



**IMPULSER UN CHANGEMENT DE PRATIQUES DANS UN
RÉSEAU DE SAAD POUR RÉPONDRE À LA DIVERSITÉ DES
BESOINS DES PUBLICS**

Le défi de la qualité à l'épreuve de la concurrence

Geneviève GUISTI

2010

cafdes



Remerciements

Je remercie :

- Liliane GOBET, Présidente de la fédération ADMR de l'Ain, pour sa confiance et son soutien.
- Robert FONTAINE, Directeur de la fédération ADMR de l'Ain pour ses avis et sa relecture attentive.
- Alain BOUCHON, Directeur général de la Sauvegarde de l'Ain pour ses conseils et ses encouragements.
- Mon mari et mon beau-père, qui bien que totalement extérieurs au secteur, ont pris le temps de lire le présent mémoire et de formuler des remarques utiles.

Sommaire

Introduction.....	1
1 L'AIDE A DOMICILE, LES PUBLICS AIDES ET LE RESEAU ADMR DE L'AIN.....	3
1.1 Les services d'aide et d'accompagnement à domicile et les publics aidés. .	3
1.1.1 Les services d'aide et d'accompagnement à domicile en France.	3
1.1.2 Les services d'aide à domicile en Europe. La France, un modèle de référence ?	5
1.1.3 Les publics aidés à domicile : données générales et situation dans le département de l'Ain.....	6
1.2 Les politiques publiques favorisant le maintien à domicile et le développement des services d'aide à domicile.....	10
1.2.1 Du maintien à domicile à l'inclusion sociale des personnes handicapées.	10
1.2.2 De l'ouverture des services aux entreprises à la directive européenne sur les services.	16
1.3 Diagnostic du réseau ADMR de l'Ain	19
1.3.1 Le projet ADMR et historique des évènements marquants.....	19
1.3.2 Les bénévoles ADMR : la force d'un réseau.	21
1.3.3 Le réseau ADMR de l'Ain : des mutations accélérées pour répondre aux enjeux du secteur.	21
2 COMPRENDRE LA COMPLEXITE DE L'AIDE A DOMICILE ET L'EVOLUTION DE SON ENVIRONNEMENT.....	27
2.1 Travailler à domicile : quand la diversité des publics engendre la complexité des réponses à apporter.....	27
2.1.1 Appréhender la complexité.	27
2.1.2 Le domicile, bien plus qu'un logement.	28
2.1.3 Besoins et attentes : quels besoins pour quels publics ?.....	29
2.2 Les enjeux économiques et sociaux du secteur de l'aide à domicile..	35
2.2.1 La spécificité du travail des aides à domicile.....	35
2.2.2 L'ancrage de la concurrence privée : vers une marchandisation des services ? .	39
2.3 Les leviers du changement.....	42
2.3.1 Les atouts de l'ADMR pour réussir ces mutations.....	43

2.3.2	La professionnalisation des équipes d'intervention et de l'encadrement de terrain.....	45
2.3.3	Agir sur la qualité : enjeux et questionnements.	48
3	IMPULSER UN CHANGEMENT DE PRATIQUES POUR REpondre A LA DIVERSITE DES BESOINS DES PUBLICS.....	53
3.1	Manager le changement et agir en direction des ressources humaines.....	53
3.1.1	Conduire le changement : La méthode, les étapes, le calendrier et le coût.	53
3.1.2	Repenser l'organisation de la fédération.	60
3.1.3	Former les assistants techniques.	63
3.2	Changer les pratiques pour améliorer la qualité des prestations et les conditions de travail.....	64
3.2.1	Le processus management.	65
3.2.2	Le processus réalisation.....	67
3.2.3	Le processus évaluation.....	70
3.3	De l'évaluation du projet à sa reconnaissance externe.....	72
3.3.1	De l'évaluation de la méthode à celle du projet.	72
3.3.2	Faire reconnaître et préparer l'avenir en renforçant les liens de partenariat.	74
3.3.3	De la démarche qualité à l'évaluation.	76
	Conclusion.....	78
	Bibliographie	81
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ADAPEI	Association Départementale des Amis et Parents des Personnes Handicapées Mentales
ADMR	Aide à Domicile en Milieu Rural (le logo n'est plus décliné)
AFNOR - NF	Agence Française de Normalisation – Norme Française
AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources
ANACT	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ANESM	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services Médico-sociaux
ANSP	Agence Nationale des Services à la Personne
APAJH	Association pour Adultes et Jeunes Handicapés
CAF	Caisse d'Allocation Familiales
CDD	Contrat à Durée Déterminée
CDPAH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CERC	Conseil de l'Emploi, des Revenus et de la Cohésion Sociale
CEREQ	Centre d'Etudes et de Recherches sur les Qualifications
CESU	Chèque Emploi Service Universel
CLIENT	Le terme « client » employé dans ce mémoire au sens de « destinataire » du service à domicile, celui qui reçoit ou utilise le service.
CNPF	Conseil National du Patronat Français
CNSA	Caisse Nationale Solidarité Autonomie
CODERPA	Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
DEAVS	Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale
DIRECCTE	Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DRESS	Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des Statistiques
EPI	Entretien Professionnel Individualisé
ETP	Equivalent Temps Plein
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
HPST	Loi « Hôpital, Patient, Santé et Territoires »
IGAS	Inspection Générale de l'Action Sociale
JAC	Jeunesse Agricole Catholique
MDPH	Maison départementale des Personnes Handicapées
MEDEF	Mouvement des Entreprises de France
MFR	Mouvement Familial Rural

PCH	Prestation Compensatrice du Handicap
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à domicile
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à domicile
TISF	Technicienne de l'Intervention Sociale et Familiale
TVA/ TTC	Taxe sur la Valeur Ajoutée – Toutes Taxes Comprises
UNA	Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles
VAE	Validation des Acquis de l'Expérience

Introduction

Les associations ou services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) développent depuis plus de 60 ans des activités d'aide et de soutien auprès des publics fragiles ou des familles en difficulté. La plupart de ces structures sont fédérées nationalement, à l'instar de l'ADMR qui occupe la première place des réseaux de proximité. Le réseau est organisé en fédérations départementales dont le rôle est déterminant dans la structuration et l'organisation du travail des associations locales.

A l'heure où je rédige ce mémoire, j'occupe pour trois mois encore la place de directrice adjointe de la fédération ADMR de l'Ain avant d'en assurer la direction à partir de janvier 2011. J'ai pris néanmoins le parti de me situer en tant que directrice dans l'écriture du document, car j'ai conduit dans sa globalité le projet présenté. Avant de l'introduire, je vais faire une brève présentation de notre secteur en général, peu connu, des acteurs du champ social et médico-social.

Jusqu'aux années 90, le secteur n'est intervenu qu'auprès des publics fragiles avec des financements majoritairement assurés par les caisses de sécurité sociale. Depuis, il s'est progressivement tourné vers l'ensemble des populations, sous l'impulsion des pouvoirs publics. En effet, ces derniers l'appréhendent désormais sous l'angle économique et non plus seulement sous l'angle social. Il représente un « gisement d'emplois » non délocalisables pour des personnes peu qualifiées (majoritairement des féminins), et particulièrement exposées au chômage. Cette orientation des pouvoirs publics vise également à réduire le travail au noir. Depuis lors, le secteur est sujet à des politiques publiques tantôt à vocation sociale, tantôt économique. En 2001, la création de l'APA a véritablement « dopé » la croissance des services tournés vers les personnes âgées dépendantes. Un an plus tard, la loi du 2 janvier 2002 a constitué l'acte fondateur de la branche de l'aide à domicile en tant qu'acteur du champ social. En 2005, le Plan de développement des services à la personne constitue un tournant avec un retour aux politiques à vocation exclusivement économique. Pour créer de l'emploi, le plan cherche à développer l'offre de service en aidant les entreprises privées à se tourner vers un secteur jusque là occupé essentiellement par les associations. Les SAAD sont dès lors intégrés dans la notion de services à la personne au même titre que les entreprises commerciales de services aux personnes, et les employeurs particuliers.

Notre activité est par ailleurs complexe, car elle prend en compte des besoins et attentes hétérogènes, dans des domiciles tout autant hétérogènes, avec des financements multiples. Pour autant, les métiers de l'aide à domicile sont mal reconnus, alors même qu'ils nécessitent de maîtriser de nombreux savoirs techniques ou relationnels.

Depuis les années 2000, les mutations sont profondes. En sus des politiques publiques décrites, d'autres évolutions ont marqué particulièrement le réseau ADMR de l'Ain : elles ont touché la professionnalisation, la modernisation des modes d'organisation, et la qualification des personnels d'intervention. Tous ces changements se sont déroulés à un rythme accéléré pour l'ADMR, alors que celle-ci connaissait un fort développement. De fait, les associations du réseau ont eu du mal à concilier croissance forte et qualité des prestations.

Ce contexte explique en partie la difficulté que rencontre aujourd'hui l'ADMR de l'Ain pour mettre en œuvre une réponse individualisée, évolutive, et de qualité pour chaque public. A l'heure actuelle, le réseau bénéficie d'une assise solide mais présente aussi des carences fonctionnelles réelles que j'aborde en fin de 1^{ère} partie. Tous ces éléments impliquent de conduire un changement important pour notre organisation. Il est en effet nécessaire de faire évoluer les pratiques afin de mieux prendre en compte la diversité des besoins et attentes des publics et développer la qualité des prestations.

Mon projet vise donc à impulser cette nécessaire dynamique de changement qui permettra d'atteindre cet objectif. La voie choisie est celle de la mise en place d'une démarche qualité, via la norme AFNOR des services à la personne ainsi qu'une réorganisation de la fédération. J'expose dans ce mémoire les raisons de ce choix, les axes stratégiques retenus et les décisions prises.

1 L'AIDE A DOMICILE, LES PUBLICS AIDES ET LE RESEAU ADMR DE L'AIN.

1.1 Les services d'aide et d'accompagnement à domicile et les publics aidés.

1.1.1 Les services d'aide et d'accompagnement à domicile en France.

A) Les services à domicile : de quoi parle-t-on ?.

Une diversité des appellations et des définitions sert à qualifier le secteur d'activité des services à la personne : services à la personne », emplois familiaux, services de proximité Ce dernier n'est quasiment plus utilisé. Pour les salariés du secteur, la diversité des appellations est tout aussi conséquente : aide ménagère, aide à domicile, auxiliaire de vie sociale, femme de ménage, employé de maison, employé à domicile, auxiliaire parentale, assistante de vie, agent à domicile

La construction progressive du secteur, et les différentes politiques publiques s'y référant ont contribué à cette évolution. Les années 90 imposent la terminologie des « services de proximité », supplantant alors les anciens vocables de « services domestiques » ou « d'emplois familiaux ». Le plan de développement des services à la personne du 16 février 2005 propose de rassembler les services sous le vocable : « services à la personne ». Le vocable « services d'aide et d'accompagnement à domicile » (SAAD) est employé pour désigner communément les structures associatives tournées principalement vers les publics fragiles (cf. page 6). Il servira de vocable général pour le présent mémoire, en le simplifiant par « services d'aide à domicile ». Celui des services à la personne sera utilisé pour traiter de l'ouverture aux publics non fragilisés dans le cadre du plan BORLOO (cf. page 16).

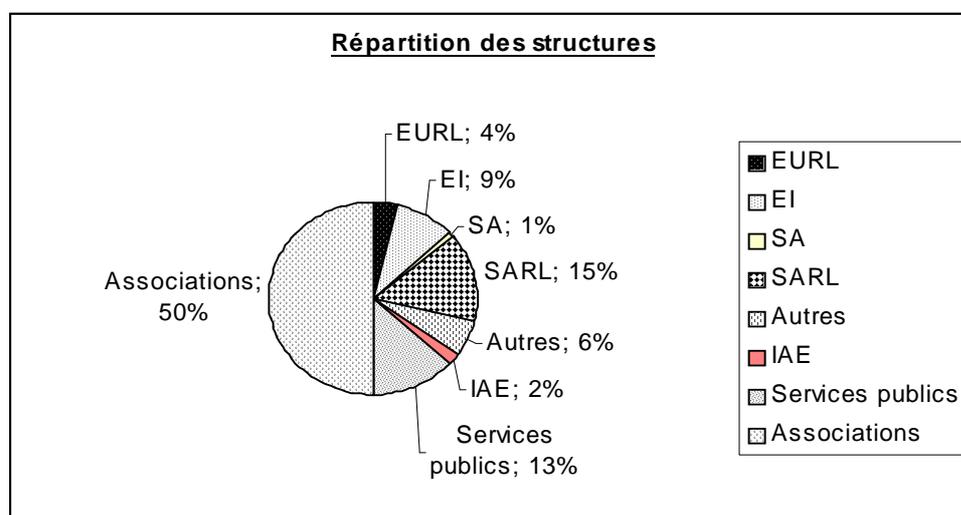
Les SAAD peuvent être agréés au titre des articles D.7231-1 et suivants du Code du travail [concernant les activités de garde d'enfant, d'assistance aux personnes âgées et/ou handicapées ou aux autres personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile ou d'une aide à la mobilité dans l'environnement de proximité favorisant leur maintien à domicile et les services aux personnes à leur domicile relatifs aux tâches ménagères ou familiales], et/ou autorisés au sens de l'article L.313-1 du code de l'action sociale et des familles.

B) Les modes d'intervention, les acteurs et l'activité des services à domicile

L'intervention à domicile peut se réaliser selon trois modes principaux. :

- 1) **L'emploi direct (gré à gré)** : Le particulier est l'employeur de son personnel. Ce mode couvre 53 % du volume d'activité des services à la personne en 2008.
- 2) **Le mode mandataire** : l'association ou l'entreprise est mandatée par le particulier pour effectuer certaines formalités à sa place (recrutement, paies, déclarations sociales). Elle prélève en contrepartie des frais de gestion. Le particulier conserve toutefois une responsabilité pleine et entière d'employeur. Ce mode représente 17,6 % de l'activité.
- 3) **Le mode prestataire**, l'utilisateur paie un organisme qui met à sa disposition une personne pour effectuer une prestation. Le personnel est salarié de la structure. L'activité prestataire se développe en partie aux dépens du mode mandataire et progresse depuis 2005, près de deux fois plus vite que la moyenne du secteur¹

Tableau 1 : Répartition des structures selon leur statut en 2006



Source : Rapport d'activité 2007 de l'ANSP

Les associations, pionnières dans le champ de l'aide à domicile, sont encore majoritaires dans le secteur avec 50 % du marché (données 2007). 2/3 des structures relèvent du secteur non marchand. Elles assurent en 2006, 80 % de l'activité prestataire et 91 % de l'activité mandataire.

Depuis la mise en place du plan des services à la personne en 2005, les entreprises sont de plus en plus nombreuses à investir le secteur. Leur activité croît à un rythme très élevé. Parmi les entreprises, 35 % sont des entreprises individuelles ou des micro-entreprises. Fondées pour fournir un emploi au créateur, elles n'ont pas pour vocation de développer au-delà de quelques salariés.

¹ DARES, Avril 2010, *Analyses*.

Tableau 2 : Etablissement et effectifs en 2008

Année 2008	Etablissements	En %	Effectifs	En %
Associations	4 346	67 %	168 787	82 %
Secteur public	335	5,2%	9 526	4,6 %
Entreprises	1 805	27,8 %	27 645	13,4 %
Total	6 486	100 %	205 958	100 %

Source : ACCOS-URSSAF – MSA Traitement R&S

Le secteur associatif et le secteur public représentent plus de 70 % des établissements contre 27 % pour les entreprises et le secteur non lucratif concentre un peu moins de 90 % des effectifs.

1.1.2 Les services d'aide à domicile en Europe. La France, un modèle de référence ?

La comparaison internationale des services à la personne soulève plusieurs difficultés, quant à la diversité des modèles de relation contractuelle, à la dimension plus ou moins large du concept de services à la personne, et à la nécessité de mobiliser plusieurs sources statistiques qui ne sont pas toutes cohérentes entre elles. Ces difficultés, contribuent à la faiblesse des études comparatives. Deux rapports, l'un réalisé par le Conseil de l'Emploi, des revenus et de la Cohésion Sociale (CERC janvier 2008) et l'autre par le Commissariat Général du Plan (mai 2005) apportent un éclairage sur la situation des services à la personne en Europe. Ils font tous les deux références à une étude menée en 2001 par Alexandra CANCEDDA² dans huit pays.

Le secteur est marqué dans tous les pays européens par une proportion très élevée du travail au noir, 50 % en Allemagne contre 60 % en France. La France se caractérise par un taux d'emploi élevé dans le secteur des services à la personne, il est supérieur de 6 % à celui de l'Allemagne. Seuls les Pays-Bas affichent un taux supérieur à la France. Il faut cependant pondérer ce constat par un nombre d'heures contractuelles plus faible : 8 heures hebdomadaires en moyenne, contre 26 heures en France et 19 heures en Allemagne (données 2002).

Ce sont les dispositifs municipaux qui sont privilégiés aux Pays-Bas, au Danemark et en Suède. Au Royaume-Uni, l'aide est financée par les communes. Le secteur privé y est cependant prépondérant, et les interventions publiques sont concentrées sur les populations les plus défavorisées. Dans le sud de l'Europe, dont l'Italie, l'aide à domicile s'appuie sur les solidarités familiales, et l'action de l'aide sociale municipale ou des associations caritatives est réservée aux ménages les plus défavorisés.

Pour les services ayant pour objet de mieux concilier vie familiale et vie professionnelle, ou de contribuer à une meilleure qualité de vie, seuls quelques pays ont choisi de les favoriser par le biais d'un soutien public : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Finlande, France, Suisse Romande et Pays-Bas. A contrario, l'Italie, le Portugal et le Royaume-Uni n'aident pas ces activités, considérées comme relevant exclusivement de la sphère privée. L'Allemagne et l'Autriche privilégient quant à elles l'attribution de moyens financiers aux femmes pour qu'elles puissent assumer leur rôle domestique.

Lorsque ces services bénéficient d'une aide de l'Etat, l'aide financière est généralement inférieure en Europe à celle accordée par la France. Seule, la Belgique surclasse la France en matière de subventions. Elles financent dans ce pays, $\frac{3}{4}$ du coût horaire d'un employé. Pour autant, le plafond des aides belges est très inférieur à celui des aides françaises, et la France est le seul pays à avoir choisi de subventionner les cours particuliers et le soutien scolaire à domicile.

La France est ainsi le seul pays européen à avoir développé une politique aussi contributive pour le secteur de l'aide à domicile, considérée comme un modèle à suivre par la plupart des autres pays européens.

1.1.3 Les publics aidés à domicile : données générales et situation dans le département de l'Ain.

A) Les publics fragiles.

Les personnes âgées ou handicapées appartiennent à la catégorie des « publics fragiles » en raison de leur état de santé, de leur âge et de leurs ressources. Elles peuvent accéder à des services (ménage, toilette, préparation des repas, courses, aides diverses ...) qui favorisent leur maintien à domicile. Elles bénéficient à cet effet, de prestations ouvrant droit à des services à des prises en charge financières (caisses de retraites, Conseil Général ...). Le seuil de 60 ans permet d'identifier les personnes dites « âgées ».

Les personnes âgées.

Les premiers services d'aide ménagère des années 1950 à 1960 se sont d'abord tournés vers les personnes âgées malades, isolées et dépourvues de ressources. On parle à cette époque des « grands vieillards », c'est à dire des plus de 75 ans. Il s'agissait d'éviter les hospitalisations. Le nombre d'heures attribué par les pouvoirs publics, reste faible, de l'ordre de 30 heures par mois. A partir des années 80, la généralisation des prises en charge financière de l'aide à domicile, par les régimes de retraite va se traduire par une

² CANCEDDA A., 2001, *Employment in household services, European Fondation for the Improvement of Living and Working Conditions.*

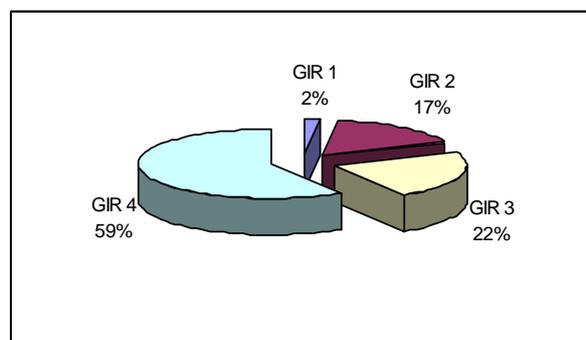
augmentation des heures accordées. Cette évolution entraîne alors une modification sensible des populations âgées prise en charge. Elles sont plus âgées et plus dépendantes. A la fin des années 80, les mesures gouvernementales s'adressent en priorité aux personnes de plus de 70 ans (cf. page 11). Elles amènent une nouvelle clientèle, aux structures d'aide à domicile : celle des particuliers qui traditionnellement employaient une femme de ménage non déclarée.

Les bénéficiaires âgés actuels sont, soit des personnes dépendantes pour lesquelles l'intervention d'une aide à domicile est essentielle pour éviter une entrée en établissement, soit des personnes âgées non dépendantes. Ces dernières bénéficient principalement d'un soutien pour les tâches ménagères. De fait, la population des personnes âgées, aidées à domicile, est hétérogène à cause de son état de santé et du niveau de ressources. La majorité de la population aidée se situe au dessus de 85 ans, avec par voie de conséquence, une très forte majorité (82 % des bénéficiaires) de femmes seules.

Les personnes âgées dans le département de l'Ain

Dynamisé par la proximité de Lyon et de la Suisse, l'Ain a connu une forte augmentation de sa population au cours des 30 dernières années, passant de 339 262 habitants en 1968 à 566 740 en 2006 (taux de variation annuel moyen 1999-2006 : + 1.4 %). Au 1er janvier 2005, l'Ain se classait en 4ème position des départements les plus peuplés de Rhône Alpes et en deuxième position en termes de croissance démographique derrière la Haute-Savoie. Cette configuration positionne le département de l'Ain comme étant plutôt jeune. Son indice de vieillissement départemental est l'un des plus faibles de Rhône-Alpes : 52 personnes de 65 ans et plus contre 59,4 personnes au niveau régional (*Source : INSEE, estimations de population*). Les populations âgées sont concentrées dans le nord du département, en Bresse et en zone montagneuse, dans le Bugey.

Tableau 3 : Répartition des bénéficiaires de l'APA à domicile en 2004 dans le département de l'Ain



Source : Conseil Général de l'Ain

Selon les hypothèses démographiques proposées par les projections Omphale de l'INSEE, le département de l'Ain compterait 4 404 personnes bénéficiaires de l'APA à domicile à horizon 2015, soit 1 366 personnes supplémentaires par rapport au chiffre de 2004.

A fin 2004, près de 94% des personnes âgées de 60 ans ou plus résidant dans l'Ain vivent à domicile. Le nombre de bénéficiaires de l'APA est en constante augmentation depuis 2002 : de 4 222 personnes en 2002, il est passé à 6262 au 31 décembre 2004 pour atteindre 6 875 personnes un an plus tard. Sur les 6 262 personnes bénéficiaires de l'APA en 2004, 3 038 résidaient à domicile. La majorité de ces bénéficiaires à domicile était classée en GIR 4, soit 1 767 personnes.

Les personnes handicapées.

La loi du 11 février 2005 portant sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (cf. page 14) donne pour la 1^{ère} fois une définition au handicap : *« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicape ou d'un trouble de santé invalidant. »*

Jusqu'à récemment, les personnes handicapées connaissaient un parcours essentiellement institutionnel. Les avancées de la médecine et celles des technologies, permettent désormais aux personnes atteintes de handicaps sévères ou de maladies évolutives de rester chez elles. Ce maintien à domicile, s'accompagne le plus souvent d'un isolement social. Ces deux facteurs concourent à la demande d'aide à domicile. Selon l'enquête SAPAD³, les personnes handicapées représenteraient sur le plan national, 3 % des bénéficiaires des services d'aide à domicile. Pour ces publics, il est estimé que près de 50 % d'entre eux sont en difficulté, voire même dans l'incapacité de se lever ou de se coucher tout seuls. La même proportion de personnes présente une incapacité partielle ou totale pour se nourrir. Un peu plus de 7 personnes sur 10 ne sont pas autonomes pour s'habiller et se déshabiller, de même qu'elles ne peuvent effectuer leur toilette sans aide.

En moyenne, les personnes handicapées prises en charge à domicile bénéficient d'un peu plus de 8 heures d'aide par semaine réparties en 5 visites hebdomadaires. Seules 10 % des personnes bénéficient d'un nombre égal ou supérieur à dix heures par semaine. 25 % des personnes handicapées sont également aidées le week-end (cf. enquête SAPAD).

³ Enquête SAPAD pour la DRESS, 2003, Solidarité et Santé n°1.

Les personnes handicapées dans le département de l'Ain

En région Rhône-Alpes, près de 160 000 personnes âgées de plus de 5 ans vivant à domicile seraient dépendantes sur le plan physique. Toutes ont besoin d'une aide quotidienne, le plus souvent apportée par un membre de la famille. Parmi ces personnes, près de 13 400 vivent dans le département de l'Ain.

La prévalence des différents types de déficiences présentes dans le département de l'Ain se situe dans la moyenne régionale. Quels que soient la tranche d'âge considérée, et le type de handicap, les femmes sont les plus nombreuses. En 2009, 7 752 personnes ont déposé au moins une demande à la MDPH. La base de données de cette dernière compte 12 804 personnes. Parmi elles, 621 bénéficient d'une PCH aide humaine dont 114 sont aidées par des associations prestataires. Les personnes handicapées du département présentent les déficiences suivantes :

Tableau 4 : Estimation de la population dépendante et handicapée vivant à domicile dans le département de l'Ain

	Confinées au lit ou au fauteuil	Ayant besoin d'aide pour la toilette ou l'habillement	Ayant besoin d'aide pour sortir	Ensemble
5-59 ans	190	1 590	2 740	4 520
60 ans et +	900	2 490	5 480	8 870
Ensemble	1 090	4 080	8 820	13 390

Source HID – Estimations ORS-DRASS – Avril 2005

B) Les publics non fragiles (données générales).

L'âge et le niveau de vie sont les déterminants fondamentaux de l'utilisation d'un service d'aide à domicile. Les moins de 40 ans recourent rarement à ces services, c'est le cas de 5,7 % des ménages de 30 à 39 ans et de 0,7 % de ceux de moins de 30 ans⁴. Ces familles cherchent à se décharger des tâches domestiques, soit par manque de temps, soit pour atteindre une meilleure qualité de vie ou rechercher une solution de garde pour leurs enfants.

La demande de service de garde d'enfants dépend à la fois du nombre d'enfants et de l'activité des familles, essentiellement des mères. Les périodes périscolaires concernent l'essentiel du recours à un service d'aide à domicile. Cette démarche émane également de couples ne disposant pas de solutions de garde en collectivité, ni auprès d'une

⁴ France, Portrait social, 2008.

assistante maternelle et ayant des activités professionnelles avec des horaires dits atypiques : très tôt le matin, tard en soirée, la nuit. Ce mode de garde reste cependant peu développé. Moins de 2 % des enfants sont gardés dans la journée à leur domicile. Le recours aux services à la personne pour prendre en charge les tâches ménagères reste marqué par les caractéristiques sociodémographiques de la famille. Le niveau de vie impacte fortement la probabilité d'accéder à ces services. Le coût des services n'est pas le seul facteur de frein. La catégorie sociale, indépendamment des considérations financières, influe sur la vision des tâches domestiques, et par conséquent, sur la propension plus ou moins grande à les déléguer. Le diplôme de la femme exerce une influence déterminante dans ce choix : un 1/3 des femmes cadres ou exerçant une profession libérale en couple utilise une aide payante contre 1 % des femmes ouvrières. Dans les milieux plus modestes, en sus de l'aspect financier, les conventions sociales poussent les femmes à accomplir elles-mêmes les travaux ménagers. La décision de sous-traiter les travaux ménagers dont le repassage intervient le plus souvent au moment d'un événement déclencheur : naissance, maladie, rupture Ces familles conservent le plus souvent le service après l'événement déclencheur, en diminuant cependant le temps d'intervention. Depuis 2007, la création d'un crédit d'impôt pour les ménages actifs permet d'ouvrir l'avantage fiscal à 15 % de ménages non imposables. Ce dispositif favorise l'accès des services à domicile à de nouvelles catégories d'usagers.

1.2 Les politiques publiques favorisant le maintien à domicile et le développement des services d'aide à domicile.

1.2.1 Du maintien à domicile à l'inclusion sociale des personnes handicapées.

A) Historique : les points clés de la construction du secteur.

Les premiers services d'aide ménagère sont nés pour la plupart après la seconde guerre mondiale. Leur création est motivée par deux raisons principales : éviter les hospitalisations pour les personnes âgées, isolées ou malades et aider les familles nombreuses de l'après-guerre. Les financements sont aléatoires et reposent le plus souvent sur la charité publique. En 1953, un décret réforme les lois d'assistance et constitue la base juridique de l'aide à domicile. L'assistance devient l'aide sociale.

Le rapport LAROQUE en 1962, est l'acte fondateur des politiques publiques du maintien à domicile des personnes vieillissantes. Il met l'accent sur les conditions de vie difficiles des personnes âgées alors que la France de l'époque est en pleine prospérité économique⁵.

⁵ LAROQUE P., 1962, *Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse*, Haut comité consultatif de la population et de la famille. Politique de la vieillesse.

Le rapport LAROQUE préconise d'intégrer les personnes âgées à la société, grâce à un soutien à domicile adapté leur permettant de mener une vie indépendante. En 1962, un décret d'aide sociale précise que l'aide sociale à domicile n'est plus dorénavant octroyée sous condition d'un état de santé défini, mais accordée chaque fois qu'elle est nécessaire pour éviter un placement en établissement spécialisé.

Dans les années 80, les pouvoirs publics au travers de l'aide à domicile, développent une politique tournée vers l'emploi. Le champ de l'aide à domicile devient un « gisement d'emplois ». Ils inaugurent les premiers dispositifs incitatifs par le biais d'une exonération des charges patronales pour les particuliers employeurs. Le dispositif reste ciblé sur les personnes handicapées et les personnes âgées de 70 ans et plus. En 1982, la circulaire dite FRANCESCHI, dans sa partie relative aux services de voisinage consolide l'aide ménagère, en lui apportant une définition de son rôle et de ses conditions de travail. Elle précise que l'aide ménagère exerce une profession à vocation sociale et qu'elle n'est pas une femme de ménage. Une nouvelle impulsion de cette politique est donnée par la loi du 31 décembre 1990. Cette loi inscrit le « champ des services à la personne » dans le cadre législatif français et crée le régime juridique actuel du secteur. Elle adopte plusieurs dispositions incitatives dont la réduction d'impôt de 50 % du montant des dépenses réalisées et le chèque emploi-service. Ce dernier vise à simplifier les démarches pour les employeurs.

Deux dispositifs d'exonération de charges vont coexister jusqu'en 1999, une exonération totale de charges sociales dans le cadre de l'emploi direct et une exonération partielle pour les associations. Ces mesures ont entraîné le développement des employeurs particuliers de manière substantielle. Ce mode d'intervention reste le plus répandu dans le secteur, encore aujourd'hui.

A partir du milieu des années 90, les politiques publiques ambitionnent de réguler le secteur, tant au niveau de l'offre que de la demande. Elles visent à améliorer la qualité du service rendu et la qualité des emplois. En 1996, le Centre d'Etudes et de Recherches sur les Qualifications (CEREQ) fait un constat sévère des politiques menées par les pouvoirs publics dans le champ de l'aide à domicile : « *Cette politique en faveur des emplois familiaux n'est accompagnée jusqu'en 1996 d'aucune exigence en matière de qualité du service rendu ou de qualification des salariés remettant ainsi en cause les efforts antérieurs consentis par le secteur sanitaire et social et par celui de l'aide ménagère. Cette absence de professionnalisation, combinée à la précarité des conditions d'emploi de ces nouveaux salariés et à l'image dépréciée des activités à domicile, va contribuer à assimiler les emplois familiaux à des petits boulots que l'on fait faute de mieux* »⁶.

⁶ CAUSSE L. FOURNIER C. LABRUYERE C. ,1998. *Les aides à domicile, des emplois en plein remue-ménage*, Paris : Edition La Découverte et Syros.

Plusieurs mesures sont promulguées à la suite de la loi du 29 janvier 1996. Elles concernent :

- 1) **La création du titre emploi service.** A l'instar du titre-restaurant, un organisme tiers peut venir abonder pour le financement de l'aide à domicile.
- 2) **La réforme du régime d'agrément.** Il est désormais ouvert aux entreprises d'insertion et aux entreprises privées. Deux niveaux sont introduits par la loi, l'agrément simple prononcé par le préfet de région et l'agrément qualité accordé par le préfet de département pour pouvoir intervenir auprès des publics fragiles.
- 3) **L'extension des avantages fiscaux au secteur lucratif.** Sous pression du CNPF (devenu depuis le MEDEF), le champ de l'aide à domicile est ouvert au secteur lucratif pour favoriser l'emploi, diversifier et structurer l'offre de services. La loi étend les avantages fiscaux aux entreprises prestataires de services. Elle instaure également un taux de TVA réduit de 5,5 % pour les entreprises. Cette disposition fait suite à une directive européenne qui condamne la distorsion de concurrence entre les associations dispensées de TVA et le secteur lucratif.
- 4) **L'exonération totale des cotisations patronales de sécurité sociale pour les associations.** Cette exonération est limitée aux contrats à durée indéterminée, ce qui va limiter la portée de la loi.
 - B) **L'APA, une loi fondamentale pour le développement des services d'aide à domicile en direction des personnes âgées.**

Instituée par la loi du 20 juillet 2001, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) fait suite à la prestation spécifique dépendance. L'objectif vise à améliorer la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, en leur permettant de solvabiliser les aides dont elles ont besoin pour l'accomplissement des actes de la vie courante. L'APA est une prestation universelle et n'est pas soumise à condition de ressources. Un barème national garantit l'égalité de versement de l'aide sur tout le territoire. Il prévoit une participation des bénéficiaires en fonction de leurs ressources.

L'APA consiste en une aide forfaitisée selon le degré de dépendance. Elle est versée aux personnes de 60 ans et plus, en situation de perte d'autonomie. Celle-ci est évaluée par une équipe médico-sociale (médecin et travailleur social), selon la grille nationale AGGIR. Elle permet de classer la dépendance selon six niveaux et dix sept variables (se reporter à l'annexe 3). Seuls les quatre premiers GIR de la grille AGGIR ouvrent droit à l'APA, que les bénéficiaires se trouvent à domicile ou en établissement, à condition qu'ils répondent aux critères d'âge et de résidence (résidence stable et régulière en France). L'équipe médico-sociale élabore un plan d'aide individualisé qui peut comprendre plusieurs prestations de nature à compenser la perte d'autonomie dont l'aide ménagère, les aides techniques, l'adaptation du logement, les protections, la livraison de repas et la téléassistance.

La loi du 21 juillet 2001 a véritablement « solvabilisé » la demande et constitué un levier très important pour le développement des services à la personne.

C) La loi du 2 janvier 2002 : acte fondateur de la branche de l'aide à domicile en tant qu'acteur du champ social.

Réformant la loi N° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale transforme en profondeur les règles d'organisation et de fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Elle décrit les quatre fondements de l'action sociale et médico-sociale (article 2 de la loi) : l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, la prévention des exclusions et la correction de leurs effets.

Quatre grandes catégories de populations fragiles sont visées. : l'enfance et les familles en difficulté, les personnes handicapées, les personnes âgées et les personnes en situation de précarité et d'exclusion. La loi dresse, dans son article 15, la liste des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Elle intègre désormais dans son champ d'activité les services d'aide à domicile. Selon l'article L.312-1 : « *sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leurs apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale [...] qui accueillent des personnes adultes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leurs assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert* ». Les services d'aide à domicile aux familles d'abord écartés de la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux ont été réintégrés en 2005 dans le champ de la loi.

En inscrivant les services d'aide à domicile dans le champ du secteur social et médico-social, la loi du 2 janvier 2002 constitue un acte fondateur pour la branche de l'aide à domicile et représente une réelle reconnaissance pour ce secteur. Trois points ont une portée conséquente pour les services d'aide à domicile :

- 1) **L'instauration de la notion de prestation et la demande d'autorisation** : l'autorisation incluse dans la loi du 2 janvier 2002 vise les services prestataires et introduit la tarification des prestations.
- 2) **La continuité de service 7i/7** : cette continuité de service est rendue obligatoire pour les associations, en particulier pour les GIR les plus dépendants.
- 3) **Le développement des outils de communication** : la loi introduit le livret d'accueil.

D) La loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

La loi du 11 février 2005 rénove en profondeur la loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées. Elle introduit des changements majeurs dans la conception de la prise en charge du handicap et se fixe 4 objectifs dont ⁷:

- 1) **Mise en œuvre du droit à compensation** visant à financer les surcoûts de toute nature liés aux conséquences du handicap de façon à rétablir une forme d'égalité des chances. (exercice d'une citoyenneté pleine et entière): aides techniques, humaines et financières.
- 2) **Garantir des ressources d'existence** décentes lorsque la personne handicapée est dans l'incapacité totale de travailler.

Selon l'article 11 de la loi, « *la personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge et son mode de vie. Cette compensation consiste à répondre à des besoins, inscrits dans un plan élaboré en considération des besoins et des aspirations de la personne handicapée exprimés dans un projet de vie, par elle-même ou son représentant légal, si elle n'est pas en mesure d'exprimer son avis.* »

Ce droit à compensation du handicap (PCH) a une portée pour les services d'aide à domicile. Les besoins couverts sont regroupés en cinq grandes catégories⁸, dont l'aide humaine. Celle-ci couvre exclusivement les actes essentiels de la vie, à savoir : la toilette, l'habillement, l'alimentation, l'élimination, les déplacements à l'intérieur du logement et à l'extérieur, la participation à la vie sociale. Le référentiel pour l'accès à la PCH détermine les temps nécessaires maximaux pour chaque catégorie d'activité. Le temps est quantifié sur une base quotidienne, puis calculé annuellement. L'aide humaine est subordonnée à la reconnaissance d'une difficulté absolue pour la réalisation d'un acte essentiel lié à l'entretien personnel ou aux déplacements, ou d'une difficulté grave pour la réalisation de deux de ces actes. La personne bénéficiaire de cette prestation peut la mettre en œuvre à travers trois modes différents : le recours à l'emploi direct, l'utilisation d'un service prestataire, ou le dédommagement d'un aidant familial.

⁷ Le 1^{er} objectif concerne l'amélioration de la prévention des handicaps et leur aggravation, le dernier concerne l'intégration en milieu scolaire dans l'emploi et dans la cité.

⁸ Aides humaines, aides techniques (appareillages et matériels), aménagement du logement et du véhicule, charges spécifiques ou exceptionnelles et aide animalière.

E) Le 5ème risque ou la question de la dépendance.

La notion de dépendance définit une incapacité à accomplir seul les actes élémentaires de la vie quotidienne : s'habiller, se laver, se déplacer, manger et les tâches domestiques : faire les courses, cuisiner, faire le ménage. Elle n'est pas exclusivement liée à l'âge et à l'état de santé. Elle concerne à la fois les personnes âgées, les personnes malades ou handicapées.

La dépendance devient un nouveau champ du risque social. Dans son livre : « Comprendre les politiques d'action sociale », Valérie LÖCHEN, souligne que « *les enjeux autour de la dépendance, interrogent la capacité du système actuel de couverture des risques à prendre en compte de nouveaux besoins. La dépendance prend une ampleur significative, en raison de l'allongement des l'espérance de vie, les mutations sociales qui diminuent les solidarités familiales et l'élan en faveur du maintien à domicile* ».

Le projet de réforme, annoncé en 2008, sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque (en complément des quatre autres risques couverts que sont la maladie et la maternité, les accidents du travail, la famille et la vieillesse), pose deux principes fondamentaux :

- 1) Garantir la liberté effective de choix des personnes âgées dépendantes et de leur familles, entre l'hébergement à domicile et celui en institution.
- 2) Mettre en place des solutions de financement pérennes pour diminuer les montants restant à charge des plus modestes et des classes moyennes.

Et vise à atteindre deux objectifs :

- 1) Réformer les circuits de financements de la dépendance jugés trop complexes et dans l'incapacité de gérer à long terme la solidarité nationale.
- 2) Mettre en œuvre un droit universel de compensation et d'évaluation des besoins d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie quel que soit leur âge.

La création du 5^{ème} risque pose principalement la question du vieillissement de la population et le défi pour la société de faire face à l'allongement de la durée de vie. On estime qu'en 2020 1,3 millions de personnes pourraient se trouver en situation de dépendance et environ 2,1 millions en 2040. Cette catégorie de population s'accroît de deux cent mille personnes chaque année. Les pistes choisies par le gouvernement viseraient à assurer un financement « soutenable » de la dépendance pour la collectivité et tout particulièrement pour les départements. Celles-ci s'orienteraient vers un « risque mixte » comprenant un premier socle de financement par la solidarité nationale sur lequel viendrait s'articuler un second niveau alimenté par l'effort d'épargne des personnes elles-mêmes et encouragé par des incitations fiscales. Initialement annoncé pour 2009, puis

repoussée après le débat sur les retraites de 2010, le 5^{ème} risque ne figure plus à l'agenda social du gouvernement pour 2010. La question devrait être abordée en 2011.

Parallèlement au projet de réforme sur le 5^{ème} risque, Nora BERRA, Secrétaire d'Etat chargée des aînés lance en février 2010, la mission « Vivre chez soi, autonomie, inclusion et projet de vie ». Elle porte sur six volets : faire un état des lieux, proposer des préconisations concrètes et construire les outils juridiques, réglementaires, financiers, techniques et organisationnels nécessaires au « vivre chez soi ». Elle vise à « *encourager la mise en place d'un diagnostic pour favoriser l'autonomie à domicile, améliorer la mobilité, la sécurité des personnes âgées chez elles et renforcer la prévention des discriminations* » (Nora BERRA). La coordination de la mission est confiée au Centre national de référence (CNR), et pilotée par un collectif composé de la CNAM, la CNAV, la CNSA et la CCMSA (se reporter à l'annexe 2).

1.2.2 De l'ouverture des services aux entreprises à la directive européenne sur les services.

A) La loi des services à la personne du 26 juillet 2005 ou plan BORLOO.

Le Conseil Economique et Social a fait un bilan en 2004 de la politique de soutien des emplois à domicile. Il en ressort trois points principaux : le secteur emploie 1 300 000 personnes. Il progresse à un rythme régulier de 5 % par an depuis 15 ans et le travail non déclaré représenterait 200 à 300 000 emplois à temps plein. Cette étude qualifie le secteur de fort potentiel de développement. Face à ce constat, le ministère de l'Emploi sous la compétence, de Jean-Louis BORLOO, va développer une politique ambitieuse de l'emploi au travers des services à la personne. Elle débouche sur l'adoption début 2005, du plan national des services à la personne et sur la loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne. Le plan s'organise autour de trois programmes cadres pour agir sur l'offre et la demande de services. Le premier vise à identifier les freins au développement du secteur : déficit de notoriété, métiers peu attractifs en raison de la faiblesse des rémunérations, généralisation du temps partiel, carence des outils de management prospectifs. Le second cherche à identifier les leviers capables de soutenir le développement.

Le troisième programme élabore une politique en trois axes et dix-neuf actions (Se reporter à l'annexe 2) pour soutenir l'offre et la demande de services. Toutes les actions relatives à la réglementation sont reprises dans la loi du 26 juillet 2005. Les principales mesures sont :

- La création des enseignes nationales pour faciliter l'accès aux services.
- La création d'une Agence nationale des services à la personne (ANSP) chargée de promouvoir le développement et la qualité des services à la personne.

- L'allégement des charges pesant sur les services à la personne : allègement forfaitaire de 15 points des charges pour le mode mandataire et suppression de toutes cotisations patronales de sécurité sociales pour le prestataire.
- La mise en place du CESU : Chèque Emploi Service Unifié.
- La procédure d'agrément national recentrée sur des critères de qualité.
- La mise en place d'un plan de développement de la qualité.

La loi du 26 juillet 2005 révisé intégralement les titres du code du travail relatifs aux activités des services à la personne et définit les activités (se reporter à l'annexe 1). Selon ce plan, le gouvernement vise la création de 500 000 emplois sur trois ans, ce qui multiplie par deux le rythme des créations d'emplois. Pour amplifier les demandes de services, le plan mise sur les exonérations de charges, le temps que les activités se structurent, deviennent productives, et que le consommateur soit prêt à payer le coût réel des services. « *Le plan BORLOO ambitionne une mutation de société par une éducation à la consommation de services sur les lieux de vie et une structuration d'une offre de qualité* »⁹. Pour agir sur l'offre, la loi ouvre largement le marché des services à la personne aux entreprises privées. Une nouvelle forme de concurrence se met en place entre le secteur marchand et les associations sur toutes les activités de services et sur tous les publics, qu'ils soient fragiles ou non.

En 2009, la Cour des comptes fait un bilan plutôt mitigé du premier plan. Elle juge que les pouvoirs publics n'ont pas fait un choix clair entre deux objectifs peu compatibles : cibler les aides sur les personnes les plus vulnérables ou rechercher à tout prix la création d'emploi. Elle demande que ces deux objectifs soient « précisés et hiérarchisés ». Elle constate que l'ANSP peine à obtenir le consensus indispensable permettant d'améliorer la qualité des prestations par une meilleure professionnalisation des salariés, et le secteur reste peu attractif pour les demandeurs d'emploi. Elle réclame de pouvoir diligenter les contrôles nécessaires au respect des exigences de l'agrément qualité. La Cour des comptes déplore également un coût élevé du plan (6,5 milliard d'euros en 2009), dont les aides bénéficient davantage aux ménages les plus aisés par le biais des exonérations fiscales. Elle suggère de cibler les aides, à l'avenir, sur les personnes les plus vulnérables et d'envisager la sortie progressive de certains dispositifs.

A contrario, l'Inspection générale des finances, dans son document d'orientation sur les services à la personne, dresse un bilan positif du plan : « *le pari du plan I de créer des emplois sans coût supplémentaire pour la collectivité est gagné* », et encourage à poursuivre le plan pratiquement sans changement pour asseoir le processus engagé :

⁹ Inspection générale des Finances, septembre 2008, *Les services à la personne : bilan et perspectives. Document d'orientation.*

« une dynamique de forte croissance des entreprises privées, et de façon plus générale des structures produisant des services pour tous les français, s'est installée. ».

B) Le régime de l'agrément qualité : le droit d'option entre autorisation et agrément qualité.

La loi du 26 juillet 2005, modifie le régime d'agrément qualité. Si l'agrément simple est donné sans contrôle, l'agrément qualité est rendu obligatoire pour les associations ou entreprises dont le champ d'activité concerne les publics fragiles : garde d'enfant, assistance aux personnes âgées ou handicapées et pour les personnes ayant besoin d'une aide à la mobilité. Il est délivré par la Préfecture, via les ex directions du travail et après avis du Conseil Général pour une validité de 5 ans. Sa validité couvre l'ensemble du territoire national. Les structures agréées bénéficient des dispositions de l'article L.129-3 et L.129-4 du code du travail, à savoir : les réductions d'impôt, l'exonération des charges sociales patronale et le taux réduit de TVA. Entre 2005 et fin 2006, le nombre de structures agréées est passé de 5 500 à plus de 11 000. L'essentiel des nouvelles demandes concerne l'agrément simple sollicité par les entreprises positionnées majoritairement dans les agglomérations.

Le régime d'agrément du code du travail vient se juxtaposer avec la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et le régime de l'autorisation. De fait, un droit d'option est ouvert aux créateurs et gestionnaires des services d'aide et d'accompagnement à domicile, soit pour choisir la procédure d'autorisation, soit pour choisir l'agrément. Seules les structures disposant de l'agrément qualité ont l'obligation de procéder à une évaluation externe tous les 5 ans. La certification obtenue par l'organisme agréé le dispense de procéder à l'évaluation externe. Dans la pratique, certaines associations ont choisi de cumuler le régime de l'autorisation et celui de l'agrément.

C) La directive européenne sur les services et services à la personne.

Adoptée fin 2006 par le Conseil et le Parlement européen, la directive vise à organiser le marché intérieur des services en favorisant le libre établissement des opérateurs et la libre prestation. Le processus de transposition de la directive est effectif dans le droit français depuis le printemps 2010.

La situation des services à la personne en France au regard de la directive européenne diffère selon que le service est régi par le régime de l'autorisation prévu par la loi 2002/2 ou qu'il soit soumis à l'agrément prévu par la loi du 26 juillet 2005. Dans le 1^{er} cas, le recours aux financements publics et le passage par la procédure d'appel à projet prévue par la loi HPST de juillet 2009 pour obtenir l'autorisation, permettent aux services d'être exclus de la directive. En revanche, les services à domicile autorisés sans passer par la procédure d'appel à projet relèvent du champ de la directive des services. Il en est de même pour les services agréés, qui restent dans le champ de la directive. Le régime de

l'agrément qualité est en cours de réforme pour supprimer certaines exigences interdites par la directive, à savoir : la condition d'activité exclusive (en vertu de laquelle, un service d'aide à la personne ne peut pas exercer une activité dans un autre domaine) et l'obligation d'implantation du siège social sur le territoire national. L'agrément simple devrait être prochainement transformé en régime déclaratif.

Réflexions, en guise de conclusion autour des politiques

L'APA a fortement contribué à solvabiliser la demande des populations âgées dépendantes, et par voie de conséquence à dynamiser l'activité des services d'aide à domicile. La loi du 2 janvier 2002, a donné une légitimité au secteur dans le champ social et médico-social. En 2005, la loi Borloo est venue se juxtaposer aux acquis de la loi du 2 janvier 2002. L'orientation du plan répond à une conception marchande et concurrentielle du développement économique. Pour autant, les services à la personne se positionnent également auprès des publics fragilisés. Depuis 2005, la concurrence s'accroît nettement entre le secteur associatif et les entreprises. En l'absence d'un véritable processus d'évaluation de la qualité, la concurrence se fait essentiellement par les prix, ce qui soulève des questions : quid de la professionnalisation et des efforts qualitatifs engagés depuis 2002 ? Va-t-on vers la marchandisation des services et des métiers du champ social ? Confrontées à cette évolution, les associations réclament une procédure unique pour les services en direction des personnes fragiles pour préserver une exigence de qualité et de professionnalisation. Elles considèrent que seul le régime de l'autorisation permet de faire la distinction entre publics fragiles et non fragiles.

1.3 Diagnostic du réseau ADMR de l'Ain

1.3.1 Le projet ADMR et historique des événements marquants.

- A) De 1945 : « temps des pionniers » aux années 2000 : temps de la « diversification et de la croissance ».

L'ADMR est issue du mouvement familial rural, né avant la seconde guerre mondiale. Après la guerre, le monde agricole est confronté à deux problèmes interdépendants : le départ des jeunes filles vers les villes et la dégradation des conditions de vie. Les pionniers des services à domicile imaginent une solution commune : aider les familles rurales tout en fournissant un vrai métier aux jeunes filles issues du même milieu. Ils viennent de la Jeunesse agricole catholique (JAC) et du Mouvement familial rural (MFR). L'Union nationale des Aides Familiales Rurales se crée le 14 janvier 1946. Elle prend son autonomie par rapport au MFR. Le réseau se développe sur la base « d'une aide familiale pour une association et une association par village ». En 1949, les aides familiales prennent le statut de « travailleuses familiales ». L'activité développée presque exclusivement en direction des familles sera maintenue pendant près de 20 ans.

Au début des années 70, l'entrée des Conseils Généraux dans l'aide sociale à l'enfance fait évoluer l'aide à la famille en aide sociale à la famille. Pour la première fois, le mouvement familial rural s'implique auprès de familles dont l'équilibre est durablement et profondément rompu, et pour des missions à long terme. Ces missions tranchent radicalement avec celles jusqu'à présent assumées. Ce changement conduit à une évolution du secteur vers le social. En 1976, le mouvement familial rural devient Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR). Il concrétise ainsi le changement d'orientation vers des actions diversifiées pour aider les personnes à bien vivre chez elles. Les valeurs familiales traditionnelles portées par l'organisation évoluent vers des valeurs « humanistes » et universelles. Dans les années 80, le réseau développe de nouvelles activités : gestion de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), création d'associations mandataires et intermédiaires, prise en charge des personnes handicapées.

A la fin des années 80, l'ADMR dispense une aide majoritairement tournée vers les personnes âgées dépendantes. En 1990, le mouvement réécrit ses valeurs. Il affirme la pluralité de son action à travers le concept de « l'aide à tous » et inscrit ses champs d'intervention dans l'aide à domicile, le maintien de la population en milieu rural et le développement rural à travers la création d'emplois. En 1994, le mouvement adopte le projet politique actuel et détermine quatre champs de l'action de l'ADMR : l'aide à la vie quotidienne, l'action socio-éducative, la santé, et le développement local.

B) Les années 2000 : la structuration du réseau, la professionnalisation et le plan des services à la personne.

La mise en place de l'APA en 2002 a un effet immédiat sur le développement du réseau. Une croissance forte de l'activité impacte les associations tournées vers des publics fragiles. Pour répondre à la demande, le réseau se lance dans un premier temps dans la professionnalisation du personnel d'intervention à travers le développement des actions de formation et de qualification. Le diplôme d'Etat d' « auxiliaire de vie sociale », créé en 2002, est le premier diplôme du secteur social ouvrant droit à la validation des acquis de l'expérience (VAE). L'ADMR se saisit de ce dispositif pour valider l'essentiel du personnel qualifié dont elle a besoin.

Pour améliorer la visibilité, l'accueil des publics et se créer une identité, le réseau développe au début des années 2000 le concept de la « Maison des services ». Il ouvre des permanences reconnaissables par des enseignes, une vitrine et une configuration du local commun à toutes les associations. Les responsables bénévoles ayant jusque là développé leur action à partir de leur propre domicile, s'organisent désormais autour de la « Maison des services ».

En 2005, le plan des services à la personne engage l'ADMR à devoir concilier deux logiques : une logique d'action sociale principalement dirigée vers les publics fragilisés, et une logique de service pour les personnes non fragiles. La frontière entre la prise en charge des personnes fragilisées et non fragilisées, est de moins en moins marquée.

1.3.2 Les bénévoles ADMR : la force d'un réseau.

L'ADMR est structurée autour du bénévolat. Près de 110 000 bénévoles participent à la gestion quotidienne des associations locales. Ils animent, gèrent et supervisent les équipes salariées d'intervention, et participent à l'évaluation des besoins et des demandes des personnes. Ils sont également porteurs de projets. Leur mission essentielle se situe dans le lien social : capacité à détecter et à analyser les besoins des populations locales, à créer des réseaux de proximité et à exercer un rôle de veille sociale. Les bénévoles à l'ADMR restent des militants, fortement impliqués dans la vie locale et garants du projet politique de l'ADMR. Pour les accompagner et consolider la prise de responsabilité, les fédérations départementales mettent en place des formations.

1.3.3 Le réseau ADMR de l'Ain : des mutations accélérées pour répondre aux enjeux du secteur.

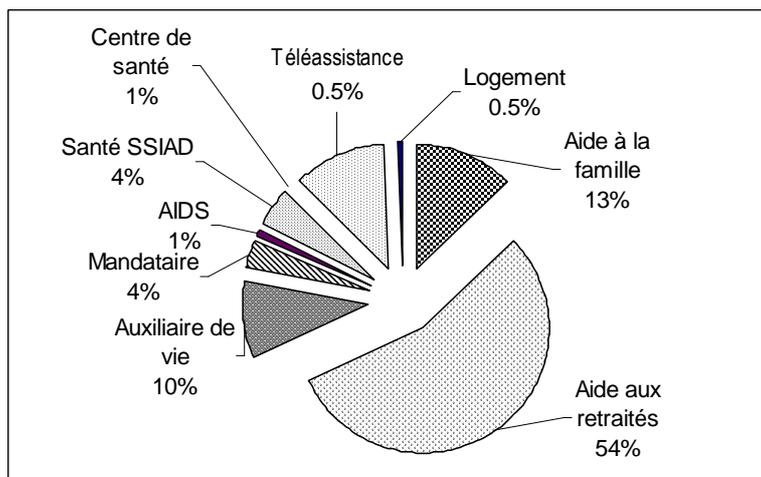
Le réseau ADMR de l'Ain regroupe un réseau de 26 associations locales œuvrant dans le champ de l'aide et des soins à domicile dont 21 associations d'aide à domicile. En 2009, 1 023 salariés aides à domicile du réseau ADMR de l'Ain sont intervenus auprès de 6 200 personnes. 450 bénévoles assurent l'encadrement et l'animation du réseau.

Le réseau est structuré par la fédération départementale dont le rôle s'articule autour de 4 missions principales qu'elle effectue pour le compte de l'ensemble des 26 associations : le soutien technique (dossiers de financements, paie, facturation, comptabilité), l'animation (formation, commissions techniques), le développement (aide à la création de nouvelles associations ou activités), la représentation (auprès des pouvoirs publics et organismes financeurs).

Depuis 10 ans, le réseau ADMR de l'Ain fait face à des évolutions majeures agissant sur son organisation (cf. point 1.1.2). Ces réformes ont favorisé sa croissance, concrétisée par un doublement de l'activité en 9 ans, entre 2000 et 2009. Cette situation a demandé aux responsables bénévoles et administratifs de faire évoluer constamment les organisations, et de recruter en masse pour faire face aux nouvelles demandes. La rapidité de ces évolutions¹⁰, facteur de dynamisme et de réactivité, se révèle cependant être également une source de fragilité pour le réseau.

¹⁰ Aux politiques publiques, peuvent s'ajouter la mise en place des 35 heures, la modulation du temps de travail, la généralisation de l'informatique.

Tableau 5 : Activité 2009 par service



A) Synthèse des forces et faiblesses : une assise solide mais des carences fonctionnelles réelles.

Forces et leviers	Les points de faiblesse
Gouvernance- Projet	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Stabilité de la gouvernance pendant 30 ans. ■ Un projet politique fort et « simple » dans sa philosophie. Il favorise l'adhésion et la fédération des équipes. ■ L'implication des bénévoles garants du projet et de la dimension sociale du service. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Départ du directeur après 30 années de direction
Aspects sociaux	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Des équipes globalement impliquées et sensibles aux valeurs portées par le réseau. Des conditions de travail nettement améliorées par la modulation du temps de travail, la généralisation des temps de coordination des plannings et des groupes d'analyse des pratiques, la mise en place de la télégestion. ■ Un plan de formation doublé au regard des obligations légales. ■ Des temps de travail en constante augmentation (En 2001, la moyenne des 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Des recrutements principalement opérés dans « l'urgence » d'où une difficulté à identifier les savoir-faire et les savoir-être. Une pénurie de main d'œuvre qualifiée chronique (qui va encore s'aggraver dans les années à venir) et une difficulté à recruter des personnes réellement attirées par le secteur. ■ Une optimisation des compétences et des qualifications insuffisante. ■ La baisse des financements constitue une remise en cause des efforts de qualification. Une démarche de professionnalisation

<p>contrats était à 66 heures contre 100 heures en 2009).</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Des responsables bénévoles impliqués dans le soutien des équipes d'intervention. 	<p>concentrée sur les intervenants au détriment de la formation des équipes d'encadrement de terrain.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Des responsables bénévoles pas toujours à l'aise dans leur fonction d'employeur, en difficulté dans les situations de conflit ou de management au quotidien.
Environnement - Partenariat	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Légitimité reconnue par les pouvoirs publics et les financeurs. ■ Une pratique de collaboration avec les collectivités et les autres associations du secteur. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Arrivée en force de la concurrence. ■ Une difficulté à satisfaire les exigences liées au régime de l'autorisation tout en opérant dans le cadre du plan Borloo. Si les valeurs portées par la loi du 2 janvier 2002 correspondent aux valeurs du réseau, le plan des services à la personne s'inscrit dans une logique purement économique.
Développement	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Le développement des dix dernières années a été un facteur de prospérité économique et de modernisation. ■ L'organisation en réseau est un atout pour mutualiser les moyens tout en favorisant une réponse de proximité. ■ Impliquée auprès de différents publics, l'ADMR est souvent pionnière pour développer de nouvelles activités et répondre à de nouveaux besoins. Sa capacité à gérer un « bouquet de services » est un atout, de même que son implantation au cœur des territoires. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ La crise actuelle impacte la croissance et fait craindre une détérioration importante des moyens économiques. Elle se concrétise par une limitation des heures d'aide ménagère inscrites aux plans d'aide aux personnes fragilisées. ■ Le public fragilisé, traditionnellement aidé par le secteur associatif, peut désormais se tourner vers les entreprises. L'absence de lisibilité de la qualité des prestations encourage une sélection essentiellement tarifaire. La mise en place du CESU accentue cette tendance. ■ Une communication insuffisante : le réseau, habitué à voir venir la demande sans avoir besoin de la solliciter depuis 2002, doit assimiler une politique de communication externe qui n'entre pas jusqu'à présent dans la culture de l'association.
Qualité	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Une professionnalisation engagée au début des années 2000, facteur de qualité. ■ Des responsables bénévoles soucieux du bien être des personnes et de la dimension 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les étapes liées à l'accueil du client, à l'évaluation des demandes, à la préparation des interventions et au suivi des prestations

<p>sociale des réponses apportées.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ La contractualisation du service et le livret d'accueil en passe d'être généralisés. ■ Des salariés essentiellement motivés par la volonté de bien faire et de privilégier la relation sociale. ■ Le réseau est autorisé dans le cadre de la loi du 2 janvier 2002 et a obtenu un nouvel agrément simple et un agrément qualité en février 2007 dans le cadre de la loi de juillet 2005. 	<p>sont insuffisamment élaborées et ne permettent pas toujours de construire une réponse totalement individualisée. Les méthodes employées sont laissées à l'initiative des personnes. Il n'existe pas suffisamment d'outils, ni de procédures, ni de réflexions concertées sur ces questions.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ La gestion des remplacements est un point faible dans l'organisation des services. ■ Une démarche de vérification de la satisfaction des clients pas régulièrement réalisée et des réclamations mal exploitées pour améliorer le service et faire évoluer les prestations pour les adapter aux besoins et attentes des publics. ■ Une complexité du secteur : pluralité des publics, des besoins et des attentes, des lieux d'exercice des prestations. Cette diversité engendre la complexité de la réponse à apporter. ■ Une raréfaction des financements alors que certains publics nécessitent une prise en charge continue (deux à trois passages par jour). Le temps passé chez la personne se réduit (1/2 heure) au détriment de la relation, de la qualité des prestations et des objectifs de bientraitance pour les usagers, mais aussi pour les salariés.
Aspects financiers	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Une situation saine : résultat d'une gestion en « bon père de famille » et du Conseil Général ayant accompagné par la tarification, la professionnalisation du réseau. ■ Une pluralité des activités qui permet au réseau de ne pas menacer son équilibre financier lorsqu'une activité est en baisse. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un changement radical des conditions financières. La prospérité a fait place à une dégradation subite des financements publics alors que le niveau d'exigence est en augmentation. Comment concilier qualité et professionnalisation avec moins de moyens ? ■ Insuffisance des tableaux de bord de gestion, de suivi budgétaire, d'analyses économiques. ■ La mutualisation des moyens, bien que réelle, reste insuffisante.

A partir de ce diagnostic, je souhaite mettre l'accent sur les points de faiblesse qui, conjugués à un environnement économique plus difficile et à une concurrence de plus en plus forte, nécessitent d'impulser de nouvelles pratiques et d'opérer des changements.

B) Un équilibre difficilement trouvé entre croissance quantitative et qualité des prestations.

Le réseau ADMR de l'Ain est globalement reconnu pour les efforts mis en œuvre pour professionnaliser ses équipes d'intervention et offrir des prestations de qualité. Il n'en demeure pas moins que la qualité des prestations doit être encore améliorée. Trois facteurs sont à mon sens, à l'origine d'une démarche qualité inachevée :

- 1) **Les mutations profondes du secteur** ont été un facteur d'instabilité. L'accélération de dispositifs législatifs depuis le début des années 2000 a fortement contribué à fragiliser le réseau. Or, la stabilité est une condition nécessaire pour structurer, construire et diffuser des processus de service de qualité.
- 2) **La croissance forte des dix dernières années** a nécessité un renforcement des moyens humains (+ 633 salariés en solde positif, en 10 ans), avec un personnel faiblement qualifié. Le réseau a mobilisé l'essentiel de ses moyens pour les intégrer et les former. Pour autant, le turn-over reste important : En 2009, le réseau a embauché 412 salariés (CDD compris) et a enregistré parallèlement 356 départs, soit un solde positif de 56 salariés. Cette situation n'est pas propre au réseau ADMR de l'Ain. Les emplois à domicile constituent le plus souvent un tremplin professionnel pour aller travailler dans d'autres secteurs, notamment celui du sanitaire plus attractif. La stabilité des équipes d'intervention est nécessaire pour l'acquisition d'expérience et de compétences. La capacité de l'ADMR de l'Ain à attirer de nouveaux candidats et à conserver les équipes en place est un défi à relever pour améliorer la qualité.
- 3) **La spécificité du secteur et l'arrivée de nouveaux publics à aider** . L'ADMR prend en charge des besoins hétérogènes dans des domiciles tout aussi hétérogènes. L'arrivée des nouveaux publics, et notamment celui des personnes non fragilisées a encore complexifié la nature de la réponse à apporter. S'adapter en permanence est une composante difficile à mettre en œuvre pour le personnel d'intervention.

C) La fonction d'encadrement intermédiaire de terrain : en difficulté pour assurer pleinement rôles et missions.

Le réseau ADMR de l'Ain a créé en 2007 les postes d'assistant technique pour soutenir les responsables bénévoles dans différents domaines dont la gestion du personnel, la recherche de solutions personnalisées pour les personnes aidées, et pour l'amélioration de la qualité.

Actuellement au nombre de dix, Ils sont embauchés par une seule association ou par deux ou trois ensemble. Bien que leur utilité ne soit pas remise en cause, notamment par le fait, que leur arrivée a contribué à soulager la tâche des bénévoles, ils peinent néanmoins à assurer pleinement leur rôles et leurs missions et à créer une cohérence d'action. J'analyse cette situation sous deux angles : la première réside dans la formation initiale du salarié qui influence la fonction. Les salariés sont issus principalement des carrières sociales (assistant social ou conseiller en économie sociale et familiale), ou de l'animation. Ils axent de fait leur action sur leurs domaines de prédilection, ce qui a pour effet de produire de grandes disparités dans la traduction opérationnelle sur le terrain. La seconde réside dans l'inexpérience des postulants. La plupart des personnes recrutées sont jeunes, avec une très faible expérience professionnelle. Elles sont en difficulté pour trouver le bon positionnement au sein des équipes, notamment dans leurs rapports avec les responsables bénévoles, les équipes d'intervention et les publics aidés.

Ces deux facteurs sont à la fois la cause et la conséquence d'une absence d'identité de la fonction et d'un contour de missions insuffisamment défini. Ces postes ont néanmoins pour vocation d'être les vecteurs de la professionnalisation des équipes d'intervention et doivent concourir directement à l'amélioration de la qualité des prestations. Il est indispensable de réajuster leurs pratiques pour faire face aux écueils rencontrés et rendre leur action plus efficace.

D) La complexité du secteur : une insuffisante appréhension des besoins et attentes des publics.

Accaparés par la gestion de la croissance, le réseau a délaissé en partie les enjeux de la qualité. Intervenir auprès d'une pluralité de publics, dans des environnements toujours différents avec des dispositifs très diversifiés engendre des difficultés dans la réponse du personnel d'intervention. Les besoins et attentes sont souvent flous, et la plupart du temps insuffisamment exprimés lors de l'évaluation initiale. Ils évoluent dans le temps, ce qui nécessite des ajustements permanents que doit partager l'ensemble des intervenants. Cette complexité, inhérente au secteur d'activité est prise en compte par le réseau ADMR de l'Ain sur le mode « subi », comme une nécessaire adaptation sans qu'il ait eu vraiment de réflexion de fond autour de ces questions.

Le diagnostic du réseau ADMR de l'AIN pose clairement le défi à relever. L'organisation à mettre en œuvre et le mode de gouvernance doivent viser une meilleure prise en compte de la diversité des besoins et attentes des personnes par un changement des pratiques professionnelles. Il s'inscrit dans un contexte en forte mutation, que ce soit sur le plan de l'environnement avec l'ancrage de la concurrence, que sur celui de la pénurie des moyens financiers.

2 COMPRENDRE LA COMPLEXITE DE L'AIDE A DOMICILE ET L'EVOLUTION DE SON ENVIRONNEMENT.

2.1 Travailler à domicile : quand la diversité des publics engendre la complexité des réponses à apporter.

2.1.1 Appréhender la complexité.

Le secteur de l'aide à domicile est complexe. Avant de tenter de décrire cette complexité, il est utile d'en appréhender le terme. Le dictionnaire de la langue française donne une définition succincte : « *qui contient plusieurs idées, plusieurs éléments* »¹¹ et renvoie à la notion de complication. Edgar MORIN, sociologue, apporte son analyse sur le sujet, dans une publication de 2002 : « *A propos de la complexité* ». Pour lui, le mot souffre d'une absence de définition. « *Dire que c'est complexe, c'est se résigner à l'incapacité de décrire, à l'incapacité de sortir d'une confusion de l'esprit, de constater un mélange non analysable* ». C'est toujours pour Edgar MORIN, un aveu d'impuissance. Ce qui est complexe, c'est qui ne peut ni être réduit, ni être simplifié. « *La complexité est un défi à la connaissance, elle est le contraire d'une réponse* » et Edgar MORIN de poursuivre, « *un système est à la fois plus et moins que la somme des parties* », « *il faut concevoir l'unité du divers et la diversité de l'un* ».

Intervenir à domicile combine une pluralité de facteurs interactifs, plus ou moins difficiles à rationaliser. C'est la pluralité des éléments mis ensemble qui crée la complexité et non pas chaque élément pris dans son individualité. Chaque prestation à domicile induit deux dimensions, tantôt en complémentarité, tantôt en contradiction, que le client aura sa manière propre de combiner :

- 1) Une dimension technique : elle est constituée par des tâches à réaliser, qu'elles soient liées à l'entretien de la maison ou de l'aide à la personne (aide à la toilette, aide aux mouvements ...)
- 2) Une dimension relationnelle : elle s'invite à tous les stades de l'aide, que ce soit dans la manière de réaliser les tâches prévues, mais aussi pour celles qui se produisent de manière informelle au fil des interventions.

A ce premier niveau de difficulté, viennent s'ajouter les spécificités du domicile. Chaque domicile présente ses propres singularités : accessibilité, configuration des pièces du logement, présence ou non d'équipements adéquats (en bon état ou non), présence de

¹¹ Dictionnaire Hachette

proches ou absence de présence à domicile, état du domicile Le troisième niveau réside dans la prise en compte des attentes de l'entourage proche des personnes aidées qui ne correspondent pas toujours avec les désirs de ces dernières. Enfin le dernier niveau est induit par les financeurs. Chacun d'entre eux privilégiera tel ou tel aspect dans la prise en charge des personnes. Le tout constitue un processus d'aide complexe à mettre en œuvre et toujours en évolution.

2.1.2 Le domicile, bien plus qu'un logement.

La langue française est riche en termes pour désigner le logement. On n'en compterait pas moins de 60 à 80. Cette abondance de mots illustre le rôle pluriel que remplit le logement. Elian DJAOUI, psychosociologue, étudie, dans son livre « Intervenir à domicile »¹², toutes les facettes du logement dans sa dimension psychique et sociale. « *Le lieu de vie d'une personne est un objet complexe, condensant de multiples fonctions, il est à la fois valeur affective, bien patrimonial, objet de consommation sur le marché économique, indicateur d'une appartenance et fondement d'une identité sociale* ». On doit pouvoir s'y sentir en sécurité dans tous les moments de la vie, c'est le lieu refuge, par excellence. Le logement a également pour vocation de protéger l'intimité des personnes. Il est le seul espace, où la personne peut s'autoriser à être elle-même dans toutes ses facettes à l'abri de la société extérieure. C'est enfin le lieu qui nous ressemble, qui doit refléter notre personnalité, l'identité et l'image que nous souhaitons renvoyer aux autres. « *Le domicile donne un état civil, une identité sociale, un enracinement dans un territoire, signe d'une intégration sociale. On le voit a contrario avec les sans domicile fixe, qui sont exclus par excellence*» (DJAOUI E.). Le logement représente l'histoire d'une vie, qu'elle soit personnelle, familiale ou sociale, il est le reflet de nombreux indicateurs : niveau de vie ou socioculturel, l'âge, sexe. Il relie le présent au passé.

Pour les personnes fragilisées, et notamment les personnes âgées, le domicile prend une signification encore plus forte et fait l'objet d'un grand attachement. Le logement, c'est le lieu où l'on demeure car on ne s'absente plus. Il protège contre le milieu extérieur, devenu étranger, dangereux, voire hostile. Il représente un espace de grande protection, tant les lieux sont connus dans les moindres détails, les habitudes ritualisées tout au long des années de vie. Les souvenirs sont rassemblés, tout comme les objets à forte dimension affective, les photos des personnes disparues et le mobilier. La personne âgée est viscéralement attachée à son logement, c'est là qu'elle a vécu, et c'est là qu'elle souhaite mourir le plus souvent. C'est le dernier espace de son autonomie et de son

¹² DJAOUI E., 2008, *Intervenir à domicile*, Presse de l'EHESP.

indépendance. Quitter définitivement son domicile signifie l'abandon de sa place dans la société.

Intervenir à domicile nécessite de pouvoir appréhender l'identité de la personne au travers de son logement, de décrypter toutes les interactions qui s'y jouent et de respecter autant que faire se peut les habitudes et mode vie, rituels, et intimité. Cela implique la mobilisation de compétences en matière d'observation, d'analyse, et d'écoute.

2.1.3 Besoins et attentes : quels besoins pour quels publics ?.

L'évaluation des besoins et des attentes s'effectue préalablement à la première intervention, au domicile du client par les responsables bénévoles ou les assistants techniques. Elle permet de définir les contours de l'intervention sur le plan quantitatif (nombre d'heures et fréquence) et qualitatif (contenu de l'intervention) et d'évaluer le profil de l'aide à domicile à placer chez lui. L'évaluation est réajustée en fonction de l'évolution de l'état de santé des personnes fragilisées et des demandes exprimées.

A) Les notions de besoin et attentes : quelques repères.

Le besoin est une sensation qui porte les êtres vivants à certains actes qui leur sont ou leur paraissent nécessaires¹³. Plusieurs auteurs ont formalisé des modèles des besoins fondamentaux. Certains les ont hiérarchisés dont le plus connu est Abraham MASLOW. Pour ce dernier, la pyramide des besoins repose sur les besoins physiques, puis les besoins relationnels et tout en haut, les besoins d'ordre spirituel. Le modèle proposé par Robert ARDREY (1908-1980), écrivain américain est intéressant pour servir de grille de lecture pour les services à la personne. Il analyse les besoins de l'homme sous la forme d'une relation triangulaire : la sécurité, la stimulation et l'identité.

La sécurité renvoie à tous les éléments qui concourent à satisfaire les premiers niveaux des besoins fondamentaux de la pyramide de MASLOW : avoir un logement, se protéger du chaud, du froid, avoir de la nourriture, des relations sociales, de la compréhension, de l'amour. La stimulation, à contrario, vise par exemple à compenser l'ennui. L'identité, est en revanche, un concept plus difficile à définir : c'est vivre en harmonie avec le milieu, avec son état physique, psychologique et social (appartenir à un groupe). Ces auteurs placent le plus souvent les besoins physiologiques comme un socle de base dans la pyramide des besoins. C'est de fait, le niveau le plus facilement exprimé par les personnes et celui qui semble le mieux caractériser les services aux personnes. Les autres sont plus implicites et plus difficiles à saisir, rarement exprimés lors de l'évaluation des besoins, ils se révèlent par la suite tout autant importants dans la relation d'aide.

¹³ Dictionnaire Hachette

L'attente, est une projection de son besoin sur autrui. « *Les attentes correspondent aux souhaits, désirs, envies, éléments de projet du client. Les attentes peuvent être latentes, ressenties, explicites ou implicites, mais elles existent toujours* »¹⁴. Elles restent généralement difficiles à satisfaire, car la prestation ne remplit pas totalement ce qui est demandé. Bernard ENNUYER, dans son livre « repenser le maintien à domicile »¹⁵ pose la question : « *l'évaluation, un compromis entre demande et besoin ?* ». Il oppose la notion de besoin à celle de demande. « *A priori, les gens n'ont « besoin de rien », ils veulent continuer à vivre chez eux, garder la place et l'identité dans laquelle ils se sont construit, dans laquelle ils se reconnaissent et dans laquelle « les autres » les reconnaissent.* »

Pour conclure sur ce point, je dirai que les besoins doivent être impérativement satisfaits. La capacité à satisfaire les attentes constitue en revanche, « la valeur ajoutée du service ». Elle participe à la construction d'une prise en charge individualisée.

B) Les besoins et attentes des publics fragilisés.

Vouloir décrire les besoins et attentes des publics et les synthétiser par catégorie de public est en soi une gageure, tant la diversité des situations individuelles est infinie. C'est aussi prendre le risque d'être réducteur dans son approche. Cette démarche pourrait conduire à une offre de service formatée, loin de remplir l'objet même de notre activité, celle d'aider les personnes dans leur individualité et leur singularité. Je vais cependant tenter de décrire les besoins spécifiques identifiés pour chaque grande catégorie de publics à partir des témoignages des personnes aidées et de mes lectures sur le sujet.

Les personnes âgées en perte d'autonomie : la dimension relationnelle avant tout.

Les attentes des personnes âgées touchent essentiellement au lien social. Vieillir à deux reste un privilège. Rompre ou atténuer l'isolement constitue une préoccupation majeure. Au-delà des premiers besoins formulés, l'attente implicite est souvent le seul lien social pour rompre la solitude. La dimension relationnelle prend d'autant plus d'importance que l'aide à domicile intervient dans les sphères les plus privées de la personne âgée (pour faire le lit, la toilette, l'aider à s'habiller ...). De fait, les qualités relationnelles des aides à domicile s'avèrent le plus souvent déterminantes pour la satisfaction du client. La relation de confiance s'installe tout de suite ou prend du temps, elle est dans tous les cas indispensable à la délivrance de l'aide.

¹⁴ ANESM, janvier 2009, *Les attentes de la personne et le projet personnalisé* – Recommandation de bonnes pratiques professionnelles.

¹⁵ ENNUYER B., 2008, *Repenser le travail à domicile*, DUNOD, page 177 à 181.

L'attente forte des personnes âgées sur le registre relationnel situe l'aide nécessairement dans une dimension affective dont il est difficile de préserver l'aide à domicile et la personne âgée. La personne âgée au fil des semaines, va délivrer le livre de sa vie, va faire partager à son aide à domicile ses soucis, les histoires de sa famille, ses joies et ses chagrins Pour les aides à domicile, il s'agira de prendre le café, regarder les photos anciennes, de rendre de petits services, de planter des fleurs dans des pots ou de s'occuper des animaux ... Bref, de s'écarter du plan d'aide initial. De part et d'autre, une forme d'attachement se met en place, très difficile à rompre lorsque la personne âgée décède, ou lorsqu'elle part en établissement. Il en est de même lorsque la personne âgée doit changer d'aide à domicile pour des raisons de fonctionnement de services. Les changements de personnel ne sont pas toujours compréhensibles et toujours difficiles à vivre pour les personnes âgées. La stabilité des équipes est donc une autre attente forte pour ce public. Changer de personnel, c'est devoir se « réhabituer » à une autre personne, réexpliquer ses attentes et ses habitudes et refaire confiance.

La gestion du temps est aussi un souci constant pour les personnes âgées. Arriver en retard angoisse les personnes âgées qui attendent leur aide à domicile et avec une grande impatience. Le temps a une toute autre signification pour les personnes âgées. Hélène REBOUL dans son livre « Vieillir, projet de vie »¹⁶ éclaire le sujet. Pour les personnes âgées, le temps est compté à la minute près, puisque la mort est proche.

Les besoins sont moins exprimés et il n'est pas rare, surtout pour cette génération habituée à se débrouiller seule, de déclarer ne pas en avoir: « Je n'ai besoin de rien », alors que cette expression traduit au contraire un besoin d'attention élevé. Pour illustrer les besoins de ce public, je prendrai trois exemples : celui de la prévention des accidents domestiques, celui de la compensation de la perte d'autonomie, et pour finir, les situations où l'absence de besoin exprimé se révèle plus pathologique, voire même signal de maltraitance.

L'aide à domicile a un rôle prépondérant pour prévenir les accidents domestiques et plus particulièrement les chutes. Chez les personnes âgées, les chutes avec leurs conséquences médico-sociales sont fréquentes¹⁷. La peur de tomber réduit les déplacements à l'extérieur du domicile mais également dans le logement. Elle entraîne une réduction de la vie sociale et une augmentation de la dépendance vis-à-vis de l'entourage ou des professionnels. La crainte des récurrences conduit à remettre en cause le maintien à domicile.

¹⁶ REBOUL H., 1992, *Vieillir, projet de vie*. Editions Chalet.

¹⁷ Elles sont l'effet de la baisse des capacités due au vieillissement : troubles de la vision, des sensibilités, des troubles podologiques, la baisse de la rapidité des réactions et des handicaps divers.

La perte d'autonomie nécessite de répondre à de nombreux besoins dont l'accomplissement des actes de la vie quotidienne : faire les courses, faire le ménage, entretenir le linge, préparer les repas. Au fil du temps, la personne âgée a aménagé son espace et son rythme de vie pour assumer le plus longtemps possible sa vie quotidienne. C'est une préoccupation constante, voire une lutte pour maintenir son autonomie. Certains sociologues parlent de la « *déprise* ». Ce processus implique pour maintenir son identité, d'être dans un travail de perte, de dépassement, de négociation avec l'environnement et de renoncements. C'est un réaménagement perpétuel de la vie quotidienne. Le « faire par soi-même » reste un facteur d'autonomie. La délégation des tâches renvoie à une image de perte d'utilité, voire de début de la dépendance. Pour une majorité de personnes âgées, ne plus pouvoir assumer l'entretien de la maison constitue un renoncement important, un cap difficile à passer. Il revient à dire « je ne suis plus bonne à rien ». Pour l'aide à domicile, il s'agira de faire les tâches avec la personne autant que possible et le plus longtemps possible. Quand la perte d'autonomie devient trop sévère, les besoins physiologiques s'ajoutent aux besoins et attentes précédents.

Un nombre significatif de personnes âgées ne formule aucune demande, et refusent toute aide. Cette situation est souvent la conséquence de pathologies psychiques. L'intervention de l'ADMR est vécue sur le mode de l'intrusion. Dans ces situations, le logement est pour la plupart du temps désinvesti, sale, insalubre, avec la présence d'animaux en nombre élevé. Les personnes sont isolées, sans famille ou ont rompu les liens. L'intervention est très difficile à mettre en œuvre et « toujours sur le fil du rasoir ». Les aides à domicile, dans l'obligation d'intervenir, car le plus souvent mandatées par les services sociaux, s'imposent une discipline pour éviter des réactions d'agressivité ou de violence. A contrario, l'absence de besoin exprimé de la part de personnes vulnérables peut dissimuler de la maltraitance. Elle est d'autant plus complexe à repérer et à prévenir que les personnes concernées ne se plaignent pas, de peur d'être placées en établissement ou parce qu'elles restent attachées à leur persécuteur. Lorsqu'elles font comprendre à leur aide à domicile qu'elles font l'objet de maltraitance, elles demandent le plus souvent à cette dernière de ne pas agir. Cette situation est difficile à gérer pour l'aide à domicile qui agit le plus souvent selon sa conscience, en l'absence de consignes définies dispensées par le réseau ADMR de l'Ain sur cette question.

Intervenir auprès des personnes âgées, implique de pouvoir répondre à une grande diversité de besoins, d'ordre physique ou physiologique, mais aussi, liés à l'isolement, la solitude, le désinvestissement affectif, le manque de communication et d'échanges. L'accompagnement en fin de vie combine très fortement toutes les dimensions de l'aide.

Les personnes handicapées : une très grande complexité dans l'aide.

Répondre aux besoins et attentes des personnes handicapées est d'une grande complexité et difficile à mettre en œuvre pour le réseau ADMR. Dans son livre, « *Accompagner les personnes handicapées à domicile* »¹⁸, Yves LACROIX écrit : « *Devant une personne handicapée, on perd pied. Rares sont les valides qui adoptent spontanément un comportement humain, alliant à la fois un parler normal, des gestes naturels et un regard respectueux* ». « *La personne handicapée soulève une inquiétude majeure à laquelle nul vraiment préparé* ». Marcel NUSS, dans son livre, « *La présence à l'autre, accompagner les personnes en situation de grande dépendance* »¹⁹, déclare : « *c'est usant et humiliant de dépendre de tiers mais c'est inévitable lorsqu'on est en situation de dépendance* ». Cette dépendance subie, parfois depuis la naissance, appelle une attente forte de respect par un juste positionnement de l'auxiliaire de vie. En premier lieu, le regard est au cœur de la relation d'aide, il détermine le positionnement du professionnel. Les deux auteurs cités dénoncent les regards déshumanisants, la pitié et la compassion. Pour Marcel NUSS, il est « *immédiat, souvent sans appel, sans rémission* ». En second lieu, l'attention que l'on peut leur témoigner reste une attente forte des personnes handicapées. La réalisation de gestes techniques, en relation directe avec la personne (hygiène, alimentation, habillement, soins) constitue un risque répété de ne pas être en phase avec le bien-être et le confort de la personne handicapée. C'est celui de favoriser la technicité aux dépens de la relation. Etre handicapé, c'est devoir continuellement confier son corps à des personnels soignants ou des auxiliaires de vie, ou des aidants familiaux. Le respect passe par une certaine retenue des gestes et par de l'attention.

La parité relationnelle, fondamentale pour le respect des personnes handicapées, est dans la pratique très difficile à établir. Comment rééquilibrer une relation rendue dissymétrique par la dépendance ? Paradoxalement, un nombre important d'auxiliaires de vie se trouvent en difficulté dans leur pratique. La personne handicapée se situe en position de « supérieur hiérarchique », dans une relation de pouvoir et sur le mode d'un donneur d'ordres. Cette attitude, peu étudiée à ce jour, presque taboue, peut s'analyser comme un moyen de prendre une « revanche » sur le handicap et de rester maître chez soi : une nécessité de revaloriser son image et de retrouver un statut. Elle peut être également la conséquence d'une certaine usure de la personne handicapée, quant à sa prise en charge. Marcel NUSS, parle « *d'un sentiment d'envahissement puis de*

¹⁸ LACROIX Y., 2008, *Accompagner les personnes handicapées à domicile, une vie négociée*. Edition Chronique Sociale.

¹⁹ NUSS M., *La présence à l'autre, accompagner les personnes en situation de grande dépendance*. Edition DUNOD.

dénégation de soi, mêlé de suspicion ou d'acrimonie, selon le cas, qui entache la relation, au point de la rendre invivable ».

Intervenir auprès d'une personne handicapée est source d'exigences. En sus des compétences techniques (savoir manipuler les personnes et dispenser les soins), l'aide nécessite le développement de relations interpersonnelles complexes. Elle est très différente de celle mise en œuvre pour les personnes âgées. Ces dernières acceptent en général de dépendre d'une aide extérieure, car faisant partie du processus de la vie, et la relation se construit sur le mode affectif. Les personnes handicapées sont en attente d'une réelle reconnaissance de leur intégrité physique et morale et d'une parité dans les relations, alors même que leur attitude dans certains cas semble paradoxale face à cette attente.

C) Les besoins et attentes des publics non fragilisés : des savoir-faire techniques et leur amélioration de la qualité de vie.

Le développement des interventions auprès de personnes non fragilisées est récent pour le réseau ADMR de l'Ain. Elle est en progression constante et tire actuellement sa croissance. Ces publics sont demandeurs d'une aide pour l'entretien de la maison et du linge, soit par manque de temps, soit pour disposer d'une meilleure qualité de vie. Cette démarche reste cependant peu développée car la propension à déléguer les tâches domestiques reste sujet à des freins réels. Bien que le ménage et le repassage soient fréquemment perçus comme des tâches contraignantes, la tendance à vouloir les faire soi-même reste affirmée.

Ce sont surtout les femmes actives jeunes ou aisées qui sont les plus ouvertes à la délégation des tâches domestiques. Elle est étroitement liée à la perception d'une valeur ajoutée du service rendu. Pour ces familles le besoin vise à faciliter la vie quotidienne en prenant en charge les tâches jugées les plus ingrates et techniques. Les attentes renvoient à la qualité, la compétence, mais également à des dimensions de liberté, de tranquillité d'esprit et de commodité. La compétence de l'intervenant et la qualité du travail, ainsi que la rapidité dans l'exécution des tâches sont les attentes massivement exprimées par les publics non fragilisés lors de l'évaluation de leurs besoins, bien avant les qualités relationnelles de l'aide à domicile. Cette dimension est d'autant moins nécessaire que dans la plupart des situations, elle sera seule dans la maison pour effectuer son travail.

Pour ces familles, une aide extérieure doit permettre d'obtenir une qualité de prestation bien supérieure à celle du faire par soi-même. Cette dimension est difficile à satisfaire à l'heure où les savoirs domestiques sont de moins en moins transmis entre générations. Elle appelle à toujours plus de formation sur les savoir-faire techniques.

2.2 Les enjeux économiques et sociaux du secteur de l'aide à domicile..

2.2.1 La spécificité du travail des aides à domicile.

Saisir la réalité des aspects sociaux dans les services d'aide à domicile permet d'appréhender la difficile mise en œuvre d'un projet dont la finalité vise un changement de pratique pour mieux répondre aux besoins des publics.

A) L'absence de reconnaissance sociale et professionnelle.

Le métier d'aide à domicile souffre d'un important déficit d'image. La reconnaissance et l'attractivité de ce secteur sont loin d'être acquise. Comme tous les métiers rapportés à la domesticité, l'image est fortement dévalorisée. Ces activités restent enfermées dans la sphère privée, relevant donc de l'autoproduction familiale : du travail invisible dont la société ne reconnaît que peu de valeur. Les compétences requises sont assimilées à des qualités intrinsèquement féminines qui se trouvent de fait largement disponible sur le marché du travail. J'analyserai ci-après en quoi cette représentation collective est très loin d'être une réalité. Elle reste cependant un obstacle récurrent pour faire reconnaître le service à sa juste valeur.

Les aides à domicile souffrent d'être assimilées à des « femmes de ménage ». Trois avancées notables ont pu néanmoins se concrétiser, en 2002. En premier lieu, par la loi du 2 janvier (intégration du secteur dans le champ du social et médico-social)²⁰, et par l'accord de branche de l'aide à domicile du 29 mars ayant adopté la terminologie « d'aide à domicile », à la place « d'aide ménagère ». Enfin, par la création du diplôme d'auxiliaire de vie sociale qui atteste de réelles compétences pour effectuer l'accompagnement et la prise en charge des publics fragiles.

J'entrevois d'autres aspects concourant à dévaloriser l'image des services, à savoir : les conditions de travail, la faiblesse des rémunérations et les tarifs pratiqués. Ce dernier point est à mon sens un facteur non négligeable et insuffisamment analysé. Les financeurs n'ont de cesse de contenir la tarification à des niveaux inférieurs à 20 euros de l'heure (déplacements compris). Loin de méconnaître la qualité des prestations délivrées et le coût de la professionnalisation, ils sont de moins en moins disposés à assumer une majoration de leur contribution. Cette difficulté à négocier des tarifs en corrélation avec le coût réel du service, peut laisser penser que ces activités peuvent toujours être moins

²⁰ La possibilité pour les professionnels de se rattacher aux métiers du sanitaire et du social, où la dimension relationnelle est fondamentale, est une ressource très importante pour valoriser les tâches des aides à domicile.

chères. Dans l'inconscient collectif, ce qui n'est pas cher est suspect, synonyme de moindre qualité et sans valeur. Cette représentation est renforcée par le fait que nombre de personnes aidées ne s'acquittent pas de la totalité du tarif, et ont de ce fait une idée faussée du coût du service. L'absence de compétences spécifiques reconnues conforte le processus. A l'exemple de ce client aidé ayant mentionné dans une enquête de satisfaction qu'il déplorait les « tarifs exorbitants » pratiqués par l'ADMR. Porte-t-il le même regard en ce qui concerne les prix d'un garagiste ou d'un plombier, dont les tarifs horaires avoisinent les 50 euros, déplacements non compris ?

Je pressens néanmoins une évolution me permettant d'être optimiste. L'arrivée des hommes dans les métiers du domicile est à mon sens un facteur permettant à terme de faire évoluer les représentations collectives. Ils ne constituent que 1 à 2 % des effectifs mais leur nombre en augmentation constante est un signe encourageant. Il témoigne d'un changement progressif de l'image véhiculée par le secteur.

B) Les compétences des métiers du domicile. La difficile reconnaissance des métiers du « care ».

Les compétences pour exercer le métier d'aide à domicile sont de deux ordres : elles combinent des savoir-faire techniques et des savoirs relationnels. Les savoir-faire techniques sont a priori les plus faciles à mettre en œuvre. Une réalité s'impose désormais: les candidats ou candidates pour travailler dans l'aide à domicile ont de moins en moins de connaissances techniques : repassage, savoir-faire ménagers, connaissance des produits. L'apprentissage de ces savoirs ou tâches autrefois assurés par la famille, se fait de moins en moins. Le recrutement implique de vérifier ce type de connaissances et de prévoir dans la plupart des cas des formations dans ces domaines lors de l'intégration du personnel.

Les savoir-être et les savoirs relationnels sont pluriels. L'autonomie, l'initiative, la responsabilité et la capacité à rendre compte sont des qualités relevant du savoir-être et sont nécessaires à la pratique. L'adaptabilité est une nécessité, pour pouvoir faire face à une pluralité de contextes, à l'évolution des situations et à la diversité des comportements. Ces fortes contraintes d'adaptation sont souvent sous-estimées de même que la pression psychique qu'elles engendrent. L'isolement professionnel est prégnant, il implique de savoir résoudre seul la plupart des problèmes en situation de travail.

Les compétences relationnelles induisent de la psychologie, de la pédagogie, une capacité d'écoute et d'empathie, un rôle de veille, d'évaluation et d'accompagnement. Trouver la « juste distance relationnelle », savoir prendre du recul, sont des compétences indispensables pour faire face aux « risques relationnels » : l'attachement affectif, la

confrontation avec la maladie, la dégradation physique et mentale, la souffrance et la mort.

Les métiers du domicile trouvent leur place dans les métiers du « care ». Le "care" produit un certain travail qui participe directement du maintien ou de la préservation de la vie de l'autre. Pascale MOLINIER²¹, auteur parmi un collectif, du chapitre « *Le care à l'épreuve du travail* », définit le care : il s'applique à certaines activités et mobilise de l'intelligence dans la réalisation : « *ne pas mettre l'autre mal à l'aise, ne pas lui faire honte, respecter sa pudeur, son désir d'autonomie, lui épargner l'humiliation de la dépendance etc* » ... Elle évoque des savoir-faire discrets, « *où pour parvenir à leur but, les moyens mis en œuvre ne doivent pas attirer l'attention de celui qui en bénéficie et doivent pouvoir être mobilisés sans en attendre de la gratitude. Il en résulte que le travail de « care », se voit avant tout lorsqu'il échoue* ». Le « bon service » est celui qui s'ajuste aux usages et habitudes des personnes. Il doit être transposable comme si c'était la personne elle-même qui effectuait les tâches. J'observe néanmoins une spécificité dans nos métiers. Contrairement à l'hôpital, où les soins corporels d'hygiène et de confort représentent les tâches les plus ingrates du « care », le secteur de l'aide à domicile les valorise à leur plus haut niveau. Les salariés impliqués dans ces tâches obtiennent la reconnaissance institutionnelle mais également celle de l'entourage des personnes aidées.

L'image acquise dans les esprits que l'aide à domicile ne nécessite pas de grandes compétences, est tenace. Dans la réalité, le métier est difficile et nécessite des compétences réelles. De plus, l'aide à domicile se situe dans le cadre d'une relation de service où la personne bénéficiaire est co-productrice du service, tout comme peut l'être la famille ou les financeurs. La co-réalisation reste une dimension toujours plus difficile à appréhender.

C) Typologie des salariés. Conditions de travail et prospective en matière de recrutement.

Le profil type d'une aide à domicile est une femme faiblement ou pas diplômée, reprenant une activité après 40 ans. La majorité des aides à domicile sont venues vers le secteur car celui-ci est créateur d'emplois. Le métier n'a pas été choisi dans la plupart des cas, en raison de sa mauvaise image et de la forte proportion des temps partiels.

A l'ADMR de l'Ain, 70 % des salariés d'intervention ne sont pas qualifiés, 16 % ont un diplôme du champ sanitaire et social, 14 % ont le diplôme d'auxiliaire de vie sociale. Sur les 1 218 salariés ayant travaillé en 2009, 38 sont des hommes soit 3 % des effectifs. 52

²¹ PAPERMAN P., LAUGIER S., 2008, *Le souci des autres : Ethique et politique du care*. Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé sociale. Pages 299 à 315.

% des effectifs actuels ont entre 40 et 55 ans, seuls 16 % ont moins de 30 ans. La moyenne des contrats se situe à 90 heures mensuelles.

Au-delà des conditions de travail déjà décrites, d'autres facteurs interviennent pour finir de dresser le contour du métier. Il s'agit principalement des risques musculo-squelettiques, dus à la répétition et à l'intensité de certains gestes accomplis dans des lieux souvent mal configurés pour les effectuer dans de bonnes conditions. Le fait d'utiliser le matériel des personnes aidées renforce la pénibilité de certaines tâches, lorsqu'elles sont exécutées avec du matériel défectueux ou obsolète. Les aides à domicile cumulent au final des contraintes de type industriel et de type tertiaire (VOLKOFF et GOOLAC, 2007²²). L'annexe 4 décrit les principales tensions physiques et psychologiques dans les services à la personne.

Ce tableau fait du métier d'aide à domicile peut sembler pessimiste, voire même bien noir. S'il est vrai que la plupart des aides à domicile sont arrivées dans ce secteur sans réelle motivation, beaucoup découvrent un métier « porteur de sens ». Elles l'apprécient pour trois raisons essentielles : l'autonomie, la moindre subordination en comparaison avec d'autres emplois de niveau de qualification comparables (grande distribution, restauration), et l'aspect relationnel. Le sentiment d'utilité sociale est un moteur fort de motivation pour ces salariés

Comment rendre attractif les métiers du domicile ? La question de l'attractivité est très préoccupante compte tenu de la difficulté du réseau à recruter des jeunes motivés pour se professionnaliser et rester dans ces métiers. La disparition progressive du vivier traditionnel des candidats²³ et le développement de la concurrence accentuent les tensions dans le recrutement. Impulser de nouvelles pratiques professionnelles est un début de réponse à cette question. La prise en compte des ressources humaines et l'amélioration des conditions de travail sont des items incontournables dans un projet visant à modifier les pratiques pour une meilleure réponse aux besoins des publics. Ils seront traités en fin de 2^{ème} partie et en 3^{ème} partie.

²² GOLLAC M. et VOLKOFF, 2007, *Les conditions de travail*. Collection. Repères, éd. La Découverte.

²³ Le nombre de femmes interrompant pendant plusieurs années leur activité professionnelle pour élever leurs enfants baisse et les générations de femmes de 40 ans en 2005 ne sont que 39 % à être titulaire d'un diplôme supérieur ou égal au baccalauréat. Ce sera le cas de 68 % de celles qui auront 40 ans en 2015. Ces constats sont à mettre en corrélation avec les caractéristiques du vivier traditionnel des candidates de l'aide à domicile : femmes de 40 ans et plus, sans diplôme et restées inactives longtemps pour élever leurs enfants.

2.2.2 L'ancrage de la concurrence privée : vers une marchandisation des services ?

A) Les stratégies des nouveaux acteurs.

Depuis la mise en place du plan des services à la personne en 2006, les services à la personne s'inscrivent dans les lois du marché et de la concurrence. Dans la revue CAPITAL de novembre 2005, l'article : « Créer une franchise de services à la personne » se situe dans la rubrique « Les nouvelles façons de s'enrichir ». Le ton est donné. Le secteur représente le nouvel « Eldorado » économique, terre promise de la croissance et de l'emploi.

Le secteur lucratif juge en effet le secteur prometteur, et dont la croissance est amenée à s'amplifier dans l'avenir en raison des évolutions démographiques, sociétales et sociologiques. Parallèlement, la construction européenne rend légitime l'arrivée de ces nouveaux acteurs. Dans sa directive « Services », l'Europe développe le statut d'activité économique pour toutes les activités de services. L'arrivée de la concurrence privée répond de fait à une logique d'entrepreneur qui souhaite investir de nouveaux territoires économiques qui lui étaient jusqu'à présent fermés. Pour les pouvoirs publics, il s'agit de créer des emplois, de favoriser la modernisation et l'efficacité des structures, et de viser à terme une plus grande performance globale, notamment par une baisse générale des coûts de fonctionnement.

Dans ce nouveau créneau, les entreprises se montrent offensives et attaquent de front les associations. Elles se positionnent d'emblée sur le terrain du professionnalisme, qu'elles justifient par leur appartenance à l'économie marchande, se considérant par essence même comme professionnelles car visant la rentabilité. Elles opposent cette image au secteur associatif, considéré comme empreint d'un certain amateurisme et équilibrant ses comptes grâce aux subventions publiques. Pour exemple, le groupe des entreprises privées au Conseil économique et social²⁴, dénonce une « concurrence déloyale » en raison des règles plus favorables dont bénéficieraient les associations. Dans son livre, « *Les services à la personne : l'économie de la quotidienneté* », Joël DEFONTAINE²⁵, juge sévèrement les associations : « *La concurrence est par ailleurs insuffisante. Cette situation franco-française dans notre secteur des services à la personne pénalise à la fois le consommateur et les opérateurs qui cherchent à se développer et qui s'épuisent à lutter contre les positions dominantes acquises, du secteur associatif notamment. Le secteur des services à la personne libéré des diverses « entraves institutionnelles paralysantes »*

²⁴ Conseil économique, social et environnemental, séance des 18 et 19 janvier 2008, *Les services à la personne (Avis de suite)* p. 53.

devrait contribuer à faire émerger un gisement très significatif d'emplois.», et de poursuivre : «Tout ce qui tendra à supprimer les réglementations qui visent essentiellement à protéger des situations acquises, érigées illégitimement en monopole par des opérateurs du champ non lucratif essentiellement, apportera des bases socioéconomiques saines ainsi qu'une légitimité à ce nouveau secteur de la marchandisation, sans pour autant faire obstacle à la justice sociale ou à tout autre but relevant de la bonne organisation sociétale. ».

La majorité des nouveaux acteurs sollicitent l'agrément simple, essentiellement pour pouvoir bénéficier des exonérations fiscales et se concentrer dans un 1^{er} temps sur le cœur de cible le plus directement rentable : celui des couples biactifs, plutôt urbains, ou sur les retraités non fragilisés. Ce dernier public est d'autant plus recherché qu'il constitue à moyen terme un marché prometteur. En effet, les entreprises positionnées aujourd'hui en direction de ces publics bénéficient d'un avantage concurrentiel pour demain par la fidélisation de leurs clients lorsqu'ils seront devenus dépendants. En complément de cette stratégie, il est à mon sens fort probable que le secteur lucratif soit amené par la suite à solliciter plus fréquemment l'agrément qualité pour pouvoir intervenir auprès des personnes fragilisées et auprès de la petite enfance afin de pouvoir disposer des financements publics s'y rattachant et bénéficier ainsi d'une part de financements assurée.

B) Etat des lieux dans le département de l'Ain.

La revue Le COURRIER ECONOMIQUE, du 9 avril 2009, fait un bilan sur le développement des services à la personne dans le département de l'Ain. Elle déclare que : *« le nombre de structures augmente au rythme d'une demande qui ne semble pas connaître la crise »*. En avril 2009, le secteur compte 95 structures agréées simples et qualité, dont 47 associations (dont 23 pour le réseau ADMR) et 48 entreprises. En avril 2010, le nombre total est passé à 158 structures, comprenant un nombre inchangé d'associations et 112 entreprises. Le secteur s'est par conséquent étoffé de 64 nouvelles entreprises en un an.

Parmi les 112 entreprises, 64 sont des entreprises classiques et 48 ont le statut d'auto-entrepreneur. Le département de l'Ain connaît une croissance plus dynamique que celle constatée en région Rhône-Alpes, du fait principalement du rattrapage opéré par le secteur lucratif ayant investi plus tardivement le secteur dans ce département. Les grands groupes sont encore peu présents, de l'ordre de 10. Ils développent leurs activités à partir des grands centres urbains et le département de l'Ain ne comporte aucune grande ville.

²⁵ DEFONTAINE J., 2006, *Les services à la personne, l'économie de la quotidienneté*. Editions Liaisons, p. 39.

L'essentiel des nouvelles structures sont la résultante d'un dédoublement d'activités existantes. Pour bénéficier des avantages fiscaux, les structures ont en effet l'obligation d'exercer exclusivement au titre des activités relevant des services à la personne. Aussi, pour conserver la clientèle des particuliers, les entreprises concernées créent une structure spécifique. Elles se retrouvent principalement dans les activités initiales d'assistance informatique et de petit jardinage et bricolage. Les structures faisant la demande de l'agrément qualité font l'objet d'un examen attentif du dossier constitutif et l'agrément est délivré au regard du projet présenté. Le délégué territorial de l'ANSP reconnaît cependant ne pas être en capacité d'opérer des contrôles sur la qualité des prestations, ni de vérifier la réalisation des engagements pris.

Le département de l'Ain, bien qu'il connaisse un développement significatif du nombre de structures lucratives, reste néanmoins, concerné essentiellement par des micro-entreprises ou des auto-entrepreneurs. Sa configuration semi rurale ne l'a pas placé en tête des départements investis par les grands groupes et par les réseaux des franchises. Il est fort probable néanmoins, que ces derniers cherchent à relativement court terme à se développer dans le département à partir des grandes agglomérations limitrophes : Lyon, Annecy, Chambéry. L'absence de contrôle a posteriori de l'agrément qualité constitue un risque majeur pour les structures associatives, et plus spécifiquement pour le réseau ADMR. Nous devons relever un véritable défi pour faire reconnaître la qualité de nos prestations et nous démarquer d'une concurrence exclusivement basée sur le coût des services.

C) Vers la marchandisation des services et une économie de low cost ?.

De nombreux facteurs concourent à la marchandisation des services à la personne. Ils ont été évoqués précédemment, mais c'est la recherche d'une nouvelle régulation de la dépense publique qui contribue à mon sens à faire migrer de plus en plus les services dans le champ du « tout » économique. Le modèle associatif est suspecté, on l'a vu, d'archaïsme ou d'inefficience. La mise en concurrence des différents acteurs est un outil pour modérer la progression des coûts et permettre un meilleur usage des ressources. Elle est un facteur de stimulation du marché et offre aux consommateurs une plus grande liberté de choix. Elle permet de réduire les situations de monopole, source d'inefficience économique. Le « libre choix » du client est au demeurant présenté comme un pilier du plan de développement des services à la personne.

D'autre part, la loi du 2 janvier 2002, introduit la notion d'utilisateur. Le secteur des services à la personne et maintenant celui de l'aide à domicile, le nomme désormais « client ». Si à l'origine, le client, est celui dont on s'occupe, dont on prend soin, l'ouverture à la concurrence du secteur fait évoluer son sens. Il est maintenant en position de tirer parti du meilleur rapport qualité-prix et de réguler l'offre de service. C'est cette figure du client qui

s'impose progressivement dans le champ de l'intervention sociale et concourt à la généralisation du modèle « tout économique ».

Enfin, la combinaison d'une profusion des acteurs avec une faible capacité des associations à faire reconnaître leurs différences, risque de faire évoluer le secteur vers une économie de « low-cost », par le développement d'une offre bas de gamme. Cette crainte est d'autant plus forte que comme on l'a déjà vu, le secteur peine toujours à se faire reconnaître sur le terrain de la professionnalisation avec une tarification correspondante. Les structures privées ne s'y trompent pas, elles communiquent essentiellement sur le prix des prestations mais pas sur la qualité ou la fiabilité.

Cette évolution pose question. Les salaires et les charges de personnel représentant l'essentiel du coût de revient du service, la formation et la qualification des aides à domicile entraîne inévitablement la hausse du prix des services. La nécessaire rentabilité des opérateurs privés ne va-t-elle pas s'accompagner, dans un contexte de concurrence focalisé sur les prix, d'une rationalisation des coûts de main d'œuvre connexes (temps de déplacements, remboursement des frais, temps de formation, temps de régulation). En cela, la pénurie des financements publics constitue une réelle crainte pour la poursuite des objectifs spécifiques des associations.

Pour conclure, je me retrouve volontiers dans les propos des auteurs François-Xavier DEVETTER, Florence JANY-CATRICE et Thierry RIBAUT²⁶, qui concluent ainsi leur livre, écrit en commun « *Les services à la personne* » « *l'aide à domicile, une activité marchande sans le marché ?* ». Ils considèrent que l'aide à domicile, bien que s'inscrivant dans le cadre d'échanges en partie de nature marchande, ne peut s'opérer de manière soutenable dans le cadre du « pur marché », essentiellement par le fait même de la nature du service, celle du « prendre soin ». Dans le chapitre suivant, j'analyserai en quoi l'ADMR, acteur non lucratif apporte une spécificité au service, laquelle constitue un atout économique et social.

2.3 Les leviers du changement.

Née à distance de l'économie concurrentielle, l'expérience associative tend désormais à s'en rapprocher. L'ADMR doit s'adapter de plus en plus vite à son environnement et faire évoluer ses pratiques pour assurer sa viabilité économique dans un contexte devenu marchand. Le combat économique ne doit pas faire cependant oublier l'objet social. En tant que directeur, et garant du projet associatif, je reste persuadée que l'enjeu se situe autour de la question des besoins et dans la recherche d'une meilleure réponse et non pas seulement dans l'objectif exclusif de réduction des coûts. L'ADMR a des leviers sur

²⁶ DEVETTER F-X., JANY-CATRICE F., RIBAUT T., 2009, *Les services à la personne*. Collection Repères, la Découverte, page 103.

lesquels je compte m'appuyer pour impulser des changements. Ils sont de trois ordres : le statut associatif avec la place des bénévoles, la professionnalisation, et la démarche qualité.

2.3.1 Les atouts de l'ADMR pour réussir ces mutations..

Les atouts de l'ADMR pour mieux répondre aux besoins des publics aidés résident dans son statut associatif et dans le rôle et les missions conduits par les responsables bénévoles.

A) L'association, une entreprise pas comme les autres.

Trois principes opérationnels fondent l'éthique associative : la primauté de l'homme, l'exigence d'associer et la non-lucrativité. Le statut associatif apporte une garantie fondamentale sur le caractère désintéressé des actions et la mission d'utilité sociale. L'association, dans le domaine des solidarités, a toujours contribué à défricher et à satisfaire les besoins non couverts par le secteur lucratif. Elle fonde au demeurant sa légitimité sur cette capacité à identifier les besoins et les demandes, et à proposer des réponses adéquates. Dans un sondage réalisé par l'Institut CSA en 2007, 87 % des français déclarent avoir une bonne opinion des associations et 58 % leur font confiance pour proposer des solutions en faveur de l'intérêt général ou pour proposer des solutions concrètes pour améliorer la vie quotidienne (62 %). Même impliquées dans le champ économique, les associations ne sont pas des entreprises comme les autres. Quand bien même elles adopteraient certaines méthodes de l'entreprise (marketing, publicité ...) ou son vocabulaire, il ne peut y avoir de confusion, ni de contradiction entre les moyens et les buts poursuivis. Le but demeure nécessairement désintéressé. Jean-Pierre BULTEZ, contributeur du livre « *Faire société, les associations de solidarité par temps de crise*²⁷ », déclare : « *les principes de solidarité entre les âges, les générations, les milieux sociaux, etc ... doivent rester comme les fers de lance des associations.* » et de continuer : « *Les associations doivent inlassablement faire référence à cet humain, vulnérable, en recherche d'accompagnement adapté à sa situation.* ». La culture de l'aide à domicile, telle que la conçoit le réseau ADMR, est la reconnaissance de la singularité de la personne. C'est la culture du « sur-mesure », par opposition aux modèles rationnels et scientifiques de l'entreprise. Le statut associatif, de par son éthique de la primauté de l'homme, se prête assurément à la culture de l'aide à domicile.

L'ADMR, a démontré au fil de son histoire cette capacité à innover et à constituer des réponses aux besoins des populations les plus fragiles et à participer à la cohésion

²⁷ LAFORE R., 2010, Faire société. Les associations de solidarité par temps de crise. Dunod, page 166.

sociale. Pour continuer à remplir cette mission, elle a, me semble t-il un atout supplémentaire à faire valoir : sa capacité à mobiliser la vie locale. En tant que « centrale de services », elle se trouve au centre d'une mixité de population et peut permettre à des personnes issues d'horizons différents de mieux vivre ensemble, créant ainsi du lien social.

B) Les responsables bénévoles.

La place des bénévoles est fondamentale à l'ADMR pour conduire les changements. Les bénévoles ont avant tout une mission de lien social. Ils ne sont pas seulement gestionnaires, porteurs de projets, mais participent à l'évaluation des besoins et des demandes des clients. Ils ont pour mission de détecter et analyser les besoins des populations locales et d'apporter des réponses à partir des ressources propres de l'association locale ADMR, et en mobilisant les réseaux locaux. Leur ancrage local, en proximité des personnes aidées, les place dans un rôle de veille sociale. Les bénévoles s'engagent dans les services d'aide à domicile pour deux raisons principales :

1. Le sentiment d'être utile à la société et d'agir pour les autres : c'est le besoin d'avoir des activités socialement reconnues et de « service » à quelque chose. Cette dimension est fondamentale pour les retraités bénévoles qui constituent la grande majorité du bénévolat ADMR. C'est également, le souhait de mettre les compétences acquises dans leur vie professionnelle au service d'un projet utile à la communauté.
2. La volonté de rendre un service dont ils ont bénéficié ou dont a bénéficié un de leurs proches.

La génération « militante » des responsables bénévoles a tendance à disparaître. Le bénévolat, à l'ADMR, bien que conservant ses valeurs, a changé. La professionnalisation du secteur de l'aide à domicile a fait évoluer sa place et son rôle et l'a obligé à de fréquents repositionnements venant souvent heurter sa sensibilité (cf. page 19). La mise en place du plan BORLOO est vécue comme un tournant décisif par les responsables bénévoles. Dans l'ensemble, ils se montrent favorables à l'ouverture vers de nouveaux publics avec un certain pragmatisme : avec pour objectif de maintenir l'emploi, la baisse des financements publics pour les publics fragilisés serait compensée par l'ouverture vers les publics dits « solvables ». Même si la grande majorité des bénévoles souhaitent maintenir une activité principalement tournée vers la prise en charge des personnes fragilisées, ils désirent également se tourner vers d'autres publics pour ne pas stigmatiser ces derniers et permettre à l'ADMR de sortir d'une image « vieillotte » qui la condamnerait à terme. Il s'agit de poursuivre le projet ADMR en tant que prestataires de services pour tous, permettant à chacun de mieux vivre chez soi. C'est également l'occasion de défendre les valeurs associatives au-delà de l'acte économique.

Pour continuer à faire vivre le projet politique, et maintenir la dimension sociale de l'aide (par exemple trouver des solutions pour toutes les personnes, au-delà du coût économique), il faut maintenir la présence des bénévoles sur les salariés. Le bénévolat à l'ADMR évolue. Il est moins disponible, plus exigeant. Auparavant, c'était le bénévole qui était « l'instrument » du projet associatif, valorisé par du militantisme ou du dévouement à la cause. Aujourd'hui, c'est le projet personnel de l'individu qui oriente ses choix d'engagement. Ils deviennent provisoires, diversifiés et changeants. Cette réalité m'invite à repenser le soutien à apporter aux responsables bénévoles. Les bénévoles ne peuvent être « managés » comme des salariés. Il s'agit à mon sens d'être mieux à l'écoute de leurs motivations et notamment de celles exprimées lors de leur engagement. Je relève là un point fondamental dans le changement à mettre en œuvre en direction des bénévoles : opérer un recrutement structuré, organisé avec un programme d'intégration et un accompagnement à la prise de responsabilité. Je rencontre des bénévoles qui ne trouvent pas leur place, ou dont le rôle n'est pas suffisamment défini au bout de plusieurs mois d'intégration. Ces bénévoles finissent par quitter le réseau faute d'avoir trouvé leur place dans l'association. En 3^{ème} partie, j'exposerai le projet réfléchi pour l'accueil des nouveaux bénévoles.

2.3.2 La professionnalisation des équipes d'intervention et de l'encadrement de terrain.

A) La professionnalisation des aides à domicile

La professionnalisation des aides à domicile garantit aux clients une qualité de service et une capacité d'adaptation à l'évolution des pathologies des personnes fragilisées. La formation est un point fort des grands réseaux associatifs de l'aide à domicile. A l'ADMR de l'Ain, elle s'est construite autour de deux types d'action : la formation professionnalisante et la formation qualifiante. La première vise à faire acquérir les connaissances indispensables à la maîtrise du métier. Elle commence par un cursus de sept jours de formation, intitulés « formation des nouveaux embauchés » dont le programme s'articule autour des thématiques suivantes : l'identité professionnelle, la connaissance des publics, les dispositifs sociaux, l'entretien du cadre de vie, l'hygiène alimentaire et le positionnement et la communication professionnels.

Elle est ensuite complétée par des actions de formations orientées sur la connaissance des publics et sur les techniques : ergonomie, entretien de la maison, repassage ... Elle touche chaque année environ 350 salariés pour 6 000 heures de formation. La formation qualifiante vise à valider le diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale via la validation des acquis de l'expérience (VAE). C'est le diplôme de la branche d'aide à domicile qui forme à la prise en charge des publics fragilisés : personnes âgées dépendantes, personnes handicapées et jeunes enfants. Le réseau propose une préparation à la rédaction du livret

Il de la démarche VAE et à la soutenance devant le jury. Cette préparation est indispensable pour permettre à des salariés éloignés depuis des années de la vie scolaire, de réussir le diplôme. La démarche VAE privilégie l'écrit, et c'est précisément à l'écrit que les salariés rencontrent de nombreuses difficultés. La formation, qu'elle soit qualifiante ou non, n'est pas toujours facile à valoriser surtout lorsqu'il s'agit d'un public ayant connu l'échec scolaire. Sa généralisation la fait de plus en plus admettre comme une étape nécessaire pour une amélioration des pratiques.

Professionnaliser les équipes passe forcément par de la formation. C'est la démarche entreprise jusqu'à présent par le réseau. Il y consacre des budgets importants qu'il ne peut plus continuer à augmenter dans un contexte de maîtrise des coûts. Toute amélioration de la qualité du service fondé sur une élévation du niveau de personnels qualifiés induit une augmentation des charges de personnel que n'acceptent plus de financer les organismes de tutelle. Dans ces conditions, je ne peux orienter le réseau vers toujours plus de formation. Qu'est-ce qui peut améliorer les pratiques et déclencher un cercle vertueux de la qualité des emplois et de la qualité des services, dans un contexte où les marges de manœuvre financières sont faibles ?

Je suggère deux orientations : celle d'une amélioration des conditions de travail, et celle d'un renforcement des compétences de l'encadrement intermédiaire. L'amélioration des conditions de travail est un moyen efficace pour rendre le métier plus attractif et le faire reconnaître par ceux qui le pratiquent. Cette amélioration repose sur plusieurs axes dont celle d'une augmentation des temps de travail²⁸, la lutte contre l'isolement et l'amélioration de l'organisation du travail. Je me limiterai en 3^{ème} partie à ce dernier point.

L'amélioration de l'organisation du travail consiste à travailler sur les séquences professionnelles, actuellement insuffisamment analysées. Celles-ci concernent l'évaluation des besoins de la personne et la préparation initiale de l'intervention. Trop souvent, les aides à domicile interviennent pour la première fois chez des personnes sans fiche de mission apportant des précisions sur les tâches à effectuer, le type de logement, l'environnement de la personne Ces informations sont pourtant, absolument nécessaires pour une bonne réalisation du service. Mieux définir les interventions est indispensable pour lutter contre l'appréhension des aides à domiciles (facteur de stress), mais également contre celle des personnes aidées qui doivent réexpliquer ce qu'elles attendent de l'aide à chaque fois qu'intervient un nouveau professionnel. Il faut donc

²⁸ Cette orientation ne sera pas étudiée car elle est déjà engagée. L'augmentation des horaires des contrats entraîne de facto une plus grande implication de la part des aides à domicile et une plus grande polyvalence car il faut « remplir » le planning des salariés. Celle-ci présente l'avantage de lutter contre l'usure professionnelle mais doit être maîtrisée car une trop grande disparité des profils des clients peut devenir un facteur de non qualité.

construire un système de référence et des procédures communes pour changer ces pratiques.

Lutter contre l'isolement et construire l'appartenance à une équipe constituent l'autre axe de travail. L'insuffisance de temps collectif est un frein à la construction de repères professionnels, à la professionnalisation, et in fine, à la qualité des prestations. L'isolement précédemment décrit est difficile à vivre pour les aides à domicile. Elles ont besoin de pouvoir confronter leurs pratiques et échanger sur les situations. Réduire l'isolement permet donc de construire des pratiques collectives de travail. La convention collective ADMR prévoit deux heures de temps collectifs par mois animés par les responsables bénévoles. Initialement prévu pour construire les plannings, ce temps pourrait être mieux employé pour dispenser de l'information pratique, partager de la connaissance et échanger en petits groupes sur des situations jugées difficiles. ²⁹

B) L'encadrement intermédiaire.

La deuxième orientation concerne l'encadrement. J'ai évoqué dans le chapitre précédent l'appui à fournir aux responsables bénévoles et l'approfondirai en 3^{ème} partie. Je me limiterai donc à l'encadrement intermédiaire des associations locales, incarné par les assistants techniques dont la problématique a été étudiée en fin de 1^{ère} partie. La qualité des services est autant liée au personnel d'intervention qu'à celle de l'encadrement. La professionnalisation passe par la formation d'un personnel d'encadrement capable de développer une véritable ingénierie des services et d'améliorer de fait la qualité du service et celle des emplois. Il doit par ailleurs jouer un rôle de médiateur entre les clients et les salariés et de développer une connaissance fine des besoins des personnes aidées. C'est donc un véritable parcours de formation qu'il faut construire pour les assistants techniques, mais celui-ci doit s'accompagner d'un repositionnement de leur rôle au sein du réseau. Il me paraît également nécessaire de prévoir une animation (accompagnement) de ces salariés au quotidien. Plusieurs hypothèses sont envisageables : confier cette mission à l'un d'entre eux, sorte de tuteur de ses collègues, la confier à la fédération, ou bien encore, embaucher une personne dédiée à cette mission. La solution que je retiendrai sera celle de l'animation par la fédération qui me semble être la mieux placée pour atteindre cet objectif du fait de son rôle central au niveau du réseau. Le schéma retenu sera exposé en 3^{ème} partie.

²⁹ Ce point n'est pas étudié en 3^{ème} partie ni travaillé à ce jour. Il reste un objectif à moyen terme car il constitue véritablement un levier pour faire évoluer les pratiques.

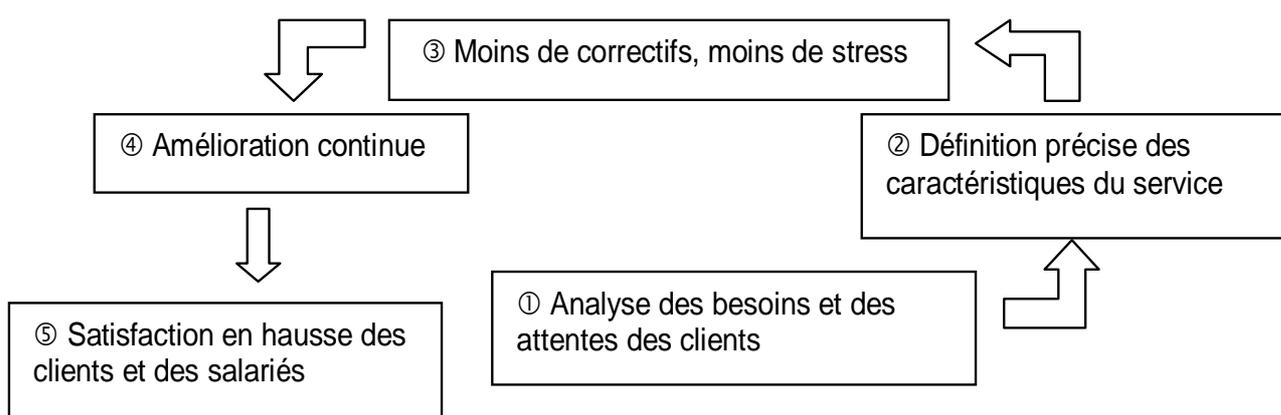
2.3.3 Agir sur la qualité : enjeux et questionnements.

A ce stade de la réflexion, les objectifs finaux du projet sont plus clairement définis : il s'agit d'améliorer la qualité des prestations par une meilleure prise en compte des besoins des personnes et de leurs évolutions, et d'agir sur les ressources humaines par une amélioration des conditions de travail et un renforcement des compétences de l'encadrement intermédiaire.

L'amélioration de la qualité devient par conséquent un impératif, voire même un enjeu pour assurer notre avenir. En tant que Directeur, je me dois d'être clair sur les enjeux et être en capacité de les faire partager. On se bat mieux quand on sait pourquoi on se bat. La qualité se doit d'être par conséquent, une réponse à plusieurs enjeux ou problématiques repérées :

1. **Lutter contre la concurrence** : faire valoir auprès du public une qualité constante et reconnue.
2. **Harmoniser les pratiques** pour garantir une même qualité de service sur l'ensemble du département de l'Ain
3. **Améliorer l'organisation et le fonctionnement des associations** pour viser une plus grande efficacité et maîtriser les coûts.
4. **Renforcer la professionnalisation**, valoriser les métiers et les rendre attractifs pour attirer des candidatures de qualité.
5. **Etre moins vulnérable sur la question des coûts.** Une offre de service en parfaite corrélation avec les attentes des clients atténue l'appréhension du coût.

Schéma n°6 : Les étapes vertueuses de la démarche qualité



La démarche vers la qualité est un outil dynamique de management et de professionnalisation. Elle constitue une réponse aux enjeux de notre réseau à plusieurs titres : au regard des objectifs définis d'une part, et en raison d'opportunités financières d'autre part que je décrirai plus en avant.

La démarche qualité vient de l'entreprise. Elle est une technique managériale qui vise l'efficacité organisationnelle (HAERING, 2000, p.11). Elle doit permettre une optimisation des processus et une maîtrise des coûts. Pour Jean-Louis DEHAIES³⁰ : « *La qualité, ce n'est que l'adéquation entre le service que l'on s'engage à rendre et les prestations que l'on assure, la non qualité correspond, de fait, aux écarts constatés entre les deux* ». Le développement des démarches qualité dans le champ social et médico-social s'est traduit par la construction d'outils propres et par le souci de tenir compte des particularités des différents établissements. Le réseau ADMR s'est impliqué dès la fin des années 90 dans la construction d'une norme de certification propre aux services d'aide à domicile, afin de lui permettre de valoriser son histoire, ses valeurs associatives, et ses particularités organisationnelles. Elle a débouché sur la création de la norme NF X50-056 « Services aux personnes à domicile » de l'AFNOR et des règles de certification NF 311. Plusieurs éléments confèrent une réelle légitimité à cette norme :

1. La participation entre 1998 et 2000 de tous les acteurs du secteur à son élaboration et un consensus sur le contenu de la norme.
2. Des critères de qualité fixés collectivement dans un « référentiel métier » qui est le reflet du travail des professionnels et sa mise en conformité avec la loi du 2 janvier 2002 avec laquelle il existe une réelle convergence.
3. Une homologation de la norme après enquête publique auprès de tous les acteurs socio-économiques et des ministères.

La norme fixe des exigences en matière :

- D'accueil et d'orientation des clients.
- D'évaluation des besoins de la personne aidée, de contractualisation.
- De préparation, de planification et de réalisation des interventions.
- Des ressources humaines : recrutement, formation, encadrement ...
- De traitement des dysfonctionnements et des réclamations clients.
- De respect de la déontologie, des dispositions relatives à la communication interne et externe.
- De coordination des activités avec les services extérieurs ou partenaires externes.

Un autre argument plaide en faveur de la démarche qualité : il s'agit des financements susceptibles d'être obtenus. L'ANSP incite les structures d'aide à domicile à se lancer dans une démarche de certification de la qualité par l'apport d'un financement. Le programme, intitulé THETIS est piloté localement par le réseau des ARACT et permet de bénéficier d'un accompagnement. Le dispositif finance 40 jours d'appui consultant pour

³⁰ DEHAIES J.L, 2005, *Réussir l'amélioration continue de la qualité en action sociale et médico-*

progresser significativement sur les objectifs décrits dans le programme³¹, et 20 jours supplémentaires pour atteindre la certification des services. Dès la prise de connaissance de ce programme, je dépose une demande de financement auprès du délégué territorial de l'ANSP. L'ADMR de l'Ain obtient le financement et peut dès lors commencer la démarche.

Avant de développer le projet démarré au printemps 2009 et toujours en cours à ce jour, et de décrire la méthode employée pour mobiliser le réseau ainsi que les résultats obtenus, je souhaite soulever quelques questionnements qui doivent à mon sens alimenter le projet et contribuer à rendre la démarche plus efficiente.

Comment garantir une même qualité de service aux personnes aidées alors que ces dernières contribuent à la production du service ? Peut-on « standardiser » les besoins et attentes des publics pour créer, à l'instar de l'industrie des procédures et des pratiques normalisées ?

Evidemment non. On l'a vu, le secteur est complexe et ne peut de fait faire l'objet de procédures ou de référentiels comme étant une des solutions pour représenter en soi la qualité. Ce qui fait qualité dans une situation donnée ne le sera pas nécessairement dans une autre. En matière de prestation, la qualité est une notion relative. En conséquence, l'ADMR ne doit pas chercher à standardiser ses pratiques mais doit travailler autrement en s'adaptant en permanence pour fournir des réponses au plus près des besoins et attentes des publics. En un mot, c'est la culture du « sur mesure ». La démarche qualité doit permettre au réseau de se réinterroger. C'est donc la dynamique d'amélioration continue qui est à valoriser avant tout auprès des équipes. Selon Hervé LECLET et Claude VILCOT³², consultant AFNOR, « *les auditeurs ne valident pas le niveau de qualité /.../ de la prestation elle-même, mais reconnaissent, identifient et valident les procédures, les outils de l'organisation de la qualité et l'efficacité du système de management de la qualité* ».

La norme AFNOR NF X50-056 est générique à l'ensemble des structures d'aide à domicile, qu'elles soient lucratives ou non lucratives. Comment dans ces conditions, peut-elle permettre de valoriser les spécificités associatives décrites précédemment ? N'y a-t-il pas un risque à ignorer les questions de sens et de valeurs ? Je ne le crois pas, car la norme intègre ces questions et c'est à notre réseau de profiter de la démarche pour les réinterroger et les faire valoir. Le système qualité une fois construit, doit représenter une référence pour les salariés et les bénévoles afin de les mobiliser autour des valeurs et principes énoncés. Le rôle et la place des bénévoles sont des gardes fous à ce risque.

sociale. Paris, Dunod, p. 21.

³¹ Amélioration de l'organisation, des conditions de travail et de la qualité des prestations.

³² LECLET H., VILCOT C., 2003, *Qualité en gérontologie*. AFNOR, p. 40.

C'est au contraire, une opportunité pour moi de remobiliser le réseau autour du projet associatif.

Le 3^{ème} et dernier questionnement traite de l'évaluation. J'aborderai cette question à la fin de la dernière partie en évoquant l'avenir du projet.

En conclusion, le projet est pour moi maintenant clarifié. Il me reste à développer la méthode employée, les choix opérationnels opérés et les premiers résultats observés. La démarche qualité est le support choisi pour conduire le projet. Le but est bien de progresser en qualité, jusqu'à un niveau nous permettant d'atteindre notre objectif et nous permettre de nous démarquer vis-à-vis de la concurrence, principalement lucrative. Le niveau recherché doit être par ailleurs compatible avec le coût du service et le prix que les financeurs et les clients sont prêts à payer pour satisfaire leurs attentes. Au final, l'équation est plurielle et doit permettre d'atteindre plusieurs objectifs. Elle combine plusieurs dimensions à préserver et à défendre : la proximité, le projet associatif et le professionnalisme.

3 IMPULSER UN CHANGEMENT DE PRATIQUES POUR REPONDRE A LA DIVERSITE DES BESOINS DES PUBLICS

3.1 Manager le changement et agir en direction des ressources humaines.

3.1.1 Conduire le changement : La méthode, les étapes, le calendrier et le coût.

A) Le choix d'une méthode, les différentes étapes et le calendrier retenus...

Pour un directeur, la difficulté majeure consiste à réussir à produire un changement réel. Comme le précise Jacques-Antoine MILAREVICZ, consultant en entreprise et psychiatre, les deux meilleurs ennemis du changement sont l'idéalisation du passé et la peur de l'avenir. Il y a donc une propension à l'inertie. S'enfermer, c'est à coup sûr décliner. Les mutations du secteur de l'aide à domicile décrites en 2^{ème} partie ont contribué à faire prendre conscience au réseau ADMR de l'Ain de la nécessité de changer ses pratiques pour s'adapter aux besoins et exigences des publics ou des financeurs. Le réseau semble donc, prêt à changer, mais en faire une réalité nécessite de bien choisir la méthode et le calendrier pour transformer les intentions en actes.

Ce dernier point est un souci constant : il faut trouver un juste équilibre dans le rythme, entre trop de pression pouvant créer de l'essoufflement et une trop grande lenteur pouvant provoquer une certaine lassitude, voire une démotivation générale. Décider d'un plan d'action est un acte de direction. En premier lieu, il s'agit de définir de l'organisation à mettre en œuvre et de l'ordonnancement des actions et étapes de la démarche. Tout cela doit être validé par le conseil d'administration. En tant que directeur et membre du trio qualité (cf. page suivante), je contribue aux décisions, pilote et assure la coordination de toutes les étapes, en lien avec le consultant. J'assure l'écriture de l'ensemble des procédures et outils du système qualité à partir des travaux des commissions de travail. J'expliquerai plus loin ce qui a motivé cette décision.

La méthode retenue cherche à impliquer un maximum de personnes concourant à la production des services, qu'elles soient salariées ou bénévoles, intervenantes ou personnels administratifs. Le changement ne se décrète pas, il se partage. Je reste persuadée que l'on améliore les chances de réussite d'un projet si l'on fait participer de manière active les personnes chargées de les mettre en œuvre. Ce choix préalable me permet également de communiquer plus largement sur les finalités du changement et d'identifier les résistances. La démarche repose sur quatre types d'opérateurs : La commission qualité (organe décisionnel), le binôme qualité (organe opérationnel) ; le trio

qualité (organe fonctionnel) et le consultant. Les missions et le niveau d'intervention sont synthétisés dans le tableau en annexes 5.

La démarche engagée concerne la quasi totalité du réseau ADMR de l'Ain (soit 26 associations³³) et la fédération en assure le pilotage. Cela permet de mutualiser les moyens et de rendre plus cohérente la politique de l'ADMR sur le département.

B) Les différentes étapes et le calendrier.

La mise en œuvre du projet implique cinq grandes étapes chronologiques dont les objectifs, et les acteurs concernés sont précisés en annexes 6:

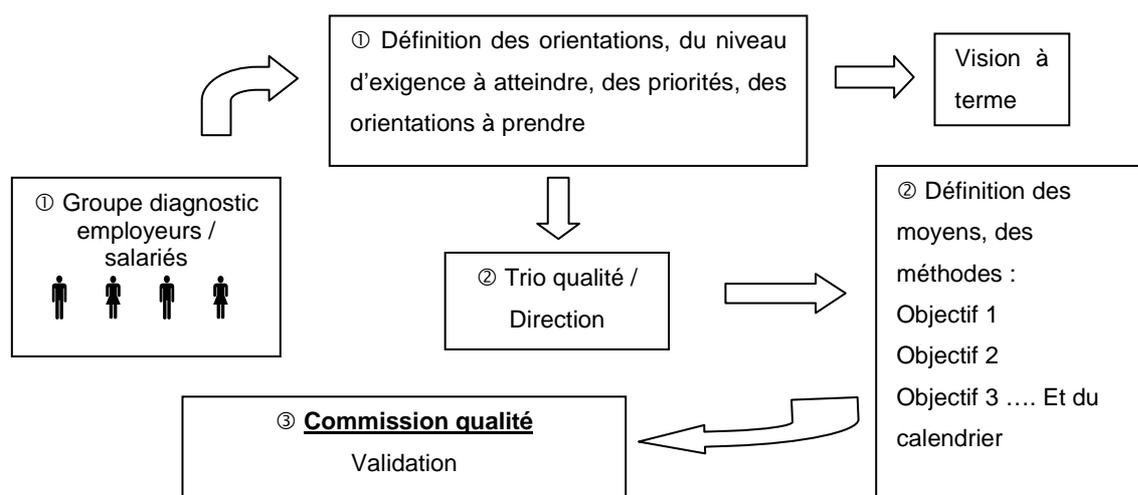
1. Le diagnostic ⇒ Mai et juin 2009.
2. La conception du système qualité ⇒ Septembre 2009 à février 2010
3. L'écriture et la validation de la documentation qualité et de la politique qualité du réseau ADMR de l'Ain. ⇒ Février à octobre 2010
4. Les audits internes dans les 21 associations locales d'aide à domicile (sont exclus les SSIAD, le Centre de soins et la fédération) ⇒ Juin et juillet 2010, diffusion des résultats à partir de l'automne 2010
5. La préparation à la certification ⇒ Septembre 2010 à janvier 2011

L'étape du diagnostic (cf. schéma n°7) est fondamentale car elle conditionne les suivantes. Pour rendre la démarche plus productive et permettre à toutes les composantes du réseau de pouvoir s'exprimer, le trio qualité décide de faire travailler dans un premier temps deux groupes parallèlement: l'un composé exclusivement de responsables bénévoles et de la direction, et l'autre composé de salariés d'intervention ou personnels administratifs. Cette séparation est nécessaire pour offrir un véritable espace de parole à ses membres. En effet, les salariés pourraient être gênés de s'exprimer en présence de leur employeur et réciproquement. Des règles communes sont définies pour que les débats soient constructifs. Les deux groupes sont ensuite réunis pour mettre en commun les productions, ce qui a permis de définir des propositions de progrès (lire ci-après).

Chaque proposition est approfondie pour ne pas se limiter aux constats ou aux propositions sans réel fondement. Elle est ensuite étudiée par le trio qualité pour être amendée et enrichie si besoin est. C'est à la direction, par le biais du trio qualité, de décider des objectifs finaux à présenter en commission qualité. C'est également à elle d'explicitier le choix des thèmes retenus.

³³ Tous les SAAD, les services de soins, le centre de santé et l'association mandataire.

Schéma n°7 : Déroulement de l'étape diagnostic



A l'issue de cette première étape, les principaux objectifs de progrès sont définis :

<p style="text-align: center;">Volet qualité</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Mettre en adéquation l'offre de service avec les besoins et attentes du client. ■ Renforcer la professionnalisation. ■ Harmoniser les pratiques. ■ Mieux gérer la prise de connaissance du dossier avant toute intervention chez un nouveau client. 	<p style="text-align: center;">Volet ressources humaines</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Accompagner le changement. ■ Anticiper les recrutements. ■ Faciliter l'intégration des nouveaux bénévoles et des salariés et clarifier les rôles de chacun et les limites d'action. ■ Renforcer le travail en équipe. ■ Renforcer l'accompagnement des
<p style="text-align: center;">Volet communication</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Améliorer la communication interne et externe. 	<p style="text-align: center;">Volet politique</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Réaffirmer que l'ADMR n'est pas principalement un service marchand. ■ Se démarquer par rapport à la concurrence. ■ Renforcer le rôle de la fédération dans sa fonction d'accompagnement et de gestion des situations de dysfonctionnement.

Ces objectifs s'articulent autour de quatre thèmes :

1. Amélioration de la qualité des prestations.
2. Accompagnement des bénévoles dans la réalisation de leurs missions.
3. Nécessité de faire connaître le bouquet de services de l'ADMR.
4. Nécessité de renforcer le travail d'équipe et améliorer les conditions de travail.

Ces orientations viennent conforter le diagnostic initial présenté en 1^{ère} partie et les points d'amélioration pressentis en 2^{ème} partie. Elles attestent d'une réelle prise de conscience

de l'ensemble des acteurs du réseau sur la nécessité de faire évoluer les pratiques et d'améliorer encore la qualité des prestations.

En parallèle de cette étape, le trio qualité réalise un diagnostic qualité dans 23 associations du réseau³⁴. Cet état des lieux initial permet de situer le réseau au regard des exigences de la norme. Pour être certifié NF, tous les items doivent atteindre au minimum 80 %. En synthèse, les résultats obtenus sont les suivants :

- Résultats < 50 % : Gestion des ressources humaines 38 %, accueil client 50 %, amélioration de la prestation 46 %, RH 38 %³⁵.
- Résultats > 50 % : Réalisation de l'intervention 54 %, analyse de la demande : 64 %, offre de service 65 %, principes et cadre 67 %, préparation de l'intervention 69 %.

La 2^{ème} et la 3^{ème} étape concernent l'écriture de la documentation qualité. A partir des orientations définies en 1^{ère} étape et validées par le conseil d'administration fédéral, huit nouveaux groupes d'une dizaine de personnes chacun sont mis en place. Ils ont pour objet de réfléchir aux « bonnes pratiques » et aux changements organisationnels à mettre en œuvre. Chaque groupe est chargé d'une thématique, de la norme, et doit produire en trois séances de 3 heures des écrits pouvant être par la suite traduits sous forme de procédures, de modes opératoires ou de formulaires. . La norme X50-056 des services à la personne définit des exigences de qualité à atteindre mais elle ne précise pas comment les atteindre : c'est l'objet du travail opéré par le réseau pendant cette phase.

Les huit groupes sont :

1. L'accueil du client : l'accueil physique et téléphonique, l'enregistrement des contacts et la signalétique.
2. L'évaluation de la demande et l'offre de service : analyse et enregistrement des demandes. Définition de l'offre de service.
3. La préparation de l'intervention : préparation des interventions et des informations reçues à transmettre au client et à l'intervenant. Elaboration des plannings des intervenants.
4. La réalisation de l'intervention : suivi pendant l'intervention et modalités de veille et d'alerte (évolution des situations).
5. Le suivi de l'intervention : traitement des réclamations, évaluation de la qualité du service, et gestion des remontées d'informations. Elaboration d'un questionnaire de satisfaction et mise en place des mesures d'amélioration continue.

³⁴ J'en réalise pour ma part la moitié, ce qui m'a permis d'analyser précisément la situation de départ et de mesurer nos forces et nos faiblesses. J'ai par ailleurs réalisé la synthèse de tous les diagnostics.

³⁵ Ce taux est la conséquence d'une absence d'écrits ou de pratiques formalisées en GRH.

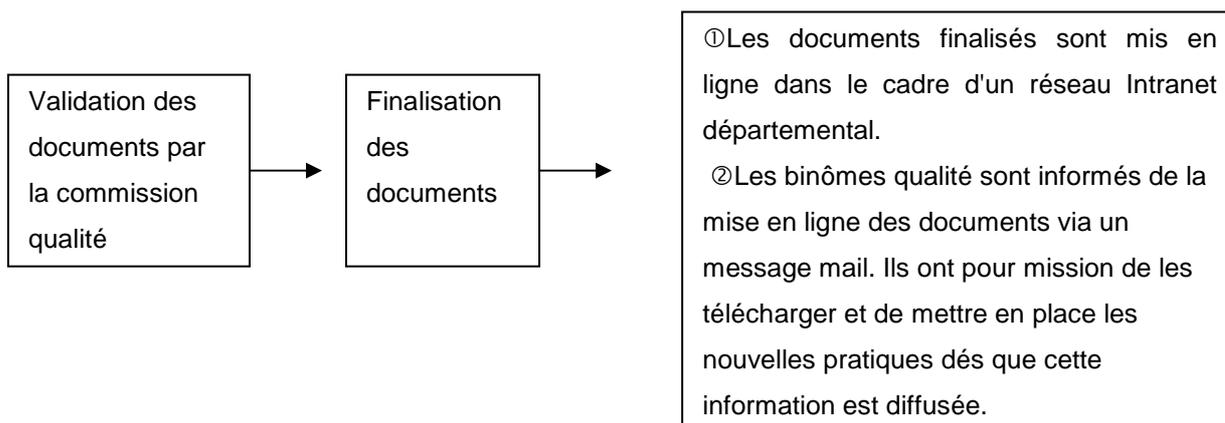
6. Les rôles et responsabilités, la déontologie : définition de la politique qualité, élaboration des fiches de postes salariés et fiches de mission des bénévoles. Elaboration de l'organigramme fonctionnel.
7. La communication interne et externe : définition des modalités pour la transmission de l'information en interne et pour la communication externe.
8. Les ressources humaines : énonciation et diffusion de la déontologie et des critères de bonnes pratiques. Elaboration de procédures pour le recrutement et l'intégration des salariés. Procédures pour les E.P.I. (entretiens individuels) et le plan de formation.

Avec l'un des membres du trio qualité je réfléchis à la constitution des groupes. Nous choisissons de maintenir la règle des tiers (1/3 bénévoles, 1/3 salariés d'intervention, 1/3 salariés administratifs). Je ne souhaite pas composer arbitrairement les groupes, mais il me semble nécessaire d'opérer un premier repérage des personnes susceptibles d'apporter une réflexion, une expérience ou des propositions d'actions (personnes ressources). Les responsables bénévoles valident la participation des salariés issus de leur association ou proposent une autre personne. Il faut par ailleurs veiller à ce que chaque association soit représentée et que chaque type de fonction le soit également. Les groupes sont animés par les membres du réseau et des membres du trio qualité. Ils rendent leurs travaux en début d'année 2010. Je prends le relais pour l'écriture de la documentation. Bien que ce travail soit une charge importante dans mon emploi du temps, je décide d'en assumer la responsabilité pour plusieurs raisons. La première est que cette tâche revient naturellement aux membres du trio qualité. Il paraît dès lors difficile de la confier à des responsables bénévoles du fait du temps très important à y consacrer³⁶. La seconde relève d'une décision stratégique : je prends ainsi connaissance de toutes les pistes de réflexion ou des différents points de vue émis, et des décisions prises. Cette supervision me permet donc d'évaluer le dispositif.

Les procédures et les outils sont ensuite validés par la commission qualité qui se réunit tous les mois de janvier à juillet 2010. Il arrive que celle-ci rejette certaines orientations et demande qu'elles soient retravaillées ou affinées. La rédaction du système qualité n'est pas terminée à ce jour. Il reste encore à définir les pratiques concernant les thèmes suivants : la prévention et le traitement de la maltraitance, la gestion des risques professionnels, la livraison des repas, le service mandataire et le service famille.

³⁶ Les écrits fournis par les groupes ne sont pas finalisés. Ils prennent la forme de comptes rendus de réunion ou de relevés de notes. Il me faut les reprendre pour les organiser ou les traduire sous forme de procédures ou mode opératoires.

Schéma n°8 : Modalité de diffusion des documents q qualité



A l'été 2010, le réseau procède aux premiers audits internes dans chaque association. Plus complets que les diagnostics opérés une année auparavant, ils se veulent être une répétition de l'audit qui aura lieu début 2011 par les évaluateurs de l'AFNOR. Ces audits internes ont pour objectif de vérifier l'application des normes de qualité définies par le réseau. Ils apportent des réponses aux questions suivantes : Où en sommes-nous ? Comment progressons-nous ? Que reste-t-il à faire ? Quels résultats avons-nous enregistrés ? La réalisation des audits est confiée à une équipe de bénévoles formée à cette mission. Ils sont accompagnés par un cadre de la fédération nouvellement embauché, et dont je vais évoquer les missions dans à la page 61.

La phase d'audit met en évidence un niveau d'avancement en décalage avec les objectifs. Changer les habitudes prend du temps et se conformer à des normes ou des procédures est une véritable « révolution culturelle » pour la plupart des acteurs du réseau, qu'ils soient salariés ou bénévoles. Bien que les procédures et les outils aient été produits par ces derniers, ils ne sont pas pour autant adoptés facilement. Le changement déclenche une force d'inertie importante que j'avais pourtant anticipée, mais sans doute insuffisamment. Cette phase représente néanmoins, une opportunité pour ré-impulser une nouvelle dynamique. Elle a permis aux personnes présentes de mieux cerner les objectifs à atteindre et les actions correctives à mettre en place. Cela a servi "d'électrochoc" dans les associations, dont il s'agit de profiter pour avancer. C'est donc un défi pour moi de ne laisser aucune association prendre du retard sur le groupe. Cette situation risquerait de compromettre la réussite du projet pour l'ensemble du réseau³⁷.

Plusieurs constats s'imposent. Ils concernent :

³⁷ Dans le cadre d'une démarche qualité développée en réseau (multi sites), il faut que 95 % des entités rattachées à la fédération soient certifiées pour que la fédération puisse être elle-même certifiée.

1. Les responsables bénévoles. La réussite du projet dépend essentiellement de l'implication des responsables bénévoles. Dans les associations où les bénévoles sont peu convaincus ou peu investis dans la démarche, les salariés en place peinent à compenser ce manque d'implication.
2. Le personnel administratif des associations locales. La réussite du projet dépend également de l'implication du personnel administratif et plus particulièrement des secrétaires. Elles sont en première ligne sur la plupart des nouvelles procédures et utilisent les outils définis. Insuffisamment sensibilisées à la démarche, elles ne peuvent servir de véritable relais pour la mise en œuvre des nouvelles pratiques. Elles peuvent même dans certains cas freiner le processus.
3. Les binômes qualités : Ils sont chargés de mettre en œuvre la démarche mais se révèlent avoir besoin d'un accompagnement supplémentaire pour assurer leur mission.

En concertation avec les membres du trio qualité, Il me faut impulser une nouvelle dynamique pour accélérer le changement. Comment se donner à présent les moyens d'atteindre nos objectifs et respecter le calendrier de départ ? Plusieurs décisions sont prises pour remédier aux constats énoncés :

1. Renforcer l'accompagnement des responsables bénévoles. Travailler avec des responsables bénévoles n'est pas la même chose que travailler avec des salariés. Il faut trouver un mode d'accompagnement permettant de respecter les positions des responsables bénévoles tout en maintenant les objectifs. Il faut par conséquent les clarifier, les réexpliquer, puis convaincre. La pédagogie et l'écoute sont essentielles dans ce projet. Elles doivent être encore davantage développées.
2. Sensibiliser le personnel administratif : une journée de formation à l'attention des secrétaires des associations est programmée à l'automne. Elle est axée sur l'appropriation des outils qualité.
3. Individualiser l'accompagnement des binômes qualité : L'accompagnement collectif avait été jusque là privilégié par le biais d'une ½ journée de regroupement de l'ensemble des binômes qualité tous les deux mois afin d'échanger sur les pratiques et faire le point sur l'avancée de la démarche. Ce dispositif est complété par un suivi individuel.

Pour mettre en œuvre ces décisions, le trio qualité se rend pendant l'été dans les associations repérées comme étant en décalage par rapport à l'avancement défini préalablement. Cette démarche vise à analyser avec le binôme qualité et les responsables de l'association les points de blocage ou d'incompréhension et trouver des solutions individualisées.

C) Le coût.

La mission financée par l'ANACT comporte 40 jours de travail d'un consultant pour la première partie de la démarche (programme CQDIS³⁸) Le prix de la journée est fixé à 1 000 € TTC et intègre tous les frais annexes. Le montant total de la subvention s'élève à 40 000 € TTC versé directement à ITG Conseil. La seconde partie du financement concerne 20 journées complémentaires de consultant pour conduire à la certification, soit un financement supplémentaire de 20 000 € TTC.

Les trois premières phases ont impliqué 99 participants pour 62 séances de travail. 11 dates sont programmées entre septembre et octobre pour finaliser la démarche et préparer la certification. Le temps consacré en séances de travail par les salariés (intervenants et personnels administratifs) en 2009 est de 803 heures évaluées à 11 800 € entièrement financées par le réseau

3.1.2 Repenser l'organisation de la fédération.

Une organisation est conçue pour servir au mieux les objectifs de l'association. Si le projet politique change ou évolue, il faut que l'organisation change également. La fédération ADMR de l'Ain dont les missions sont présentées en 1^{ère} partie, joue un rôle fondamental dans la conduite des projets. Elle est une véritable locomotive pour le réseau. L'organisation sous forme de réseau et la place prépondérante des bénévoles dans son fonctionnement implique d'avoir une structure forte à sa tête. Plus les projets sont ambitieux, plus la fédération doit être en mesure d'assurer un accompagnement auprès des bénévoles pour les soutenir dans leurs missions. Si la fédération ne prend pas la mesure du soutien à apporter aux bénévoles, elle risque de les voir partir.

La fédération a été dirigée pendant 30 ans par un directeur charismatique sur le point de partir à la retraite. Son départ se situe dans une période de fortes mutations pour le réseau. Tout départ, (et particulièrement celui d'un directeur en poste depuis plusieurs décennies), est l'occasion de repenser l'organisation. Dans le contexte décrit, cela devient une exigence. Le directeur que je remplace est à l'image des « directeurs fondateurs ». Il a contribué à toutes les évolutions, à assumer des fonctions d'une très grande polyvalence et s'est investi bien au-delà de ce qui est demandé traditionnellement à un directeur. C'est un directeur expert, maîtrisant tous les aspects techniques et politiques de notre activité.

A l'automne 2009, je suis choisie par la commission du personnel et le Bureau fédéral pour lui succéder. Pour me remplacer, au poste de direction adjointe, j'ai la certitude que

le changement de direction ne peut se réaliser dans sa configuration actuelle. Si l'on continuait à concentrer l'essentiel des compétences et des connaissances au niveau de la direction générale, cela risquerait de fragiliser le réseau, Cette situation n'est plus adaptée à l'heure où la fédération doit renforcer sa présence sur le terrain. Ce point constitue donc le premier objectif : l'organisation à mettre en œuvre doit permettre d'amplifier la présence de la fédération dans les associations locales pour accompagner les responsables bénévoles dans leurs missions.

Le deuxième objectif vise à repenser les compétences dont a besoin la fédération pour assurer son évolution. Il me semble qu'à son stade de développement, elle ne peut continuer à fonctionner avec l'extrême polyvalence tolérée par la direction jusqu'à présent. La complexité de notre secteur ne permet plus de concentrer toutes les compétences dans les mêmes personnes. En début d'année 2010, la question se pose donc : de quelles compétences la fédération a-t-elle besoin pour réussir ses projets ? Une réunion de travail se déroule pour approfondir la question avec les membres du bureau fédéral. Je défends l'idée d'orienter le futur poste de direction adjointe vers une fonction technique, chargée de la gestion financière et supervisant les services comptabilité, facturation et paie. C'est un domaine insuffisamment couvert dans l'organisation actuelle. Il me semble en effet indispensable, à l'heure de la rationalisation des coûts, de pouvoir intégrer, dans l'équipe de direction, une personne de formation supérieure dans ce domaine³⁸. Je souhaite pouvoir renforcer les outils de gestion et les indicateurs associés : tableaux de bord, études financières. La personne aurait également pour mission d'accompagner les associations sur le volet financier ainsi que sur celui des ressources humaines (volet technique). Les membres du bureau souscrivent à cette orientation.

Pour renforcer la présence de la fédération auprès des responsables bénévoles, le Conseil d'administration fédéral valide ma proposition de créer un troisième poste d'encadrement. La création du poste de cadre de développement permet à la fédération de se doter de nouvelles compétences, plus opérationnelles, en appui direct des responsables d'associations. Il vient compléter l'équipe des deux responsables de secteur. Ses missions sont orientées vers la conduite de projet, ainsi que la création et la mise en place opérationnelle de nouveaux services pour répondre à l'évolution des besoins et attentes des publics. Il reprend à son compte la conduite de la démarche qualité et l'animation de l'équipe des assistants techniques (AT). J'ai évoqué en deuxième partie la nécessité de mettre en place une animation d'équipe pour ces derniers. La

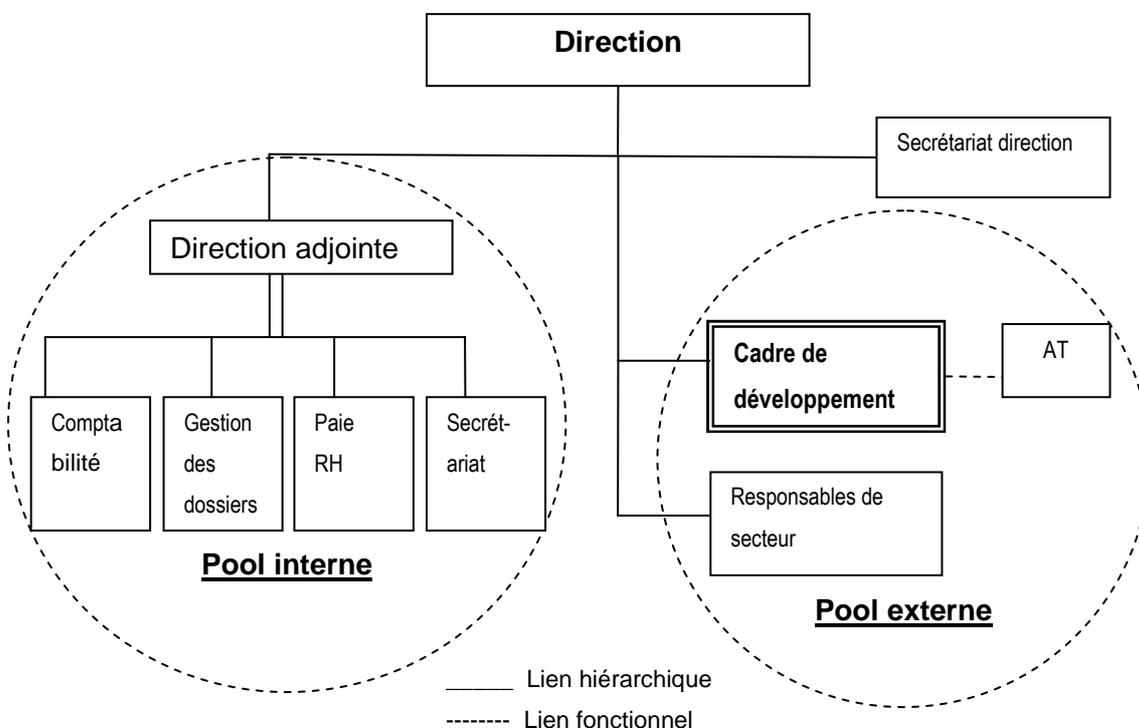
³⁸ Le programme CQDIS (Maîtrise des Coûts/Qualité/Délais/Innovation/aspects Sociaux) piloté par le réseau ANACT finance un programme d'accompagnement visant à améliorer l'organisation de la production des services et du travail, les conditions de travail et la professionnalisation.

³⁹ Je suis moi-même de formation supérieure dans ce domaine, mais j'estime que le directeur n'a pas pour vocation d'être principalement investi dans ces tâches.

solution retenue consiste à la confier à la fédération, confortant ainsi son rôle d'animateur de réseau. C'est naturellement que ce rôle revient au cadre de développement. Cette option présente plusieurs avantages dont celui de conforter la place du cadre de développement dans une fonction d'interface entre les associations et la fédération. Elle me permet également d'être directement renseignée sur les problématiques rencontrées par les assistants techniques et être ainsi force de proposition en matière d'accompagnement ou de formation. L'organigramme de la fédération se dessine dès lors en deux pôles :

1. un pôle technique tourné vers l'interne. Il comprend le service comptabilité, la gestion des dossiers (instruction des prises en charge financière et facturation) et les ressources humaines (paies, déclarations, arrêts maladie ...). L'équipe technique représente un effectif de huit personnes dont deux agents de maîtrise.
2. un pôle terrain tourné vers l'externe. Il comprend les deux responsables de secteur (agents de maîtrise) et le cadre de développement.

Le pôle technique est sous la responsabilité directe du directeur adjoint. Le pôle terrain reste sous la responsabilité directe du directeur et couvre des missions de stratégie interne et externe et la conduite de projets. L'organigramme, tel qu'il fonctionnera en janvier 2011 se présente sous la forme suivante. Les doubles traits correspondent aux évolutions par rapport à l'organigramme précédent :



La réorganisation fait nécessairement bouger les missions de certains postes en place. C'est le cas des responsables de secteur. Au nombre de deux, à la fédération, ils ont pour rôle d'assurer un accompagnement polyvalent auprès des associations dans le cadre de

la vie associative et de l'ingénierie de projets. Ils assurent également la coordination du service famille et l'instruction des prises en charge financières des personnes aidées. Ces postes se retrouvent dans certaines missions en juxtaposition avec celles du cadre de développement. C'est donc l'occasion de repenser leurs missions et de les faire évoluer. Leur rôle doit s'articuler, à terme, avec celui du cadre de développement mais aussi avec celui des assistants techniques. La réflexion est commencée, mais n'a pas encore abouti à ce jour. Elle se dirige vers une spécialisation des compétences, notamment en ce qui concerne les publics (service famille et service retraités et personnes handicapées). Ils conserveraient une fonction polyvalente dans leur mission d'accompagnement à la vie associative mais auraient un rôle d'expert dans les aspects techniques liés à un service. Un travail complémentaire est encore nécessaire pour arriver à une vision suffisamment clarifiée des interactions entre les différentes fonctions du pôle externe. L'échéance est fixée au début de l'année 2011.

Le coût du poste de cadre de développement est évalué à 35 000 € annuels (charges sociales et fiscales comprises). Il est financé par une cotisation prélevée sur chaque unité d'œuvre réalisée par le réseau et par une marge budgétaire récupérée sur la part de salaire liée à l'ancienneté du directeur partant à la retraite.

3.1.3 Former les assistants techniques.

J'ai décrit en fin de 1^{ère} partie le rôle et les fonctions des postes d'assistants techniques et les écueils rencontrés les concernant. Les enjeux décrits en 2^{ème} partie impliquent de renforcer leur rôle et leurs compétences pour venir en appui des responsables bénévoles. Nouvellement mis en place, ces postes ne bénéficient pas encore de programme de formation à l'exception de journées trimestrielles de regroupement qui permettent des apports de connaissances sur des thématiques variées. Ces journées, bien qu'utiles pour délivrer de l'information commune, sont insuffisantes pour atteindre l'objectif de réajustement de leurs missions. Outre cet aspect, c'est également une identité de poste et des pratiques communes qu'il faut construire. Pour cela, il faut bâtir un véritable cursus de formation. L'ADMR a décliné depuis quelques années des parcours de formation internes à l'usage de l'encadrement. Il existe l'école des cadres (Directeurs) et l'école des Présidents. Le projet vise à construire une forme "d'école des assistants techniques". Pour bâtir le projet deux démarches conjointes sont menées :

1. Une démarche collective avec les fédérations ADMR de la région Rhône-Alpes (8 fédérations) et le réseau UNA. Cette démarche est liée à la mise en œuvre de la démarche GPEC développée à l'initiative du comité régional ADMR.
2. Une réflexion interne au réseau ADMR de l'Ain pour cibler les besoins propres au département. Un questionnaire est diffusé auprès des responsables bénévoles

pour recenser les besoins en matière d'évolution des postes. Il est complété par une réunion de travail.

La démarche est financée par la CNSA, grâce à une convention commune avec notre organisme paritaire pour la formation, UNIFORMATION. Le financement obtenu porte exclusivement sur la prise en charge des coûts pédagogiques et des frais annexes pour 15 jours de formation par stagiaire. Les salaires restent à la charge des associations locales et de la fédération. A ce stade du projet, le contenu de la formation est encore en cours d'élaboration. Il est cependant suffisamment avancé pour pouvoir envisager un démarrage de l'action dès la fin de l'année 2010. Les principaux objectifs sont les suivants :

1. Renforcer la connaissance du secteur de l'aide à domicile, ses métiers et les publics.
2. Savoir gérer les ressources humaines : acquérir les bases du droit du travail et des techniques de management individuel et collectif, ainsi que les principes de la GPEC.
3. Savoir manager des projets en lien avec les nouveaux besoins et attentes des populations locales.

Tous les assistants techniques sont concernés par la formation, qu'ils soient nouvellement embauchés ou non. La volonté d'harmoniser les pratiques implique en effet que ces professionnels aient tous suivis le même cursus de formation. J'envisage également que quelques responsables bénévoles, employeurs de ces salariés, participent à la formation pour qu'ils puissent contribuer, à leur niveau, à faire évoluer les postes par une meilleure connaissance du contenu de la fonction.

3.2 Changer les pratiques pour améliorer la qualité des prestations et les conditions de travail.

Le réseau vise à améliorer la qualité de ses prestations pour mieux répondre aux besoins et attentes des publics. Cet objectif est complété par une volonté d'améliorer les conditions de travail pour réduire le turn-over et lutter contre la pénurie annoncée des emplois. Améliorer la qualité des prestations suppose de définir des normes et des bonnes pratiques communes à tout le réseau. Elles sont déclinées sous la forme de procédures relatives à cinq processus : le management, la réalisation de la prestation, l'évaluation, l'amélioration, et la documentation. Je ne vais pas décrire tous les items travaillés, mais me limiter aux trois premiers processus qui me semblent les plus significatifs au regard du projet, et qui ont pu être déjà mis en application. Je déclinerai

pour certains d'entre eux les écueils rencontrés et les corrections pressenties. Les processus « amélioration » et « documentation » ne font pas encore l'objet de pratiques définies. Elles le seront ultérieurement. La liste des points travaillés dans la démarche est annexée en fin de document (se reporter à l'annexe 10).

3.2.1 Le processus management.

Ce processus décrit le projet politique et les objectifs qualité définis par le réseau. Il traite des ressources humaines par le biais des phases de recrutement, d'intégration, de suivi, et de formation. Il aborde enfin la communication interne et externe.

A) La déontologie et les bonnes pratiques.

La norme NF X50-056, des services à la personne définit trois principes en matière de déontologie : une attitude générale de respect impliquant réserve et discrétion, une intervention individualisée, et une relation triangulaire dans le but de protéger le client et l'intervenant. Le réseau a complété ces principes et a énuméré des devoirs à l'attention de toutes les personnes impliquées dans la mise en œuvre de la prestation. Il a voulu insister plus particulièrement sur la notion de respect :

1. Respect envers le client : confidentialité, respect de la dignité et intégrité de la personne, respect de la liberté de choix du client. Respect des habitudes de vie.
2. Respect de certaines obligations : relatives à l'hygiène et à la sécurité, à l'attitude de l'aide à domicile, à la nécessité pour cette dernière de connaître le cadre et les limites de l'intervention, et à se former tout au long de son emploi. Engagement à contribuer à l'épanouissement de la personne et à son autonomie.
3. Respect de la protection des données nominatives : des règles sont définies quant aux conditions de recueil des informations, de leur transmission et de leur utilisation.

Le code de déontologie consacre l'obligation de signalement dans les situations de maltraitance et la nomination d'un référent pour chaque client, lequel veille aux respects des règles décrites. Le guide des bonnes pratiques énumère des principes généraux concernant :

1. L'attitude des intervenants à l'égard des clients : bienveillance, vigilance. Etre en capacité d'effectuer une bonne analyse et une approche bienveillante.
2. Les relations au sein de l'association: entre l'intervenant et les responsables bénévoles et inversement. Les règles définies décrivent principalement comment doit circuler l'information.

Ce code de déontologie et ce guide des bonnes pratiques doivent être à présent diffusés auprès des équipes. Le trio qualité préconise de profiter des réunions de planning pour les expliquer aux aides à domicile et les sensibiliser à ces questions. Concernant cette partie, Il reste à définir les règles relatives à la gestion de la maltraitance. Cette réflexion

intègre la question de la circulation de l'information et son traitement. L'ANESM a fait paraître en avril 2009, une recommandation relative à la mission du responsable de service et au rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile. Elle servira à construire la procédure finalisée fin septembre 2010.

B) Les ressources humaines.

Un travail important a été réalisé pour définir les rôles et la responsabilité de l'ensemble des acteurs du réseau. Tous les emplois ont désormais une fiche de poste et les responsables bénévoles, une fiche de mission. Ces documents permettent de clarifier les limites de chaque fonction et plus particulièrement celui des aides à domicile (se reporter à l'annexe 7 pour un exemple).

Le réseau a écrit des procédures en matière de recrutement, d'intégration et de suivi des salariés et des bénévoles, mais aussi celles relatives à la gestion des conflits (entre les salariés et les responsables bénévoles ou au sein de l'équipe bénévole). Les procédures concernant les bénévoles constituent une « petite révolution ». Décrire les modalités de recrutement, d'accueil et de suivi des bénévoles a nécessité plusieurs séances de travail par une équipe exclusivement composée de responsables bénévoles. Elles ont été ensuite validées par la commission qualité. Mais, leur diffusion a suscité des réactions, plutôt hostiles.

En effet, la plupart des anciens bénévoles estiment que c'est « dangereux » de vouloir appliquer des procédures aux bénévoles, que cela risque de les enfermer dans des carcans rigides qui les feront fuir à terme. Un bénévole doit a priori rester libre de mener son action comme il l'entend, sans être obligé de respecter un cadre précis et sans avoir de compte à rendre. Face à des refus de mettre en place les procédures, Je n'ai pas le choix car ces pratiques font partie du projet. Je reste par ailleurs convaincue de leur bien-fondé. La manière dont nous accueillons aujourd'hui un bénévole (pour déceler ses motivations) et le processus d'accompagnement mis en place à chaque étape de son engagement sont déterminants pour attirer de nouveaux bénévoles et les fidéliser. Le projet prévoit des entretiens individuels menés par le Président pour les nouveaux bénévoles 6 mois après leur intégration et un entretien pour tous, tous les ans. Ces points d'étape sont destinés à mesurer le chemin parcouru et les besoins en matière d'accompagnement ou de formation. Je reste persuadée de leur utilité car les bénévoles actuels sont avant tout demandeurs de considération. Pour faire évoluer la position des bénévoles hostiles, je pressens de m'appuyer sur des bénévoles « alliés » dans cette démarche, notamment sur ceux ayant déjà mis en œuvre les procédures. L'expérience montre que lorsque ces procédures sont appliquées aux nouveaux bénévoles, elles sont appréciées et ne présentent aucune difficulté. Comme tout changement, il est toujours préférable de s'appuyer sur les nouveaux arrivants. Je propose d'organiser une rencontre

des Présidents pour débattre de ce sujet, réexpliquer les finalités et faire témoigner les bénévoles acteurs du processus.

A contrario, les procédures relatives à la gestion des conflits sont bien accueillies. Elles répondent à des attentes de la part des responsables bénévoles qui doivent faire face de plus en plus souvent à des situations de conflits au sein des équipes salariées, mais également, ce qui est nouveau, au sein des équipes bénévoles.

3.2.2 Le processus de réalisation.

Le processus de réalisation structure les quatre premières étapes de la mise en œuvre du service à domicile : l'accueil, l'évaluation, la préparation des interventions et la réalisation du service. Ces étapes sont déterminantes pour mesurer la qualité d'un service. Bien que l'ADMR de l'Ain ait plutôt des points forts dans ces domaines (cf. page 56), de nombreux points d'amélioration restent à prévoir. A travers les tableaux ci-dessous, je vais reprendre les quatre étapes et décrire pour chacun les constats de départ, les procédures mises en œuvre et les outils mis en place.

L'accueil physique ou téléphonique: recueil des premières informations sur le service à mettre en place.

Points de faiblesse	Procédures points clés	Outils créés
<ul style="list-style-type: none"> ■ Signalétique insuffisante. ■ Accueil téléphonique géré de manière informelle. ■ Absence de formalisation des informations à recueillir, de leur transcription et de leur mode de transmission. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ <u>Formalisation</u> : de l'accueil : (par un questionnaire précis), de l'enregistrement des informations et de leur transmission et de la proposition de RDV. ■ <u>Définition</u> d'une obligation de réorientation des demandes ne pouvant être satisfaites par l'ADMR. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Formulaire 1^{er} contact ■ Formulaire complémentaire. ■ Mode opératoire main courante. ■ Formulaire à disposition des salariés (pour la remontée d'information et les demandes de RDV).

L'évaluation : formalisation du service, montage du dossier administratif et contractualisation (se reporter à l'annexe 8)

Points de faiblesse	Procédures points clés	Outils créés
<ul style="list-style-type: none"> ■ L'évaluation n'est pas toujours réalisée à domicile. ■ Les questions posées ne suffisent pas toujours à établir un réel diagnostic 	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'évaluation est obligatoirement réalisée à domicile. ■ Elaboration d'un guide d'entretien destiné à recueillir les besoins et 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Check-list « évaluation à domicile ». ■ Formulaire diagnostic individualisé. ■ Formulaire diagnostic pour la garde d'enfants, le

des besoins et attentes des personnes.	attentes des clients. ■ <u>Pratiques définies</u> pour la présentation du livret d'accueil, l'élaboration d'un devis, la transmissions des informations nécessaires à la préparation des interventions et à leur planification. ■ Règles relatives au classement de l'information recueillie.	service à mobilité réduite. ■ Document support récapitulatif des prises en charge financières.
--	---	---

L'évaluation à domicile est un point clé du projet. Changer les pratiques pour répondre aux besoins des publics implique de savoir évaluer de manière fine la situation de la personne à aider, ses besoins et ses attentes. Réussir l'évaluation détermine le type d'intervention à mettre en œuvre et contribue à améliorer les conditions de travail. Plus l'évaluation aura été complète, plus l'aide à domicile sera en capacité, dès la 1^{ère} intervention, de délivrer la prestation attendue. C'est l'évaluation qui conditionne la culture du « sur mesure ».

Deux écueils principaux se sont révélés à l'usage. Le premier concerne le formulaire diagnostic. Celui-ci comporte six pages de questions relatives, en autres, à l'entretien du cadre de vie où toutes les pièces de la maison sont décrites avec pour chacune d'elle la liste des tâches à effectuer. Le questionnaire ainsi défini, cherchait à cerner au plus près les attentes des clients. Dans la pratique, il s'est révélé inutilisable car beaucoup trop long dans sa mise en œuvre. Les clients se retrouvent en situation « d'interrogatoire », plus ou moins inquisiteur. La procédure doit être entièrement reprise pour se limiter aux informations indispensables. Le deuxième écueil concerne les informations recueillies pendant l'évaluation. Elles n'ont pas de lien avec le cahier de liaison qui reste au domicile de la personne aidée et dont se servent les aides à domicile pour connaître la nature de la mission, rendre compte de leur intervention, et transmettre des consignes à leurs collègues ou intervenants extérieurs. Il est donc impératif que les deux outils soient construits en cascade, les informations du diagnostic devant renseigner le cahier de liaison. Pour remédier à ce problème, je propose de créer un outil informatique permettant de réaliser cette construction. Les deux documents sont ainsi retravaillés conjointement pendant l'été 2010.

La préparation des interventions et la gestion du planning : choix de l'aide à domicile en fonction de critères croisés

Points de faiblesse	Procédures points clés	Outils créés
<ul style="list-style-type: none"> ■ Les aides à domicile n'ont pas suffisamment d'informations sur la nature de l'intervention avant d'intervenir. De fait, elles appréhendent en général les premières interventions. ■ Les informations recueillies lors du diagnostic ne suffisent pas toujours à bien préparer l'intervention et sélectionner l'aide à domicile en adéquation avec les besoins du client. ■ Le client n'est pas toujours informé du nom de l'intervenant et de leur changement et ne reçoit pas systématiquement un planning papier. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ <u>Pratiques définies</u> pour la planification. Les éléments du diagnostic utiles à la planification sont transmis aux secrétaires. ■ Les clients doivent être systématiquement informés avant la 1^{ère} intervention du nom de l'intervenant et doivent recevoir un planning papier. Ils sont également prévenus pour tous les changements de planning. ■ Les aides à domicile sont informées, avant chaque intervention, de la nature de la prestation, du lieu, et de la nature du logement ... ■ Les aides à domicile sont présentées si possible lors de la 1^{ère} intervention par l'assistant technique ou un responsable bénévole. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Formulaire à disposition des salariés. ■ Fiche technique du logement du client et de la nature de la prestation (en cours de réalisation). ■ Mode opératoire pour la gestion informatisée des plannings.

La préparation des interventions et la gestion des plannings constituent un 2^{ème} point clé du projet. Plus l'intervention aura été préparée avec les éléments du diagnostic, plus elle sera en adéquation avec les besoins et attentes des publics. Cette préparation concourt directement à l'amélioration des conditions de travail. L'exploitation du diagnostic pour l'organisation de l'intervention doit être optimisée et les informations utiles à la délivrance de l'intervention doivent être transmises aux intervenants avant chaque nouvelle prestation. Le réseau adhère complètement à ces nouveaux objectifs et cette étape est en voie d'amélioration.

- **La réalisation de l'intervention** : 1^{ère} intervention, aux suivantes, aux repérages et au signalement d'un changement de situation et aux temps de coordination et de concertation.

Points de faiblesse	Procédures points clés	Outils créés
<ul style="list-style-type: none"> ■ Le personnel ADMR n'est pas toujours indentifiable. ■ Le cahier de liaison est différent d'une association à l'autre. Il n'est pas toujours présent au domicile du client, ni rempli par les aides à domicile. ■ La coordination entre intervenants n'est pas formalisée. Elle est souvent laissée à l'initiative des intervenants. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ cahier de liaison rendu obligatoire et uniformisé. Il est entièrement rebâti pour être plus facile d'emploi pour la personne aidée et pour l'intervenant. ■ Aides à domicile obligatoirement identifiables. ■ <u>Pratiques définies</u> pour le déroulement d'une 1^{ère} intervention et les suivantes. ■ <u>Procédure</u> en cas d'absence du client ou retard de l'aide à domicile . coordination des interventions entre les différents intervenants. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cahier de liaison ■ Mode opération pour l'utilisation du cahier de liaison

Le cahier de liaison s'avère assez vite inexploitable par les aides à domicile. La volonté initiale de construire un document unique pour les interventions simples et celles plus complexes nécessitant plusieurs passages chez une même personne, par jour ou par semaine, s'avère n'être pas concluant. L'outil convient bien pour les interventions de l'entretien de la maison, mais pas du tout pour l'aide à la personne. Il est également à reprendre pour faire le lien, comme on l'a vu, avec le diagnostic. Le groupe de travail en charge de corriger l'outil s'orientera vraisemblablement vers deux cahiers pour tenir compte des deux types de publics. Il rend ses travaux mi-septembre.

3.2.3 Le processus d'évaluation.

Le processus d'évaluation comporte deux thématiques importantes : les enquêtes de satisfaction et la gestion des réclamations.

A) L'enquête de satisfaction.

Pour pouvoir s'assurer de délivrer les prestations répondant aux besoins et attentes des publics aidés, il faut pouvoir les questionner à intervalles réguliers sur son niveau de satisfaction. C'est aussi un moyen de recueillir la parole de l'utilisateur ne pouvant pas, comme dans les établissements, s'appuyer sur le Conseil de la vie sociale.

La norme NF X50- 056 rend obligatoire un questionnaire de satisfaction pour chaque fin d'intervention ou, au minimum, une fois par an pour les prestations plus longues. La

dernière enquête auprès de tous les clients remonte à l'année 2003. Il est par conséquent impératif de la mettre en place dans les meilleurs délais. Elle est diffusée en mars 2010 et porte sur trois points : le niveau de satisfaction globale, le service rendu et la relation avec l'intervenant ou les responsables de l'association.

L'enquête est diffusée auprès de 2 921 clients et le taux de réponse est de l'ordre de 51 %. Les réponses attestent d'un niveau de satisfaction relativement élevé, particulièrement en ce qui concerne les aides à domicile. Des points d'amélioration se détachent néanmoins : ils portent principalement sur la gestion des remplacements, les savoir-faire techniques des aides à domicile et le suivi des prestations. Les résultats complets de l'enquête sont en annexes 9.

B) Le traitement des réclamations.

La norme spécifie que l'entité doit enregistrer, étudier, et répondre à toutes les réclamations exprimées dans un délai de 15 jours et désigner d'un interlocuteur. Le réseau n'a pas jusqu'à présent de pratiques formalisées concernant la gestion des réclamations et encore moins l'habitude de les enregistrer, ni de les quantifier. La quasi-totalité des réclamations sont traitées oralement, par téléphone ou lors d'une visite à domicile et il y a peu de traces écrites dans le dossier du client. Les seules mentions sont dans la main courante tenue par la secrétaire de l'association. Dans ce domaine, tout est à construire.

Jusqu'à présent, les clients réclamants sont souvent assimilés à des « rouspéteurs » ou des « pénibles chroniques ». Il faut donc changer le regard sur les réclamations, qui doivent être désormais assimilées à de l'information indispensable pour améliorer de façon pérenne la qualité des prestations. Le réseau a donc défini par écrit les pratiques à mettre en œuvre en ce qui concerne l'enregistrement, la transmission, le traitement et la mise en place d'actions correctives. Il a créé des documents supports pour suivre le déroulement du traitement et pour quantifier le nombre de réclamations. Cette démarche est mise en œuvre progressivement. Elle permet ainsi de s'assurer que toutes les réclamations sont bien prises en compte.

Le formulaire d'enregistrement des réclamations sert également pour la remontée d'informations émanant des intervenants ou des référents, concernant les personnes aidées. La formalisation des remontées d'informations devrait ainsi contribuer à adapter plus rapidement les prestations en fonction de l'évolution des besoins et attentes des publics.

3.3 De l'évaluation du projet à sa reconnaissance externe.

3.3.1 De l'évaluation de la méthode à celle du projet.

Je ne peux à ce jour évaluer la portée globale des changements induits par la mise en place de la démarche qualité, car celle-ci est encore en phase de construction. Je peux néanmoins dès à présent apporter une première évaluation sur la méthodologie employée et déterminer les indicateurs susceptibles de mesurer la performance du projet.

A) Evaluation de la méthodologie.

Evaluer la pertinence d'une méthodologie de projet repose sur plusieurs indicateurs. Les indicateurs que je vais retenir sont de deux ordres, le premier concerne la méthode et le second est relatif au calendrier. Ils sont déclinés en fonction des objectifs initialement poursuivis :

Objectifs inscrits	Indicateurs
■ Participation de toutes les catégories d'acteurs du réseau ADMR et d'un représentant des 23 associations engagées dans la démarche.	■ Taux de participation de chaque catégorie d'acteurs : aides à domicile, personnels administratifs, responsables bénévoles. A vérifier à partir des feuilles d'émargement de chaque réunion.
■ Faire contribuer les acteurs de terrain à la conception des procédures, modes opératoires ou outils.	■ Taux de participation des intervenants aux différents groupes de travail.
■ Construire un dispositif opérationnel et fonctionnel de communication du système qualité.	■ La documentation qualité est à jour dans le classeur qualité, les nouveaux formulaires sont utilisés dans les délais impartis. Les classeurs qualité sont contrôlés lors des séances de regroupement des binômes qualités.
■ Optimisation du temps et du dispositif de planification.	■ Respect du calendrier initial et finalisation de la documentation qualité à la fin de l'été 2010.

B) L'évaluation du projet : de son appropriation par les acteurs du réseau à l'atteinte des objectifs poursuivis.

L'appropriation par les acteurs du réseau.

Comment s'assurer que les nouvelles pratiques décrites précédemment soient effectivement mises en œuvre ? Cette question traite de l'adhésion au projet, mais aussi de la capacité des acteurs à rendre opérationnelle la démarche. Les audits pratiqués pendant l'été 2010 ont servi d'indicateurs à cette question. Si je peux à ce jour être

confiante quant à l'adhésion des équipes au projet, je pressens que la phase opérationnelle risque de ne pas être réalisée dans les délais initialement prévus. Ce n'est pas l'utilisation des outils qui pose problème mais certains changements de pratique qui en découlent. La plus grande difficulté dans cette démarche est de vouloir opérer des mutations simultanées dans plusieurs domaines. Si le référentiel qualité élaboré par le réseau ADMR de l'Ain n'est pas totalement appliqué par ce dernier, la certification ne peut être engagée. Il n'y a donc pas le choix. Il faut comme on l'a vu réajuster la méthode d'accompagnement pour lever les oppositions ou apporter des correctifs aux procédures définies. L'indicateur final est sans appel, toutes les associations doivent être prêtes à la certification début 2011.

L'évaluation du projet en fonction des objectifs poursuivis.

L'AFNOR définit la qualité comme : « *l'ensemble des propriétés et caractéristiques d'un produit ou d'un service qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites* ». Cette définition implique que l'évaluation de la qualité s'appréhende essentiellement du point de vue de l'utilisateur ou du client. Elle se mesure à partir de la correspondance entre ses besoins, les engagements pris contractuellement et la prestation effectivement réalisée. Pour mesurer ces divers points, je vais reprendre les principaux objectifs du projet et propose de retenir les indicateurs suivants :

■ Répondre à la diversité des besoins des publics

→ Optimisation des informations recueillies lors de la phase de diagnostic pour préparer l'intervention et placer le personnel en adéquation avec les besoins des publics. Cette dernière adéquation se vérifie à partir de la correspondance : salariés qualifiés (DEAVS) et personnes fragilisées

→ Les points d'amélioration révélés par l'enquête de satisfaction doivent présenter une diminution du nombre d'insatisfaits chaque année.

→ Le nombre moyen de salariés différents chez une même personne doit être mesuré (ce n'est pas le cas aujourd'hui) pour être suivi d'une année à l'autre. Selon la nature du plan d'aide et le nombre d'intervention à prévoir chez une même personne, un nombre maximum de salariés différents est défini. Il ne peut dans tous les cas excéder 4 intervenant différent par semaine.

■ Gérer les réclamations

→ Les réclamations sont enregistrées et quantifiées pour servir de base d'analyse et leur nombre doit diminuer d'une année à l'autre

■ Améliorer les conditions de travail

→ Le taux d'absentéisme (et notamment celui des arrêts maladie) doit diminuer. Base 2009, 14 124 journées de maladie sont comptabilisées pour les aides à domicile (14 jours en moyenne par salarié) Le nombre de salariés en arrêt maladie a progressé de 18,76 % par rapport à 2008, alors que parallèlement les effectifs totaux n'augmentaient que de 6,88 %.

→ Le turn-over lié aux démissions doit diminuer : 2008 : 118 démissions pour 73 recrutements. 2009 : 97 démissions pour 98 recrutements.

→ Le taux d'accident (AT) du travail doit se maintenir, voire baisser. Le travail mené pendant l'été 2010 sur les risques professionnels doit y contribuer. Base 2009 : 84 salariés en AT (1 652 jours) contre 108 salariés (2 070) en 2008.

Les valeurs à atteindre pour chacun des indicateurs mentionnés ci-dessus sont définies en Revue de direction à la fin de l'année.

■ Renforcer l'accompagnement des bénévoles

→ Il se vérifie par l'adhésion de nouveaux bénévoles et la fidélisation des anciens. Un indicateur permet de le mesurer : les conseils d'administrations des associations locales sont ou non au complet.

3.3.2 Faire reconnaître et préparer l'avenir en renforçant les liens de partenariat.

A) Faire reconnaître.

Les services d'aide à domicile peinent à faire reconnaître leur professionnalisme et la qualité des prestations qu'ils délivrent. La démarche de certification peut nous y aider. Le référentiel de certification NF 311 rattaché à la norme des services à la personne précise les textes de références relatifs à la communication de la certification. Ils sont encadrés par le Code de la consommation. Le réseau s'en saisira pour valoriser la qualité du service et notre investissement dans cette démarche. Le Logo NF service sera adossé aux documents de communication, à la charte graphique, sur les vitrines des Maisons des Services et sur les voitures de service. Une communication forte sera mise en œuvre par voie de presse et sur les sites internet des associations. Le logo NF service, est véritablement un gage incontestable de qualité pour le public. De fait, la perception du coût de la prestation décrite en partie 2 devrait s'atténuer et la marque NF devrait nous permettre de nous démarquer de nos concurrents.

Outre cette communication en direction des publics, c'est également auprès des financeurs que nous devons faire reconnaître les efforts entrepris pour répondre aux besoins des publics dont ils financent les prestations. Si le réseau ADMR de l'Ain est certifié en 2011, il sera le 1^{er} à l'être dans le département. Aucune structure n'ayant à ce jour engagé la démarche. L'enjeu, à mon sens, est de pouvoir obtenir le différentiel de tarification dont nous avons besoin pour maintenir la prise en charge à coût réel. Pour ce faire, j'envisage plusieurs actions :

→ Sensibiliser les financeurs sur les questions de professionnalisation, de qualité et de réponse aux besoins des publics. L'assemblée générale de la fédération du 25 septembre est l'occasion de réunir dans le cadre d'une table ronde, la DIRECCTE, la CAF et le Conseil Général. Le thème retenu reprend le sous-titre de mon mémoire : « Le défi de la qualité à l'épreuve de la concurrence » et un article de la revue « Ainteraction » (à

destination des acteurs du champ social et médico-social de l'Ain) sera consacré à ce questionnement.

→ Renforcer la présence des acteurs du réseau ADMR dans les groupes de travail ou commissions conduites par les financeurs. Notre expertise des différents publics, bien que déjà reconnue peut être encore amplifiée par une participation plus active. En commissions d'actions sociales CAF/Conseil Général, au CODERPA, dans les commissions de révision du schéma gérontologique. Je suis pour ma part membre de la CDAPH (MDPH) et du Conseil d'Administration de la CAF de l'Ain et ai commencé à initier des rapprochements avec des réseaux tels que l'ADAPEI, l'APAJH 01. Il nous faut également nous rapprocher du secteur sanitaire (SSIAD) pour initier d'autres types de pratiques, plus collaboratives et moins cloisonnées.

→ Se rapprocher des réseaux non lucratifs de l'aide à domicile présents dans le département. Ce rapprochement est nécessaire pour mutualiser des moyens humains et financiers. Il me semble qu'à terme, il serait possible de conduire des actions de formations communes ou des coopérations sur le terrain pour pouvoir prendre en charge des pathologies de plus en plus lourdes.

B) Préparer l'avenir.

La qualité n'a de sens que si elle concourt à développer l'écoute des besoins et des attentes des publics, ainsi qu'à améliorer leur satisfaction. Cette démarche implique de pouvoir identifier les besoins émergents et notamment ceux des publics fragilisés. Une première réflexion est engagée par le réseau ADMR de l'Ain et s'oriente vers le développement d'activités telles que l'accompagnement transport, le petit bricolage et le jardinage, les courses à domicile. Toutes ces activités concourent au bien être des personnes et compensent en partie un déficit de lien social. Le réseau est également amené à diversifier ses activités pour répondre à des besoins insuffisamment couverts tels que la prise en charge à domicile des enfants handicapés présentant des déficiences intellectuelles ou mentales, pour assurer un service entre le retour d'établissement spécialisé et celui des parents ou pour garder des enfants dont les parents travaillent avec des horaires atypiques.

Pour réussir ces projets, la démarche d'amélioration des conditions de travail doit être amplifiée et cela passera par davantage de temps collectifs (temps de coordination et de transmission de l'information). Elle passe aussi par le développement d'outils informatiques performants. Le réseau développe à partir d'octobre 2010 une nouvelle génération de logiciels permettant de réaliser les plannings en croisant automatiquement différents critères (distances km, qualification du salarié, droit du travail). Cette technologie permet de gagner du temps, comme l'a par exemple très bien démontré la télégestion que nous avons mise en place, au profit du suivi sur le terrain.

Comme je l'ai déjà exprimé, l'encadrement de terrain joue un rôle essentiel dans l'organisation du travail et le professionnalisme des interventions. J'ai évoqué les démarches entreprises en direction des assistants techniques. Les responsables bénévoles constituent le premier maillage de l'encadrement. J'ai décrit les changements de pratique pour l'intégration des nouveaux bénévoles. Ces derniers se voient proposer chaque année une journée de formation axée principalement sur le projet politique ADMR. Je souhaite compléter cette journée par des séquences de formations orientées sur la connaissance des publics dont s'occupe l'ADMR ainsi que les réseaux associés. J'ai également en projet d'organiser des séances d'échanges de pratiques entre les Présidents.

3.3.3 De la démarche qualité à l'évaluation.

La loi du 2 janvier 2002 n'aborde pas la question des démarches qualité, et si la loi ne crée pas d'obligation en matière de qualité, elle en crée en matière d'évaluation. **Dés lors, était-il pertinent de se lancer dans une démarche pour laquelle le législateur n'a pas prévu de reconnaissance, ni de réglementation ?**

Les correspondances entre la démarche qualité et celle de l'évaluation sont analysées de manière divergentes selon les auteurs. Pour Pierre SAVIGNAT⁴⁰, l'évaluation a une portée plus large que la démarche qualité et vise une approche globale de la structure. Elle ambitionne une amélioration de la qualité des services rendus, mais aussi de permettre d'en mesurer les effets, d'apprécier le sens et la valeur d'une action sociale au regard notamment de recommandations de bonnes pratiques professionnelles. L'auteur cite Christine CHOIGNOT, adjointe au directeur général de l'UNIOSS, qui estime que l'évaluation mobilise le registre des valeurs. L'évaluation ne s'intéresse pas seulement aux résultats (est-ce que cela marche ?), mais aussi à leur valeur (est-ce que cela est juste ?). Ce sont donc les finalités qui distingueraient la démarche qualité de celle de l'évaluation. La démarche qualité se limiterait à améliorer les modes d'organisation et de fonctionnement et à se conformer à un référentiel préétabli, tandis que l'évaluation permettrait de porter une appréciation en termes d'efficacité, d'efficience et d'utilité sociale. Pierre SAVIGNAT, déclare dans son livre, à la page 181 : « *il est regrettable que d'autres fédérations, comme l'ADMR, s'engagent sur la même voie* » en évoquant la démarche qualité. Je ne souscris pas à cette analyse, à l'instar de Jean-René LOUBAT⁴¹, qui déclare sur son site Internet, « *Après quelques légitimes débats conceptuels et*

⁴⁰ SAVIGNAT P., 2009, Evaluer les établissements et les services sociaux et médico-sociaux. Paris, Dunod, p.184, 199.

⁴¹ LOUBAT J.R., 2009, *La démarche qualité en action sociale et médico-sociale*. [visité le 13.09.2010], disponible sur Internet : <http://jeanreneloubat.fr/?page=dernieres-reflexions>

quelque incrédulité de départ, les professionnels ont bien saisi in fine toute l'opportunité qu'offrait cette mise à plat des fonctionnements des structures, ainsi que les perspectives de rénovation professionnelle qu'on pouvait en attendre. Ici ou là, des démarches ont été projetées, des groupes d'autoévaluation se sont instaurés et ont joué le jeu de cet examen systématique ». Il ne me semble pas pertinent par ailleurs d'opposer les deux démarches, qui à mon sens, sont étroitement liées. Une démarche qualité ne peut exister sans évaluation. Sa pertinence repose sur la phase de diagnostic préalable, sur le système qualité construit pour améliorer les pratiques, et sur la mesure de cette amélioration. La mesure de la performance ne consiste pas seulement à satisfaire aux exigences de la norme mais avant tout à être en capacité de répondre aux besoins des publics. Si la démarche qualité ne couvre pas la totalité de la démarche d'évaluation, elle est bien une première approche de type évaluatif, notamment dans sa phase de diagnostic et dans l'appréciation de la réalisation des objectifs choisis, comme on vient de le voir. Loin d'être un handicap, la démarche qualité inscrit le réseau dans une dynamique d'amélioration continue de ses pratiques, et le prépare de fait à l'évaluation.

Le législateur s'apprête à présent à assouplir la réglementation en ce qui concerne le secteur de l'aide à domicile. Si la certification vaut dès à présent renouvellement automatique de l'agrément qualité, elle devrait dispenser les structures d'aide à domicile d'une partie du dispositif de l'évaluation. Les décrets devraient paraître prochainement et délimiteront la portée des correspondances⁴². Cette disposition préfigure-t-elle un rapprochement entre les deux démarches ? Nul ne peut le dire à ce stade.

⁴² La loi n°2009-879 du 21/07/2009 (chapitre III, article 124, 19°, e) dispose qu'en cas de certification par des organismes visés par l'art. L.115-28 du code de la consommation, un décret détermine les conditions dans lesquelles cette certification peut-être prise en compte dans le cadre de l'évaluation externe. Cette disposition entrera en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2011. La règle NF 311 vient d'être révisée (8 juillet 2010, révision n°5) pour modifier les points freinant la pleine reconnaissance de passerelles entre la certification et l'évaluation.

Conclusion

Je lis dans la presse que le nombre d'associations d'aide à domicile sur le point de déposer le bilan serait de 300 à 400 en 2010⁴³. La raison principale réside dans la non reconnaissance du coût de la prestation par les conseils généraux. A ce facteur s'ajoute le vieillissement de la population. Même si celui-ci permet d'augmenter notre activité, il pèse sur les financements publics. Le réseau ADMR de l'Ain n'est pas menacé pour le moment, du fait d'une gestion saine pendant plusieurs décennies, et d'un soutien tangible du Conseil Général et de la CAF du département pour les structures associatives.

Qu'en sera-t-il à l'avenir ? Comment résister face à une certaine contradiction des politiques publiques qui affirment à la fois que les services à la personne représentent un gisement d'emplois considérable, mais qu'il n'est pas possible par ailleurs d'accroître les financements pour répondre à la demande sociale et financer la qualification du personnel ? Comment faire face par ailleurs à la concurrence arrivée en force depuis la loi de 2005 sur les services à la personne ?

En réponse à ces questions, le réseau ADMR de l'Ain a fait le choix de la qualité pour se démarquer de la concurrence et poursuivre son objet social : celui de répondre aux besoins et attentes de tous les publics, et particulièrement de ceux des populations fragilisées. La démarche qualité n'a en effet de sens que parce qu'elle vise à améliorer la prise en charge des bénéficiaires de nos services. Toutefois, l'erreur consisterait à faire de la « sur-qualité » dont ni les financeurs, ni les clients de l'aide à domicile ne seraient prêts à assumer le coût. Il faut au contraire pouvoir impulser une dynamique interne permettant de faire évoluer nos pratiques vers davantage de professionnalisme et d'harmonisation tout en maîtrisant les coûts. L'enjeu se situe là : si nous arrivons à conjuguer qualité des services et professionnalisation des intervenants et de l'encadrement de terrain, nous serons alors en mesure de mieux ajuster nos prestations pour apporter une réponse personnalisée, en adéquation avec l'évolution des besoins actuels et émergents des publics aidés.

Comme nous l'avons vu dans ce mémoire, la loi de 2005 a favorisé l'émergence du secteur lucratif dans les services à la personne. Si elle peut constituer une menace pour la croissance économique du secteur non lucratif elle nous astreint, et c'est salubre, à clarifier notre positionnement et à défendre notre identité associative. Cela nous oblige à une remobilisation, génératrice de réponses fines, car la question sociale est constamment une « question nouvelle » qui demande des ajustements permanents. A

⁴³ Le Monde du jeudi 11 février 2010.

l'ADMR, cette dimension est portée par les bénévoles. La démarche qualité constitue également une réponse pour mieux les accueillir et les accompagner dans leurs missions.

En conclusion, la voie de la qualité que nous avons choisie, devrait nous permettre de trouver un positionnement équilibré entre les contraintes économiques et la réponse sociale à apporter aux besoins des populations.

Bibliographie

1. Ouvrages

- 2005, *60 ans de service à domicile, 1945-2005*. Paris : ADMR Editions.
- AVRIL C., *Les compétences féminines des aides à domicile*. Version préparatoire du chapitre paru dans l'ouvrage collectif WEBER F., GOJARD S., GRAMAIN A., *Charges de famille. Dépendance et parenté dans la France contemporaine*, La Découverte, « Enquêtes de terrain », pp. 187-207.
- DEFONTAINE J., 2006, *Les services à la personne, l'économie de la quotidienneté*, Rueil-Malmaison : Liaisons, 252 p.
- DEVETTER F.X, JANY-CATRICE F., RIBAUT T., 2009, *Les services à la personne*, Paris : Collection Repères la Découverte, 122 p.
- DJAOUI E., 2008, *Intervenir à domicile*, 2^{ème} édition, Rennes : Presse de l'EHESP, 277 p.
- ENNUYER B., 2006, *Repenser le travail à domicile. Enjeux, acteurs, organisations*, Paris : Dunod 277p.
- LACROIX Y., 2008, *Accompagner les personnes handicapées à domicile, une vie négociée*, Lyon : Chroniques sociales, 284 p.
- LAFORE R., 2010, *Faire société. Les associations de solidarité par temps de crise*, Paris : Dunod, 256 p.
- LORCHEN V., 2009, *Comprendre les politiques d'action sociale*, 2^{ème} édition, Paris : Dunod, 403 p.
- LOUBAT J.R, 2009, *La démarche qualité en action sociale et médico-sociale*, Baume-les-Dames, 187 p. [visité le 13.09.2010], disponible sur Internet : <http://jeanreneloubat.fr/?page=dernieres-reflexions>.
- MARTIN B., JAROSSON B., LENHARDT V., 1997, *Oser la confiance, propos sur l'engagement des dirigeants*, Paris : INSEP Consulting, 165 p.
- MIRAMON J.M, PEYRONNET G., 2009, *Penser le métier de directeur d'établissement social et médico-social*, Paris : Seli Arslan, 186 p.
- NUSS M., 2006, *La présence à l'autre : accompagner les personnes en situation de grande dépendance*, 2^{ème} édition, Paris : Dunod, 153 p.
- PAPERMAN P., LAUGIER S., 2008, « Le souci des autres, éthique et politique du care », in MOLINIER P., *Le care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets*, Paris : EHESP, pp 299-315.
- REBOUL H., 1992, *Vieillir – projet de vie*, Paris : Chalet, 256p.

- ROCHE B., MARFOGLIA F., 2006, « Les actes du management » *in L'art de manager, éléments pour comprendre, clés pour agir*, Paris : Ellipses Marketing, pp. 81-108.
- SAVIGNAT P., 2009, *Evaluer les établissements et les services sociaux et médico-sociaux*. Paris : Dunod, 370 p.

2. Etudes, documents, rapports, revues.

- AFNOR, octobre 2001, *Règles de certification NF 311 Services aux personnes à domicile*, révisée en juillet 2010 – 5^{ème} révision.
- AFNOR, septembre 2000, *Norme X50-056 Services aux personnes à domicile*, Révisée en mai 2008.
- ANESM, avril 2009, *Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile*, Recommandation de bonnes pratiques professionnelles.
- ANESM, décembre 2008, *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, Recommandation de bonnes pratiques professionnelles.
- ANSP, mars et juin 2008, *Observatoire de l'emploi et de l'activité dans les services à la personne*.
- BENTOGGIO G., mai 2005, *Développer l'offre de service à la personne*, n°4.
- BERGÈRE J.M., CHARLOT J.L, CROFF B., GUILLON C., MOREL A., PORTIER P., *Professionaliser les services à la personne*, Développent n°45.
- BRESSE S., DUTHEIL N., 2003, *Les bénéficiaires des services d'aide à domicile : des publics divers*, Solidarité et santé n°1, DRESS, pp.17-32.
- CERC, 2008, *Les services à la personne*, Rapport n°8.
- CHOL A., mai 2007, *Les services à la personne en 2005 : poussée des entreprises privées*, Premières Informations, Premières Synthèses n°20 .1.
- CNAR, décembre 2008, *Les chiffres clés des services à la personne, activité, emploi, acteurs*, Fiche pratique du CNAR.
- CNAR, mars 2010, *Les chiffres clés de l'emploi de l'aide à domicile associative*, Fiche pratique du CNAR.
- CONSEIL ECONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL, 2008, *Les services à la personne (avis de suite)*, avis présenté par Yves VEROLLET.
- DARES, 2007, *Les métiers en 2007, rapport du groupe « Prospectives des métiers et qualifications »*, Rapports et documents n°6, pp. 94-108.
- DARES, avril 2010, *Les services à la personne : une croissance vive en 2007, atténuée en 2008*, Analyse n°20.
- DEBONNEUIL M, septembre 2008, *Les services à la personne : bilan et perspectives*, IGF document d'orientation n°2008-M-024-01.

- DRASS Rhône-Alpes, 2006, *PRIAC, document d'orientation générale*.
- DRASS, avril 2005, *Le handicap en Rhône-Alpes. Estimation sur la dépendance et les déficiences des personnes vivant à domicile*, La lettre de la DRASS n°2005-03-L.
- DUMALIN F., RAHOU N., 2008, *Services à la personne : évolutions, organisations et conditions de travail*, ANACT Collection études et documents.
- HADDAD P., DU TERTRE C., *Les enjeux de régulation liés à la nouvelle dynamique des services à la personne en France*, [visité sur Internet le 13.03.2010], disponible sur Internet : www.reser.net/file/39796/
- JEANNOT G., 2010, *La fatigue d'être client*, Informations sociales n° 158, pp34-41.
- La GAZETTE, 2007, *Le développement des services à la personne*.
- MARBOT C., 2008, *En France, qui recourt aux services à domicile ?* France Portrait social, pp.143-162.
- MARQUIER R., juin 2010, *Les intervenants au domicile des personnes fragilisées en 2008*, DRESS, n°728.
- OBSERVATOIRE DE LA BRANCHE D'AIDE A DOMICILE, janvier 2009, *Aide à domicile : on gagne toujours à être connu – Etude nationale 2008, rapport régionaux*.
- OBSERVATOIRE DE LA BRANCHE D'AIDE A DOMICILE, septembre 2009, *Aide à domicile : on gagne toujours à être connu –Synthèse des travaux de l'observatoire 2007/2009*.
- OBSERVATOIRE DE LA CAISSE D'EPARGNE, 2006, *Services à la personne, mode de vie, mode d'emploi*.
- RANJARD S., FISCHLER A., février 2007, *Etude qualitative sur le secteur de l'aide à domicile*, Rapport d'étude, KYNOS Etudes.
- ECONOMIE et HUMANISME, décembre 2000, *Vie associative et démocratie : éloge de la fragilité*, E&H, n°355.

3. Articles de journaux.

- ALDROVANDI P., mars 2006, « Le triptyque de l'engagement associatif ; », *Juris Association*, n°335, pp. 33-34.
- ARBOUET B., mars 2009, « Les pionniers seront aussi les acteurs de demain. », *Directions* n°61, pp.18-20.
- BIRAMBEAU P., novembre 2007, « Les nouveaux bénévoles : mieux les connaître pour mieux les accueillir », *Juris Association*, n°367, pp. 36-39.
- COSTA A., VIGAN E., avril 2010, « Aide à domicile, les digues cèdent. », *Le Journal de l'Action Sociale*, n°146, pp. 33-38.

- DUBOIS Y., septembre 2008, « Bénévolat : à la recherche d'une impossible définition. », Juris Association, n°384, pp. 50-55.
- JANVIER R., octobre 2009, « Nouveaux modes de régulation : quelle stratégie pour les associations d'action sociale ? », Union Sociale, n°230, pp. 24-26.
- JEANNOT G., mars-avril 2010, « La fatigue d'être client », Informations Sociales, n°158, pp 34-41.
- LEOTOING M., septembre 2009, « Tarification : les raisons de la colère. », TSA, n°5, pp. 10-12.
- LESELLIER J.N, octobre 2009, « Les conditions de la professionnalisation », JDD, n°13, pp. 7-8.
- MAMOU Y., février 2010, « Les associations d'aide à la personne en état d'asphyxie financière. », Le Monde, jeudi 11 février 2010.
- O'MURPHY L., 2008, « L'exigence de qualité dans l'aide à domicile et les services à la personne », L'année Sociale, pp. 138-144.

4. **Textes de loi, décrets, circulaires.**

- Circulaire ANSP/DGEFP/DGAS n°1-2007 du 15 mai 2007 relative à l'agrément des organismes de services à la personne.
- Décret 2002-615 du 26 avril 2002 relatif à la Validation des Acquis de l'Expérience pour la délivrance d'une certification professionnelle.
- Décret n°2002-410 du 26 mars 2002 relatif à la création du diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale.
- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- Loi n°2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale.
- Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la Création de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie.
- Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Article L.313-1-1 du code de l'action sociale et des familles relatif au droit d'option entre l'autorisation prévue à L.313-1 du code de l'action sociale et des familles et l'agrément prévu à l'article L.129-1 du code du travail pour les services d'aide et d'accompagnement des personnes âgées, handicapées et des familles.

Liste des annexes

- ANNEXE 1** : La liste des activités des services à la personne.
- ANNEXE 2** : Le tableau récapitulatif des principales mesures en faveur du développement des services à la personne.
- ANNEXE 3** : La grille AGGIR
- ANNEXE 4** : Les principales tensions physiques et psychologiques dans les services à la personne
- ANNEXE 5** : Les missions et le niveau d'intervention des opérateurs de la démarche qualité du réseau ADMR de l'Ain.
- ANNEXE 6** : Les étapes chronologiques, le calendrier et les acteurs de la démarche qualité.
- ANNEXE 7** : Fiche de mission de l'auxiliaire de vie sociale.
- ANNEXE 8** : La procédure d'évaluation et de visite à domicile.
- ANNEXE 9** : Les résultats de l'enquête de satisfaction conduite en mars 2010.
- ANNEXE 10** : Le sommaire de la documentation qualité (liste des points travaillés dans la démarche qualité par le réseau ADMR de l'Ain : procédures, modes-opérateurs, formulaires).

ANNEXE 1

Les activités de services à la personne selon la circulaire ANSP/DGEFP/DGAS n°1-2007 du 15 mai 2007 relative à l'agrément des organismes de services à la personne.

■ **Activités relevant de l'agrément simple**

- Entretien de la maison et travaux ménagers,
- Petits travaux de jardinage, y compris les travaux de débroussaillage,
- Prestations de petit bricolage dites « hommes toutes mains »,
- Garde d'enfants de plus de trois ans,
- Accompagnement d'enfants de plus de trois ans dans leurs déplacements*,
- Soutien scolaire à domicile ou cours à domicile,
- Préparation des repas à domicile* (dont temps passé aux commissions),
- Collecte et livraison à domicile de linge repassé*
- Livraison de courses à domicile*,
- Assistance informatique et Internet à domicile,
- Soins et promenades d'animaux de compagnie (personnes dépendantes),
- Maintenance, entretien et vigilance temporaires, à domicile, de la résidence principale et secondaire,
- Assistance administrative à domicile,
- Activités qui concourent directement et exclusivement à coordonner et délivrer les services à la personne.

■ **Activités relevant de l'agrément qualité**

- Garde d'enfants à domicile de moins de trois ans,
- Assistance aux personnes âgées ou aux autres personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile, à l'exception d'actes de soins relevant d'actes médicaux,
- Assistance aux personnes handicapées y compris les activités d'interprète en langue des signes de techniciens de l'écrit et de codeur en langage parlé complété,
- Garde malade à l'exclusion des soins,
- Aide à la mobilité et transports de personnes ayant des difficultés de déplacement*,
- Prestation de conduite du véhicule personnel des personnes dépendantes, du domicile au travail, sur le lieu de vacances, pour les démarches administratives*,

- Accompagnement des enfants de moins de trois ans dans leurs déplacements, des personnes âgées ou handicapées en dehors de leur domicile* (promenades, transports, actes de la vie courante)
- soins d'esthétique à domicile pour les personnes dépendantes

*A la condition que cette prestation soit comprise dans une offre de services incluant un ensemble d'activités effectuées à domicile.

ANNEXE 2

Tableau récapitulatif des principales mesures en faveur du développement des services à la personne.

Années	Principales mesures
1991	Réduction d'impôt sur le revenu de 50 % soumise à plafond
1992	Agrément pour les organismes à but non lucratif pour la garde d'enfants et l'aide à domicile aux personnes âgées et handicapées
1993	Chèque Emploi Service (CES)
1996	Titre Emploi Service (TES) Les entreprises sont autorisées dans le champ des services à la personne. Modification des conditions et des procédures d'agrément des prestataires. Autorisation des comités d'entreprises à verser des aides aux salariés utilisant un intervenant à domicile
1999	Réduction du taux de la TVA à 5,5 % pour les activités de services à la personne pour le secteur lucratif.
2005	<p>Plan1 des services à la personne, 3 axes et 19 actions Borloo :</p> <p style="padding-left: 40px;">1. <u>Accélérer le développement d'enseignes de référence pour promouvoir un accès universel à des services de qualité.</u></p> <p style="padding-left: 20px;">⇒ Action 1 : développement des enseignes nationales</p> <p style="padding-left: 20px;">⇒ Action 2 : campagne publique visant à faire connaître les services aux particuliers</p> <p style="padding-left: 20px;">⇒ Action 3 : développement des assises de la professionnalisation</p> <p style="padding-left: 40px;">2. <u>Réformer l'Etat pour mieux reconnaître l'importance des services.</u></p> <p style="padding-left: 20px;">⇒ Action 4 : création de l'Agence des Services à la personne (ANSP)</p> <p style="padding-left: 20px;">⇒ Action 5 : institution d'une commission permanente de concertation pour les services</p> <p style="padding-left: 40px;">3. <u>Adapter nos réglementations pour dynamiser le développement d'une offre plurielle de qualité.</u></p> <p style="padding-left: 20px;">⇒ Action 6 : allègement des charges sociales</p> <p style="padding-left: 20px;">⇒ Action 7 : création du CESU bancaire en remplacement du chèque emploi service et du CESU préfinancé à la place du titre emploi service</p> <p style="padding-left: 20px;">⇒ Action 8 : autres mesures de simplification et de clarification des conditions de recours aux services à la personne</p> <p style="padding-left: 20px;">⇒ Action 9 : diffusion sous l'égide de l'ANSP d'un livret d'emploi des services à la personne et mise en œuvre d'une campagne de communication sur les risques et méfaits du travail au noir</p> <p style="padding-left: 20px;">⇒ Action 10 : améliorer les droits sociaux des salariés en incitant les particuliers employeurs à renoncer au mécanisme de cotisation sur une base forfaitaire de rémunération</p> <p style="padding-left: 20px;">⇒ Action 11 : améliorer les conditions d'exercice des métiers</p> <p style="padding-left: 20px;">⇒ Action 12 : achever le processus de détermination des référentiels de métier</p>

Années	Principales mesures
2005	<p>Plan 1 des services à la personne (suite)</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Action 13 : mobiliser le service public de l'emploi et les maisons de l'emploi sur l'information et l'orientation des demandeurs d'emploi vers les métiers à fort potentiel de recrutement que sont les métiers des services à la personne ⇒ Action 14 : construire des filières de formation aux métiers des services à la personne, notamment en matière de formation en alternance, et développer et moderniser les filières existantes en lien avec l'éducation nationale et les conseils régionaux ⇒ Action 15 : accroître la qualification des intervenants par un plan de développement accéléré de la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) ⇒ Action 16 : des procédures d'agrément national, recentrées sur des préoccupations de qualité, plus simples et plus claires pour les opérateurs ⇒ Action 17 : mise en œuvre d'un plan de développement de la qualité dans le secteur des services à la personne ⇒ Action 18 : mobiliser les contrats d'avenir et les contrats RMA pour faire face aux besoins de formation et de recrutement des opérateurs de service à la personne ⇒ Action n°19 : plan d'adaptation des divers domaines du droit aux réalités de l'exercice d'une activité dans le domaine des services à la personne
2007	<p>Plan 2 des services à la personne, 11 mesures répondant à 3 objectifs :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Soutenir la création d'emplois dans les services à la personne</u> : <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Mesure 1 : verser, en 2009, 300 M€ en chèques emploi à domicile préfinancés par l'Etat à des publics ciblés, dans le cadre du plan de relance ⇒ Mesure 2 : étendre les avantages fiscaux à de nouveaux services à la personne : aide aux aidants familiaux, audit éco-habitat, prévention des accidents de la vie courante à domicile, assistance informatique à distance, soutien scolaire en mini groupes dans les Zones Urbaines Sensibles. ⇒ Mesure 3 : mettre en œuvre le projet internet pour tous. ⇒ Mesure 4 : renforcer l'offre de services de Pôle Emploi dans le secteur des services à la personne ⇒ Mesure 5 : favoriser la création d'entreprise dans le secteur des services à la personne. 2. <u>Professionaliser le secteur et améliorer la qualité des emplois.</u> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Mesure 6 : développer les actions de formation des salariés : développer les contrats de professionnalisation, développer les actions de développement de l'emploi et des compétences (ADEC), développer la qualification via la VAE ⇒ Mesure 7 : expérimenter la création de centres de ressource pour informer les employeurs particuliers sur les droits de salariés et une meilleure prise en compte de ces droits. ⇒ Mesure 8 : créer un baromètre de la professionnalisation et de la qualité des emplois

Années	Principales mesures
2007	<p>Plan 2 des services à la personne (suite)</p> <p>3. <u>Simplifier et assouplir les outils de diffusion de Cesu préfinancé</u></p> <p>⇒ Mesure 9 : assouplir les règles d'usage du Cesu Mesure : paiement des dépenses des ascendants, permettre aux entreprises d'accorder des Cesu à leur clientèle dans le cadre de promotions commerciales.</p> <p>⇒ Mesure 10 : développer le paiement en Cesu de prestations par les départements</p> <p>⇒ Mesure 11 : simplifier l'accès des prestataires aux Services à la personne : Supprimer la condition d'offre globale pour 6 des 21 activités de services à la personne (livraison de courses et de repas à domicile, collecte et livraison à domicile de linge repassé, aide à la mobilité et transports de personnes ayant des difficultés de déplacement, conduite du véhicule de personne dépendante...), simplifier la procédure d'agrément simple ...</p>
2010	<p>Rapport de mission « Vivre chez soi, autonomie, inclusion et projet de vie », 18 préconisations :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Améliorer le cadre de vie des aînés</u> 2. <u>Faciliter l'accès aux technologies et services du Vivre chez soi, encourager le développement d'une offre adaptée.</u> 3. <u>Accompagner la modernisation des services à la personne.</u>

ANNEXE 3

La grille AGGIR

- 1) le **GIR 1** comprend les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants ;
- 2) le **GIR 2** concerne les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Ce groupe s'adresse aussi aux personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer ;
- 3) le **GIR 3** réunit les personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle ;
- 4) le **GIR 4** intègre les personnes âgées n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. Ce groupe s'adresse également aux personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas ;
- 5) le **GIR 5** comporte des personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage ;
- 6) le **GIR 6** réunit les personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

L'évaluation se fait sur la base de **dix-sept variables** :

- **Dix variables dites "discriminantes"** se rapportent à la perte d'autonomie physique et psychique et sont utilisées pour le calcul du GIR (groupe iso-ressources) : cohérence - orientation - toilette - habillage - alimentation - élimination - transferts (se lever, se coucher, s'asseoir) - déplacement à l'intérieur - déplacement à l'extérieur - communication à distance ;

- **Sept variables dites "illustratives"**, concernant la perte d'autonomie domestique et sociale, n'entrent pas dans le calcul du GIR mais apportent des informations utiles à l'élaboration du plan d'aide : gestion personnelle de son budget et de ses biens - cuisine - ménage - transports - achats - suivi du traitement - activités de temps libre.

ANNEXE 4

Les principales tensions physiques et psychologiques dans les services à la personne.

Problématique du multi-domicile comme cadre de travail

Constitue un environnement risqué, avec des cas de :

- Configuration des lieux inappropriée
- Outils et appareils et produits ménagers inadaptés
- Problèmes de propreté, d'hygiène
- Présence d'animaux domestiques
- Tensions possibles entre personnes du foyer

Complicite la prévention des risques :

- Chaque domicile – lieu de travail – doit faire l'objet d'une évaluation des risques telle qu'exigée dans le document unique de prévention

Risques physiques

Particularités du travail :

- Intensité, répétitivité, port de charges

Conséquence pathologiques :

- Dorsalgie, lombalgies
- Entorses, foulures
- Blessures, brûlures

Tensions psychologiques

Particularité du travail :

- Isolement, manque de collectif de travail, confrontation au vieillissement, à la maladie, à la fin de vie

Type de tensions psychologiques :

- Charges affectives, harcèlement moral, difficulté à séparer vie professionnelle et vie privée

Source : synthèse d'une série de travaux du réseau ANACT

ANNEXE 5

Les missions et le niveau d'intervention des opérateurs de la démarche qualité du réseau ADMR de l'Ain.

	<u>Missions</u>	<u>Composition</u>
<u>Commission qualité</u> Organe décisionnel Niveau fédéral	Anime le système et planifie le déploiement Valide les procédures et la politique qualité et la documentation Analyse les enquêtes de satisfaction Traite des dysfonctionnements et valide les propositions d'amélioration	1/3 de responsables bénévoles 1/3 de salariés d'intervention 1/3 de salariés administratifs des associations locales Trio qualité Direction
<u>Trio qualité</u> Organe fonctionnel Niveau fédéral	animateur de la démarche et rédacteur du système qualité Coordonnateur des travaux de la commission qualité Organisateur et coordonne les groupes de travail. Responsable du lien entre les différentes instances	2 responsables bénévoles 1 membre de la direction fédérale
<u>Consultant</u> Organe consultatif externe	Garant de la conformité des travaux avec la norme X50-056 services aux personnes Référent global de la démarche animateur de la démarche au niveau de l'équipe fédérale	1 personne (Cabinet ITG Conseil agréé par l'ANSP)
<u>Binôme qualité</u> Organe opérationnel Dans chaque association locale	Garant de l'application et du déploiement du système qualité dans les associations locales Assure la mise en œuvre des décisions de la commission qualité et la gestion documentaire Fait remonter les dysfonctionnements et fait des propositions d'amélioration à la commission qualité	1 salarié d'intervention ou administratif 1 responsable bénévole

ANNEXE 6

Les étapes chronologiques, le calendrier et les acteurs de la démarche qualité conduite par le réseau ADMR de l'Ain.

Etapes	Objectifs	Acteurs	Calendrier
① Diagnostic	<p>1. Définition des objectifs de progrès</p> <p>2. Réalisation d'un diagnostic interne dans chaque association locale</p>	<p>1 Groupe de responsables bénévoles (employeurs)</p> <p>1 groupe de salariés issus du réseau</p> <p>Animation Trio qualité et consultant</p>	Mai et juin 2009
② Conception du système qualité	<p>Définition des bonnes pratiques en corrélation avec les exigences de la norme.</p> <p>Conception des outils</p> <p>Définition des règles de déontologie et d'éthique</p> <p>Construction du système qualité</p>	<p>8 groupes ayant chacun une thématique à travailler, composés pour chacun d'entre eux : 1/3 de responsables bénévoles</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1/3 de salariés d'intervention - 1/3 de salariés administratifs des associations locales <p>Animation Trio qualité</p>	Septembre 2009 à février 2010
③ Ecriture et validation de la documentation qualité Ecriture de la politique qualité du réseau ADMR de l'Ain	<p>Ecriture des procédures et outils</p> <p>Validation de la documentation</p> <p>Ecriture du projet politique qualité</p> <p>Définition des indicateurs d'évaluation</p>	<p>Trio qualité</p> <p>Commission qualité</p> <p>Conseil d'Administration</p>	Février à octobre 2010
④ Audit interne	<p>Réalisation d'un audit interne qualité dans chaque association locale</p> <p>Restitution des résultats</p>	Un groupe de 9 auditeurs	<p>Juin et juillet 2010 pour la réalisation des audits</p> <p>Restitution à l'automne 2010</p>

Etapas	Objectifs	Acteurs	Calendrier
⑤ Préparation à la certification Revue de direction	Mise en test du système qualité Réunion d'évaluation périodique pour veiller à : - La conformité au système qualité -La réalisation des objectifs qualité définis -La mise en oeuvre de la politique qualité définie	Trio qualité Cadre de développement Direction	Septembre 2010 à janvier 2011

ANNEXE 7

Fiche de mission de l'auxiliaire de vie sociale.

(cf. page suivante)



FICHE DE POSTE

FILIERE METIER : Intervention
EMPLOI – REPERE : Auxiliaire de Vie Sociale

Descriptif de l'emploi

Effectue un accompagnement social et un soutien auprès des publics fragiles, dans leur vie quotidienne.

Aide à faire (stimule, accompagne, soulage, apprend à faire) et/ou fait à la place d'une personne qui est dans l'incapacité de faire seule les actes ordinaires de la vie courante. Il participe au maintien des activités de la vie sociale et relationnelle.

Activités principales

Accompagne et aide les personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne

- Aide à la mobilité,
- Aide à l'hygiène
- Aide à l'alimentation

Accompagne et aide les personnes dans les activités ordinaires de la vie quotidienne

- Aide à la réalisation des courses
- Aide aux repas
- Entretien du cadre de vie et du linge

Accompagne et aide les personnes dans les activités de la vie sociale et relationnelle

- Stimule les relations sociales
- Accompagne dans les activités de loisirs

Participe à l'évaluation de la situation et adapte son intervention en conséquence

Coordonne son action avec l'ensemble des autres acteurs

Encadre les stagiaires

Limites du poste

Les limites du poste dépendent des compétences liées à la fonction ou au diplôme, conformément aux dispositions de l'accord de la branche d'aide à domicile du 29 mars 2002 relatif aux emplois et rémunérations.

Conditions d'exercice de la fonction

Travaille au sein d'une équipe et sous la responsabilité de son supérieur hiérarchique.
Est amené à intervenir habituellement en horaires décalés et les dimanches et jours fériés.

Conditions d'accès

Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS)
Certificat d'aptitude à la fonction d'aide à domicile (CAFAD)
BEP sanitaire et sociale mention complémentaire Aide à domicile
d'aide soignante TISF avec 6 mois d'ancienneté

Permis adapté au véhicule utilisé et valide

Pré-requis et savoir-être

- Bon équilibre psychique,
- Disponibilité, ponctualité
- Aptitude pour exercer les tâches de la vie quotidienne,
- Goût pour les activités de nursing
- Discrétion et respect des clients,
- Capacité à s'adapter à des situations diverses et être à l'écoute des clients,
- Goût pour le travail en équipe,
- Capacité à prendre des initiatives et à rendre compte
- Soumis au secret professionnel

ANNEXE 8

La procédure d'évaluation et de visite à domicile

(cf. page suivante)

Procédure	EVALUATION ET VISITE A DOMICILE
	REA-P2-version1-25-02-2010

I – OBJECTIFS

Cette procédure vise à décrire les étapes à suivre pour procéder à l'évaluation des besoins et attentes des clients à leur domicile.

II – REFERENCES

Norme AFNOR NFX 50.056 Chapitre 4-1

Règle de certification NF 311 2-1-3-1

III – DOMAINES D'APPLICATION

Cette procédure s'adresse au responsable « prises en charge » désigné au sein de chaque association. Ce dernier contrôle l'ensemble des nouveaux dossiers. Si besoin, il délègue l'instruction des nouveaux dossiers et l'évaluation à un bénévole, ou à l'assistant technique, ou éventuellement à la secrétaire qui ont été formés.

Cette procédure s'applique aux services suivants :

- accompagnement des personnes âgées et handicapées
- accompagnement des familles
- garde d'enfant à domicile
- petit bricolage et petit jardinage
- livraison de repas
- téléassistance
- transport accompagné
- gros travaux de ménage
- garde de jour et de nuit

IV – DEFINITIONS ET TERMINOLOGIE

L'évaluation consiste en une définition des besoins et des attentes des clients. Il s'agit de déterminer le volume de travail et d'estimer une durée pour le réaliser. Cette évaluation

diffère de l'évaluation AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) utilisée pour évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique dans le cadre de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie).

L'évaluation doit être réalisée systématiquement lors d'une visite au domicile du nouveau client sauf pour les prises en charge ADOMI et HAD (Hospitalisation À Domicile), cas pour lesquels l'évaluation peut se faire par téléphone. (Notons que les TISF et les AVS peuvent être amenées à procéder à des évaluations pour des HAD). Elle s'étend de la constitution du dossier du client à l'offre de service.

V – DOCUMENTATION ASSOCIEE

- Check-list "évaluation et visite à domicile", [REA-P2-M1](#)
- Formulaire diagnostic individualisé [REA-P2-F1](#)
- Formulaire diagnostic service de petit bricolage. [REA-P2-F2](#)
- Formulaire diagnostic garde d'enfants [REA-P2-F3](#)
- Formulaire diagnostic service d'aide à la mobilité [REA-P2-F4](#)
- Barèmes et conditions
- Fiche récapitulative des prises en charge
- Dossier client

VI – DESCRIPTION DE L'ACTIVITE

Opérateur	Étapes	Principaux enregistrements
Responsable « prises en charge » Bénévole Assistant technique secrétaire	① <u>Prise de RDV</u> Le contact est pris avec le client ou sa famille pour convenir d'une heure de rendez-vous au domicile de la personne	
Responsable « prises en charge » Bénévole Assistant technique secrétaire	② <u>RDV à domicile</u> Respect de la plage horaire convenue. Elle décline son identité et son appartenance à la structure et montre sa carte d'identité de l'association.	Check-list "évaluation et visite à domicile" Carte d'identité de l'association

Opérateur	Etapes	Principaux enregistrements
Responsable « prises en charge » Bénévole Assistant technique secrétaire	<p>③ <u>Evaluation des besoins et des attentes des clients</u></p> <p>L'évaluation des besoins exprimés et non-exprimés est effectuée.</p> <p>L'association s'efforcera de répondre aux besoins du client en mettant des priorités en accord avec le client (en lien avec les actes essentiels de la vie quotidienne, selon le temps accordé par le financeur, le plan APA, le donneur d'ordre et les objectifs fixés)</p>	Formulaire diagnostic individualisé <ul style="list-style-type: none"> - accompagnement des personnes âgées et handicapées - accompagnement des familles - livraison de repas - portage de repas - téléassistance - gros travaux de ménage - garde de jour et de nuit Formulaire diagnostic service de petit bricolage Formulaire diagnostic garde d'enfants Formulaire diagnostic service d'aide à la mobilité
Responsable « prises en charge » Bénévole Assistant technique secrétaire	<p>④ <u>Instruction du dossier de prise en charge financeur ou SPEC</u></p>	Barèmes et conditions Fiche récapitulative des prises en charge
Responsable « prises en charge » Bénévole Assistant technique secrétaire	<p>⑤ <u>Présentation du dossier client</u></p> <p>Les documents sont présentés pour permettre au client de connaître ses droits et devoirs, le fonctionnement de l'association et le rôle du personnel d'intervention.</p>	Dossier client composé : <ul style="list-style-type: none"> - Présentation de l'association » (feuilleton personnalisé à chaque association) - Projet Politique de l'ADMR » - Règlement de Fonctionnement des services de l'Association ADMR » - Projet de Service d'Aide à Domicile » - Charte de Qualité » - Charte des Droits et Libertés de la Personne Accueillie » - Fiche Métier » - Référentiel de compétences » permet de rappeler ce que les aides à domicile sont habilitées à faire. - Questionnaire de Satisfaction » - Politique Qualité »

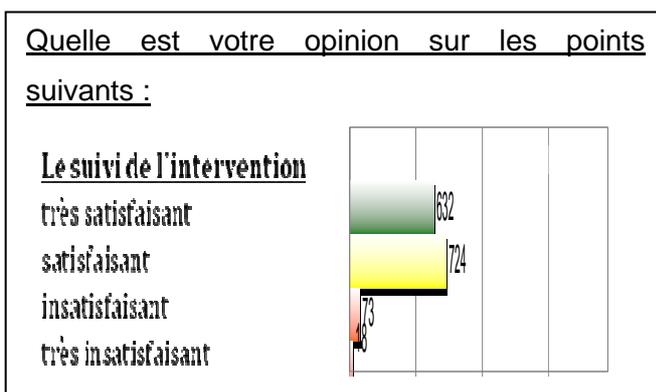
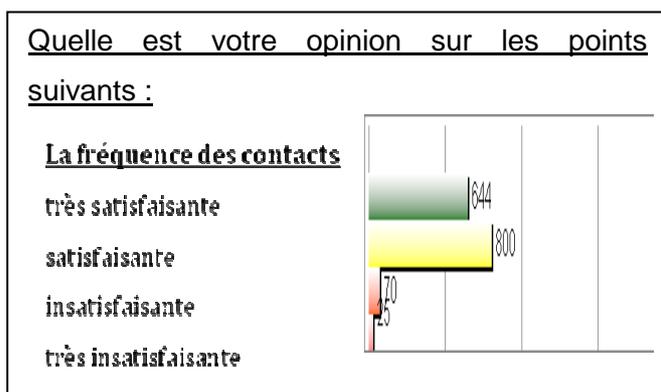
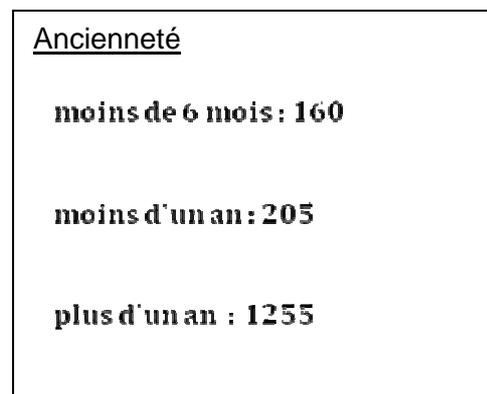
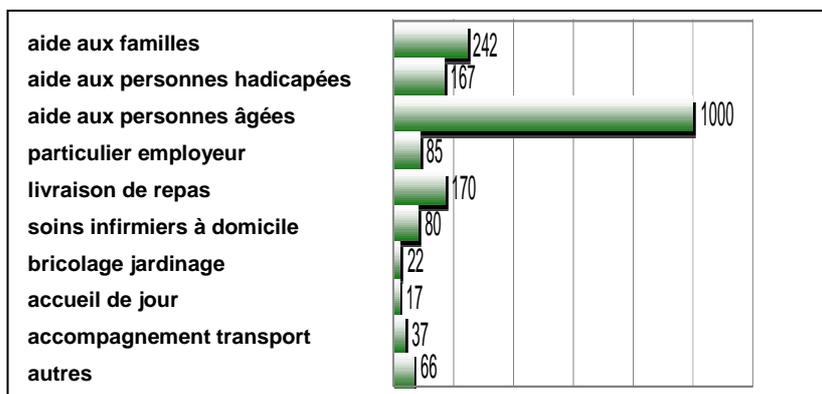
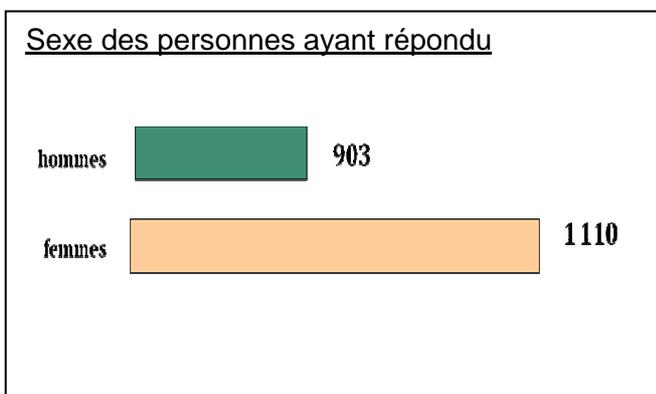
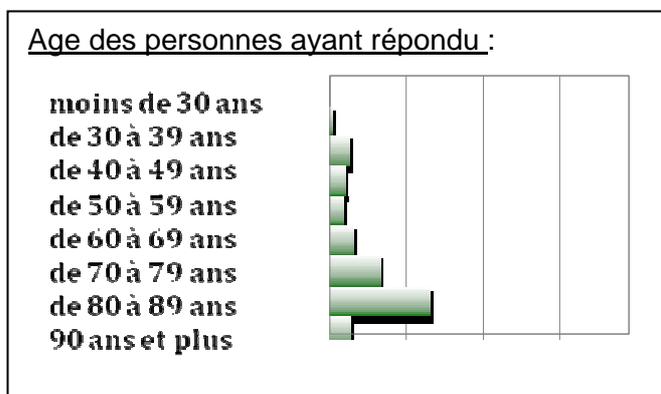
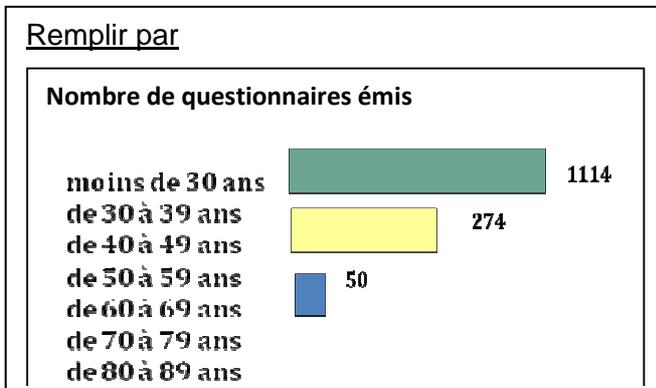
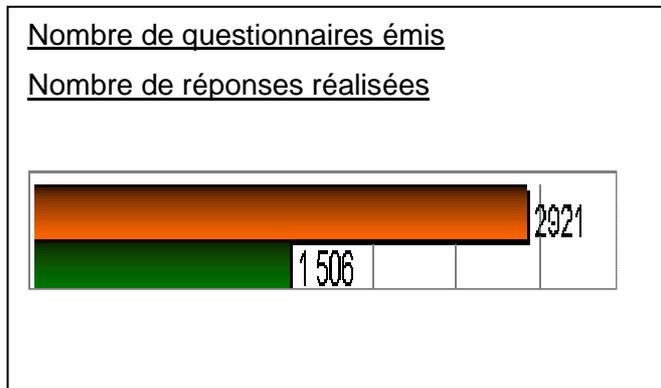
Opérateur	Etapes	Principaux enregistrements
Responsable « prises en charge » Bénévole Assistant technique secrétaire	<p>⑥ <u>Elaboration d'un devis</u></p> <p>Un devis gratuit est remis au client pour les services correspondants à sa demande. Celui-ci formalise la commande.</p> <p>Le client est informé que le devis sera utilisé pour la préparation du plan d'intervention et qu'il dispose d'un délai de 7 jours pour l'accepter ou non conformément à la réglementation en vigueur.</p> <p>Le devis et le contrat sont rédigés en deux exemplaires, ils doivent être lus avec le client et signés par les deux parties. L'original est remis au client,</p>	Devis contrat
Secrétaire	<p>⑦ <u>Classement des documents</u></p> <p>Les documents indiqués dans le tableau sont classés dans le dossier et/ou transmis à la fédération après les avoir photocopiés.</p> <p>.</p>	Dossier client
Secrétaire	<p>⑧ <u>Transmission de la documentation nécessaire à la planification des interventions</u></p>	Formulaire diagnostic individualisé Formulaire diagnostic service de petit bricolage Formulaire diagnostic garde d'enfants Formulaire diagnostic service d'aide à la mobilité

* Pour les personnes fragilisées n'étant pas en capacité de remplir le questionnaire, le(s) bénévole(s) référent(s) peut intervenir pour recueillir les informations.

ANNEXE 9

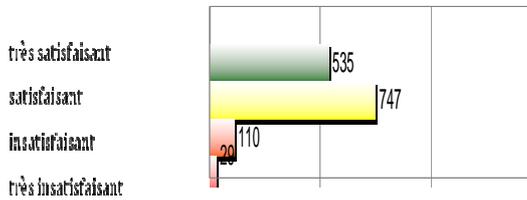
Les résultats de l'enquête de satisfaction conduite en mars 2010.

Les chiffres mentionnés sur les diapositives correspondent au nombre de réponses enregistrées



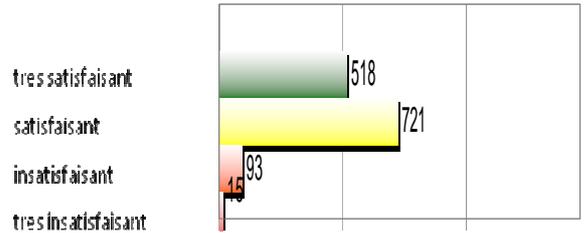
Arrivez-vous facilement :

identifier la personne qui vous suit



Arrivez-vous facilement :

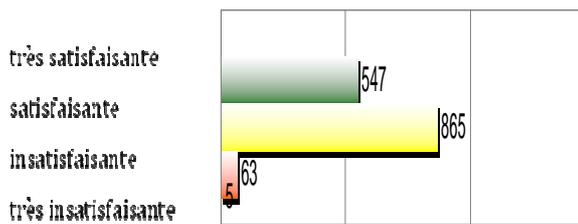
la contacter en cas de besoin



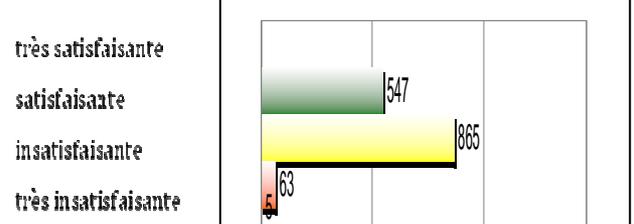
Pensez-vous que les intervenants qui vous sont envoyés sont :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Insatisfaisant	Très insatisfaisant
Compétents	853	680	20	1
Aimables	1 027	535	3	1
Disponibles	868	593	11	1
A l'écoute	884	581	11	1
Honnêtes	1 007	516	5	1
Discrets	928	553	8	2
Ponctuels	907	578	13	2
Efficaces	866	617	64	3

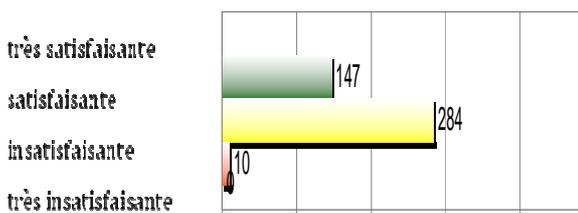
Pensez-vous que l'évolution de la prestation en fonction de vos besoins est :



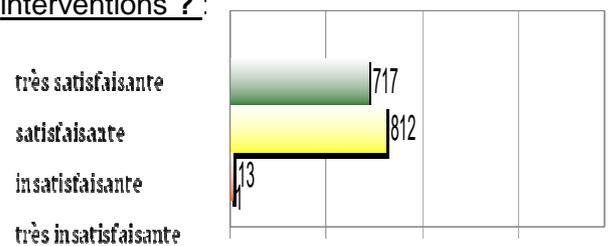
Pensez-vous que l'organisation des remplacements est :



En cas d'interventions multiples, pensez-vous que la coordination est :



Globalement, que pensez-vous des interventions ? :



Le sommaire de la documentation qualité
(liste des points travaillés dans la démarche qualité par le réseau ADMR de l'Ain :
procédure, mode-opérateur, formulaires)

(A la date du 31 août 2010)

1. Processus : Management

La politique et les objectifs qualité

Contrat entre la commission qualité et les associations locales

Déontologie et bonnes pratiques

- "Code de déontologie relatif au salarié dénommé l'intervenant et/ou bénévole"
- "Guide des bonnes pratiques relatif au salarié dénommé l'intervenant et/ou bénévole"
- "Pistes de diffusion du code de déontologie et guide des bonnes pratiques"

Le réseau ADMR, ses missions et les instances décisionnelles

- "Organigramme du réseau ADMR"
- "Organigramme de l'association locale"
- "Instances statutaires"

Les instances représentatives du personnel

- "Instances représentatives du personnel"

Les ressources humaines

- ✓ **Procédure "Le recrutement et l'intégration du salarié d'intervention"**
 - Mode opératoire "Le guide du recrutement "
- ✓ **Procédure "Le suivi des salariés des associations locales"**
 - ➔ "Formulaire préparatoire EPI"
 - ➔ "Formulaire synthèse EPI"
 - ➔ "formulaire recensement des besoins en formation"
 - ➔ "Formulaire pré-inscription en formation des salariés des associations locales"

- "Fiche de poste aide soignant à domicile"
- "Fiche de poste agent polyvalent"
- "Fiche de poste agent à domicile"
- "Fiche de poste assistant technique en association"
- "Fiche de poste A.V.S."
- "Fiche de poste employé à domicile"
- "Fiche de poste infirmier à domicile"
- "Fiche de poste infirmier coordinateur"
- "Fiche de poste T.I.S.F."
- "Fiche de poste de la secrétaire administrative"
- ✓ **Procédure "Le recrutement des bénévoles"**
 - ↳ "Formulaire 1^{er} entretien du bénévoles ADMR"
- ✓ **Procédure "L'accueil des bénévoles"**
- ✓ **Procédure "Le suivi des bénévoles"**
 - ↳ "Formulaire entretien individuel du bénévoles ADMR"
- ✓ **Procédure "La gestion des conflits au sein de l'équipe bénévole"**
 - ↳ "Formulaire de gestion des conflits au sein de l'équipe bénévole"
 - "Fiche de mission du Président d'association locale"
 - "Fiche de mission du Trésorier d'association locale"
 - "Fiche de mission du Secrétaire d'association locale"
 - "Fiche de mission du binôme qualité association locale"
 - "Fiche de mission de l'auditeur interne bénévole"

La communication

- "La communication interne"
- "La communication externe"

2. Processus : Réalisation de la prestation

- ✓ **Procédure "L'offre de services et l'accueil"**
 - Mode opératoire "Comment utiliser le formulaire 1^{er} contact & le formulaire complémentaire"
 - ↳ Formulaire "1^{er} contact – télégestion"
 - ↳ Formulaire "Complémentaire"
 - Mode opératoire "Main courante"
 - Mode opératoire "Utilisation du formulaire à disposition des salariés"

- ↳ Formulaire "A disposition des salariés"
- Mode opératoire "Présentation ADOMI"
- Mode opératoire "Dossier client"
- ✓ **Procédure "Evaluation et visite à domicile"**
 - Check-list "évaluation et visite à domicile"
 - ↳ Formulaire "Diagnostic individualisé"
 - ↳ Formulaire "Diagnostic service de petit bricolage et petit jardinage"
 - ↳ Formulaire "Diagnostic garde d'enfants"
 - ↳ Formulaire "Diagnostic service d'aide à la mobilité par transport accompagné"
- ✓ **Procédure "La préparation des interventions et du planning"**
 - Mode opératoire "Totem et guide totem"
- ✓ **Procédure "La réalisation de l'intervention"**
 - Mode opératoire "Pour l'utilisation du cahier de liaison"
 - ↳ Formulaire "Cahier de liaison"
 - ↳ Formulaire "de gestion des clés"

3. Processus : Evaluation du système et de la qualité des prestations

- ✓ **Procédure "Enquête de satisfaction"**
 - ↳ Enquête de satisfaction (1^{er} contact)
 - ↳ Formulaire "Evaluation annuelle de la satisfaction du client"
 - ↳ Mode opératoire "Analyse évaluation annuelle"
- ✓ **Procédure "Traitement des réclamations des clients"**
 - ↳ Formulaire "Enregistrement des informations et réclamations"
 - ↳ Formulaire "Synthèse – traitement des réclamations"

4. Processus : Amélioration du système qualité

- ✓ **Procédure "Les audits internes"**
 - ^{5.}
^{6.}↳ Formulaire programme de l'audit interne
 - ↳ Formulaire plan d'audit interne
 - ↳ Fiche de constat
 - ↳ Fiche de remarque
 - ↳ Fiche de non-conformité

- ↳ Fiche points forts / points faibles
- ↳ Formulaire rapport d'audit

7. Processus : Gestion documentaire

- ✓ Procédure "La documentation qualité"

Procédures en cours d'écriture : Le service livraison des repas, la gestion de la maltraitance, les risques professionnels, le service en direction des familles, le service mandataire. Le processus amélioration des pratiques n'est pas travaillé à ce jour.