

AMÉLIORER L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES  
ÂGÉES DÉPENDANTES À DOMICILE PAR UNE PLUS  
GRANDE COORDINATION DES ACTEURS : UN ENJEU  
MAJEUR POUR UNE STRUCTURE D'AIDE À DOMICILE

*Isabelle QUEYRON*

2016



**« Ne pas évoluer, c'est disparaître »**

**« Toute organisation ne peut exister que si les acteurs coopèrent entre eux »**

**Philippe BERNOUX**



---

# Remerciements

---

Je souhaite remercier Geneviève GUISTI pour son accompagnement, ses remarques et ses conseils éclairés.

Un grand merci à Claudine, Hervé, Liliane et Ophélie pour leur relecture attentive.

Merci à Véronique qui a très bien su gérer l'activité et... les imprévus pendant mes absences.

Mes remerciements vont également à ma famille, mon mari et mes filles Ophélie, Chloé et Eloïse, qui ont souffert de mon investissement dans ce long parcours de formation.



---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Personnes âgées dépendantes : le souhait de rester vivre à domicile.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Le maintien à domicile des personnes âgées .....</b>	<b>3</b>
1.1.1 Contexte et données statistiques.....	3
1.1.2 Les textes fondamentaux en termes de politique publique en faveur des personnes âgées et de leur maintien à domicile.....	6
1.1.3 Le secteur de l'aide à domicile en France : une branche de l'économie sociale remplissant une mission essentielle auprès des personnes fragiles.....	11
1.1.4 Approche européenne.....	14
<b>1.2 Ambre Services : une structure d'aide à domicile avec des prises en charges complexes .....</b>	<b>16</b>
1.2.1 Une structure de plus en plus orientée « dépendance » .....	16
1.2.2 Des difficultés à "former une équipe" sans travailler ensemble.....	18
1.2.3 Un manque de formalisme et de procédures .....	19
1.2.4 Une faiblesse des "fonctions support" et des locaux inadaptés .....	20
<b>1.3 Quels besoins et attentes des personnes âgées dépendantes pour quelles réponses ?.....</b>	<b>21</b>
1.3.1 Définition des besoins et attentes des bénéficiaires .....	21
1.3.2 Les professionnels du maintien à domicile .....	24
1.3.3 Les financements du maintien à domicile .....	27
<b>2 L'aide à domicile : un secteur d'activité complexe (Annexe 4).....</b>	<b>31</b>
<b>2.1 Le choix de rester à domicile : un libre choix pour les PA ?.....</b>	<b>31</b>
2.1.1 Réflexion autour des termes domicile, maintien, accompagnement.....	31
2.1.2 Intervenir au domicile .....	33
2.1.3 Les limites du maintien à domicile .....	37
<b>2.2 Les incohérences du secteur de l'aide à domicile.....</b>	<b>41</b>
2.2.1 Un financement inadapté, engendrant un maintien à domicile risqué et des glissements de fonction.....	41
2.2.2 On ne peut pas soigner sans bien prendre soin : Vers une culture commune ? .	43
2.2.3 Les acteurs du domicile : un véritable maquis difficile à coordonner.....	45
<b>2.3 La nécessité d'une prise en charge globale.....</b>	<b>49</b>

2.3.1	L'impératif d'une plus grande coordination : une volonté commune ? .....	49
2.3.2	La notion de parcours .....	52
2.3.3	Changement et coopération.....	53
<b>3</b>	<b>Vers une "plateforme locale" de services polyvalents .....</b>	<b>57</b>
<b>3.1</b>	<b>Plus de coordination et de formalisme.....</b>	<b>57</b>
3.1.1	Renforcer l'identité, donner un sens.....	57
3.1.2	Esprit d'équipe : renforcer coordination et vision commune du maintien à domicile .....	59
3.1.3	Formaliser l'activité pour une plus grande coordination, dans une perspective d'évaluation et d'amélioration de la qualité .....	64
<b>3.2</b>	<b>Développer une offre de services, favorisant une prise en charge globale de l'utilisateur.....</b>	<b>67</b>
3.2.1	Adapter les locaux et uniformiser notre activité .....	67
3.2.2	Intervenir auprès de l'ensemble des publics en perte d'autonomie .....	68
3.2.3	Vers une prise en charge globale de l'utilisateur .....	71
<b>3.3</b>	<b>Une ouverture aux partenariats et au travail en réseau .....</b>	<b>74</b>
3.3.1	Favoriser le développement d'échanges et de partenariats locaux .....	74
3.3.2	Développer des coopérations "parcours" .....	77
3.3.3	Anticiper un rapprochement pour mieux répondre aux défis de demain.....	79
<b>3.4</b>	<b>Programmation Evaluation .....</b>	<b>80</b>
	<b>Conclusion.....</b>	<b>83</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>1</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ADMR	Aide à Domicile en Milieu Rural
ARRCO	Association pour le Régime de Retraite COmplémentaire des salariés
AGGIR	Grille nationale Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
AGIRC	Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres
AIS	Acte Infirmier de Soins
AMI	Acte Médical Infirmier
ANACT	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANESM	Agence Nationale de l'évaluation de la qualité des Etablissements, Services sociaux et Médico-sociaux
ANSP	Agence Nationale des Services à la Personne
APA	Allocation Personnalisée à l'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide Soignante
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
ASV	Loi sur l'Adaptation de la Société au Vieillessement
BAD	convention collective de la Branche de l'Aide, de l'accompagnement, des soins et des services à Domicile
BEP	Brevet d'Etudes Professionnelles
BTS	Brevet de Technicien Supérieur
CA	Chiffre d'Affaires
CA	Conseil d'Administration
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de Santé Au Travail
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCAS	Centres Communaux d'Action Sociale
CESU	Chèque Emploi Service Universel
CH	Centre Hospitalier
CLIC	Centre Locaux d'Information et de Coordination gérontologique
CMP	Centre Médico-Psychologique
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CORTA	instance de CoORDination Territoriale pour l'Autonomie
CPOM	Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
CREDOC	Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de vie
CROSM	Comite Régional de l'organisation Sociale et Médico-sociale
DARES	Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques

DEAVS	Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale
DEAMP	Diplôme d'Etat d'Aide Médico-Psychologique
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale
DGEFP	Délégation Générale à l'Emploi et à la Formation Professionnelle
DRH	Direction des Ressources Humaines
DIRECCTE	Directions Régionales des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
EMG	Equipe Mobile de Gériatrie
EMOGEX	Equipe MObile de Gériatrie EXtra hospitalière
ESA	Equipe Spécialisée Alzheimer
ESMS	Etablissements et services Sociaux et Médico-Sociaux
EVSI	Espérance de Vie Sans Incapacité
ETP	Equivalent Temps Plein
GEVA	Guide d'EVAluation des besoins de compensation de la personne handicapée
GCSMS	Groupements de Coopération Sociale et Médico-Sociale
GIR	Groupes Iso Ressource
GMP	GIR Moyen Pondéré
HAD	Hospitalisation A Domicile
HPST	Loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires
IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IGF	Inspection Générale des Finances
INED	Institut National d'Etudes Démographiques
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
MAIA	Maisons pour l'Autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer ou Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie
ODPHI	Office Départemental des Personnes Handicapés de l'Isère
PA	Personne Agée
PAERPA	Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
PH	Personne Handicapée
PRIAC	PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS	Projet Régional de Santé
PTA	Plateforme Territoriale d'Appui

RH	Ressources Humaines
RS	Responsable de Secteur
SAAD	Service d'Aide & d'Accompagnement à Domicile
SAP	Services A la Personne
SCOP	Société COopérative de Production
SPASAD	Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
TVA	Taxe sur la Valeur Ajoutée
UE	Union Européenne
UNIOPSS	L'Union Nationale Interfédérale des œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux



## Introduction

« *vieillir est naturel, savoir vieillir est culturel* »<sup>1</sup>

En effet, si vieillir est naturel, la dépendance qui est apparue avec l'augmentation de l'espérance de vie, interroge nos sociétés sur l'importance accordée à l'accompagnement de nos aînés dans le "savoir vieillir".

Après avoir créé, développé et animé des formations professionnelles pendant plus de 10 ans, mon goût pour la création et le développement d'activités ainsi que mon attirance pour ce secteur d'activité et la place accordée aux personnes qui nous ont précédés et sans qui nous ne serions pas qui nous sommes aujourd'hui, m'ont poussée à créer, en janvier 2008, une structure d'aide à domicile.

Avec l'augmentation de la dépendance, nos prises en charge à domicile sont de plus en plus lourdes (grande dépendance, dépendance du couple, soins palliatifs, lourds handicaps..) et complexes (troubles cognitifs, troubles du comportement, différents professionnels intervenant au domicile, matériel médical ...). Ces situations appellent une pluralité de prises en charge en termes de suivi médical, d'aide et d'accompagnement à domicile... une "aide à la vie" qui demande beaucoup de temps, de présence.

Comment organiser ces prises en charge de situations complexes et fragiles pour un maintien à domicile correspondant aux besoins et aux attentes des usagers et de leur entourage ? Comment rendre effective leur liberté de choix de rester chez eux s'ils le souhaitent ?

Dans la première partie de ce mémoire, je reviendrai sur l'évolution de ce secteur d'activité et des politiques publiques qui, au fil des années, ont défini le cadre dans lequel nous évoluons aujourd'hui. Après une présentation de la structure que je dirige depuis plus de 8 ans, une approche de la complexité de ce champ d'activité nous permettra de mieux cerner les difficultés rencontrées quotidiennement. Je présenterai en troisième partie un plan d'action visant à améliorer l'accompagnement de nos usagers les plus dépendants. Mon choix d'apporter une réponse globale, adaptée à notre territoire, constitue un enjeu majeur au regard des orientations imposées par la Loi d'adaptation de la société au vieillissement de la population, qui a pour objectif de refonder l'organisation de l'aide à domicile.

---

<sup>1</sup> GOMA-GAKISSA G., docteur en sociologie, membre du réseau vieillesse, 2010, *Vieillesse et parcours de vie*, DOC éditions



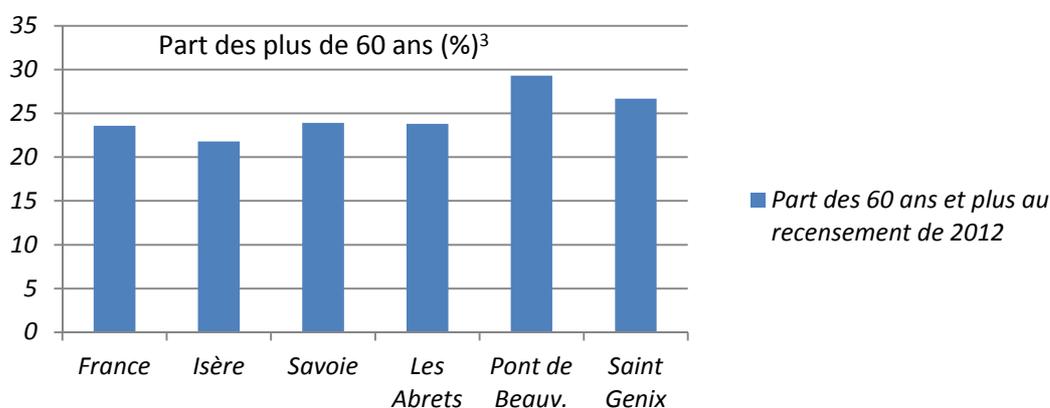
# 1 Personnes âgées dépendantes : le souhait de rester vivre à domicile

## 1.1 Le maintien à domicile des personnes âgées

### 1.1.1 Contexte et données statistiques

#### **Une population française et européenne de plus en plus âgée...**

Au 1er janvier 2016, la population de la France compte 66,63 millions d'habitants et une personne sur quatre est âgée de 60 ans et plus<sup>2</sup>.



Les communes de notre champ d'intervention ont une population plus âgée<sup>3</sup>, avec essentiellement une part des 75 ans plus importante (allant jusqu'à 14,9% contre 9%).

Le vieillissement de la population est un phénomène constant depuis de nombreuses années en France. Il est lié notamment à l'allongement de l'espérance de vie (78,9 ans pour les hommes et 85 ans pour les femmes)<sup>4</sup> et à l'arrivée aux grands âges des générations plus nombreuses issues du baby-boom.

La population française devrait connaître, dans les décennies à venir, un vieillissement important : 31% de la population aurait plus de 60 ans en 2040<sup>5</sup>. De 2010 à 2060<sup>6</sup>, la part des plus de 80 ans serait multipliée par 2,6 et représenterait 8,5 millions de personnes.

Selon les projections démographiques réalisées pour le département de l'Isère<sup>7</sup>, la part des personnes âgées de 60 ans ou plus devrait atteindre 25% de la population d'ici 2025, mais les jeunes seniors devraient connaître une augmentation plus modérée que les plus de 75 ans.

<sup>2</sup> Insee, *Estimations de population*, Résultats provisoires arrêtés à la fin 2015, disponible sur [www.insee.fr](http://www.insee.fr)

<sup>3</sup> Insee, *Recensement Population 2012* Exploitation principale, disponible sur [www.insee.fr](http://www.insee.fr)

<sup>4</sup> Insee, *Statistiques de l'état civil et estimations de population*, -Résultats provisoires à fin 2015, disponible sur [www.insee.fr](http://www.insee.fr)

<sup>5</sup> Insee, Septembre 2013, *L'APA à l'horizon 2040*, Analyses n°11

<sup>6</sup> Insee, *Vieillesse de la population française*, disponible sur [www.insee.fr](http://www.insee.fr)

<sup>7</sup> Insee, 2010, *Les projections démographiques* via le modèle OMPHALE, modèle qui combine les 3 composantes du renouvellement de la population que sont la mortalité, la fécondité et les mouvements migratoires, [www.insee.fr](http://www.insee.fr)

Cette tendance se retrouve au niveau européen, mais alors que le vieillissement de la population française se poursuit, essentiellement par le haut de la pyramide des âges (baisse de la mortalité aux âges avancés), dans de nombreux autres pays européens, la forte chute de la fécondité a accéléré le vieillissement démographique en réduisant la part des groupes d'âges du bas de la pyramide. D'après l'INSEE<sup>8</sup>, la population européenne comptera également en moyenne 30% de plus de 60 ans et 12% de sa population de plus de 80 ans en 2060. L'Allemagne et l'Italie seraient les plus touchées par ce phénomène.

### **... et dépendante ...**

Même si nous ne pouvons pas corréliser le nombre de personnes âgées à celui de personnes dépendantes, le vieillissement est également facteur de perte d'autonomie corporelle et mentale.

Dans le domaine de la gérontologie, la dépendance d'une personne âgée est définie comme un état durable de la personne entraînant des incapacités et requérant des aides pour réaliser des actes de la vie quotidienne. Soulignons que lorsqu'un gériatre parle de perte d'autonomie, il s'agit bien de perte d'autonomie fonctionnelle et non de perte d'autonomie décisionnelle (perte d'autonomie au sens de Kant), bien que dépendance et perte d'autonomie décisionnelle peuvent évoluer conjointement, notamment pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Début 2012, 1,2 million de personnes âgées sont dépendantes, au sens de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)<sup>9</sup>.

Selon le scénario central de projections réalisées par la Drees<sup>10</sup>, (sur les trois scénarios retenus : optimiste, intermédiaire, pessimiste), il y aurait 1,5 million de bénéficiaires de l'APA en 2025, 2 millions en 2040 et 2,3 millions en 2060, soit deux fois plus qu'en 2010.

Ces hypothèses de projections reposent sur la comparaison entre l'évolution de l'espérance de vie générale et celle de l'espérance de vie sans incapacité (EVSI) ou sans dépendance au sens de l'APA. Devant l'allongement de l'espérance de vie, comprendre si les années de vie gagnées sont des années de vie en bonne santé est devenu un enjeu important afin de mieux planifier les besoins en matière de soins et des services à la personne. En France<sup>11</sup>, les premières estimations d'EVSI à partir des enquêtes décennales sur la santé de 1980 et de 1991 indiquaient un gain substantiel d'EVSI à la naissance entre ces deux dates, de 3 ans chez les hommes et 2,5 ans chez les femmes pour un gain d'EV totale de 2,5 ans. L'accroissement de l'espérance de vie à 65 ans s'est accompagné d'une augmentation de la part du temps vécu sans incapacité.

---

<sup>8</sup> COTIS JP, Edition 2012, *Tableau de l'économie française*, Paris, INSEE p26-27

<sup>9</sup> Insee, Edition 2014, *Tableau de l'économie française*, disponible sur [www.insee.fr](http://www.insee.fr)

<sup>10</sup> Drees, Sept 2013, *Projection des populations âgées dépendantes*, Dossiers solidarité et santé n°43

<sup>11</sup> INED, Janvier 2011, *Les espérances de vie sans incapacité en France*, Document de travail N°170

Mais les dernières analyses statistiques de l'INED suggèrent un récent ralentissement de la progression de l'EVSI à 65 ans comparativement à l'espérance de vie. Les années d'espérance de vie gagnées ne semblent plus être entièrement des années de vie sans incapacité.

La tendance est la même dans l'Union Européenne<sup>12</sup>. Depuis 2005, Eurostat calcule annuellement pour chacun des états membres de l'UE, l'espérance de vie sans limitation d'activité. L'espérance de vie à 65 ans en 2011 était de 18 ans pour les hommes et 21,4 ans pour les femmes, soit une augmentation de plus d'un an depuis 2005 (1,3 ans pour les hommes et 1,2 ans pour les femmes). Or, les années de vie sans incapacité à 65 ans et au-delà sont restées stables entre 2005 et 2011 (+0,2 ans pour les hommes, et -0,2 ans pour les femmes). Cela signifie que les années vécues avec une limitation d'activité ont augmenté entre 2005 et 2011.

Sur la base de ces statistiques, l'UE s'est fixée comme objectif d'augmenter le nombre d'années de vie en bonne santé de 2 ans, d'ici à 2020, pour l'Europe des 27.

Ainsi, si le risque dépendance reste relativement faible à 65 ans, il augmente en fonction de l'âge de façon exponentielle, et s'annonce donc comme un enjeu majeur pour les politiques publiques.

Ce phénomène de vieillissement de la population et d'augmentation de la dépendance s'accompagne d'une diminution des aidants naturels. D'après les projections démographiques de l'INSEE<sup>13</sup>, le nombre des 50-79 ans, qui constituent la majorité des aidants, devrait augmenter de 10% environ entre 2000 et 2040, alors que le nombre de personnes âgées dépendantes devrait doubler selon leur scénario central.

A l'échelle de notre territoire<sup>14</sup>, selon le recensement de 2012, le ratio aidant /aidé s'élève à 5,1 personnes de 55-64 ans pour une personne âgée de plus de 85 ans. Il devrait diminuer et passer à 3,9 à l'horizon 2025. Or, les politiques de soutien à domicile aux personnes âgées reposent sur les réseaux de solidarité existants, constitués par les proches des personnes âgées, essentiellement leur conjoint et leurs enfants.

**... dont une majorité partage le désir de rester vivre à domicile.**

En 2007<sup>15</sup>, les personnes âgées demeurant à leur domicile représentaient respectivement 78,6% des personnes de 85 à 94 ans et 57,4% des personnes de 95 ans et plus.

Parmi les 1,2 million de personnes âgées dépendantes bénéficiant de l'APA en 2012, 60 % vivent à domicile et 40 % en établissement<sup>16</sup>. Les personnes modérément

---

<sup>12</sup> INSERM, 17 Avril 2013, *Espérance de vie en bonne santé : dernières tendances*, Communiqué de presse

<sup>13</sup> Drees, Aout 2002, *Les aidants des adultes handicapés*, Etudes et résultats N° 186

<sup>14</sup> Insee, 2010, *Projections OMPHALE*, disponible sur [www.insee.fr](http://www.insee.fr)

<sup>15</sup> ROSSO-DEBORD V., 2010, Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes, Assemblée Nationale n°2647, p.44

<sup>16</sup> Drees, Sept 2013, *Projection des populations âgées dépendantes*, Dossiers solidarité et santé n°43

<sup>16</sup> Observatoire de l'intérêt Général, mars 2012, Sondage opinionway disponible sur [www.agevillagepro.com](http://www.agevillagepro.com)

dépendantes (GIR 3-4) représentent la majorité des bénéficiaires de l'APA (64 %), et résident le plus souvent à domicile.

De même, dans un sondage<sup>17</sup>, à la question : « *dans le cas où vos capacités physiques se dégraderaient avec l'âge, que préféreriez-vous ?* », 90% des personnes répondaient : « *adapter son domicile pour y rester en bonne santé et en sécurité* ». En 1996, une enquête du Crédoc avait déjà démontré que la perte d'autonomie due à la dégradation de leur état de santé était la préoccupation majeure des jeunes retraités qui souhaitaient : « *pouvoir rester chez eux, pouvoir continuer leurs activités et ne pas être seul* ».

Rappelons que le rapport de Pierre Laroque<sup>18</sup> énonçait en 1962 que « *le placement collectif des vieillards devait demeurer une solution exceptionnelle* » et que le maintien à domicile est, d'un point de vue social et économique, préférable à d'autres solutions. Aujourd'hui, la majorité des professionnels de la gérontologie le confirme. Nous conseillons, à ce sujet, l'étonnant auto-documentaire *Flore* qui relate la vie quotidienne d'une femme atteinte de la maladie d'Alzheimer, "sauvée" par son fils qui juge inefficaces les instituts spécialisés où elle a été successivement placée. Il décide alors de l'installer dans leur maison familiale, avec une équipe adaptée pour lui offrir une fin de vie digne, chez elle<sup>19</sup>.

Maintenir une personne qui le souhaite à son domicile c'est, comme le définit Bernard Ennuyer,<sup>20</sup> lui permettre de rester chez elle sur le long terme, tant que cela répond à sa demande.

### **1.1.2 Les textes fondamentaux en termes de politique publique en faveur des personnes âgées et de leur maintien à domicile**

#### ***D'une vision sociétale ...***

Les premiers services d'aide ménagère sont nés après la deuxième guerre mondiale pour aider les familles nombreuses de l'après-guerre et éviter l'hospitalisation des personnes âgées (PA) malades. Ces services "d'aide ménagère" reposaient essentiellement sur des financements aléatoires relevant de la charité publique. Le rapport Laroque en 1962, en posant la question fondamentale de la place des PA dans une société, est l'acte fondateur des politiques publiques du maintien à domicile. Suite à ce rapport, le VI<sup>e</sup> plan<sup>21</sup> a décrit les objectifs à atteindre afin de permettre ce maintien à domicile comme moyen de l'insertion des PA dans la société.

Depuis la publication de ce rapport, affirmant la nécessité d'une prise en charge globale des personnes âgées dans la société, le maintien à domicile a été constamment réaffirmé par les différents pouvoirs politiques. Le Président de la République François Hollande<sup>22</sup> a

---

<sup>18</sup> Haut Comité consultatif de la population et de la famille, 1962, Politique de la vieillesse Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse présidé par M. Pierre Laroque, Paris, La Documentation Française

<sup>19</sup> LIEVRE J-A, 2014, Documentaire *Flore - l'histoire vraie d'une renaissance*

<sup>20</sup> ENNUYER B., Avril 2014, *Repenser le maintien à domicile, enjeux, acteurs, organisation*, Dunod

<sup>21</sup> VI<sup>e</sup> plan de développement économique et social publié en juillet 71

<sup>22</sup> <http://www.elysee.fr/declarations/artile/intervention-du-president-de-la-republique-au-congres-de-l-uniopss/>

d'ailleurs rappelé dans son discours du 25 janvier 2013 au congrès de l'Uniopss à Lille, son attachement au maintien à domicile : « *Nous devons donc permettre à chaque personne âgée qui le souhaite, de rester à son domicile, là où sont ses souvenirs, son espace, son quartier, ses amis, sa famille* ».

Parallèlement à cette volonté politique de maintien à domicile des personnes âgées, la Loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière a jeté les bases d'un secteur social et médico-social autonome, et la Loi de 1975 a défini la notion de médico-social et le principe du régime de l'autorisation, donnant la possibilité à des établissements sociaux de se médicaliser, de délivrer des prestations de soins nécessaires à la cohérence d'une prise en charge globale à domicile.

### ***... à une prise en charge des PA permettant de solutionner des problèmes de société***

La politique d'intégration des personnes âgées, voulue dans les années 60, va rapidement se transformer, avec la crise économique des années 70 en une gestion de la prise en charge des populations âgées. Comme nous le démontre Bernard Ennuyer<sup>23</sup>, nous sommes passés d'une vision collective de l'intégration sociale des personnes âgées, comme « *projet de société* », à une vision médicale, permettant de prendre en charge cette catégorie des personnes âgées qui "vieillissent mal", devenue une charge, tout en solutionnant des questions de société (chômage, promotion des nouvelles technologies...) En effet, à partir de 1983-84, la priorité étant la lutte contre le chômage, le maintien à domicile est alors vu comme un important gisement d'emploi capable de combattre le chômage et différentes mesures incitatives d'aide à l'emploi voient le jour : travaux d'Utilité Collective pour les associations (1984), Loi Seguin (1987) avec l'exonération de charges patronales et fiscales pour le particulier employeur (public fragile) et la création de services mandataires pour l'aider dans sa gestion administrative, plan de développement des "emplois familiaux" (1991), réduction d'impôts de 50% des sommes engagées (Loi de finance rectificative du 30 décembre 1991), mise en place du chèque emploi services (1994)...

Toujours avec cet objectif de développer l'emploi, un changement important est introduit par la Loi du 29 janvier 1996 qui ouvre à la concurrence le secteur des services d'aide à domicile. Après obtention d'un agrément (simple ou qualité) délivré par la DIRECCTE (Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi), toute entreprise peut se positionner sur le marché des services, en ayant la possibilité d'octroyer des avantages fiscaux à ses bénéficiaires et un taux de TVA réduit à 5,5%. Le ticket emploi services préfinancé est également créé.

---

<sup>23</sup> ENNUYER B., Avril 2014, *Repenser le maintien à domicile, enjeux, acteurs, organisation*, Dunod

Cette "marchandisation" du service à domicile s'est faite essentiellement au profit du particulier employeur et en favorisant les emplois peu qualifiés.

### **2001 - 2004 : reconnaissance du secteur de l'aide à domicile**

Afin de développer ce secteur, il faut non seulement créer des dispositifs favorisant l'expression de la demande, mais également lui permettre de se "solvabiliser" : Après une prestation expérimentale dépendance (1995) puis la prestation spécifique dépendance-prestation d'aide sociale soumise à récupération sur succession (1997), la Loi de juillet 2001 met en place l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) qui renforce la prise en charge par la collectivité de l'ensemble des personnes âgées en perte d'autonomie. En instaurant cette prestation à caractère légal, la Loi du 21 juillet 2001 a placé l'ensemble des acteurs intervenant dans le domaine de la politique d'accompagnement du vieillissement dans un environnement nouveau. Leurs domaines d'action respectifs se définissent en fonction du niveau de perte d'autonomie.

La Loi du 2 janvier 2002<sup>24</sup> rénovant l'action sociale et médico-sociale, présentée comme une avancée majeure dans le secteur de l'aide à domicile, remplace la Loi de 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Elle place les droits des usagers au cœur de la rénovation sociale et médico-sociale et permet une meilleure prise en charge des besoins des usagers.

Pour Jean François BAUDURET<sup>25</sup>, « certains outils de cette loi sont allés jusqu'à bouleverser, dans le bon sens du terme, les contenus des pratiques des acteurs relevant du champ social et médico-social et ainsi moderniser un secteur à la recherche d'un nouveau souffle ».

Par ailleurs, cette loi a permis de donner une base d'autorisation légale aux services d'accompagnement à domicile, médicalisés ou non. Ainsi, les services d'aide à domicile entrent dans le champ des établissements sociaux et médico-sociaux, tel que défini par la Loi du 2 janvier 2002. Cette loi innove également en favorisant les complémentarités, la continuité des accompagnements et une démarche de décroisement avec le secteur sanitaire.

Or, la canicule de l'été 2003 et le nombre important de décès de personnes âgées (PA) montrent les manques de la politique sociale en direction des PA isolées vivant à domicile. Plusieurs mesures sont prises dans le cadre de la Loi n°2004-626 du 30 juin 2004, relative à la solidarité pour l'autonomie des PA et des personnes en situation de handicap (PH), visant à améliorer et développer les aides à domicile. Et pour prendre en charge les coûts de la dépendance, elle crée la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), dont les missions seront précisées dans la Loi du 11 Février 2005

---

<sup>24</sup> loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JO du 3 janvier 2002

<sup>25</sup> BAUDURET JF, 2013, *Institutions sociales et médico-sociales : de l'esprit des lois à la transformation des pratiques*  
Dunod

sur « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté », parlant pour la première fois du risque de dépendance pour personnes âgées et personnes handicapées. Cette loi supprime la ségrégation par l'âge et prévoit un droit universel à la compensation du handicap. Mais cette disposition législative n'a jamais été appliquée.

### ***Le développement des services à la personne (SAP)***

La Loi du 26 juillet 2005 relative au développement des SAP, dite « Loi Borloo », met en œuvre le « plan Borloo » de développement des SAP. Ce plan, avec la mise en place notamment du Chèque Emploi Service Universel, le CESU<sup>26</sup>, visait au développement des services à la personne, en invoquant à nouveau un véritable "gisement d'emplois" dans ce secteur. Afin de favoriser le développement d'une offre plurielle et de permettre un libre choix du prestataire, cette loi a favorisé la constitution d'enseignes nationales et donné un droit d'option pour les gestionnaires de structures d'aide et d'accompagnement à domicile qui peuvent désormais choisir soit de relever de l'autorisation de création soit d'être soumis à l'agrément qualité (Cf § suivant). Dans le cadre de ce plan, a également été mise en place l'Agence Nationale des Services à la Personne (dissoute en juillet 2014), ainsi que la suppression des cotisations de sécurité sociale pour les prestataires de services. L'orientation du plan répond à une conception marchande et concurrentielle du développement des services, correspondant à la directive européenne sur les services à la personne. D'ailleurs, afin de répondre à cette directive, la mesure d'agrément des services à la personne est simplifiée (2012) et le taux de TVA à 5.5% laissé uniquement aux prestations destinées aux publics fragiles (2013).

Parallèlement, en 2005, le rapport de la Cour des Comptes fait un constat sévère à propos des politiques menées en direction des personnes âgées dépendantes, constatant que malgré l'APA, la réponse des services d'aide et des différents acteurs ne correspond pas aux réels besoins : « *d'une façon générale, l'offre de services, de prestations et de places en établissement est insuffisante, mal répartie sur le territoire national et ne répond qu'imparfaitement au besoin de globalité et de continuité des prises en charges...* »<sup>27</sup>.

En dopant le marché par la défiscalisation, la Loi du 26 février 2007, avec un remboursement de 50% des dépenses faites si le bénéficiaire est actif ou demandeur d'emploi ne concerne pas le principal cœur de cible de la branche de l'aide à domicile que sont les bénéficiaires de l'APA (inactifs). D'ailleurs, dans son texte *En France qui recourt aux services à domicile ?*, Claire Marbot<sup>28</sup> souligne que les 10% des ménages les plus riches reçoivent 73% de la réduction d'impôts totale.

---

<sup>26</sup> Le CESU remplace le chèque emploi services et le ticket emploi services préfinancé

<sup>27</sup> Cours des comptes 2005, *Les personnes âgées dépendantes*, Rapport public particulier, n°4499, Editions des JO

<sup>28</sup> MARBOT C., 2008, *En France, qui recourt aux services à domicile ?*, France portrait, INSEE

## ***Des plans en faveur de la politique vieillesse ... à la Loi d'adaptation de la société au vieillissement***

Ces dix dernières années sont surtout marquées par des plans : Plan Vieillesse et Solidarités (2003-2006), 2<sup>ème</sup> plan Alzheimer (2005-2007), plan national « Bien vieillir » (2007-2009), plan Solidarité grand âge (2007-2012), plan de développement de la bientraitance et du renforcement de la lutte contre la maltraitance avec le lancement de l'Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM) en 2007, 3<sup>ème</sup> plan Alzheimer (2008-2012). Au cours de ces dix dernières années, nous avons également eu beaucoup de discours, de rapports, de promesses de création d'une 5<sup>ème</sup> branche de la protection sociale consacrée à la perte d'autonomie, et de recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM.

Dans son rapport annuel de 2006, la CNSA parle de "5<sup>ème</sup> risque" dédié à la compensation : « *Une solidarité collective non seulement pour soigner, c'est l'assurance maladie, mais aussi pour prendre soin : c'est la compensation de la perte d'autonomie* » et son rapport annuel 2007 propose de créer un droit universel à une compensation personnalisée pour l'autonomie, quel que soit l'âge des personnes. Un débat national est lancé en 2011 sur la création d'un "cinquième risque" de la Protection sociale.

Mais... aucune suite législative n'a été donnée à ces réflexions de fond... Nous restons dans une logique de financement de type "solidarité" avec des enveloppes prédéfinies et non dans une logique d'assurance sociale où le risque dépendance serait garanti pour tous quelle que soit sa situation.

La Loi du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), apporte une nouvelle gouvernance au secteur médico-social. Les services d'accompagnement des PH et des PA en perte d'autonomie font désormais partie de la politique globale régionalisée de santé, pilotée par les Agences Régionales de la Santé (ARS) et des schémas départementaux.

La Loi sur l'adaptation de la société au vieillissement (dite Loi ASV) adoptée fin 2015, réside davantage en l'adaptation de la société au vieillissement que dans le financement des aides à l'autonomie et encore moins en l'instauration d'un nouveau risque de protection sociale. « *Ce qui devait être le grand rendez-vous de l'adaptation de la société française au vieillissement ne débouchera que sur un réajustement des dispositifs existants* »<sup>29</sup>.

En effet, après plusieurs années de report d'une réforme relative à la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, la Loi d'adaptation de la société au vieillissement de la population a vu le jour. Cette loi s'articule autour de 3 volets : l'anticipation de la perte d'autonomie, l'adaptation de la société au vieillissement et l'accompagnement de la

---

<sup>29</sup> VILLEZ A., 2015, *De la création d'un 5<sup>ème</sup> risque à l'adoption d'un projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement*, Année de l'Action Sociale 2015, DUNOD

perte d'autonomie. Ce troisième volet qui concerne davantage notre secteur d'activité a pour objectif de refonder l'organisation de l'aide à domicile :

➤ Toutes les structures intervenant auprès d'un public de personnes âgées ou handicapées passeront sous le régime de l'autorisation avec un seul cadre réglementaire, celui du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

➤ La mise en place d'un nouveau mode de financement garantira aux Services d'Aide & d'Accompagnement à Domicile (SAAD) une vision budgétaire pluriannuelle en contrepartie d'un engagement de qualité et de service.

➤ Un décloisonnement de l'aide et du soin sera recherché par le regroupement des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) et des SAAD et la création de Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD), permettant une prise en charge globale de l'usager.

Même si ces nombreuses lois des années 2000 ne sont pas allées assez loin pour certains, elles sont à l'origine de nombreuses avancées dans notre secteur d'activité. Elles ont permis de promouvoir les droits et la citoyenneté des publics fragiles, de privilégier le domicile, de garantir la bientraitance et la qualité des prestations par la professionnalisation de ce secteur, d'individualiser et de personnaliser les accompagnements tout en instaurant plus de rigueur financière.

### **1.1.3 Le secteur de l'aide à domicile en France : une branche de l'économie sociale remplissant une mission essentielle auprès des personnes fragiles**

#### ***De l'aide à domicile aux services à la personne...***

Les premiers services d'aide à domicile se sont mis en place dans les années 50, essentiellement sous l'impulsion des congrégations religieuses. Il s'agit de services "d'aide ménagère" venant en aide aux familles nombreuses. Le terme "d'aide directe à domicile" fait d'ailleurs son apparition dans la circulaire du 24 septembre 1971.

Le terme de "services à la personne" (SAP) utilisé par la Loi du 25 juillet 2005 et la liste des activités figurant, à ce titre, dans l'article D 7231-1 du Code du Travail, recouvrent un champ très vaste de prestations (Annexe 1). Ainsi, si les activités de "Services à la personne" couvrent l'ensemble des services à domicile, dont les activités de "confort" pour tout ménage (essentiellement, nous l'avons vu, les ménages les plus aisés), nous nous attacherons dans le cadre de ce mémoire au secteur de "l'Aide à domicile", donc de l'activité d'assistance à domicile des personnes « *qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile* »<sup>30</sup> (aide au titre des actes essentiels de la vie courante, aide ménagère, accompagnement dans les activités de la vie courante et relationnelle).

---

<sup>30</sup> Selon la formulation administrative Cf. Circulaire ANSP/DGEFP/DGAS no 1-2007 du 15 MAI 2007

Ce centrage sur l'accompagnement et l'aide à la personne est au cœur des métiers de la branche de l'aide à domicile, alors que les activités entrant dans le champ défini par la Loi de 2005 sont moins centrées sur les personnes elles-mêmes. En revanche, pour les structures d'aide à domicile, ce positionnement s'est accompagné d'une diversification des interventions à domicile sur certains créneaux (portage de repas, jardinage, petit bricolage...), souvent auprès des personnes déjà aidées. Cette diversification permet d'avoir une approche plus globale des besoins des publics fragilisés.

Rappelons que l'ensemble de ces prestations à domicile peut se faire sous différentes formes juridiques.

- En mode prestataire : la structure d'aide à domicile définit la prestation avec le bénéficiaire, l'organise et suit la réalisation des prestations. Les intervenants sont des salariés de la structure qui les encadre, les évalue et les forme, garantissant ainsi la qualité des interventions et rassurant les financeurs, qui peuvent obtenir des statistiques, la professionnalisation du personnel, l'organisation de contrôles .... Ce service prestataire peut être un service privé associatif à but non lucratif, un service public comme les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) ou une entreprise privée à but lucratif.

- En mode mandataire : la structure propose au particulier un intervenant professionnel à domicile. Elle assure un service de placement et prend en charge les démarches administratives, mais c'est le bénéficiaire qui est l'employeur de l'intervenant. L'association mandataire n'a qu'un rôle d'aide administrative.

- De "gré à gré" ou en emploi direct : le particulier recherche lui-même et recrute directement un intervenant. La mise en place du CESU et sa facilité d'utilisation a d'ailleurs largement contribué au développement de ce mode d'intervention, permettant ainsi de diminuer le travail non déclaré. En revanche, si ce mode d'intervention est moins onéreux, il pose problème lorsque l'employeur est en situation de fragilité, car aucune vérification de qualité, de continuité du service rendu n'est possible.

Ainsi, pour une même prise en charge, nous pouvons trouver des heures assurées par une structure prestataire et des heures en "gré à gré", gérées par le bénéficiaire ou sa famille, échappant à tout contrôle et coordination globale.

### ***... un secteur d'activité difficile à appréhender ...***

Depuis 2005 (Loi Borloo) et jusqu'à aujourd'hui, les structures prestataires de services à domicile intervenant en direction des publics fragiles étaient soumises à deux réglementations : soit celle de la Loi du 2 janvier 2002, système géré par les conseils départementaux qui ont autorité pour délivrer une autorisation administrative (pour 15 ans) et fixer les conditions tarifaires pour les structures autorisées, soit celle du 26 juillet 2005 issue de la Loi Borloo sur les SAP pour les structures agréées. Cet agrément était délivré par la DIRECCTE (pour 5 ans) à toute structure s'engageant à respecter un cahier des charges défini par l'administration.

Alors que les structures sous le régime de l'autorisation et entrant dans le champ des ESMS sont dans une logique de réponse aux besoins des publics fragiles, le régime de l'agrément a pour objectif de promouvoir les services et ouvrir ce secteur d'activité à la concurrence. Nous sommes donc dans un contexte où différentes structures interviennent pour un même public mais avec des contraintes financières, réglementaires et de qualité différentes.

Cette double réglementation engendre une double problématique : tout d'abord au niveau des exigences de gestion imposées aux prestataires autorisés (outils de la Loi de 2002, obligation de réponse, ratios et exigences des conseils départementaux, convention collective de la Branche de l'Aide, de l'accompagnement, des soins et des services à Domicile (BAD) ... ) contre une liberté de gestion sans droit de regard des financeurs pour les structures agréées. Ensuite, au niveau de l'utilisateur qui a une participation calculée sur le tarif accordé à la structure autorisée ou calculée sur un tarif général définit chaque année, s'il fait intervenir un prestataire agréé.

Aujourd'hui, avec la Loi d'ASV, cette compétence est confiée exclusivement aux conseils départementaux à qui l'Etat demande d'autoriser une grande partie des structures agréées, selon un cahier des charges dont le décret vient de paraître. L'ensemble des structures prestataires de services à domicile, intervenant auprès d'un public fragilisé, répond désormais au même cahier des charges... L'utilisateur va devoir choisir aujourd'hui entre des structures autorisées et tarifées, contrôlées par le Conseil Départemental, et des structures autorisées mais ayant une liberté de tarification (et de gestion ?). La distinction entre structure agréée et structure autorisée n'était déjà pas toujours très simple à percevoir pour l'utilisateur...

Ce mémoire est réalisé dans un contexte de questionnements et de changements apportés par la Loi d'ASV, dont certains décrets d'application restent à venir.

**... permettant le maintien à domicile des personnes fragilisées.**

Avec plus de 9 000 structures<sup>31</sup>, la branche de l'Aide à Domicile est la branche la plus importante du secteur économique des SAP, dans le cadre des activités prestataires. Selon la Dares du ministère du travail, parmi les 1,4 million de salariés (449 000 ETP) du secteur des SAP en 2013, 400 000 personnes sont salariées dans les activités d'aide à domicile, dont 71% dans le cadre d'associations ou d'organismes publics.

Le volume global de l'activité de l'aide à domicile, tous types d'employeurs confondus (particulier, association, entreprise), atteindrait 328 millions d'heures en 2013 selon le dernier rapport de la Dares sur l'aide à domicile, dont les 2/3 sont assurés par des associations. 70% de ces heures d'intervention bénéficient aux personnes âgées.

---

<sup>31</sup> Les dossiers d'Alternatives Economiques, Avril 2015, *Aide à domicile Pour bien vieillir chez soi*, Hors série

Ainsi, le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes représente la principale activité du secteur de l'aide à domicile, et les modalités d'intervention évoluent avec le niveau de dépendance de la personne aidée. Très souvent, l'aide arrive au domicile de la personne dans le cadre de l'aide ménagère (souvent avec un financement caisse retraite), puis l'aide à la vie quotidienne (toilette, préparation des repas,...) arrive lorsque la personne perd de son autonomie (avec dans la plupart des cas, une prise en charge APA).

Soulignons qu'en fonction des départements, l'offre varie et qu'il subsiste une grande inégalité sur le territoire. On dénombre 40 aides à domicile pour 1 000 habitants de plus de 75 ans en Eure-et-Loir, près de 100 dans l'Hérault et le Pas-de-Calais et 120 en Corse-du-Sud (3 fois plus !)<sup>32</sup>.

#### 1.1.4 Approche européenne

En Europe, les services à la personne (SAP) renvoient selon les pays à des périmètres de services très différents, ce qui rend très difficile toute comparaison. Mais s'ils ne constituent jamais un secteur d'activité identifié en tant que tel, nous retrouvons trois types de SAP :

Les services "de confort" (ménage, bricolage, entretien extérieur..) ; les services de garde d'enfant ; les services d'assistance et d'aide aux personnes âgées et/ou handicapées. D'ailleurs, la plupart des pays européens ont choisi, comme en France, de répondre à l'aspiration du plus grand nombre de ces personnes qui est de rester à leur domicile.

L'analyse de l'organisation des SAP faite par France Stratégie<sup>33</sup>, dans six pays européens (Allemagne, Angleterre, Belgique, Espagne, Finlande et Suède), permet de mettre en lumière les tendances communes, dans les dispositifs de soutien aux SAP ainsi que leurs différentes approches.

Dans tous les pays étudiés, les emplois de SAP se sont développés avec, souvent, un développement quantitatif pas toujours synonyme de qualité, et ce développement s'est fait par la mise en place de politiques de soutien.

La baisse du coût du travail est le principal levier utilisé par les politiques publiques de ces pays pour encourager le développement de l'emploi dans le secteur des services.

La croissance soutenue de ce secteur d'activité répond à des impératifs économiques et sociaux en termes de vieillissement de la population, d'activité des femmes, de lutte contre le travail non déclaré, et d'insertion sur le marché du travail de populations faiblement qualifiées. Dès 1993, le développement de ces services est également un

---

<sup>32</sup> DEVETTER F-X., DELOUETTE I. et LICOUR L., 2014, *Accès aux services d'aide à domicile : inégalités territoriales et inégalités sociales*, Clersé-Université Lille1

<sup>33</sup> GARNER H., LEUTHEREAU-MOREL N., Décembre 2014 *Gouvernance et organisation des services à la personne en Europe*, France Stratégie, Département Travail-Emploi

objectif de la Commission européenne, avec un ciblage plus spécifique sur la création d'emplois peu qualifiés. Avec l'ampleur de la crise économique que connaît l'Union Européenne depuis 2008, le soutien au développement de ces emplois a été réaffirmé récemment par la Commission européenne, en lien avec la stratégie Europe 2020.

Au niveau de la branche de l'aide à domicile, France Stratégie répartit les pays européens en 4 groupes :

- Le modèle continental, comme en Belgique et en Allemagne, où L'État intervient en fournissant une partie des services de soins et d'assistance aux personnes dépendantes, en complément des structures associatives qui jouent traditionnellement un rôle important dans ce secteur d'activité. Si en Belgique, comme en France, l'introduction de "titres services" permettant des réductions fiscales a contribué à la lutte contre le travail non déclaré, en Belgique ces "titres services" sont réservés aux structures de type non lucratif ou publiques. En revanche, dans certains pays comme l'Allemagne, le travail informel dans ce secteur d'activité atteint des taux élevés, car la préférence a été donnée à un système d'allocation attribuée aux aidants non professionnels.
- Dans l'Europe du Sud, L'Espagne et l'Italie illustrent bien le modèle méditerranéen : les tâches domestiques et les soins sont encore en grande partie assurés par les aidants familiaux. L'État intervient peu, principalement par le biais d'aides financières visant à compléter l'aide familiale.
- Le modèle libéral comme en Angleterre, avec une solidarité limitée à des prestations d'assistance réservées aux plus démunis et une participation des structures caritatives, notamment auprès des personnes âgées. L'État encourage la réponse privée pour faire face aux besoins émergents.
- La Suède et la Finlande appartiennent au modèle nordique, où l'État providence et les services publics locaux jouent un rôle central dans la fourniture de ces services qui sont universels. Cette implication de l'Etat s'explique par l'important taux d'activité des femmes.

\* \* \*

Ainsi, l'accompagnement des personnes âgées a longtemps relevé d'un travail accompli principalement par les femmes restant au foyer. Mais les «Trente Glorieuses» avec la constitution de l'État-providence vont apporter de grands changements.

Ces activités de "prendre soin d'autrui", peu à peu, ne sont plus réservées aux femmes dans la sphère privée et font l'objet d'une reconnaissance favorisée par des initiatives associatives proposant des services sociaux.

Les politiques et les financements publics vont reconnaître ce secteur d'activité et rendre pérennes ces prestations à domicile, qui, avec le vieillissement de la population et l'augmentation de l'activité féminine, s'intensifient.

## **1.2 Ambre Services : une structure d'aide à domicile avec des prises en charges complexes**

### **1.2.1 Une structure de plus en plus orientée « dépendance »**

#### ***Historique***

En Janvier 2008, j'ai créé une coopérative (SCOP) de services à domicile en milieu rural. Mon souhait était d'offrir à la population locale un service de proximité efficace et simple avec une réelle relation de confiance et de dialogue avec les bénéficiaires et leur entourage, en proposant trois types de services : *Services aux personnes dépendantes* (personnes âgées, en situation de handicap, malades ou accidentées), *Services à la vie quotidienne* et *Services à la famille* (Annexe 2).

Les activités d'aide à domicile entrant dans le champ de l'agrément qualité (délivré par la DIRECCTE), nous avons tout d'abord fonctionné dans le cadre de cet agrément puis opté pour l'autorisation : Nous sommes autorisés et tarifés par le Conseil Départemental de l'Isère depuis avril 2009. Etant domiciliés en Isère, nous avons déposé notre dossier de demande d'autorisation au Conseil Départemental de l'Isère et nous sommes passés en dernière commission du CROSM (avril 2009). Ce dernier n'existant plus, nous n'avons pas eu la possibilité de faire notre demande auprès du Département de la Savoie. Aussi, notre particularité actuelle réside dans le fait, que, situés à Pont-de-Beauvoisin, côté Isère, nous fonctionnons avec notre autorisation et, côté Savoie (la rivière "le Guiers" sépare la ville en deux), nous fonctionnons dans le cadre de l'agrément qualité.

J'ai tout d'abord organisé ce service autour de mon domicile, en conservant un emploi à temps partiel dans une centrale d'achat bâtiment jusqu'en juillet 2012. Puis, avec la montée en charge de l'activité, nous avons investi des locaux professionnels en avril 2010, que nous partageons avec un atelier de peinture, afin de limiter les charges de location.

Des difficultés liées au statut juridique de la structure (refus de conventionnement avec certains partenaires qui ne conventionnent qu'avec des structures non lucratives, demandes du département de distinguer plus clairement les activités comprises et non comprises dans la tarification, difficultés de raisonnement avec TVA...), m'ont poussée, en 2012, à transformer la SCOP Ambre Services en 2 associations : Ambre Services pour toutes les activités d'assistance à la personnes et Ambre services Repas & Prestations pour les autres activités. Ce mémoire ne traite que de la première association. 23 communes sont couvertes à ce jour par Ambre Services, dans un rayon d'une dizaine de kilomètres autour de Pont-de-Beauvoisin.

Le Conseil d'administration d'Ambre Services est composé de 9 administrateurs dont 2 représentent les bénéficiaires (usagers et familles d'usagers).

L'association défend un bénévolat "volontariste" : aucune obligation dans les missions à remplir par les bénévoles, pas d'engagement sur des heures de présence... car, le bénévolat doit rester un plaisir !

### **Activité**

Avec un fonctionnement 7 jours sur 7, une grande réactivité et une adaptation aux besoins et attentes de l'usager, le nombre d'heures de prestations réalisées au domicile des usagers a rapidement augmenté, passant de 3 275 heures en 2008 à plus de 21 000 heures en 2011, pour se stabiliser depuis.

En 2015, sur plus de 24 000 heures effectuées, sur le Nord Isère et l'avant pays savoyard par Ambre Services, auprès de 148 usagers, 19 385 heures ont été dispensées auprès de 98 bénéficiaires, personnes âgées et/ou handicapées, dont 80 avec une prise en charge APA (GIR 1 à 4). 23.5% de ces interventions le sont dans le cadre de la grande dépendance (GIR 1 et 2) et 76.5% dans le cadre de la moyenne dépendance (GIR 3 et 4). Au fil des années, nous avons constaté que nos prises en charge devenaient de plus en plus lourdes (grande dépendance, dépendance du couple, handicap, soins palliatifs...) et complexes (troubles cognitifs, coordination avec différents professionnels intervenant au domicile, matériel médical...).

Les ratios suivis dans le cadre de notre convention avec le Conseil Départemental de l'Isère montrent que le GMP de notre structure augmente (639 en 2015), que la durée moyenne des interventions tend à diminuer au fil des années, que le taux d'activité en dimanche et jours fériés augmente, atteignant 7,77% en 2015. Ce qui signifie de plus en plus de prestations grande dépendance avec plusieurs passages par jour (matin, midi et soir), 365 jours par an. Cette activité représente un CA global de 514 297 € en 2015, permettant à Ambre Services de s'équilibrer.

L'ensemble des heures a été effectué par 23 intervenants sur l'année (15 ETP), encadrés par 2 administratifs à temps partiel (1,61 ETP). La moyenne des heures contrat des intervenants est à 117h /mois. L'âge moyen des intervenants est de 46 ans en 2015 et 65 % du personnel est qualifié (formation adaptée au secteur de l'aide à domicile), dont un quart de l'effectif avec le DEAVS (Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale).

L'absentéisme et le turn-over, limités, ne posent pas vraiment problème, et Ambre Services ne rencontre pas de difficulté particulière à recruter.

Avec notre Conseil d'administration, nous nous sommes positionnés pour un maintien à domicile, comme défini par Bernard Ennuyer<sup>34</sup>, "jusqu'au bout de leur vie" si cela correspond au souhait de vie des bénéficiaires et de sa famille. La volonté du Conseil d'Administration d'Ambre Services est de développer la structure vers des prises en charge grande dépendance et handicap.

---

<sup>34</sup> ENNUYER B., Avril 2014, *Repenser le maintien à domicile, enjeux, acteurs, organisation*, Dunod

Parallèlement à l'évolution de ses prises en charge, Ambre Services est confrontée aux exigences du Conseil Départemental (audit, impératifs de "professionnalisation et modernisation", indicateurs..) et à la Loi de 2002 qui s'impose à notre structure notamment en matière d'évaluation.

Dans le cadre d'une étude de faisabilité d'un modèle de tarification unique départementale des SAAD autorisés et tarifés, le Conseil Départemental de l'Isère, en 2013, a mandaté un cabinet d'audit (ENEIS Conseil) afin de faire un diagnostic de l'ensemble des SAAD autorisés et tarifés.

Ce diagnostic a permis de mettre en avant les points suivants :

- Une association nouvellement créée dont le fonctionnement n'est pas encore stabilisé
- Une accessibilité quasi nulle de l'accueil pour les personnes en situation de handicap
- Une montée en charge progressive du nombre de bénéficiaires depuis sa création
- Des données sociales positives
- Une gestion du personnel d'intervention à perfectionner (modulation, temps de trajet)
- Modernisation des process récente et encore inaboutie
  - Une suite logicielle incomplète (module paie et gestion des trajets à intégrer)
  - Pas de contrôle d'effectivité (télégestion à mettre en place)

Poussée par le Conseil Départemental, Ambre Services s'est engagée, en 2014, dans une démarche qualité. Ce travail permettra dans un premier temps de valider notre évaluation interne et d'aller vers une évaluation externe. En revanche, notre Conseil d'Administration a pris la décision de ne pas s'engager dans une démarche de certification, trop onéreuse pour notre structure et ne permettant pas, selon nous, de garantir une meilleure réponse aux besoins des usagers.

### **1.2.2 Des difficultés à "former une équipe" sans travailler ensemble**

La difficulté d'un SAAD consiste à obtenir une réelle cohésion d'équipe avec des salariés qui ne travaillent pas sur le même lieu de travail, qui peuvent donc difficilement ajuster leurs pratiques auprès des usagers. Or, le fait que les différentes intervenantes ne fassent pas toutes les mêmes choses et de la même façon est perturbant pour l'utilisateur, ceci malgré l'existence d'un cahier de liaison et d'une fiche intervention laissée au domicile (tâches à cocher). En effet, en fonction du temps qui leur est imparti, certaines intervenantes vont privilégier des tâches qu'elles jugeront prioritaires et d'autres non. D'un jour à l'autre, en fonction de l'état de santé et/ou du moral de la personne, la prestation sera légèrement différente et si l'utilisateur a besoin d'être écouté, rassuré, le repassage ne sera peut être pas fait. L'essentiel est que l'information soit transmise, que ses collègues comprennent son intervention et puissent expliquer le lendemain pourquoi le travail sera un peu différent. Une intervenante peut consacrer plus de temps à l'écoute un jour mais pas forcément le lendemain car il faut bien que certaines tâches soient faites.

Souvent le "ne travaillent pas toutes de la même façon" fait référence aux valeurs de l'utilisateur et les auxiliaires de vie jugées les plus professionnelles sont celles qui savent les

respecter correctement. Les rituels, "manières de faire" sont très importants pour les bénéficiaires et doivent être correctement transmis entre intervenantes, car s'adapter aux habitudes de l'utilisateur, c'est reconnaître sa personnalité et son individualité, mais c'est aussi préserver son indépendance et son autonomie de choix. Y. GINESTE et R. MARESCOTTI<sup>35</sup>, dans leur concept d'humanité, précisent, que « *les habitudes confèrent un équilibre, et que leur abolition brutale peut participer à l'émergence de graves troubles psychiques* ».

En deuxième lieu, lors de notre dernier questionnaire qualité, plusieurs usagers ont souligné le fait que les nouvelles intervenantes n'avaient pas toujours suffisamment d'informations et que c'était fatiguant pour eux de devoir réexpliquer, ceci malgré une première intervention en tandem. Or, très souvent, j'ai pu remarquer que l'intervenante avait eu l'information (fiche d'information transmise avec la première intervention) mais trouvait l'occasion d'entrer en contact avec l'utilisateur, de lui faire expliquer ses habitudes... de créer une relation.

Ensuite, il m'a été souligné que pour les personnes âgées plus dépendantes qui recevaient plusieurs professionnels en cours de journée (infirmières, SSIAD, SAAD, Kiné ...), il leur était difficile de se repérer et de se souvenir à quelle structure elles avaient à faire, sans code vestimentaire. En effet, chez Ambre Services, nous n'avons pas, pour l'instant, de tenue vestimentaire imposée. L'absence de tenue professionnelle peut également apporter une réflexion sur l'incidence que cela peut avoir sur la distance professionnelle.

Ces éléments plaident en faveur d'un travail à mettre en place au niveau de l'équipe des intervenantes. Car, malgré une réunion de service mensuelle, des séances d'analyse de la pratique régulières et un effectif d'intervenantes peu important, nous pourrions avoir une plus grande cohésion d'équipe, gage d'une plus grande qualité des interventions.

### **1.2.3 Un manque de formalisme et de procédures**

Ambre Services est une petite structure, où les relations directes, de confiance, et "l'informel" aussi bien avec les salariés qu'avec les usagers, ont toujours été privilégiées. Consciente que la qualité d'une prestation effectuée au domicile d'un usager dépend essentiellement de l'implication de l'intervenante et souhaitant avoir un autre rapport à l'entreprise, mon objectif premier était de mettre en commun les énergies et les potentialités de tous les salariés afin d'optimiser un système où l'humain est la variable essentielle, capable de produire une dynamique collective. Des salariés solidaires, autonomes, engagés et responsables dans une structure dont la propriété est collective et

---

<sup>35</sup> *Philosophie de l'humanité*, disponible sur [www.Agevillagepro.com](http://www.Agevillagepro.com)

où le pouvoir est exercé démocratiquement... tels étaient les valeurs recherchées lors de la création de cette SCOP,... tout cela avec très peu de formalisme.

En reprenant la typologie de Mintzberg<sup>36</sup>, nous sommes dans une structure de type "missionnaire" où « *la dynamique de la coordination est fondée sur des normes et croyances qui remplacent la régulation par les procédures ou les standards* ».

Mais avec l'arrivée de nouveaux salariés, l'augmentation du nombre de prises en charge, la complexification des dossiers et les exigences qualité, ce fonctionnement n'est plus possible. Consciente que ce mode de fonctionnement voulu, fondé sur des relations de proximité, ne doit plus être synonyme d'informel, j'ai déjà réalisé un important travail sur documents : contrats de prestation modifiés et suivi organisé, définition de fiches mission détaillées à partir du plan d'aide, fiche de prestation au domicile des usagers à compléter à chaque intervention..., mais l'impératif d'avoir aujourd'hui une activité structurée et formalisée n'a pas été perçu par les salariés, et la résistance au changement est importante. Malgré plusieurs réunions d'information, les aides à domicile ont du mal à percevoir l'intérêt de cette formalisation, plus vue comme une contrainte... et les procédures peinent à être mises en place : fiche mission détaillée et sa mise à jour pas toujours transmise, fiches à compléter chez l'utilisateur pas correctement remplies, non retournées au bureau, définition de "référé dossier" que les intervenantes ne se sont pas appropriées... En revanche, très peu de dysfonctionnements au niveau des prises en charge car les intervenantes continuent à communiquer entre elles, à échanger de façon informelle.

Face aux attentes de l'utilisateur en termes de prestation effectuée et d'un certain formalisme pouvant le rassurer, quelles sont les attentes de la normalisation ? La norme Afnor sur laquelle s'appuie la certification NF X50-056 Service "Services aux personnes à domicile" bien qu'ayant évolué en 2014 pour s'adapter aux évolutions du secteur, fait l'objet de nombreuses procédures et outils.

Or, la diversité des besoins des bénéficiaires rend difficile la standardisation des interventions. Malgré cette difficulté, nous travaillons sur la mise en place de documents de travail plus structurés nous permettant de nous rapprocher des normes qualité.

En revanche, il nous paraît évident que l'approche procédurale de la normalisation reste incapable de garantir ce qui fait la qualité d'un service aux yeux du bénéficiaire : une attitude de l'intervenante adaptée à la situation de la personne dépendante.

#### **1.2.4 Une faiblesse des "fonctions support" et des locaux inadaptés**

Chez Ambre Services, l'ensemble des tâches administratives est assuré par 2 personnes (1,65 ETP financés). Une personne à 4/5<sup>ème</sup> (Assistante Technique) s'occupe

---

<sup>36</sup> MINTZBERG H., 2014, *Le Management Voyage au centre des organisations Eyrolles Editions d'Organisation*

essentiellement de l'accueil, des plannings, des relations quotidiennes usagers et salariés et de la facturation. Je gère "le reste" : évaluation des besoins, évolution des prise en charges, aide à la constitution des dossiers de prise en charge, relations avec les financeurs, comptabilité, gestion, budgets, RH (recrutement, entretiens, motivation, gestion des absences, gestion des conflits, licenciement, ...), paies et déclarations, démarche d'amélioration de la qualité, gestion des risques, communication.... ceci sans réelle aide extérieure (conseils), en dehors d'un cabinet d'expertise comptable pour valider et attester des comptes de fin d'année. Or, la complexification de l'environnement du secteur réclame un renforcement des "fonctions support" qui ne sera pas envisageable financièrement au niveau de la structure.

Domiciliée tout d'abord à mon domicile, Ambre Services partage, depuis 6 ans, un atelier avec des peintres au sous sol d'un grand bâtiment. Ce grand local permet certes d'organiser des réunions avec l'ensemble du personnel, mais est inaccessible aux personnes à mobilité réduite et n'a aucune vitrine extérieure.

Cette solution, qui nous a permis de bénéficier d'un grand local (bureau de 25 m<sup>2</sup> et salle de réunion de 100 m<sup>2</sup>), pour un loyer mensuel très modeste (250€ charges comprises), nous freine dans notre développement et n'est plus envisageable aujourd'hui.

\* \* \*

Dans un contexte de plus en plus complexe, face aux impératifs fixés par les financeurs et aux directives imposées par la Loi d'ASV, une formalisation plus importante de l'activité et un management plus stratégique devront guider les orientations d'Ambre Services, sans trop s'éloigner, par ailleurs, d'un management de proximité, centré sur une réponse aux besoins et attentes des usagers, dans le respect d'un cadre de travail motivant.

### **1.3 Quels besoins et attentes des personnes âgées dépendantes pour quelles réponses ?**

#### **1.3.1 Définition des besoins et attentes des bénéficiaires**

##### ***De l'organisation de la politique départementale...***

Depuis la Loi HPST, la définition des besoins collectivement identifiés est le résultat d'une concertation entre les décideurs publics, les représentants des associations et les représentants des usagers. Les réponses apportées aux besoins identifiés, sont inscrites dans le Projet Régional de Santé (PRS) arrêté par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Au niveau du département, le schéma d'organisation sociale et médico-sociale a pour objectif d'apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins des personnes âgées de son territoire et de préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les différents acteurs du secteur.

Ce schéma est établi par le Président du Conseil Départemental. La Loi du 13 Août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a d'ailleurs renforcé le rôle du département. Ce schéma départemental, établi pour 5 ans est en cohérence avec les schémas nationaux et régionaux, notamment avec le PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

**... aux besoins des bénéficiaires ...**

S'agissant de la personne âgée accompagnée, nous parlerons indifféremment de bénéficiaire, d'usager, de demandeur, d'aidé...

Au niveau des bénéficiaires, toute prise en charge d'une personne âgée à son domicile commence par une évaluation complète de la situation du demandeur débouchant sur la détermination du GIR. L'évaluation d'un besoin étant tellement différent d'un usager à un autre, (en fonction de son histoire de vie, de ses valeurs, de sa capacité à exprimer ses besoins...) mais également d'un évaluateur à un autre (en fonction de sa formation, des ses sensibilités, de son environnement familial...), un outil permet une évaluation des besoins plus objective.

En France, la prise en charge de la dépendance des personnes âgées s'effectue en référence à la grille AGGIR (Annexe 3). Celle-ci permet d'évaluer la perte d'autonomie des personnes âgées, selon leur capacité à effectuer seules ou non des activités de la vie quotidienne. Le degré d'autonomie ainsi déterminé aboutit à un classement de la personne dans une "catégorie" appelée GIR (Groupe iso-ressources).

Le GMP "GIR Moyen Pondéré" reflète le niveau de dépendance moyen d'un service.

Cet outil permet de déterminer un niveau d'incapacité de la personne, de perte d'autonomie. Or, lorsque le référent social vient évaluer les besoins d'une personne, il doit, non seulement tenir compte du niveau de dépendance, mais également prendre en compte la situation familiale, sociale et économique, l'environnement et surtout les souhaits de cette personne, car il est évident que la grille AGGIR à elle seule ne détermine pas un besoin d'aide, mais un niveau d'incapacité à se lever, s'habiller, se laver, se déplacer... D'ailleurs, la Loi ASV prévoit la mise en place d'un nouveau référentiel permettant une évaluation multidimensionnelle pour les dossiers APA (un peu à l'image de la grille GEVA pour évaluer les besoins de compensation de la personne handicapée).

Cette évaluation globale de la situation de la personne âgée a pour objectif de proposer un ensemble de services destinés à concourir à son maintien à domicile dans de bonnes conditions.

Rappelons que seuls les GIR de 1 à 4 peuvent prétendre à l'Allocation Personnalisée d'autonomie (APA), qui est une prestation découlant d'un droit universel, personnalisée. Elle est ouverte à toute personne âgée (PA) dépendante et est attribuée de façon identique sur tout le territoire.

L'APA n'est pas liée aux conditions de ressources, mais ces dernières sont prises en compte pour déterminer le montant restant à la charge de l'utilisateur (ticket modérateur) et elle n'est pas soumise à récupération sur succession. Les usagers ne pouvant prétendre à l'APA peuvent faire une demande d'aide sociale à leur caisse retraite, qui enverra de la même façon un service évaluateur déterminer les besoins de la personne.

Le GIR déterminé lors de cette évaluation correspond à une enveloppe financière maximale attribuable (1 714,08 € pour un GIR 1, 1 375,54 € pour un GIR 2...) et en fonction des ressources de la personne un pourcentage restant à sa charge est déterminé (ticket modérateur).

La commission d'attribution propose donc un plan d'aide : nombre d'heures de prestation et autres prises en charge (annexes éventuelles), que la personne accepte ou refuse. Le service autonomie du Conseil Départemental est non seulement chargé de l'élaboration mais également du suivi et de la mise en œuvre des plans d'aide personnalisés en s'appuyant sur une équipe médico-sociale pluridisciplinaire (assistantes sociales, infirmières, médecin coordinateur, ergothérapeute).

De la même façon, pour les usagers classés en GIR 5 ou 6, l'évaluation faite au domicile statuera sur un nombre d'heures d'aide à domicile accordé et sur la participation horaire laissée à la charge de l'intéressé, fixée selon un barème établi par chaque caisse de retraite.

Si la personne accepte ce plan d'aide, elle peut alors choisir qui va intervenir chez elle.

Lorsque nous prenons en charge un dossier, nous intervenons sur la base de ce plan d'aide qui détermine le nombre d'heures semaine, week-end, le nombre de passages... Ce plan peut être aménagé et adapté en fonction des réactions de l'utilisateur, de ses attentes, mais en concertation avec les référents sociaux du département.

Donc les besoins étant déterminés, un planning est mis en place : une ou plusieurs intervenantes sont proposées en fonction de leur formation, leur disponibilité et d'une logique de tournée évitant trop de kilomètres entre deux usagers.

Dans cet environnement bien défini, les prises en charge ne devraient pas poser de problème... mais c'est sans compter sur les attentes réelles du bénéficiaire.

### **... et à leurs attentes.**

Par attentes, nous entendons la représentation que se fait l'utilisateur du travail à effectuer chez lui, le cadre de vie qu'il imagine grâce à cette aide...

En demandant à nos bénéficiaires ce qu'ils attendaient d'une aide à domicile, nous avons eu 2 types de réponses : des réponses touchant au travail effectué et des réponses liées à la personne et à ses "qualités humaines".

Lors de leurs interventions, les aides à domicile doivent savoir respecter les rituels, "manières de faire" ou habitudes des différents bénéficiaires car ces derniers ne comprennent pas qu'on puisse les changer sans leur accord :

ils sont chez eux, donc "fixent les règles". L'intervenante doit donc s'adapter à une multitude d'environnements et de façons de faire et en faire part à ses collègues de travail, car le bénéficiaire lui, malgré l'intervention de différentes aides à domicile, doit avoir une impression d'unité. Ainsi, au niveau du travail effectué, ils attendent des interventions coordonnées et similaires d'une intervenante à l'autre, avec peu de roulement au niveau du personnel d'intervention.

D'autre part, au niveau relationnel, l'utilisateur attend de son aide à domicile beaucoup de qualités humaines : adaptabilité, souplesse, diplomatie, écoute, sociabilité, amabilité, générosité, douceur, patience, honnêteté... L'utilisateur attend de son aide à domicile de l'écoute, une attention particulière, sachant que très souvent elle sera son seul contact avec l'extérieur de la journée. Là encore, cette relation privilégiée, recherchée par l'utilisateur, sera plus facile à créer avec un nombre restreint d'intervenantes.

### **1.3.2 Les professionnels du maintien à domicile**

Les professionnels intervenants dans ce secteur d'activité proviennent du monde sanitaire pour le soin et du social et médico-social pour l'aide et l'accompagnement.

**Les services d'aide et d'accompagnement à domicile** (SAAD) sont des aides humaines à domicile.

Si la Loi du 2 janvier 2002 reconnaît le secteur de l'aide à domicile et lui donne une assise légale, c'est le décret du 25 juin 2004<sup>37</sup> qui fait évoluer le statut des services prestataires vers celui de service d'aide et d'accompagnement à domicile.

Leur objectif est de maintenir les personnes âgées ou en situation de handicap à leur domicile, en leur apportant aide et accompagnement au quotidien pour favoriser leur autonomie. Comme nous l'avons vu, ils peuvent être agréés ou autorisés, donc dépendre de deux réglementations différentes.

Les SAAD assurent essentiellement une aide aux actes de la vie quotidienne (aide à la toilette, habillage, alimentation, transferts, déplacements...), un accompagnement à la mobilité ou dans les activités de la vie sociale (courses, sorties, visites, activités sportives...), des travaux ménagers, un service de garde de jour ou de nuit ou une assistance administrative. Afin de permettre une prise en charge plus "globale" de l'utilisateur, certaines structures complètent leurs prestations avec un ensemble de services à la personne (livraison de repas, entretien extérieur, petit bricolage, téléalarme et téléassistance...). Cette aide apportée par un SAAD exclut les actes de soins réalisés sur prescription médicale.

---

<sup>37</sup> Décret n°2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques 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 JO du 27 juin 2004

Les SAAD facturent les financeurs (lorsqu'il y a une prise en charge : APA, PCH, caisse retraite...) et le bénéficiaire (part restant à leur charge), en fonction du nombre d'heures réalisées.

"L'aide ménagère" qui a fait son entrée au domicile dans les années 50 a laissé la place à "l'aide à domicile", "l'auxiliaire de vie", "l'intervenant(e) à domicile", "l'employé(e) à domicile", "l'aidant professionnel"... Nous emploierons indifféremment l'une ou l'autre de ces appellations sachant que le terme d' "Auxiliaire de Vie Sociale" est réservé aux salariés détenteurs du DEAVS. Les intervenantes ou aides à domicile sont réparties en trois niveaux de qualification, définis par la convention collective de la Branche de l'Aide, de l'accompagnement, des soins et des services à Domicile (BAD), étendue par arrêté du 23 décembre 2011 :

- Les Agents à domicile : elles aident et réalisent l'accomplissement d'activités domestiques et administratives (catégorie A). Cette catégorie regroupe des salariés n'ayant pas de formation spécifique, mais essentiellement de l'expérience et des qualités d'adaptation aux différents types de logements.

- Les Employées à domicile : elles assistent et soulagent les personnes qui ne peuvent faire seules les activités de la vie courante (catégorie B). Nous retrouvons dans cette catégorie, l'ensemble des salariés ayant une qualification leur permettant de comprendre les spécificités d'une intervention auprès des personnes âgées.

- Les Auxiliaires de vie sociale : elles assurent un accompagnement social et un soutien auprès des publics fragilisés (catégorie C). Leur formation (DEAVS) leur permet d'intervenir dans les prises en charges les plus complexes. Avec la Loi ASV, ce Diplôme d'Etat d'Auxiliaire Vie Sociale fusionne avec celui d'Aide Médico-Psychologique et devient le Diplôme d'Accompagnant Educatif et Social (avec différentes options et passerelles). J'hésite à écrire « ils » en parlant des aides à domicile, car c'est un métier essentiellement féminin. Un pourcentage plus élevé d'hommes dans ce métier contribuerait certainement à modifier son image mais l'intégration d'hommes dans ces services lorsqu'elle est réalisée, pose souvent problème pour les bénéficiaires qui n'imaginent pas qu'un homme puisse faire correctement certaines tâches, ou parce que certaines femmes n'acceptent pas la présence d'un homme pour leur toilette. Nous retrouvons ici une autre complexité du domicile. L'usager est chez lui et "choisit" qui intervient.

Chacun de ces métiers mobilise des compétences techniques spécifiques (savoirs et savoir-faire) et des compétences relationnelles (savoir être, capacités comportementales), qui s'acquièrent par la formation initiale et continue, mais pour lesquelles l'expérience est également essentielle.

Dans ce secteur de l'aide à domicile, nous avons également des personnels soignants :

**Les services de soins infirmiers à domicile** (SSIAD), expérimentés dans les années 70, ont été généralisés par le décret du 8 mai 1981<sup>38</sup> et leur mission sera définie dans la circulaire du 1<sup>er</sup> octobre 1981. Le décret de 2004 élargit leur domaine d'expertise aux adultes de moins de 60 ans présentant un handicap. Ce sont des services médico-sociaux qui assurent, sur prescription médicale, au domicile des personnes âgées dépendantes ou en situation de handicap des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques (réalisés exclusivement par des infirmier(e)s) et/ou des soins de base et relationnels (dispensés par des aides soignantes) comme la toilette, la mobilisation, le confort des bénéficiaires. Les infirmiers intervenant dans le cadre d'un SSIAD sont soit salariés de la structure soit infirmiers libéraux ou de centre de soins infirmiers refacturant leurs interventions au SSIAD. Les SSIAD de notre secteur n'ont que des aides soignantes et font appel à des cabinets libéraux pour les actes infirmiers. En revanche, l'organisation du service, des soins, est assurée par un infirmier coordinateur. Le fonctionnement d'un SSIAD est financé par l'assurance maladie dans le cadre d'une dotation globale de soins. Il s'agit d'une dotation forfaitaire par place non modulée en fonction des caractéristiques du patient (32€ par jour). Un SSIAD est autorisé par l'ARS pour un nombre de lits limités ; il doit donc attendre la sortie d'un patient pour en prendre un autre. Des équipes spécialisées Alzheimer (ESA) formées à la prise en charge des malades d'Alzheimer, peuvent être mises en place.

#### **Les Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD)**

L'objectif de la Loi d'adaptation de la société au vieillissement de la population est d'aller vers un rapprochement entre aide et soins et de développer des SPASAD, sorte de services généralistes du domicile, regroupant SAAD et SSIAD. Le décret du 25 juin 2004 donnait déjà la possibilité, pour les services d'aide et les services de soins, de se coordonner au sein d'un SPASAD. Ils font l'objet d'une autorisation conjointe de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et du département. Ces SPASAD, par une véritable intégration du soin et de l'accompagnement, représentent vraiment le champ médico-social. L'objectif visé est de s'appuyer sur la polyvalence comme garantie de la coordination des interventions auprès des personnes âgées, en situation de handicap ou malades.

#### **Les centres de soins infirmiers et les infirmiers libéraux**

Ils assurent, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques et/ou des soins de base et relationnels. Ils facturent leurs actes à la sécurité sociale. Ils apportent 2 types de soins : les soins de nursing (dont les toilettes) cotés en AIS (acte infirmier de soin) et les actes techniques cotés en AMI (acte médical infirmier).

---

<sup>38</sup> Décret n°81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation des services de soins à domicile pour personnes âgées JO du 9 mai 1981

Par ailleurs, au domicile de l'utilisateur, nous retrouvons très souvent des interventions de kinésithérapeutes, et plus rarement d'ergothérapeutes ou d'orthophonistes, pour des interventions plus spécifiques.

### ***Auxiliaires de vie ou aide soignantes en "gré à gré"***

Certaines Auxiliaire de vie ou aides soignantes quittent la structure pour intervenir en directe dans le cadre du chèque emploi service CESU, pour réaliser non seulement des travaux ménagers mais également un accompagnement à la vie quotidienne (toilette, repas, courses, déplacements...).

Ainsi, en fonction du contexte de l'utilisateur, une aide à la toilette peut être dispensée par différents acteurs, engendrant des modes de financement différents.

Soulignons qu'aux côtés des professionnels, les aidants, souvent familiaux, apportent une aide quotidienne et permettent le maintien à domicile des personnes les plus dépendantes. Par ailleurs, des réseaux de bénévoles interviennent également au domicile des bénéficiaires ; les deux principaux sur notre secteur étant RESA<sup>39</sup> et JALMAV<sup>40</sup>. Ces bénévoles ont une autre approche du bénéficiaire, intéressante à partager.

### **1.3.3 Les financements du maintien à domicile**

Comme nous l'avons vu, en France, le secteur de l'aide à domicile s'est développé grâce à de nombreux dispositifs d'aide financière qui ont contribué à "solvabiliser" la demande.

#### ***Des aides légales ...***

Aujourd'hui, les aides des conseils départementaux aux personnes en perte d'autonomie relèvent des politiques de maintien à domicile, avec les principaux dispositifs que sont l'APA (700 000 bénéficiaires en 2014) pour les personnes âgées et la PCH (150 000 bénéficiaires en 2014) pour les personnes en situation de handicap<sup>41</sup>.

L'APA a vraiment permis cette "solvabilisation" de l'aide à domicile auprès des PA dépendantes, en finançant l'intervention de prestataires de services chez un public, surtout en milieu rural, pas habitué à "dépenser de l'argent pour un service" rendu jusqu'à présent par l'entourage familial.

Selon la Drees<sup>42</sup>, en 2012, sur l'ensemble du budget de 22 milliards consacré aux financements de l'aide sociale (APA, PCH, ASE), pour l'ensemble des départements, 8,2 milliards servent à financer l'APA, dont 56% financent l'aide à domicile.

---

<sup>39</sup> RESA "Réseau Echanges et Solidarités Avant-pays Savoyard" est une association qui anime un réseau de bénévoles formés à la visite de personnes âgées à leur domicile sur l'avant pays savoyard, depuis 2006

<sup>40</sup> JALMAV "Jusqu'à la mort accompagner la vie" est une association reconnue d'utilité publique qui assure l'accompagnement, l'écoute et le soutien des personnes en fin de vie et/ou de leur famille

<sup>41</sup> Direction Générale de la cohésion, 2014, *Répartition du Nombre de bénéficiaires selon le type de dispositif*, Les dossiers d'Alternatives Economiques Hors série Avril 2015

<sup>42</sup> Drees, février 2014, *Les dépenses d'aide sociale départementale en 2012*, Etudes & résultats N°870

En revanche, il existe de grandes disparités d'un département à l'autre. Les tarifs accordés par les conseils départementaux vont de 17,69€ à 25,13€ selon les départements<sup>43</sup> pour une prestation censée être identique ; le nombre d'heures auquel le bénéficiaire a droit peut également varier dans des proportions importantes d'un département à l'autre. D'ailleurs, en Savoie, nous ne parlons pas d'APA mais d'ADPA (Allocation Départementale Personnalisée à l'Autonomie) ! Afin de pallier ce problème, la Loi d'ASV donne à la CNSA un rôle d'accompagnement des départements pour l'harmonisation des pratiques sur l'ensemble du territoire.

L'aide sociale du département permet de financer certaines prestations pour les personnes âgées les plus défavorisées (heures de travaux ménagers, repas...), différentes selon les départements.

Parallèlement aux Conseils départementaux, l'assurance maladie finance certains dispositifs de prise en charge : garde malade dans le cadre de soins palliatifs, orthopédie..

### **... et extralégales**

En dehors de ces dispositifs financés par les départements et l'assurance maladie, il existe la prise en charge "aide ménagère" des caisses retraite. En effet, seules les personnes classées en GIR 1 à 4 font l'objet d'une prise en charge exclusive par les Conseils Départementaux au titre de l'APA et l'intervention des Caisses de retraite est recentrée sur les personnes "non dépendantes" relevant des GIR 5 et 6.

Ces personnes peuvent néanmoins avoir besoin d'aide pour réaliser l'ensemble des tâches quotidiennes. En 2012, ce sont 500 000 retraités peu dépendants<sup>44</sup> qui ont bénéficié d'une aide financière au titre de l'action sociale de leur caisse retraite. Le nombre d'heures attribué aujourd'hui par les caisses retraite est beaucoup moins important et varie entre 6 et 15 h par mois.

Le tarif horaire attribué par les caisses retraite, qui est un tarif national, ne s'aligne pas sur celui des Conseils Départementaux. Ce point représente une difficulté supplémentaire pour les services d'aide à domicile qui doivent d'une part facturer au tarif attribué par leur autorité de tutelle (21,65 € pour Ambre Services en 2016) et par ailleurs respecter la convention signée avec les caisses retraite et leur tarif (20,30 € en 2016).

Il est intéressant de souligner que les caisses retraite peuvent prendre en charge 2 mois d'intervention en sortie d'hospitalisation, permettant la constitution du dossier APA.

De même, en sortie d'hospitalisation, les mutuelles peuvent accorder des heures (8 à 12h en moyenne), avec intervention sous 48h, permettant une première intervention avant la mise en place des dossiers.

---

<sup>43</sup> Les dossiers d'Alternatives Economiques - Hors série Avril 2015

<sup>44</sup> Direction Générale de la cohésion Sociale, 2014 *Répartition du Nombre de bénéficiaires selon le type de dispositif*, Les dossiers d'Alternatives Economiques Hors série, Avril 2015

Par ailleurs, un soutien financier peut également être accordé par l'AGIRC et l'ARRCO pour une aide à domicile momentanée (+ 75 ans) ou des chéquiers Sortir Plus (+ 80 ans).

Les mairies peuvent accorder des aides pour faire face à des frais exceptionnels ; ces aides sont attribuées au cas par cas, par le CCAS, en fonction des situations individuelles et des difficultés sociales des personnes.

Ces aides extralégales sont attribuées selon "le bon vouloir" et/ou les finances de ces organismes qui n'ont aucune obligation de les attribuer, ce qui représente une zone d'incertitude pour les prestataires de services. Pour exemple, la CARSAT, en 2012, devant l'explosion des demandes d'aide ménagère et la stagnation de leurs ressources, a décidé de modifier ses critères d'attribution entraînant de nombreux bénéficiaires hors du dispositif.

En complément de ces aides, ce public bénéficie également des exonérations fiscales prévues dans la Loi Borloo, pour les sommes restant à sa charge.

Enfin, l'employeur (particulier ou structure) bénéficie de l'exonération des charges de sécurité sociales lorsque le salarié intervient auprès d'un public "fragile".

Comme le rappelle la Cour des Comptes dans son rapport sur les services à la personne en France<sup>45</sup>, ceux-ci bénéficient de onze dépenses fiscales et réductions ou exonérations de cotisations sociales, pour un montant de plus de 6 milliards d'euros en 2012 (pour l'ensemble du secteur des SAP). Rapporté au nombre d'emplois, la Cour souligne le coût élevé de ces emplois en termes de soutien public.

\* \* \*

Ainsi, nous pouvons définir le secteur de l'aide à domicile comme un secteur peu lisible pour l'utilisateur et sa famille : service prestataire, mandataire, autorisé, agréé, SAAD, SSIAD, SPASAD, dont dépendent les modes de financement, tout aussi difficiles à comprendre.

Ayant défini notre cadre d'intervention, nous aborderons dans une deuxième partie la complexité de ce secteur avant de définir notre plan d'action.

---

<sup>45</sup> Rapport de la cour des comptes 2014 *Le développement des services à la personne et le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie*



## 2 L'aide à domicile : un secteur d'activité complexe (Annexe 4)

### 2.1 Le choix de rester à domicile : un libre choix pour les PA ?

#### 2.1.1 Réflexion autour des termes domicile, maintien, accompagnement

##### ***L'aide à domicile ...***

Dans "Aide à domicile", nous avons le mot domicile, qui revêt ici une importance toute particulière. En effet, le travail des aides à domicile se déroule chez les bénéficiaires, dans un lieu privé. « *Le domicile (...) constitue, tout comme le travail, l'une des dimensions fondamentales autorisant un individu à revendiquer son appartenance à la société globale. Il est une métaphore spatiale pour dire "j'existe devant les autres, ma personne est singulière" »<sup>46</sup>.*

Avoir un "chez soi" dans notre société est synonyme d'inclusion, d'intégration sociale,... Ainsi, la personne âgée, chez elle, a toujours l'impression d'avoir sa place dans la société, d'être reconnue en tant qu'individu appartenant à un village, un quartier... d'exister aux yeux des autres. Elle continue à recevoir ses enfants, chez elle, souvent là où ils ont grandi, où ils ont leurs souvenirs.

En revanche, si le domicile est un lieu d'identité sociale, il est également un lieu d'identité personnelle, de souveraineté. Le "Je suis chez moi" est synonyme de " Je suis maître chez moi". C'est bien cette perception du chez soi comme lieu où on est " maître de ses choix ", qui pose souvent problème au domicile. Les usagers, chez eux, veulent rester libres de leurs choix (refuser la présence d'un homme pour la toilette, préférer telle auxiliaire, décider de l'heure d'intervention, ne pas ouvrir à tel professionnel...) alors qu'en structure nous rencontrons rarement ce problème. En revanche, ils ont conscience de la nécessité de se faire aider et savent que cette aide entraînera un abandon de liberté. Toute la difficulté pour le prestataire de service réside à organiser une prise en charge qui soit réellement vécue par l'usager comme une aide et non comme une intrusion dans son domicile. Ce qui n'est pas toujours aisé, par exemple lorsque les différents professionnels détiennent la clé de la porte d'entrée ou le code d'accès, pour pouvoir intervenir. Pouvons-nous alors dire que la personne aidée est toujours maître chez elle ? Se sent-elle toujours "chez elle" avec la présence de ces différents professionnels tout au long de la journée ?

Par ailleurs, chaque individu, chez lui, construit un espace intérieur, miroir de sa personnalité. Comme nous le rappelle Elian Djaoui « *le domicile n'est pas seulement un espace objectif concret, défini par ses caractères matériels [...], cet espace est investi de*

---

<sup>46</sup> DJAOUI E., 2014, *Intervenir au domicile*, Rennes Presse EHESP

*significations, de valeurs, de sentiments, de représentations, de symboles relevant de la subjectivité de chaque habitant* ». Un logement est à l'image de celui qui y habite, les objets qui le composent sont un peu comme le prolongement de l'identité de cette personne et comme le fait remarquer Bernard Ennuyer, « *toucher aux choses, les changer de place, ne pas les remettre exactement à la même place, a effectivement une importance capitale et devient souvent au cause de conflit important entre les personnes et les intervenantes* »<sup>47</sup>. Nous évoquons ici une autre des difficultés des intervenantes au domicile, qui doivent respecter cette représentation, même si quelques fois un agencement plus pratique rendrait l'intervention plus simple, mais au risque de contrarier, voire perturber fortement l'usager qui ne reconnaîtra plus son intérieur, ne se sentira plus chez lui.

Souvent, la personne âgée ne refuse pas l'aide, elle refuse de se faire envahir. Elle a besoin de garder un espace de liberté, d'intimité, de se retrouver dans cet intérieur qu'elle partage avec les professionnels qui interviennent à son domicile. Il s'agit donc, au quotidien, de mettre en place un accompagnement qui respecte cet espace ; associer proximité physique exigée par cette relation d'aide au domicile et prise de distance, neutralité des professionnels, afin que la personne continue à se sentir "maître chez elle".

### **Le maintien ...**

Nous définirons le maintien à domicile comme « *l'expression d'une volonté de se maintenir chez soi jusqu'au bout de sa vie* » (Bernard Ennuyer) et non une obligation, une contrainte, un enfermement. Dans notre conception du maintien à domicile, il doit s'agir d'un souhait exprimé par la personne. D'ailleurs, lorsque nous sentons que la personne aidée serait rassurée ou lorsqu'elle souhaite intégrer une structure, nous nous rapprochons des services sociaux et de la famille pour les aider à trouver une solution correspondant aux souhaits de cette personne.

Le maintien à domicile, c'est donc permettre à toute personne qui le souhaite de rester chez elle, malgré un âge avancé et un manque d'autonomie, en acceptant les risques inhérents à ce choix. Il s'agit d'un cheminement avec la personne âgée, pour l'aider à accomplir sa fin de vie, en relation avec sa famille, les financeurs et les multiples acteurs qui interviennent au domicile et en essayant de répondre à ses attentes.

Pour nous, le domicile n'est pas forcément l'avant institution, le maintien à domicile doit être envisagé comme un choix de vie sur le long terme, jusqu'au bout. Ce n'est pas parce qu'une situation devient complexe que la prise en charge sera plus adaptée en institution.

### **L'Accompagnement ...**

Nous préférons parler "d'accompagnement" et non de "prise en charge" car il ne s'agit pas de "faire à la place", mais bien de "faire avec".

---

<sup>47</sup> ENNUYER B., Avril 2014, *Repenser le maintien à domicile, enjeux, acteurs, organisation* - Dunod

Accompagner une personne âgée à son domicile, c'est prendre en compte son potentiel, ses attentes, ses sentiments, accepter ses refus, ses choix, tout en privilégiant le maintien d'un maximum d'autonomie. D'ailleurs, la Loi du 11 février 2005 a substitué le terme "accompagner" à celui de "prendre en charge". Il ne s'agit pas de faire pour la personne mais d'atténuer les désavantages ou incapacités, notamment en mobilisant les ressources de la personne ou de la société. Cette notion de coproduction me paraît essentielle : nous sommes une association au service de nos usagers.

Accompagner une personne, c'est la valoriser, lui laisser une liberté de décision dans son domicile pour qu'elle continue à exister ; c'est lui permettre de rester chez elle le plus longtemps possible en respectant ses choix et ses habitudes.

En revanche, cet accompagnement doit être perçu comme une réponse respectant les droits fondamentaux de l'utilisateur et non une réponse aux exigences du consommateur. Nous abordons ici une des difficultés du secteur de l'aide à domicile : les exigences de l'utilisateur qui se considère de plus en plus comme un consommateur de services.

### **2.1.2 Intervenir au domicile**

#### ***Des métiers difficiles ...***

Ambre Services a toujours considéré que les métiers d'intervention à domicile sont de vrais métiers. Il ne s'agit pas de "petits boulots", mais de métiers maîtrisant des savoir-faire, des gestes techniques et, comme nous l'avons vu, des savoir-être qui demandent de fortes capacités d'autonomie, d'écoute, d'adaptation et de prise de responsabilités. D'ailleurs, considérant que la valeur d'une structure d'aide à domicile tient en la qualité et l'investissement de ses intervenant(e)s, j'ai débuté cette activité sous la forme d'une coopérative de production (SCOP). Cette forme juridique étant moins bien adaptée à un fonctionnement dans le cadre d'un ESMS, nous avons transféré notre activité dans le cadre d'une association, tout en gardant le même état d'esprit. Une structure proche de ses salariés et de ses usagers où la recherche de l'intérêt du salarié doit aller de pair avec une plus grande satisfaction de l'utilisateur. Nous nous retrouvons beaucoup dans cette nouvelle perception du "care"<sup>48</sup>, qui propose un nouveau regard sur l'aide à domicile, une réponse concrète aux besoins des autres en insistant sur l'importance essentielle de ceux qui sont "en bas de la pyramide", sur le terrain, en leur reconnaissant des capacités de créativité et d'innovation.

En effet, tout en mettant en œuvre leurs compétences techniques, les professionnelles qui exercent ces métiers rencontrent souvent des situations délicates, où il faut savoir prendre en compte le vécu et les difficultés des personnes aidées, adapter leur

---

<sup>48</sup>MOLINIER P., LAUGIER S., PAPERMAN P., 2009, *Qu'est ce que le Care ? : Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris, Petite bibliothèque Payot, Nouveau courant des théories du care qui pose un point de vue novateur sur plusieurs disciplines des sciences humaines et sociales.

intervention en permanence car elles savent que leurs actions peuvent être ressenties par la personne aidée, comme salvatrices ou au contraire agressives, savoir transmettre certaines informations plus intimes tout en garantissant la confidentialité...

Ce mémoire est pour moi l'occasion d'insister sur les difficultés de l'exercice du métier d'aide à domicile auprès des personnes fragilisées. Ces professionnelles doivent faire face à une multiplicité de lieux d'intervention, de tâches et de types d'intervention, elles interviennent sur un territoire inconnu, non maîtrisé, et travaillent seules.

Ce sont des métiers pénibles physiquement. Le ménage et les manutentions répétés quotidiennement, des domiciles pas toujours adaptés et un équipement médicalisé qui manque souvent, favorisent l'apparition de pathologies invalidantes.

C'est aussi un métier difficile psychologiquement. Cela tient à l'isolement des salariés, à l'agressivité parfois des personnes aidées ou de leur famille, le mépris ou les gestes déplacés... mais aussi à la charge mentale et affective que représente l'accompagnement des personnes en situations de détresse psychologique, de maladies "déroutantes" (Alzheimer, Parkinson...), de fin de vie, de décès...

S'il est vrai que l'écoute de l'utilisateur est primordiale dans la relation aidant-aidé, il est aussi évident que l'aide à domicile ne peut et ne doit pas satisfaire toutes ses demandes, et que très souvent elle doit savoir faire preuve de diplomatie pour négocier et arriver à la réalisation de certains actes. Elle doit, tout en faisant preuve d'empathie, être capable de gérer de multiples situations en adoptant une certaine distance, en veillant à ne pas blesser l'utilisateur qui attend souvent une certaine proximité de cette relation d'aide.

### **... et peu valorisés**

La Loi de 2005, en créant une confusion entre SAP et Aide à domicile, a nui à l'image de la branche de l'aide à domicile et à sa volonté de professionnalisation, dans un contexte où cette activité de services auprès des personnes dépendantes est déjà souvent assimilée et réduite aux seules "tâches domestiques". Nous avons souvent l'impression d'être restés aux années 50 lorsqu'une personne âgée (PA) arrive au bureau pour nous demander l'intervention d'une "femme de ménage".

Dans le cadre d'une prise en charge APA, si l'ensemble des aides contribue au maintien à domicile y compris l'entretien du logement, cette tâche est souvent considérée comme subalterne par les intervenantes qui hiérarchise leurs interventions. Or, elle est pourtant essentielle pour permettre à la personne de rester à domicile. Par ailleurs, ces tâches ménagères sont souvent la porte d'entrée, "l'excuse" pour commencer une prise en charge, pour tisser des liens avec l'utilisateur, créer une relation de confiance. Nous insistons beaucoup sur l'importance du bien-être de la PA qui se retrouve dans un logement propre - et peut admirer le paysage au travers de vitres transparentes !-, sur l'importance d'une prise en charge globale de l'utilisateur au niveau de leurs interventions.

Cette perception de la part "travaux ménagers" dans une prise en charge APA nous amène à un autre point posant des difficultés au domicile, celui de l'interprétation différente des référents sociaux, de la famille et de l'utilisateur, car l'accompagnement d'une PA dans le cadre d'une prise en charge APA ne se résume pas à des heures de ménage. Nous avons des bénéficiaires qui ont accepté le plan d'aide mais demandent toute autre chose à l'auxiliaire de vie, et si nous ne sommes pas vigilants, les heures d'accompagnement social, d'aide à la toilette finissent en heures de ménage ! Mais cette "obsession" du ménage est souvent plus présente dans l'entourage de la personne âgée que chez la personne âgée elle-même. Les enfants ont quelquefois tendance à vérifier si le ménage est bien fait avant de se demander si leurs parents vont bien ! Nous avons le cas de Mme S chez qui nous allions 1h30 par semaine. Lorsqu'elle voyait arriver l'auxiliaire de vie, son sac était prêt et elles partaient : courses, cimetière et présence dans son ancienne maison à la campagne. Hospitalisée, ses enfants en ont profité pour nous demander de faire du ménage et de stopper les A/R à son ancienne habitation. Pour Mme S., n'ayant pas la même conception du ménage que son fils, son petit appartement est propre. Nous l'avons retrouvée en larmes, ne souhaitant pas continuer les interventions dans ces conditions... L'aide à domicile, par sa présence quotidienne auprès des personnes âgées, est vraiment celle qui, souvent, permet le maintien à domicile. Elle est vraiment l'intervenante pivot du maintien à domicile.

Espérons que l'effort de professionnalisation des aides à domicile et la création de ce nouveau diplôme d'accompagnant éducatif et social permettront une réelle reconnaissance de ce métier.

### ***Des interventions difficiles à coordonner***

L'encadrement intermédiaire, représenté dans les structures d'aide à domicile par le responsable de secteur (RS) rencontre beaucoup de difficultés pour assurer sa mission de coordination des interventions.

Une prise en charge, nous l'avons vu, débute avec un plan personnalisé défini par le référent social du Conseil Départemental, traduit en nombre d'heures d'intervention. En Isère, si une fiche de liaison nous permet d'avoir quelques informations (si la personne vit seule, le type d'habitation, son entourage, les professionnels intervenant à son domicile, le matériel technique existant.. ), nous n'avons pas d'informations concernant son projet de vie, son passé, sa pathologie. En Savoie, la prise en charge se traduit pas un mail de 2 lignes, avec un nombre d'heures semaine et dimanche. Comment organiser au mieux les interventions en ayant aussi peu d'informations ? Que d'énergie dépensée pour connaître les différents acteurs intervenants au domicile, leurs horaires, et parvenir à trouver une complémentarité dans nos interventions afin que l'utilisateur puisse avoir une impression d'unité dans la prise en charge. Que de temps gagné et d'incompréhensions évitées si nous avions su que Madame G était une habituée des séjours en psychiatrie...

Le travail du responsable de secteur serait facilité par une meilleure information communiquée par les référents sociaux du département, des hôpitaux...

Ceci nous amène à l'épineux sujet des sorties d'hospitalisation... la plupart du temps connues l'avant veille ! Il est souvent impossible d'organiser une prise en charge satisfaisante avec ces délais. Cette situation est difficilement compréhensible, sachant que lorsqu'une personne est hospitalisée, se posera forcément la question de son retour à domicile ou pas. Pourquoi cette question n'est-elle pas étudiée plus tôt ? Malgré un groupe de travail œuvrant sur la question depuis plusieurs années, la situation ne s'est pas améliorée.

La difficulté à réaliser des plannings est réelle. Le responsable de secteur doit prendre en compte les souhaits des usagers et ceux des salariés (pas toujours compatibles), organiser les plannings, préparer les paies et la facturation, gérer les dossiers bénéficiaires, accueillir, informer, collecter et traiter les informations, tout cela en gérant les aléas du quotidien (absences, remplacements...). Or, de cette fonction dépend en grande partie la qualité d'un service à domicile. Il est en effet difficile de faire coïncider les souhaits des usagers demandant très souvent des interventions aux mêmes heures matin, midi et soir et ceux des salariés recherchant un emploi du temps compatible avec une vie de famille, sans interruption dans la journée...

Par ailleurs, nous avons vu que l'utilisateur ne souhaitait pas trop de changement au niveau des aides à domicile qui interviennent chez lui. Or, avec des dossiers les plus complexes, "faire tourner" les intervenantes évite l'usure professionnelle. C'est bien sur ces dossiers que le travail de coordination est le plus important. Faire en sorte que, malgré un changement d'intervenantes, la prestation soit perçue par l'utilisateur comme identique, et l'aide à domicile, toujours aussi disponible pour l'utilisateur.

Se pose la question de la coordination des interventions lorsque plusieurs structures ou du personnel de "gré à gré" interviennent en parallèle, sans que l'on puisse avoir un droit de regard sur ces interventions qui ne dépendent pas de notre structure mais qui peuvent avoir des répercussions sur nos interventions.

Les impératifs financiers et notre faible marge de manœuvre compliquent encore la tâche du responsable de secteur. En effet, beaucoup de situations problématiques pourraient être résolues en prenant plus de temps pour accompagner les professionnels sur le terrain, les encadrer, les soutenir. Or, la solution ne peut pas être l'augmentation du personnel d'encadrement, ce qui devrait pourtant être le cas pour des prises en charge complexes. L'objectif de notre convention de tarification de 13 879 h facturées par ETP hors intervention nous donne droit à 1,65 ETP en administratif. Pour les usagers à handicap psychique, avec troubles du comportement, chez qui les interventions sont difficiles, des interventions en tandem permettraient de soulager et rassurer les intervenantes.

Or, nous avons vu que le nombre d'heures alloué nous donne rarement la possibilité de l'organiser. De même, afin d'augmenter la satisfaction de l'utilisateur, nous avons tendance à faire intervenir en priorité des auxiliaires de vie qu'il "apprécie", avec lesquelles il a créé une relation de confiance, ce qui n'est pas toujours possible car nous devons prendre en compte les km entre deux clients (Indicateur du nombre de kilomètres réalisés par heure facturée).

### **2.1.3 Les limites du maintien à domicile**

Partant du principe que le maintien à domicile est possible dans la grande majorité des prises en charge que nous avons pu rencontrer, nous avons tout de même pu relever certaines limites à un maintien à domicile réussi.

#### ***Le manque de moyens***

Certains services sont quasi inaccessibles par une grande partie de la population, comme par exemple la garde de nuit, car ils demandent d'importants moyens financiers. A titre d'exemple, nous facturons 130 € une nuit calme (moins de 3 levers), donc 3 900 € par mois !

Au niveau des bénéficiaires de l'APA, nous entendons souvent parler d'insuffisance des montants plafonds par GIR. Les nouveaux plafonds (augmentés au 1<sup>er</sup> mars 2016 suite à la Loi ASV) sont-ils suffisants pour permettre le maintien à domicile de personnes très dépendantes ? Pour un usager relevant du GIR 1, l'enveloppe maximale accordée est de 1 713,03 €, ce qui représente, pour un usager faisant appel à nos services, au maximum 79h d'intervention par mois, donc un peu plus de 2,5 heures par jour (ceci si l'enveloppe est utilisée en totalité pour des heures prestataires, car elle peut servir également à aider au financement de produits d'hygiène, de la téléalarme, de la livraison des repas). Or, le maintien à domicile d'une personne âgée dépendante en GIR1 demande au minimum 3 à 4 interventions par jour : lever, toilette, habillage et petit déjeuner le matin, déjeuner et change le midi, diner, petite toilette, déshabillage et coucher le soir, avec petit ménage quotidien et entretien du linge - et ce temps ne comprend pas le ménage plus important, l'achat de courses, ou la préparation des repas. Cette enveloppe financière est donc insuffisante et laisse supposer l'intervention d'autres professionnels (SSIAD, cabinet infirmiers) et/ou la présence d'aidants. Lorsque l'enveloppe financière attribuée est dépassée et que l'utilisateur n'a pas les moyens de payer des heures complémentaires, sans la présence d'aidants, le placement en structure est en général décidé. En effet, le maintien à domicile dans certains cas peut être plus onéreux que l'hébergement, où le recours à l'aide sociale en cas de revenus insuffisants permet de payer le forfait hébergement (le forfait dépendance étant pris en charge par l'APA et le forfait soins par l'assurance maladie), alors que des heures d'aide à domicile prises en charge par l'aide sociale ne sont pas possible pour des bénéficiaires de l'APA.

Par ailleurs, l'existence d'un ticket modérateur crée de grandes distorsions au niveau des bénéficiaires de l'APA (il est de 90% pour une personne seule ayant des ressources mensuelles supérieures ou égales 2 945 € alors qu'il est supprimé pour une personne ayant des ressources annuelles inférieures à 800 €). La Loi AVS a permis de diminuer ce ticket modérateur en fonction du degré de dépendance de la personne, mais il ne supprimera pas les difficultés rencontrées sur le terrain.

En effet, les usagers ayant un revenu annuel plus important font souvent appel au "gré à gré" en complément d'un service prestataire ou en totalité. Ambre Services intervient en milieu rural où les ressources sont souvent d'un niveau tel que le ticket modérateur est faible voire nul, mais néanmoins, nous avons rencontré des usagers nous demandant de ne pas faire toutes les heures auxquelles ils pourraient prétendre et dont ils ont besoin car ils n'ont pas la possibilité de payer le reste à charge.

A titre d'exemple, nous intervenons chez un couple : Madame a d'importantes pertes de mémoire et Monsieur, très dépendant, incontinent, se déplace très difficilement (nombreuses chutes) et est en phase terminale d'un cancer. Nous intervenons une heure le matin pour l'aide à la toilette et l'habillage et 45 min le soir pour un change, petite toilette et mise en pyjama. La situation devenant difficile (Monsieur ne se déplace plus, très faible ...), les auxiliaires de vie avaient vraiment l'impression de ne pas faire leur travail correctement. Nous avons contacté le Conseil Départemental de la Savoie et les enfants pour revoir la prise en charge. Ces derniers nous ont répondu que, financièrement, ce n'était pas possible, le reste à charge étant trop important. Le change de Monsieur n'est pas fait à mi-journée, nous n'avons pas l'impression qu'ils se nourrissent correctement ... mais une amie, en qui ils ont confiance, vient pour les aider ! Cette première limite en engendre une deuxième... les aidants

### ***L'absence d'aidants ou leur épuisement***

Lorsqu'une présence permanente est nécessaire auprès d'une personne âgée dépendante, son maintien à domicile n'est possible que grâce à la présence d'un aidant. La présence d'une aide professionnelle 24h sur 24 demanderait un budget de l'ordre de 12 000 € par mois pour, nous l'avons vu, une enveloppe APA de 1 713,08 € !

Par aidant, nous entendons une « *personne qui vient en aide à titre non professionnel, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités quotidiennes. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non* »<sup>49</sup>.

Notre expérience nous prouve que sur le long terme, pour que l'aidant puisse continuer à tenir son rôle d'aidant sans s'épuiser, voire tomber malade et même parfois partir avant la personne aidée, des aides apportées par des professionnels doivent être mises en place et ce de façon conséquente. Depuis une dizaine d'années, nous entendons beaucoup

---

<sup>49</sup> Rapport CNSA, 2011, *Accompagner les proches aidants, ces acteurs invisibles*, disponible sur [www.cnsa.fr](http://www.cnsa.fr)

parler d'aide aux aidants : journée nationale, salon, conférences, cafés discussion ... leur sont dédiés, mais « *la première forme de soutien aux aidants consiste à fournir une aide professionnelle de qualité à la hauteur des besoins de la personne aidée et accessible à tous financièrement* »<sup>50</sup>. Or, très souvent, par manque d'heures accordées et de moyens financiers pour les augmenter, cette aide n'est pas suffisante pour apporter un réel répit à l'aidant. Et l'aidant épuisé, malade, se voit dans l'obligation de placer la personne aidée. Considérant que les proches aidants sont les véritables acteurs de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, La Loi ASV leur reconnaît un droit au répit en accordant une aide supplémentaire destinée à financer quelques jours en accueil temporaire ou en renforcement de l'aide à domicile habituelle (499,69 € par an) et une majoration de 992,77€ en cas d'hospitalisation de l'aidant.

### ***L'acceptation de situations difficiles***

La personne aidée peut ne plus supporter son état de dépendance et ses "diminutions". Nous avons le cas de Monsieur T. qui avait toujours voulu mourir chez lui, dans son lit. Son fils DRH d'un centre hospitalier avait fini par accepter son choix. Des heures complémentaires étaient réalisées lorsque Monsieur T. était angoissé, mais lorsqu'il a senti que ses derniers jours arrivaient, il a préféré rejoindre l'hôpital. La personne avec de lourdes incapacités ou gravement malade peut elle-même changer d'avis à un moment donné. Il se peut également que la personne aidée, bien que peu dépendante, soit fatiguée de cette situation, de ces personnes qui viennent chez elle. Elle ne se retrouve plus tout à fait chez elle, ne sait plus vraiment si ce choix du domicile est le bon, est en permanence insatisfaite : « les repas étaient meilleurs avant », « les auxiliaires de vie sont moins bien »... comme si elle cherchait à conforter sa décision de ne plus rester chez elle. Nous avons le cas de Monsieur P. qui a la charge de son frère handicapé depuis le décès de ses parents. Lorsque Monsieur P. s'absente, nous allons nous occuper de son frère. Depuis quelques temps rien ne va, il interprète très mal ce qui est noté sur le cahier, n'arrête pas de dire que "ça ne va plus" alors que les auxiliaires de vie n'ont rien remarqué de différent. Nous avons appris par la tutelle que Monsieur P., fatigué, cherchait à placer son frère en institution...

Le maintien à domicile peut être rendu difficile, voire impossible à cause du comportement de certains usagers ou de leur famille "poussant à bout" les aides à domicile. Nous n'avons pour l'instant jamais interrompu une prise en charge, mais c'est au prix de nombreuses heures de mise au point au domicile, concertation avec les différents acteurs, analyse de la pratique et ... quelques arrêts de travail ! Les usagers en situation de handicap psychique sont les plus difficiles à accompagner. L'utilisateur, bien que "maître chez lui", doit accepter les contraintes induites par une intervention à son domicile et

---

<sup>50</sup> Rapport CNSA, 2011, *Accompagner les proches aidants, ces acteurs invisibles*, disponible sur [www.cnsa.fr](http://www.cnsa.fr)

accepter de perdre un peu de sa liberté (ne pas fumer pendant les interventions, accepter de se laver, de s'habiller, limiter la présence d'animaux ...), ce qui est parfois très difficile à négocier. Car bien qu'aucun contrôle administratif au domicile des bénéficiaires n'est possible, ni par l'inspection du travail, ni par la CARSAT et les services de santé, l'employeur se doit de garantir des conditions de travail satisfaisantes à ses salariés.

La situation la plus difficile rencontrée au domicile est celle du refus de soins, accompagné souvent de violences verbales et/ou physiques, chez des personnes atteintes de démence. Dans ce cas, c'est l'entourage familial qui souhaite le maintien à domicile et nous devons travailler en concertation, non seulement avec la famille, mais aussi avec les soignants et le médecin traitant afin de trouver des solutions pour pouvoir intervenir sans le recours aux psychotropes.

### **Choix de l'entourage**

Le maintien à domicile est souvent rendu difficile par le comportement de l'entourage, l'angoisse des enfants. Nous avons le cas de Monsieur L. chez qui nous intervenons depuis plusieurs années pour une aide au ménage. Certes, à 83 ans, il est devenu un peu moins "maniaque", a des pertes de mémoire, mais rien de grave pour son auxiliaire de vie qui y va 2h chaque semaine depuis plusieurs années. Mais sa fille, ne reconnaissant plus son père, l'a emmené en consultation mémoire... début d'Alzheimer ! Nous avons rencontré cette fille, complètement paniquée : *« ses vêtements traînent, j'ai passé mes vacances à laver tout son linge et à le ranger, il va au restaurant tous les midis, mais mange-t-il suffisamment le soir ?.. »* Des post-it sont collés dans toute la maison, elle passe tous les soirs en rentrant du travail, a fait une demande APA, se renseigne sur les foyers logement et nous a demandé de passer plus souvent. Monsieur L. ne comprend pas pourquoi son auxiliaire de vie vient plusieurs fois dans la semaine et trouve que sa fille "ne va pas bien"...

Limites induites également par les professionnels intervenant au domicile qui ont une culture professionnelle et des notions de risque et de sécurité différentes. Nous l'avons dit, Ambre Services s'engage pour un maintien "jusqu'au bout" si cela correspond au souhait de la personne concernée.

Mais cette volonté ne suffit pas, car souvent nous nous retrouvons face à des médecins généralistes pas vraiment aidants (*« je ne comprends pas, cette personne n'a rien à faire chez elle »*). Certes, une décision de maintien à domicile demande quelquefois plus de temps de coordination, de réflexion, d'organisation, qu'une décision de placement, et la famille s'en remet souvent à la décision du médecin qui "sait ce qui est bien". Une décision de placement sécurisera l'entourage, mais la personne dépendante a-t-elle le choix de rester à son domicile, malgré les risques encourus ?

### **Réponses complémentaires ou alternatives au domicile insuffisantes**

Le maintien à domicile des PA très dépendantes est souvent rendu possible grâce à l'existence de solutions apportant un appui à la famille et aux professionnels du domicile, comme la proximité d'un hôpital de court séjour lorsque l'état de santé de la personne s'est détérioré. De même, afin de permettre un moment de répit pour les aidants, des places en hébergement temporaire, accueil de jour ou baluchonnage doivent être en nombre suffisant. Or, ces solutions, plus difficiles à gérer qu'un placement définitif, demandent une réelle volonté d'ouverture des institutions vers le domicile.

\* \* \*

Malgré les risques encourus lors de certains maintiens à domicile, l'isolement et des conditions de vie difficiles, les personnes âgées dans leur grande majorité préfèrent rester à leur domicile, et la Loi de 2002-2 défend cette liberté de choix. Mais nous avons vu que l'usager, qui a peu de moyens et d'importants besoins car très dépendant, n'a pas toujours le choix... et ce choix s'oriente souvent vers la solution la moins onéreuse.

Avons-nous la possibilité aujourd'hui d'assurer la prise en charge de situation complexes et fragiles au domicile ?

## **2.2 Les incohérences du secteur de l'aide à domicile**

### **2.2.1 Un financement inadapté, engendrant un maintien à domicile risqué et des glissements de fonction**

Avec l'entrée des structures d'aide à domicile dans le cadre de la Loi 2002-2, les prestataires de services ont été sollicités pour mettre en place une démarche qualité (voire la certification Afnor), former et qualifier leur personnel. Cette démarche, bénéfique pour l'usager, a cependant engendré des coûts de plus en plus importants pour ces prestataires, qui sont devenus plus chers et donc moins compétitifs que certains services prestataires dans le cadre de l'agrément qualité, et surtout qu'en mode mandataire ou de "gré à gré". Et nous avons vu qu'une personne âgée dépendante, en GIR 1, pouvait avoir un maximum de 79 heures par mois avec notre service d'aide à domicile ; en prenant du personnel "en direct", elle peut obtenir plus de 140 heures de présence avec la même enveloppe financière ! Ce qui peut pousser certaines familles à gérer elles-mêmes des intervenantes qui n'ont pas forcément les compétences, ni les qualités requises pour de telles prises en charge.

Pour pallier cela, la Loi d'ASV a, dans un premier temps, augmenté les montants des enveloppes financières par GIR (400 € par mois pour les GIR1... 100 € pour les GIR4) et diminué le reste à charge pour les plus dépendants. Montants qui, comme nous l'avons vu, restent largement insuffisants.

L'objectif, dans les années à venir, est de changer de modèle de tarification.

Nous avons vu qu'aujourd'hui, un SAAD fait l'objet d'une tarification horaire peu liée à l'état et aux besoins des bénéficiaires ou au contenu des aides apportées.

En effet, intervenir 2h consécutives en semaine pour une prestation "travaux ménagers" ou 30 min matins et soirs 7j/7 pour une prestation "aide au lever et coucher", engendrent des coûts différents (qualification, kilomètres, dimanche...) avec le même tarif horaire, ce qui pousse d'ailleurs certaines structures à ne pas prendre en charge les dossiers grande dépendance !

Deux types d'expérimentations sont mises en œuvre depuis 2012, pour changer de modèle de tarification.

La première est le passage d'une tarification horaire à une tarification forfaitaire globale tenant compte à la fois du nombre de personnes, de degré de dépendance et de l'environnement de ces personnes, en incluant les temps de concertation-coordination, de transport et de formation. Il est temps de considérer qu'un SAAD n'est plus un simple service d'"aides ménagères" rémunérées à l'heure réalisée !

La seconde consiste à construire une nouvelle tarification horaire. En Isère, une expérimentation est menée sur le bassin voironnais en attribuant 3 tarifs en fonction des dossiers : simple, complexe, complexe plus. La difficulté réside alors dans la définition du "complexe" et "complexe plus".

Une autre incohérence du secteur : avoir du personnel qualifié, encadré, avec beaucoup de qualités humaines, mais ... rémunéré au salaire minimum ! Les Conseils Départementaux, qui ont demandé aux associations de former leur personnel, leur expliquent aujourd'hui qu'ils coûtent trop cher car trop qualifiés. Ambre Services a aujourd'hui un taux de qualification supérieur à 70% alors que l'objectif de notre dernière convention est de 40%. Or, pour répondre aux besoins existants, les structures doivent avoir du personnel qualifié. La masse salariale représentant 95% du budget des services de maintien à domicile, les rémunérations sont la principale charge. Les auxiliaires de vie, étant mieux payées que les non diplômées, génèrent un surcoût d'exploitation que les départements n'arrivent pas toujours à financer. Mais alors, comment assurer la lourdeur des prises en charge d'aujourd'hui sans formation adaptée ?... en multipliant les accidents du travail et les insatisfactions (usagers et salariés) ?

Ce discours divergent vient en partie du cloisonnement entre les services chargés de l'instruction des plans d'aide, du suivi qualité des prestations (avec qui nous échangeons sur nos prises en charge) et ceux responsables de la tarification (à qui nous envoyons résultats et ratios de performance).

Par ailleurs, le financement des SSIAD, leur manque de places et les refus des cabinets infirmiers, engendrent des glissements de fonction et nous conduisent régulièrement à nous poser la question des limites de nos interventions.

Lorsqu'une ordonnance précise « toilette réalisée par une IDE », seul un infirmier ou une aide soignante encadrée par une infirmière dans le cadre d'un SSIAD devrait pouvoir réaliser cette toilette. La réalité est bien différente. Que faire si les cabinets infirmiers ou le SSIAD ne peuvent pas prendre en charge cette toilette (toilette qui prend trop de temps pour les libéraux, soins infirmiers refacturés trop élevés pour les SSIAD). Devons-nous refuser d'intervenir au risque que la personne ne rentre pas à domicile ? ou rentre sans réel suivi ? Aujourd'hui, les professionnels du sanitaire et les financeurs ferment les yeux : tous les jours, des actes qui devraient être réalisés par des SSIAD ou des cabinets infirmiers sont réalisés par des SAAD, pour des raisons financières. A titre d'exemple, nous intervenons chez une dame de 65 ans, diabétique, en surpoids, paraplégique (paralysie évolutive) : 3 interventions par jour, 7j/7 : le matin toilette complète au lit, en début d'après midi, change, lever avec le lève malade, installation au fauteuil et en fin de journée, remise au lit avec le lève malade et petite toilette. Son mari est présent et peut nous aider en cas de besoin. Avec de telles interventions, les SAAD engagent leur responsabilité pénale (exercice illégal de la médecine) et/ou civile. A la demande de l'assistante sociale du centre hospitalier, nous avons décidé d'intervenir, pour qu'un maintien à domicile soit possible. En revanche, nous insistons pour qu'une à deux fois par semaine, un soignant puisse intervenir pour un suivi et une évaluation de la situation. Là encore, la tarification unique au prix de journée des SSIAD ne tient pas compte de l'état de santé et des besoins des différents bénéficiaires, et ne favorise pas la prise en charge des dossiers les plus lourds. « Les SSIAD sont donc conduits soit à équilibrer leur budget en prenant plus de patients très légers, soit à refuser la prise en charge, orientant ainsi vers une hospitalisation ou une entrée en EHPAD, soit à diminuer le nombre de personnes prises en charge, soit à générer un déficit »<sup>51</sup>. Plusieurs projets de réforme des SSIAD ont vu le jour depuis 2006 ; ils se sont soldés par un échec et ... une réforme différée.

### **2.2.2 On ne peut pas soigner sans bien prendre soin : Vers une culture commune ?**

Bernard Ennuyer<sup>52</sup> parle de « culture du domicile », mais existe-t-il réellement une culture du domicile partagée par l'ensemble des professionnels ?

Cette vision partagée ne sera effective que si l'on reconnaît que l'accompagnement est aussi "noble" que le soin, puisqu'il concourt au bien-être global de la personne et donc à son bon état de santé, au sens où l'entend l'Organisation mondiale de la santé : « Un état de complet bien-être physique, mental et social, et non seulement une absence de maladie ou d'infirmité »<sup>53</sup>.

---

<sup>51</sup> Rapport IGF n°2012-M-021-01 /IGAS n°R-20126126P, octobre 2012, *Etablissements et services pour personnes handicapées Offres et besoins, modalités de financement*

<sup>52</sup> ENNUYER B., Avril 2014, *Repenser le maintien à domicile, enjeux, acteurs, organisation* - Dunod

<sup>53</sup> Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la

Or, le débat récurrent entre les partisans du "cure" (traitement de la maladie) et du "care" (prendre soin des personnes) est toujours bien présent sur le terrain : le soin est considéré par beaucoup d'acteurs du système de soins, comme plus "noble", considérant que l'accompagnement d'un individu est réservé à des salariés moins qualifiés qu'eux et ce débat perdurera tant qu'une réelle professionnalisation et reconnaissance du secteur de l'aide à domicile ne sera pas effective. Le soignant doit s'approprier cette culture du domicile, se rapprocher des pratiques de l'aide à domicile qui est vraiment la "soignante du quotidien", celle qui prend soin de la personne au quotidien, qui l'accompagne dans sa fin de vie. En effet, nous rencontrons souvent des situations où un soignant, avec son approche technique, ne parvient pas à réaliser certains actes, alors qu'une auxiliaire de vie, avec son approche plus globale de la personne, y parvient. Combien de fois avons-nous entendu un médecin traitant juger une situation "trop risquée", "trop incertaine", trop... alors qu'en tant que structure d'aide à domicile, nous considérons que si la personne le souhaite, son maintien à domicile devrait, dans la majorité des cas, être possible, malgré les risques et les incertitudes.

Cette "bagarre" -différence de perception, d'approche, de pratique- qui se reproduit dans la plupart des services d'aide et de soins démontre que cette culture du domicile propre aux services d'aide à domicile n'est pas toujours partagée par le monde sanitaire qui pourtant a une position dominante aux yeux des usagers et de la société. Cessons d'opposer le "care" et le "cure" car « *On ne peut pas bien soigner sans bien prendre soin, on ne peut plus faire du cure sans faire du care* »<sup>54</sup>. L'aide à domicile, par son action quotidienne, bienveillante auprès des usagers, permet d'améliorer la qualité des prises en charge, la réussite des soins. En effet, lorsque l'on parle de PA dépendantes, on n'envisage pas les soins en vue d'une guérison, mais pour vivre avec sa maladie ou son handicap. On ne peut pas répondre aux problèmes de santé d'une personne âgée sans prendre en compte son autonomie, son environnement familial, social, ses souhaits de vie. Intervenir au domicile, c'est vraiment composer avec la singularité de chaque situation. Il y a bien une culture du domicile qui comme nous le dit Bernard Ennuyer « *est une culture de la vie quotidienne, de l'empirisme* » et l'ensemble des professionnels, sanitaires, sociaux et médico-sociaux intervenant à domicile devrait développer cette culture du domicile, comme étant « *avant tout une culture de l'accompagnement quotidien, d'un cheminement avec une personne, pour l'aider à accomplir sa vie, jour après jour, et à garder le plus longtemps possible, voire jusqu'au bout, son identité psychique et sa dimension de sujet* »<sup>55</sup>.

---

Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats.

<sup>54</sup> PIVETEAU D., 2015, Conseiller d'Etat, ancien directeur de la CNSA. Les dossiers d'alternatives économiques Avril 2015

<sup>55</sup> ENNUYER B., Avril 2014, *Repenser le maintien à domicile, enjeux, acteurs, organisation* - Dunod p.42

### **2.2.3 Les acteurs du domicile : un véritable maquis difficile à coordonner**

Ces dernières années ont vu le développement de services de plus en plus nombreux et diversifiés dédiés aux personnes âgées et à leur maintien à domicile. Le défi à relever aujourd'hui est de parvenir à mettre en cohérence tous ces acteurs qui œuvrent pour les personnes âgées, provenant du monde sanitaire, social et médico-social, avec leurs logiques professionnelle et leurs cultures différentes :

- Les professionnels de santé qui prescrivent : médecins traitants, spécialistes, CH
- Les professionnels qui délivrent les soins et les services (cf § 132) : SAAD, SSIAD, SPASAD, infirmières libérales, kinésithérapeutes, personnel de gré à gré ...
- Les agents de l'Etat et des collectivités qui conçoivent, mettent en œuvre et évaluent les dispositifs découlant des politiques publiques de santé et d'aide.

Ceci afin que maintien à domicile puisse être synonyme de coordination des interventions, dans une logique de prise en charge globale de l'utilisateur.

#### ***D'un constat de manque de coordination ...***

Dans un contexte tel que nous venons de le décrire, avec une multitude d'administrations, d'institutions et de prestations relevant de secteurs et de statuts différents, l'utilisateur rencontre beaucoup de difficultés à accéder à l'information et aux services correspondants à ses besoins. Nous rencontrons souvent des utilisateurs parlant de "parcours du combattant" à l'annonce d'une maladie ou lors de l'hospitalisation d'un proche (parent ou conjoint), comme la remarque d'une fille d'un bénéficiaire en fin de vie rencontrée récemment « *nous n'aurions jamais pensé que c'était aussi compliqué, c'est vraiment difficile à vivre* ». En tant que SAAD, cette disparité des financements et l'illisibilité de l'offre sont également un problème lorsque nous devons renseigner un utilisateur.

De même, les sorties d'hospitalisation ou les entrées en EHPAD sont souvent des moments très difficiles, très mal vécus par l'utilisateur et son entourage, car mal préparées. Nous avons d'ailleurs eu récemment le retour à domicile d'un couple accueilli "dans l'urgence" en EHPAD (une chambre double s'étant libérée). Ces mauvaises expériences sont souvent dues au manque d'information, à la "non transmission" ou mauvaise transmission des informations ou au manque d'harmonisation des pratiques entre institution et professionnels du domicile. Comment accepter que lors d'un retour à domicile, ayant eu comme information "Monsieur X passe son temps dans la chambre de ses voisins", nous nous retrouvions, lors de la première visite à domicile, avec une personne ne quittant pas son lit sans aide ! ...

De même, la complexité et les cloisonnements administratifs engendrent souvent des délais d'attente lors des prises en charge. Comment expliquer à une personne lourdement dépendante suite à un accident cérébral, que son retour à domicile sera à sa charge

pendant les deux mois d'instruction du dossier (plus de 1000 €/mois). Quelquefois la personne décède avant que la notification de prise en charge soit effective !

En tant que prestataire de services à domicile, nous passons beaucoup de temps à essayer de trouver l'information, à la transmettre, à créer du lien avec les autres acteurs.

Cette difficulté à coopérer avec les intervenants des autres secteurs professionnels est quotidienne.

### **... à la mise en place d'un système de plus en plus complexe ...**

Pour coordonner cette abondance de services et de professionnels intervenants auprès des personnes âgées, de nombreux dispositifs existent. Par dispositif, « nous entendons de façon large, l'ensemble des solutions innovantes destinées à lutter contre la fragmentation de l'offre et contre les différentes formes de cloisonnement du système de santé et d'aide »<sup>56</sup>.

Si ce problème de coordination des aides remonte aux années 60 (l'amélioration de la coordination de l'offre de services faisait déjà partie des priorités affichées dans le "rapport Laroque"), la montée en dépendance du quatrième âge depuis la fin des années 80 l'a renforcé.

Certains dispositifs de coordination pour personnes âgées sont portés par le secteur médico-social et social :

➤ Les centres communaux d'action sociale (CCAS)<sup>57</sup>. Ils ont pour missions au sein des communes, la mise en œuvre d'une action sociale générale et la coordination des acteurs du secteur. Certains CCAS peuvent gérer un EHPAD, un foyer logement, un SPASAD (ou SSIAD et SAAD), un service de livraison de repas.

➤ Les services autonomie des conseils départementaux ont une mission de coordination des acteurs, mais leurs référents sociaux œuvrent essentiellement pour l'attribution de l'APA, permettant de financer le plan d'aide qu'ils ont déterminé et n'ont souvent pas de temps pour animer une réelle coordination.

➤ Les Centre locaux d'Information et de coordination gérontologique (CLIC)<sup>58</sup>.

En s'appuyant sur l'ensemble des acteurs qui interviennent auprès des personnes âgées, le CLIC organise une prise en charge globale (sanitaire, sociale, médico-sociale), et coordonnée pour répondre aux besoins des personnes âgées. Depuis 2004, le déploiement des CLIC relève des missions des départements et beaucoup de conseils départementaux les ont intégrés.

En Isère une nouvelle instance de Coordination Territoriale pour l'Autonomie, la CORTA, a été mise en place sur le département à compter de janvier 2007. Ces instances se sont substituées aux CLIC et avaient pour mission de renforcer le travail en réseau des acteurs et professionnels intervenant auprès des PA et de l'élargir aux PH. Chaque CORTA

---

<sup>56</sup> BLOCH MA & HENAUT L, 2014, *Coordination et parcours* Dunod

<sup>57</sup> Les CCAS sont créés par le décret -loi N° 53-1186 du 29 novembre 1953

<sup>58</sup> La circulaire DGAS/AVIE/2C du 18 mai 2001 définit les missions du CLIC, la loi du 13 Août 2004 les place sous l'unique responsabilité du Président du Conseil Général

définissait les actions de coordination à mettre en œuvre en matière d'autonomie. Depuis janvier 2016, les CORTA n'existent plus, remplacées par des Conférences Territoriales de Solidarité, qui reprennent les problématiques des CORTA en y intégrant celles liées à la famille et à l'enfance.

➤ L'ensemble des assistantes sociales des Conseils départementaux et des centres hospitaliers ont également un rôle d'information, de coordination et d'aide à la mise en place des interventions.

Parallèlement, depuis les années 90, plusieurs dispositifs de coordination pour les personnes âgées sont portés par le secteur sanitaire :

➤ Les filières de soins gériatriques<sup>59</sup> comportent un certain nombre d'Établissements et de services médicaux passant convention pour une meilleure coordination administrative et médicale des patients.

➤ Des filières élargies vers le médico-social, les filières gérontologiques ont été créées en Rhône-Alpes, permettant de formaliser les engagements de l'ARS et des conseils départementaux et leur collaboration afin d'optimiser les prises en charge.

Bien que travaillant sur 2 départements (Isère et Savoie), nous appartenons à une seule et même filière gérontologique, puisque les 6 communes de l'Avant Pays Savoyard sur lesquelles nous intervenons ont intégré la filière Haut Rhône Dauphinois/ Porte des Alpes/ Vals du Dauphiné.

Le travail de cette filière comporte 5 axes :

- La mise en place d'un guichet intégré de l'ensemble des acteurs
- La formation des acteurs MAIA<sup>60</sup>
- La diminution des hospitalisations non justifiées de personnes âgées
- Le repérage des situations complexes
- L'amélioration du passage du domicile à l'EHPAD

➤ Les Maisons pour l'Autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)<sup>60</sup>, devenues "Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie", avec leurs gestionnaires de cas. Leur rôle est de coordonner les différents dispositifs existants, afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, par une meilleure coopération des intervenants. Aujourd'hui, les MAIA coordonnent les prises en charges complexes et non plus seulement les "malades d'Alzheimer".

➤ Le réseau de santé<sup>61</sup> coordonne les intervenants sanitaires, sociaux et médico-sociaux afin d'optimiser le maintien à domicile des personnes âgées, l'accès à une structure de

---

<sup>59</sup> La notion de filière de soins gériatriques est explicitée dans le cadre de la circulaire DHOS/02/DGS/SDSD/n°2002/157 du 18 mars 2002 et la circulaire DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007

<sup>60</sup> Les mesures 4 et 5 du plan Alzheimer 2008-2012, prévoient la création des MAIA et leurs gestionnaires de cas, définis dans la circulaire ministérielle n°DGCS/DGOS/CNSA/2013/10 du 10 janvier 2013

<sup>61</sup> Les réseaux de santé sont définis par la circulaire DHOS/02/03/UNCAM n°2007-197 du 15 mai 2007

soins si nécessaire et le retour à domicile. Sur notre territoire, les maisons des réseaux de santé interviennent souvent dans l'urgence.

➤ Les référents parcours santé "tandem". Il s'agit d'un service d'accompagnement des usagers en situation complexe afin de les aider à devenir acteur de leur parcours de santé. Les référents aident l'utilisateur dans la compréhension des acteurs du système de santé.

➤ Dans le but d'améliorer la coordination des professionnels de santé et d'éviter des hospitalisations onéreuses, des structures d'hospitalisation à domicile (HAD)<sup>62</sup> permettent d'assurer au domicile du malade des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés.

➤ L'équipe mobile de gériatrie (EMG)<sup>63</sup> ou équipe mobile de gériatrie extra hospitalière (EMOGEX) sur notre territoire. Basées dans un hôpital gériatrique, les EMG interviennent en équipes multidisciplinaires auprès des patients âgés, en étroite collaboration avec les CLIC, les réseaux de santé les centres hospitaliers. Elles peuvent se déplacer au domicile de la personne pour réaliser un bilan global sanitaire et social et proposer des actions.

➤ Sur notre territoire, des équipes mobiles géronto-psychiatriques interviennent ponctuellement à domicile pour des bilans cognitifs. Le centre médico-psychologique (CMP) coordonne ces actions extra hospitalières.

➤ La plateforme d'accompagnement et de répit pour les aidants familiaux

Cet investissement du sanitaire dans la coordination vient de la volonté de ne plus soigner seulement une maladie mais le malade dans son cadre de vie et d'avoir une approche globale. Mais cet important développement des dispositifs de coordination gérés par le sanitaire est une tendance à la médicalisation de ce secteur d'activité.

En tant que professionnel du domicile, je m'interroge vraiment sur la pertinence de tous ces dispositifs et sur la surreprésentation actuelle du monde sanitaire.

### **... ne solutionnant pas les problèmes de coordination.**

Malgré ces multiples dispositifs, les sorties d'hospitalisation sont toujours aussi compliquées à organiser, les réponses de moins en moins centrées sur la réponse aux besoins de l'utilisateur concerné.

Par ailleurs, chaque dispositif a ses réunions, ses groupes de travail, aboutissant à une "overdose de coordination" chez les professionnels de l'aide à domicile, qui ne voient pas d'amélioration significative sur le terrain.

Face à cette multiplicité de dispositifs et d'acteurs coordonnant les interventions au domicile des personnes âgées dépendantes et consciente des problèmes persistants, l'ARS a initié dans le cadre de l'expérimentation d'un territoire de soins numériques, la

---

<sup>62</sup> Les structures d'HAD sont considérées par le code de la santé publique comme des alternatives à l'hospitalisation (loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière)

<sup>63</sup> Les EMG sont créées en 2002 et définies dans la circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007

création d'une plateforme territoriale d'appui (PTA), dont l'objectif est de mettre un peu de cohérence et de lisibilité dans ce secteur d'activité et pour réguler les situations complexes. Cette PTA sera dotée d'un outil numérique Autonom@dom qui sera d'une part une plateforme d'informations pour tous les Isérois et permettra d'autre part un suivi individualisé numérique des personnes âgées dépendantes à leur domicile. Un référent "sentinelle", déterminé pour chaque dossier, percevra l'ensemble des informations par l'intermédiaire d'un cahier numérique laissé chez l'utilisateur, où l'ensemble des informations sera noté par tous les acteurs intervenant au domicile de l'utilisateur. La mise en œuvre opérationnelle est prévue en 2017.

En tant que structure d'aide à domicile, ayant des difficultés à financer la télégestion (système permettant de valider directement les heures effectuées, par l'installation d'un badge au domicile de l'utilisateur et l'équipement en téléphone des aides à domicile) ... le cahier numérique nous semble encore bien loin et peu réaliste en milieu rural où plus de 80% de nos bénéficiaires APA n'ont pas de connexion internet !

\* \* \*

Cet ensemble nous donne une impression d'accumulation de dispositifs qui renforcent le besoin de coordination et engendrent de nouveaux dispositifs de coordination, tout cela sans réelle vision globale... et un système de moins en moins lisible pour les usagers et leur famille !

La Loi du 13 Août 2004 a défini le Conseil Départemental comme chef de file de l'action sociale de son département avec une mission de coordination. Alors, pourquoi ne pas lui donner les moyens de cette mission (moins de dossiers par référent, temps de coordination...) plutôt que de multiplier les dispositifs ? Pour nous, professionnels de l'aide à domicile, les conseils départementaux, avec leurs référents sociaux (dossiers APA, PCH) et leurs assistantes sociales, qui ont cette "culture du domicile", nous semblent vraiment les mieux placés pour une réelle coordination médico-sociale.

## **2.3 La nécessité d'une prise en charge globale**

### **2.3.1 L'impératif d'une plus grande coordination : une volonté commune ?**

Comme nous l'avons vu, au fil des années, de nombreux dispositifs dédiés à la coordination ont vu le jour. Cette coordination est devenue un impératif, imposé notamment par des situations de plus en plus complexes à gérer à domicile, où les besoins sont multiples et requièrent l'intervention de différents acteurs. Rappelons que l'ANAP définit comme complexe, une situation où « *les besoins touchent aux dimensions sanitaire, sociale, psychologique et environnementale. Les acteurs à mobiliser pour y répondre*

*sont multiples. La complexité tient également à la nécessaire combinaison des réponses en matière de compensation dans le domaine des soins et de l'aide à la vie quotidienne »<sup>64</sup>.*

Or, cette accumulation de dispositifs a rendu le système de santé et le système médico-social peu lisible pour les usagers et leur entourage.

Si nous reprenons ces dispositifs et les différentes actions menées ces dernières années, l'amélioration de la coordination relève de 2 axes de travail différents :

### ***Mieux se connaître entre acteurs du domicile***

Tout d'abord, faire en sorte que les différents acteurs d'un territoire puissent se connaître et travailler en concertation. Beaucoup de réunions de travail sont organisées dans le cadre des filières gériatriques, notamment sur l'épineux et récurrent problème des sorties d'hospitalisation ou la mise en place d'outils communs aux différents acteurs. Par exemple, la fiche de liaison a fait l'objet de nombreuses réunions de travail qui ont débouché ... sur une pochette cartonnée permettant de regrouper l'ensemble des documents importants pour la prise en charge d'un usager - document remplaçant la carte mémo, que nous avons l'habitude de distribuer (carte qui devait accompagner la carte vitale et sur laquelle les différents acteurs étaient mentionnés). En tant que professionnelle de terrain et devant l'ampleur des problèmes rencontrés tous les jours, j'ai pris la décision de ne plus participer à ces réunions. Car au fond, les différents acteurs se connaissent, surtout ceux participant aux réunions, mais s'ignorent et la question serait plutôt de comprendre pourquoi ils s'ignorent, pourquoi il n'y pas une réelle volonté d'échange, de reconnaissance des autres acteurs. Prenons le cas, pour illustrer, de l'hospitalisation de Monsieur P., aidant. Ayant été alertée par la famille le lundi soir à 21h le mardi midi, nos interventions commençaient pour son frère handicapé, avec trois passages par jour et une livraison de repas (en période estivale !), le mercredi à 14h, la tutelle, que j'avais informée de l'hospitalisation et de nos interventions, nous a rappelé pour nous dire que son médecin traitant avait jugé qu'il valait mieux l'hospitaliser en urgence ... tout cela bien sûr sans nous contacter pour apprécier la pertinence ou pas d'une hospitalisation en urgence ! Les auxiliaires de vie n'ont pas compris pourquoi ce monsieur avait été hospitalisé ... et la responsable de secteur a estimé que son travail était bien peu pris en considération !

Aujourd'hui, la filière gérontologique - MAIA du Nord Isère a mis en place des sessions d'information / formation, afin que les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires aient le même processus d'information et d'orientation (accueil, analyse de la demande, orientation de la personne), avec outils communs et meilleure connaissance des ressources existantes. Je me suis inscrite sur les sessions de septembre/octobre 2016,

---

<sup>64</sup> ANAP, 2011, *les parcours de personnes âgées sur un territoire – Retours d'expérience*,

mais je ne suis pas certaine que les acteurs que nous ne voyons jamais en réunion de concertation, puissent ou souhaitent se libérer 2 demi-journées ...

### **Concentrer la coordination sur les situations complexes**

La deuxième orientation de ce travail de coordination concerne le parcours de l'usager fragile, usager qualifié de "situation complexe". Nous avons vu que ces usagers étaient la préoccupation de plusieurs dispositifs différents.

Des réunions de concertation autour de la situation d'un usager se multiplient. Nous nous retrouvons à 5 ou 6 acteurs différents : réseau de santé, MAIA, assistante sociale, SSIAD, SAAD (pharmacien, kiné, infirmier et médecin la plupart du temps excusés) pour faire le point sur une situation complexe - réunions qui se résument souvent à constater et à gérer un manque de moyens. Car comme nous l'avons vu, améliorer une situation à domicile est souvent rendue possible par une augmentation du nombre de passages dans la journée, une augmentation du nombre de repas livrés... Or, financièrement, ce n'est pas possible.

Travailler sur les situations complexes signifie également une coordination entre services d'aide à domicile et EHPAD. Or, aujourd'hui cela est rarement le cas ; ces structures échangent très peu avec les SAAD et nous sommes souvent obligés d'aller à la pêche aux informations lorsqu'un usager recherche un placement temporaire ou un accueil de jour.

Devant cette difficulté persistante à pouvoir coordonner les acteurs intervenant dans le parcours de l'usager souhaitant rester à domicile, nous pouvons nous demander si la coordination relève d'une mission impossible et comme le soulignent Marie Aline Bloch et Léonie Hénaut<sup>65</sup>, nous pouvons également nous questionner sur les financeurs qui réclament plus de coordination tout en continuant à créer de nouveaux dispositifs, de nouveaux financements ...

En 2016, malgré la mise en place de ces nombreux dispositifs, nous en sommes toujours à réclamer l'amélioration de la coordination de l'offre de services comme priorité ... déjà affichée en 1962:

*« Il n'est que trop certain que les services ou organisme ont aujourd'hui tendance à travailler en ordre dispersé, sans liaison suffisante les uns avec les autres sans surtout que les activités s'intègrent suffisamment dans une politique d'ensemble [...] La coordination revêt deux aspects distincts : coordination administrative qui suppose une liaison entre les différents organismes publics ou privés contribuant à l'action sociale en faveur de la vieillesse et coordination sociale proprement dite qui consiste à orienter un vieillard déterminé sur les services auxquels sont état le conduit à faire appel ».*<sup>66</sup>

Il ne suffit pas de décider d'une plus grande concertation des différents acteurs, pour le bien-être des personnes les plus fragiles, il faut que ces acteurs en soient convaincus et

---

<sup>65</sup> BLOCH M-A, HENAUT L., 2014, *Coordination et parcours*, Dunod

<sup>66</sup> Haut Comité consultatif de la population et de la famille, 1962, Politique de la vieillesse, Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse présidé par M. Pierre Laroque, Paris, La Documentation Française p256-257

en fasse une priorité dans leur action de tous les jours, ce qui n'est pas toujours le cas aujourd'hui au vue des situations rencontrées.

### 2.3.2 La notion de parcours

C'est la Loi du 13 Août 2004 relative à l'assurance maladie qui a instauré la notion de parcours. Il s'agissait de confier à un médecin traitant l'ensemble des interventions chez les différents professionnels de santé, dans un objectif de diminution des dépenses de l'assurance maladie. Cette notion de parcours de soins visait à renforcer le rôle du médecin traitant dans le parcours de soin du patient.

De "parcours de soins", nous parlons aujourd'hui de "parcours de santé" ou de "parcours de vie". Dans cette approche, raisonner en termes de parcours signifie partir de l'usager, de ses besoins. La CNSA donne la définition suivante du parcours de vie :

*« La notion de parcours de vie recouvre le cheminement individuel de chaque personne dans les différentes dimensions de sa vie : personnelle et relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne. [...] Cette notion [...] interroge les politiques publiques [...] et la façon dont elles parviennent (ou non), à favoriser l'adéquation des parcours des personnes avec leur projet de vie et la continuité des différentes formes d'accompagnement qui leur sont offertes (soins, accompagnement social et médico-social, ressources ...)»<sup>67</sup>.*

L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) travaille depuis 2010 sur le sujet des parcours de santé des personnes âgées. Aujourd'hui, le problème n'est plus seulement de créer du lien entre les différents acteurs du sanitaire, social et médico-social, mais de faire en sorte que ces structures offrent une prestation adaptée à la situation et aux besoins de l'usager. Le but est d'organiser un parcours de soins et d'aides autour des besoins de la personne, en associant l'entourage familial, les aidants.

Certaines régions expérimentent le programme PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie) permettant la structuration d'équipes pluri professionnelles de proximité répondant aux besoins des bénéficiaires. Fondé sur l'article 48 de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, ce dispositif, financé par les ARS, a pour objectif de mettre en œuvre un parcours de santé fluide et identifié des personnes âgées de plus de 75 ans. Il vise en particulier à maintenir les personnes âgées autant que possible à leur domicile, et à améliorer, sous toutes leurs formes, les prises en charges en renforçant la coordination entre acteurs. L'ANAP accompagne ces expérimentations avec la volonté de faire coopérer tous les champs auxquels fait appel la population âgée, c'est-à-dire aussi bien le social, le médico-social que le sanitaire hospitalier et ambulatoire. D'abord menée pour les personnes âgées, cette démarche a vocation à se déployer.

---

<sup>67</sup> CNSA, Rapport 2012, *Promouvoir la continuité des parcours de vie d'une responsabilité collective à un engagement partagé*, document

Pour les services d'aide à domicile, cette démarche en termes de parcours, basée sur les dynamiques locales permet de renforcer les partenariats entre les différents acteurs et leur rôle de structure de proximité dans le repérage des situations à risque - ce qui semble partir d'une bonne intention - à condition que ces différents acteurs aient vraiment la volonté de travailler ensemble. Notre territoire ne participe pas à cette expérimentation.

### 2.3.3 Changement et coopération

#### ***Le changement ...***

Si le fonctionnement quotidien d'une structure d'aide à domicile est synonyme d'adaptation, d'ajustements, d'arrangements permanents entre acteurs, dans un contexte jamais complètement prévisible, les différentes lois depuis celle de janvier 2002 imposent des changements plus importants, dont, nous l'avons vu, la nécessité d'une plus grande coordination des acteurs.

Comment faire pour que cette volonté de coordination puisse dans les faits être synonyme d'un maintien à domicile réussi ?

Comme nous le dit Philippe Bernoux, « *le changement est un apprentissage de nouvelles manières de faire par l'assimilation de nouvelles règles* »<sup>68</sup>. Ce qui suppose qu'un changement n'a lieu que si les acteurs s'y impliquent. Et ils accepteront de s'impliquer dans la mesure où ils comprennent ces changements, qu'ils leur permettent de donner du sens à leur travail. Les changements n'ont pas lieu sur décisions des directions, suite à la parution d'un décret, ils ne sont effectifs que lorsque les acteurs se les sont appropriés et en ont compris le sens. Pour moi, les différentes lois depuis 2002, la multiplication des dispositifs, des acteurs, des financements... entraînent un manque de vision globale, de projet de société, et c'est ce manque de "sens", dans un secteur d'activité difficile qui pose problème aujourd'hui.

Pour les professionnels du domicile, une meilleure coordination est trop souvent synonyme, dans les faits, de "gains financiers" et peu de "meilleure prise en charge" pour le bien-être de l'utilisateur. Certes, une journée d'hospitalisation coûte bien plus cher à la collectivité qu'une journée à domicile avec une prise en charge adaptée. Or, nous l'avons vu, les services à domicile ne bénéficient pas de budgets suffisants et/ou adaptés au bénéficiaire. Prenons l'exemple d'un jeune père de famille, en fin de vie, à domicile, en prise en charge HAD, avec 3 jeunes enfants, une épouse sans activité professionnelle, sans moyen de locomotion et une maison isolée. En tant que SAAD, nous avons droit à 1 heure de nursing financée par jour. Les derniers jours de prise en charge étant difficiles pour la famille, nous avons fait le maximum pour les soutenir et ... la facture du dernier mois nous a été retournée car au vue de la date du décès, nous avons dépassé d'1h25 la

---

<sup>68</sup> BERNOUX Ph., Février 2010, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Editions du Seuil

prise en charge ! ... Il s'agit là, pour moi, d'un non-sens et cet exemple nous renvoie aux deux approches contradictoires de la notion de parcours évoquées par Marie-Aline Bloch & Léonie Hénaut. « *l'une dérive des bonnes pratiques et standards cliniques, mais donne peu de place aux désirs et aux rythmes des personnes, tandis que l'autre prend en compte toutes les spécificités et volontés des personnes mais est davantage consommatrice de ressources* »<sup>69</sup>

Par ailleurs, lors d'un changement, l'observation montre que tous les acteurs n'ont ni les mêmes attitudes, ni les mêmes discours, ni les mêmes formes d'implication par rapport aux objectifs poursuivis. Pour adhérer au changement, il faut que les acteurs trouvent un intérêt dans ce changement. Les acteurs percevant le changement en termes de menaces ou de risques s'engageront dans des stratégies d'opposition et de freinage. Il est évident aujourd'hui qu'il n'y a pas une réelle volonté de travailler de façon coordonnée de la part de tous les acteurs. Or, pour qu'il y ait continuité dans le parcours de l'usager, il faut qu'il y ait des liens étroits entre les médecins libéraux, le milieu hospitalier et l'ensemble des acteurs du domicile. Comme nous l'avons vu, cette coordination est difficile, beaucoup de professionnels de la santé ne connaissent pas bien les dispositifs d'accompagnement existants pour faciliter un retour à domicile et ils ne semblent pas tous faire des efforts pour les connaître. Rédiger une ordonnance pour des heures d'aide ménagère semble plus facile que d'orienter le patient pour la constitution d'un dossier de prise en charge ! Cette semaine encore, une famille est venue nous voir avec une ordonnance de 8h hebdomadaire de travaux ménagers (leur médecin traitant leur ayant dit qu'il fallait demander beaucoup pour obtenir un peu !), pour un monsieur qui bénéficiait déjà de l'APA !

Lorsqu'un secteur d'activité connaît des changements comme ceux que connaît aujourd'hui le secteur de l'aide à domicile, il vit un changement de valeurs que les acteurs ont des difficultés à accepter, car il entraîne un changement de leur identité professionnelle. Pour Philippe Bernoux, « *dans la vie professionnelle, l'identité se construit dans les situations de travail où s'engendrent des relations influencées par les rapports de pouvoir et les perspectives d'avenir* »<sup>70</sup>. Aujourd'hui, les rapports de pouvoir ne sont plus les mêmes, les soignants ne sont plus les seuls décideurs, on leur demande de prendre en compte les différents acteurs, de les connaître et d'apprendre à travailler en concertation avec eux, d'expliquer et de justifier leurs décisions, ce qui ne correspond pas à la perception qu'ils ont de leur travail.

### **... suppose la coopération**

Ainsi, le changement suppose la coopération et « *La coopération dans le cadre de l'échange contractuel suppose non seulement des règles reconnues légitimes avec une instance clairement identifiée chargée de les faire respecter, mais il faut aussi une certaine égalité entre les*

---

<sup>69</sup> BLOCH M-A, HENAUT L., 2014, *Coordination et parcours*, Dunod

<sup>70</sup> BERNOUX Ph., Février 2010, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Editions du Seuil

*contractants* »<sup>69</sup>. Tous ceux qui coopèrent doivent pouvoir en tirer des bénéfices. Coopérer avec un autre, c'est lui dire que nos "identités professionnelles" sont proches et que l'on peut trouver un moyen de fonctionner ensemble.

Or, aujourd'hui, dans les faits, le secteur médical décide et la volonté de coordination vient plus du social et du médico-social. Combien de médecins appellent la structure d'aide à domicile lorsqu'ils sont chez un usager, pour prendre en compte le ressenti des auxiliaires de vie ? Quel cadre de santé appelle la structure d'aide à domicile avant d'envisager une date de sortie ?... Pourquoi créer autant de dispositifs pour coordonner des acteurs qui pourraient avec un minimum d'effort se coordonner ? De même, les réunions de concertation qui doivent réunir les acteurs du sanitaire, du médico-social et du social, ne voient jamais les acteurs du médical ...excusés, « pas le temps », même à 13h... ou manque d'une réelle volonté ? Comme le soulignent Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut, l'injonction à la coordination, présente dans la Loi ASV, menace l'autonomie des professionnels de santé. On leur demande de partager leurs informations, de standardiser, d'harmoniser leurs pratiques, de se mettre d'accord sur des décisions donc « *de réduire la part noble de leur activité, en l'occurrence l'exercice du jugement sur la base de savoirs que le professionnel est seul à détenir* »<sup>71</sup>. Avec cette approche du changement, la modification des rapports entre acteurs engendrée par cette injonction à la coordination, nous comprenons que certains soignants ne soient pas toujours très "coopérants". Arriverons-nous à dépasser ces logiques d'acteurs pour privilégier le bien-être de l'utilisateur ?

Pour la Cour des Comptes, il n'y a jamais eu, en dehors des discours, une réelle volonté de changement pour la mise en place d'une réelle politique de maintien à domicile car

*« Cette organisation n'est pas fortuite : elle est la résultante d'une absence de choix de la part des pouvoirs publics qui s'apparente à une posture d'évitement. Il était possible d'organiser la prise en charge de la dépendance de manière plus simple [...] ; tel n'a pourtant pas été le cas, et ce pour des raisons finalement aisément compréhensibles : les transferts de charges entre acteurs auraient été massifs et auraient modifié profondément les rapports de forces qu'ils entretiennent »*<sup>72</sup>.

\* \* \*

Ainsi, les différents dispositifs mis en place pour structurer l'offre de prestations et assurer une meilleure coordination ne suffisent pas à délivrer un véritable service "intégré". Cette coordination ne sera effective que lorsque chaque professionnel cessera de ne voir que son champ d'intervention. Il doit être convaincu que ses compétences ne peuvent être mises en pratique utilement que dans le cadre d'un travail partagé, avec un regard global sur l'utilisateur, en s'adaptant à ses besoins. Et c'est une coordination réussie qui permettra à terme, l'existence d'une culture commune du domicile.

---

<sup>71</sup> BLOCH M-A, HÉNAUT L., 2014, *Coordination et parcours*, Dunod

<sup>72</sup> SEGUIN Ph. premier président de la cour des comptes, 9 nov 2005, Conférence de presse du mercredi



### 3 Vers une "plateforme locale" de services polyvalents

Face à la complexité grandissante de nos prises en charge, mon objectif est d'améliorer la qualité de notre accompagnement par une meilleure coordination des acteurs intervenants au domicile, afin de satisfaire les besoins et les attentes des personnes âgées et/ou handicapées de notre territoire, dans une perspective de prise en charge globale. Cette coordination devra, dans un premier temps, se travailler en interne puis par la mise en place d'une plus grande collaboration et la création de partenariats avec les acteurs locaux.

#### 3.1 Plus de coordination et de formalisme en interne

Pour Philippe BERNOUX, « rien n'advient qui puisse être appelé changement sans reposer sur deux principes : l'autonomie des acteurs et la légitimité qu'ils accordent aux décisions les concernant »<sup>73</sup>, et comme le souligne Michel FOUURIAT, « tout changement organisationnel comporte toujours deux dimensions : les structures et les règles d'une part (le formel) et les comportements et les relations d'autre part (l'informel) »<sup>74</sup>. Je vais donc m'attacher dans un premier temps à repositionner, formaliser notre activité afin de proposer à l'équipe un cadre favorable à la transformation des comportements, tout en l'accompagnant dans ce changement.

##### 3.1.1 Renforcer l'identité, donner un sens

Rappeler nos valeurs, définir des orientations claires, permettront de rassurer l'équipe et de légitimer nos décisions. En effet, face aux changements imposés par la Loi ASV, les salariés ont besoin d'être rassurés sur les directions prises.

##### ***Des valeurs ...***

Les valeurs qui ont toujours guidé mes choix de direction sont :

##### Le respect de l'individu

Tout d'abord, le respect de la personne aidée, respect de sa dignité, de sa liberté de choix et de sa décision, en s'assurant de l'adaptation des prestations à ses besoins. Considérer la personne âgée ou handicapée comme une personne adulte, un être unique et singulier, en essayant de l'associer au maximum, elle et sa famille, aux prises de décisions la concernant, en lui permettant de garder confiance en ses capacités, en les mobilisant le plus possible pour la préservation de son autonomie.

Respect également du salarié, croyance en ses capacités d'innovation, d'adaptation, de créativité et de mobilisation autour d'un projet commun.

---

<sup>73</sup> BERNOUX Ph., Février 2010, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Editions du Seuil

<sup>74</sup> FOUURIAT M., 2013, *Le changement organisationnel dans les ESMS*, Rennes, Presses de l'EHESP

C'est ce respect de l'autre, de ce qui me semble juste socialement et une gestion de bon sens qui ont toujours guidé mes actes.

J'ai pu observer à plusieurs reprises, au cours de mon expérience qu'une structure bienveillante avec ses salariés, aura du personnel bienveillant avec les usagers.

L'empathie : essayer de se mettre à la place de l'autre. Pour moi, il y a toujours une explication à un comportement agressif, opposant. Certes, tout n'est pas excusable, mais essayer de comprendre les raisons de tel ou tel comportement permet de relativiser. C'est la raison pour laquelle je réagis très rarement "à chaud", préférant analyser une situation avant de prendre une décision. Je veille également à ce que cette empathie soit présente chez toute intervenante qui doit "comprendre" une personne ayant une pathologie lourde, être attentionnée, respecter l'intimité et l'intégrité de cette personne.

Jusqu'au bout, accompagner la vie, dans le respect des choix de la personne aidée.

Ce qui implique une acceptation minimale d'une prise de risques contrôlée et partagée par les différents acteurs du domicile, car rester à son domicile malgré un handicap ou une baisse d'autonomie, comporte nécessairement quelques risques.

La vie vaut la peine d'être vécue ... jusqu'au bout. Tant que la vie est là, nous nous devons d'accompagner la personne aidée et de respecter ses choix.

### ***... à la définition des axes stratégiques***

Le bureau de notre association, ayant bien compris que les changements imposés par notre environnement, ne seront acceptés que dans la mesure où ils seront compris et permettront de donner du sens au travail collectif, des axes stratégiques ont été définis et validés en conseil d'administration :

#### Renforcer l'adaptabilité de notre structure à l'évolution des besoins des usagers

En offrant une pluralité de services, en les adaptant et en les développant,

En cherchant les réponses adaptées à la situation de chacun,

#### Inscrire notre structure dans une logique de prise en charge globale des différents publics de notre territoire

En nous spécialisant dans le handicap

En proposant des services alliant soin, aide et accompagnement

#### Privilégier une concertation et un partenariat local

En travaillant en confiance avec les représentants des communes et du département,

En gardant des liens constants avec les différents acteurs du domicile

En participant aux colloques, conférences et séminaires relatifs à notre secteur d'activité.

#### Moderniser notre fonctionnement et préparer notre structure aux changements imposés par notre environnement

En mettant en place une informatisation complète de notre activité

En préparant l'équipe à l'exigence de regroupement entre structures imposée par les financeurs

Ces axes de travail permettront une cohérence de l'ensemble de nos actions, pour une plus grande performance générale.

### ***Retravailler l'image de l'association, son projet***

Suite à un contrôle et une discussion avec le service de la protection des populations en juillet 2014, nous avons décidé, après avoir mis à jour et organisé nos documents contractuels, de refaire notre livret d'accueil clients. En effet, un document, livret de 4 pages, format A5, imprimé par nos soins, existait depuis la création de notre structure.

Un livret d'accueil (Annexe 2), représentant bien notre activité, est distribué depuis début 2015. Afin de répondre aux exigences de la Loi 2002-2, et bien que notre contrat de prestation soit complet, nous allons travailler début 2017 sur un règlement de fonctionnement qui sera également communiqué aux usagers en début de prise en charge. Ce travail sera réalisé au niveau du bureau de l'association et validé en CA.

Par ailleurs, au niveau des salariés, j'ai rédigé notre premier règlement intérieur. J'ai travaillé ce document avec les délégués, dont les premières élections ont eu lieu en septembre 2015. Il a été présenté par le président en réunion mensuelle à l'ensemble des salariés, déposé et accepté par la DIRECCTE en mai 2016. Nous travaillons actuellement, avec les délégués, à la réalisation d'un livret d'accueil salariés.

Les orientations stratégiques que nous avons définies sont porteuses de changements qui nous amènent également à retravailler notre projet d'association.

Nos valeurs et nos orientations stratégiques doivent se retrouver dans notre projet d'association qui doit être porteur de sens pour l'équipe. Ce projet, qui avait été défini à la création de la structure en 2008, sera repris au dernier trimestre 2016 avec notre nouveau Conseil d'Administration.

### **3.1.2 Esprit d'équipe : renforcer coordination et vision commune du maintien à domicile**

En tant que responsable, je dois donner une direction, fixer des objectifs, mais laisser aux acteurs des marges de manœuvre, la possibilité d'adapter le changement car ... un changement ne se décrète pas, il se partage. Aussi, ma méthode consistera à mettre l'équipe d'intervention au cœur de la réflexion, pour un meilleur service rendu à l'utilisateur.

Le principal problème posé par les interventions à domicile réside dans le fait que les différentes intervenantes d'une même prise en charge se retrouvent seules au domicile, et que par ailleurs, pour qu'il y ait une totale satisfaction de la part des usagers, il faut que les différentes interventions réalisées donnent une impression d'unité, d'harmonie dans la prise en charge. Dans ce contexte de travail, il est difficile de créer un esprit d'équipe, un sentiment d'appartenir à la même "communauté professionnelle". Nous allons travailler au renforcement de cet esprit d'équipe.

### ***Mise en place d'un code vestimentaire***

Lors des différents entretiens que j'ai pu avoir auprès des bénéficiaires, j'ai pu constater que ces derniers apportaient une importance toute particulière à l'apparence physique des intervenantes. Les aides à domicile, intervenant dans le milieu de vie de l'utilisateur, j'avais décidé de ne pas imposer de tenue vestimentaire, tout en leur demandant d'avoir une tenue correcte (stipulé dans le contrat de travail et le règlement intérieur).

Plusieurs remarques d'utilisateurs m'ont interpellée. En premier lieu, le fait de voir arriver une jeune personne, avec des vêtements un peu courts ou un décolleté un peu plus important en été, peut être vu, par la personne âgée dépendante ou en situation de handicap, comme une provocation. Ensuite, il m'a été souligné que pour les personnes âgées les plus dépendantes qui recevaient plusieurs professionnels en cours de journée (infirmières, SSIAD, SAAD, Kiné ...), il leur était difficile de se repérer et de se souvenir à quelle structure ils avaient à faire, sans code vestimentaire. Or, l'utilisateur apporte une grande importance à savoir qui vient et à quelle heure.

L'absence de code vestimentaire peut engendrer une confusion entre ce qui est de la sphère professionnelle et ce qui doit rester dans le registre personnel. La question de cette distance professionnelle est très difficile à travailler dans une profession où la relation aidant-aidé engendre une certaine proximité et l'émergence d'affects entre les deux personnes. En effet, la réponse aux besoins d'un bénéficiaire repose sur l'instauration d'une relation de confiance, d'une attention particulière portée au bénéficiaire, où les limites du "professionnel" sont quelquefois difficiles à poser.

Devons-nous considérer que, si le personnel a suffisamment de compétences professionnelles, ce code vestimentaire n'est pas utile, ou devons-nous prendre le parti qu'une tenue vestimentaire aide à garder cette distance professionnelle ?

Dans le cadre de la réalisation de mon diagnostic hygiène, j'ai mis en place, début 2014, un groupe de travail "hygiène", à qui j'ai également demandé de se pencher sur la question du code vestimentaire. Considérant qu'il faut qu'il y ait un accord des intervenantes sur cette question pour qu'il y ait adhésion, la solution fut apportée par le groupe et non imposée à mon niveau. Le groupe a opté pour le port d'une blouse "pratique", avec chaussons (style "cros"). Au moment de la réalisation des devis, l'opportunité nous a été donnée de reprendre le stock de blouses d'un centre hospitalier. Après essai, ces blouses ont été adoptées à condition de les raccourcir.

Le travail fut réalisé par une bénévole et le logo Ambre Services apposé sur le logo précédent. Ce don nous a permis une économie de plus de 1 000 €. Ces blouses, pratiques, sont appréciées et portées depuis fin 2015. Le choix des chaussons est laissé aux intervenantes, avec commande groupée possible pour celles qui le souhaitent.

### ***Développer une culture commune du maintien à domicile***

Pour donner une impression d'unité, d'harmonie dans une prise en charge à domicile, les outils ne suffisent pas à eux seuls, il faut que les différentes interventions, réalisées par différentes intervenantes donnent cette impression d'unité et d'harmonie.

Nous devons donc travailler sur une vision partagée du maintien à domicile et arriver à définir une culture commune du maintien à domicile.

Ce travail, touchant à l'identité de notre association, partira du travail réalisé au niveau de notre projet d'association, et pour cela, impliquera notre Conseil d'Administration, qui sera invité à participer à chaque étape de ce projet avec l'ensemble du personnel.

Au cours de nos réunions et des discussions qui peuvent y avoir lieu, j'ai pu remarquer des différences importantes de conception du maintien à domicile au niveau des auxiliaires de vie. Celles qui viennent de "l'institution" considèrent souvent que passé un certain niveau de dépendance, la structure est plus adaptée, et celles qui défendent le domicile vont jusqu'au bout des possibilités de notre structure pour répondre aux souhaits de la personne aidée.

Pour travailler sur cette question de culture commune, je souhaiterais mettre en place un "projet d'humanité"<sup>75</sup>, avec une aide extérieure, afin que l'ensemble de l'équipe puisse travailler sur cette approche qui met l'accent sur l'attention portée à la personne.

La "Philosophie de l'humanité" basée sur les concepts de bienveillance, regroupe un ensemble de théories et pratiques originales pour :

- rapprocher le soignant et le soigné dans leur humanité
- améliorer le "prendre soin" des personnes en établissement et à domicile
- accompagner ainsi les personnes âgées dans la tendresse et le respect de l'autonomie, debout, jusqu'à la fin.

Les cinq principes de l'Humanité correspondent à la vision du domicile que j'aimerais transmettre à l'ensemble des intervenants à domicile :

- Zéro soin de force sans abandon de soin – 100% des actes en douceur
- Vivre et mourir debout – éviter la grabatisation
- Respect de l'intimité et de la singularité – autonomie, dignité
- Ouverture sur l'extérieur – familles, bénévoles, insertion dans la vie civile
- Lieu de vie – lieu d'envies – projet d'accompagnement personnalisé

Je souhaite engager Ambre Services dans un programme de formation Humanité sur le long terme et pourquoi pas dans une démarche de labellisation. Je suis convaincue de l'efficacité de la Méthodologie de soin Gineste-Marescotti dite "Humanité" qui apporte des réponses aux réalités vécues quotidiennement dans l'accompagnement, notamment des personnes les plus dépendantes.

---

<sup>75</sup> Philosophie de l'Humanité et Méthodologie de soin Gineste-Marescotti disponible sur [www.igm-formation.net](http://www.igm-formation.net)

J'ai tout d'abord pris contact avec le réseau des instituts de formation habilités (IGM Instituts Gineste Marescotti), afin d'organiser l'acquisition de cette approche.

Je vais tout d'abord participer à une journée d'étude "manager la bientraitance". La journée qui m'a été proposée, en mai 2016 à Dijon, n'était pas possible pour moi. J'attends leur prochaine date afin de pouvoir m'inscrire.

Puis sera organisée une journée de Sensibilisation à la méthodologie Gineste-Marescotti dite "Humanitude", auprès de l'ensemble du personnel d'intervention et des membres du bureau, par petits groupes, au premier semestre 2017 (budget formation 2016). Suite à cette première sensibilisation, nous ferons le point afin d'évaluer les formations complémentaires qu'il sera possible d'organiser en 2018, dans le cadre de notre budget formation 2017.

Les formations dispensées par les Instituts Gineste-Marescotti s'inscrivent dans le cadre des lois et recommandations<sup>76</sup>. L'apprentissage de ces nouvelles techniques du "prendre soin" nous permettra d'améliorer le bien-être des professionnels et des personnes accompagnées. Je souhaiterais que cette philosophie de l'Humanitude devienne le fil conducteur de notre démarche d'amélioration continue.

Passée notre évaluation externe, nous pourrions nous engager, en 2018, dans une démarche de labellisation. Cette décision sera prise en conseil d'administration car si elle permet effectivement de garder une certaine mobilisation de l'équipe et représente un gage de qualité pour l'extérieur (usagers, financeurs, partenaires), elle demande un engagement financier.

### ***Créer du collectif***

Notre structure est récente, mais passée "l'euphorie" de la création et de la montée en puissance, la "mentalité de pionnier", le sentiment de participer à quelque chose d'unique tend à s'affaiblir et, avec l'arrivée de nouveaux salariés, j'ai bien perçu que cet "esprit d'équipe" n'était plus le même.

Pour qu'il y ait une plus grande homogénéité dans les pratiques, et pour que les intervenants aient vraiment l'impression d'un travail en équipe, nous allons travailler sur la mise en place ou la réorganisation de temps d'échanges.

Les aides à domicile ont besoin de discuter entre elles des personnes dont elles s'occupent, de se retrouver, d'échanger, de comparer leurs pratiques. Afin de permettre cet échange, nous organisons tous les mois une réunion de service d'une heure trente pendant le temps de midi.

---

<sup>76</sup> la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la loi 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, les recommandations des bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM

Je travaille depuis plusieurs mois à l'organisation de réunions mensuelles plus structurées. En début de réunion, je fais le point sur l'effectif (entrées, sorties, arrêts ...), sur les usagers (nouveaux, décès, ...), les événements du mois, puis je leur présente l'activité du mois écoulé en la comparant à celle de l'année précédente et en la situant par rapport aux objectifs de l'année. Après avoir fait le point sur l'actualité du secteur des SAP, j'aborde les différents dossiers usagers où une mise au point est nécessaire.

Malgré mes efforts, je ne trouve pas ces réunions très efficaces et je souhaite apporter plusieurs changements dès septembre 2016. Tout d'abord scinder cette réunion mensuelle en deux. En effet, je suis consciente que l'ensemble de l'équipe se voit peu et a besoin de se rencontrer. Mais il est très difficile de faire le point sur un dossier usager, à 25, avec des salariés qui ne se sentent pas vraiment concernés par les dossiers d'usagers qu'ils ne connaissent pas !

Nous allons garder une réunion mensuelle générale d'une heure avec l'ensemble de l'équipe pour présenter les informations générales et en intégrant en fin de réunion une discussion sur un sujet, à partir d'un document qui leur sera envoyé à l'avance. Ceci afin de les amener à réfléchir sur leurs pratiques. D'octobre 2016 à juillet 2017, ce temps sera consacré à l'évaluation interne. Notre Président présentera chaque mois l'avancement du groupe de travail concernant l'évaluation des activités centrées sur les usagers (2 mois consacrés à chaque axe de travail déterminé par l'ANESM)<sup>77</sup>.

Une autre réunion mensuelle d'une heure sera organisée avec les intervenantes concernées pour faire le point sur les prises en charges les plus lourdes. J'apporte une nouveauté en demandant à l'intervenante référente du dossier de faire une synthèse, à ma place, en début de réunion, après s'être concertée avec ses collègues. Ces réunions devraient permettre un vrai travail de concertation.

Comme nous l'avons vu, les SAAD sont financés au tarif horaire en fonction des heures réalisées et ce tarif prend en compte peu d'heures "improductives" d'intervenantes (Taux d'intervention : rendement par ETP/1820h  $\geq$  à 80%) et nous ne pouvons donc pas multiplier les heures de réunion. Espérons que la nouvelle tarification, tiendra compte de ces temps de coordination dont dépend la qualité de nos prestations.

Cette question de l'organisation de temps d'échanges a été abordée également avec l'aménagement de notre nouveau local. J'ai ouvert une partie de nos bureaux avec coin cuisine et bibliothèque (alimentée des revues et livres de leur choix) pendant le temps de midi, afin de les inciter à prendre leur repas en commun ou de partager des temps de pause au lieu de systématiquement rentrer chez elles. Les travaux n'étant pas finis à ce jour, elles ne se sont pas approprié ce lieu pour l'instant, mais nous avons déjà remarqué un passage plus important des aides à domicile dans nos bureaux, à leurs pauses.

---

<sup>77</sup> ANESM, 2012, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles *L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes*

Je vais également retravailler avec la psychologue sur l'orientation des séances d'analyse de la pratique afin que cet esprit d'équipe soit réel et qu'elles s'approprient vraiment ces moments d'échanges.

Afin de renforcer cet esprit d'équipe, je vais tenter une expérience "sportive" en 2017. Cette idée m'est venue d'une de nos intervenantes qui participe à un évènement sportif en septembre. Il s'agit du Mud Day : 13 km à parcourir, comportant 22 obstacles, accessible à tous, sans chronométrage, l'essentiel étant de terminer le parcours. Relever ce défi, permettra de partager des valeurs telles que la solidarité, l'entraide, l'esprit d'équipe. Plusieurs salariées ainsi que des membres du conseil d'administration sont sportifs et seraient tentés par cette expérience. L'organisation de ce défi aurait, pour moi, un double avantage : les entraînements seraient l'occasion de rencontres en dehors du cadre de travail et les moins sportives seraient peut être tentées par une activité leur permettant de garder une meilleure forme physique.

### **3.1.3 Formaliser l'activité pour une plus grande coordination, dans une perspective d'évaluation et d'amélioration de la qualité**

#### ***D'un travail sur les procédures et outils ...***

Depuis la création de cette structure, j'ai toujours privilégié les relations directes, de confiance et "l'informel" aussi bien avec les salariés qu'avec les usagers. Or, avec l'augmentation du nombre de nos prises en charge et les exigences de la démarche qualité et de l'évaluation, un travail de "mise en forme" de nos prestations doit être fait.

Pour l'année scolaire 2014/2015, une stagiaire de 2<sup>ème</sup> année de BTS Economie sociale et familiale en alternance a rejoint notre équipe. Son travail a essentiellement consisté à mettre en place des procédures et des outils dont certains devaient permettre, à terme, une réalisation plus homogène des prestations. Un groupe de travail a été formé et a travaillé sur deux principaux outils, améliorant l'information sur les prises en charge et le suivi des prestations. Tout d'abord, la fiche "mission usager" a été retravaillée : à côté des informations générales sur l'utilisateur et celles de la notification de prise en charge communiquée par le Conseil Départemental, une explication détaillée est donnée sur chaque intervention à effectuer. Cette fiche a deux volets : le volet "informations techniques, tâches à accomplir", qui est joint au cahier de liaison au domicile de l'utilisateur et le volet "informations plus personnelles" au sujet de l'utilisateur (habitudes, ce qu'il ne faut surtout pas faire ou proposer...), qui est porté à la seule connaissance des intervenantes. Par ailleurs, nous avons mis en place une fiche "suivi d'intervention", qui existait jusqu'alors sous une forme très simplifiée. Cette fiche "suivi d'intervention" est complétée en fonction de la prise en charge mentionnée dans la fiche "mission usager", les tâches effectuées sont cochées lors de chaque intervention.

Cette fiche "nouvelle version" répond aux exigences d'une démarche qualité et rassure l'utilisateur et son entourage sur la prestation effectuée. Ces documents, bien complétés,

permettent une réalisation réellement plus homogène des prestations, une meilleure coordination entre les intervenantes.

Mais, ce système de fiches laissées au domicile de l'utilisateur, à changer tous les mois et à faire remonter au secrétariat, demande une énergie et un temps que nous n'avons pas au niveau administratif... et les salariées ne se sont pas toutes appropriés ces outils. L'amélioration recherchée, meilleure information sur les usagers et meilleure coordination entre intervenantes, n'est pas celle attendue. Par ailleurs, en cas de changement dans la prise en charge, le risque d'erreur est toujours présent ; la remontée d'information au niveau des documents laissés chez l'utilisateur n'est pas systématique et peut prendre du temps. Conscient de ces difficultés et de la nécessité d'avancer, le Conseil d'Administration d'Ambre Services a validé la mise en place de la télégestion début 2016.

### **... à leur informatisation au service des intervenants et des usagers.**

Comme nous le rappelle Philippe BERNOUX<sup>78</sup>, les décisions ne sont suivies d'effets que dans la mesure où les acteurs convaincus de leur nécessité, décident de les mettre en œuvre.

La télégestion, touchant à la marge de liberté que peuvent se créer les acteurs dans l'aide à domicile, est délicate à mettre en place. Les réticences et les incompréhensions étant importantes (« c'est du flicage », « si on ne peut plus rester un peu après nos interventions ! »), nous avons associé les intervenantes à une réflexion sur les enjeux de la télégestion afin de comprendre leurs craintes et de prendre en compte leurs avis.

Notre logiciel métier, couplé à la télégestion Alyacom, nous permettra une gestion informatisée complète de notre activité. En effet, depuis l'audit organisé par le Conseil Départemental, nous avons réalisé un important travail d'informatisation. Après les plannings, la facturation et les règlements, c'est le module de gestion des paies (permettant la mise en place de la modulation) qui a été intégré à SOCIEL et celui du calcul des kilomètres (pour rémunérer les temps de trajet) en 2015.

Au niveau de la télégestion, notre choix s'est porté sur Alyacom (Annexe 5) et non sur un module complémentaire de notre logiciel métier SOCIEL, car cette société est spécialisée dans la téléphonie et parce que nous avons la possibilité d'acheter le logiciel au lieu de le louer (amorti en 2 ans).

Je suis convaincue que cet outil sera un bon support pour améliorer la coordination en interne et permettra une réelle avancée en termes de qualité et d'efficacité pour notre structure. La présentation faite par un représentant de la société Alyacom a vraiment été convaincante : planning (salarié et usagers) en temps réel sur le Smartphone du salarié, fiche "mission usager" consultable avec possibilité de mise à jour, fiche "suivi intervention" avec actions réalisées à cocher (suppression des fiches suivies qui restent chez l'utilisateur)

---

<sup>78</sup> BERNOUX Ph., Février 2010, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Editions du Seuil

avec remontée en temps réel au niveau du bureau, visibles pour les intervenantes suivantes, bouton SOS à activer par l'intervenante en cas de difficulté rencontrée au domicile, modification de prise en charge s'affichant en "alerte" en page d'accueil (hospitalisation, sortie ...), possibilité, via notre site internet (en cours), de communiquer un identifiant aux usagers, pour consultation des interventions.... et validation des heures en temps réel (plus fiable). L'objectif premier de la mise en place de cette télégestion, voulue par le Conseil Départemental - une validation en temps réel des heures d'intervention - est largement dépassé et l'ensemble des informations transmises via le smartphone devrait réellement permettre une meilleure information et coordination de l'équipe des intervenantes et une plus grande réactivité au niveau administratif.

En début d'année (stage janvier et février 2016), une stagiaire de BTS Services et Prestations des Secteurs Sanitaire et Social (SP3S) est venue nous seconder pour rentrer les données sur notre logiciel métier, faire l'interface avec Alyacom pour adapter nos fiches de travail, familiariser les salariés à ce nouvel outil et faire remonter leurs avis.

Cette stagiaire a reçu l'ensemble du personnel d'intervention, 2 par 2, à des séances d'une heure trente. Toutes les situations possibles ont été abordées, sous une forme ludique, ce qui a permis de lever leurs craintes. Notre objectif a été atteint : l'ensemble du personnel d'intervention est aujourd'hui convaincu que cet outil sera un plus pour elles dans leur activité. La dernière phase se déroulera à l'automne 2016. Tout a été paramétré au niveau des 2 logiciels et la mise en place devrait être effective très prochainement.

Dès le mois d'octobre 2016, une nouvelle stagiaire en BTS SP3S vient renforcer notre équipe pendant un an, en alternance. Sa mission sera principalement centrée sur cet outil avec mise à jour des informations usager, alimentation de la fiche "mission usager", formation des intervenantes et analyse des remontées des fiches "suivi intervention". Cette stagiaire sera l'interlocutrice privilégiée pour toute question relative à la télégestion. Consciente que diminuer la marge de liberté des acteurs entraîne souvent une démotivation et une baisse de qualité, nous avons vraiment fait en sorte que cet outil soit compris et accepté par l'équipe, et apporte un confort pour les salariés. En effet, passées les premières réticences et appréhensions, l'expérience nous montre que cet outil est aujourd'hui accepté et sa mise en place attendue avec impatience par l'ensemble de l'équipe d'intervention.

### ***Renforcer le rôle des référents dossier usager***

Afin d'impliquer les aides à domicile et de les valoriser, je vais renforcer le rôle des "référents dossier usager". Nous avons mis en place ces référents, avec le travail sur les fiches "mission usager".

Leur rôle consistait à compléter ces fiches, à vérifier que les fiches "suivi intervention" étaient bien à jour et complétées au domicile de l'utilisateur. C'est également la personne que j'appelle en premier pour faire le point sur un usager. Mais certaines aides à domicile,

bien qu'ayant rempli les fiches les concernant, n'ont pas vraiment compris et investi ce rôle. Les usagers changeant, elles ne se souviennent plus de qui est référent de qui ...

J'ai fait modifier notre logiciel métier afin que l'on puisse intégrer cette variable et qu'elle soit visible par l'ensemble des auxiliaires de vie depuis leur smartphone afin qu'elles sachent qui contacter en priorité pour une information sur tel ou tel usager.

A l'avenir, lors de la révision d'un plan d'aide au domicile de l'utilisateur, avec l'assistant(e) social(e) du Conseil Départemental, la référente sera systématiquement invitée à participer sur son temps de travail. C'est elle qui fera le point sur l'utilisateur aux réunions mensuelles et avec qui je travaillerai le projet d'accompagnement (Cf. p.71). La référente dossier usager sera le contact privilégié de notre stagiaire pour les informations usagers.

Cette poursuite de la structuration et de la formalisation de l'activité devrait permettre à Ambre Services de réaliser son évaluation interne afin de prévoir, en 2018, la réalisation de l'évaluation externe. L'objectif est de maintenir une dynamique de projet au service de l'évaluation interne puis externe. Pour réaliser notre évaluation interne, le Conseil d'administration (CA) a décidé de constituer un seul groupe dédié à l'évaluation : comité de pilotage et groupe de travail. Ce groupe est composé de 3 membres du CA, dont un représentant d'utilisateur et un de famille d'utilisateur, du personnel administratif (2, dont moi-même), de 2 salariées et d'une bénévole. Une première réunion, le 15 septembre 2016, précisera les objectifs de l'évaluation interne, la démarche, les modalités de fonctionnement ... Une réunion est prévue chaque mois, sur une durée d'un an.

\* \* \*

L'objectif du changement recherché en interne - Impulser le passage à une "entreprise modernisée", dans une "logique d'entraide"<sup>79</sup> - permettra une meilleure coordination des interventions pour une plus grande satisfaction des usagers.

## **3.2 Développer une offre de services, favorisant une prise en charge globale de l'utilisateur**

### **3.2.1 Adapter les locaux et uniformiser notre activité**

#### ***Avoir des locaux adaptés à notre activité...***

L'audit réalisé par le Conseil Départemental avait mis en avant le fait que nos locaux n'étaient pas accessibles aux personnes à mobilité réduite et même dangereux pour les quelques personnes âgées qui s'aventuraient jusqu'à notre bureau.

Suite à cet audit, le conseil d'administration avait acté le fait qu'un déménagement s'imposait. Nous avons tout d'abord regardé les locations avec accessibilité aux personnes à mobilité réduite sur Pont de Beauvoisin. Face aux montants élevés des

---

<sup>79</sup> LAVILLE JL., SAINSAULIEU R., 2013, *L'Association Sociologie et économie*, Fayard collection Pluriel

loyers et ayant appris qu'un cabinet infirmier (3 infirmières libérales) souhaitait s'installer sur Pont de Beauvoisin, nous avons poursuivi nos recherches pour une location commune. Devant la difficulté à trouver un local adapté à nos deux activités et l'opportunité d'un achat, j'ai créée une SCI avec une des infirmières de ce cabinet infirmier. Grâce à un emprunt à un taux bas, sur une durée maximale et des travaux réalisés par nos soins, nous pouvons garantir un loyer à nos activités très proche de celui que nous avons, dans un cadre de travail beaucoup plus agréable et adapté au public que nous recevons. Profitant du déménagement de l'agence locale du Crédit Agricole Sud Rhône Alpes, nous avons pu meubler notre local avec de beaux meubles de bureaux, entièrement gratuits ! Le conseil d'administration a confirmé le déménagement d'Ambre Services dans les locaux loués par la SCI SIQ, au 1<sup>er</sup> avril 2016.

### ***... et une activité uniformisée sur notre territoire d'intervention***

Depuis avril 2009, nous sommes autorisés et tarifés en Isère. La Loi d'ASV nous en donnant la possibilité, nous allons demander au Conseil Départemental de la Savoie la possibilité de fonctionner à l'identique sur l'avant pays savoyard. Ce tarif, autorisé en Savoie, nous permettrait une égalité de traitement de l'ensemble de nos usagers et ainsi une meilleure prise en charge des usagers situés en Savoie. Ils perçoivent actuellement une aide sur la base d'un tarif horaire de 17,77 € ...pour une heure que nous leur facturons 21,65 €. Autre difficulté que nous avons et qui n'existerait plus : aujourd'hui, c'est l'utilisateur, en Savoie, qui perçoit l'APA et lorsque toutes les heures ne sont pas effectuées, il est censé rembourser la différence au département. Des contrôles ont eu lieu, il y a deux ans, révélant trop perçus et anomalies. Nous avons d'ailleurs été contactés par une assistante sociale pour faire le point sur une situation... que nous ne connaissions pas. L'utilisateur percevait le montant de l'APA depuis un an, sans prestations ! Souhaitant vraiment pouvoir fonctionner sur l'ensemble de notre territoire en tarif autorisé, nous avons déjà contacté la responsable du service autonomie du département de la Savoie. La Savoie ne souhaite pas "se précipiter" pour autoriser les SAAD agréés de son département qui en feront la demande (Loi ASV). Lors de leur dernière réunion, sur les conséquences de la Loi d'ASV, organisée ce 22 juillet, la délégation départementale PA/PH nous a confirmé qu'une analyse des besoins allait être effectuée avant toute décision. Je vais, malgré tout, proposer à notre bureau l'envoi d'un courrier officiel cet automne, reprenant notre singularité et notre historique et demandant à être autorisé et tarifé sur l'Avant Pays Savoyard.

### **3.2.2 Intervenir auprès de l'ensemble des publics en perte d'autonomie**

Nous avons vu qu'un des objectifs d'Ambre Services était de développer ses prestations en direction des personnes en situation de handicap, et donc adapter l'offre actuelle aux

besoins de ce public. En effet, aujourd'hui, les personnes en situation de handicap sont très peu représentées dans notre structure et sont plutôt synonymes d'un public avec lequel nous rencontrons des difficultés. Cette orientation nous demandera certains efforts. Tout d'abord, le développement de ce champ d'activité demandera l'acquisition de nouvelles compétences souvent considérées, d'ailleurs, comme valorisantes par les intervenantes. Nous avons vu qu'un quart du personnel d'intervention avait le niveau C, et les former aux spécificités de l'accompagnement de personnes en situation de handicap leur permettra d'acquérir de nouvelles compétences, tout en restant au même niveau de qualification. Cette orientation de notre activité permettrait de justifier notre taux de qualification, supérieur à notre objectif de tarification en 2016.

J'envisage une montée en compétences de l'ensemble des auxiliaires de vie (niveau C), puis des employées à domicile (niveau B), sur deux ans et non la création d'un "pôle" intervenant auprès de ce public, ceci pour plusieurs raisons :

Tout d'abord, la priorité est de garder une équipe soudée et d'éviter une hiérarchisation au niveau de l'équipe, entre celles qui sont spécialisées et celles qui ne le sont pas. Il ne s'agit donc pas d'une spécialisation mais d'une complémentarité des compétences afin de pouvoir intervenir auprès de l'ensemble des publics en perte d'autonomie.

Par ailleurs, nous le savons, intervenir auprès d'un public avec un certain type de handicap, comme le handicap psychique, est très complexe et entraîne souvent un épuisement des professionnels qui interviennent les plus souvent. Il faut donc répartir les interventions auprès de l'ensemble des auxiliaires.

Ensuite, nous n'avons pas suffisamment d'usagers en situation de handicap pour pouvoir organiser des tournées garantissant un emploi du temps correspondant aux souhaits des auxiliaires et répondant aux impératifs financiers de l'organisation des plannings.

Cette montée en compétence se fera tout d'abord par l'inscription d'un maximum d'intervenantes dans les modules de formation organisés par ODPHI et cofinancés par la CNSA et le département de l'Isère :

- Intervenir au domicile d'une personne en situation de déficience intellectuelle
- Intervenir au domicile d'une personne en situation de handicap physique et sensoriel
- Intervenir au domicile d'une personne en situation de handicap psychique
- Intervenir au domicile d'une personne atteinte de troubles du spectre autistique

Ces modules, organisés en sessions de 2 journées chacune, programmés de septembre 2016 à décembre 2017 et entièrement financés (coût pédagogique et rémunération), permettront l'acquisition d'un socle commun. Début 2018, nous pourrons ainsi faire le point sur les compétences restant à acquérir et programmer un perfectionnement.

Si l'aide et l'accompagnement du handicap nécessitent des compétences particulières pour le personnel intervenant au domicile, il en est de même pour les responsables de secteur et leur directeur. En effet, nos interventions auprès de personnes handicapées, ont mis en avant les points sur lesquels nous devons travailler au niveau organisationnel.

Les besoins et attentes du public en situation de handicap ne sont pas les mêmes, leur rythme de vie n'est pas le même que celui des personnes âgées et nous n'avons pas toujours pu répondre à des demandes de couchers après 21h par exemple. Par ailleurs, les pathologies complexifient les pratiques des auxiliaires de vie et certaines comme les pathologies psychiques nous interrogent sur les limites de nos interventions. Limites que nous avons des difficultés à positionner aujourd'hui. Nous devons également accepter le rôle des aidants, plus présents avec ce public, prendre en compte leurs remarques lors de l'organisation des interventions. Aussi, le personnel administratif participera également à ces modules de formation.

Notre développement sur ce champ d'activité devra se faire également par l'acquisition du label Cap'Handéo, qui nous permettra d'asseoir notre position sur ce champ d'activité.

Créée en 2007, l'association Handéo entend faire reconnaître les spécificités liées à l'accompagnement à domicile des personnes en situation de handicap et accroître le pouvoir d'agir des personnes handicapées. C'est aujourd'hui un "centre ressources" pour les personnes handicapées, leur famille et leurs aidants.

Le Pôle Ressources Local (PRL) Handéo 38 a pour objectif de regrouper les acteurs du handicap du département isérois et ses missions s'articulent autour de 4 axes :

- Formation et professionnalisation des acteurs du domicile
- Accompagnement des services à la labellisation Cap'Handéo
- Médiation et coordination sur des situations complexes
- Relais de l'Observatoire national des aides humaines

Notre développement sur ce champ d'activité et l'obtention du label Cap'Handéo, permettra à Ambre Services de renforcer sa position vis-à-vis des autres acteurs des secteurs médico-social et sanitaire, car le caractère complémentaire du soin et de l'accompagnement est encore plus vrai dans le cadre du handicap, où la relation de confiance privilégiée avec l'utilisateur joue un rôle important dans la réussite du projet personnalisé. Par ailleurs, l'obtention de ce label nous permettra de développer des liens privilégiés avec les associations d'utilisateurs.

Le 23 novembre 2016, Handéo organise à Paris un colloque national sur le thème : « Ni domestique, ni super-héros... Repenser les politiques publiques des services d'aide à domicile accompagnant des personnes handicapées »

L'objectif de cette rencontre est « *de faire circuler une parole entre des personnes en situation de handicap et des aidants, des chercheurs, des professionnels du secteur domicile et des représentants des pouvoirs publics afin de donner les moyens de penser de manière empirique et théorique la "juste" place des services d'aide et d'accompagnement à domicile dans leur articulation avec le handicap, et également avec les autres partenaires sociaux, médico-sociaux, sanitaires et de droit commun* ».

Je me suis inscrite à ce colloque. Ce sera pour moi l'occasion de rencontrer les acteurs de ce champ d'activité et de revoir Monsieur Fabien MARONI, le Chargé de mission de notre secteur, avec qui j'ai déjà échangé sur ce label.

### 3.2.3 Vers une prise en charge globale de l'utilisateur

#### **Réalisation d'un SPASAD**

Persuadée que l'avenir appartient aux Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile, mon objectif est de parvenir à la création d'un SPASAD, car une personne en perte d'autonomie vivant à son domicile a très souvent besoin d'une prise en charge globale : soins et aide à domicile.

En effet, en alliant prévention, aide et soins, les SPASAD sont la réponse recherchée par la Loi d'ASV. Avec une présence sept jours sur sept auprès des personnes et des interventions plusieurs fois par jour, les SPASAD assurent non seulement une veille de tous les instants au domicile de la personne, mais ils peuvent également intervenir en premiers soins d'urgence.

C'est un dispositif adapté à l'accompagnement de toute personne en perte d'autonomie qui vit à son domicile, personnes âgées et personnes en situation de handicap.

Les avantages que je vois à la création d'un SPASAD sont nombreux : une évaluation conjointe, une offre de services complémentaires et coordonnés évitant la segmentation des interventions (par exemple, une seule intervenante au lieu d'une aide soignante (AS) pour la toilette et une auxiliaire de vie sociale (AVS) pour le petit déjeuner), une possibilité d'organiser des tournées en binômes AS et AVS pour les cas les plus lourds, une approche globale et pluridisciplinaire de l'utilisateur, ce qui devrait permettre, à terme, une valorisation des métiers du domicile et l'atténuation de cette hiérarchisation des tâches entre l'accompagnement et les soins, les deux fonctions étant au même niveau de qualification et de rémunération (niveau C) dans la convention collective de la BAD.

Ainsi, un SPASAD associe et coordonne les services dispensés dans un SAAD et un SSIAD. Aujourd'hui, Ambre Services est un SAAD et comme tous les SAAD autorisés et agréés de notre territoire, nous avons reçu un mail du Conseil Départemental (de l'Isère et de la Savoie), nous incitant à nous rapprocher d'un SSIAD, dans le cadre d'une démarche expérimentale financée par la CNSA. Je suis convaincue de l'intérêt de cette démarche, mais comment faire lorsqu'on est entouré de SSIAD appartenant à des structures ayant un SAAD (CCAS et ADMR) ? J'ai tout d'abord cherché à joindre un responsable de l'ARS. Monsieur GARNERET m'a bien confirmé que cette expérimentation ne concernait que le regroupement de SAAD et SSIAD déjà existants et qu'il n'y aurait pas de création de places en SSIAD. Dans le cadre de nos accompagnements, nous avons souvent l'occasion de travailler avec un des SSIAD de notre territoire d'intervention, avec qui nous avons développé de bonnes relations de travail et une bonne coordination. Ce SSIAD connaît d'importantes difficultés de recrutement car leur fonctionnement ne leur permet pas de donner un temps de travail suffisamment attractif pour une Aide soignante (AS). D'ailleurs, une tournée a été récemment supprimée et toute nouvelle prise en charge est refusée. Parallèlement,

Ambre Services a un taux de qualification trop élevé avec des Aides Médico-Psychologiques (AMP) et une aide-soignante, pouvant travailler en SSIAD et par ailleurs ne connaît pas de difficultés de recrutement à ce jour. Ce contexte m'a poussé à contacter le Président de ce SSIAD du réseau des ADMR à qui j'ai présenté mon projet. Intéressé, ce dernier nous a invités à une réunion de son conseil d'administration, où j'ai présenté, accompagnée de mon Président, l'intérêt de travailler ensemble, dans le cadre d'un SPASAD. Les personnes présentes semblaient intéressées par ce projet de mise en commun de notre personnel travaillant à la fois sur des financements ARS et Conseil Départemental, afin de proposer un temps plein aux salariées qui le souhaitent. D'ailleurs, en réponse au mail du département, ce SSIAD avait fait une proposition au réseau ADMR pour entrer dans l'expérimentation ; laquelle est restée sans suite. Nos échanges, à ce jour, en sont restés là. Ce SSIAD a connu cet été d'importants problèmes de personnel, mais sans une réelle volonté du Président à sortir cette expérimentation de la coordination du réseau des ADMR, ce projet n'aboutira pas.

Je suis consciente que les freins au développement des SPASAD sont importants et que le fait de souhaiter un rapprochement avec un SSIAD appartenant à un réseau rend ce projet encore moins réaliste. En effet, la gestion d'un SPASAD demeure complexe, car relevant de deux régimes d'autorisation et de tarification différents, avec la réalisation de deux budgets, mais je suis persuadée que leur développement permettra une meilleure coordination des intervenants au domicile de la personne en perte d'autonomie.

### ***Définir un projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins***

L'élaboration d'un projet personnalisé est une obligation de la Loi 2002-2 du Code de l'action sociale et des familles (CASF). Il est issu d'une évaluation multidimensionnelle, il doit prendre en compte les besoins et les attentes de la personne qui peut en permanence exprimer son avis sur le projet. Si son élaboration s'appuie sur les évaluations réalisées par l'équipe médico-sociale du Conseil Départemental, dont le plan d'aide pour les personnes âgées ou le plan de compensation pour les personnes handicapées, il doit s'en distinguer.

Aujourd'hui, dans le cadre de notre accompagnement à domicile, Ambre Services n'a pas de projet personnalisé formalisé. Ce qui ne veut pas dire qu'il y a une absence de personnalisation de l'accompagnement. Au contraire, nous partons de la notification de prise en charge du Conseil Départemental et mettons en place un plan d'intervention respectant "au mieux" les souhaits des usagers. Nous sommes vraiment une association souple et nos prestations sont considérées par beaucoup de professionnels comme "à la carte", vraiment adaptées à chaque personne accompagnée, mais cette personnalisation ne fait pas l'objet d'une formalisation écrite.

Profitant de la présence de la stagiaire et de la mise en place de la télégestion nous allons formaliser ce projet individualisé d'aide et d'accompagnement qui viendra

compléter et qualifier le deuxième volet de notre fiche "mission usager" ; ces informations seront accessibles aux aides à domicile via leur smartphone. Pour la formalisation de ces projets, je vais travailler avec les référents dossier usager, dont la liste sera mise à jour en début d'année. Le premier semestre 2017 sera consacré à cette formalisation.

Travailler dans le cadre d'un SPASAD permettrait la définition d'un projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins élaboré par une équipe pluridisciplinaire pouvant aborder plus facilement les souhaits de fin de vie de la personne accompagnée. La relation d'aide, qui crée une relation de confiance entre l'aidant et la personne aidée, peut permettre à cette dernière de s'exprimer sur ses souhaits de rester à domicile et les limites qu'elle peut concevoir à ce maintien. Si les personnes les plus autonomes sont capables de s'exprimer sur le sujet, plus la dépendance est présente et plus le sujet est délicat à aborder. Nous avons récemment accompagné Monsieur C, ancien médecin, en soins palliatifs à son domicile. Ses derniers jours furent difficiles (difficultés à respirer, encombrement des bronches ...) et ses enfants se demandaient si leur père ne serait pas mieux à l'hôpital, mais n'osaient pas lui demander. L'infirmière et l'auxiliaire de vie qui étaient présentes, ont joué ce rôle d'intermédiaire et ont permis l'organisation de sa fin de vie comme il l'entendait.

La rédaction d'un projet de vie ... et de fin de vie, lors de la prise en charge de l'usager, éviterait ce moment difficile pour l'usager comme pour son entourage.

Ce projet de fin de vie permettrait également la désignation d'une personne de confiance au cas où l'usager ne soit plus en capacité d'exprimer ses choix. Nous accompagnons régulièrement des usagers qui n'ont pas de famille proche, ou peu présente et pour lesquels ne n'avons pas de référents à contacter.

### ***Lutter contre l'isolement***

Je souhaite proposer une activité "récréative" en journée, afin de répondre aux attentes d'une partie de nos usagers. En effet, nous nous sommes rendu compte que certains usagers s'ennuyaient. Ces derniers n'ont plus trop la possibilité de participer aux clubs retraités du secteur, où ils se sentent un peu exclus et par ailleurs, n'ont pas leur place en accueil de jour ou d'activités en EHPAD. Je souhaite proposer à deux salariés qui ont validé leur DEAMP de travailler sur l'organisation de l'après midi "activités loisirs" destinées à cette catégorie d'usagers.

J'envisage de solliciter deux sources de financement pour cette activité : la première dans le cadre de la déclinaison locale du programme expérimental "Dynamiques Territoriales" lancé en 2013 par la Fondation de France. "Tissages d'initiatives", destiné à soutenir le développement social, socio-économique et culturel du Nord-Isère a défini comme priorité, la lutte contre toutes les formes d'isolement et de précarité. Le dossier sera à déposer début mai 2017.

J'ai également demandé le financement de cette activité au Conseil Départemental, lors d'une réunion de réflexion, préparant le prochain schéma gérontologique.

L'orientation de notre activité doit se faire dans le sens d'une prise en charge globale de l'usager. L'objectif d'Ambre Services, à terme, est d'impulser la création d'un centre de soins et de services à domicile, en proposant dans un même lieu, les services d'une infirmière, d'une aide soignante, d'une auxiliaire de vie, la livraison de repas ainsi que des services complémentaires afin de répondre aux besoins de l'ensemble des personnes en perte d'autonomie.

### **3.3 Une ouverture aux partenariats et au travail en réseau**

A l'heure actuelle, nous l'avons vu, le secteur social et médico-social fait face à de profondes mutations et les politiques publiques incitent fortement à la restructuration du secteur, par le biais de la contractualisation et de la coopération, en privilégiant les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS).

Par ailleurs, l'accompagnement d'une personne en situation de perte d'autonomie, se traduit trop souvent par une succession de ruptures (urgences, hospitalisation, interruption de prises en charge ...) qui pourraient souvent être évitées.

Afin d'améliorer le parcours de vie de la personne accompagnée, nous avons vu qu'une plus grande coordination et collaboration entre les acteurs sont recherchées. Ce changement de pratique entraîne une transformation des relations aux autres, une mise en réseau d'acteurs qui jusque là n'avaient que peu de contacts entre eux.

#### **3.3.1 Favoriser le développement d'échanges et de partenariats locaux**

##### ***Améliorer notre communication externe***

Cette coordination recherchée, implique que les différents acteurs de ce champ d'activité soient connus et reconnus en tant qu'acteurs. En tant que structure autorisée, nous sommes référencés au niveau des financeurs et partenaires de l'aide à domicile de notre secteur géographique. En revanche, nous restons encore souvent mal connus des libéraux et des particuliers de notre secteur. Le fait d'avoir déménagé et d'être visible, solutionne en partie ce problème. Nous allons très prochainement travailler sur l'aménagement de notre vitrine. Souhaitant développer nos prestations dans le champ du handicap, il me semble nécessaire d'adapter notre communication à ce public. Cela passe par l'accessibilité de nos locaux aux personnes à mobilité réduite (aménagement pour fauteuil roulant, code couleur pour mal voyant ...), mais également par la rédaction de documents adaptés. Pour ce point, nous demanderons l'aide de l'Office Départemental des Personnes Handicapées de l'Isère (ODPHI).

Ambre Services bénéficie d'une bonne image auprès des usagers et des financeurs. Nous devons aujourd'hui capitaliser sur notre réputation en communiquant davantage. La démarche engagée auprès de l'équipe d'intervention devrait renforcer cette image de qualité : "Etre toujours plus à l'écoute de l'utilisateur, présent "jusqu'au bout", être force de proposition pour le bénéficiaire et sa famille, tout en maintenant au maximum son autonomie".

Par ailleurs, cette communication doit passer également par la réalisation de notre site internet. Celui-ci devra non seulement valoriser l'image de notre association, mais devra également être une source d'informations pertinentes pour les libéraux et les familles, recherchant une information fiable et synthétique sur notre secteur d'activité. Après avoir demandé plusieurs devis pour la réalisation d'un site simple et dynamique (avec de nombreux liens vers les différents partenaires de l'aide à domicile), notre Président (ingénieur) a proposé de le réaliser en s'appuyant sur un groupe de travail, constitué de salariés (volontaires) et de bénévoles de l'association. Ce groupe devrait pouvoir démarrer en fin d'année. Ce site, relié à notre logiciel métier, permettra avec un code d'accès, une meilleure information des familles des usagers, qui pourront ainsi suivre les données télétransmises (planning, tâches accomplies ...).

### ***Améliorer les liens entre les acteurs***

Persuadée qu'une meilleure coordination ne sera effective que grâce à la volonté et la mobilisation des acteurs locaux, je vais m'attacher au cours des 2 ans qui viennent à multiplier les occasions d'échanges, à créer des réseaux relationnels.

Comme nous l'avons vu, il est très difficile d'impliquer les professionnels de santé libéraux dans les dispositifs de coordination, souvent perçus comme chronophage ...d'un temps non rémunéré. Par ailleurs, nous continuons régulièrement à recevoir des personnes âgées arrivant avec une ordonnance pour des heures d'aide ménagère.

Profitant de la période des vœux de début d'année, je souhaite envoyer un courrier à l'ensemble des médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, laboratoires et pharmaciens de notre secteur géographique, afin de les informer de notre déménagement, de l'organisation d'une après-midi et soirée portes ouvertes et de les inciter à consulter notre site. Ceci, afin que ces professionnels orientent les personnes âgées ou les personnes en situation de handicap qu'ils reçoivent, vers la constitution d'un dossier de prise en charge ou un dispositif de coordination. Une date "d'inauguration", déterminée en fonction de l'avancement des travaux, devrait pouvoir être fixée en fin d'année.

Parallèlement, un travail en réseau est également à mettre en place au niveau des EHPAD les plus proches. Nous accompagnons déjà nos usagers à l'entrée en Etablissement, en les emmenant à des activités en après-midi, en accueil de jour, à des visites .... Un renforcement de ces liens devrait nous permettre de connaître les places

disponibles en accueil temporaire, en accueil de jour, les activités ouvertes sur l'extérieur ... de l'ensemble des structures locales, afin que nous puissions faire le lien et être source de proposition auprès des familles, lorsque la situation le nécessite. Nous allons créer un fichier mis à jour trimestriellement, après consultation des structures, par mail, afin de connaître leurs disponibilités. En effet, à ce jour, un seul EHPAD nous transmet cette information. Ce fichier sera créé par la stagiaire qui rejoint notre équipe en octobre. Ces structures seront également invitées à notre "inauguration".

### ***Créer des occasions de rencontres professionnelles***

Aujourd'hui, les relations que nous avons avec les EHDAP de notre territoire sont très réduites et les salariés de notre SAAD, qui, pour certaines, viennent de l'institution, ont plutôt une vision négative de la vie en structure.

Lors de mon premier stage, réalisé en EHPAD, la directrice m'a informée qu'elle organisait des "soirées information" pour son personnel, sur un thème précis ; soirées animées "gracieusement" par un professionnel libéral. Je trouve ces échanges très intéressants. Aussi, je reprendrais cette idée en l'élargissant à l'ensemble de nos salariés. Je vais donc au cours de l'année 2017 prendre contact avec les différents EHPAD de notre secteur, voir quel thème nous pourrions définir et quel professionnel faire intervenir. L'objectif serait d'organiser une "soirée information" dans chaque EHPAD au cours de l'année. Différents thèmes pourraient être abordés touchant directement le travail des aides soignantes ou des auxiliaires de vie, comme par exemple : comment bien mettre des bas de contention, comment utiliser tel matériel, comment réagir face à tel ou tel comportement, la nutrition chez les personnes âgées, la fin de vie ... Ces temps communs permettraient un échange d'informations et de pratiques entre "la structure" et "le domicile" pour l'appropriation d'une culture commune. Nous pourrions ainsi organiser 6 "soirées information" en EHPAD et une au CH avec le nutritionniste qui veut bien ouvrir ses sessions d'information à notre personnel.

Par ailleurs, un vendredi midi par mois, nous organisons une réunion de service avec l'ensemble du personnel. Pourquoi ne pas envisager de faire cette réunion dans ces structures, si cela est possible. J'ai déjà pris contact avec le cuisinier de l'hôpital avec qui nous sommes en relation pour les repas que nous livrons. Nous demanderons les autorisations nécessaires, pour pouvoir, 2 fois par an, organiser cette réunion dans leur salle de réunion, après avoir pris notre repas en commun avec le personnel de l'hôpital. Cela permettra par ailleurs, à l'ensemble du personnel de goûter aux repas que nous livrons. Nous pourrions par exemple fêter ensemble l'arrivée de la période estivale et les fêtes de fin d'année.

L'ensemble de ces recherches de partenariats ou de moments d'échange, ne nécessitent pas vraiment de moyens financiers, mais de la disponibilité et une réelle volonté de la part des différents acteurs locaux.

### 3.3.2 Développer des coopérations "parcours"

L'ANAP a identifié trois grandes catégories de coopération<sup>80</sup> :

Des "coopérations-parcours" qui tendent à structurer l'offre de services pour s'adapter à l'évolution des besoins des usagers ; Des "coopérations-efficience" qui cherchent à améliorer l'organisation à partir d'une mutualisation de moyens ; Des "coopérations-isolement" qui visent à faire face à une pénurie de personnels qualifiés.

Consciente qu'Ambre Services doit répondre aux impératifs de regroupement, de coopération, j'ai travaillé à la réalisation de deux "coopérations parcours" possibles. En revanche, si les propositions de la première partie de ce chapitre sont relativement simples à mettre en place et réalisables à court terme, les propositions suivantes sont beaucoup plus complexes et incertaines quant à leur réalisation.

#### ***Développer un EHPAD "hors les murs"***

L'objectif de cette coopération consiste à organiser un rapprochement avec un EHPAD existant, afin de créer un pôle de services permettant d'assurer une prise en charge complète, continue et coordonnée à domicile ainsi que des offres d'accueil graduées et diversifiées : l'accueil de jour, accueil temporaire, permanent, après-midi animation ...

J'ai réalisé un de mes stages dans un EHPAD dont la directrice part à la retraite début 2017. Cet EHPAD, qui se situe en face des locaux du SSIAD dont j'ai parlé au § 1.2.3, ne propose ni accueil temporaire, ni accueil de jour. En revanche il dispose de quelques places en foyer logement, dans le même bâtiment. Ce stage m'a permis d'entrevoir tout le potentiel d'évolution de ce petit établissement. En le rapprochant de notre SAAD et avec la perspective de créer un SPASSAD, nous pourrions travailler à la mise en place d'une plateforme de services complète à destination des personnes âgées de notre secteur géographique. Ce rapprochement permettrait de respecter le choix de la personne, son lieu de vie préféré et de reculer l'entrée en établissement. Il permettrait aux personnes âgées dépendantes de notre territoire, de rester à domicile par le biais d'une prise en charge complète autour d'un projet de vie individualisé, reposant sur des prestations coordonnées (HAD, SSIAD, SAAD, foyer logement, EHPAD, portage de repas, etc.).

J'ai donc envoyé mon CV au CCAS qui gère cet établissement. Sans réponse de leur part, j'ai cherché à rencontrer le Maire. Un conseiller municipal m'a répondu qu'aucun poste ne serait ouvert, qu'ils avaient toutes les compétences en interne (ils viennent d'envoyer une de leurs infirmières en formation) et qu'en attendant il assurerait lui-même la gestion. Ayant appris que la directrice actuelle ne partait pas avant avril 2017, j'ai laissé cette première possibilité de coopération de côté pour l'instant. Ce qui ne m'empêchera pas de renvoyer un projet écrit, à l'attention du Maire, en fin d'année.

---

<sup>80</sup> ANAP, 2012, *Les coopérations dans le secteur médico-social*, Guide méthodologique

### ***Développer une coopération avec le Centre Hospitalier de notre secteur***

Nous fonctionnons déjà avec le service social des hôpitaux les plus proches, mais sans réelle coordination. Nous devons trouver une solution afin de travailler concrètement sur les sorties d'hospitalisation pour être capable de proposer une prise en charge satisfaisante pour chaque sortie et éviter les situations "d'urgences".

Je souhaiterais, dans le cadre du centre hospitalier de notre secteur, pouvoir travailler à la réalisation d'une plateforme de services permettant de faire le lien entre la ville et l'hôpital, avec un "SPASAD d'urgence" ou "SPASAD transitoire".

Devant la persistance de sorties d'hospitalisation problématiques malgré l'énergie déployée depuis plusieurs années, je me dis que la réponse ne peut venir que des acteurs concernés. Mon objectif avec ce projet de coopération serait de pouvoir répondre aux besoins d'accompagnement à domicile non satisfaits, avec un service réactif et transitoire.

Ce Centre Hospitalier regroupe, sur un même site, un service : d'urgences, de médecine générale, de court séjour gériatrique, de soins palliatifs, de soins de suite et de réadaptation, de médecine physique et rééducative, d'imagerie médicale et un EHPAD (ne proposant ni accueil de jour, ni accueil temporaire), gérés par un même directeur. Or, nous avons souvent constaté que le service social de l'hôpital manquait de connaissances sur l'accompagnement à domicile, et que les besoins requis pour un retour à domicile étaient souvent sous-évalués ou mal évalués. Nous avons régulièrement au téléphone l'assistante sociale du CH recherchant, en urgence, une solution en soins de "nursing" (toilette) afin de pouvoir organiser le retour à domicile de telle ou telle personne. Nous avons vu que devant l'impossibilité de prise en charge ou le refus des SSIAD et des cabinets infirmiers, les séjours hospitaliers s'allongent ou la toilette est prise en charge par un SAAD et quelquefois à la charge de l'utilisateur (délai pour le dossier APA).

Ce SPASAD s'engagerait, lors d'une sortie d'hospitalisation avec carence en intervenants ou d'une dégradation brutale d'une situation survenue à domicile, à organiser la prise en charge dans les 48 heures. Cet accompagnement serait limité (le temps de la constitution des dossiers de prise en charge ou la recherche d'une solution relais satisfaisante), à 2 mois maximum.

Cette plateforme de services (soins, accompagnement, livraison de repas...) adossée au centre hospitalier et à son EHPAD permettrait, lorsque le maintien à domicile n'est plus possible ou souhaité, de proposer une hospitalisation en court séjour, un accueil de jour, un accueil temporaire ou un accueil permanent.

Par ailleurs, un travail en concertation avec le service de soins palliatifs du centre hospitalier permettrait, grâce à leur expertise, un meilleur accompagnement en cas d'HAD en soins palliatifs.

Nous pourrions même aller plus loin et envisager la création d'un pôle de soignants, pouvant intervenir au domicile, en cas d'urgence, afin d'éviter des hospitalisations inutiles.

Nous sommes connus pour être très réactifs et organisons souvent des sorties d'hospitalisation "en urgence", mais développer une coopération avec ce centre hospitalier, en proposant une plateforme de services, permettrait des retours à domicile dans un environnement sécurisé et coordonné, et ainsi de réduire le risque de ré-hospitalisation.

Cette plateforme permettrait la diffusion de cette culture du domicile par la connaissance mutuelle des acteurs, le partage d'informations, le développement de réflexions et pratiques professionnelles communes autour du vieillissement. Le développement de liens privilégiés avec l'ensemble des partenaires du territoire favoriserait le décloisonnement entre hôpital et domicile, entre le sanitaire, le médico-social et le social. J'ai déjà parlé de ce projet avec le maire de cette petite ville (ancien anesthésiste de l'hôpital), le médecin responsable des soins palliatifs et l'assistante sociale.

Ces personnes ont trouvé ce projet intéressant et souhaitent que l'on constitue un dossier afin de le présenter au directeur. Je vais dans un premier temps rencontrer la directrice d'un petit hôpital gériatrique d'une autre région, qui gère également un EHPAD et un SPASAD. Ceci afin de voir concrètement comment ces différents services peuvent se coordonner et de prendre les conseils de cette personne expérimentée. Sans création de place en SSIAD pour l'instant, je pense que nous pourrions dans un premier temps rapprocher notre SAAD du centre hospitalier (en demandant un financement dans le cadre d'un projet expérimental auprès du département) et mettre en place des conventions de partenariat avec différents cabinets infirmiers pour les soins de nursing, lorsqu'une toilette de soignant est nécessaire.

Pour ces "coopérations-parcours", le GCSMS me semble dans un premier temps un outil pertinent puisqu'il permet de concrétiser un partenariat avec de nombreuses possibilités (mutualisation de moyens, mise en commun de services ou d'équipements, interventions communes de professionnels ...) sans entrer dans une logique d'intégration complète.

\* \* \*

Face au cloisonnement et au manque de coordination des services d'aides et de soins à domicile, ces "coordinations-parcours" marquent la volonté de passer d'une prise en charge segmentée à une prise en charge globale, pour une meilleure réponse aux besoins et attentes des personnes âgées dépendantes, souhaitant vivre à domicile.

### **3.3.3 Anticiper un rapprochement pour mieux répondre aux défis de demain**

Les autorités de tarifications encouragent tout rapprochement qui leur permettra de limiter le nombre d'interlocuteurs et favoriser des continuités de parcours pour les personnes âgées dépendantes. Je suis convaincue que ces "coordinations-parcours" sont la voie à suivre.

Mais si aucun des deux partenariats développés précédemment ne peut aboutir, nous nous orienterons, en 2018, sur une "coopérations-efficience", une recherche d'efficience, s'appuyant sur une mutualisation de moyens.

Depuis un an, sur les conseils de la responsable autonomie du Conseil Départemental et avec l'accord de notre Conseil d'Administration, un rapprochement est tenté avec une association autonome, de petite taille (environ le double d'Ambre Services), tarifée, située à 30 km. Les présidents se sont rencontrés et j'ai effectué mon deuxième stage dans cette structure. Il s'agit d'une structure avec une philosophie proche de la nôtre, où la recherche de l'intérêt du salarié doit aller de pair avec une plus grande satisfaction de l'utilisateur. Une structure proche de ses salariés et de ses usagers, qui se pose les mêmes questions qu'Ambre Services, avec un Conseil d'Administration impliqué dans la gestion de la structure - ces points communs faciliteront notre rapprochement. Aujourd'hui, Ambre Services est en phase de maturité, et les compétences qu'un dirigeant doit posséder (plus gestionnaire), ne sont plus les mêmes qu'en phase de création et d'expansion (plus entrepreneur). Or, la complexification de l'environnement du secteur réclame un renforcement de ces compétences de gestionnaire. Dans un tel contexte et face aux évolutions législatives et réglementaires quasi-permanentes, Ambre Services n'a pas l'activité suffisante pour se structurer et faire face à ces contraintes. La recherche d'un partenariat avec une structure similaire permettrait une nouvelle dynamique et une survie de notre structure.

### **3.4 Programmation Evaluation**

Il m'a semblé intéressant, à ce stade, de présenter une vision globale de mon plan d'action, synthétisant les actions à mettre en place à court et moyen terme. Pour chaque action abordée dans cette troisième partie, je reprends les acteurs concernés, la période de réalisation, le financement envisagé ainsi que les critères d'évaluation. Sachant que cette évaluation se fera en partie dans le cadre de notre évaluation interne. L'auto-évaluation, bien que non formalisée, n'est pas une pratique fondamentalement nouvelle pour notre structure. En effet, depuis la création d'Ambre Services, j'ai toujours cherché à apprécier et améliorer la qualité de nos prestations et cette capacité à toujours remettre en cause nos pratiques, est aujourd'hui une force pour notre structure. Cette évaluation interne doit être réalisée dans la perspective d'une d'amélioration continue de nos pratiques et de la qualité de nos prestations.

Action	Personnes concernées	Période de réalisation	Financement	Evaluation
Règlement de fonctionnement	Directrice Administrateurs	1 <sup>er</sup> Trim 2017	Temps consacré	Effectivité du Règlement
Livret d'accueil salariés	Directrice DP et stagiaire	Dernier Trim 2016	Temps consacré	Effectivité du livret
Projet associatif	Directrice Administrateurs	Dernier Trim 2016	Temps consacré	Rédaction du projet
Projet Humanitude	Salariés Administrateurs	1 <sup>er</sup> sem 2017 Perfect <sup>t</sup> 2018	Budget Formation	Nb de pers formées Evaluation usagers*
Télégestion	Salariés, stagiaire	4 <sup>ème</sup> trim 2016	Subvention CNSA obtenue	Entretien prof Evaluation usagers*
Réorganisation des réunions	Salariés	Sept 2016	Temps consacré	Qualité des réunions (bruit)
Défi sportif	Salariés Administrateurs	Septembre 2017	Sponsors à trouver	Participants aux entrain <sup>t</sup> , défi réalisé
Référents dossiers usagers	Salariés	Dès octobre 2016	Temps consacré	Qualité synthèses Evaluation usagers*
Evaluation Interne	Salariés Administrateurs	Sept 2016 Sept 2017	Temps consacré	Dossier déposé
Evaluation Externe	Salariés, Admin**, Conseil agréé	2018	Subvention CNSA obtenue	Evaluation externe réalisée
Aménagement des locaux	SCI SIQ direction	4 <sup>ème</sup> trim 2016	Temps consacré Budget fonction <sup>t</sup>	Locaux aux normes Signalétique faite
Inauguration Portes ouvertes	Direction, Admin partenaires	1 <sup>er</sup> trim 2017	Temps consacré	Nbre de présents
Tarifcation en savoie	Direction, Admin Départ <sup>t</sup> Savoie	Fin 2016 Début 2017	Temps consacré	Tarifcation obtenue
Compétences handicap	Salariés ODPHI	Sept 2016 Déc 2017	Budget CNSA	Nbre salariés form. Evaluation usagers*
Label Cap Handéo	Handi 38 Direction, Admin.	2018	Subvention ? Budget fonction <sup>t</sup>	Obtention du label
Projet de SPASAD	Direction, Admin SSIAD	Fin 2017	Financement CNSA	SPASAD créé
Projet individualisé d'accompagnement	Intervenantes Direction, stagiaire	1 <sup>er</sup> semestre 2017	Temps consacré	Effectivité projets Evaluation usagers*
Activité Récréative	Tissage d'initiative Département Direction, Admin	2 <sup>ème</sup> semestre 2017	Subvention ? Financement Cons Départ ?	Nbre de participants
Site internet	Direction, Admin Salariés, bénévoles	Mi 2017	Temps consacré	Effectivité du site Nbre participants
Fichier EHPAD	Direction, EHPAD stagiaire	Dès nov 2017	Temps consacré	Effectivité du fichier
Soirées information	Direction, EHPAD CH, salariés	Année 2018	Temps consacré	Nbre de soirées Nbre de particip <sup>ts</sup>
EHPAD hors les murs	Directions, mairie Administrateurs	2 <sup>ème</sup> Trim 2017	Temps consacré	Effectivité du partenariat
Plateforme services	Directions, mairie CH, Administrateurs	Fin 2017	Temps consacré Budget expérim.	Effectivité du partenariat
Rapprochement autre SAAD	Directions Administrateurs	Fin 2018	Temps consacré	Effectivité du partenariat

\* L'évaluation usager sera la synthèse des questionnaires de satisfaction envoyés aux usagers en fin d'année 2016 et 2017.

\*\* Administrateurs



## Conclusion

« Poser le problème de la vieillesse, 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 »<sup>81</sup>. Depuis ce rapport de 1962, tous les politiques s'accordent pour dire que le maintien à domicile doit devenir une véritable priorité nationale, mais dans les faits les moyens alloués n'augmentent pas ou peu (Loi ASV), les services d'aide à domicile rencontrent toujours autant de difficultés et leur travail n'est pas plus valorisé aux yeux de la société. Par ailleurs, nous avons vu que, malgré le souhait des français de rester vivre à domicile jusqu'au bout de leur vie, ce choix n'est pas toujours possible.

Certes, depuis 2001, l'offre de prestations a connu une amélioration significative, tant en quantité qu'en qualité, mais « la connaissance des besoins, l'information des bénéficiaires et le pilotage de cette politique demeurent insuffisants »<sup>82</sup>.

L'insuffisance des moyens alloués, la diversité des acteurs mobilisés et le cloisonnement de leurs interventions, complexifient le parcours de la personne âgée et ne permettent pas la mise en place d'un accompagnement global, coordonnée et sécurisé.

La Cour des Comptes estime donc nécessaire « d'améliorer l'organisation de la politique de maintien à domicile des personnes âgées dépendantes et de cibler de manière plus efficace les aides correspondantes ».

Ainsi, dans un contexte de ressources publiques limitées et de prises en charge de plus en plus complexes et lourdes à gérer au domicile, une réponse de qualité aux besoins de l'utilisateur ne pourra pas se faire sans une coordination renforcée de tous les acteurs.

Cette coordination est à rechercher en interne et au niveau local avec les différents acteurs du domicile, afin de définir un accompagnement en partant de l'utilisateur, de ses capacités, des ressources qu'il peut mobiliser pour son projet de vie.

Certes, la contrainte budgétaire est bien présente aujourd'hui dans le secteur social, mais « l'impératif de maîtrise des dépenses ne peut tenir lieu de sens à l'action sociale »<sup>83</sup>. Les différents acteurs de ce secteur d'activité devront travailler de manière coordonnée à rétablir « le nécessaire équilibre entre la reconnaissance des droits sociaux, l'exigence de mobilisation des usagers et l'implication des acteurs locaux » et ne pas se contenter d'être de simples distributeurs ou réalisateurs de prestations sociales.

---

<sup>81</sup> Haut comité consultatif de la population et de la famille, 1962, Politique de la vieillesse *Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse*, présidée par Monsieur Pierre Laroque, Paris, La Documentation française p4

<sup>82</sup> Cour des comptes, juillet 2016, *Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie - Une organisation à mieux organiser, des aides à mieux cibler*- Rapport public thématique, 198p

<sup>83</sup> QUINAUT L., VALLANCE D., YVIN Ph., janvier 2013, *L'action sociale : boulet financier ou renouveau de la solidarité*, OASIS - Le Portail du Travail Social - <http://www.travaillsocial.com>



---

## Bibliographie

---

### Ouvrages

AMBLARD H., BERNOUX Ph., HERREROS G., LIVIAN Y-F., Juillet 2007, *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Troisième édition augmentée, Paris : Editions du seuil, 289p

BAUDURET JF, 2013, *Institutions sociales et médico-sociales : de l'esprit des lois à la transformation des pratiques*, Paris : Dunod, 218p

BERNOUX Ph., Février 2010, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, nouvelle édition, Paris : Editions du Seuil, 345p

BLOCH M-A, HENAUT L., 2014, *Coordination et parcours - La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris : Dunod, 283p

DJAOUI E., 2014, *Intervenir au domicile*, Rennes : Presses EHESP, 282p

ENNUYER B., Avril 2014, *Repenser le maintien à domicile - Enjeux, acteurs, organisation*, deuxième édition, Paris : Dunod, 300p

FERNANDEZ A., 2013, *Le chef de projet efficace – 12 bonnes pratiques pour un management humain*, 5<sup>ème</sup> édition revue et augmentée, Paris : Editions Eyrolles, 218p

FOUDRIAT M., 2013, *Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, Rennes : Presses de l'EHESP, 338p

LAVILLE JL., SAINSAULIEU R., 2013, *L'Association Sociologie et économie*, Fayard collection Pluriel, 448p

LÖCHEN V., 2013, *Comprendre les politiques sociales*, 4<sup>ème</sup> édition, Paris : Dunod, 417p

MINTZBERG H., 2014, *Le Management - Voyage au centre des organisations*, deuxième édition revue et corrigée, Paris : Eyrolles Editions d'Organisation, 692p

MOLINIER P., LAUGIER S., PAPERMAN P, 2009, *Qu'est ce que le Care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris : Petite bibliothèque Payot, 251p

RAGUENES R., 2000, *Le projet de Service en Aide à domicile*, Editions Frison-Roche 80p

VEROLLET Y., 2015, « Adaptation de la société au vieillissement : une loi au goût d'inachevé », *Le nouveau cadre territorial de l'action sociale*, L'Année de l'Action Sociale 2016, Paris : Dunod, p 229-240

VIDOR H., 2013, « Aide et soin à domicile : Aide et soin à domicile : construire l'avenir en temps de crise ! », *Les politiques sociales à la croisée des chemins*, L'Année de l'action sociales 2014, Paris : Dunod, p 145-184

VILLEZ A., 2014, « De la création d'un 5<sup>ème</sup> risque à l'adoption d'un projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement », *Objectif Autonomie*, L'Année de l'Action Sociale 2015, Paris : Dunod, p 19-32

## Rapports - Guides

ANESM, 2014, *Le soutien des aidants non professionnels*, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Saint-Denis : Anesm

ANESM, 2012, *L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes*, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Saint Denis : Anesm, 110p

ANESM, Janvier 2015, *Enquête qualitative sur la bientraitance des personnes âgées accompagnées par des services à domicile*, Saint Denis : Anesm

ANESM, 2010, *Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Recommandations de pratiques professionnelles, Saint Denis : Anesm, 87p

ANESM, 2010, *Élaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service*, Recommandations de pratiques professionnelles Saint-Denis : Anesm

ANESM, 2009, *Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile*, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Saint-Denis : Anesm

ANESM, 2008, *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Saint Denis : Anesm, 46p

ANESM, 2008, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Saint Denis : Anesm, 47p

ANAP, Juillet 2013, *Le secteur médico-social Comprendre pour agir mieux*, Paris : ANAP 128p

ANAP, 2012, *Les coopérations dans le secteur médico-social*, Guide méthodologique, Paris, 103p

ANAP, 2011, *les parcours de personnes âgées sur un territoire*, Retours d'expérience, Paris : ANAP, 70p

CNSA, 2012, *Promouvoir la continuité des parcours de vie d'une responsabilité collective à un engagement partagé*, Rapport

CNSA, 2011, *Accompagner les proches aidants, ces acteurs invisibles*, rapport, disponible sur [www.cnsa.fr](http://www.cnsa.fr)

COTIS JP, Edition 2012, *Tableau de l'économie française*, Paris, INSEE p26-27

Cours des Comptes, 2005, *Les personnes âgées dépendantes*, Rapport public particulier, n°4499, Editions des JO

Cour des Comptes, 2014, *Le développement des services à la personne et le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie*, rapport

Cour des Comptes, juillet 2016, *Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie - Une organisation à mieux organiser, des aides à mieux cibler*- Rapport public thématique, 198p

Direction Générale de la cohésion, 2014, *Répartition du Nombre de bénéficiaires selon le type de dispositif*, Les dossiers d'Alternatives Economiques Hors série Avril 2015

Direction Générale de la cohésion Sociale, 2014 *Répartition du Nombre de bénéficiaires selon le type de dispositif*, Les dossiers d'Alternatives Economiques Hors série, Avril 2015

Drees, février 2014, *Les dépenses d'aide sociale départementale en 2012*, Etudes & résultats N°870

Drees, Sept 2013, *Projection des populations âgées dépendantes*, Dossiers solidarité et santé n°43

Drees, 2012, *Les conditions de travail des aides à domicile en 2008*, Dossiers solidarité et santé N°30

Drees, Aout 2002, *Les aidants des adultes handicapés*, Etudes et résultats N° 186

Drees, février 2002, *Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040*, Etudes et résultats N° 160

EUROGIP, Juillet 2010, *Santé et sécurité au travail dans le secteur des services à domicile en Europe*, Rapport d'enquête, 81 pages

DEVETTER F-X., DELOUETTE I. et LICOUR L., 2014, *Accès aux services d'aide à domicile : inégalités territoriales et inégalités sociales*, Clersé-Université Lille1

GARNER H., LEUTHEREAU-MOREL N., Décembre 2014 *Gouvernance et organisation des services à la personne en Europe*, France Stratégie, Département Travail-Emploi Haut Comité consultatif de la population et de la famille, 1962, Politique de la vieillesse, Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse présidé par M. Pierre Laroque, Paris, La Documentation Française

IGF n°2012-M-021-01 /IGAS n°R-20126126P, octobre 2012, *Etablissements et services pour personnes handicapées Offres et besoins, modalités de financement*, Rapport

INED, Janvier 2011, *Les espérances de vie sans incapacité en France*, Document de travail N°170

INSEE, Bilan démographique 2008

Ministère du travail, de l'emploi et du dialogue social, Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle, Août 2014, *Synthèse Prospective Emploi-Compétences Aide, accompagnement, soins et services à domicile*

RAHOU N., 2013, *La qualité des services à la personne - Le travail au cœur de l'innovation organisationnelle*, Agir sur..., St-Just-la-Pendue, Editions Réseau Anact, 103p

ROSSO-DEBORD V., 2010, *La prise en charge des personnes âgées dépendantes*, Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales n°2647, Assemblée Nationale, p.44

ROUSSILLE B., STROHL H., RAYMOND M., Juillet 2009, *Enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées*, Rapport définitif de l'IGAS, Bibliothèque des rapports publics, 59p

Isabelle QUEYRON - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2016

## Articles Conférences

CARSAT Auvergne, Novembre 2010, *Vieillir à domicile Évaluer les besoins des retraités pour mieux y répondre : un enjeu*, Dossier de presse

CHIBANI-JACQUOT Ph, Avril 2015, « L'Aide à domicile en chiffres », *Aide à domicile Pour bien vieillir chez soi*, Les dossiers d'Alternatives Economiques, Hors série, p6-9

INSERM, 17 Avril 2013, *Espérance de vie en bonne santé : dernières tendances*, Communiqué de presse

Le Président de la République François Hollande, 25 janvier 2013 au congrès de l'Uniopss à Lille, Discours, <http://www.elysee.fr/declarations/artile/intervention-du-president-de-la-republique-au-congres-de-l-uniopss/>

LIEVRE J-A, 2014, *Flore - l'histoire vraie d'une renaissance*, Documentaire

MARBOT C., 2008, *En France, qui recourt aux services à domicile ?*, France portrait, INSEE

PIVETEAU D., Avril 2015, « On ne peut pas bien soigner sans bien prendre soin », *Aide à domicile Pour bien vieillir chez soi*, Les dossiers d'Alternatives Economiques, Hors série, p12-15

QUINAUT L., VALLANCE D., YVIN Ph., janvier 2013, *L'action sociale : boulet financier ou renouveau de la solidarité*, OASIS, Le Portail du Travail Social, <http://www.travailsocial.com>

SEGUIN Ph. Premier Président de la Cour des Comptes, 9 nov 2005, Conférence de presse du mercredi

## Sites consultés

[www.agevillagepro.com](http://www.agevillagepro.com)

Observatoire de l'intérêt Général, mars 2012, Sondage opinionway disponible sur :

[www.anesm.sante.gouv.fr](http://www.anesm.sante.gouv.fr)

[www.cnsa.fr](http://www.cnsa.fr)

[www.igm-formation.net](http://www.igm-formation.net) & [www.Agevillagepro.com](http://www.Agevillagepro.com)

Philosophie de l'Humanité et Méthodologie de soin Gineste-Marescotti

[www.insee.fr](http://www.insee.fr)

*Estimations de population*, Résultats provisoires arrêtés à la fin 2015,

*Recensement Population 2012* Exploitation principale,

*Statistiques de l'état civil et estimations de population*,-Résultats provisoires à fin 2015,

Septembre 2013, *L'APA à l'horizon 2040*, Analyses n°11,

*Vieillesse de la population française*,

2010, *Les projections démographiques* via le modèle OMPHALE

2010, *Projections OMPHALE*,

Edition 2014, *Tableau de l'économie française*

---

## Liste des annexes

---

<b><u>Annexe 1</u></b> : Circulaire relative aux Services à la personne	p III
<b><u>Annexe 2</u></b> : Livret d'accueil d'Ambre Services	p V
<b><u>Annexe 3</u></b> : Grille AGGIR	p VII
<b><u>Annexe 4</u></b> : Le secteur Médico-Social	p XI
<b><u>Annexe 5</u></b> : Comparatif télégestion	p XIII



## **Annexe 1 : Circulaire relative aux services à la personne**<sup>84</sup>

### **Champ et définitions des activités de services à la personne.**

#### **1. Les activités de services à la personne**

Les activités de services à la personne relevant du champ de l'article L. 7231-1 du code du travail sont définies à l'article D.7231-1 de ce même code.

I Les activités de services à la personne soumises à agrément, en application de l'article L7232-1, sont les suivantes :

1. Garde d'enfants à domicile, en dessous d'un âge fixé par arrêté conjoint du ministre chargé des services et du ministre chargé de la famille,
2. Assistance aux personnes âgées ou aux personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile, à l'exclusion d'actes de soins relevant d'actes médicaux,
3. Garde malade à l'exclusion des soins,
4. Assistance aux personnes handicapées, y compris les activités d'interprète en langue des signes, de technicien de l'écrit et de codeur en langage parlé complété,
5. Prestation de conduite du véhicule personnel des personnes dépendantes, du domicile au travail, sur le lieu de vacances, pour les démarches administratives,
6. Aide à la mobilité et transport de personnes ayant des difficultés de déplacement,
7. Accompagnement des enfants de moins de 3 ans, des personnes âgées ou handicapées dans leurs déplacements en dehors de leur domicile (promenade, transport, actes de la vie courante).

---

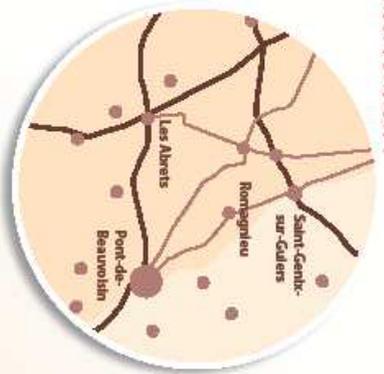
<sup>84</sup> <https://nova.servicesalapersonne.gouv.fr>

II. - Les activités de services à la personne soumises à titre facultatif à la déclaration prévue à l'article

L7232-1-1 sont, outre celles mentionnées au I du présent article, les activités suivantes :

- 1° Entretien de la maison et travaux ménagers,
- 2° Petits travaux de jardinage, y compris les travaux de débroussaillage,
- 3° Prestations de petit bricolage dites « homme toutes mains »,
- 4° Garde d'enfants à domicile au-dessus d'un âge fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de l'emploi et du ministre chargé de la famille,
- 5° Soutien scolaire à domicile ou cours à domicile,
- 6° Soins d'esthétique à domicile pour les personnes dépendantes,
- 7° Préparation de repas à domicile, y compris le temps passé aux commissions,
- 8° Livraison de repas à domicile,
- 9° Collecte et livraison à domicile de linge repassé,
- 10° Livraison de courses à domicile,
- 11° Assistance informatique et Internet à domicile,
- 12° Soins et promenades d'animaux de compagnie, à l'exception des soins vétérinaires et du toilettage, pour les personnes dépendantes,
- 13° Maintenance, entretien et vigilance temporaires, à domicile, de la résidence principale et secondaire,
- 14° Assistance administrative à domicile,
- 15° Accompagnement des enfants de plus de 3 ans dans leurs déplacements en dehors de leur domicile (promenades, transport, actes de la vie courante),
- 16° Activités qui concourent directement et exclusivement à coordonner et délivrer les services mentionnés au présent article.

**Zone d'intervention :**



(pour toute autre commune, merci de nous contacter)

- **En Isère :**  
Aoste, Charancieu, Chmolin, Corbelin, Ffilieu, Granieu, Romagnieu, La Bâtie-Divisin, La Bâtie Montgason, Les Abrets, Saint-Allier-de-Vaulserre, Saint-Jean d'Avallanne, Pont de Beauvoisin, Pressins.
- **En Savoie :**  
Arvassieux, Belmont-Tramonet, Champagnieu, Dormessin, Grélin, La Briçhoire, La Port de Beauvoisin, Saint-Béron, Saint-Genix-sur-Guiers.

**Informations pratiques :**  
Association loi 1901



■ **L'encadrement :**  
Isabelle QUEYRON – Responsable de structure ;  
Véronique COMTE FLORET – Organisation plannings, contacts clients ;  
Stéphanie QUEYRON – Infirmière conseil – DE.



■ **Nos bureaux :**  
33 Bis, Avenue Ch. Gabriel Pravaz à Pont de Beauvoisin (38480).  
Les personnes en fauteuils roulants seront reçues dans les locaux d'Ambre Services à Romagnieu (accès chemin des Côtes du Madroty, 38480 Romagnieu), uniquement sur rendez-vous.



■ **Ouverture au public :**  
Les lundis, mardis, jeudis et vendredis de 8h45 à 11h45 et de 13h45 à 16h45  
Du lundi au vendredi de 8h à 18h  
Le samedi de 9h à 12h

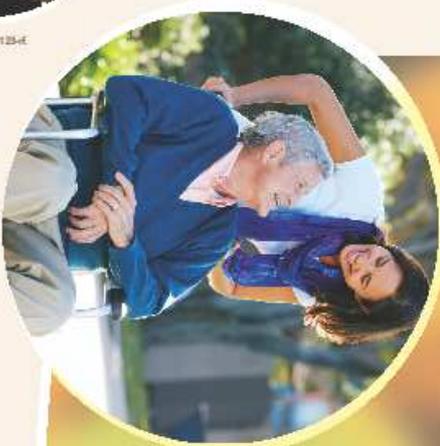


■ **Horaires d'interventions :**  
7j/7 du lundi au dimanche  
En journée : de 7h à 21h  
Garde de nuit : sur demande  
Les temps d'interventions sont fixés en fonction des plans d'ode ou des prises en charge (maximum 30 minutes).



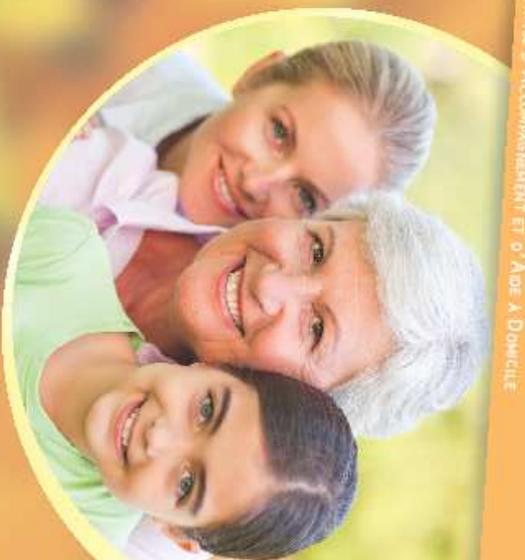
**Contact :**  
Tel : 04.76.05.51.89  
Port : 06.59.58.14.71  
Fax : 09.54.24.60.86  
Mail : ambreservices@gmail.com

[www.ambreservices.fr](http://www.ambreservices.fr)



**Ambre Services**  
aide à domicile

Service d'Accompagnement et d'Aide à Domicile



**Livret d'accueil**

Ambre Services est une Association loi 1901. Elle s'appuie sur les valeurs de l'économie sociale et solidaire (intérêt collectif, utilité sociale, démocratie...), Ouverte à tous et garantissant un service à domicile de proximité efficace et simple, adapté à vos besoins et à vos attentes.



« Des professionnels pour faciliter votre quotidien. »

## Nos prestations :



- **Services aux personnes dépendantes** (personnes âgées, en situation de handicap, malades ou accidentées)
  - Aide au lever et au coucher,
  - Aide à la toilette, au bien être physique et esthétique,
  - Aide à la préparation et à la prise des repas, gestion du réfrigérateur,
  - Livraison de repas,
  - Garde malade de jour ou de nuit (à l'exception des soins médicaux),
  - Aide à la mobilité et au transport,
  - Assistance administrative.



- **Services à la vie quotidienne**
  - Entretien du logement, travaux ménagers, vitres,
  - Entretien de linge : lessive, repassage, rangement,
  - changement de la literie,
  - Petits travaux de jardinage, entretien extérieur,
  - Petit bricolage, « homme toutes mains ».



- **Services à la famille**
  - Garde d'enfants à domicile (- de 3 ans) et en périscolaire (+ de 3 ans) ;
  - Accompagnement des enfants dans leurs déplacements ;
  - Assistance Informatique et Internet à domicile.



## Tableau des différentes aides possibles dans le cadre de nos interventions :

Organismes d'aides	Publics Concernés / Type d'aide
Caisse de retraite	Pour les retraités / Aide à domicile, livraison de repas
Mutuelles	Pour les personnes en sortie d'hospitalisation / Travaux ménagers
Action sociale de l'AGRIC et de l'ARBO	Retraités, 75 ans et plus / Aide à domicile momentané
Conseil Général via l'AAV	Retraités, 60 ans et plus / Chaque soir et nuit
Allocation Personnalisee d'Autonomie	Pour les personnes de 60 ans ou plus / Aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne
Conseil Général via l'aide sociale	Pour les personnes disposant de fortes ressources / Aide à domicile, livraison de repas
Conseil Général via la PCH	Pour les personnes reconnues comme handicapées / Aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne
Prise en charge de Compensation du Handicap	Pour les moins de 60 ans / Aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne
Sécurité sociale	Pour les malades pouvant rester à leur domicile / Aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne
Hospitalisation à Domicile	Pour les familles / Prestations d'Accueil du Jeune Enfant
CAF	



## Nous nous engageons sur :

- Une grande éthique (le respect, l'écoute, la confidentialité, l'honnêteté...)
- Un accueil, une aide et un suivi personnalisé de qualité
- Des professionnels compétents
- Une culture de la bienveillance (adaptation aux besoins, respect des choix et des refus)

## Notre fonctionnement :

- Une structure avec **agrément**, préfectoral, autorisée et tarifiée par le Conseil Général de l'Isère ;
- Une **prise en charge rapide** et sans liste d'attente ;
- Une structure à votre écoute, rendez-vous à votre domicile pour l'**analyse de vos besoins** et de vos attentes ;
- Une information sur les aides financières auxquelles vous pouvez prétendre. Cf. **tableau page précédente**. Nous vous accompagnons dans vos démarches de constitution de dossier
- Une offre de service **individualisée** avec remise d'un devis gratuit et d'un contrat de prestation, sans frais de dossier ni droit d'entrée ;
- Des **prestations adaptées** selon votre plan d'aide ; Intervention ponctuelle, hebdomadaire, quotidienne ou plusieurs fois par jours ;
- Une équipe d'intervenants à domicile composée d'aides à domicile et d'auxiliaires de vie, gère et rémunérée par nos soins ;
- Une **continuité** du service, intervention 7J/7. Proposition de plusieurs intervenants avec plannings hebdomadaires. Un cahier de liaison assure le suivi des interventions et la transmission des informations.
- Une prestation évolutive ; Possibilité d'alléger, d'intensifier ou de suspendre le contrat (délai de prévenance de quinze jours, sauf en cas de force majeure)
- Une facture mensuelle des heures réalisées établie sur la base du devis (participation restant à votre charge) ;
- L'assurance d'être **satisfait** : prise en compte de votre avis (enquête de satisfaction) ; L'encadrement se déplace à votre domicile pour analyser vos demandes, solutionner toute difficulté rencontrée et évaluer les prestations
- Un travail en partenariat avec les différents professionnels médicaux et pharmaceutiques qui interviennent à votre domicile. *Infirmiers libéraux, Soins Infirmiers à Domicile (SIAD), Kiné, médecins...*
- Envoi d'une attestation fiscale annuelle permettant une **réduction d'impôt** sur le revenu égale à 50% des sommes restant à votre charge (dans la limite de 12 000€). Le crédit d'impôt est possible dans certains cas ;
- Divers moyens de paiements acceptés : chèque, virement, Chèque Emploi Service Universel (CESU).



Ambre Services s'engage à gérer tout éventuel conflit entre les intervenants et le bénéficiaire. En cas de conflit non résolu avec le gestionnaire, le bénéficiaire peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste disponible auprès de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (art L311-5 du Code de l'Action Sociale & des Familles) Tout litige relèvera du tribunal compétent.

### **Annexe 3 : Qu'est-ce que la grille Aggir ?<sup>85</sup>**

Vérfifié le 23 novembre 2015 - Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre)

La grille nationale Aggir permet d'évaluer le degré de dépendance du demandeur de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa), afin de déterminer le niveau d'aide dont il a besoin. Les niveaux de dépendance sont classés en 6 groupes dits "iso-ressources" (Gir). À chaque Gir correspond un niveau de besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne.

La grille Aggir évalue les capacités de la personne âgée à accomplir 10 activités corporelles et mentales, dites discriminantes, et 7 activités domestiques et sociales, dites illustratives.

Seules les 10 activités dites *discriminantes* sont utilisées pour déterminer le Gir dont relève la personne âgée. Les 7 autres activités dites *illustratives* sont destinées à apporter des informations pour l'élaboration du plan d'aide de la personne âgée.

#### **Activités corporelles et mentales (discriminantes)**

- Communiquer verbalement et/ou non verbalement, agir et se comporter de façon logique et sensée par rapport aux normes admises par la société
- Se repérer dans l'espace et le temps,
- Faire sa toilette,
- S'habiller, se déshabiller,
- Se servir et manger,
- Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale,
- Se lever, se coucher, s'asseoir, passer de l'une de ces 3 positions à une autre,
- Se déplacer à l'intérieur du lieu de vie,
- Se déplacer en dehors du lieu de vie,
- Utiliser un moyen de communication à distance (téléphone, alarme, sonnette, etc.) dans le but d'alerter en cas de besoin.

#### **Activités domestiques et sociales (illustratives)**

- Gérer ses affaires, son budget et ses biens, reconnaître la valeur monétaire des pièces et des billets, se servir de l'argent et connaître la valeur des choses, effectuer les démarches administratives, remplir les formulaires,
- Préparer les repas et les conditionner pour qu'ils puissent être servis,
- Effectuer l'ensemble des travaux ménagers courants,
- Utiliser volontairement un moyen de transport collectif ou individuel,
- Acheter volontairement des biens,
- Respecter l'ordonnance du médecin et gérer soi-même son traitement,
- Pratiquer volontairement, seul ou en groupe, diverses activités de loisir.

---

<sup>85</sup> [www.service-public.fr/particuliers/vosdroits](http://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits)

En fonction de son degré de dépendance, la personne âgée est rattachée à un groupe iso-ressources (Gir). Il existe 6 Gir.

Seuls les Gir 1 à 4 ouvrent droit à l'Apa.

La personne relevant des Gir 5 ou 6 peut [demander une aide ménagère](#).

Caractéristiques du demandeur en fonction du Gir auquel il est rattaché

### Degrés de dépendance

Gir 1	<ul style="list-style-type: none"><li>• Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants,</li><li>• Ou personne en fin de vie</li></ul>
Gir 2	<ul style="list-style-type: none"><li>• Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,</li><li>• Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente</li></ul>
Gir 3	Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
Gir 4	<ul style="list-style-type: none"><li>• Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage,</li><li>• Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas</li></ul>
Gir 5	Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage

Gir 6 Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

Nom et prénom  
 MI Sec.Soc.  
 Adresse  
 Né(e) le  
 Âge

Fiche récapitulative AGGIR

Date de l'évaluation

Activités réalisées par la personne seule	Pour chaque item, cocher les cases quand les conditions ne sont pas remplies (Réponse NON)				S = Spontanément H = Habituellement T = Totalement C = Correctement		Code final
	S	T	C	H	Code		
<b>1. Cohérence</b>	communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
	comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>2. Orientation</b>	dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
	dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>3. Toilette</b>	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>4. Habillage</b>	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
	moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>5. Alimentation</b>	se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
	manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>6. Élimination</b>	urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
	fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>7. Transferts</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
<b>8. Déplacements à l'intérieur</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
<b>9. Déplacements à l'extérieur</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
<b>10. Alerter</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
<b>11. Gestion</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
<b>12. Cuisine</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
<b>13. Ménage</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
<b>14. Transports</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
<b>15. Achats</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
<b>16. Suivi du traitement</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
<b>17. Activités du temps libre</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>

**Codage intermédiaire**

Pour chaque item **cochez** les cases quand les conditions ne sont pas remplies (réponse **NON**).

Puis **codez** secondairement par A, B ou C selon le nombre d'adverbes cochés dans les quatre cases S à H.

- Si aucun adverbe n'est coché codez **A**.
- (fait spontanément, totalement, correctement et habituellement)
- Si tous les adverbes sont cochés codez **C** (ne fait pas)
- Si une partie des adverbes seulement est cochée codez **B**.

**Code final si sous-variables**

- **Cohérence** :  
 - AA = **A** ;  
 - CC, CB, BC, CA, AC = **C** ;  
 - AB, BA, BB = **B**
- **Orientation** :  
 - AA = **A** ;  
 - CC, CB, BC, CA, AC = **C** ;  
 - AB, BA, BB = **B**
- **Toilette** :  
 - AA = **A** ;  
 - CC = **C** ;  
 - Autres = **B**
- **Habillage** :  
 - AAA = **A** ;  
 - CCC = **C** ;  
 - Autres = **B**
- **Alimentation** :  
 - AA = **A** ;  
 - CC, BC, CB = **C** ;  
 - Autres = **B**
- **Élimination** :  
 - AA = **A** ;  
 - CC, BC, CB, AC, CA = **C** ;  
 - Autres = **B**

**Groupe iso-ressources**

Défini par

le système informatique



**Annexe 4 : Le secteur Médico-Social**





**Annexe 5 : Comparatif télégestion**

<b>Comparatif solutions de télégestion</b>							
		ALYACOM				SOCIEL	
		ALYACOM abonn		ALYACOM licence		DOMICIEL smart	
carctéristique	Base 20p.	invest.	Fonct.	invest.	Fonct.	invest.	Fonct.
gestion de projet		1200,00		1200,00		1000,00	
formation		600,00		600,00		1200,00	
smartphone		2380,00		2380,00		380,00	
config		408,00		408,00		0,00	
achat licence		0,00		1500,00			
abonnt mensuel			217,40		159,40		340,00
OPTIONS Smartphone achat							
bouton alerte		0,00	0,00				
worksharing							
calculs kms réels							
access.							
OPTIONS bureau /mois							
geo loc	105,00						
bouton alerte	0,00						
worksharing	20,00						
Promotion Samsung		-4000,00		-4000,00			
		588,00	217,40	2088,00	159,40	2580,00	340,00
	sur 1 an		2608,8	HT	1912,8		4080
	HT	3196,80		4000,80			
	-964,8 TTC an1	3836,16		4800,96			7992
	-129,6 TTC an2		3130,6		2295,4		4080
	705,6 TTC an3		3130,6		2295,4		4080
	1540,8 TTC an4		3130,6		2295,4		4080

QUEYRON

Isabelle

Novembre 2016

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

**ETABLISSEMENT DE FORMATION : ARAFDES Lyon**

**AMÉLIORER L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES À  
DOMICILE PAR UNE PLUS GRANDE COORDINATION DES ACTEURS : UN ENJEU  
MAJEUR POUR UNE STRUCTURE D'AIDE À DOMICILE**

***Résumé :***

La population française vieillit et le nombre de personnes dépendantes augmente. Depuis le rapport Laroque de 1962, les politiques publiques en direction des personnes vieillissantes se sont données comme priorité le maintien à domicile. L'offre de services en soins et accompagnement à domicile s'est ainsi développée, engendrant une grande diversité d'acteurs et de financements, qui ont rendu ce secteur peu lisible pour l'utilisateur. Malgré l'existence de nombreux dispositifs et expérimentations destinés à coordonner les acteurs du secteur médical, social et médico-social, la "nébuleuse" des services à domicile se complexifie. Or, les contraintes budgétaires et l'évolution des besoins à domicile conduisent les structures sociales et médico-sociales à s'interroger sur leur organisation afin d'apporter une meilleure réponse aux besoins et attentes des usagers. Cette réponse devra favoriser un parcours de soins et d'accompagnement limitant les ruptures de prises en charge par une plus grande coordination des acteurs.

***Mots clés :***

Accompagnement, Aide à domicile, coordination, dépendance, maintien à domicile, parcours, partenariat, personnes âgées, réseau, SAAD, SSIAD, SPASAD, territoire

*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.*