiellement actifs, ayant souvent de bonnes retraites et généralement une bonne santé ». Ne pouvant plus être considérés comme des personnes âgées, et donc, souffrant de maux dus à l'âge et la vieillesse, ils sont maintenant de véritables consommateurs, cibles des publicitaires qui fourmillent d'ingéniosité pour développer des produits et des outils qui leur sont spécifiquement destinés. C'est ainsi qu'apparaît la « Silver économie ». Le site « SilverEco<sup>39</sup> », portail internet national de la Silver économie, en donne une définition assez précise : « La Silver économie est l'économie dédiée à l'avancée en âge de nos sociétés. Comme son nom l'indique, la Silver Economie n'est pas un « marché » mais une « économie » transversale qui trouve des déclinaisons dans de nombreux marchés, pour ne pas dire tous les marchés ! ». Et ce site internet spécialisé de poursuivre dans son explication : « Le vieillissement de la population est une véritable « lame de fond » qui va impacter tous les secteurs : loisirs, transport, alimentation, sécurité, santé, domicile, habitat collectif, assurance, assistance téléphonique, internet, sport...etc. Tous ces marchés sont déjà en

---

<sup>38</sup> AGENCE NATIONALE DES SERVICES A LA PERSONNE. 2013, *Services à la personne – Maintien à domicile des personnes âgées – Une contribution.*

<sup>39</sup> [www.SilverEco.fr](http://www.SilverEco.fr)

train de s'adapter ou de se décliner sur des segments liés au vieillissement de la population et au bien-vieillir ». La France est en retard dans ce domaine, mais il est possible de trouver des « traces » de cet élan dans des dispositifs assez proches. Par exemple, la carte « sénior », pour les voyages en train, qui permet aux personnes de plus de 60 ans de voyager en profitant de 25% de réductions. Ces séniors sont donc actifs, et profitent de leur temps libre, tout en faisant des économies. Citons encore les outils de domotiques qui fleurissent dans les logements spécialement conçus pour ces séniors, pas encore dépendants, mais souhaitant toutefois se sentir en sécurité. Ces individus ne sont pas en reste non plus lorsqu'il s'agit de technologies numériques, tel qu'internet. Une étude du groupe Médiamétrie a analysé qu'entre 2010 et 2011, le nombre d'internautes âgés de plus de 65 ans a progressé de près de 40%. Une autre enquête TNS Sofres pour le magazine Notre Temps démontre que 69% des 60-69 ans, et 54% des plus de 70 ans abonnés à internet surfent quotidiennement sur le web, et 62% des aînés utilisent internet pour communiquer avec leurs amis et leurs proches.

Il est important de garder ces informations à l'esprit pour développer les outils, les moyens d'apporter les réponses aux nouveaux besoins émergents des usagers. En effet, ces séniors, actifs, alertes, sont les aidants naturels et participeront peut-être au maintien à domicile de leur conjoint, de leurs proches, communiqueront avec les moyens modernes. De la même façon, ils auront un rythme de vie différent. Ils sont sensibles aux actions de prévention, et participent d'ailleurs à des ateliers, entretiennent leur corps, et retardent ainsi les effets du vieillissement. Les actions que je dois développer en matière de prévention vont trouver écho auprès de ces publics en demande. Le rôle de la structure est aussi d'assurer une mission de prévention auprès des bénéficiaires en bonne santé, dans le but de retarder leur entrée dans la dépendance.

### C) Aspects médicaux du vieillissement

Le vieillissement correspond à un ensemble de processus physiologiques et psychologiques qui viennent modifier la structure et les fonctions de l'organisme. C'est le résultat de plusieurs effets combinés de facteurs humains propres à l'individu lui-même, et de facteurs environnementaux auxquels l'organisme est soumis durant toute sa vie. Il ne faut pas associer le vieillissement à l'apparition de manifestations de maladies. Le vieillissement est un processus lent, et progressif, devant lequel les personnes ne sont pas égales. Si le vieillissement constitue un processus inéluctable, il ne s'accompagne pas nécessairement d'une dégradation physique et/ou intellectuelle.

La vision médicale de ces personnes vient « départager » les « vieux et non-vieux ». L'approche se médicalise de plus en plus, Comme l'évoque Bernard ENNUYER,

Sociologue à l'EHESS, et enseignant chercheur à l'université Paris Descartes, c'est dans les années 1975 qu'a lieu la « bascule » dans une forme de médicalisation de la vieillesse. Les personnes rencontrant des difficultés dans la continuité de leur vie sont alors qualifiées de « personnes malades », et deviennent objet de soins pour les gériatres. C'est d'ailleurs à cette époque que l'on commence à parler de personnes âgées dépendantes.

Anne-Marie GUILLEMARD, professeur de sociologie et chercheur associé au Centre d'étude des mouvements sociaux (CNRS/EHESS) exprime le fait « qu'il faut abattre les barrières d'âge et penser en termes de prévention, de préservation du capital humain. Aujourd'hui, on considère le phénomène du vieillissement uniquement au sein de la population âgée, alors que le problème se situe beaucoup plus en amont ».

L'image que nous pouvons avoir de la vieillesse est faussée par les diverses représentations qui nous sont montrées. Bernard ENNUYER constate : « on nous montre soit une vieillesse qui n'est pas la vieillesse (les « faux jeunes » des images publicitaires), soit une vieillesse déchuée, celle de la fin de vie. La réalité est ailleurs, dans une avancée en âge qui se passe plutôt bien ». Il faut parvenir à décroiser les temps de vie tels qu'on les imagine encore aujourd'hui : le temps de l'apprentissage, le temps de la vie active, le temps de la retraite. L'individu doit être acteur de son parcours de vie, ne doit plus seulement exister par sa situation de dépendance, de pathologie, de maladie. Les représentations des personnes âgées sont encore tenaces. Il faut faire évoluer le regard porté sur elles et déclencher une véritable réflexion autour des besoins et des moyens à mettre en place pour tendre à les satisfaire.

Mais les dangers de la vieillesse sont multiples et les conséquences parfois désastreuses sur l'individu. Le vieillissement physique entraîne des complications dans la vie quotidienne qui positionne la personne dans une situation de dépendance. (Je vais expliquer plus loin les incidences entre la dépendance et l'autonomie). Le docteur Michel CAVEY<sup>40</sup>, docteur en médecine, titulaire d'un Diplôme Universitaire de soins palliatifs et d'une Capacité de gériatrie, mais aussi d'un Diplôme Universitaire d'éthique médicale, explique avec des mots simples les étapes et les conséquences de l'avancée en âge d'un point de vue médical et physiologique.

- Le vieillissement moteur : le corps fatigue un peu plus vite, les limites sont atteintes un peu plus rapidement pour accomplir tel ou tel effort. La marche, le fait de sortir ne devient plus un plaisir lorsque la peur de chuter, le pied peu assuré face au chemin à arpenter, vient perturber cette promenade. La personne se trouve obligée de fixer le sol pour guetter le danger, et ne peut plus profiter du

---

<sup>40</sup> <http://michel.cavey-lemoine.net/spip.php?article56>

paysage comme avant. De plus, le corps peut ressentir quelques douleurs comme l'arthrose, qui vont rappeler à l'individu que l'âge est bien présent. Alors, pour éviter tout risque, il est aisé de conclure que la personne âgée est fatiguée, et qu'il est mieux et préférable pour elle de renoncer à ses sorties, dès lors que cela constitue un danger potentiel. Or, les conséquences sociales sont dramatiques ! Ne plus sortir, ne plus côtoyer ses voisins, amis, ne plus recevoir non plus s'il est difficile de marcher, de converser à cause d'une surdité de plus en plus prononcée, va précipiter l'isolement de la personne âgée, et aggraver sa situation de dépendance. Par conséquent, il est primordial de réfléchir à l'accompagnement et à la prévention de ces situations à risques, de la laisser apprivoiser le danger, par le biais de dispositifs adaptés.

- Le vieillissement sensoriel : ce dernier est en lien direct avec les conséquences psychologiques du vieillissement. La plupart du temps, les deux sens qui se détériorent le plus sont la vision et l'audition, point central de la communication. La vision va s'altérer, entraînant parfois l'individu dans un isolement culturel : plus de lecture, ou rendue difficile, malgré le port de lunettes, mauvaise perception des couleurs, des images de la télévision, crainte de sortir de peur de ne pas identifier les obstacles...

L'audition va aussi de dégrader peu à peu, renforçant l'isolement. La personne avec qui discuter doit parler plus fort, et peut être qu'elle est également malentendante. Il est de plus en plus délicat pour une personne souffrant de troubles de l'audition de se trouver entourée et au cœur de plusieurs conversations simultanées. Là encore, la personne âgée va préférer s'isoler, ne se sentant en sécurité que dans son environnement proche et familier, celui qui la protège.

Plus largement, il s'agit ici de prendre conscience de ce que représente la perte de ses capacités, et l'impact majeur en terme psychologique pour un individu. Il doit accepter cette « diminution », s'adapter, tout comme l'entourage. C'est à ce moment que l'aidant est un « partenaire » sur lequel s'appuyer pour accompagner la personne âgée, la soutenir.

- La maladie : ces troubles liés à l'âge sont parfois accompagnés de la maladie. L'individu malade entame un chemin vers la guérison, mais doit faire le deuil d'un retour à sa situation de santé initiale. Progressivement, la diminution de ses capacités de santé doit, là aussi, être acceptée.
- Les troubles de démences et maladie apparentées : la démence n'est pas une maladie spécifique mais un terme global qui décrit un large éventail de symptômes. La maladie d'Alzheimer, « découverte en 1906 par Aloïs ALZHEIMER est une affection du cerveau dite « neurodégénérative », c'est-à-dire qu'elle

entraîne une disparition progressive des neurones »<sup>41</sup>. La maladie d'Alzheimer représente environ 60 à 80% des cas de démence. Les symptômes de la démence sont variables : affectation de la mémoire, de la communication, du langage, de la capacité à se concentrer et à rester attentif, de la capacité à raisonner et à juger, de la perception visuelle. La maladie d'Alzheimer se divise en sept stades, selon le système créé par le docteur Barry REISBERG, chef de clinique de la New York University School of Medicine's Silberstein Aging and Dementia Research Center. Ces sept phases permettent d'évaluer le patient sur une échelle de valeur, dans le but de pouvoir adapter l'accompagnement et les activités de stimulation à sa situation réelle. Ils vont du premier stade où aucune déficience n'est constatée lors d'un entretien avec un professionnel de santé, puis les stades précisent les déficits cognitifs, allant de très légers, légers, modérés, modérément sévères, sévères pour finir sur le diagnostic d'un déficit très sévère. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, ce sont en France pas moins de 900 000 personnes atteintes de la maladie aujourd'hui. 225 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année. En 2020, un français de plus de 65 ans sur quatre devrait être touché par cette maladie. Il est donc important de réfléchir à des systèmes d'accompagnement et de prise en charge adaptés à ces personnes. L'ABAD fait déjà face à la montée en nombre de problématiques liées à des troubles de démences ou apparentés, et je dois mettre en place dans mon plan d'action cette prise en considération de ces personnes malades, vivant à leur domicile.

### **2.1.2 Autonomie et dépendance**

#### **A) Autonomie et dépendance**

Les usagers concernés par le maintien à domicile, aussi bien pour l'ABAD que dans un contexte plus général, sont qualifiés comme étant en « perte d'autonomie ». Quelle vision de cette dite « perte d'autonomie » est présentée médicalement, et sociologiquement, et comment est-elle appréhendée ?

Les termes d'autonomie et de dépendance sont généralement présentés comme contradictoires. Toutefois, ces derniers ne sont pas opposés car l'autonomie se réfère au libre arbitre de la personne, alors que la dépendance, définie médicalement en 1973 par le docteur DOLOMIER, est définie par le besoin d'aide. Ces deux notions se complètent et sont à prendre en considération pour répondre au mieux au besoin de l'utilisateur.

---

<sup>41</sup> Définition Association France Alzheimer

René Raguènes<sup>42</sup> cite d'ailleurs dans son livre les définitions suivantes de 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 ».

➤ L'autonomie

L'autonomie est définie par « la capacité à se gouverner soi-même. Elle présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité pour la personne concernée de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement<sup>43</sup> ».

Il est convenu que cette liberté doit pouvoir s'exercer dans le respect des lois et usages communs. L'autonomie d'une personne relève donc ainsi à la fois de la capacité, mais également de la liberté. Il n'est pas question ici d'actions physiques, qui relèvent plus de la dépendance.

Il faut donc impérativement expliquer à une personne tout ce qui la concerne, toute l'aide et le soin qui lui sont apportés dans le but de requérir l'expression de sa volonté, de son libre arbitre, de ses choix sur sa propre situation. Il convient de bien différencier la parole du proche aidant, de celle de la personne. L'aidant va participer à favoriser l'expression du malade, de l'usager, mais en aucun cas ne va se substituer à celui-ci dans la prise de décision par exemple.

Certaines situations apparaissent comme plus complexes : les souhaits ou projets d'une personne en perte d'autonomie ne sont pas toujours en adéquation avec la possibilité d'y répondre.

L'autonomie est parfois définie comme l'absence de dépendance, mais ce n'est pas tout à fait juste.

➤ La dépendance

« La dépendance est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement<sup>44</sup> ».

« La personne autonome est celle qui gère ses dépendances suivant sa propre loi et non celle qui n'en a pas<sup>45</sup> ». Une personne incontinente ne sera pas considérée comme

---

<sup>42</sup> RAGUENES R., 2007, *Aide à domicile : le soutien aux personnes âgées et la polyvalence professionnelle*, 4<sup>ième</sup> édition, Paris : Edition Frison-Roche, p.35

<sup>43</sup> [Campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie8/site/html/cours.pdf](http://Campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie8/site/html/cours.pdf)

<sup>44</sup> [Campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie8/site/html/cours.pdf](http://Campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie8/site/html/cours.pdf)

<sup>45</sup> VEYSSET B., 1989, *Dépendance et vieillissement*. Paris : L'Harmattan, 171 p.

dépendante, dès lors qu'elle va pouvoir gérer elle-même sans assistance son incontinence.

Il n'est pas question ici d'âge avancé pour se trouver en situation de dépendance. Toutes les maladies peuvent être des causes de survenue ou d'aggravation de la dépendance. Ainsi, les affections dégénératives du système nerveux central telles que les démences, les maladies destructrices des articulations, les accidents vasculaires cérébraux peuvent être cités, en ce qui concerne les populations de plus de 60 ans, public direct bénéficiaire des services d'aide et d'accompagnement à domicile. Une hospitalisation peut entraîner également une aggravation brutale de la dépendance d'un individu, compte tenu du bouleversement des habitudes de vie que cela représente.

Dépendance et autonomie ne sont pas des termes contraires, mais sont toutefois intimement liés. La perte d'autonomie, c'est-à-dire la disparition de la faculté à choisir, à être libre de décision, peut entraîner une situation de dépendance, non sans conséquences sur la personne.

#### ➤ Conséquences

Pour un individu, le fait de ne plus pouvoir assumer seul les actes de la vie quotidienne, va imposer la mise en place d'aides au domicile. C'est donc la vie de la personne qui est touchée en premier lieu, mais également celle de l'entourage qui est impactée.

Quand le maintien à domicile n'est plus possible, il devient inéluctable d'envisager une entrée en institution, qui représente un véritable abandon du domicile.

### **2.1.3 Les risques présents chez les personnes âgées**

#### A) De l'identification à la prévention

La situation des personnes âgées à domicile peut être préoccupante, dès lors que la dépendance survient. Il est donc nécessaire de veiller à détecter les premiers troubles, ou l'aggravation de ceux déjà existants, dans le but de mettre en place des actions correctrices.

Une démarche expérimentale a d'ailleurs été mise en place afin de prévenir et limiter la perte d'autonomie des personnes âgées : le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, nommé PAERPA<sup>46</sup>. Ce dispositif, mis en place en 2014 par le ministère des affaires sociales et de la santé, sur des territoires pilotes, est à destination des personnes de 75 ans et plus, dont l'autonomie est susceptible de se

---

<sup>46</sup> HAS, Juillet 2014 Cahier des charges pour la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient (ETP), dans le cadre de l'expérimentation PAERPA [visité le 20 août 2016], disponible sur internet : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1742730/fr/mise-en-oeuvre-de-l-education-therapeutique-dans-le-cadre-de-l-experimentation-paerpa](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1742730/fr/mise-en-oeuvre-de-l-education-therapeutique-dans-le-cadre-de-l-experimentation-paerpa)

dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social. Pour maintenir la plus grande autonomie le plus longtemps possible dans le cadre de vie habituel de la personne, la démarche PAERPA a pour objectif de faire en sorte que « les personnes reçoivent les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures au bon moment, le tout au meilleur coût<sup>47</sup> ».

Il s'agit de limiter les hospitalisations à répétitions, déstabilisantes et sources de troubles pour le malade, mais également assez souvent évènements qui précipitent un peu plus l'usager dans une perte d'autonomie grandissante. « La démarche promeut une action en amont du risque de perte d'autonomie, en agissant notamment sur les quatre facteurs d'hospitalisation évitables de la personne âgée, à savoir : la dépression, les problèmes liés aux médicaments, la dénutrition et les chutes. Elle favorise une coordination optimisée des acteurs autour de la personne âgée qu'ils soient professionnels sanitaires, médico-sociaux ou sociaux ». Dominique LIBAULT, président du comité national PAERPA, résume ces dispositifs de cette façon : « Mieux travailler ensemble au service des personnes âgées ». Il ajoute : « dans la vision moderne du système de santé, la question de la coordination est fondamentale, car une grande diversité de professionnels intervient auprès des personnes âgées ». Dominique LIBAULT vient, à son tour, défendre le vivre ensemble, le prendre soin, la coordination et le décloisonnement des services, dans le but d'accompagner le patient, d'éviter une hospitalisation, de lui permettre de rester à son domicile le plus longtemps possible en préservant son autonomie. Ce positionnement, mis en parallèle avec les usagers des SAAD, si l'on observe le contexte général des services, semble un point de vue pertinent pour adopter une ligne conductrice de certaines actions au domicile.

## B) Les autres risques

Les risques pointés dans cette démarche PAERPA ne doivent pas faire oublier les autres, tout aussi présents. Ainsi, le risque de rupture sociale dû à l'isolement peut concourir à « glisser » vers une situation plus dramatique de détresse morale, menant parfois dans certains cas au suicide des personnes âgées. La fondation de France révèle dans une étude<sup>48</sup> menée en juin 2013, que la situation d'isolement s'aggrave, « frappant désormais plus de 5 millions de personnes, qui n'ont peu ou pas de relations sociales (sur le plan familial, amical, associatif, professionnel...) ». Ce sont « près de 24% des plus de 75 ans qui seraient touchés par l'isolement (contre 16% en 2010) ». L'accroissement de la solitude serait lié, toujours selon la Fondation, « au relâchement des relations familiales, à une baisse relative des pratiques associatives et à une augmentation du nombre de

---

<sup>47</sup> Site [visité le 20 août 2016], disponible sur internet : <http://www.ars.sante.fr/Parcours-de-sante-des-aines-P.93674.0.html>

<sup>48</sup> FONDATION DE France, juin 2013, Etude, « *Les solitudes en France* ».

personnes âgées dépendantes ». Pour certaines personnes âgées, le contact se limite aux « bonjour et aux revoir » des caissières du supermarché. Jean-François SERRES, secrétaire général des Petits Frères des Pauvres, a lui aussi rédigé un rapport suite à la synthèse de travaux réalisés en décembre 2012, par un groupe de travail sur le sujet. Il explique « qu'avec l'âge, certains de nos aînés sont murés dans le silence. Pas par choix. Mais parce les liens familiaux se sont distendus ou n'existent plus. Ils se retrouvent alors seuls, sans échange, sans partage, sans affection ». « Lutter contre la solitude, c'est prévenir l'exclusion, la pauvreté, la perte d'autonomie » écrit –il en introduction de ce rapport remis en juillet 2013 à la ministre Michèle DELAUNAY. « C'est participer à un changement des représentations sociales des âges ». Une proposition pour enrayer cette tendance est la constitution d'équipes citoyennes MONALISA (Mobilisation Nationale contre L'isolement Social des Âgés), qui serait composé de citoyens bénévoles se rapprochant des personnes âgées en situation d'isolement dans les villes et villages. L'idée est de reconstituer un réseau autour de la personne. Au-delà de rôle social primordial que ces actions peuvent jouer, la mission de veille et de bienveillance est également importante. En effet, ces acteurs bénévoles peuvent repérer les situations à risques chez les individus fragilisés, interpeler divers services pour assurer le relais vers des professionnels. L'isolement entraîne le repli sur soi, la dévalorisation de ce que l'on devient. Dans certains cas critiques, la seule issue possible pour ces personnes en détresse est la mort. Il faut donc une sensibilisation à ce phénomène trop souvent occulté dans notre société. Pour les gens âgés, il ne s'agit plus de tentatives, comme une sorte d'appel à l'aide, mais d'un passage à l'acte bien réel.

La pauvreté accentue également le risque d'isolement social.

### C) La précarisation des aînés

Certaines personnes âgées, conscientes des difficultés à venir, lucides sur leur situation, prennent les devants, anticipent et se séparent de leur bien immobilier, au profit d'un logement fonctionnel, adapté à une situation de dépendance qui pourrait peut-être survenir, en portant leur choix sur une zone à proximité des commerces, des services utiles, des moyens de communication. Cette situation de plus en plus fréquente découle de deux constats : La situation financière des personnes dites « retraitées » devient de plus en plus précaire. Les propriétaires actuels, n'ayant plus les moyens d'entretenir leur bien, souhaitent le vendre pour en louer un autre. Ainsi, par cette opération, ils augmentent leur pouvoir d'achat, ou constituent un petit pécule pour leurs enfants et petits-enfants. Le second constat réside dans la capacité des personnes âgées à se « projeter dans l'avenir » selon Serge GUERIN, sociologue et spécialiste des seniors : « c'est un phénomène qui visiblement se développe et qui est certainement lié aux difficultés économiques, aux précarités et en même temps, à une meilleure capacité

qu'hier, à se projeter dans l'avenir ». Il évoque également ces personnes qui « habitent un peu loin », et qui, « demain ne pourront peut-être plus conduire et se demandent comment garder leur autonomie ».

## **2.2 Le domicile : un environnement singulier**

Le lieu d'activité des auxiliaires de vie n'est pas commun. En effet, le domicile est chargé d'histoire, reflète la personnalité et le caractère de la personne qui y vit. La démarche est également complexe dans le fait d'accepter de laisser un « étranger » pénétrer son logement, son intimité, « son chez-soi ».

### **2.2.1 Le domicile : un lieu symbolique**

Les personnes, surtout les sujets les plus âgés, sont attachés à leur domicile pour plusieurs raisons tout à fait légitimes. Quand la situation de perte d'autonomie entraîne la remise en cause de ce maintien à domicile, la question de le quitter est délicate. Muriel BOULMIER<sup>49</sup>, chef d'entreprise et spécialiste du vieillissement démographique, cite dans un article de 2011 la psychologue et sociologue Monique ELEB : « 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 ».

Le domicile représente pour l'individu la sécurité, le bien-être, un environnement familier et personnel où il peut évoluer et agir à sa guise. Cette maison si familière a parfois vu naître les enfants, certaines personnes ont même participé à la construction des murs, fondation de toute une vie. Le logement est chargé de souvenirs, parfois douloureux, mais qui sont essentiels à la continuation de la vie. C'est aussi généralement un objectif lorsqu'on « démarre » dans la vie active, le premier investissement conséquent.

Le domicile est aussi symbolique par rapport à la société : en effet, avoir un toit permet de se sentir comme tout le monde. Comme l'expriment Frédéric BALARD, anthropologue, et Dominique SOMME<sup>50</sup>, gériatre et professeur à la faculté de médecine de Rennes, « 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 ». ».

---

<sup>49</sup> BOULMIER M., Mars 2011, « Habitat, territoires et vieillissement : un nouvel apprentissage », *Gérontologie et société*, 2011/1, n°136, p.33

<sup>50</sup> 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

## 2.2.2 Le domicile : symbole d'une liberté conservée

Le logement est l'endroit où les seules règles de vie sont celles de son habitant. Ainsi, ce lieu intime, privatif protège la personne qui y vit des agressions extérieures, des contraintes de vie, d'organisation. Choisir l'heure de son réveil, de ses repas, vivre à son rythme, voilà à quoi aspirent les personnes âgées aujourd'hui en restant à leur domicile. Le sociologue Bernard ENNUYER précise que le domicile est « là où l'on est maître chez soi ». L'arrivée d'un intervenant à domicile peut être considéré comme une véritable ingérence par l'usager qui va percevoir en cette aide non pas un soutien, mais la « personnification » de ses difficultés, de son handicap.

Cet environnement familial et personnel représente également une intimité, primordiale, quant au bien-être et à l'accompagnement de la personne aidée. Le logement représente le refuge, comme un point d'ancrage sécurisant, face à la perte d'autonomie, qui, elle, est synonyme d'insécurité, de troubles et génère des angoisses profondes pour certains.

Face à l'augmentation croissante de la dépendance, il est parfois nécessaire que ce logement soit adapté afin de permettre à la personne de rester à son domicile en toute sécurité. Mais l'idée même de l'arrivée de matériel technique tel que le lit médicalisé vient matérialiser la perte de cette liberté d'agir seul au domicile. La personne aidée est bien souvent réticente à accepter ces dispositifs par lesquels elle ne retrouve plus son environnement familial et sécurisant. Elian DJAOUI, psychosociologue, indique dans son ouvrage<sup>51</sup> que « 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 ». L'usager doit accepter, participer et valider chaque changement opéré dans son domicile, qui doit rester le reflet un lieu de vie.

Le domicile est aussi le symbole d'un lieu de vie vivant, animé par la vie quotidienne, rythmé par les allées et venues des enfants, petits-enfants, voisins, amis... La fin de la vie active est vécue comme une transition vers une autre vie.

Toutefois, sans repères spatio-temporels, tels qu'ils existaient dans la vie active (horaires de travail, vacances...), il est difficile de s'inscrire dans la société. La vie du village ou de la ville, le voisinage, restent les repères des usagers. La cloche de l'église vient elle aussi rythmer la vie. Quitter l'ensemble de ces repères s'apparente à un véritable déracinement, un abandon de son quotidien. Cela revient à laisser sa vie derrière soi. Rester dans son logement permet à la personne de s'inscrire dans la ville qu'elle a toujours connue, ce qui contribue grandement à son bien-être.

---

<sup>51</sup> DJAOUI E., 2014, *Intervenir au domicile*, 3<sup>ème</sup> édition, Rennes : Presses de l'EHESP, p 49-60

### 2.2.3 Maintien à domicile ou soutien à domicile ?

Assez fréquemment, ces deux notions se côtoient lorsqu'est évoqué le fait de rester à son domicile pour une personne en perte d'autonomie. Toutefois, le sens de chacun de ces termes diffère.

#### A) Le maintien à domicile

Etymologiquement, le mot « maintien » vient du latin *manutenere* qui signifie tenir avec la main. « En ancien français, il signifiait soutenir, protéger, défendre, avoir sous sa garde. L'usage moderne a seulement gardé le sens de conserver dans le même état, faire ou laisser durer et de fait le mot maintien, dérivé du verbe maintenir, a ce sens de « action de faire durer » avec la connotation de conservation et de continuité »<sup>52</sup>. Ainsi, le maintien à domicile sous-entend donc l'idée de protéger et aussi de conservation, de continuité dans un sens protecteur, ce qui s'adapte parfaitement lorsque l'on parle des personnes fragiles. Le dictionnaire usuel a encore aujourd'hui ce sens commun : « Maintenir : protéger, défendre, tenir avec la main, avec comme premier sens conserver dans le même état, faire ou laisser durer »<sup>53</sup>. Il est parfois énoncé que le fait de maintenir quelqu'un à domicile s'apparente à une contrainte, et sous-entend l'idée d'une obligation, comme on retrouve le sens dans l'expression « maintien en détention » par exemple, sauf que dans ce cas, il faut noter que la contrainte provient de la détention et non du fait maintien. Le rapport Laroque introduisait une notion importante : « Le maintien à tous égards souhaitable des personnes âgées dans un logement individuel doit nécessairement s'accompagner d'un important effort d'action sociale pour assurer à ces personnes des conditions matérielles et morales d'existence satisfaisantes ».

#### B) Le soutien à domicile

Selon le Petit Larousse de 2010, « Soutenir signifie : Maintenir dans une position grâce à un support, maintenir quelqu'un debout, l'empêcher de s'affaïsser, empêcher de faiblir, procurer une aide, un réconfort à quelqu'un ». Nous retrouvons les connotations de supports et d'appui.

Le maintien à domicile suppose en fait le soutien, qui consiste en la mise en place d'actions auprès de la personne pour lui assurer un maintien à domicile dans les meilleures conditions possibles.

Il faut accepter aussi une certaine prise de risque pour la personne concernée, et pour l'entourage, parfois réticent à laisser son proche à son domicile, dans un contexte

---

<sup>52</sup> Dictionnaire historique de la langue française (1992). Maintenir, Paris, Dictionnaire Le Robert, p.1169

<sup>53</sup> Dictionnaire Le Nouveau Petit Robert (1994). Maintenir, p.1328

quelquefois insécurisant : isolement géographique, isolement social, aides apportées au domicile ne pouvant parer à toutes éventualités. Le fils d'une dame résidant dans une campagne éloignée de Bolbec me confiait qu'il souhaitait jusqu'au bout respecter les volontés de sa mère, mais qu'il préférerait largement la voir en structure médicalisée, car « là, au moins, il y a quelqu'un en permanence pour la surveiller, et gérer en cas de problème. Moi, je travaille et je suis trop loin pour pouvoir être là. Je ne suis pas tranquille mais c'est elle qui décide ».

### C) Les formules de logements alternatives

Rester à domicile est une volonté des bénéficiaires. Encore faut-il pouvoir y vivre en étant en sécurité. Je me suis donc interrogée sur des solutions alternatives aux logements, appropriés pour des personnes en perte d'autonomie, mais qui ne trouvent pas leur place dans des structures médicalisées. Ces typologies de logements seront peut-être, en effet, les lieux d'exercice des salariés d'ici quelques temps. Ainsi, le concept de béguinage<sup>54</sup>, originaire de Belgique, et aujourd'hui surtout présent dans les pays d'Europe du Nord, comme aux Pays-Bas, connaît quelques expériences en France. Par exemple, à PERPIGNAN, en avril 2012, l'entreprise « Vivre en béguinage » propose des appartements T2 ou T3 à destination de personnes retraitées qui souhaitent avoir leur « chez soi », tout en vivant en communauté pour bénéficier de ce lien social qui aurait peut-être disparu en restant dans son logement « historique ». De plus, ces logements présentent des fonctionnalités adaptées aux personnes vieillissantes, en difficulté de mobilité. Les personnes sont en mesure de faire leur repas, assumer l'entretien de leur linge, recevoir leur famille. Le coût moyen du loyer étant compris entre 450€ et 750€ selon la taille de l'appartement, répond également à la problématique des seniors ayant peu de moyens financiers. La plus-value de ce dispositif réside dans l'entraide mutuelle pour veiller sur autrui, qui favorise le maintien de l'autonomie. Se sentir utile à l'autre permet aussi de repousser la perte d'autonomie. Il est estimé une vingtaine de projets de constructions ou réadaptation de béguinages en France, surtout dans le Nord.

D'autres concepts voient le jour, comme par exemple la colocation intergénérationnelle, qui permet à de jeunes étudiants de partager le logement d'une personne âgées, moyennant un loyer, mais également une surveillance, une entraide, comme la participation aux tâches ménagères, aux courses. Ainsi, la personne n'est plus seule, bénéficie d'une présence rassurante et bienveillante.

Enfin, nous intervenons déjà auprès de personnes aidées au sein de logements foyers. Il en existe quatre sur notre secteur d'interventions. La Loi ASV a introduit une évolution de

---

<sup>54</sup> <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-logement- independant-et-beneficier-de-services/les-beguinaages>

ces logements en Résidence-autonomie, avec des dispositifs d'aide au maintien de l'autonomie. Les résidences « services », et les résidences « séniors » proposent également des logements adaptés dans leur configuration aux personnes fragilisées, mais ne sont pas sous le joug des lois médico-sociales. Les tarifs de ces derniers établissements sont assez onéreux.

#### D) Le coût du maintien à domicile

La question de la pertinence du maintien à domicile pourrait se poser ici, avec un écart de coût non négligeable. En effet, selon l'Observatoire annuel des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, une étude du cabinet d'audit comptable et social KPMG (Klynveld Peat Marwick Goerdeler) publiée en 2013 expliquerait qu'une place en maison de retraite revient en moyenne à 1 857 € par mois au résident, soit environ 61 € par jour. Il faut également considérer le lieu de résidence du malade, l'étude montrant de fortes disparités de coûts entre l'Ile-de-France (2 242 € mensuels en moyenne) et la Province (1 819 € mensuels en moyenne). Il faut garder à l'esprit le montant de la pension moyenne, tous régimes confondus, touchée chaque mois par une personne retraitée, qui s'élève à environ 1 256 € en 2013 (toujours selon l'étude de KPMG).

Face à ce coût en institution, le maintien à domicile semble apporter une réponse adéquate, tant en terme économique, qu'en terme de confort, en restant « dans ses murs » pour aborder la dernière partie de la vie. Toutefois, en fonction du degré de dépendance de la personne, les frais générés par le fait de rester chez soi peuvent s'élever très rapidement. Ainsi, pour les prestations délivrées par l'ABAD, il faut compter 20€50 pour une heure d'intervention. Le service de livraison de repas, disponible du lundi au samedi, propose des plateaux adaptés au régime des malades à 6 €. A cela, il faut ajouter un forfait correspondant au déplacement selon la zone géographique de livraison. Afin d'assurer la sécurité au domicile, il peut être parfois indispensable d'engager des travaux d'aménagement du logement, en installant des barres d'appui dans la salle de bain, d'équiper les lieux avec un système de téléalarme, dispositif que la personne âgée peut actionner à tout moment à l'aide d'un médaillon ou d'un bracelet, et qui déclenche, en fonction de la situation, l'arrivée d'un proche ou des secours dans les cas les plus graves.

Pour quelques une de ces dépenses, une participation du département pourra être possible, le matériel médical pourra être pris en charge par la sécurité sociale, et certaines caisses de retraites orientent leurs financements sur l'aide à l'aménagement du logement car cela s'intègre à des actions de préventions. Tous ces paramètres sont à

prendre en considération lorsqu'une personne « glisse » progressivement dans la dépendance.

Plusieurs facteurs sont considérés lors de la constitution d'un dossier d'aide financière. Ainsi, la présence des aidants familiaux à proximité est maintenant prise en compte. De même, une personne résidant en zone urbaine, avec des services livraison de courses, ou même de repas à son domicile, va voir son plan d'aide ajusté avec ce type de prestations possibles et existant autour d'elle. Sur le territoire de Bolbec, les usagers résidant sur la commune peuvent bénéficier de ces services. Intégrés au plan d'aide élaboré lors de l'évaluation par le référent social, ces dépenses sont en parties financées par le département. En zone rurale, un usager nécessitant plusieurs passages à son domicile, va se trouver financièrement pénalisé. Le coût des déplacements des professionnels, le tarif de certains services plus onéreux en une zone éloignée va venir impacter directement les finances de l'usager. Dans certaines situations, cela représente un frein au maintien à domicile, la situation économique de certaines personnes ne leur permettant pas de financer ces dépenses.

Il faut ajouter à cela le coût du matériel et des équipements nécessaires à assurer la mobilité et les transferts au domicile. Certains sont pris en charge par la sécurité sociale sur prescription médicale, mais il peut y avoir un reste à charge pour la personne, à additionner à l'ensemble des dépenses déjà prévues pour rester à son domicile.

## **2.3 Les ressources humaines au domicile et au-delà :**

### **2.3.1 Les aidants : un maillon essentiel à ne pas oublier**

Les aidants, acteurs discrets du maintien à domicile, sont, nous l'avons vu, désormais considérés. D'une part, leur présence vient impacter le coût du maintien à domicile. En effet, l'aide apportée, la présence humaine et bénévole, vient minimiser la dépense du maintien à domicile. Serge GUERIN, sociologue, avance un chiffre dans un article<sup>55</sup>, en précisant que « les aidants représentent l'équivalent d'un engagement annuel de plus de 160 milliards d'euros, à comparer avec les 240 milliards d'euros de dépense de santé annuelle ».

Concrètement, l'aidant assure une surveillance, veille à la prise des médicaments, aux repas, assure l'ensemble des tâches domestiques de la maison, et joue un rôle important de coordination entre tous les professionnels qui interviennent. Car sa présence ne remplace pas les passages des professionnels pour aider la personne.

---

<sup>55</sup> GUERIN S., 2013, Géroscope pour les décideurs en gérontologie, n°31.

Lorsque l'usager n'est plus en mesure de s'exprimer correctement, l'aidant devient l'interprète, le porte-parole. Il n'est plus seulement un proche, mais un véritable acteur, vecteur de coordination des intervenants et professionnels à domicile. Grâce à lui, les professionnels vont pouvoir s'assurer de la bonne compréhension par l'usager de ce qui se passe autour de lui, des décisions à prendre, des divers services et actions mises en place, pour tendre vers son bien-être. Mario PAQUET<sup>56</sup> indique d'ailleurs « la personne-soutien exerce beaucoup plus qu'une prise en charge, elle exerce un rôle familial normativement reconnu ».

Dans les situations les plus difficiles, comme une fin de vie à domicile, par exemple, où l'organisation d'une hospitalisation à domicile est délicate, tant sur le plan logistique que moral, la pression sur les aidants peut devenir très forte. Il est alors nécessaire de réfléchir au soutien proposé à cet aidant, qui vit la situation en étant juge et partie, à la fois intervenant mais proche du malade. Ce soutien peut venir de l'équipe de soins, des professionnels intervenants au domicile. Des associations et groupes d'expression sont aussi autant de dispositifs d'aide et de soutien.

Il arrive toutefois d'être confronté à un isolement de la personne âgée. C'est notamment le cas avec l'émergence des familles recomposées. Les enfants ne peuvent pas résider à proximité de leurs parents, pour des causes diverses.

### **2.3.2 Le prendre soin ici et ailleurs**

Serge GUERIN propose « d'adapter la société aux réalités vécues par les personnes plutôt que toujours demander aux gens de s'adapter à la société ». La loi ASV reprend d'ailleurs dans ses articles cette idée, en adaptant la société au vieillissement. De nouveaux concepts voient le jour dans cette mouvance. Ainsi, « le care » prend tout son sens au regard de cette nouvelle loi. Il s'agit d'une attitude à adopter, une interaction des personnes entre elles, une démarche de bienveillance, ou chacun doit veiller au bien-être de son prochain en situation de fragilité. Il est sous-entendu une relation d'échange, chacun pouvant apprendre de l'autre. Les individus ne doivent plus évoluer en système fermé, cloisonné, mais penser dans une dynamique d'inclusion. Il s'agit d'inclure dans la société, d'adapter celle-ci pour qu'elle intègre pleinement les personnes âgées, souffrant de handicap, de maladie, entrant dans une grande dépendance. C'est là que « les aidants », comme on les appelle, ont un rôle primordial à jouer dans cet accompagnement. Jusqu'à présent membres de famille, proches, ils étaient quelques peu oubliés du système et des politiques publiques. Pourtant, leur présence permet le

---

<sup>56</sup> PAQUET M., 1999, *Les professionnels et les familles dans le soutien aux personnes âgées dépendantes*, Paris : L'Harmattan, p.74

maintien à domicile des aînés. La loi ASV reconnaît officiellement le statut d'aïdant en leur accordant un droit au répit, ce qui prouve bien l'importance et l'investissement dont ils font preuve.

Ce regard bienveillant, cette attention portée sur la personne âgée, se retrouve dans plusieurs actions à travers le monde. Par exemple, le Canada a développé le concept de « senior friendly ». Développé par les associations et aujourd'hui déployé par le Council on Aging de la province D'Alberta, ce programme aide les collectivités et les entreprises à mieux adapter leur approche aux besoins des séniors, et à prendre en considération qu'ils sont de véritables consommateurs. Ce programme, qui associe les personnes âgées, vise à renforcer la cohésion sociale, à maintenir les séniors actifs et en bonne santé. Divers services sont proposés : conseils aux commerçants pour mieux accueillir les personnes âgées, conseils nutritionnels, activités intergénérationnelles, plans d'actions proposés aux communes dans le but de devenir « senior friendly »...

Le Québec, lui a formalisé sous l'intitulé « vieillir et vivre ensemble » sa politique en matière d'accompagnement du vieillissement de la population. Elle vise notamment à permettre aux aînés qui le souhaitent de rester chez eux le plus longtemps possible et faire en sorte que leur sécurité ne soit pas compromise. Ainsi, l'action MADA (Municipalité Amie Des Aînés) consiste à élaborer une politique municipale des aînés accompagnée d'un plan d'action, de façon à créer des environnements favorables aux personnes âgées.

L'Allemagne considère les séniors comme des personnes actives et faisant partie intégrante de la société, en réfléchissant à la création d'un congé grand-parental, afin que les grands-parents actifs puissent s'occuper de leurs petits-enfants, avec la garantie de conserver leur emploi.

En Suède, il est laissé une grande autonomie aux municipalités dans le développement des moyens et actions de prévention à destination des personnes âgées. Ainsi, plusieurs réflexions tournent autour de la prise en charge de la fin de vie au domicile, la problématique du logement adapté, les modèles alternatifs de soins, les nouvelles formes de coopération dans la chaîne de soins.

### **2.3.3 La notion de partenariat et de réseaux**

En partant du constat qu'il va être nécessaire d'engager une démarche d'ouverture et de « travail ensemble », il me paraît opportun de réfléchir sur les notions de partenariats et de réseaux dans le secteur médico-social. Autour de ces notions, il est courant d'entendre des mots comme « coopération », « collaboration », « coordination »... Peut-on regrouper

sous la même étiquette l'ensemble de ces pratiques ? Il est parfois difficile de définir le « travailler ensemble », de lui donner un nom. Il existe plusieurs définitions du partenariat, mais une de celles qui a retenu mon attention est celle du sociologue Philippe BRACHET<sup>57</sup>, qui explique que « le partenariat, c'est la relation entre plusieurs acteurs pour parvenir à un résultat commun : ils sont partenaires dans sa réalisation ». En 2005, Dominique LAHARY<sup>58</sup>, directeur de la Bibliothèque de prêt, conclut les Journées d'études ayant pour thème « la Bibliothèque partenaire ». Il propose une définition qui est la suivante : « Le partenariat, c'est l'association d'au moins deux organismes pour mener une opération commune ou un ensemble d'opérations communes en vue d'objectifs communs ». Après avoir ajouté que, bien souvent, les objectifs des parties diffèrent, il présente une seconde définition, en remplaçant le dernier mot « communs », par « distincts ». Ainsi, le partenariat implique une ou plusieurs actions communes, dans le but d'atteindre des objectifs, communs ou non, tant qu'ils ne déclenchent pas un conflit d'intérêt, et engage une relation de pouvoir déséquilibrée. Chacun a donc à y gagner, à se nourrir de l'expérience de l'autre, sans pour autant l'appauvrir.

Mais cette notion de partenariat, banalisée dans les échanges institutionnels, masque peut-être d'autres formes de travail en commun. La collaboration et la coordination résident dans un échange d'idées et d'information, via des rencontres pas toujours formalisées dans un cadre strict et conventionnel, mais non moins enrichissant. La coordination sous-entend une démarche plus organisée, élaborée, comme le précise Bernadette VEYSSET-PIUJALON, docteur en anthropologie sociale et sociologie comparée : « Elle est un des mots clés de l'action sociale, dispositif institutionnel souffrant de dysfonctionnement et nécessitant une mise en ordre. La coordination concerne particulièrement deux champs : celui de l'action sociale polyvalente et celui de la vieillesse<sup>59</sup> ».

Mais il ne faut pas oublier que c'est l'usager qui va être au cœur de ces enjeux partenariaux, dirigé entre des structures et des services pour trouver la meilleure solution à son problème. Par conséquent, la mise en place de partenariat, le développement d'un réseau de professionnels, une coordination instaurée entre plusieurs de l'aide et du maintien à domicile restent à engager et à imaginer en prenant bien en compte les attentes du bénéficiaire. La personne aidée est citoyenne et il faut s'assurer qu'elle exerce

---

<sup>57</sup> BRACHET P., Partenariats et services publics, l'Association des directeurs de bibliothèques départementales de prêt. [visité le 03 septembre 2016], disponible sur internet : <http://adbdp.web03.b2f-concept.net/spip.php?article419>

<sup>58</sup> LAHARY D., Esquisse d'une théorie de partenariat pour servir dans la pratique. [visité le 03 septembre 2016], disponible sur internet : <http://www.adbdp.asso.fr/index.php/la-doc/cr-journees-d-etude/46-allocutions-de-cloture/290-theorie-partenariat>

<sup>59</sup> VEYSSET-PIUJALON B., 2006, *Nouveau dictionnaire critique d'action sociale*, Paris, édition. Bayard, p.146-147

son droit de liberté et de choix. Comme il est rappelé dans la Charte des Droits et Libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance<sup>60</sup> dans son article premier, « Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie ». Penser le rapprochement, la collaboration du point de vue de l'utilisateur permet de mieux l'appréhender, pour une meilleure compréhension. Le bénéficiaire va être en demande, en passant d'un service à l'autre, dans une logique de décloisonnement, de désinstitutionnalisation. Les nouvelles formes rapprochement, quel que soit leur nom, doivent en amont penser ce va et vient des usagers, déjà impulsé par les politiques publiques.

## **2.4 Des compétences à mobiliser**

### **2.4.1 La qualification des intervenants**

Il n'est pas rare d'entendre encore aujourd'hui le terme de « femme de ménage », pour désigner la personne salariée aidante au domicile. Toutefois, cette appellation ne correspond plus du tout aux missions des intervenants sur le « terrain ». Il ne s'agit plus de venir faire le ménage, mais d'un véritable accompagnement qui doit être pensé en amont, dans le but de le réaliser sous certaines conditions de qualité. Sophie BRESSE, démographe et chargée d'études à la DRESS (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), précise dans sa publication<sup>61</sup> que « prendre soin d'une personne âgée dépendante, au sens large et pas seulement médical du terme (l'aider à se nourrir, à se laver, à faire ses courses, etc...), nécessite probablement des compétences ». Toutefois, le taux de qualification du secteur de l'aide à domicile est en effet très faible. Le constat de l'ABAD quant au pourcentage de personnel diplômé en est le reflet. Ainsi, quelles sont les compétences et qualification nécessaires pour assurer les nouvelles missions exigées par le contexte d'intervention en devenir ?

### **2.4.2 Une présence charnière entre le soin et le médico-social**

L'amalgame est souvent fait entre les auxiliaires de vie sociales et les aides-soignantes. Les compétences sont différentes car ces deux professions dépendent de secteurs différents.

- L'aide-soignante fait partie des professions paramédicales. Son rôle consiste à s'occuper de l'hygiène et du confort du malade, que ce soit à domicile ou en structure médicalisée. Elles interviennent sous l'autorité d'un infirmier coordinateur. Le SSIAD assure sur prescription médicale aux personnes malades,

---

<sup>60</sup> [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte\\_2007\\_affiche-2.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_2007_affiche-2.pdf)

<sup>61</sup> BRESSE S., *Retraites et société*, 2/2003, n°39, p.119-143

ou dépendantes, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de bases et relationnels. Leur vocation est d'éviter l'hospitalisation des malades, de faciliter le retour à domicile d'une personne hospitalisée, de prévenir ou retarder une entrée en institution. Le SSIAD peut faire intervenir, en fonction des besoins rencontrés au domicile, des infirmiers et des pédicures podologues libéraux, dès lors qu'il est dûment conventionné avec le service.

L'auxiliaire de vie sociale n'est pas considéré comme faisant partie du secteur paramédical. Son rôle est toutefois essentiel dans le maintien à domicile des patients. Les prestations de services assurées par une auxiliaire de vie sociale sont diverses, comme l'entretien du cadre de vie ; l'aide à la personne pour les activités de la vie ordinaire et les actes essentiels de la vie, hormis ceux réalisés sur prescription médicale par les personnels du SSIAD.

### **2.4.3 Des dispositifs de formations existants**

Depuis le 29 janvier 2016, le DEAVS ainsi que le DEAMP (Diplôme d'Etat d'Aide Médico-Psychologique) ont fusionné afin de ne former qu'un seul et même diplôme de niveau V : le DEAES (Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social)<sup>62</sup>. Ce dernier comprend un tronc commun de connaissances et trois spécialités à choisir par le candidat : l'accompagnement de la vie à domicile, l'accompagnement de la vie en structure collective, et l'accompagnement à l'éducation inclusive et à la vie ordinaire. Le gouvernement, avec ce dispositif, a choisi de s'orienter vers un diplôme plus transversal, avec un socle commun consacré à l'accompagnement des personnes et des approfondissements plus spécifiquement consacrés aux différents lieux d'exercice du métier. Il s'agit d'une logique d'activité, et plus simplement d'une logique de public, comme la réforme présente dans la loi ASV, qui positionne les activités au premier plan, en délaissant la répartition par public. Les compétences acquises par le titulaire du DEAES seront de deux ordres : L'accompagnement des personnes au quotidien, et la coopération avec l'ensemble des professionnels.

Le diplôme d'ASG (Assistant de Soins en Gérontologie)<sup>63</sup>, s'adresse aux professionnels diplômés venant des secteurs sanitaires comme les aides-soignantes, ou médico-social, comme les AMP (Aides Médico-Psychologiques), où les AVS (Auxiliaires de Vie Sociales). Il s'agit de spécialiser via cette formation les professionnels déjà diplômés pour l'accompagnement des personnes âgées, mais plus particulièrement les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. Les activités réalisées visent à la stimulation sociale

---

<sup>62</sup> Cf Annexe 2 : fiche descriptive formation DEAS

<sup>63</sup> Cf Annexe 3 : fiche descriptive formation ASG

et cognitive des capacités restantes. Cette qualification a vu le jour avec le plan ALZHEIMER 2008-2012, et les mesures 6 et 20 qui ont formalisé cette fonction accessible en formation continue. La mesure 20 du Plan Alzheimer prévoyait d'ailleurs la formation de 4000 Assistants de Soins en Gériatrie à l'horizon 2012. Ils sont au nombre de 2450 fin 2012.

## **2.5 Le SPASAD<sup>64</sup> : une solution adaptée**

L'ensemble des éléments présentés et conjugués dans cette seconde partie semble trouver écho dans le dispositif SPASAD<sup>65</sup>.

En effet, forte de ces analyses sur les publics en situations de fragilité, je suis en recherche d'une offre globale, permettant aux usagers de pouvoir obtenir une réponse adaptée à l'ensemble de leurs besoins, qu'ils soient d'ordre sanitaire, social, ou médico-social. Je décide alors de me pencher plus en détail sur ce qu'est un SPASAD.

### **2.5.1 Une réponse globale pour le soin et l'accompagnement médico-social**

LE SPASAD permet d'apporter, en une seule formule, des solutions adaptées aux personnes en perte d'autonomie et ayant besoin, à la fois d'une prestation de soins et d'accompagnement social, comme de l'aide à domicile par exemple. Lors des 5<sup>èmes</sup> assises du domicile, en septembre 2015, Laurence ROSSIGNOL, alors secrétaire d'état chargée de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et de l'autonomie explique par rapport aux métiers du domicile : « Il faut conduire une réforme organisationnelle et culturelle afin de décroiser les interventions et les métiers de l'aide et des soins à domicile. Mon plan d'action fixe une cible claire, celle des services polyvalents d'aide et de soins à domicile, les SPASAD ».

J'ai ainsi découvert que le dispositif des SPASAD existait depuis 2004<sup>66</sup> par décret. Toutefois, sur l'ensemble de la France, on ne compte qu'à peine plus d'une centaine de SPASAD autorisés. Pourtant, ces services assurant des fonctions de SAAD et de SSIAD simultanément semblaient être une solution appropriée à la dépendance. Il était prévu dans le cahier des charges qu'un projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soin soit réalisé, sur la base d'une évaluation globale, par une équipe disciplinaire.

---

<sup>64</sup> SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile.

<sup>65</sup> Cf Annexe 4 : Schéma descriptif du SPASAD intégré

<sup>66</sup> MINISTERE DE LA SANTE. Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004, relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile [en ligne]. Journal officiel, n°148 du 27 juin 2004, [visité le 28 juillet 2016], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000801170&categorieLien=id>

L'équipe devait être coordonnée par un salarié du service, et ce dernier était dans l'obligation d'assurer une continuité de service.

Ce cahier des charges ne comprenait pas de formules d'accompagnement pour les services et n'a pas trouvé écho dans les pratiques des SAAD et des SSIAD, qui n'ont pas pu s'approprier les outils nécessaires à sa construction, et à sa formalisation. De plus, il n'était pas prévu dans ce décret d'aide financière pour faciliter leur mise en place.

### **2.5.2 Quelques retours d'expériences**

J'ai pu, en me rapprochant de la fédération, obtenir quelques témoignages sur l'expérience du SPASAD. Ainsi, pour amorcer une démarche de travail conjointe, le SAAD et le SSIAD, qui peuvent être indépendants, ou portés par une même structure, vont se lier par une convention de partenariat, ou un GCSMS<sup>67</sup>. A l'issue et à l'aboutissement du SPASAD, un CPOM sera signé avec le Conseil Départemental et l'ARS.

Concernant l'activité, il ressort que l'activité d'un SPASAD correspond à environ 10 à 15% de celle du SAAD. Ainsi, pour environ 300 usagers suivis sur le SAAD, il est possible d'estimer le nombre de personnes potentielles concernées par le SPASAD à une trentaine. En effet, l'ensemble des usagers n'est pas concerné par les prestations proposées dans ce cadre. De la même façon, les salariés d'un service ne vont pas être tous concernés par des interventions sous le régime du SPASAD. Lors de la journée annuelle des directeurs organisée par la fédération, je me suis entretenue avec deux directeurs de structures s'étant engagées dans le SPASAD dit « ancienne génération ». Le premier était en Alsace, le second en Vendée. Ils se sont prononcés sur leur expérience du SPASAD d'une même voix concernant l'impact positif sur les personnes aidées, me précisant que bien encadrée et organisée, la coordination entre le SSIAD et le SAAD procurait incontestablement un bien-être pour l'utilisateur, une meilleure répartition des missions de chaque personnel, et un gain de qualité. Ils déploraient toutefois le manque de moyens octroyés pour développer ce dispositif. Il est, en effet, délicat de faire mieux, à moyens constants.

### **Conclusion de la seconde partie**

Au regard des éléments inhérents à l'évolution du public, à la volonté pour les personnes aidées de rester à leur domicile le plus longtemps possible, et aux modalités d'accompagnement qui tendent à se développer sur le territoire, portées par les politiques publiques et sociales, je perçois dans le dispositif des SPASAD une possible solution adaptée, pour proposer une réponse à la problématique du maintien à domicile qui se

---

<sup>67</sup> Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale

pose aujourd'hui pour l'ABAD. Après m'être entretenue avec la référente MAIA<sup>68</sup> du territoire, une personne ressource avec laquelle je participe à plusieurs actions et groupes de travail sur le territoire, j'ai été orienté vers le Centre Hospitalier porteur du Service de Soins sur mon secteur d'intervention.

Par conséquent, je vais présenter dans la troisième partie un plan d'action, articulé autour de l'accompagnement au changement, sous les angles du public, de l'établissement et des politiques sociales.

---

<sup>68</sup> Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie



### **3 La mise en pratique de l'accompagnement de l'évolution de l'offre de service du SAAD vers le SPASAD**

Au vu du constat réalisé et présenté dans ma première partie, des éléments et éclairages sur l'évolution des populations bénéficiaires de nos missions, j'ai alerté les membres du Conseil d'Administration il y a quelques temps de l'intérêt de repenser nos missions, et l'inscription de l'ABAD sur l'offre de service du territoire. Je me suis également appuyée sur le positionnement de la fédération, qui propose à une vingtaine de structures sélectionnées sur dossier un accompagnement, réalisé par un cabinet indépendant, pour guider et assister les associations désireuses de s'engager dans une démarche de concrétisation de SPASAD. Sensibles à mon discours, et aux arguments présentés, les membres du Conseil d'Administration m'ont donc autorisée et soutenue dans le processus vers la création d'un SPASAD. Ce chemin sera ponctué d'étapes. Cela représente un changement profond, aussi bien en interne qu'en externe, pour les bénéficiaires, les salariés, les partenaires...Il s'agit pour moi d'accompagner ce changement de pratiques.

#### **3.1 Présentation du projet SPASAD**

Bien qu'idée ancienne, datant d'il y a quelques années, le SPASAD n'a pas réussi à s'imposer dans le paysage des structures sociales et médico-sociales. Pourquoi les services ont-ils « boudés » ces dispositifs ? Qu'en est-il aujourd'hui, avec la formule de SPASAD dit « intégré », qui s'articule autour de trois axes ? Quelle est la signification de SPASAD intégré ?

##### **3.1.1 Contexte de la création des SPASAD**

Le développement de ces services est un levier essentiel pour favoriser le soutien aux personnes âgées et handicapées dans leur cadre habituel de vie, grâce à la coordination des prestations d'aide, d'accompagnement et de soins. Cette complémentarité des interventions, permises grâce aux SPASAD, est un élément indispensable de la prise en charge personnalisée et globale de la personne, dans le respect des responsabilités et des compétences de chaque intervenant.

Alors que tous s'accordent à dire que les SPASAD, créés par le décret n°2004-613 du 26 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des

SSIAD<sup>69</sup>, des SAAD<sup>70</sup> et des SPASAD et codifiés par l'article D.312-7 du CASF<sup>71</sup>, constituent un maillon essentiel de la prise en charge à domicile des personnes fragilisées, on constate que, 10 ans après leur création, leur nombre reste faible (moins de 100 SPASAD autorisés à ce jour en France) et leur répartition très inégale sur le territoire français.

C'est la raison pour laquelle les pouvoirs publics ont intégré dans la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement un article visant à favoriser le développement de ces dispositifs par la mise en place d'une expérimentation d'un modèle intégré de fonctionnement.

### **3.1.2 L'article 49 de la Loi relative à l'Adaptation de la société au vieillissement et les expérimentations SPASAD**

La Loi n° 2015-1776 relative à l'adaptation de la société au vieillissement promulguée le 28 décembre 2015 prévoit dans son article 49 la mise en place d'expérimentations d'un modèle intégré d'organisation, de fonctionnement et de financements des services polyvalents d'aide et de soins à domicile, dit SPASAD. C'est dans ce cadre que je vais engager l'ABAD, dans une démarche de changement, m'appuyant sur l'évolution du contexte législatif qui apporte une réponse à l'évolution des besoins des usagers.

L'objectif des expérimentations, prévues sur une durée de 2 ans avec la remise d'un rapport au gouvernement au plus tard le 31 décembre 2017 est de :

- Tester une organisation et un fonctionnement intégrés qui assurent une plus grande mutualisation des organisations et des outils, et au –delà, une intégration des prestations au bénéfice de la qualité de l'accompagnement global de la personne et de la promotion de la bienveillance ;
- Ajuster le cahier des charges des SPASAD aux réalités et enjeux de terrains auxquels auront été confrontés les SPASAD expérimentateurs ;
- Analyser l'amélioration de la qualité d'accompagnement des bénéficiaires et les éventuelles économies d'échelles réalisables au regard de la mutualisation des moyens permises grâce à ce modèle de fonctionnement.

Les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations SPASAD sont définies dans « le cahier des charges des expérimentations relatives aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile » dont l'arrêté est paru au Journal Officiel le 30 décembre 2015.

---

<sup>69</sup> SSIAD : Service de Soins Infirmier A Domicile

<sup>70</sup> SAAD : Service d'Aide A Domicile

<sup>71</sup> CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

### **3.1.3 Le rôle des principaux acteurs au sein du SPASAD**

Le cahier des charges des expérimentations SPASAD précise les missions des acteurs de la coordination du SPASAD :

- Le responsable du SPASAD : il exerce un rôle d'administration et d'organisation de la structure et de gestion du personnel. Il va contrôler la bonne intégration des prestations d'aide et de soins. Il va s'assurer du développement des actions de prévention. Selon la configuration des services, la fonction de responsable du SPASAD peut être confiée à l'infirmier coordonnateur.
- L'infirmier coordonnateur : il assure le rôle de référent de la personne accompagnée ayant besoin de prestations d'aide et de soins. Il réalise la visite d'évaluation et de réévaluations des attentes et des besoins de la personne accompagnée. Il va élaborer le projet individualisé d'aide et de soins dont il coordonne, lors de sa mise en œuvre, les prestations et les personnels concernés.
- Le responsable de secteur : il peut participer à l'évaluation globale des attentes et des besoins et à l'élaboration du projet individualisé faites par l'infirmier coordonnateur. Il fera le lien en étant la personne ressource du SAAD.

### **3.1.4 Les missions des SPASAD expérimentateurs**

Les SPASAD expérimentateurs exercent conjointement les missions d'un SSIAD et d'un SAAD respectivement définies aux articles D.321-1 et D.312-6 du CASF. Dans le respect des règles et référentiels relatifs aux compétences respectives des professionnels de ces services, ils organisent les interventions d'aide et de soins à domicile de façon intégrée.

Les SPASAD expérimentateurs doivent assurer des actions de prévention concourant à favoriser le maintien à domicile des personnes accompagnées. Ces actions doivent être définies dans le CPOM<sup>72</sup>. Ces actions de prévention seront financées principalement via les conférences départementales des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie. Elles peuvent relever des domaines suivants : prévention relative à la dénutrition et à la déshydratation, aux chutes à domicile, à l'isolement, ... Les SPASAD peuvent également mettre en place et proposer des activités physiques et cognitives adaptées.

Les SPASAD ont également un rôle de repérage, d'alerte et de signalement des situations d'isolement, de fragilité, de perte d'autonomie ou d'aggravation de celles-ci.

Enfin, les SPASAD doivent permettre de faciliter les sorties d'hospitalisation et d'accompagner le retour et le maintien à domicile des personnes en établissant des partenariats notamment avec les établissements de santé et les caisses de retraites.

---

<sup>72</sup> CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.

### 3.1.5 L'organisation intégrée du SPASAD<sup>73</sup>.

Le cahier des charges de l'expérimentation SPASAD donne des informations concrètes sur les conditions d'organisation de SPASAD expérimentateurs. Ils doivent mettre en place une « organisation coordonnée et intégrée qui assure, sur leur territoire d'intervention et auprès des personnes accompagnées, la continuité de leurs interventions et leur caractère intégré ».

Pour ce faire, chaque SPASAD doit mettre en place à minima :

- Un accueil physique et téléphonique cohérents avec leur offre de service intégré. Les SPASAD doivent mettre en place un numéro d'appel unique et des supports d'information relatifs à l'ensemble des prestations qu'ils proposent. Le but est que la personne accompagnée par le SPASAD n'ait qu'un seul interlocuteur dans le service.
- L'évaluation des besoins globaux des personnes accompagnées : celle-ci passe par la mise en place d'un outil unique d'évaluation des besoins en aide et en soins pour la personne prise en charge par le SPASAD. Elle peut, le cas échéant, être complétée par des expertises complémentaires de l'équipe pluridisciplinaire du service (psychologue, ergothérapeute, psychomotricien, conseiller en économie sociale et familiale...).
- L'élaboration du projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins. Ce projet doit préciser ses modalités de suivi, d'actualisation et de réévaluation à minima annuels. L'élaboration et le suivi de ce projet peuvent se faire conjointement par l'IDEC (Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat Coordinateur(trice)) et le responsable de secteur. L'infirmier coordonnateur constitue le référent du SPASAD pour la personne accompagnée.
- La coordination « interne » des équipes et des interventions auprès de la personne accompagnée et de son entourage. Elle doit permettre d'améliorer la qualité de la prise en charge globale et le repérage des situations à risque de perte d'autonomie, d'alerte et d'intervention le cas échéant. L'articulation de manière coordonnée de la prise en charge de la personne accompagnée se traduit par une coordination des interventions à son domicile.
- La coordination « externe » des interventions du service avec les équipes des établissements de santé, des centres de santé, des établissements sociaux et médico-sociaux et avec les professionnels de santé libéraux concernés. Pour la personne aidée et soignée, cette coordination a pour but d'éviter les ruptures de parcours et de faciliter sa prise en charge.

---

<sup>73</sup> Cf Annexe 5 : Cartographie des processus du SPASAD

Participant de la coordination intégrée, des outils spécifiques sont également à créer ou ajuster pour être partagés entre les services constituant le SPASAD :

- Mise en commun des outils relatifs à la loi du 02 janvier 2002-2 pour l'activité spécifique des SPASAD : livret d'accueil, projet de service, document individuel de prise en charge de la personne accompagnée, règlement de fonctionnement, grille commune d'évaluation des besoins... ;
- Mise en commun d'un système d'informations sécurisé : partage des plannings d'intervention, suivi des projets individualisés d'aide, d'accompagnement et de soins ;
- Outils de liaison (papier ou informatisé) commun au domicile de la personne accompagnée, partagés, le cas échéant, avec les professionnels de santé libéraux et partenaires du SPASAD intervenants au domicile de la personne accompagnée.

### **3.1.6 Le partage d'informations en SPASAD.**

Le cahier des charges de l'expérimentation SPASAD apporte peu d'éléments concernant le partage d'informations en SPASAD et notamment, en matière d'obligation quant à la « sécurisation » de données. Il mentionne simplement : « les SPASAD respectent les conditions prévues par l'article L.1110-4 du code de la santé publique en matière de secret professionnel et de partage d'informations strictement nécessaires au suivi social ou médico-social des personnes qu'ils accompagnent ».

L'article 25 du « Projet de loi de modernisation de notre système de santé » devrait modifier et étendre les dispositions de cet article L.1110-4 du code de la santé publique aux établissements et services médico-sociaux.

## **3.2 La mobilisation du Conseil d'Administration pour engager l'ABAD dans une démarche de projet**

Avant d'aller plus loin dans la concrétisation du projet, je dois compter sur le soutien des administrateurs de l'association. En effet, je ne dispose pas d'une direction qui valide les orientations, et mon équipe est composée de 5 personnes, moi compris. Je ne peux donc pas engager de comité de direction, étant seule, ni de comité de pilotage, pour la même raison. C'est pourquoi ce projet SPASAD et les étapes qui le constituent se feront en groupe de travail lorsque cela sera opportun, ou par le biais d'un travail en binôme avec la direction de la filière gérontologique de l'hôpital porteur du SSIAD, en fonction de la situation et de la thématique.

### **3.2.1 Mon positionnement par rapport aux administrateurs**

L'aggravation de la situation de santé des bénéficiaires oblige l'ensemble de l'équipe à repenser ses actions au domicile. Depuis deux ans, j'alerte régulièrement le conseil d'administration sur l'évolution de l'activité, et les profondes mutations dans nos pratiques. Je considère également les orientations des politiques sociales du secteur, afin de sensibiliser les membres administrateurs sur l'importance d'intégrer une démarche de changement. Ainsi, en début d'année 2016, après avoir étudié le dossier que je lui ai présenté, le conseil d'administration s'est prononcé en faveur d'une démarche de rapprochement, de mutualisation avec les services et acteurs du domicile déjà existants, dans le but d'apporter une réponse adaptée aux bénéficiaires, et d'articuler pleinement nos pratiques avec les politiques sociales et médico-sociales. Je suis donc officiellement mandatée par le Conseil d'Administration pour engager l'ABAD dans les démarches de projets de rapprochements, afin d'inscrire la structure dans une dynamique de changement et d'ouverture.

Cette étape est symbolique pour la structure. En effet, ce sont les valeurs et les missions de l'ABAD qui se trouvent réinterrogées, avec une évolution de celles-ci. Cela implique une réflexion profonde sur le contenu des statuts de l'association, qui ne sont plus en adéquation avec les pratiques actuelles et à venir.

### **3.2.2 Des appels à projets imminents**

Travaillant conjointement mais de façon informelle avec la responsable du SSIAD, porté par le Centre Hospitalier Caux Vallée de Seine (CHI), je me suis rapprochée de la direction du CHI afin de leur soumettre mon projet de coopération « accompagnement médico-social et soin auprès de la personne ». Il était clair dans mon esprit que le SPASAD représentait une des réponses à la problématique actuelle du domicile.

De plus, en liaison permanente avec la fédération ADESSADOMICILE, dont l'ABAD est adhérente, je me suis également positionnée dans une démarche conséquente nommée « ADESSADOMICILE 2020 »<sup>74</sup>. Ce programme, lancé en mai 2015, a pour ambition de construire, valider et tester un référentiel fédéral articulé autour de sept thèmes, regroupant un ensemble d'outils et de pratiques. Ces thèmes sont les suivants : le management, la gestion économique, la connaissance de l'environnement, le développement, la communication, la vie associative et la gouvernance, et enfin les relations avec les bénéficiaires. A cette occasion, un appel à projet fédéral a été proposé dans le but de sélectionner 20 structures et de les accompagner, via un cabinet extérieur, dans une démarche de concrétisation d'un SPASAD. La direction du CHI, étant sensible à ce projet, je leur ai proposé de les intégrer à cet accompagnement et de construire

---

<sup>74</sup> Cf Annexe 6 : Programme ADESSADOMICILE 2020

conjointement le dossier de candidature auprès de la fédération. Nous avons obtenu une réponse positive en juin 2016, et ce programme d'accompagnement va débuter dès la mi-septembre, avec des rencontres au siège de la fédération, mais également sur site, pour une personnalisation et une pleine adaptation au processus de l'existant. Cet accompagnement va porter essentiellement sur l'organisation interne, les modalités de fonctionnement et de respect du cahier des charges à mettre en place au sein de la structure. Cela représente également une économie substantielle pour l'ABAD, cette démarche étant intégralement financée par la fédération.

Parallèlement à cet appel à projet fédéral, je me suis rapprochée du département et de l'ARS pour connaître leur position concernant l'évolution des offres de services au domicile. J'ai donc eu connaissance d'un appel à projet imminent de l'ARS sur la formalisation d'un SPASAD expérimentateur. Ainsi, j'ai donc exprimé verbalement mon souhait d'intégrer l'ABAD dans cette expérience. Les dossiers de candidatures étaient attendus par l'ARS le 09 septembre 2016. J'ai donc présenté un dossier d'expérimentation SPASAD sur le territoire, projet porté conjointement par l'ABAD et le CHI Caux Vallée de Seine de Lillebonne<sup>75</sup>.

### **3.3 Une dynamique de changement en interne**

#### **3.3.1 L'accompagnement des salariés**

C'est le point le plus délicat pour moi, en tant que directrice. Comme je l'ai déjà évoqué, l'ABAD n'a pas développé une culture de communication pertinente. L'oral prime largement sur l'écrit, les notes de service servant simplement de rappel organisationnel. La singularité du travail au domicile permet difficilement de se sentir comme appartenant à une structure, de fédérer des valeurs communes, de faire partie d'un « ensemble ».

Une autre problématique réside dans le fait que ce n'est pas l'ensemble des salariés qui sera concerné par le travail au sein du SPASAD. Les interventions conjointes ne vont en effet concerner qu'environ 10 à 15% de l'activité globale du service. Ainsi, cela représente environ une vingtaine de personnes qui nécessiteront un passage organisé à la fois avec une aide-soignante, et simultanément une auxiliaire de vie. Je vais devoir penser mes méthodes de management, en rassurant d'abord ces intervenants qui vont devoir bouleverser leurs pratiques de travail, mais aussi intégrer dans ce projet ceux qui ne seront pas concernés directement. Je vais devoir éviter à tout prix un effet de clivage des intervenants, avec d'un côté, des salariés « pro-dépendance », et de l'autre, des salariés

---

<sup>75</sup> Cf Annexe : Plan d'action prévisionnel de mise en œuvre SPASAD réalisé conjointement avec le CHI Caux Vallée de Seine.

relégués aux tâches d'ordre plus matériel. Je vais garder en tête ce que dit François NOBLE<sup>76</sup>, diplômé en politique sociale et stratégie de direction : « 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 ». Après avoir obtenu l'aval et la direction à suivre par les administrateurs, je dois accompagner au mieux les salariés dans le processus de changement. Afin de les faire adhérer à ce projet, il est indispensable d'amorcer l'appropriation au changement, avec une articulation autour de plusieurs axes de travail.

#### A) Une communication ciblée

Je dois d'abord rétablir des lieux de communication pertinents, et enrichissants, permettant un échange d'idées sur le projet SPASAD, afin d'amorcer auprès des salariés une réflexion autour de ce sujet. J'organise déjà 3 réunions chaque année, à vocation informative, plutôt du type « communication descendante ». La dernière a eu lieu en mai 2016, et j'avais déjà évoqué les changements d'interventions au domicile, orientées dès à présent sur les bénéficiaires en situation de dépendance. A cette occasion, j'ai précisé qu'il serait fréquent de collaborer avec d'autres services auprès de la personne aidée, tels que les SSIAD, le portage de repas, les infirmières... Je suis consciente que cela crée une certaine tension chez les salariés, qui peuvent se sentir jugés, inconsiderés, et peu valorisés par ces autres professionnels. J'ai alors demandé à chaque personne de lister les actions effectuées au domicile, auprès des bénéficiaires. Cela a pour but de faire prendre conscience aux salariés de leur place dans cette coordination d'acteurs, de leur rôle, aussi important et nécessaire que les autres. Je leur ai proposé d'élaborer ce listing sur un mois. J'ai pris le temps d'analyser leur retour et leur ai proposer une liste d'actions type, classée par thématique, en vue de l'insérer dans le livret d'accueil remis à l'usager. J'ai également pris soin de les mettre en garde sur certains actes mentionnés sur leur fiche qui ne correspondaient pas à leurs missions. J'ai ainsi pu rédiger une sorte de pense bête, reprenant de façon claire ce qui est autorisé et ce qui ne l'est pas, afin que chacun puisse le conserver sur soi. Cette démarche, d'apparence anodine et simple, permet de verbaliser les actions réalisées au quotidien auprès des personnes aidées, de les clarifier dans l'esprit des salariés, mais surtout de se remettre en question quant à son positionnement professionnel. Cela me permet également d'élaborer mes projections en termes de formations.

---

<sup>76</sup> NOBLE F., 2011, « Diriger et manager une entreprise associative d'action sociale » in BATIFOULIER F. / eds, *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, p.295.

La prochaine réunion est prévue début octobre 2016. J'ai déjà inscrit à l'ordre du jour la présentation du projet de rapprochement avec le SSIAD, dans une perspective future de SPASAD. Je vais requérir la participation des salariés en leur proposant d'intégrer des groupes de travail sur les thématiques les concernant, notamment les moyens de communication au domicile de l'utilisateur (cahier de transmissions...), les modalités d'échanges entre les professionnels des deux services, les limites de compétences. Il a été convenu avec le directeur du SSIAD que les aides-soignantes seront présentes à cette réunion, ainsi que l'IDEC référente du service de soin. Il est en effet important que l'ensemble des salariés, d'un service comme de l'autre, identifie et prenne conscience de sens commun de ce projet, de la démarche conjointe d'engager ce rapprochement. De plus, la présence de tous les salariés des deux structures va permettre de diffuser l'information à tous, au même moment, sans perte de celle-ci. Une présentation des aides-soignantes sera assurée par l'IDEC qui précisera les modalités d'intervention de son service. Les compétences globales de chaque métier seront rappelées.

Disposant d'une petite équipe administrative, j'organise chaque semaine une réunion d'échange autour de l'activité du service. Ce moment privilégié est l'occasion de revenir sur les situations complexes à gérer, les problématiques liées à l'accompagnement des usagers les plus dépendants. C'est également l'occasion de chercher les moyens les plus pertinents à mobiliser pour assurer nos missions, parfois, et même de plus en plus souvent, en se faisant accompagner par les services de coordination gérontologiques, le CLIC, ainsi que les autres services du domicile, aussi bien dans le secteur sanitaire que médico-social. Depuis le début d'année, je mets en évidence auprès de l'équipe la montée en puissance de la coordination au cœur de nos missions, de l'évolution du contexte médico-social, et des politiques s'y rattachant. C'est une façon pour moi de faire « germer » et évoluer, dans l'esprit des membres de mon équipe, une dynamique de changement, afin qu'ils soient force de propositions, d'idées nouvelles pour articuler les pratiques autour de ces nouvelles exigences

#### B) Une démarche de tutorat mise en place

Afin de rassurer les salariés sur les nouvelles techniques, et sur les modalités d'interventions, je vais mettre en place une démarche de tutorat, organisée au domicile des usagers. Celle-ci va se concrétiser en généralisant la mise en place de doublon, entre un salarié dit titulaire, et son remplaçant, avant une absence pour congés par exemple. Une fiche action personnalisée sera réalisée, éventuellement avec le concours de la personne aidée, de façon à ce que le remplaçant puisse avoir tous les éléments utiles pour assurer sereinement l'intervention. Cette fiche action sera présente dans le dossier

de l'utilisateur, et évoluera au fil du temps et selon la situation. Le temps passé par la personne remplaçante sera pris en charge par l'ABAD, l'utilisateur ne financera que son intervention classique. Cela va accroître la qualité de prise en charge, dans une démarche plus globale d'amélioration continue de la qualité de travail.

#### C) Un soutien demandé par les salariés

Depuis quelques temps, au travers des entretiens professionnels, des entretiens annuels, et lors de situations difficiles rencontrées au domicile, les salariés expriment leurs difficultés à gérer leurs émotions, à « sortir » d'un accompagnement délicat, comme une fin de vie, par exemple, qui les renvoient parfois à un vécu personnel très lourd. Malgré le fait que l'équipe administrative soit toujours en alerte et à l'écoute lors de ces circonstances, elle ne peut pas tout entendre, tout comprendre. De plus, je souhaitais déjà organiser des temps de réflexions et d'analyses de pratiques, qui étaient réclamés par les salariés, mais très coûteux pour notre structure. Le partenariat que je vais développer avec le CHI va me permettre d'élargir une offre de formation, mais aussi proposer un accompagnement spécifique à ces situations douloureuses, par le biais de la psychologue du CHI. Je développerai plus loin dans cette partie le partenariat et la coordination avec l'ensemble des acteurs, et plus particulièrement le centre hospitalier.

### **3.3.2 L'accompagnement par une politique de Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences**

#### A) La professionnalisation pour être en adéquation avec les nouveaux besoins.

Comme je l'ai mentionné lors de la présentation de la structure, les besoins émergents font appel à de nouvelles compétences. Il ne s'agit pas pour les salariés de l'ABAD d'accomplir des gestes relevant du sanitaire, mais d'accroître leur domaine d'actions et donc, de compétences en matière d'accompagnement des personnes fragiles, atteintes de troubles cognitifs, par exemple, ou encore en situation de dépendance telle que le recours aux aides techniques qui se révèle indispensable pour le maintien à domicile et les soins essentiels de la vie quotidienne.

Je me suis appuyée sur les entretiens professionnels, que j'ai réalisés de novembre 2015 à février 2016. Durant ces temps individuels d'échanges dédiés à l'évolution professionnelle des salariés, j'ai pu constater la grande lucidité des intervenants face à l'augmentation de la dépendance à domicile. La plupart a présenté un constat bien souvent difficile du quotidien au domicile, orienté sur l'aide pour les actes essentiels de la vie quotidienne, avec une dimension nouvelle de soutien moral aussi bien pour l'utilisateur que pour la famille, « les aidants » comme ils sont nommés. Les salariés m'ont relaté des situations complexes à gérer, mais dans le même temps, un accueil plutôt positif de ces

situations. J'ai ressenti une valorisation de leurs actions dans leur discours, et une grande partie d'entre eux se sentent plutôt « utiles » auprès des bénéficiaires, épanouis d'accomplir des tâches en direction de la personne et non plus seulement des tâches matérielles, derrière lesquelles ils pouvaient se sentir comme « transparents ». J'ai entendu pour plusieurs intervenants la volonté d'évoluer dans les professions du domicile, d'apprendre à faire plus, mieux, et avec d'autres acteurs du domicile. Déjà, plusieurs salariés travaillent conjointement avec les aides-soignantes, ou même les infirmières libérales, afin d'assurer confort et bien-être aux bénéficiaires. Les situations en doublon-relais sont particulièrement appréciées des auxiliaires de vie qui voient ainsi leur image changer dans les yeux des autres professionnels, et également qui y trouvent une source de « savoir », avec une transmission d'information, de conseils et d'apprentissage des gestes techniques parfois oubliés car non pratiqués régulièrement.

Il ne faut pas oublier que tous les salariés ne vont pas être concernés par le SPASAD, c'est-à-dire que tous ne vont pas travailler et intervenir auprès de personnes en grande dépendance et nécessitant une prise en charge globale.

Afin d'élaborer mon plan de formation et de prévoir les dépenses relatives à ce dernier, j'ai organisé une enquête à destination des salariés de l'ABAD. Le but était de recueillir leur souhait en matière d'action de formation, aussi bien diplômante que qualifiante, pour ensuite élaborer le plan de formation cohérent.

J'ai donc recensé les salariés motivés, et déjà compétents pour accéder à un cursus de formation d'ASG, dans le but de les « armer » face aux situations concernant des personnes souffrant de troubles cognitifs. Ces personnes sont de plus en plus nombreuses au domicile et il est parfois difficile d'y faire face sans une formation adaptée, pour pouvoir les appréhender sereinement et désamorcer une éventuelle crise. Cette formation me semble répondre aux attentes des salariés en demande, tant dans sa forme organisationnelle, que sur l'aspect des compétences.

J'avais déjà organisé des ateliers qualifiants sur les gestes et postures, ainsi que l'utilisation du matériel technique pouvant être présent au domicile. Cette action va être reconduite, compte tenu de l'augmentation de la dépendance des usagers. Celle-ci a deux objectifs : d'une part, proposer une meilleure qualité de service et d'autre part, permettre aux salariés de travailler sans risque.

Je souhaite également sensibiliser les intervenants aux questions liées à la dénutrition de la personne âgée, en m'appuyant sur la diététicienne du centre hospitalier.

Pour ce faire, je dispose du plan de formation de l'OPCA Uniformation, mais je sollicite également l'OPCA sur d'autres dispositifs, notamment les cofinancements CNSA, permettant ainsi d'engager des actions de fonds, parfois onéreuses, mais prises en charge pour la quasi-totalité de la dépense. Le dossier de demande de fond est à

transmettre en novembre, afin d'obtenir une réponse pour organiser les actions de formations l'année qui suit.

Enfin, pour permettre à l'ensemble du personnel de se sentir plus à l'aise face à ce travail en collaboration avec d'autres professionnels, et pour appréhender avec plus de sérénité les outils de communication nouvellement présent au domicile des personnes aidées, je vais faire en sorte d'accompagner les intervenants les moins qualifiés. La nécessité d'écrire les transmissions, même pour un personnel chargé de l'entretien du cadre de vie, peut se révéler être une véritable épreuve pour celui-ci. En effet, comme je l'ai expliqué plus haut, la difficulté avec l'écrit, la peur d'être jugé par ces professionnels de santé, et d'autres secteurs d'intervention, font qu'actuellement, les cahiers de transmissions ne sont pas, ou peu utilisés, et généralement pas à bon escient. Cette démarche d'accompagnement à l'écrit va aussi valoriser tous les personnels, en leur accordant une place aussi importante dans le dispositif global d'accompagnement de la personne aidée par le SPASAD, que les personnels de soins, et les auxiliaires de vie. Il est vrai que pour une majeure partie des salariés, leur travail ne va pas vraiment évoluer, mais ce sont les pratiques de collaboration, d'apprendre à faire ensemble qui vont devoir s'organiser, et chaque partie devra trouver sa place.

#### B) Les mouvements de personnels attendus

La dynamique de changement va être compliquée à assimiler pour certains salariés. Ce fait trouve plusieurs explications tout à fait cohérentes avec la vie de l'association.

Certains salariés ayant plus de 20 ans d'ancienneté et arrivant au terme de leur vie professionnelle se trouvent en situation délicate pour assimiler un tel changement de pratiques. Ainsi, pour l'année 2017, ce sont 6 personnes qui vont faire valoir leur droit à la retraite. Cela m'interpelle quant à leur implication sur cette démarche de changement. Il me semble délicat de les fragiliser sur leur poste, alors qu'ils ne vont plus l'occuper qu'encore quelques mois seulement. Cette modification de pratiques professionnelles va être subie, douloureuse même pour certains, et suivie d'effets négatifs pour les professionnels, comme les usagers.

Fort de ce constat, j'ai dès à présent évoqué cette problématique avec le médecin du travail, avec qui je m'entretiens deux fois par an, pour revenir sur l'évolution particulière des interventions au domicile, de façon à l'alerter sur la mouvance des besoins des usagers, et les conséquences sur la santé des salariés. En dehors de ces temps de rencontres formalisés, je peux la solliciter à tout moment sur une situation. Le médecin du travail m'avait déjà proposé que, ponctuellement, la psychologue de son service reçoive les salariés en souffrance suite notamment au décès d'un bénéficiaire, qui ravive parfois de douloureux souvenirs d'ordre personnel. Dans le cas présent, c'est la situation de ces

salariés au porte de la retraite qui m'interpellent. Agées de plus de 60 ans, il me paraît inconcevable de les faire intervenir sur des accompagnements de personnes en grandes dépendance. Certes, ces bénéficiaires disposent à leur domicile de tout le matériel technique pour aider au mieux les équipes d'interventions. Toutefois, ces salariés ne se sentent pas en capacité de réaliser les transferts, car épuisés par une activité professionnelle qui sollicite énormément le physique. Bon nombre d'intervenants souffrent déjà de maux de dos, rencontrent des soucis d'articulations. La médecine du travail propose des sessions de formations, ou plutôt de sensibilisation aux gestes et postures, et adapte son discours aux salariés « séniors », pour m'aider à mieux les accompagner dans leur maintien à l'emploi.

Il est en de même pour les salariés qui ne seront pas mobilisés sur ces nouvelles pratiques, car n'ayant ni la formation, ni l'expérience de l'accompagnement de la dépendance. Ce ne sont, en effet, qu'une partie des usagers qui seront concernés par le dispositif SPASAD, soit environ 10 à 15% de l'activité du SAAD. Il ne s'agit pas de constituer un clivage entre les salariés, dont certains seront « spécialistes » de la dépendance, et les autres relégués à des tâches plus matérielles.

Je vais donc mobiliser la responsable de secteur afin de retravailler les fiches de postes, nécessaires au recrutement des nouveaux agents pour remplacer ceux qui seront en fin d'activité, car les salariés présents ne pourront absorber l'ensemble de l'activité du service. Il est important de réfléchir aux compétences souhaitées, qui ont évoluée avec les besoins, car il est fort probable que ces nouveaux salariés se trouvent dans l'obligation de devoir travailler conjointement avec les autres services au domicile. Ce ne sont plus les mêmes attentes qu'auparavant. Le plan de formation va également être élaboré en concertation avec la responsable de secteur, dans le but de cibler les actions les plus pertinentes et en parfaite adéquation avec les demandes des usagers.

Les mouvements de personnels se traduiront également par un travail aigu sur l'articulation des plannings par secteur d'intervention. En effet, l'ABAD fait face à un souci de mobilité de ses salariés. J'ai présenté le territoire d'intervention qui s'étend de plus en plus, mais cela n'est pas sans poser de difficultés d'ordre économique, mais également organisationnelle pour les salariés à pied. Repenser les plannings en sectorisant les salariés va permettre d'optimiser les temps de déplacements qui se trouveront alors réduits, et va offrir aux intervenants non mobile la possibilité d'exercer pleinement leurs missions dans un périmètre restreint, afin de pouvoir être en cohérence avec la situation contractuelle.

### 3.3.3 L'accompagnement au sens logistique

Bien que l'équipe administrative soit constituée de quatre personnes seulement, il n'en demeure pas moins que le changement va également les impacter, dans leurs pratiques professionnelles, et d'un point de vue logistique.

#### A) Un déménagement prévu

Dans le but de symboliser physiquement le rapprochement des deux structures, SSIAD et SAAD, il m'a été proposé des locaux situés dans l'enceinte de centre hospitalier, jouxtant ceux du SSIAD. Compte tenu de la situation financière de l'ABAD qui ne permet pas une grande marge de manœuvre, il a été proposé une convention de mise à disposition. Cela va permettre d'apporter une réponse à plusieurs questions : d'une part, concernant la vétusté des locaux actuels de l'ABAD, non adaptés. Intégrer les locaux attenants à l'hôpital va permettre à l'association de profiter du service de maintenance technique en cas de souci. De plus, et c'est ici que la plus grande valeur est la plus importante, le fait de rapprocher physiquement les deux entités va offrir aux usagers un lieu unique d'information, va renforcer la cohésion des missions conjointes, et faciliter le partage d'information nécessaire au SPASAD.

L'exigence d'un « guichet unique » tel que la formule la loi ASV pour les SPASAD expérimentateurs est ainsi respectée. Les temps d'échanges entre les équipes, l'IDEC référente et la responsable de secteur vont être largement facilités dans cette nouvelle configuration. Enfin, les malades présents en hospitalisation, sur le site de Bolbec, ou sur celui de Lillebonne, trouveront immédiatement une réponse à toutes leur question, compte tenu de la proximité de service proposée, et de la présence dans ce même bâtiment de l'assistante sociale avec qui nous entretenons déjà d'étroites relations.

#### B) Un outil de travail optimisé

Dans le même temps, et pour répondre au cahier des charges du SPASAD, il est opportun de revoir nos logiciels de fonctionnement. Je sais que le service de soins utilise MEDISYS, un logiciel « souche », composé de plusieurs onglets correspondant à l'activité au domicile, aussi bien soin, médico-social et social. L'ABAD utilise également MEDISYS pour sa gestion quotidienne, l'organisation des plannings, la paie, les dossiers des usagers. L'objectif est donc de doter la responsable de secteur, en charge des visites d'évaluations à domicile, de l'organisation et du suivi des dossiers des personnes aidées, ainsi que l'assistante coordinatrice, en charge du suivi des plannings des intervenants, de l'onglet APOZEME, spécifique aux SSIAD et SPASAD, et porté par MEDISYS. Ce dernier permet un partage d'informations selon des critères à sélectionner, notamment qui peut accéder à quel type d'information. L'investissement et la formation à ce logiciel supplémentaire représente un coût de 11 000€, pouvant être éventuellement financé par

l'ARS dans le cadre de l'appel à projet, si l'ABAD est retenue dans la mise en place du SPASAD.

### **3.4 Une dynamique de changement en externe**

Le changement doit se penser en interne et en externe. Il ne s'agit pas d'impulser une démarche orientée sur soi, et ensuite l'imposer aux autres, mais d'engager un travail commun afin de voir naître une émulation commune vers un projet commun, dans un souci d'amélioration de la qualité de service pour l'utilisateur.

#### **3.4.1 Des rapprochements pivots pour ce projet**

Le SPASAD est un service polyvalent d'aide et de soin. La polyvalence requiert un ensemble de compétences qui mobilise plusieurs partenaires.

##### **A) Avec le centre hospitalier**

Ainsi, pour répondre au mieux aux besoins émergents des usagers, je me suis rapprochée du CHI Caux Vallée de Seine, qui était sensibilisé à une telle démarche par notre action conjointe avec le SSIAD, bien qu'informelle.

J'ai travaillé en binôme avec le directeur de la filière gériatrique du CHI à la formalisation du partenariat. Cela va donc se réaliser sous la forme d'une convention de partenariat.

Cette étape représente un premier pas vers la coopération de nos services. Il me paraît effectivement important, en termes de temps, d'analyser l'évolution, la stabilité, ainsi que la pratique de cette coopération à long terme. Le changement va, en effet, venir impacter nos méthodes de travail respectives, les personnels des deux services, les administrateurs, qui souhaitent engager la structure en s'appuyant sur une vision et des indicateurs à moyen terme. La concrétisation de ces actions ne doit pas s'élaborer dans l'urgence et la précipitation, au risque d'appauvrir la qualité de service que nous tendons à proposer aux usagers.

L'aboutissement sera la contractualisation du CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens) lors de la concrétisation du SPASAD, qui précisera les missions et obligations des parties signataires et permettra la contractualisation des moyens à la réalisation des objectifs poursuivis.

Ce travail de collaboration ne va pas se faire exclusivement autour des domaines administratifs et de gestion, mais va permettre d'engager un véritable travail autour des salariés, en bénéficiant de moyens portés par l'hôpital et proposés à notre association. Ainsi, une réflexion est déjà entamée sur les actions de formations communes à nos personnels, sur une sensibilisation à la bientraitance, aux gestes et postures par exemple, en s'appuyant sur les professionnels de l'établissement. Cela va limiter les soucis de mobilité rencontrés lors de l'organisation de certaines actions de formation, et va

permettre de limiter les coûts engendrés par ces actions. La convention de partenariat prévoit en effet un travail en commun autour de l'utilisateur à son domicile, mais aussi un accompagnement pertinent des intervenants, avec la mise en place d'analyses des pratiques menées par le psychologue par exemple.

Le partenariat avec le CHI va aussi permettre de décliner une offre de service orientée autour de la prévention, axe majeur du travail de SPASAD, et nouvelle proposition d'offre de service pour l'ABAD. Je développerai ci-après les actions de prévention prévues au plan d'action.

#### B) Avec les acteurs du domicile

Comme je l'ai expliqué en seconde partie, le domicile revêt plusieurs formes, et les interventions du personnel de l'ABAD se font aussi bien en zone rurale, qu'en zone urbaine, aussi bien dans de petits pavillons, que dans des logements foyers, maintenant devenus « résidence autonomie ». Etant en étroite relation avec la directrice du CCAS de BOLBEC, compte tenu que certains usagers auprès desquels l'ABAD intervient soulèvent plusieurs problématiques d'ordre social, je sais que le CCAS organise des actions de préventions, principalement dans les résidences autonomie, lieu où logent les résidents les plus fragiles mais non dépendants. D'un commun accord avec le directeur de la filière gériatrique, j'ai expliqué à la directrice du CCAS les perspectives d'évolutions de l'ABAD et le projet SPASAD en soulignant le bien-être et le confort d'intervention apporté. Dans cette perspective, je dois mettre en place des actions de prévention auprès des usagers présentant des situations à risques. Les résidences autonomies organisent déjà certaines actions de prévention via des intervenants extérieurs, et il me paraît logique de ne pas faire « doublon » dans cette démarche, au risque de laisser les principaux destinataires. Je présente les thématiques prévues dans le plan d'action SPASAD, thématiques qui seront abordées individuellement pour chaque bénéficiaire concerné. Toutefois, dans une démarche d'ouverture, et de proposition de services aux plus grands nombres, je propose à la directrice du CCAS de réfléchir à une démarche de prévention globale, qui pourra correspondre aux bénéficiaires de l'ABAD non concernés par le SPASAD, et qui, par conséquent, ne pourraient accéder aux actions de prévention prévues dans ce projet.

Cela vient aussi s'articuler avec une autre problématique qui est celle des projets personnalisés des bénéficiaires. En effet, l'ABAD a mis en place les projets personnalisés pour ses usagers. Les résidences autonomies, soumises à la loi 2002-2 du 02 janvier 2002 doivent également les mettre en place. Le SSIAD, dans le cadre de ses missions, est aussi soumis à cette obligation pour ses patients. Cette multiplication de projets personnalisés isolés, rédigés de façon cloisonnée trouve-t-elle encore un sens dans une démarche de mutualisation, de travail commun autour de l'utilisateur ? Je pense que non, et

qu'il est indispensable de penser les projets personnalisés en co-construction, afin de ne pas « noyer » l'utilisateur sur des objectifs isolés, et indépendants les uns des autres. La directrice du CCAS me rejoint dans cette vision et souhaite engager un groupe de travail autour de cette question, afin de rendre plus lisible les projets personnalisés. La constitution d'un groupe de travail auquel je vais participer est ainsi décidé, en y associant les autres services du domicile.

Intervenant dans deux résidences autonomes sur le territoire gérées par une société d'économie mixte immobilière, j'ai accompli la même démarche auprès du directeur de ces résidences. Après avoir recensé le nombre de bénéficiaires auprès desquels les auxiliaires de vie de l'ABAD interviennent au sein de ces structures, je lui ai présenté le projet SPASAD et toutes les articulations autour de l'utilisateur qui pouvaient être mobilisées. Sensible à mon discours, nous avons également convenu d'un partenariat qui reste à définir autour des projets personnalisés.

### C) Des outils communs

Pour permettre le fonctionnement harmonieux et simplifié du SPASAD, il nous faut réfléchir à des outils de fonctionnement communs. Les premiers sont les outils communs d'évaluation, qu'il faut repenser et articuler simplement pour permettre une appropriation rapide. Un groupe de travail est constitué, composé de la Responsable de secteur de l'ABAD, l'infirmière responsable du SSIAD, et les directeurs respectifs des deux services va se réunir début octobre, dans le but d'élaborer la fiche d'évaluation à chaque étape du bénéficiaire dans le dispositif. De plus, les outils partagés, aussi bien sur le logiciel informatique, qu'en version papier, telles que les fiches de liaison, le dossier de l'utilisateur sont également à imaginer. Il faut veiller à respecter le secret médical, s'assurer que les données seront protégées. De plus, lors de l'admission d'une personne pour le SAAD, mais dont la santé ne sollicite pas le SSIAD au départ, comment articuler l'évaluation ? Il faut anticiper l'ensemble des cas de figures possibles, afin de ne pas perturber le bénéficiaire lors de son suivi.

Je travaillerai avec le directeur de la filière gériatrique sur les outils communs de la loi 2002-2. Il est effectivement prévu de contracter avec l'utilisateur un contrat de prestation, de lui fournir un livret d'accueil, un règlement de fonctionnement, et d'élaborer un projet personnalisé. La solution de facilité aurait été de « distribuer » les documents déjà existants de chaque service, et de conclure à un projet pour chaque service, mais cela ne trouve aucune cohérence au regard du projet de coordination au domicile. Il nous apparaît indispensable de formaliser des documents ad hoc, symbolisant le nouveau service mis en place. Il en sera de même pour les outils de communication à destination des professionnels et partenaires.

### **3.4.2 L'accompagnement des usagers**

Les usagers vont être impactés par ce changement de pratiques, surtout dans le fait que les choses vont se mettre en place autour d'eux. Leur domicile va rester leur domicile, ils garderont leur libre arbitre quant aux actions à mettre en place, et le tout ne se fera qu'avec leur accord. C'est surtout la communication qu'il va falloir repenser pour présenter le SPASAD. Pour ce faire, je me suis appuyée sur le retour des questionnaires de satisfaction que j'ai recueilli en mars 2016. Parmi les questions, j'ai volontairement demandé quel type d'actions particulières les bénéficiaires pouvaient attendre d'une association comme la nôtre, en précisant que cela devait garder un lien avec nos missions et nos valeurs fondamentales. J'ai élargi le champ de réponse aux membres de familles, aidants. J'ai obtenu en retour des réponses parfois « hors sujet », mais je me suis rendue compte que les aidants attendaient une meilleure coordination des services intervenant auprès de leur proche. De plus, la multiplication des personnes dites « référentes » de leurs parents semble les perturber davantage que les aider.

Ce constat a renforcé mon idée de poursuivre le projet de SPASAD. Courant juin, j'ai d'abord formalisé un document en interne, concernant l'ABAD et nos modalités de fonctionnement, en précisant qui la personne devait contacter en cas de besoin. Je l'ai intégré dans une sorte de journal que j'ai voulu ludique et simple à réaliser, dans lequel j'ai ajouté la présentation du SPASAD, en expliquant brièvement et simplement les tenants et les aboutissants de ce dispositif. J'envisage de donner périodiquement ce journal à tous les usagers de l'ABAD. Je souhaite que la communication s'établisse, que ce partage d'information suscite des questions autour de nos pratiques.

### **3.4.3 La prévention : un axe majeur dans l'offre de service**

La loi ASV prévoit dans son titre I l'accompagnement à la prévention de la perte d'autonomie. Cela s'adresse aux personnes aidées, mais également aux aidants, bien souvent épuisés moralement et physiquement.

Je travaillais déjà sur cette question avec ma responsable de secteur depuis environ un an, dans la mesure où elle est en charge des évaluations à domicile. Nous avons formalisé une grille de repérage simple, qu'elle complétait lors de sa première visite au domicile, avant toute prise en charge, afin d'avoir une vision des points de vigilance à garder à l'esprit tout au long de l'intervention. Cela portait aussi bien sur l'isolement, la présence d'un aidant, quotidienne ou non, des difficultés liées à la santé, la maladie. Mais il était difficile de proposer une action concrète et pertinente, dès lors que l'ABAD ne dispose pas de diététicienne, de kinésithérapeute, d'ergothérapeute par exemple. Nos actions se limitaient, dès la survenance d'un problème, à la mise en contact avec le réseau de coordination gérontologique, le CLIC, et les dispositifs existant d'aide au répit pour les aidants, dans le cas de personnes usées par un proche souffrant de troubles

cognitifs. Nous n'apportons pas de réelle solution, nous étions juste une plate-forme de transmissions d'informations, ce qui ne me satisfaisait pas.

J'ai donc expliqué mon sentiment à la responsable du SSIAD en début d'année, dans la mesure où nous intervenions conjointement sur des situations de plus en plus complexes, et concernées par cette « veille préventive » que nous tentions de mettre en place. Nous avons constitué un petit groupe de travail, avec la responsable de secteur de l'ABAD, la responsable du SSIAD et moi-même, afin de recenser ce que j'ai nommé les points de vigilance au domicile. Lors des évaluations réalisées par l'infirmière responsable du SSIAD, des réunions de coordination avec le réseau gérontologique, des problèmes peuvent être décelés, que nous, service d'accompagnement à domicile et donc, hors champ sanitaire, ne pouvons pas forcément soupçonner. Ce n'est pas pour autant qu'il faille en faire abstraction. La méconnaissance d'un élément de vie, physiologique, pathologique, tout en respectant le secret professionnel de rigueur, peut avoir de lourdes conséquences.

Une fois ce recensement effectué, nous avons cherché comment répondre de façon efficiente aux diverses thématiques énoncées. Nous avons présenté, la responsable du SSIAD et moi-même, ce constat au directeur de la filière gériatrique, en soulignant le fait que l'hôpital disposait de professionnels aptes à répondre à une partie des problématiques soulevées. Ayant déjà évoqué le projet SPASAD, il nous a semblé logique d'intégrer la dimension de prévention de grande ampleur dans ce projet. Le but est de permettre le maintien au domicile dans les meilleures conditions possibles des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap. Nous avons mis en place une stratégie coordonnée de prévention des vulnérabilités, faisant appel au réseau territorial, en vue de prévenir les risques de perte d'autonomie.

Ces actions sont au nombre de neuf :

- Prévention de la dénutrition
- Maintien de l'activité physique
- Prévention des chutes
- Prévention de l'isolement social
- Prévention de l'iatrogénie médicamenteuse
- Prévention de la douleur
- Prévention de la maltraitance
- Le soutien aux aidants
- Les soins palliatifs et la fin de vie

Ces actions font écho aux divers risques évoqués dans la seconde partie de mon écrit. Ce sont en effet des risques réels et pouvant précipiter, s'ils ne sont pas considérés et évalués, la personne aidée dans une démarche hâtive d'institutionnalisation irréversible et

subie. Pour ce faire, de multiples ressources vont être mobilisées. Toutefois, il n'est pas question d'obliger l'utilisateur à accepter sans rechigner l'ensemble des actions possibles à mettre en place. Il reste décideur de sa situation, et doit valider ce plan d'action préventif qui lui sera proposé à son entrée dans le SPASAD. Une évaluation qui portera sur des indicateurs pertinents sera réalisée au domicile afin d'identifier les risques potentiels ou existants. Le médecin traitant pourra être sollicité, afin de mieux cibler l'action à définir pour son patient, en l'adaptant à sa pathologie, sa situation de santé, son handicap. La dimension partenariale prend ici tout son sens, avec l'avantage de bénéficier du plateau technique et des nombreux professionnels présents au sein du centre hospitalier.

Concernant la dénutrition, il pourra être proposé un entretien avec la diététicienne du centre hospitalier au domicile de la personne, afin d'élaborer un bilan et de proposer un plan d'action. Le suivi se fera avec les intervenants, via une fiche de surveillance alimentaire, par exemple.

Le kinésithérapeute pourra également être sollicité au domicile, dès lors qu'un risque de chutes sera détecté. Un partenariat est également prévu avec les ergothérapeutes de l'Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA), qui est une équipe intervenant sous un forfait de 20 séances, au domicile du patient, en soutien à l'aidant. La personne pourra également être orientée vers la consultation gériatrique du CHI, assurée par deux médecins gériatres, assistés d'une neuropsychologue. A l'issue de cette consultation, des orientations peuvent être proposées, comme la nécessité de mettre en place divers services au domicile, de renforcer l'existant, d'intégrer la personne aidée dans un accompagnement avec l'ESA, ou l'accueil de jour par exemple.

Le financement de ces actions devrait se faire via la conférence des financeurs. Suite à la publication de la loi ASV, chaque département doit mettre en place ce qui est nommé « une conférence des financeurs » de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. Cette conférence est chargée d'élaborer des programmes coordonnés de financement des actions individuelles et collectives de prévention, ainsi que celles concernant la mise en place d'aides techniques. Les missions des conférences sont, entre autres, la coordination et l'appui des actions de prévention mise en œuvre par les SAAD et par les SPASAD, ainsi que le soutien aux actions d'accompagnements des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie. Je n'ai mentionné ici uniquement les missions orientées vers les SAAD et SPASAD.

#### **3.4.4 L'aide aux aidants**

Pour ce faire, je me suis fortement appuyée sur la recommandation de bonnes pratiques publiée en novembre 2014<sup>77</sup>. Celle-ci décline en plusieurs étapes comment intégrer les

---

<sup>77</sup> ANESM, novembre 2014, *Le soutien des aidants non professionnels*.

aidants dans la démarche d'accompagnement, comment les soutenir, parfois malgré le déni de la situation d'épuisement qu'ils subissent. Quatre étapes sont présentées :

- La reconnaissance de complémentarité entre les personnes aidantes non professionnelles et les professionnels ;
- La mobilisation des dispositifs ressources du territoire pour les personnes aidantes non professionnelles ;
- La prévention, le repérage et la gestion des risques d'épuisement ;
- La gestion des situations sensibles.

J'ai cherché à développer chacun de ces axes de travail en fonction des ressources présentes sur le territoire, en mobilisant le réseau que j'ai intégré au fil du temps en dirigeant l'association. Cette mobilisation va de pair avec les préconisations de la Loi ASV, qui positionne les aidants comme des acteurs à part entière dans le maintien à domicile, qui ont besoin d'assistance, de répit, afin de pouvoir assumer leur rôle en se préservant.

Ainsi, les dispositifs déjà en place vont permettre de proposer aux aidants des solutions de répits. Présents sur le territoire, ils permettent de soulager l'aidant par différentes actions. J'ai participé au groupe de travail relatif à la plate-forme de répit portée par un EHPAD situé à une trentaine de kilomètres, afin d'avoir une connaissance fine de cette action, pour pouvoir orienter les usagers qui me semblent concernés. Le but de cette plate-forme est de réceptionner les demandes de répits des aidants à bout de souffle, et de mandater une structure partenaire pour intervenir, selon le souhait du demandeur. L'ABAD est partenaire de ce dispositif, avec d'autres structures du maintien à domicile, afin de couvrir un très vaste territoire. L'objectif est de proposer au plus grand nombre, quel que soit sa situation géographique sur le territoire une solution appropriée. Cette structure de répit est autorisée depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2016. Pour le moment et à la vue de sa récente « mise en service », aucune demande n'a été faite. Mais l'information auprès des usagers pouvant être concerné a été relayé depuis environ 3 mois, afin de sensibiliser les aidants aux dispositifs qui se mettent en place pour les soutenir.

Sur le CHI, c'est l'accueil de jour qui existe depuis 10 ans maintenant qui peut accueillir les patients atteints de troubles cognitifs afin d'une part de soulager l'aidant omniprésent et bien souvent épuisé, et d'autre part, de faire participer la personne aidée à des activités adaptées à sa situation. Ainsi, un jardin thérapeutique vient d'être inauguré. Il permet aux malades de retrouver des gestes familiers, peu à peu oubliés, et de maintenir une certaine motricité au niveau des mains et des bras. Une réunion d'information et de présentation du « bistrot mémoire », dont l'ABAD a aussi œuvré en groupe de travail, aura lieu mi-octobre. Ce rendez-vous mensuel, ouvert à toutes les personnes concernées de près ou de loin par l'accompagnement d'un proche souffrant de troubles cognitifs ou

de pathologies apparentées, peuvent venir discuter, échanger avec d'autres personnes souffrant de la même situation. Des animations pour les malades sont proposées, et ce lieu est l'occasion de prendre connaissance des solutions alternatives existantes pour soulager l'aidant, prendre en charge le patient, aussi bien à domicile qu'en structure telle qu'un accueil de jour par exemple.

Les actions de prévention et la gestion des situations sensibles sont intégrées dans les services de prévention proposés dans le cadre du SPASAD et décrites dans le précédent paragraphe.

### **3.5 L'évaluation du projet**

L'évaluation du projet s'entend sous deux aspects. D'abord, l'évaluation des besoins du bénéficiaire, mais aussi l'évaluation de la prestation réalisée auprès du bénéficiaire, et enfin l'évaluation globale du service intégré.

#### **3.5.1 L'évaluation des besoins.**

Ce cahier des charges du SPASAD intégré précise que l'évaluation des besoins de la personne aidée doit être réalisée par l'infirmier coordonnateur. A charge pour lui ensuite d'assurer la coordination des services afin de permettre la réalisation des prestations adaptées aux besoins soulevés dans l'évaluation. Mon orientation quant à l'évaluation au domicile est plutôt d'associer la responsable de secteur à cette première évaluation des besoins, avec l'IDEC. J'y perçois des avantages importants pour le bénéficiaire. D'une part, ce dernier ne va avoir qu'une visite, avec deux interlocuteurs qui pourront répondre à l'ensemble de ses interrogations, ses angoisses quant à la mise en place de l'aide autour de lui. De plus, il n'est pas forcément évident pour la responsable de secteur de se familiariser avec le fonctionnement du SSIAD, notamment en termes de vocabulaire. Le fait d'être présente simultanément avec l'IDEC va lui permettre d'avoir une vision globale de la situation, d'un point de vue du soin, et d'un point de vue social, tout en assurant la sécurité du partage d'information. Dans le même temps, l'IDEC va elle aussi prendre connaissance des dispositions du SAAD, et va pouvoir se familiariser aussi avec les pratiques du service.

Cette première évaluation se fera systématiquement au domicile. Par la suite, une seconde évaluation, durant l'accompagnement aura lieu à l'issue du premier mois d'intervention du SPASAD. Elle aura pour but de réévaluer les besoins de la personne, de procéder à un réajustement des actions.

Dans la mesure où les interventions du SSIAD ne peuvent excéder trois mois, sauf dans des cas exceptionnels ou un renouvellement de la prise en charge de trois mois supplémentaire peut être validé, une dernière évaluation aura lieu à trois mois. Il sera

question alors du devenir de l'utilisateur dans le SPASAD, et du passage de relais vers le SAAD, ou une autre structure en fonction de sa situation de santé et de ses besoins.

Il convient de noter que cette évaluation des besoins doit se faire avec un outil commun, une grille d'évaluation lisible à la fois pour l'IDEC, comme pour la responsable de secteur. Ainsi, s'il arrive que l'une ou l'autre soit absente pour la primo évaluation, il sera toujours possible de la réaliser avec l'appui de ce document réalisé conjointement par les deux services. C'est un des groupes de travail dont l'action va débuter d'ici la fin du mois de septembre. La responsable de secteur va participer à ce groupe de travail afin qu'elle puisse s'approprier cet outil, et que débute ce travail de coopération avec le SSIAD. Ce sont en effet deux cultures, deux institutions qui doivent se rejoindre et travailler ensemble avec un objectif commun qui est d'assurer la qualité de service pour la personne aidée. Cela prend du temps, ne s'apprend pas, et ne s'impose pas.

### **3.5.2 L'évaluation de la prestation réalisée**

Après avoir réalisé l'évaluation des besoins du bénéficiaire vient le temps de la réalisation, de la formalisation de l'accompagnement. La personne va donc devoir accueillir à son domicile plusieurs intervenants, de structures et de cultures différentes, qui vont concourir à son bien-être. Il faut s'assurer que les actions menées au domicile correspondent bien à la demande et aux besoins. Les visites prévues vont permettre de recueillir l'avis de la personne aidée, concernant les intervenants, mais surtout à propos de la coordination du service, point fort de cette démarche intégrée. Il faut s'assurer de la plus-value du dispositif.

Une solution envisagée mais pas encore arrêtée est la constitution d'un questionnaire de satisfaction remis à l'utilisateur lors de cette rencontre, qu'il complète à sa guise et renvoi au service pour analyse. Les items doivent bien sûr concerner le service, la gestion de la communication en interne, au domicile, la transmission des informations, le respect de la parole et des choix du bénéficiaire. C'est une étape primordiale que d'avoir ce retour rapidement, pour ajuster, rectifier, améliorer les modalités du service afin de l'inscrire dans un processus d'amélioration continue de la qualité.

Les outils de communication présents au domicile, comme un classeur de transmissions, un cahier de liaison, une fiche d'intervention, qui feront l'objet d'un groupe de travail dédié pour être élaborés avec des membres de chaque équipe d'intervenants de chaque service, seront également réinterrogés via ce questionnaire, afin de connaître la perception de la personne aidée sur ces outils, au fil du temps.

### **3.5.3 L'évaluation globale du service**

Etant un établissement médico-social, le SPASAD est soumis à la réglementation au même titre que n'importe quel établissement du même type, notamment en termes de recueil de la satisfaction de l'utilisateur.

Ainsi, la question d'un questionnaire ou d'une forme de participation active organisée de façon annuelle se pose, dans la mesure où les usagers concernés sont en difficulté pour se déplacer, parfois s'exprimer, et présentent pour certains des troubles de la cohérence.

La solution envisagée pour répondre à cette exigence serait la distribution d'un questionnaire plus conséquent, regroupant à la fois des questions portant sur le SAAD, sur le SSIAD, et sur le SPASAD, en précisant que les questions sur cette dernière partie ne doivent être complétées uniquement par les personnes bénéficiant ou ayant bénéficié de la prestation dans le cadre du SPASAD.

Sur l'ensemble des outils d'évaluation, le groupe de travail, dont je fais partie, est encore en interrogation sur la forme à valider : entretien au domicile pour entendre la personne, qui sera peut-être plus en confiance pour se confier quant à un dysfonctionnement, une situation qui lui fait souci, questionnaire à remplir... ?

Parallèlement, cette question de l'évaluation du service vient rappeler que le SPASAD est soumis à l'évaluation interne, et externe. J'ai alerté la direction du CHI dans la mesure où le SPASAD sera constitué de deux services distincts, mais travaillant ensemble sous une forme intégrée. Or, le calendrier d'évaluation de l'ABAD est remis en question avec la loi ASV et le processus d'autorisation qui s'enclenche pour les SAAD d'une façon générale. En principe, une évaluation externe devrait être programmée pour l'année 2017, afin de repositionner l'ABAD dans un calendrier classique, et d'harmoniser la structure avec l'ensemble des établissements soumis à cette obligation réglementaire. Le SSIAD a, lui aussi son propre calendrier, différent de l'ABAD. Dans quelle mesure articuler les évaluations internes et externes afin de faciliter cette démarche, qui mobilise beaucoup de temps ? Les premiers échanges sur ce sujet nous amènent à penser, le directeur de la filière gérontologique et moi-même, qu'une harmonie entre les évaluations des trois services, SAAD, SSIAD et SPASAD serait la meilleure option pour apporter une certaine cohérence dans la démarche de projet. Je resterai vigilante quant à ce point de travail.

### **3.5.4 Des indicateurs de suivis pour l'ensemble du projet**

Dans le cadre de l'expérimentation des SPASAD, des indicateurs de suivis doivent être définis en comité de pilotage national afin d'évaluer l'action des SPASAD à l'échelle nationale, et de réajuster les pratiques si nécessaires. Nous avons déjà fixé un certain nombre d'indicateurs pour le SPASAD de Bolbec qui nous semblent significatifs et pertinents pour assurer une évaluation de l'action cohérente et efficiente. En plus des

indicateurs de suivi de l'activité, avec le nombre d'entrants dans le service, les sortants et les motifs, les indicateurs seront répartis par thématique. Certains concerneront l'objectif d'intégration du service, avec la mutualisation de moyens entre le SAAD et le SSIAD, le guichet unique, la pertinence des outils de communication communs, d'autres permettront de suivre et d'évaluer la pertinence de la réponse en termes de coordination au sein du service SPASAD. La coordination externe du SPASAD sera également évaluée. Une attention toute particulière sera portée sur le respect du droit des usagers, qui sera évalué également.

Les actions de prévention auront-elles aussi des critères d'évaluation, aussi bien par rapport à l'activité, en individuelle, ou de façon collective, mais également sur la pertinence et l'adéquation entre les besoins et la proposition apportée.



## Conclusion

La présentation de l'ABAD et de son public aidé, des besoins évolutifs très différents de ceux d'avant, mettent en évidence la nécessité de repenser l'action et le maintien à domicile. L'accroissement des situations de dépendance obligent les services à se doter d'outils de plus en plus performants pour pouvoir assurer une organisation optimale. Les compétences exigées pour accomplir les gestes de la vie quotidienne sont aussi bien différentes. Les auxiliaires de vie les plus anciennes se souviennent du temps où elles prenaient leur temps pour écouter la personne aidée. Les contraintes organisationnelles, les moyens limités des organismes financeurs, et les actes techniques de plus en plus complexes à réaliser auprès des bénéficiaires font que les interventions sont raccourcies, ciblé vers l'essentiel. Toutefois, le maintien à domicile représente une ligne de conduite des politiques sociales depuis quelques temps, le rapport LAROQUE évoquant déjà l'importance de maintenir les personnes chez elles, et d'entretenir le lien social.

La récente loi de l'Adaptation de la Société au Vieillessement démontre une nouvelle fois que les politiques sociales et médico-sociales attachent de l'importance à cette problématique. Cela représente en effet une multitude d'enjeux, aussi bien d'ordre économique, social, sociétal ou sanitaire.

Afin de pouvoir engager la structure dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, j'ai souhaité approfondir les diverses questions émanant de ces constats. Ainsi, j'ai pu être confortée dans certaines visions que je me faisais du domicile, de l'évolution des usagers de demain. Mon attention a été attirée par la nécessité de repenser l'association dans son ensemble, et pas seulement sous l'angle de la compétence des salariés. Il est indéniable que l'action du domicile de demain ne pourra pas se faire sans une démarche d'ouverture, de partenariats, de mutualisation. Les politiques sociales nous incitent d'ailleurs à décroisonner les institutions, à « abattre les murs » pour servir au mieux l'usager. Un service d'aide à domicile ne peut effectivement pas répondre à une problématique de soins, posée par la dépendance au domicile. Ainsi, après avoir défendu ce projet auprès du conseil d'administration, j'ai pu engager des rapprochements efficaces, en mettant à profit les collaborations efficaces, bien qu'informelles, qui étaient déjà installées avec les professionnels du secteur en vue de la concrétisation d'un SPASAD.

Le SSIAD intervenant sur notre territoire, porté par le Centre Hospitalier Intercommunal Caux Vallée de Seine a été sensible à ma démarche, et nous avons très rapidement engagée des projets communs, comme par exemple la réponse conjointe à l'appel à projet lancé par notre ARS cet été.

Notre objectif commun est de tendre à proposer une réponse adaptée à tout usager se trouvant dans une situation de dépendance, et ayant besoin de soins à domicile, mais

également d'accompagnement. L'organisation de dispositifs de prévention des risques sera une plus-value pour ce service, avec l'appui du plateau technique du CHI, et des nombreux professionnels présents et déjà engagés dans des démarches similaires.

Je perçois dans ce projet SPASAD une réelle opportunité pour l'ABAD, association existant depuis plus de 40 années sur le territoire, et ayant besoin d'un challenge pour se ressourcer, se remettre en question, et s'intégrer dans des nouvelles offres de services.

A l'heure où je rédige cet écrit, l'ARS n'a pas encore donné sa réponse quant à l'appel à projet aboutissant sur la contractualisation d'un CPOM pour symboliser le début de l'expérimentation SPASAD. Toutefois, la direction du CHI et l'ABAD avons souhaité travailler conjointement quoiqu'il arrive, conscient que la dépendance des bénéficiaires n'allait pas décroître. Nos pratiques mutualisées actuelles nous le démontrent chaque jour.

Par conséquent, le plan d'action présenté en annexe verra peut-être quelques modifications et ajustements, en fonction de l'apport financier que nous pourrions obtenir.

Le volet prévention du SPASAD permettra un accompagnement et un levier d'aide au maintien à domicile. L'ABAD souhaite pérenniser ses actions en s'orientant dans ses projets autour des 3 grands axes de la Loi ASV, qui sont : L'anticipation et la prévention de la perte d'autonomie, L'Adaptation de la Société au Vieillessement et l'accompagnement de la perte d'autonomie.

---

# Bibliographie

---

## Ouvrages lus ou consultés

- BOURDELAIS P., 1995, *L'Age de la vieillesse*, Paris Odile Jacob, p.197-198.
- BOURDIEUX P., 2002, *Question de sociologie*, Paris, Editions de Minuit, 288 pp.
- CARADEC V., 2008, *Sociologie de la Vieillesse et du Vieillissement*, coll « 128 », 2<sup>ième</sup> édition, Paris, Armand Colin, 128 p.
- Dictionnaire historique de la langue française (1992). Maintenir, Paris, Dictionnaire Le Robert, p.1169
- Dictionnaire Le Nouveau Petit Robert (1994). Maintenir, p.1328
- DJAOUI E., 2014, *Intervenir au domicile*, 3<sup>ème</sup> édition, Rennes : Presses de l'EHESP, p 49-60
- LAROQUE P., 2014, *Commission d'étude des problèmes de la vieillesse du Haut comité consultatif de la population et de la famille. Rapport Laroque*, Paris, L'Harmattan, 433 p.
- MISHARA B.L, RIEDEL R., 1984, *Le vieillissement*, 3<sup>ième</sup> édition, Paris, Presses Universitaires de France, 352 pp.
- NOBLE F., 2011, « Diriger et manager une entreprise associative d'action sociale » in BATIFOULIER F. / eds, *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, p.295.
- PAQUET M., 1999, *Les professionnels et les familles dans le soutien aux personnes âgées dépendantes*, Paris : L'Harmattan, p.74
- RAGUENES R., 2007, *Aide à domicile : le soutien aux personnes âgées et la polyvalence professionnelle*, 4<sup>ième</sup> édition, Paris : Edition Frison-Roche, p.35
- VEYSSET-PIIJALON B., 1989, *Dépendance et vieillissement*. Paris : L'Harmattan, 171 p.
- VEYSSET-PIIJALON B., 2006, *Nouveau dictionnaire critique d'action sociale*, Paris, édition. Bayard, p.146-147

## Lois, Décrets, Textes réglementaires

- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION. Décret n°53-1186 du 29 novembre 1953 relatif à la réforme des lois d'assistance [en ligne], journal officiel du 03 décembre 1953. [visité le 10 janvier 2016], disponible sur internet : [https://www.legifrance.gouv.fr/jo\\_pdf.do?id=JORFTEXT000000507984](https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000507984)

- BORLOO Jean-Louis. Arrêté du 24 novembre 2005 fixant le cahier des charges relatif à l'agrément « qualité » prévu au premier alinéa de l'Art.L.129-1 du Code du Travail. Journal officiel n°285 du 08 décembre 2005, p.18906.
- CHIRAC J., JOSPIN L., GUIGOU E., LEBRANCHU M., VAILLANT D., ROYAL S., KOUCHNER B., GUINCHARD-KUNSTLER P. Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. [en ligne]. Journal officiel, n°167 du 21 juillet 2001. [visité le 18 janvier 2016], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000406361&categorieLien=id>
- CHIRAC J., JOSPIN L., GUIGOU E., LEBRANCHU M., VAILLANT D., ROYAL S., KOUCHNER B., GUINCHARD-KUNSTLER P. Loi 2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel, n°2 du 03 janvier 2002, p.124.
- HAS, Juillet 2014 Cahier des charges pour la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient (ETP), dans le cadre de l'expérimentation PAERPA [visité le 20 aout 2016], disponible sur internet : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1742730/fr/mise-en-oeuvre-de-l-education-therapeutique-dans-le-cadre-de-l-experimentation-paerpa](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1742730/fr/mise-en-oeuvre-de-l-education-therapeutique-dans-le-cadre-de-l-experimentation-paerpa) [visité le 20 aout 2016], disponible sur internet : <http://www.ars.sante.fr/Parcours-de-sante-des-aines-P.93674.0.html>
- JOURNAUX OFFICIELS. Convention collective de la Branche de l'Aide, de l'Accompagnement, des soins et des services à Domicile, Journal officiel n°3381 du 21 mai 2010.
- MINISTERE DE LA SANTE. Loi N° 2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [en ligne]. Journal officiel, n°303 du 05 mars 2002. [visité le 25 janvier 2016], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>
- MINISTERE DE LA SANTE. Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004, relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile [en ligne]. Journal officiel, n°148 du 27 juin 2004, [visité le 28 juillet 2016], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000801170&categorieLien=id>

- MINISTERE DE L'EMPLOI, DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT. Loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale [en ligne]. Journal officiel n°173 du 27 juillet 2005. [visité le 11 janvier 2016], disponible sur internet :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000632799&categorieLien=id>
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. [en ligne]. Journal officiel 0301 du 29 décembre 2015 [visité le 11 janvier 2016], disponible sur internet :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2015/12/28/AFSX1404296L/jo>
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n° 2016-502 du 22 avril 2016 relatif au cahier des charges national des services d'aide et d'accompagnement à domicile et modifiant le Code de l'Action Sociale et des Familles. [en ligne]. Journal officiel, n°0097 du 24 avril 2016. [visité le 10 mai 2016], disponible sur internet :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032447240&categorieLien=id>

### **Revue, publications**

- ANESM, novembre 2014, *Le soutien des aidants non professionnels*.
- AGENCE NATIONALE DES SERVICES A LA PERSONNE. 2013, *Services à la personne – Maintien à domicile des personnes âgées – Une contribution*.
- 
- 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
- BOULMIER M., Mars 2011, « Habitat, territoires et vieillissement : un nouvel apprentissage », *Gérontologie et société*, 2011/1, n°136, p.33
- BRESSE S., *Retraites et société*, 2/2003, n°39, p.119-143
- FONDATION DE France, Juin 2013, Etude, « *Les solitudes en France* ».
- GAULLIER X., 1986, « Quel avenir pour le maintien à domicile des personnes âgées », *Revue Française des Affaires Sociales*, n°2, pp.26-27.
- GUERIN S., 2013, *Gérosopie pour les décideurs en gérontologie*, n°31.
- PELLISSIER J., juin 2013, « A quel âge devient-on vieux ? », *Le Monde Diplomatique*, n°711, pp. 13-15.

- PUISSANT E., 2010, *La relation associative d'aide à domicile : spécificité, remises en cause, résistances*. Thèse de doctorat en sciences économique. Université de GRENOBLE, 429 p.
- 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 (DGCS), p.7

### **Sources internet pour publication, documents, divers**

- BRACHET P., Partenariats et services publics, l'Association des directeurs de bibliothèques départementales de prêt. [visité le 03 septembre 2016], disponible sur internet : <http://adbdp.web03.b2f-concept.net/spip.php?article419>
- ENNUYER B., « 1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile », et sur la notion de « libre choix » de son mode de vie », *Gérontologie et Société* 4/2007 n°123, p.153-167. [visité le 10 janvier 2016], disponible sur internet : <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2007-4.htm>
- [Campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie8/site/html/cours.pdf](http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie8/site/html/cours.pdf)
- <http://michel.cavey-lemoine.net/spip.php?article56>
- <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-logement-independant-et-beneficier-de-services/les-beguinages>
- [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte\\_2007\\_affiche-2.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_2007_affiche-2.pdf)
- LAHARY D., Esquisse d'une théorie de partenariat pour servir dans la pratique. [visité le 03 septembre 2016], disponible sur internet : <http://www.adbdp.asso.fr/index.php/la-doc/cr-journees-d-etude/46-allocutions-de-cloture/290-theorie-partenariat>
- [www.silvereco.fr](http://www.silvereco.fr)

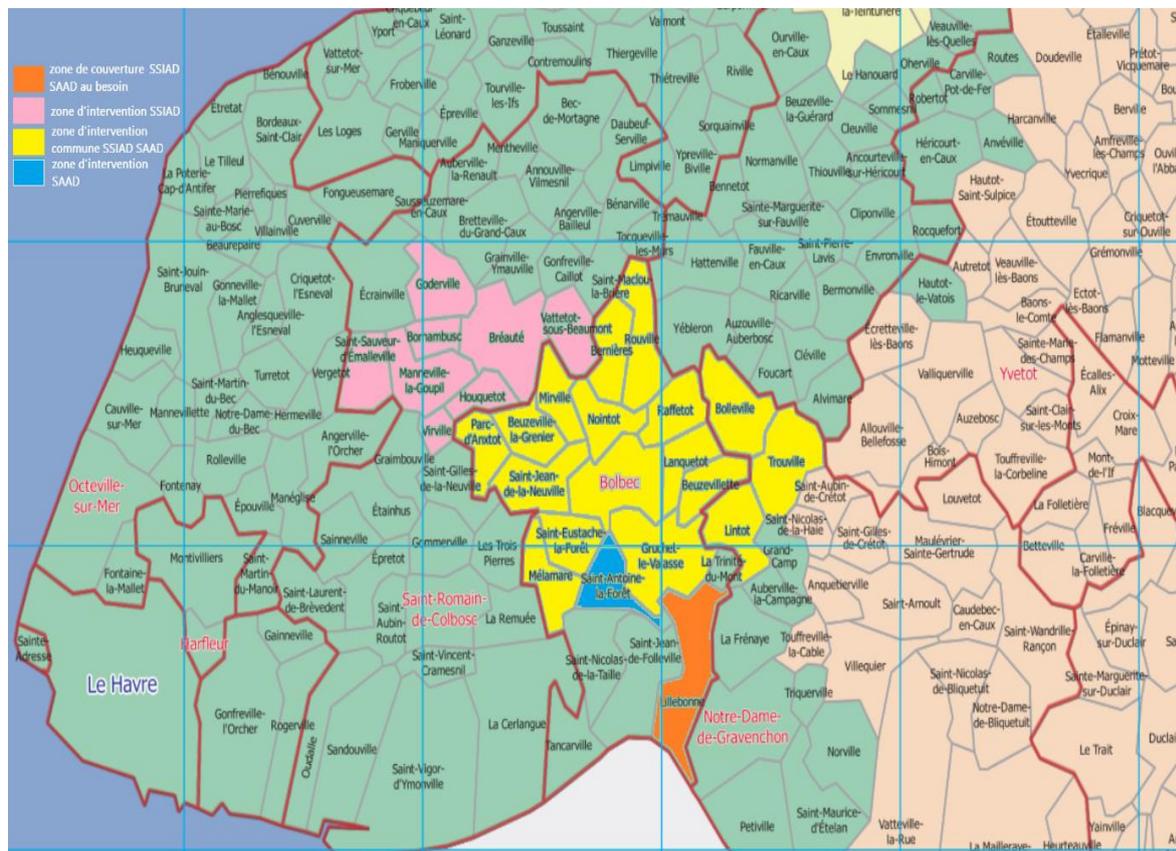
---

## Liste des annexes

---

ANNEXE 1 : Situation du territoire de l'ABAD et du SSIAD	p. II
ANNEXE 2 : Fiche formation DEAES	p. III
ANNEXE 3 : Fiche formation ASG	p. IV
ANNEXE 4 : Schéma descriptif du SPASAD intégré	p. VI
ANNEXE 5 : Cartographie des processus du SPASAD	p. VII
ANNEXE 6 : Programme ADESSADOMICILE 2020	p. VIII
ANNEXE 7 : Plan d'action prévisionnel de mise en œuvre SPASAD réalisé conjointement avec le CHI Caux Vallée de Seine	p X

## ANNEXE 1 : Situation du territoire de l'ABAD et du SSIAD



## ANNEXE 2 : Fiche formation DEAES

FORMATIONS DIPLOMANTES



**GRIMES**  
Centre de Formation en Travail Social

**DÉTAILS SUR LA FORMATION**

**VOIES D'ACCÈS**

- Cours d'emploi
- Voie Directe
- VAE

**INSCRIPTIONS**

Dossier d'inscription sur demande en contactant le secrétariat du GRIMES ou téléchargeable en ligne sur : [www.grimes.fr](http://www.grimes.fr)

Clôture des inscriptions (cycle long) : 7 octobre 2016.

**CALENDRIER**

**SELECTIONS CYCLE LONG**  
Epreuve écrite : 17 octobre 2016  
Epreuve orale : 3, 4 et 7 nov. 2016

**DEBUT DE FORMATION**

- Cycle court (12 mois) : 6 octobre 2016. (inscriptions closes)
- Cycle long (18 mois) : 5 décembre 2016.

**COÛTS**

- Formation initiale (cycle court) : 15 places financées par le Conseil Régional de Bretagne.
- Formation continue : 5880 €
- Frais d'inscription : 22 €
- Epreuve écrite de sélection : 50 €
- Epreuve orale d'admission : 70 €

### ACCOMPAGNANT EDUCATIF ET SOCIAL

Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social (D.E.A.E.S)

L'Accompagnant Educatif et Social accompagne des enfants, des adolescents, des adultes, des personnes vieillissantes ou des familles en prenant en compte leurs difficultés liées à l'âge, à la maladie, leurs modes de vie et les conséquences de leur situation sociale de vulnérabilité. Il les accompagne dans les actes essentiels du quotidien, dans les activités de vie sociale, scolaire et de loisirs et veille à l'acquisition, la préservation ou la restauration de leur autonomie. Ses interventions d'aides et d'accompagnement contribuent à l'épanouissement de la personne à son domicile, en structure et dans le cadre scolaire et social.

Le D.E.A.E.S constitue le 1<sup>er</sup> niveau de qualification dans le champ du travail social et se compose d'un **socle commun** et de **trois spécialités** :

1 socle commun (70% du diplôme)	Spécialités (30% du diplôme)	Principaux lieux d'interventions
<b>Socle métier A.E.S</b>  - Compenser les conséquences d'un handicap - Permettre à la personne d'être acteur de son projet de vie - Accompagner la personne dans les actes du quotidien et dans ses activités - Veiller à l'acquisition, la préservation ou à la restauration de l'autonomie des personnes - Contribuer à l'épanouissement de la personne dans son lieu et son cadre de vie	<b>Spécialité : Accompagnement de la vie à domicile</b>	- Domicile de la personne - Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) - Foyers logement - Maisons d'accueil rurales - Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) - Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) - Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes handicapés (SAMSAH) - Services Polyvalents de Soins et d'Aide à Domicile (SPASAD) - Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) - ...
	<b>Spécialité : Accompagnement de la vie en structure collective</b>	- Etablissements d'Hébergements pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) - Unités de Soins Longues Durée (USLD) - Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) - Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) - Foyers de vie - Maisons d'Enfants à Caractère Social (MECS) - Instituts Médico-Educatifs (IME) - Instituts d'Education Motrice (IEM) - Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques (ITEP) - ...
	<b>Spécialité : Accompagnement à l'éducation inclusive et à la vie ordinaire</b>	- Structure d'accueil pour la petite enfance - Etablissements d'enseignement et de formation - Lieux de stages, d'apprentissage, d'alternance ou d'emploi - Lieux d'activités culturelles, sportives, artistiques et de loisirs - Etablissements et services médico-sociaux - Lieux de formation professionnelle - ...

### LA FORMATION

La formation conduisant au diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social comporte 504 heures de formation théorique, une période de détermination de parcours (14 heures) et des temps de validation de l'acquisition de compétences (7 heures).

Elle comprend 378 heures de socle commun et 147 heures de spécialités.

La formation comprend également 840 heures de formation pratique.

L'ensemble de la formation est organisé sur une amplitude de 12 mois (cycle court) à 18 mois (cycle long) ainsi qu'une période de détermination à l'issue de laquelle le candidat se positionne sur la spécialité pour laquelle il s'inscrit.

**La formation théorique et pratique se décompose en quatre Domaines de Formation (D.F.) :**

D.F.	Description	Heures	
DF1	Se positionner comme professionnel dans le champ de l'action sociale	126 h d'enseignements <i>socle</i> + 14 h d'enseignements <i>spécialité</i>	+ 840 heures de formation pratique réparties sur l'ensemble des D.F.
DF2	Accompagner la personne au quotidien et dans la proximité	98 h d'enseignements <i>socle</i> + 63 h d'enseignements <i>spécialité</i>	
DF3	Coopérer avec l'ensemble des professionnels concernés	63 h d'enseignements <i>socle</i> + 28 h d'enseignements <i>spécialité</i>	
DF4	Participer à l'animation de la vie sociale et citoyenne de la personne	70 h d'enseignements <i>socle</i> + 42 h d'enseignements <i>spécialité</i>	



**GRIMES**  
Centre de Formation en Travail Social

EPSM Morbihan BP 10  
56896 SAINT-AVÉ Cedex

Téléphone : 02 97 54 48 28  
Télécopie : 02 97 54 49 88  
Email : [secretariat@grimes.fr](mailto:secretariat@grimes.fr)  
Site Internet : [www.grimes.fr](http://www.grimes.fr)

N° d'activité : 53.56.02524.56  
N° SIRET : 352.120.471.000.11



UNAFORIS  
BRETAGNE

## ANNEXE 3 : Fiche formation ASG

FORMATIONS QUALIFIANTES



Centre de Formation en Travail Social

### ASSISTANT(E) DE SOINS EN GÉRONTOLOGIE

1/2

**DÉTAILS SUR LA FORMATION**

**RESPONSABLE DE LA FORMATION**  
Sylvie de LIGONDES Ingénieur social en gérontologie.

**DURÉE**  
140 heures.

**LIEU DE FORMATION**  
Centre de formation du GR.I.M.E.S. à SAINT-AVÉ (56).

**PUBLIC**  
Aide médico-psychologique, aide-soignant exerçant auprès de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés.

**CALENDRIER**

**Session 16 :**  
**Avril 2016 - Octobre 2016**  
- 26, 27, 28, 29 avril 2016  
- 24, 25, 26, 27 mai 2016  
- 20, 21, 22, 23 juin 2016  
- 12, 13, 14, 15 septembre 2016  
- 11, 12, 13, 14 octobre 2016

**Session 17 :**  
**Nov. 2016 - Mars 2017**  
- 29 nov. au 2 déc. 2016  
- 3 janv. au 6 janv. 2017  
- 30 janv. au 2 fév. 2017  
- 27 fév. au 2 mars 2017  
- 28 mars au 31 mars 2017

*Doté de moyens spécifiques, le plan Alzheimer 2008-2012 appréhende la nécessité d'organiser et de fédérer une prise en charge globale autour et pour le bénéfice de la personne âgée malade et de ses aidants. La mesure 20 du plan s'inscrit dans le développement de métiers et de compétences spécifiques pour la maladie d'Alzheimer. La fonction « d'assistant de soins en gérontologie » est identifiée. L'accompagnement dans la vie quotidienne, les techniques de soins spécifiques, la démarche de soins de soutien sont au cœur de ce métier.*

**PUBLIC**

Cette formation est destinée aux Aides Médico-Psychologiques (AMP) et aux Aides-Soignants (AS) en situation d'emploi auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou présentant des troubles cognitifs nécessitant des techniques de soins et d'accompagnement spécifiques.

L'Assistant de Soins en Gérontologie intervient au sein d'une équipe pluri-professionnelle, et dans le cadre de la circulaire N°DGAS/DSS/DHOS/2009/195 du 06 juillet 2009, sa présence est obligatoire dans les PASA(1), les UHR(2), les USLD(3) et les SPASAD(4).

**OBJECTIF**

La durée de la formation est de 140 heures. Son objectif principal est de renforcer les compétences des professionnels et de les doter d'outils contribuant à un accompagnement optimal des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de leurs aidants. La recherche de sens dans les troubles du comportement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, l'appui sur les compétences et les capacités résiduelles, ainsi qu'une communication adaptée sont priorités dans cette formation.

<sup>(1)</sup> P.A.S.A. : Pôles d'Activités et de Soins Adaptés en E.H.P.A.D..  
<sup>(2)</sup> U.H.R. : Unités d'Hébergement Renforcées en E.H.P.A.D..  
<sup>(3)</sup> U.S.L.D. : Unités de Soins de Longue Durée.  
<sup>(4)</sup> S.P.A.S.A.D. : Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile.

**OBJECTIF**

**Les activités exercées par l'Assistant de Soins en Gérontologie**

- Accompagnement, soutien et aide individualisée
- Soins quotidiens
- Réhabilitation et stimulation des capacités
- Communication et relation à l'environnement

**Référentiel de compétences**

- Concourir à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet individualisé dans le respect de la personne.
- Aider et soutenir les personnes dans les actes de la vie quotidienne en tenant compte de leurs besoins et de leur degré d'autonomie.
- Mettre en place des activités de stimulation sociale et cognitive en lien notamment avec les psychomotriciens, ergothérapeutes ou psychologues.
- Comprendre et interpréter les principaux paramètres liés à l'état de santé.
- Réaliser des soins quotidiens en utilisant les techniques appropriées.

Dans le cadre de l'habilitation des établissements de formation à proposer cette formation, le GRIMES répond aux obligations de :

- Faire appel à des intervenants en activité et spécialisés dans le concept de la réhabilitation et de l'approche non médicamenteuse dans l'accompagnement de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.
- Travailler en partenariat avec des associations et structures gérontologiques locales.



Centre de Formation en Travail Social

EPISM Morbihan BP 10  
56896 SAINT-AVÉ Cedex

Téléphone : 02 97 54 48 28  
Télécopie : 02 97 54 49 88  
Email : secretariat@grimes.fr  
Site Internet : www.grimes.fr

N° d'activité : 53.56.02524.56  
N° SIRET : 352.120.471.000.11





## ASSISTANT(E) DE SOINS EN GÉRONTOLOGIE

2/2

### DÉTAILS SUR LA FORMATION

#### VALIDATION - CERTIFICATION

- Formation d'adaptation à l'emploi.
- Formation ne donnant pas lieu à une certification qualifiante ou diplômante.
- Attestation de suivi de la formation.

#### NOMBRE DE PARTICIPANTS

Session effective à partir de 10 inscriptions.

#### COÛT PÉDAGOGIQUE (TARIF 2015)

1610 € par participant pour 140 heures de formation.

#### HABILITATION – RÉFÉRENCIEMENT

Le GRIMES est référencé par l'ANFH, UNIFAF depuis octobre 2010, et par l'OPCA PL, depuis février 2013, pour cette formation permettant une financement dans le cadre des crédits spécifiques CNSA.

Le GR.I.M.E.S. propose cette formation en s'appuyant, d'une part sur son expertise dans l'accompagnement de la personne âgée dépendante, et d'autre part sur son expérience de tronc commun de formation. La culture commune aux métiers (A.M.P. - A.S.) autour de la prise en charge globale de la personne âgée permet l'articulation des champs d'intervention principaux :

- La connaissance et la compréhension des personnes dépendantes ;
- L'accompagnement des personnes dans les gestes de la vie quotidienne et sociale ;
- L'aide au maintien, à la réactivation et/ou au développement des capacités physiques et intellectuelles de la personne ;
- L'évaluation et le suivi de l'état de santé global de la personne.

La richesse de la formation repose sur la participation d'intervenants de formations pluridisciplinaires (neurologue, psychologue, gériatre, psychomotricien, ergothérapeute, kinésithérapeute, orthophoniste, cadre en gérontopsychologie, infirmiers ...). Ces intervenants, issus à 95% du milieu professionnel, exercent dans des milieux très variés (en indépendant, à domicile, en structure publique, hospitalière, associative ou au sein de structures innovantes, ...).

### CONTENU

Ref. annexe 7 circulaire n° DGAS/DSS/DHOS/2009/195 du 06/07/09

#### DF1 - Concourir à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet individualisé : 35h

- Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.
- Droits de la personne et devoirs du professionnel.
- Projet individualisé et travail en équipe pluri-professionnelle.
- Réseaux, structures d'accueil, maintien à domicile et entrée en institution.

#### DF2 - Aider et soutenir les personnes dans les actes de la vie quotidienne : 21h

- Relation d'aide et particularités de l'accompagnement lors des différents moments de la journée, lors des activités complexes.
- Alimentation et état nutritionnel.

#### DF3 - Mettre en place des activités de stimulation sociale et cognitive : 28h

- Vie collective.
- Famille/Aidants.
- Communication adaptée.
- Organisation générale des activités.
- Activités cognitives, motrices, sociales et sensorielles.

#### DF4 - Comprendre et interpréter les paramètres liés à l'état de santé : 28h

- Anatomie / physiologie.
- Situations pathologiques et conséquences sur l'état clinique.
- Démarche d'observation clinique et évaluation.
- Signes psychologiques et comportementaux et fonctions cognitivo-comportementales.

#### DF5 - Réaliser des soins quotidiens en utilisant les techniques appropriées : 28h

- Démarche et techniques de soins appropriées à la maladie d'Alzheimer.
- Pathologies gériatriques associées.
- Notions de pharmacologie.
- Dimensions éthiques et problèmes de fin de vie.
- Analyse des pratiques.



EPSM Morbihan BP 10  
56896 SAINT-AVÉ Cedex

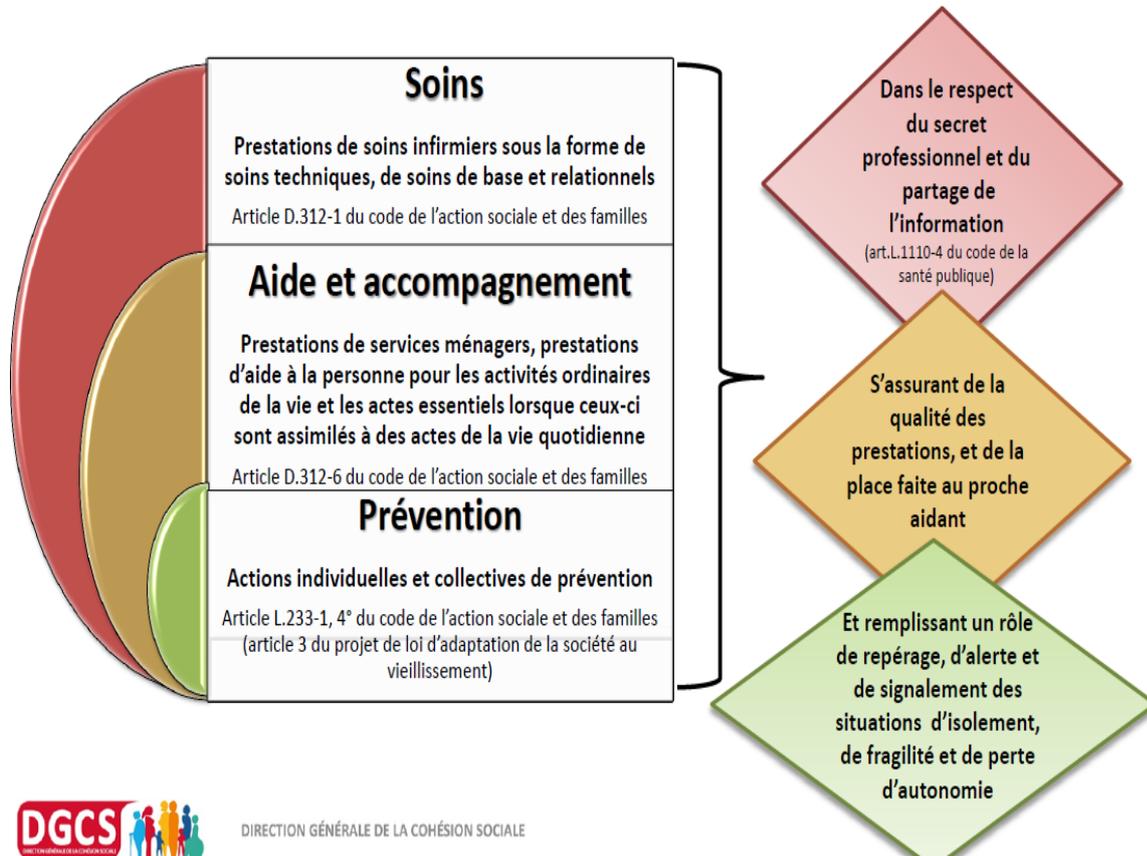
Téléphone : 02 97 54 48 28  
Télécopie : 02 97 54 49 88  
Email : secretariat@grimes.fr  
Site Internet : www.grimes.fr

N° d'activité : 53.56.02524.56  
N° SIRET : 352.120.471.000.11



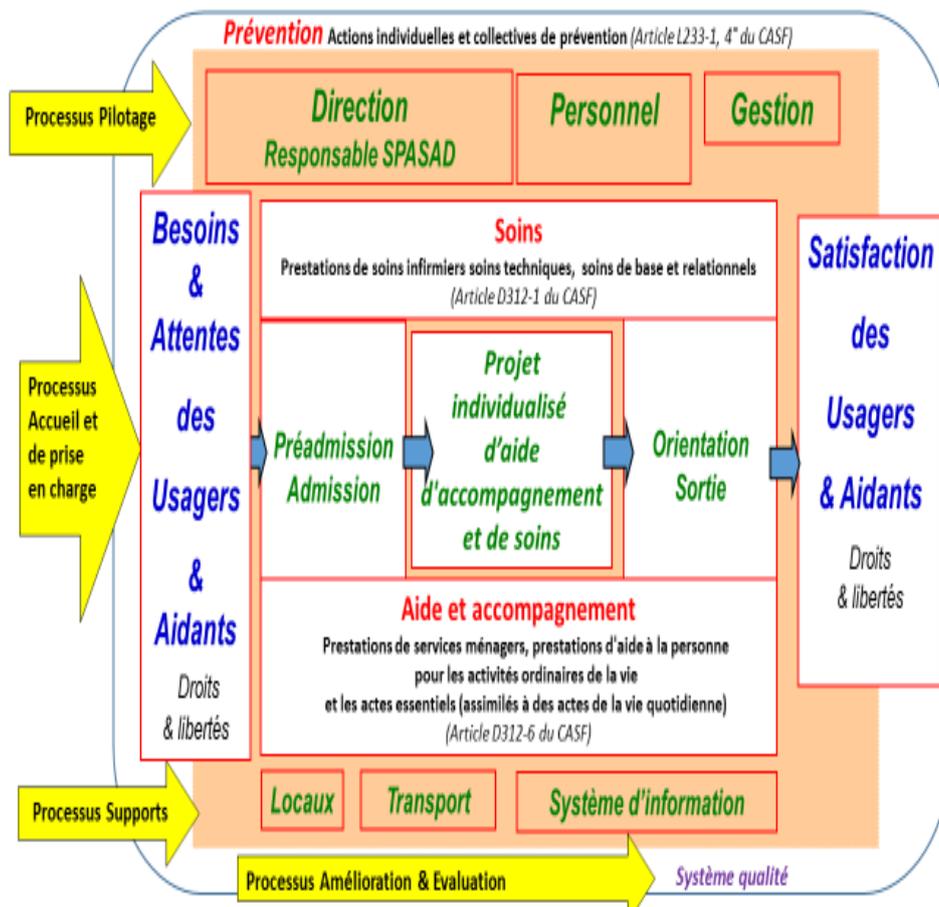
## ANNEXE 4 : Schéma descriptif du SPASAD intégré

Le SPASAD intégré exerce, dans un objectif général d'aide au maintien à domicile et prioritairement auprès des personnes ayant besoin à la fois de prestations d'aide et de soins, les missions suivantes :



**ANNEXE 5 : Cartographie des processus du SPASAD**

## Cartographie des processus



## ANNEXE 6 : Programme ADESSADOMICILE 2020



### **Programme ADESSADOMICILE 2020 : un projet stratégique pour un réseau modernisé.**

Les associations adhérentes d'Adessadomicile exercent leur activité dans un secteur soumis à de fortes contraintes liées au respect des politiques sociales et médico-sociales, au respect des réglementations et des normes en vigueur, à une gestion rigoureuse des budgets très dépendants de la puissance publique et à la prise en compte des demandes et des besoins des personnes aidées.

Ces contraintes nécessitent que les compétences des dirigeants soient consolidées, que l'organisation des structures soit optimisée et que les projets associatifs et stratégiques soient à la fois cadrés pour indiquer le cap et adaptables pour faire évoluer les offres de services en fonction des besoins.

Pour permettre à ses adhérents de répondre aux enjeux décrits ci-dessus, la Fédération a engagé un vaste programme de modernisation et de professionnalisation, mis en œuvre dans le cadre d'une convention signée avec la Caisse Nationale Solidarité Autonomie (CNSA). Ce programme, dénommé « Adessadomicile 2020 », s'articule autour de 6 grandes actions visant à :

- Consolider les compétences des adhérents ;
- Leur permettre de bénéficier d'un système d'information performant ;
- Leur permettre d'accéder à des outils issus de bonnes pratiques ;
- Les accompagner dans la modernisation de leur équipement.

**Les 6 grandes actions** n'ont pas toutes la même portée :

Les actions « **référentiel fédéral** » et « **système d'information fédéral** » sont au cœur du programme et concernent l'ensemble des associations adhérentes de la fédération.

Les actions « **télégestion** » et « **boîtiers à clés** » sont deux actions techniques qui permettent aux associations éligibles aux critères définis par la CNSA (associations ou services exerçant 70 % de leur activité auprès des personnes bénéficiaires de l'APA ou de la PCH) de se doter d'outils techniques pertinents.

L'action « **démarche qualité** » permet d'accompagner des associations dans leur démarches de certification AFNOR services à la personne NF ou de labellisation Cap'Handéo.

Enfin, l'action « **coordination aide et soins** » cible les services SAAD et SSIAD qui cherchent à coordonner leurs actions conjointes auprès des bénéficiaires en se constituant en SPASAD.

### **Qui est concerné ?**

La modernisation et la professionnalisation des services sont des enjeux qui concernent tous les adhérents d'Adessadomicile, quelle que soit leur activité. C'est pourquoi, le co-financement attaché à ce programme est un véritable levier qu'utilise la fédération pour mettre un place un système d'information ouvert à tous, un référentiel fédéral qui couvre toutes les activités du réseau.

En revanche, le programme étant financé par la CNSA, les co-financements pour la télégestion ou les boîtiers à clés, les accompagnements par des consultants (panel du référentiel fédéral, SPASAD ne sont accessibles qu'aux services exerçant au moins 70 % de leur activité auprès des personnes bénéficiaires de l'APA ou de la PCH .

**ANNEXE 7 : Plan d'action prévisionnel de mise en œuvre SPASAD réalisé conjointement avec le CHI Caux Vallée de Seine**



N°action	Intitulé de l'action	Domaine	Echéance	Référent	Financement
1	Information et préparation des équipes du SAAD au projet SPASAD	Management	A partir de septembre 2016 pour l'info et dès la réponse à l'AAP	Directeur filière gériatrique sur le SSIAD/Directrice SAAD	Temps de réunion
2	Participation à l'accompagnement vers un SPASAD proposé par la fédération ADESSADOMICILE	Stratégie	A partir de septembre	Directrice SAAD/Directeur filière gériatrique	Prise en charge fédération Déplacement/hôtellerie
3	Information des instances et des professionnels du CHI CVS Information auprès des partenaires	RH Communication	Déjà informés de la démarche Information dès la réponse de l'APP	Directrice générale CHI CVS/Directeur filière gériatrique/ Directrice SAAD	Temps de réunion
4	Travail sur l'élaboration de la convention	Règlementation	Préventive à partir de septembre Formalisation	Directrice générale CHI CVS/Directeur filière	Temps de travail direction/service juridique CHI CVS

			on dès novembre	gériatrique/ Directrice SAAD	
5	Aménagement du SAAD dans les locaux contigus au SSIAD	Logistique	Préparation à partir de nov.2016, pour un aménagement en janv.2017	Directrice SAAD/Directrice générale CHI CVS	Temps de travail Véhicules
6	Mise en place du numéro d'appel unique	Logistique	Dès arrivée du SAAD dans les nouveaux locaux	Directeur logistique CHI CVS	Inclusion à partir du standard du CHI CVS
7	Elaboration d'un projet de service commun aux 2 services	Stratégie Règlementation	Dès acceptation du projet	Directeur filière gériatrique/ Directrice SAAD	Temps de travail/temps de réunion
8	Elaboration des outils loi 2002-2	Droit des usagers	Dès acceptation du projet	Directeur filière gériatrique/ Directrice SAAD	Temps de travail/temps de réunion
9	Elaboration des outils communs d'évaluation et des outils de partage de l'information	Fonctionnement Intégration des services	Dès maintenant par anticipation	Directeur filière gériatrique/ Directrice SAAD/IDEC SSIAD/RS SAAD	Temps de travail/temps de réunion

10	Adaptation du système informatisé d'information sécurisée. Formation des acteurs	Logistique	Prise de contact avec le prestataire, en vue d'une installation lors du CPOM	Directeur filière gériatrique/ Directrice SAAD/Directeur logistique CHI CVS	11 000€
11	Elaboration d'un outil de repérage des situations à risque de fragilité	Actions de prévention	Dès maintenant par anticipation	IDEC SSIAD/RS SAAD/Professionnels médicaux et paramédicaux du CHI CVS concernés	Temps de travail des différents professionnels
12	Déclinaison du plan d'action prévention	Actions de prévention	Dès maintenant par anticipation	IDEC SSIAD/RS SAAD/Professionnels médicaux et paramédicaux du CHI CVS concernés	Temps de travail des différents professionnels A préciser dans le cadre du CPOM
13	Formation des professionnels de terrain concernant le repérage des situations à risques	Actions de prévention	Dès l'acceptation du projet	IDEC SSIAD/RS SAAD	7 groupes/2 jours de formation A préciser dans le CPOM
14	Elaboration d'un	Droits des	Dès	IDEC	Temps de travail des

	outil commun d'évaluation des usagers et de leur accompagnement	usagers	acceptation du projet	SSIAD/RS SAAD	différents professionnels
15	Plan de communication vers tous les partenaires et usagers	Communication	Dès signature du CPOM	Directrice générale CHI CVS/Directeur filière gériatrique/ Directrice SAAD	Temps de travail/Réunions/mailing 3 000€
16	Formalisation du SPASAD : Convention Cpom	Stratégie Règlementation	Convention avant CPOM	Directrice générale CHI CVS/Directeur filière gériatrique/ Directrice SAAD/service juridique CHI CVS	Temps de travail Temps de réunion



**GARNIER**

**Elise**

**Novembre 2016**

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

**ETABLISSEMENT DE FORMATION : IFEN Le Havre**

**Accompagner l'évolution de l'offre de service d'un SAAD vers la création d'un  
SPASAD**

**Une réponse adaptée au maintien à domicile de personnes en perte  
d'autonomie**

***Résumé :***

Le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans dépendantes représentera plus de la moitié de la population d'ici 2020.

Le souhait de ces personnes est de rester à leur domicile, mais leurs besoins évoluent. L'ABAD, SAAD que je dirige depuis plus de 10 ans, doit évoluer face à ces besoins émergents. Il est donc temps d'engager une dynamique de changement pour proposer une offre de service adaptée aux bénéficiaires et aux aidants.

L'évolution des politiques sociales et médico-sociales, avec la récente Loi de l'Adaptation de la Société au Vieillessement, dite « loi ASV », marque un tournant dans les pratiques du maintien à domicile.

Le choix s'est orienté vers la formalisation d'un SPASAD en se rapprochant du SSIAD porté par l'hôpital de Bolbec, pour mettre en place ce dispositif intégré basé sur une démarche globale d'évaluation, un accompagnement adapté et des actions de préventions.

***Mots clés :***

PERSONNES AGEES, DEPENDANCE, SAAD, SSIAD, SPASAD, DOMICILE, OFFRE DE SERVICE, SOINS, ACCOMPAGNEMENT, COMPETENCE, PREVENTION, AIDANTS, AUTONOMIE, LOI ASV, PARTENARIATS, RESEAU

*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.*