



MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2012 –

**« LE MAINTIEN À DOMICILE DES PERSONNES
ÂGÉES DÉPENDANTES : UNE POLITIQUE
COMPLEXE ET AMBIGUË »**

– Groupe n° 3 –

- | | |
|-----------------------------|---------------------------|
| – AGNES Véronique – DS | – FUERTES Carmen – MISp |
| – AVRIL Jean-François – D3S | – LAVALLARD Aurore – AAH |
| – BARBOSA Guillaume – D3S | – LEFOULON Guillaume – DH |
| – DERLOT Chantal – IASS | – LOUBET Laurence – D3S |
| – DRAME Mariyam – IASS | – MARCHAL Patricia – AAH |

Animateur/trice(s)

- *Blanche LE BIHAN*
- *Arnaud CAMPEON*

Sommaire

Introduction	2
1 La politique du maintien à domicile d’hier à aujourd’hui	5
1.1 Un dispositif en constante évolution	5
<i>1.1.1 Les prémices du maintien à domicile</i>	<i>5</i>
<i>1.1.2 Une nouvelle approche du maintien à domicile à partir des années 1980.....</i>	<i>6</i>
1.2 Une aide financière indispensable.....	7
<i>1.2.1 La construction d’un financement en réponse aux besoins</i>	<i>8</i>
<i>1.2.2 Un financement complexe et parfois insuffisant</i>	<i>8</i>
1.3 Un état des lieux quantitatif et qualitatif sur le plan national avec un focus départemental	9
<i>1.3.1 Une organisation complexe</i>	<i>9</i>
<i>1.3.2 Une évaluation de la dépendance insuffisamment adaptée aux attentes des bénéficiaires</i>	<i>10</i>
<i>1.3.3 Des données significatives illustrant une dynamique de professionnalisation ...</i>	<i>11</i>
2 Le maintien à domicile : un défi sociétal	14
2.1 Aidants familiaux et aidants professionnels : une équation difficile à résoudre	14
<i>2.1.1 L’aide à domicile : un concept aux contours flous</i>	<i>15</i>
<i>2.1.2 L’aide familiale : entre éthique et monétarisation</i>	<i>17</i>
2.2 Formalisation et professionnalisation : des outils au service de la qualité de la prise en charge de la personne âgée.....	18
<i>2.2.1 La professionnalisation des professionnel(le)s du secteur de l’aide à domicile : un levier nécessaire pour la qualité des prestations</i>	<i>18</i>
<i>2.2.2 La formalisation ou la reconnaissance du statut d’aidant familial</i>	<i>20</i>
<i>2.2.3 La démarche qualité : un gage d’efficience</i>	<i>22</i>
3 Améliorer et professionnaliser le secteur de l’aide : le challenge de la coordination	23
3.1 L’APA : un dispositif essentiel à la solvabilisation de la demande.....	24

3.1.1	<i>Un contexte économique-juridique encadré par l'APA</i>	24
3.1.2	<i>L'APA : une prestation à l'appui de la professionnalisation des aidants</i>	25
3.2	La diversité et la complexité de l'intervention des aidants à domicile	26
3.2.1	<i>Des aidants divers de par leurs origines et leurs fonctions</i>	26
3.2.2	<i>Un besoin accru de coordination dans la prise en charge</i>	27
3.3	La nécessaire coordination des acteurs institutionnels et l'essor de nouvelles modalités d'intervention	27
3.3.1	<i>Les enjeux du décloisonnement des acteurs du maintien à domicile</i>	28
3.3.1.1	<i>La coopération : un levier essentiel pour la fluidification du parcours de l'usager</i>	28
3.3.1.2	<i>Le maillage territorial des acteurs locaux : CLIC et CCAS</i>	29
3.3.1.3	<i>Les MAIA : une logique d'intégration des services</i>	30
3.3.2	<i>Accueil temporaire et plateformes de répit : deux dispositifs au service du couple aidant-aidé</i>	31
3.3.2.1	<i>Vers la généralisation des plateformes de répit</i>	32
3.3.2.2	<i>L'accueil temporaire : passerelle entre maintien à domicile et structure d'hébergement</i>	33
	Conclusion	35
	Bibliographie	37
	Liste des annexes	I

R e m e r c i e m e n t s

Nous adressons à Blanche Le Bihan et Arnaud Campeon, animateurs de ce groupe, nos remerciements les plus sincères pour leur soutien, leur accompagnement ainsi que pour les échanges constructifs qui ont pu naître de notre collaboration.

Nous remercions également les nombreuses personnes qui nous ont reçus, accueillis et qui nous ont consacré un temps précieux pour ce travail, au travers d'entretiens fructueux et passionnants.

Nos remerciements s'adressent plus particulièrement aux personnes âgées qui nous ont reçus, et grâce à qui notre perception de l'aide à domicile s'en est trouvée éclairée. Leur contact et leur gentillesse nous ont renforcés dans notre désir de prendre soin des plus fragiles.

Nous tenons également à remercier l'EHESP pour l'organisation et la mise en place de ce Module Interprofessionnel (MIP) qui nous a permis de rencontrer et de travailler en réelle collaboration avec l'ensemble des filières. Cette découverte de nos richesses respectives a considérablement nourri nos réflexions.

Enfin, nous remercions le responsable du MIP François-Xavier Schweyer et ses collaborateurs, tout particulièrement Emmanuelle Guevara, pour leur soutien tout au long de ce temps d'échange.

Liste des sigles utilisés

ADVF :	Assistant De Vie aux Familles
AGGIR :	Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
ANESM :	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux
APA :	Allocation Personnalisée d'Autonomie
CAFAD :	Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile
CAUDEHM :	Coordination de l'autonomie, de la dépendance, du handicap et de la médiation.
CCAS :	Centre Communal d'Action Sociale
CDAS :	Centre Départemental d'Action Sociale
CESE :	Conseil Économique, Social et Environnemental
CESU :	Chèque Emploi Service Universel
CG :	Conseil Général
CLIC :	Centre Local d'Information et de Coordination
CNSA :	Caisse Nationale de la Solidarité et de l'Autonomie
CNPF :	Conseil National du Patronat Français
CODEM :	Comité d'observation de la dépendance, du handicap et de la médiation
CODERPAG :	Comité départemental des retraités, des personnes âgées et de l'action gérontologique
DEAVS :	Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale
GEVA-A :	Guide d'évaluation – Alzheimer
GIR :	Groupe Iso-Ressources
IRCEM :	Institut de Retraite Complémentaire des Employés de Maison
MAIA :	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PSD :	Prestation Spécifique Dépendance
SAAD :	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SSIAD :	Service de Soins Infirmiers À Domicile

Introduction

« Plutôt que le terme usité de maintien à domicile des personnes âgées qui peut suggérer l'idée de contention, je préfère celui de soutien à domicile qui me semble correspondre davantage à la réalité de notre quotidien professionnel » affirme la conseillère en gérontologie du Centre Départemental d'Action Sociale (CDAS) de Rennes Champs Manceaux. Cette réflexion est symptomatique de l'évolution du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes et de la globalité d'une prise en charge médicale mais aussi sociale et bien sûr psychologique.

Le maintien à domicile consiste, du fait d'une dégradation de l'état de santé ou d'une situation de handicap, à mettre en place des dispositifs indispensables pour permettre à cette dernière de vivre à son domicile. Conformément au sujet de notre étude, nous concentrerons notre analyse sur les personnes âgées dépendantes. Les instruments réglementaires et statistiques français définissent comme personnes « âgées » les personnes de 60 ans et plus. La dépendance se définit par l'état d'une personne qui n'est plus autonome, soit physiquement soit mentalement et qui a donc besoin d'aide dans les actes de sa vie quotidienne. La dépendance des personnes âgées sous toutes ses formes touche, selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) 800 000 personnes actuellement en France. Les projections en établissent le nombre à 1,2 millions en 2040 sous l'effet du vieillissement de la population¹.

Le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes a longtemps été une affaire privée, à la charge des familles. Divers facteurs peuvent expliquer cet état de fait comme la rareté des établissements collectifs dédiés, l'inefficience de la médecine à cette époque, l'organisation familiale et paroissiale des campagnes de l'Ancien Régime. Ensuite, les conditions sociales nouvelles de la révolution industrielle au XIX^e siècle ainsi que les progrès de la médecine et de l'organisation sanitaire impliquèrent le développement de la prise en charge collective des personnes âgées dépendantes.

À partir des années 1960 se développe une politique de rupture avec l'institutionnalisation de la prise en charge des personnes âgées dont le rapport Laroque, qui entend encourager le maintien à domicile par le développement de prises en charge sanitaires et sociales spécifiques, est emblématique. Dans le contexte d'une forte augmentation de l'espérance de vie et de progrès médicaux considérables soutenus par un

¹ Michel Duée et Cyril Rebillard, « La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040 », *Données Sociales*, INSEE, mai 2012, [En ligne] http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/DONSOC06zp.PDF (page consultée le 16 mai 2012)

système de protection sociale parmi les plus développés au monde, le soutien à domicile des personnes âgées dépendantes fait aujourd'hui intervenir une multitude d'acteurs dont les objectifs peuvent être sensiblement différents : non dégradation de l'état de santé de la personne âgée, maintien du lien social et de son autonomie, accompagnement psychologique en faveur des aidés comme des aidants.

Cette complexification du « soutien » à domicile s'inscrit également dans le cadre d'une société qui, en Occident, aurait tendance à accorder davantage d'importance à la vie humaine, à la dignité de la personne humaine² et à la qualité de la prise en charge des personnes âgées. Paradoxalement, dans le même temps s'accroît la « marchandisation » de l'aide à domicile. En effet, alors que le taux de chômage oscille en France depuis plus de trente ans entre 8 et 12% de la population active, l'ensemble des ressources financières consacrées à l'aide à domicile par les individus et par la collectivité ne cessent d'augmenter. Dans ce contexte, l'aide à domicile est devenue un élément important de la politique de l'emploi au niveau national ainsi qu'un instrument des politiques sociales. Le maintien des personnes âgées à domicile figurait d'ailleurs au cœur du débat lancé en 2010 sur la prise en charge de la dépendance.

Cette évolution débouche sur une plus grande professionnalisation des différents intervenants. La professionnalisation du secteur de l'aide à domicile implique l'émergence de métiers exigeant des connaissances et des compétences particulières. Elle concerne aussi bien les aidants formels, services prestataires et mandataires, que les aidants informels, membres de l'entourage proche.

L'histoire des « auxiliaires de vie sociale », évoquée par B. Ennuyer lors de notre entretien, constitue un exemple significatif de cette professionnalisation. Créées dans les années 1950 – 1955, comme devant être les auxiliaires de l'infirmière pour éviter l'hospitalisation des vieillards malades et isolés, les aides ménagères de l'époque sont devenues dans les années 1990 les aides à domicile et donc aujourd'hui dans la nouvelle convention collective unique (accord de branche du 29 mars 2002 agréé par le Ministère des Affaires sociales en janvier 2003)³ les « auxiliaires de vie sociale » dont le statut doit être validé par le nouveau Diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) ou son prédécesseur le Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Aide à Domicile (CAFAD).

² Luc Ferry, *La révolution de l'amour*, Plon, 2010

³ Bernard Ennuyer, « Les aides à domiciles : une profession qui bouge », *Gérontologie et Société*, n°104, 2003, p. 135-148

L'allongement de la durée des études paramédicales des aides soignants et infirmiers se situe également dans ce processus.

Cette dynamique globale de professionnalisation influence la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes parce qu'elle pose le cadre des interventions des aidants à domicile. La qualité de la prise en charge implique, d'une part, la notion de prendre soins, d'écoute et de respect des désirs de la personne, la préservation des liens sociaux, la conservation des activités physiques et psychiques. D'autre part, une prise en charge de qualité est celle qui permet une coordination des intervenants préalablement formés rendant lisible le système.

Dès lors, en quoi la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile peut-elle participer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, dans le cadre de la politique de maintien à domicile ?

Nous verrons d'abord que la politique de maintien à domicile, d'hier à aujourd'hui, constitue un dispositif en constante évolution (I.1) basé sur un financement complexe et insuffisant (I.2) dans le cadre des difficultés que pose la problématique de la dépendance (I.3).

Nous aborderons ensuite la question de la professionnalisation des aidants familiaux et professionnels en précisant la définition de ces concepts (II.1) puis en nous penchant sur la formation de ces derniers (II.2).

Enfin, afin d'analyser la réponse du secteur à l'exigence de professionnalisation et de qualité de la prise en charge, nous évoquerons l'articulation entre les différents intervenants à travers le dispositif de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (III.1), la diversité et la complexité des interventions à domicile (III.2) puis le développement actuel et à venir de nouvelles modalités d'intervention (III.3).

Pour mener à bien ce projet, nous avons préalablement défini une méthodologie décrite de façon détaillée en annexe, fondée sur un travail de recherche bibliographique, le recueil de documents sur le sujet et la conduite d'entretiens semi-directifs avec des acteurs clés (experts du champ et opérateurs de terrain). L'approche adoptée repose sur une méta-analyse des questions de la professionnalisation et de la politique de maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, mais nous apporterons un éclairage plus local de la question à partir d'éléments recueillis dans le département d'Ille-et-Vilaine.

1 La politique du maintien à domicile d’hier à aujourd’hui

Le dispositif du soutien à domicile est le fruit d’une évolution lente aussi bien dans la société que sur le plan politique. Il a donc été mis en œuvre progressivement au travers du développement d’un nouveau regard sociétal et de la mise en place financière de mesures d’accompagnement, à l’instar de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) puis de l’Allocation Personnalisée d’Autonomie (APA).

1.1 Un dispositif en constante évolution

L’aide à domicile résulte d’évolutions historiques qui prennent leur source dans le rapport Laroque de 1962.

1.1.1 Les prémices du maintien à domicile

Dès 1962, le rapport Laroque⁴ propose à la société française une éthique du « vivre ensemble » à travers une politique de « maintien à domicile », pour permettre aux personnes qui vieillissent de conserver leur place dans la société⁵. Il affirme que le placement collectif doit rester exceptionnel.

Afin de rompre avec la politique d’institutionnalisation de la prise en charge des personnes âgées, Pierre Laroque préconise la construction de logements adaptés, la généralisation de l’aide ménagère à domicile et la création de services sociaux, pour répondre au besoin éprouvé par la personne âgée de conserver sa place dans la société.

Il est important de noter que la notion de maintien à domicile sous-entend nécessairement des mesures de soutien, c’est-à-dire des services et des aides pour accompagner et rendre possible ce souhait. Ces deux termes, « maintien » et « soutien », sont donc complémentaires⁶.

La première suite donnée au rapport Laroque s’inscrit dans la mise en place du VI^e plan de développement économique et social de 1971. Cependant, la volonté affichée de prendre en considération les préoccupations des personnes âgées dépendantes ne sera pas mise en œuvre, du fait des difficultés économiques rencontrées dès les années 1970.

⁴ Haut Comité consultatif de la population et de la famille, *Politique de la vieillesse, Rapport de la commission d’études des problèmes de la vieillesse présidée par P. Laroque*, La Documentation française, 1962, 438 p.

⁵ Bernard Ennuyer, « 1962-2007 : regards sur les politiques du “maintien à domicile” et sur la notion de “libre choix” de son mode de vie », *Gérontologie et Société*, n° 123, décembre 2007, p. 153

⁶ *Ibid.*, p. 158

Faute de structures de maintien à domicile suffisantes, la prise en charge des personnes âgées dépendantes (notion apparaissant à cette époque) va s'orienter vers une médicalisation de la vieillesse et le recours à l'hébergement, ce qui va à l'encontre des préconisations du rapport Laroque.

1.1.2 Une nouvelle approche du maintien à domicile à partir des années 1980

À partir de 1981, la prise en charge des personnes âgées s'articule à travers une gestion technique, au détriment de la dimension éthique portée par Pierre Laroque.

Entre 1984 et 2004, le secteur du maintien à domicile de la personne âgée devient un « gisement d'emploi »⁷. Plusieurs mesures sont à l'origine de différents dispositifs :

- Les services mandataires, créés par Philippe Seguin en 1987, qui sont des intermédiaires entre l'intervenant et le particulier/employeur afin de faciliter les démarches administratives de ce dernier ;
- Les emplois familiaux, créés par Martine Aubry en 1991, censés se développer grâce à une déduction fiscale ;
- Le chèque emploi service, expérimenté en 1994, remplacé par le Chèque Emploi Service Universel (CESU) par la loi du 26 juillet 2005⁸ ;
- La loi du 29 janvier 1996 en faveur du développement des emplois services aux particuliers et ouvrant cette activité au secteur lucratif ;
- En 2005, le plan Borloo⁹ propose notamment une revalorisation des grilles de rémunération du secteur non lucratif, un allègement des charges patronales des particuliers/employeurs et des mesures en faveur des entreprises du secteur.

Durant cette période, les gouvernements successifs se sont saisis de cette problématique double : les besoins des personnes âgées souhaitant rester à domicile et la relance de l'emploi par le biais de cette activité. Les dispositifs énoncés ci-dessus ont ainsi d'abord eu pour but le retour à l'emploi des personnes au chômage, à commencer par les femmes non qualifiées, au détriment du développement d'un service de qualité au bénéfice des personnes âgées.

Bernard Ennuyer, sociologue spécialiste de la question, précise lors de notre entretien¹⁰ : « *Cette politique a eu de multiples conséquences, vis-à-vis de ce qu'on va*

⁷ *Ibid.*, p. 162

⁸ 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

⁹ Plan présenté par Jean-Louis Borloo au gouvernement français le 30 juin 2004 pour l'emploi, le logement et l'égalité des chances

d'abord appeler les emplois de proximité, puis les emplois familiaux. Dans ce contexte, le Conseil National du Patronat Français (CNPF) de l'époque porte l'offensive sur le secteur de l'aide à domicile, ouvrant la voie à ce que d'aucuns ont appelé la marchandisation de l'aide à domicile, devenue une prestation de service, ce qui est un parfait contresens par rapport au rôle de l'aide à domicile ». Il ajoute également : « Le plan Borloo a conduit à une évolution des services à domicile et des métiers mais c'est une catastrophe pour la professionnalisation. Il a amplifié le discours selon lequel ces métiers ne méritent pas de qualification, en reprenant l'idée des années 1950 selon laquelle l'aide à domicile suppose l'exécution de tâches faciles que n'importe quelle femme devrait savoir faire sans formation ». Par ailleurs, il indique : « Malgré la création en 2002 du Diplôme d'État d'Assistante de Vie Sociale (DEAVS) ce discours reste récurrent ». Le sociologue considère que l'aide à domicile n'est pas une prestation de confort et nécessite une qualification, du fait de son rôle social et de son utilité en termes de prévention.

En cherchant à favoriser le développement de l'emploi dans le secteur de l'aide à domicile, les gouvernements successifs ont dû répondre à un souhait de revalorisation salariale. Celle-ci a bien été mise en œuvre, entraînant un surcoût de 237 millions d'euros par rapport à l'enveloppe initiale (répartie entre 2003 et 2006). Néanmoins, dans un contexte économique contraint, il a fallu limiter les effets de cette augmentation. L'agrément de l'accord a dès lors été soumis à une exigence de modération salariale pour les exercices budgétaires de 2003 à 2009, par un gel de la valeur du point d'indice.

Au milieu des années 1990, les pouvoirs publics ont pris la mesure du défi relatif à la prise en charge des personnes âgées dépendantes, notamment en termes de financement de l'aide à apporter, pour ensuite engager de nouvelles réformes.

1.2 Une aide financière indispensable

Cette évolution historique des dispositifs s'est appuyée sur des modalités de financement qui se sont adaptées au fil du temps mais qui restent incomplètes et qui pourraient être encore améliorées.

¹⁰ Entretien réalisé avec Bernard Ennuyer, le 9 mai 2012 à Paris

1.2.1 La construction d'un financement en réponse aux besoins

La première prestation est mise en place par la loi du 24 janvier 1997¹¹. Il s'agit de la PSD, financée en majeure partie par le Département. Elle s'adresse aux plus de 60 ans et est versée sous conditions (degré de dépendance : GIR 1 à 3, ressources...). Cette disposition a vite été jugée inefficace (difficulté d'accès, disparité selon les départements) et la possibilité pour l'État de récupérer une partie de la prestation versée sur la succession a été dissuasive¹².

Face à ces difficultés, la PSD a été remplacée par l'APA par la loi du 20 juillet 2001¹³. Prestation universelle, celle-ci bénéficie aux personnes relevant des GIR 1 à 4, élargissant ainsi le nombre potentiel de bénéficiaires. De plus, les conditions de ressources et le recours sur succession ont été supprimés. Néanmoins, les bénéficiaires peuvent être appelés à participer financièrement au plan d'aide¹⁴.

Ces dispositifs ont permis de rendre plus solvables les personnes âgées dépendantes demeurant à domicile. Il est important de noter qu'en 2003, les montants consacrés par les départements à l'aide sociale à domicile étaient plus élevés que ceux attribués à l'hébergement en institution. Cependant, Bernard Ennuyer¹⁵ critique ce dispositif : *« L'évolution des prestations d'aide à domicile consacre l'individualisation des politiques publiques, faisant de chaque individu l'artisan de sa vie et de son autonomie, entendue comme le droit de choisir son mode de vie, de façon individuelle. Un peu comme si l'individu était "seul au monde" et n'appartenait pas avec d'autres individus à un collectif qui s'appelle la Société ».*

1.2.2 Un financement complexe et parfois insuffisant

Le budget consacré au maintien à domicile de qualité par les pouvoirs publics ne représente au mieux qu'un tiers du montant nécessaire¹⁶. Il est donc insuffisant pour permettre le libre choix dans le cadre du projet de vie de la personne âgée dépendante¹⁷ et

¹¹ Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance

¹² Jean-Pierre Sueur, *L'allocation personnalisée d'autonomie : un nouveau droit fondé sur le principe d'égalité*, Rapport remis au ministre de l'emploi et de la solidarité, La Documentation française, mai 2000

¹³ Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie

¹⁴ Cour des comptes, *Les personnes âgées dépendantes*, rapport particulier, novembre 2005

¹⁵ Bernard Ennuyer, *op. cit.*

¹⁶ Bernard Ennuyer, *op. cit.*

¹⁷ Bernard Ennuyer, *op. cit.*, p. 163-164

pour s'engager dans une dynamique de professionnalisation. Malgré cela, nous verrons par la suite que le Conseil général d'Ille-et-Vilaine en fait une de ses priorités.

On constate que le ticket modérateur (reste à charge) peut être très important. Cela ne favorise pas le recours à l'aide à domicile, les usagers préférant diminuer leur plan d'aide.

Le groupe de réflexion Terra Nova, dans son projet 2012, propose de créer un nouveau droit à la compensation des difficultés de la vie quotidienne et de faire de la Caisse Nationale de la Solidarité et de l'Autonomie (CNSA) la cinquième branche de la Sécurité Sociale.¹⁸

Le coût de la professionnalisation se rajoute à la problématique, comme le rappelle Bernard Ennuyer : « 90 à 95 % du budget concerne les charges salariales, l'essentiel de l'enveloppe budgétaire des services est affecté aux frais de personnel et de charges sociales »¹⁹.

1.3 Un état des lieux quantitatif et qualitatif sur le plan national avec un focus départemental

Plusieurs éléments de réflexion, à partir des données nationales actuellement à la disposition des analystes, soulèvent la question de la coordination des nombreux acteurs intervenants dans la politique de maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Les entretiens que nous avons réalisés sur le territoire de l'Ille-et-Vilaine ont confirmé cette préoccupation²⁰.

1.3.1 Une organisation complexe

De nombreux dispositifs se sont succédé, qui ont engendré l'apparition de nombreux intervenants relevant d'un statut associatif, public ou privé à but lucratif²¹. On distingue donc différents modes d'offre : « prestataire », « gré à gré » ou « mandataire »²². À cela se sont ajoutés des organismes de coordination : Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), Conseils Généraux (CG), Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA).

¹⁸ Florence Weber *et al.* *Quels métiers de l'aide médico-sociale aux personnes handicapées et dépendantes ?*, Terra Nova, 2012

¹⁹ Bernard Ennuyer, *op. cit.*

²⁰ Entretiens réalisés avec le CODERPAG et le Conseil général, cf. le planning des entretiens présenté en annexe.

²¹ Aujourd'hui 80% du nombre total d'intervenants.

²² Cf. « Focus » p. 24

Pour exemple, les CLIC existent depuis dix ans et commencent seulement à être connus du public²³.

Cet ensemble de structures, s'il semble en théorie favorable à un fonctionnement coordonné, ne favorise pas une lisibilité pour l'utilisateur. Par ailleurs, on peut s'interroger sur le risque de redondances et d'émiettement des missions.

Enfin, il ne faut pas oublier les aidants familiaux, acteurs invisibles de la prise en charge des personnes âgées à domicile²⁴.

En Ille-et-Vilaine, afin d'éviter ces risques, des mesures ont été prises. La responsable du pôle « services à domicile » du CCAS de Rennes²⁵ met par exemple en exergue l'importance du partenariat et des échanges au sein de la politique gérontologique de la ville de Rennes : obtention du label « Bien vieillir – Vivre ensemble » en 2010 avec une association forte des habitants ; adhésion au réseau « Villes amies des aînés » qui organise une manifestation en octobre 2012 sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Elle souligne également la relation continue avec le CLIC, lequel coordonne l'ensemble des actions au travers de réunions associant l'ensemble des partenaires du département. La responsable ajoute « *[qu'] au-delà de ça, c'est le Comité d'Observation de la Dépendance (CODEM) où se regroupent tous les partenaires autour de cette thématique qui donne ses orientations au CLIC. Il existe une multitude de structures, d'où l'importance d'un lieu qui coordonne tous ces intervenants, qui puisse être un point d'information et de confrontation de tout ce qui peut être mis en œuvre* ». Ce lieu a par ailleurs pour objet de faciliter « *la communication et l'égalité de traitement des associations qui œuvrent sur le territoire autour de problématiques communes* ». De par sa posture neutre, le CLIC « *permet d'informer les usagers sur l'ensemble des structures existantes* »²⁶.

1.3.2 Une évaluation de la dépendance insuffisamment adaptée aux attentes des bénéficiaires

La grille Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources (AGGIR), qui permet de déterminer le degré de dépendance de la personne âgée dans le cadre de l'attribution de l'APA, présente, d'après certains professionnels, un certain nombre de lacunes. Elle sert à

²³ Augmentation du nombre d'entretiens au CLIC de Rennes : 2400 en 2009, 3100 en 2011. Source : entretien réalisé avec le coordonateur du CLIC de Rennes, le 4 mai 2012

²⁴ Alexandra Chaignon, « Les aidants familiaux, une catégorie sociale invisible », *L'Humanité*, 24/01/2011

²⁵ Entretien réalisé avec la responsable du pôle services à domicile du CCAS de Rennes, le 11 mai 2012

²⁶ *Ibid.*

établir le plan d'aide proposé par l'équipe médico-sociale du département, lequel est décidé en fonction de l'implication potentielle des aidants, considérés comme « *des ressources disponibles et non [comme] des partenaires* »²⁷. Ces derniers estiment ne pas être suffisamment associés à l'élaboration de ce plan d'aide. La grille AGGIR a été modifiée en 2008 afin de prendre notamment en compte le volet cognitif. Pour le médecin responsable du service Actions médico-sociales, Personnes âgées – Personnes handicapées au Conseil général d'Ille-et-Vilaine, la grille AGGIR permet aujourd'hui de couvrir correctement la plupart des besoins des personnes âgées. Ceci étant, il indique qu'une grille, telle que la GEVA-A²⁸ nouvellement mise en place et utilisée par les MAIA, pourrait effectivement permettre une évaluation plus précise et plus pertinente des besoins²⁹. Ces propos sont partagés par la responsable du pôle service à domicile du CCAS de Rennes.

1.3.3 Des données significatives illustrant une dynamique de professionnalisation

La construction de cette politique du maintien à domicile s'est donc traduite par l'ajout successif de plusieurs niveaux de réponse, gérés par des interlocuteurs différents, et selon des objectifs plus larges que la seule prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes. Elle a en effet tenté d'agir en parallèle sur la résorption de l'emploi précaire. Le lien avec la politique d'emploi est un élément essentiel du développement de la politique de maintien à domicile³⁰. Qu'en est-il dans la pratique ?

L'analyse du secteur dit professionnel de l'aide à domicile montre que l'on se trouve en présence d'un secteur qui s'est progressivement constitué de nombreux acteurs ayant des qualifications très différentes.

Ainsi, les 515 000 intervenants à domicile en 2008 sont en général des femmes (à 98%), âgées de 45 ans en moyenne, dont près de 77% travaillent grâce à un mandataire, un prestataire de service ou en mode mixte³¹.

²⁷ Réjean Hébert, « Grandeurs et misères de l'allocation personnalisée d'autonomie en France », *Gérontologie et Société*, n°138, septembre 2011, p. 67

²⁸ Fondation nationale de Gérontologie, *Projet POEM : étude de la pertinence des outils d'évaluation multidimensionnelle dans le cadre du plan national Alzheimer*, décembre 2010, p. 33, [En ligne] http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/Etude_POEM.pdf (page consultée le 18 mai 2012)

²⁹ Entretien réalisé avec le médecin responsable du service actions médico-sociales personnes âgées – personnes handicapées du Conseil général d'Ille-et-Vilaine, le 9 mai 2012

³⁰ Blanche Le Bihan et Claude Martin, « Travailler et prendre soin d'un parent âgé dépendant », *Travail, genre et société*, n°16, p. 77-96

³¹ Rémi Marquier, « Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008 », *Études et résultats*, n°728, juin 2010

La précarité du travail y est assez présente puisque les intervenantes à domicile ont souvent des horaires variables d'une semaine à l'autre et moins d'un tiers occupe un emploi à temps complet. Plus de la moitié travaillent le dimanche et leur rémunération mensuelle moyenne est inférieure à 1 200 euros. La responsable du pôle « services à domicile » au Centre Communale d'Action Sociale (CCAS) de Rennes³² nous démontre que cette idée est à nuancer pour ce qui concerne ses services. En effet, la majorité des personnels travaille à temps plein. En revanche, les agents ne disposent de leur planning qu'une semaine à l'avance.

Le volume de travail des intervenantes est également très variable puisqu'il peut être regroupé selon quatre familles de répartition horaires de travail :

- 25% travaillent moins de 27 heures par mois,
- 25% travaillent de 27 à 62 heures par mois,
- 25% travaillent de 62 à 105 heures par mois,
- 20% travaillent de 105 à 165 heures par mois,
- Et 5% travaillent à temps plein.

Elles doivent en outre travailler chez 8 à 10 bénéficiaires de service différents, pour réaliser un nombre d'heures de travail équivalent à un emploi à temps complet³³.

Dans la catégorie des prestataires et des mandataires, de nombreuses salariées sont titulaires d'un diplôme en rapport avec leur métier d'exercice (DEAVS), alors que 85% de celles qui travaillent en emploi direct ne sont pas diplômées dans le secteur sanitaire et social. Ces données sont confirmées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) dans deux enquêtes de 1999 et 2000³⁴. Seulement 9% des intervenantes à domicile sont titulaires du Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile (CEFAD)³⁵. Ce faible pourcentage semble être expliqué par le fait qu'il faille déjà travailler pour pouvoir suivre la formation diplômante, ce qui peut s'avérer difficile lorsque les intéressés ont un emploi du temps planifié.

En 2008, face à ce constat général, les données sont assez différentes en Ile-et-Vilaine puisqu'une première convention de qualification et de professionnalisation a été signée en 2002 par le Conseil général (Charte régionale de qualification des aides à domicile 2002-

³² Entretien réalisé avec la responsable du pôle services à domicile du CCAS de Rennes, le 11 mai 2012

³³ DREES, Enquête auprès des intervenants à domicile (IAD), 2008, [En ligne] <http://www.drees.sante.gouv.fr/enquete-aupres-des-intervenants-a-domicile-iad,6550.html>

³⁴ Cf. l'enquête SAPAD-Structures en 1999 auprès des services d'aides aux personnes, et SAPAD-Bénéficiaires en 2000 auprès d'un échantillon de bénéficiaires de ces services

³⁵ Sophie Bressé, « L'enjeu de la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile en faveur des personnes âgées », *Retraite et société*, n°39, 2003, p. 119-143

2007). Ensuite, une seconde charte de qualification des aides à domicile a été signée le 12 novembre 2007 par délibération du Conseil général. Cette charte s'appuie sur le contrat de projet État-région 2007-2013, lui-même décliné en une convention relative à la qualification et à la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile.

En effet, le nombre de personnes diplômées a doublé dans ce secteur depuis 2002 et l'objectif initial de la charte (formation de 500 personnes en situation d'emploi par an) a été atteint à 57%³⁶. De même, 5 229 stagiaires ont été dénombrés grâce à la charte, sur l'ensemble de la région, sur des diplômes tels que le DEAVS ou la VAE.

Enfin, une politique de qualification ciblée devrait permettre de continuer à promouvoir le déploiement des formations en DEAVS. En cohérence avec la loi, le Conseil général d'Ille-et-Vilaine souhaiterait orienter les professionnels ainsi qualifiés vers la prise en charge des personnes relevant des GIR 1 à 3³⁷. Le Diplôme d'Assistante de Vie aux Familles (DAVS) serait réservé aux dépendances partielles.

Cependant, si les aidants professionnels peuvent faire l'objet de politiques de qualification, le secteur de l'aide à domicile demande inévitablement une participation des aidants informels. En effet, « l'aidante familiale est toujours présente, même lorsque la personne âgée réside en institution »³⁸ et plus de 60% des aidants sont des membres de l'entourage³⁹. Le niveau de leur professionnalisation pourrait donc soulever d'autres questions.

De plus, le nombre des aidants familiaux étant appelé à augmenter moins vite que celui des personnes âgées dépendantes, l'aspect qualitatif de leur domaine d'intervention mériterait d'être davantage pris en compte par l'ensemble des professionnels intervenant à domicile. En d'autres termes, il sera nécessaire de « prendre soin des bénéficiaires âgés au sens large et pas seulement médical du terme ». Ce même article signale le lien affectif important vécu par les personnes âgées envers l'aidant professionnel puisque 74% considèrent leur relation avec l'intervenante à domicile comme « aussi amicale que professionnelle (33%) ou plus amicale que professionnelle (41%) ».

³⁶ Conseil général d'Ille-et-Vilaine, *Schéma départemental des services de maintien à domicile 2011 – 2015* *Schéma départemental des services de maintien à domicile 2011-2015*, [En ligne] <http://www.calameo.com/books/000529009330d12e3ae8> (document consulté le 17 mai 2012)

³⁷ Cf. Conseil Économique, Social et Environnemental (CESE), avis, « La dépendance des personnes âgées », juin 2011

³⁸ Blanche Le Bihan et Claude Martin, *op. cit.*

³⁹ Sophie Bressé, *op. cit.*

Il faut rappeler également que 80% des utilisateurs des services d'aide aux personnes sont des personnes âgées⁴⁰. Parmi elles, 85% ont fait appel à un tel service pour « se décharger de certaines tâches qu'elles avaient du mal à réaliser en raison de leur état de santé ». Enfin, 84% des usagers précisent qu'ils ont eu recours aux services d'aide à domicile en raison d'un évènement particulier tel qu'une aggravation de leur santé ou de celle de leur conjoint, une sortie d'hospitalisation, le décès du conjoint...

Ainsi, la situation décrite révèle un consensus des différents acteurs quant à une exigence accrue dans l'amélioration de la prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes, laquelle pourrait nécessiter une professionnalisation plus soutenue du secteur.

2 Le maintien à domicile : un défi sociétal

Outre l'ambiguïté et l'ambivalence qui le caractérisent, le secteur de l'aide à domicile est l'objet de l'attention des pouvoirs publics, tant au niveau de la professionnalisation des différents acteurs que de la reconnaissance des aidants familiaux. La structuration de ce secteur va de pair avec une démarche qualité, indissociable d'un maintien à domicile répondant aux attentes des familles et des usagers.

2.1 Aidants familiaux et aidants professionnels : une équation difficile à résoudre

La notion d'aide à domicile souffre d'un « brouillage » sémantique ancré dans l'inconscient collectif qui la relègue à des fonctions exclusivement ménagères⁴¹. La difficile évolution des mentalités, concernant notamment la rémunération d'un proche par un proche (usager), est suscitée par le mouvement d'une société qui bien qu'en plein essor, doit composer avec de nécessaires limites éthiques.

⁴⁰ Cf. l'enquête SAPAD-Structures en 1999 auprès des services d'aides aux personnes

⁴¹ Tania Angeloff, « Employées de maison, aides à domicile : un secteur paradoxal » in *Charges de famille*, La Découverte, 2003, p.165-186

2.1.1 *L'aide à domicile : un concept aux contours flous*

Apparu dans les années 1950, le concept d'aide à domicile a depuis sa création connu une évolution significative. Cantonnées à l'origine à un rôle d'aide ménagère, les aides à domicile ont vu leurs fonctions évoluer au gré des mutations sociétales et socio-économiques⁴².

Aide ménagère, agent à domicile, agent polyvalent, employé à domicile ou auxiliaire de vie sociale, telles sont les notions qui entourent aujourd'hui le métier d'aide à domicile.

L'image que la société a de l'aide à domicile participe à l'idée selon laquelle ces métiers se limiteraient à une assistance ménagère. Autrement dit, l'aide à domicile renvoie systématiquement à la domesticité dans l'imaginaire collectif⁴³. En effet, le lien social, mission essentielle et fondamentale des aides à domicile, fait aujourd'hui l'objet d'un déni généralisé.

Les propos tenus par des usagers bénéficiaires de l'aide à domicile que nous avons rencontrés dans le cadre de ce travail confortent cette idée. Ainsi, au cours de leurs entretiens respectifs, les 10 et 12 mai 2012, Madame X (88 ans) et Monsieur Y (85 ans) ont qualifié « d'aide-ménagère » la personne chargée de leur apporter tant une aide matérielle (ménage) qu'une aide dans les actes de la vie quotidienne (tâches relatives au *care* telles que l'aide à la prise de repas, les sorties, l'habillement, la rupture de l'isolement ou les soins de nursing).

Selon Bernard Ennuyer, certaines personnalités politiques pratiquent également cet amalgame.

Cette « confusion sémantique » s'explique notamment par le manque de reconnaissance sociale de la fonction d'aide à domicile⁴⁴. Depuis les années 1960, les aides à domicile sont confrontées à un difficile processus de reconnaissance et de professionnalisation de leur fonction. Il a fallu attendre 40 ans entre le rapport Laroque (1962) et la signature du premier accord de branche (convention collective) le 29 mars 2002, pour que soient consacrées l'institutionnalisation ainsi que la réglementation du secteur de l'aide à domicile⁴⁵.

Cette convention collective dénombre neuf catégories d'emplois composant le secteur de l'aide à domicile. À chaque niveau correspond une rémunération. Selon les clauses

⁴² Bernard Ennuyer, « Les aides à domiciles : une profession qui bouge », *Gérontologie et Société*, n°104, 2003, p. 135-148

⁴³ Tania Angeloff, *op. cit.*

⁴⁴ Arnaud Campeon et Blanche Le Bihan, « Les plans d'aide associés à l'allocation personnalisée d'autonomie », *Études et résultats*, DREES, n°461

⁴⁵ Bernard Ennuyer, *op. cit.*

conventionnelles de l'accord de branche, cette classification vise à positionner les emplois du secteur de l'aide à domicile les uns par rapport aux autres, et ainsi à favoriser une évolution de carrière⁴⁶. Au niveau A sont classés les « agents à domicile » qui assument les « travaux courants d'entretien de la maison » ; au niveau B se trouvent les « employés à domicile » qui « assistent et soulagent les personnes qui ne peuvent faire seules les actes ordinaires de la vie courante » ; au niveau C, enfin, sont positionnées les auxiliaires de vie sociale, chargées « d'apporter un accompagnement social et un soutien auprès des publics fragiles dans leur vie quotidienne »⁴⁷.

Les aides ménagères ont vu leurs compétences se diversifier⁴⁸. Au-delà de la nature domestique et matérielle de leur emploi, elles doivent désormais mobiliser des compétences relationnelles⁴⁹. Si en théorie cette nomenclature tendait à apporter plus de lisibilité au secteur, en pratique, elle n'a fait que renforcer les ambiguïtés qui le caractérisent, les frontières entre les différents intervenants à domicile étant floues et mal définies.

En effet, la fonction d'auxiliaire de vie sociale, sanctionnée par le DEAVS, est venue s'ajouter aux multiples vocables qui caractérisent les emplois du secteur de l'aide à domicile. Par ailleurs, le glissement de tâches auquel sont actuellement confrontées les intervenantes à domicile vient accentuer cette ambiguïté⁵⁰. Une telle thèse a pu être étayée par le Comité départemental des retraités, des personnes âgées et de l'action gériatrique (CODERPAG), qui lors d'une réunion portant sur le maintien à domicile, a mis en évidence l'impact dudit glissement sur la lisibilité des missions de chaque aidant à domicile. Ainsi, il a été fait mention du fait que certaines auxiliaires de vie sociale se refusaient à réaliser des tâches ménagères. Elles arguaient que l'obtention du DEAVS ne les engageait plus à la réalisation de telles tâches.

⁴⁶ Cf. Accord de branche du 29 mars 2002.

⁴⁷ Cf. Accord de branche du 29 mars 2002.

⁴⁸ CLERSE-CRIDA-RESEAU 21, *L'aide à domicile face aux services à la personne*, Rapport pour la Délégation interministérielle à l'innovation, à l'expérimentation sociale et à l'économie sociale (DIIESES), mars 2008, [En ligne] http://clerse.univ-lille1.fr/IMG/pdf/aide_domicile_rapport_complet.pdf (document consulté le 18 mai 2012)

⁴⁹ Stéphane Alvarez, communication au colloque international de sociologie de Lausanne (Suisse) sur « La dimension relationnelle des métiers de services : cache-sexe ou révélateur du genre ? » ; titre de la communication : « Le secteur de l'aide à domicile en France : entre l'imaginaire domestique et l'invisibilité du travail de "care" professionnel », 2 et 3 septembre 2010

⁵⁰ CLERSE-CRIDA-RESEAU 21, *op. cit.*

2.1.2 *L'aide familiale : entre éthique et monétarisation*

Les questions d'éthique peuvent revêtir plusieurs formes. D'une part, il s'agit de s'interroger sur l'utilisation de la technologie pour surveiller notre aîné, et d'autre part, de poser la question de la compensation financière allouée en échange d'une aide active auprès de notre proche.

En effet, l'aidant peut choisir d'équiper le parent qu'il prend en charge d'un système de géo localisation. Mme V⁵¹, interrogée sur le dispositif d'alarme qu'elle porte au poignet, raconte : *« Je suis tombée de toute ma hauteur et je ne pouvais plus me relever, heureusement que je suis équipée d'un système d'alarme. Il est fixé à mon poignet et je n'ai qu'à appuyer sur le bouton rouge pour que quelqu'un vienne me porter secours. Ça sonne d'abord à la loge du gardien où il y a quelqu'un en permanence, même la nuit, puis chez mes enfants au cas où la première alerte n'ait pas fonctionné. Je suis au moins assurée que des secours viendront avec ce dispositif ».*

Dans ce cas, la technologie vient seconder l'action des aidants pour la sécurité de cette personne âgée dépendante.

Cependant, l'utilisation débridée de la technologie géo-localisatrice pose des questions d'ordre éthique⁵². En premier lieu, la perte de contact humain avec les aidants se concrétise au travers de leur remplacement par une machine. Cela impliquerait finalement que l'aidant ne se déplace plus que lorsque la machine signale une défaillance chez la personne aidée. Ainsi, on pourrait craindre l'isolement social de la personne âgée que l'on peut surveiller par écran interposé, provoquant la déshumanisation du lien qui unit le couple aidant / aidé.

Elle soulève également la question de la liberté d'aller et venir. La surveillance des moindres déplacements de la personne vers l'extérieur pourrait limiter sa liberté.

Dans ces conditions, il est difficile de respecter l'intimité de la personne âgée. Les appareils de surveillance peuvent potentiellement être utilisés pour surveiller continuellement la personne plutôt que de ne servir qu'à retrouver la personne égarée.

Par ailleurs, équiper une personne âgée dépendante de cette technologie, avec le double but de la surveiller et de veiller sur elle, représente un investissement financier qui vise à réduire le coût d'une présence humaine.

⁵¹ Entretien réalisé avec une personne âgée dépendante, Mme V, le 10 mai 2012

⁵² Jérôme Péliissier, « Éthique et gérontechnologies », Site personnel, [En ligne] <http://www.jerpel.fr/spip.php?article252>

Mais lorsque l'aidant travaille par ailleurs, cette présence humaine auprès de la personne âgée implique souvent un aménagement, une diminution de son temps de travail, voire la perte de son emploi.

À l'instar de ce qui se pratique déjà pour les enfants en bas âge, une allocation compensatrice étendue au conjoint pourrait être envisagée afin que ce dernier puisse pleinement assumer son rôle auprès de son aîné⁵³. Actuellement, l'APA n'offre pas cette possibilité alors même que la majorité des aidants familiaux sont des conjoints.

L'évolution de la société oblige l'individu à s'assurer un moyen de subsistance et donc à quitter le domicile pour aller travailler. La nécessité de rechercher un substitut à la famille pour garder un parent âgé dépendant est née. Il s'agit donc, d'un point de vue économique, de favoriser le maintien à domicile sans pour autant briser le lien social qui lie l'aidant à la société. D'un point de vue éthique, se pose la question de la rémunération de cet aidant pour accomplir une tâche qui semblait découler du simple lien social intrafamilial.

2.2 Formalisation et professionnalisation : des outils au service de la qualité de la prise en charge de la personne âgée

Professionnalisation et formalisation sont les piliers du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes dans le discours des pouvoirs publics. Ils ont conduit les différents financeurs et acteurs à s'engager dans une démarche qualité.

2.2.1 La professionnalisation des professionnel(le)s du secteur de l'aide à domicile : un levier nécessaire pour la qualité des prestations

Le secteur de l'aide à domicile fait face à un manque d'attractivité depuis une vingtaine d'années. Cela peut s'expliquer par la faible rémunération des intervenantes à domicile autant que par l'absence de reconnaissance sociale. Dans ce contexte, l'État a engagé une dynamique de revalorisation du statut du service de l'aide à domicile à partir des années 2000.

Les accords du 29 mars 2002 de la branche « aide à domicile », relatifs aux emplois et rémunérations, conduisent à une revalorisation ainsi qu'à une meilleure lisibilité des

⁵³ Assemblée nationale, *Question n°2696* de Jean-Sébastien Vialatte (député du Var), JO du 5 janvier 2010

emplois occupés⁵⁴. Il en ressort que « les aides à domicile seront mieux payées, mieux formées, mieux encadrées et fourniront indéniablement un travail de meilleure qualité, ce qui est très positif »⁵⁵. D'autre part, le DEAVS amplifie la reconnaissance du métier d'aide à domicile en offrant une formation alliant à la fois connaissances techniques et compétences pratiques. Le diplôme institue de surcroît une véritable identité professionnelle du métier d'auxiliaire de vie sociale.

En effet, la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile est un enjeu fort pour la qualité des prestations et doit à ce titre être encouragée. L'État et les collectivités territoriales considèrent ainsi que l'aide apportée aux personnes âgées dépendantes « doit mobiliser des qualités techniques et relationnelles »⁵⁶. L'objectif est de favoriser la qualité de la prise en charge des personnes, de renforcer la reconnaissance des intervenants et d'instaurer une distance professionnelle vis-à-vis des personnes prises en charge. L'intervention à domicile nécessite certaines compétences, lesquelles diffèrent selon que l'individu est confronté à une dépendance physique ou psychique. Pour ces intervenantes, il s'agit de savoir mobiliser des savoir-être, des savoir-dire et des savoir-faire.

La professionnalisation du secteur de l'aide à domicile est une des priorités du Conseil général d'Ille-et-Vilaine. Depuis 2002, dans le cadre de sa politique de solidarité à l'égard des personnes âgées, il s'est engagé à soutenir la professionnalisation du secteur.

La première charte régionale de qualification des aides à domicile a été réalisée la même année à l'occasion d'un partenariat entre l'État, le Conseil Régional, les quatre Conseils Généraux bretons, les organismes employeurs, les organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) et les centres de formation. Sa finalité est de rendre la profession plus attractive, de favoriser la structuration des services et de développer la professionnalisation des intervenants. La charte avait pour objectif principal de former 1 000 personnes par an sur 5 ans, dont 50% de titulaires du DEAVS⁵⁷.

Les résultats de cette expérimentation sont globalement positifs pour le département. D'une part, une hausse des effectifs en parcours de formation DEAVS se remarque depuis 2002 et le nombre de personnes diplômées entre 2002 et 2006 a, en outre, doublé par rapport à la période 1998-2002. D'autre part, sur la même période, le nombre de stagiaires

⁵⁴ Accord de la branche aide à domicile relatif aux emplois et rémunérations du 29 mars 2002, modifié par l'avenant n°1 du 4 septembre 2002, [En ligne] <http://www.associations.regioncentre.fr/docs/accord-bad-29032002.pdf>

⁵⁵ Bernard Ennuyer, *op. cit.*

⁵⁶ Gérald Houdeville et Laurent Riot, 2011, « Devenir une professionnelle de l'aide à la personne : entre techniques, relations, et organisation », *Formation emploi*, n° 115, 2011, p. 25-36

⁵⁷ Conseil général d'Ille-et-Vilaine, *op. cit.*

(DEAVS, modules, VAE) formés par le biais du financement de la charte s'élève à 5 229 au niveau régional⁵⁸.

Le coût total des dépenses réalisées au titre de cette charte régionale atteint 3 101 254 euros dont 78% consacrés au financement du DEAVS. Le Conseil général d'Ille-et-Vilaine a participé à hauteur de 135 000 euros par an au financement de la première charte. Il a ainsi contribué à la formation de 1 218 stagiaires en 4 ans⁵⁹.

À la suite de la charte régionale de qualification de 2002, le département a signé une convention de qualification et de professionnalisation de l'aide à domicile pour la période 2008-2013. Elle est adossée au contrat de projet État-région 2007-2013 et reprend les objectifs de la première charte, à savoir la poursuite et l'amplification des efforts de qualification au profit des salariés et des demandeurs d'emploi intervenant au domicile des personnes âgées fragiles.

2.2.2 La formalisation ou la reconnaissance du statut d'aidant familial

C'est souvent grâce à l'implication des aidants familiaux que les personnes âgées peuvent rester à domicile. L'aide qu'ils apportent à leur proche couvre un large panel de tâches : aides à la réalisation des actes courants, habillage, déplacement, repas, gestion des intervenants professionnels. C'est pourquoi ils sont généralement considérés comme le pivot de l'aide aux personnes âgées. Cependant, leur rôle n'est pas toujours reconnu, la solidarité familiale étant souvent considérée comme « naturelle ».

Mise en place en 2002, l'APA a impulsé la formalisation de l'aide contrairement à ce que proposait la PSD. Ainsi, les proches peuvent être reconnus dans leur fonction d'aidant et leur mobilisation être « récompensée ». La loi instaurant l'APA⁶⁰ précise ainsi que « le bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie peut employer un ou plusieurs membres de sa famille, à l'exception de son conjoint ou de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité ».

La loi du 21 juillet 2009⁶¹ portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a introduit, dans le champ des actions éligibles à un financement de la CNSA, les dépenses de formation des aidants familiaux. Pourtant, à ce jour, seuls

⁵⁸ *Ibid.*

⁵⁹ *Ibid.*

⁶⁰ Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et l'allocation personnalisée d'autonomie

⁶¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

4 000 aidants ont bénéficié de mesures de formation dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012⁶².

Les formations peuvent être organisées au niveau des plates-formes d'accompagnement et de répit par des professionnels dédiés à cette tâche (référents Alzheimer par exemple). Il s'agit d'améliorer la prise en charge en apportant aux aidants un soutien psychologique et des éclairages sur la maladie, pour leur permettre de mieux comprendre le malade et de répondre au plus près à ses besoins.

Lors de son intervention aux Assises Nationales de proximologie, le 7 avril 2010, la secrétaire d'État chargée des Aînés, Nora Berra, a annoncé le lancement d'une réflexion en vue de définir un vrai statut, rappelant qu'il n'était pas « *acceptable que les aidants familiaux soient les deuxièmes victimes de la maladie d'un proche* »⁶³. Et pour cause, l'absence de statut, de formation et de reconnaissance professionnelle est susceptible de plonger nombre d'aidants familiaux dans la difficulté, car ces derniers peuvent être amenés à sacrifier leur carrière, mais également leur vie personnelle et sociale, pour prendre en charge leur enfant ou leur parent. Il s'agit, dans 60 % des cas, de femmes⁶⁴, souvent bénévoles. Quelle retraite auront-elles ?

Les aidants familiaux peuvent aussi être des bi-professionnels, possibilité également examinée par les pouvoirs publics : « *Le Gouvernement met en place depuis plusieurs années une politique de soutien et d'accompagnement des aidants familiaux. Plusieurs mesures ont ainsi été adoptées, visant la conciliation de la vie professionnelle des personnes concernées avec leur rôle d'aidant, grâce aux congés familiaux, à la reconnaissance et à la valorisation financière de leur implication au travers de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, l'AEEH, de la prestation de compensation du handicap, la PCH, et de l'allocation personnalisée d'autonomie, l'APA, ainsi que leur soutien par la formation, l'accompagnement et le droit au répit* ». ⁶⁵

En pratique, il est constaté que les familles exécutent la plupart des tâches qui ne nécessitent pas une technicité particulière et s'adjoignent les services de professionnels pour les actes plus techniques.

⁶² Conseil général d'Ille-et-Vilaine, *op. cit.*

⁶³ Nora Berra, Discours aux Assises Nationales de proximologie, Paris, 7 avril 2010, [En ligne] <http://lesdiscours.vie-publique.fr/pdf/103000855.pdf> (document consulté le 17 mai 2012)

⁶⁴ Nathalie Duthel, « Les aides et les aidants des personnes âgées », *Études et résultats*, DREES, 2001

⁶⁵ Cf. Intervention du secrétariat d'État auprès de la ministre des solidarités et de la cohésion sociale publiée au Journal Officiel (JO) du Sénat du 15 décembre 2010, page 12214, en réponse à la question orale sans débat n° 0989S de Maryvonne Blondin (Finistère) publiée au JO du Sénat du 05 août 2010, page 2001

Le statut des aidants reste un chantier en cours d'évolution. La journée nationale des aidants organisée le 6 octobre 2010 a permis de dresser un état des lieux des problématiques et d'identifier des pistes de travail pour la période à venir. La définition d'un statut de l'aidant n'est aujourd'hui pas clairement identifiée. De fait, elle ne semble pas correspondre aux attentes et aux besoins des aidants familiaux, tels qu'ils sont notamment exprimés par le Collectif inter-associatif d'aide aux aidants familiaux.

En tout état de cause, cette réflexion se poursuivra dans le cadre de la réforme de la dépendance, identifiée comme une priorité nationale.

2.2.3 La démarche qualité : un gage d'efficience

La démarche qualité est le processus mis en œuvre pour implanter un système de qualité et s'engager dans une démarche d'amélioration continue.

Tout comme les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes qui sont soumis à des évaluations internes et externes, les services d'aide à domicile doivent eux aussi faire l'objet d'une évaluation concernant la qualité de la prise en charge des personnes. Cette démarche fait l'objet d'une formalisation au niveau national puis local.

Ainsi, à l'échelon national, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux (ANESM) a proposé en 2011 une recommandation concernant l'évaluation interne des services à domicile au bénéfice des publics adultes⁶⁶. Cette recommandation s'adresse aux professionnels des services proposant des accompagnements à domicile au profit des usagers adultes vulnérables comme les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD), les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS), les Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD). Elle invite les différents professionnels des services à domicile et les intervenants extérieurs à participer à cette évaluation dans le cadre d'une démarche collective. Au-delà du fait que cette évaluation participe à l'amélioration continue de la qualité, elle offre une occasion de réfléchir sur ces pratiques et donne du sens à l'action des professionnels.

Par ailleurs, la norme Afnor⁶⁷ (NF X 50-056 « services aux personnes à domicile ») définit un cadre déontologique qui s'appuie sur le principe de l'intervention individualisée.

⁶⁶ ANESM, *L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes*, 2012

⁶⁷ Afnor, *La professionnalisation des services à la personne, certification NF service*, [En ligne] <http://www.afnor.org/profils/activite/services/la-professionnalisation-des-services-a-la-personne> (page consultée le 17 mai 2012)

Les exigences de la norme concernent la relation avec le client, la qualification professionnelle ainsi que la mesure et l'amélioration de l'offre.

Enfin, il existe une certification Qualicert basée sur un référentiel éponyme, visant à garantir l'accessibilité, la personnalisation et la rigueur dans le suivi⁶⁸.

Ces deux labels s'appliquent aux trois modes d'intervention : prestataires, mandataires et gré à gré.

Au niveau local, les départements s'engagent aussi dans ce processus. En effet, dans le cadre du schéma départemental des services de maintien à domicile 2011-2015⁶⁹, le département d'Ille-et-Vilaine met en place des moyens permettant d'offrir un service bénéficiant d'une certification Afnor. En outre, l'élaboration d'un référentiel « qualité » départemental et le recrutement de qualitiens dans chaque réseau participe au processus de labellisation des services à domicile. Le département d'Ille-et-Vilaine a d'ailleurs obtenu le label « Bien vieillir - Vivre ensemble » en 2010.

Aussi, le CCAS de Rennes a mis en œuvre une démarche qualité en évaluant les actions faites par les différents professionnels dans la prise en charge des personnes âgées. Pour cela, des concertations interprofessionnelles sont régulièrement organisées afin d'analyser leur pratique et pour faire un diagnostic des atouts et faiblesses de leur intervention. Par ailleurs, le CCAS travaille en collaboration avec l'Union Nationale des CCAS (UNCCAS), pour la mise en place de référentiels (norme Afnor) et le développement de bonnes pratiques. Les responsables du CCAS rencontrés au cours de nos entretiens nous ont informés que l'évaluation externe n'est réalisée que dans le cadre du renouvellement de l'autorisation.

Ces différents exemples, tant au niveau national que local, nous indiquent que la mobilisation de tous les acteurs est bien réelle.

3 Améliorer et professionnaliser le secteur de l'aide : le challenge de la coordination

⁶⁸ Site Qualicert, [En ligne] <http://www.fr.sgs.com/sgssites/qualicert/definition.htm> (page consultée le 17 mai 2012)

⁶⁹ Conseil général d'Ille-et-Vilaine, *op. cit.*

La création de l'APA en 2002 a permis de prendre en compte les besoins personnalisés des personnes âgées en situation de dépendance. En conséquence, le secteur de l'aide à domicile s'est développé et complexifié, d'où la mise en œuvre de nouvelles modalités d'intervention auprès des personnes âgées dépendantes, afin de faciliter la coordination de l'ensemble des professionnels et des aidants.

3.1 L'APA : un dispositif essentiel à la solvabilisation de la demande

3.1.1 Un contexte économique-juridique encadré par l'APA

L'APA participe à financer les besoins des personnes âgées dépendantes, à domicile comme en établissement. Le montant de l'aide dépend d'abord du plan d'aide personnalisé décidé par les équipes médico-sociales du Conseil général (CG), en fonction des besoins de la personne âgée. Le niveau de ressources du bénéficiaire est également pris en compte dans le calcul du montant de l'aide. Plus précisément, l'évaluation du niveau de dépendance de la personne âgée s'effectue par le biais de la grille AGGIR, par laquelle le bénéficiaire est positionné dans un Groupe Iso-Ressources (GIR), échelonné de 1 à 6, en fonction d'un niveau de dépendance décroissant.

Pour bénéficier de l'APA, la personne âgée doit être comprise dans les GIR 1 à 4, pour lesquels est fixé un plafond d'aide maximal en termes financiers. Les services du CG d'Ille-et-Vilaine nous ont indiqué qu'en France, la détermination du montant de l'APA, en dépit de principes formels, ne se fait pas toujours en tenant compte des besoins précis des bénéficiaires. Dans les faits, à un GIR donné peut arbitrairement correspondre un même montant d'aide, au détriment, parfois, de la spécificité éventuelle des besoins présentés par la personne âgée. Pour l'heure, les moyens humains et budgétaires autorisent les autorités départementales à mettre en œuvre une réelle personnalisation de l'aide, en considérant au plus près la réalité des besoins de la personne. En 2011, 7 156 personnes perçoivent l'APA à domicile sur le département⁷⁰.

En dernier lieu, notons que le montant de l'APA peut être influencé par la modalité de prise en charge, en principe choisie par la personne âgée. Ainsi, s'agissant précisément des GIR 1 et 2, la loi incite au recours à l'aide professionnelle – sans toutefois la rendre obligatoire. En Ille-et-Vilaine, cette incitation se traduit par l'application d'une pénalité,

⁷⁰ Site du Conseil général d'Ille-et-Vilaine, [En ligne] <http://www.ille-et-vilaine.fr/personnesagees/> (page consultée le 17 mai 2012)

concrétisée par une majoration de 10% du montant du ticket modérateur, lorsque le bénéficiaire de l'APA préfère une relation de gré-à-gré avec l'aidant. La logique de cette pénalité s'explique au regard d'un ensemble d'éléments : d'une part, cela s'inscrit dans la logique actuellement poursuivie de professionnalisation des aidants, à même d'assurer au mieux la sécurité et la qualité de la prise en charge ; d'autre part, la relation de gré-à-gré étant généralement nouée entre parents, plusieurs risques se présentent, du détournement de l'aide à l'exécution partielle ou insatisfaisante des tâches d'aide et d'accompagnement⁷¹.

Le contrôle de l'emploi direct de gré-à-gré est enfin peu aisé, même si sur l'ensemble du département, uniquement 14% des personnes âgées dépendantes y recourent. Les équipes du CG d'Ille-et-Vilaine précisent toutefois que la majoration peut être levée lorsque la qualité de l'aide apportée par l'aidant est ostensiblement satisfaisante.

3.1.2 L'APA : une prestation à l'appui de la professionnalisation des aidants

L'APA participe au financement du plan d'aide personnalisé au bénéfice de la personne âgée dépendante. À domicile, son versement suppose logiquement l'intervention de services à la personne selon l'un des trois modes d'intervention envisageables : le gré-à-gré, l'appel aux services prestataires et l'appel aux services mandataires. De manière générale, les prestataires sont nettement encouragés et donc majoritaires. En Ille-et-Vilaine, 80% des prises en charge sont réalisées *via* ce mode d'intervention.

L'argument financier participe au développement des services prestataires et par ce biais à la professionnalisation du secteur : dans la mesure où l'intervention des aidants est en partie financée par l'APA, les financeurs – en premier chef le CG – ont intérêt à s'assurer de l'utilisation correcte de l'aide versée. Ainsi, dans le but d'éviter les détournements ou les fraudes, le CG d'Ille-et-Vilaine verse depuis peu le montant des heures d'aide effectuées directement au prestataire.

⁷¹ Dorothee Imbaud et Évelyne Ratte, *Rapport du groupe « Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie »*, Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, 2011, p.8

Focus : les différents modes de prise en charge de l'aide à domicile

Par le mode « mandataire », le particulier reste employeur d'un aidant mis à sa disposition par un organisme spécialisé. Avec le mode « gré-à-gré », le particulier emploie directement un aidant, en assurant *de facto* lui-même les formalités administratives liées à l'emploi. Enfin, le mode « prestataire » permet au particulier d'obtenir les services d'une entreprise d'aide à domicile qui emploie des intervenants salariés.

Source : Loïc TRABUT, 2011⁷²

3.2 La diversité et la complexité de l'intervention des aidants à domicile

La diversité des acteurs intervenant dans le champ de l'aide à domicile demande une bonne coordination du secteur. La lisibilité, la pertinence et la qualité de l'offre de services d'aide en dépendent.

3.2.1 Des aidants divers de par leurs origines et leurs fonctions

Les aidants intervenant dans l'accompagnement des personnes âgées dépendantes à domicile sont nombreux et divers de par leurs origines, leur statut et leurs fonctions.

Au domicile du bénéficiaire peuvent intervenir des services de soins, à l'instar des Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) ou des professionnels des réseaux de santé gérontologiques, aux côtés des services d'aide *stricto sensu* employant des auxiliaires de vie formés pour l'exécution des tâches quotidiennes (ménage, cuisine, etc.) En outre, la cohabitation s'exerce également entre aidants professionnels et aidants familiaux, ce qui peut parfois générer certaines tensions.

En Ille-et-Vilaine, le CG nous précise par exemple que l'Association d'aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR) est souvent la seule association disponible dans les zones les plus isolées. L'absence concrète de choix pour le bénéficiaire, conjuguée aux difficultés de recrutement de personnels compétents, favorise notamment la naissance de conflits autour de certains actes, comme l'hygiène ou la toilette. En l'absence de professionnels spécialisés, ce sont en effet des assistants de vie non formés pour ces tâches qui les réalisent, d'où des inquiétudes ou des insatisfactions⁷³.

⁷² Loïc Trabut, *Nouveaux salariés, nouveaux modèles : le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes*, Thèse de sociologie, EHESS, ENS, 2011, p.19

⁷³ Entretien réalisé avec la responsable du service personnes âgées – personnes handicapées du Conseil général d'Ille-et-Vilaine, le 9 mai 2012

3.2.2 Un besoin accru de coordination dans la prise en charge

Dans le département, l'articulation entre cette multiplicité d'acteurs peut ne pas poser de problèmes, dans la mesure où « *la plupart des gens aujourd'hui se connaissent* » indique la responsable du service personnes âgées, personnes handicapées du pôle solidarité du CG. Bernard Ennuyer précise que bien souvent ce sont les aides à domicile qui font le lien entre famille, personne âgée et intervenants extérieurs⁷⁴. En cas de différend, le CG intervient en réunissant les familles ou les acteurs en difficulté. En amont, des instances telles que le CODERPAG, les CODEM ou les CLIC permettent de faire remonter auprès des autorités compétentes – le CG et l'Agence Régionale de Santé (ARS) – toute proposition d'amélioration de la prise en charge, à partir des difficultés rencontrées sur le terrain.

De façon à répondre effectivement à un objectif de qualité, l'organisation du secteur de l'aide à domicile doit cependant être achevée, de façon à rendre accessible et cohérente l'offre sur l'ensemble du territoire. Le premier écueil est celui du manque de lisibilité de l'offre, élément central à l'effectivité du libre choix de la personne âgée quant à sa prise en charge. En outre, des « *freins* » demeurent dans l'articulation des services à domicile, que ce soit entre eux ou vis-à-vis de l'ensemble des acteurs de soins et d'accompagnement intervenant autour des personnes âgées⁷⁵. Les auteurs du rapport « Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie », remis en 2011⁷⁶, mentionnent ainsi les différences de culture entre acteurs, la segmentation du secteur ou l'empilement des structures.

3.3 La nécessaire coordination des acteurs institutionnels et l'essor de nouvelles modalités d'intervention

La détérioration de la situation de l'emploi, le manque de formation des professionnels et l'essoufflement des aidants familiaux conduisent à s'interroger sur la pertinence des modalités de prise en charge offertes aux personnes âgées désireuses de rester à domicile.

⁷⁴ Bernard Ennuyer, *op. cit.*

⁷⁵ Dorothee Imbaud et Evelyne Ratte, *op. cit.* p. 20

⁷⁶ « Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie », rapport du groupe n°3 sur la prise en charge de la dépendance, Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, juin 2011

Le constat est de deux ordres. D'une part, bien que les portes d'entrée soient nombreuses et que les acteurs du maintien à domicile se diversifient et se modernisent, les dispositifs souffrent d'un manque de visibilité et de lisibilité. D'autre part, le manque d'information sur les nouvelles prises en charge s'offrant aux personnes âgées, comme la notion de répit, ne permet pas au dispositif de toucher un nombre significatif d'individus.

3.3.1 Les enjeux du décloisonnement des acteurs du maintien à domicile

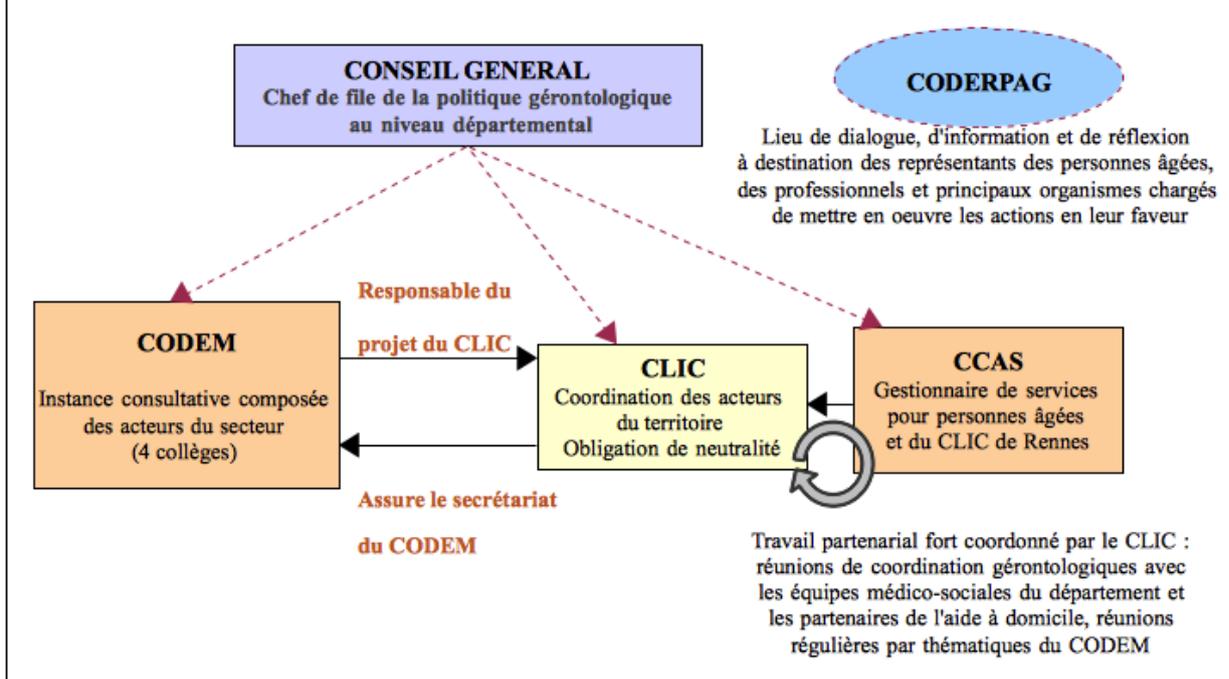
La coopération entre acteurs institutionnels du maintien à domicile est un levier essentiel pour des parcours de vie sans rupture. À cet effet, les CLIC et les CCAS ont pour mission d'organiser le maillage territorial à destination des personnes âgées, tandis qu'un autre dispositif, les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), peut être considéré comme un modèle organisationnel au service de l'intégration des services.

3.3.1.1 La coopération : un levier essentiel pour la fluidification du parcours de l'utilisateur

La coopération est fortement impulsée par la CNSA qui encourage la construction commune d'outils de dialogue pour la fluidification des parcours individuels, l'accessibilité et la qualité des services.

Depuis quelques années, le secteur du maintien à domicile connaît des évolutions ; les portes d'entrées se diversifient, CCAS et CG fonctionnent d'ores et déjà de concert et seront amenés à développer leur coopération avec les CLIC et les MAIA. Ces deux structures n'ont cependant pas vocation à se substituer aux services déjà existants. La simplification du dispositif, des démarches et de la qualité de la prise en charge de l'utilisateur est privilégiée, l'objectif étant de mener des actions ensemble, tout en remédiant à la détresse de l'entourage.

Pour exemple, à Rennes, le Conseil Général, le Centre Local d'Information et de Coordination, le Comité d'Observation de la Dépendance et de la Médiation et le Centre Communal d'Action Sociale s'articulent pour la coordination gérontologique⁷⁷:



Source : entretiens réalisés par le groupe (CLIC, CCAS)

3.3.1.2 Le maillage territorial des acteurs locaux : CLIC et CCAS

Le CLIC et le CCAS occupent une place de choix dans l'organisation communale de l'aide aux personnes âgées à domicile. La mise en place des CLIC est fondée « sur une démarche partenariale locale associant les représentants de l'État et du département. Cette logique de partenariat se traduit par une décision de labellisation conjointe des coordinations retenues et s'accompagne d'un cofinancement »⁷⁷.

Guichet d'accueil, d'information et de coordination sur le soutien à domicile, les structures d'hébergement, les aides financières, échanges intergénérationnels, transports et loisirs, le CLIC est également une structure de proximité pour les retraités et personnes âgées, leur entourage et les professionnels de la gérontologie et du maintien à domicile.

Il peut répondre à trois niveaux d'intervention, c'est-à-dire informer et orienter (niveau 1) ; informer, orienter, évaluer les besoins et élaborer un plan d'accompagnement ou d'intervention (niveau 2) ; informer, orienter, assurer le suivi de ce plan, et la coordination des professionnels impliqués dans l'accompagnement des parcours de vie des personnes âgées (niveau 3).

Le CLIC est également un lieu de constitution de dossiers de demandes d'aides

⁷⁷ Caroline Bussière, « Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) », *Gérontologie et société*, n°100, 2002, p. 75-81

financières telles que l'APA. Il développe des actions mobilisant les acteurs locaux, organise des rencontres thématiques, groupes de parole, soutien aux aidants familiaux et réunions interprofessionnelles entre les acteurs concernés par le soutien à domicile des personnes âgées.

A côté de cette structure originale, le CCAS occupe une place centrale dans la politique gérontologique de la ville.

Focus : le CCAS de la Ville de Rennes

- Gestion d'établissements et de services

- 6 EHPAD et 1 EPA
- un SAAD et un SSIAD, ce qui représente 200 aides à domicile réparties sur 3 secteurs géographiques et 1 400 usagers rennais.

- Actions de partenariat

- Obtention du Label « bien vieillir – vivre ensemble » en 2010
- Réseau « villes amis des aînés »

Le CCAS est également un acteur de l'aide aux aidants puisque ses équipes sont en capacité d'assurer une relève à domicile, le temps de 3 voire 4 heures, l'après-midi. Ce dispositif n'est pas sans faire écho au baluchonnage Alzheimer, concept québécois né en 1999 d'une infirmière, Marie Gendron, qui s'est donnée l'objectif d'appuyer les familles épuisées par la prise en charge de leur parent¹.

Malgré tout, comme l'explique la responsable du Pôle « Services à Domicile », ce dispositif est limité car il engendre un coût important pour le CCAS.

Au niveau départemental, un autre acteur, le CDAS, s'est vu confier pour mission de gérer ce « maillage » sanitaire et social de la prise en charge des personnes âgées tout en essayant de favoriser le lien social⁷⁸.

3.3.1.3 Les MAIA : une logique d'intégration des services

En raison de l'augmentation du nombre de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, un dispositif dédié à ces personnes et à leur entourage a vu le jour. Mesure phare du plan Alzheimer 2008-2012, une MAIA est un modèle organisationnel fondé sur la responsabilité partagée, ayant pour objectif d'organiser les ressources sanitaires, médico-sociales et sociales d'un territoire. Il facilite l'accès à l'information et le parcours de la population âgée en perte d'autonomie, sans créer de structure supplémentaire.⁷⁹

Elle a pour objectif d'intervenir à destination des familles ne sachant pas à qui s'adresser, noyées dans la pluralité des dispositifs, parfois mal articulés et cloisonnés. Une MAIA est accompagnée d'un « pilote », c'est-à-dire une personne salariée par la structure

⁷⁸ Entretien réalisé avec une conseillère en gérontologie au CDAS, le 10 mai 2012

⁷⁹ CNSA, *Rapport d'activité*, 2011

porteuse sélectionnée par l'ARS, à qui il revient d'organiser la concertation entre acteurs et d'animer le travail en commun.

Après une expérimentation menée en 2009-2010 sur dix-sept sites financés conjointement par la CNSA et la Direction Générale de la Santé (DGS), les MAIA sont en voie de généralisation. Quarante nouveaux dispositifs vont voir le jour, la CNSA ayant fourni aux ARS les crédits nécessaires au financement de trente-cinq nouvelles MAIA, s'ajoutant aux cinq déjà financées par le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

Les MAIA répondent bien à la logique d'intégration des services et ont pour objectif de permettre aux professionnels du secteur de s'inscrire dans le continuum de l'offre disponible. Elles peuvent servir de modèle aux dispositifs existants.

La logique du guichet intégré veut que peu importe la « porte d'entrée » à laquelle s'adresse l'utilisateur ou son entourage, la demande doit être examinée de la même manière. CCAS, Conseil général, CLIC, réseaux de santé, associations, etc. – ces acteurs institutionnels offrent plusieurs lieux d'accueil et d'information à destination de la personne âgée et de ses aidants, et cette multiplicité de lieux implique de diffuser les procédures et outils communs de l'ensemble de ces guichets et de se les approprier⁸⁰. Dans son rapport datant de 2011, la CNSA inscrit la mise en place d'un système d'information partagé entre acteurs d'un territoire comme un levier et un outil au service de l'intégration.

La politique de rapprochement entre acteurs de l'accompagnement à domicile doit permettre de favoriser le dialogue entre ces acteurs et d'encourager le travail en réseau sur un même territoire. Leur rencontre devra déboucher sur la mise en œuvre d'une dynamique locale pérenne, visant à renforcer la qualité du service proposé. À cette nécessité d'interventions coordonnées, s'ajoute un objectif considérable : la modernisation du secteur par le biais du développement du droit au répit.

3.3.2 Accueil temporaire et plateformes de répit : deux dispositifs au service du couple aidant-aidé

Plusieurs dispositifs prévus dans le cadre du plan Alzheimer répondent à la problématique du droit au répit et de la modernisation du secteur de l'aide à domicile.

⁸⁰ *Ibid.*

3.3.2.1 Vers la généralisation des plateformes de répit

Les plateformes de répit sont adossées à des accueils de jour et visent à offrir un accompagnement et des services aux couples aidants-aidés. Elles ont un champ d'intervention plus large que l'accueil de jour.

Dans le cadre du plan Alzheimer, la CNSA a délégué aux ARS les crédits leur permettant de financer quatre-vingt-une plateformes de répit et a financé deux expérimentations :

- Onze plateformes d'accompagnement et de répit, pour disposer d'informations relatives aux prestations qu'elles délivrent, aux types de professionnels mobilisés, à leurs modalités d'inscription dans les réseaux préexistants et à leur champ d'intervention géographique ;
- Formules innovantes mises en place par certaines plateformes.

Source : rapport CNSA

Dix-huit sites expérimentaux ont permis d'étayer l'étude et de déboucher sur la réalisation d'un guide pratique disponible sur le site de la CNSA permettant aux futurs porteurs de projets d'avoir des informations précises. Fort de cette expérience, il a été décidé de généraliser les plateformes, en rappelant toutefois qu'elles doivent être portées par un accueil de jour d'au moins dix places et assurer des missions telles que la communication auprès des partenaires locaux, l'écoute et le soutien des aidants et du couple aidant-aidé. En 2012, soixante-neuf nouvelles plateformes seront financées.

Focus : l'exemple d'une plate-forme de répit à Rennes

La plate-forme de Rennes couvre le territoire de la ville de Rennes ainsi que la banlieue proche. Les prestations offertes par la plate-forme sont gratuites. « *La plate-forme de répit a pour objectif de favoriser le trajet des aidants vers des structures sous-employées comme les accueils de jour dans les hôpitaux, les services d'accueil temporaire dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)*¹ ».

- A qui s'adresse-t-elle ?

Elle prend en charge environ cent « couples d'aidant » par an, adressés par les CLIC, consultations mémoire des hôpitaux, SSIAD, Equipes spécialisées Alzheimer, et consultations en gérontologie. La plateforme reçoit de façon individuelle, l'aidant familial ou l'aidé, ou de manière collective le couple aidant/aidé.

- Comment fonctionne-t-elle ?

La plateforme comprend deux pôles :

- **Un pôle d'accueil séquentiel** proposant différents types d'accueils modulables afin de favoriser la continuité de l'accompagnement : accueil de jour ; séjours de vacances ; hébergement temporaire ; accompagnement du répit renforcé ; service de répit à domicile.

- **Un pôle d'accompagnement au cheminement des aidants et des personnes malades** proposant un « bistrot mémoire », des groupes de parole pour les aidants familiaux, une animation à domicile, un soutien psychologique à domicile.

Elle utilise les locaux de l'accueil de jour et permet de mutualiser des fonctions support, des personnels et véhicules. Pour fonctionner, elle bénéficie d'une enveloppe annuelle de 100 000 euros.

Source : entretien réalisé avec la coordinatrice d'une plateforme de répit⁸¹

3.3.2.2 *L'accueil temporaire : passerelle entre maintien à domicile et structure d'hébergement*

Plus de huit personnes dépendantes sur dix, maintenues à domicile, sont aidées par leur famille⁸². À cet égard, la mise en place de structures d'accueil temporaire ne peut être que bénéfique pour apporter soutien psychologique et social à l'entourage de la personne âgée, souvent à bout de souffle et nécessitant des temps de répit. L'accueil temporaire peut être également une transition entre maintien à domicile et accueil en établissement d'hébergement.

L'une des particularités de l'hébergement temporaire est qu'il implique le couple aidant-aidé, puisque cette formule d'accueil permet aux personnes âgées d'être accueillies lorsque leur maintien à domicile est compromis pour diverses raisons : situation de crise, isolement, absence des aidants...⁸³

Parfois adossé à un EHPAD, l'accueil de jour est un accompagnement en journée. C'est également une façon de familiariser la personne âgée et son entourage à la structure d'hébergement dans laquelle leur parent résidera peut-être un jour. Ce dispositif s'est révélé être un moyen efficace pour permettre à la personne âgée de découvrir un autre environnement, de nouer des contacts et de soulager les aidants naturels.

Focus : l'exemple d'une maison de retraite à Rennes, accouplée à une plateforme de répit

Accueil temporaire pour les + de 60 ans : 52,59€

Accueil de jour : 14,15€ par jour

Source : Plaquette publicitaire du site Internet (tarifs 2012).

Aujourd'hui, le développement de l'offre de répit passe nécessairement par la création de places en accueil de jour et hébergement temporaire et bien que des places aient été créées en 2011, le rythme semble inférieur aux objectifs fixés (611 places autorisées et 972 places installées pour l'accueil de jour, 364 places autorisées et 717 places installées pour l'hébergement temporaire⁸⁴). Le rapport de la CNSA souligne l'intérêt du dispositif de

⁸¹ Entretien réalisé le 11 mai 2012

⁸² Site Internet de la Documentation française, « La dépendance des personnes âgées : quels défis pour la France », [En ligne] <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/dependance-personnes-agees/index.shtml> (page consultée le 17 mai 2012)

⁸³ CNSA, *État des lieux et préconisation sur l'hébergement temporaire des personnes âgées et des personnes handicapées*, octobre 2011

⁸⁴ CNSA, *Rapport d'activité*, 2011

suivi des créations de places mais encourage son renforcement.

Conclusion

La professionnalisation du secteur du maintien à domicile concerne essentiellement les aidants professionnels ainsi que les entreprises et institutions publiques intervenant dans ce secteur. La professionnalisation des aidants familiaux en est, quant à elle, à ses balbutiements.

Le développement de nouvelles modalités de prise en charge du maintien à domicile telles que l'accueil temporaire ou les plates-formes répit illustrent l'évolution des processus de maintien à domicile qui s'adaptent davantage aux attentes individuelles des aidés et des aidants professionnels ou familiaux : privilégier certaines aides en fonction de l'état de santé de l'aidé, prendre en charge temporairement la personne âgée afin de permettre à l'aidant familial de « souffler », etc. Cette évolution va dans le sens d'une plus grande professionnalisation du secteur de l'aide à domicile. Mieux formés, les intervenants innoveront davantage dans le processus de prise en charge des personnes âgées ce qui aboutit à former un cercle vertueux entre innovation et professionnalisation des acteurs du maintien à domicile. Or, l'innovation, qu'elle concerne les soins ou l'organisation des soins, peut contribuer à son tour à améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes par une meilleure efficacité de cette dernière.

Pour autant, divers facteurs freinent ces évolutions positives : le manque de reconnaissance financière et sociale des professionnels de l'aide et la faiblesse de la formation des aidants familiaux en sont les principaux. La mise en place d'une compensation partielle de la perte de rémunération de l'aidant familial et le développement de formations, éventuellement obligatoires, à l'intention des aidants familiaux pourraient contribuer à améliorer le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Cette volonté pourrait contribuer à le rendre de plus en plus efficace et davantage soucieux de l'humain, à condition toutefois de le maintenir à un coût abordable pour les individus comme pour la collectivité.

Bibliographie

- **Ouvrages généraux et spécialisés, thèses, études, enquêtes et rapports**

Accord de la branche aide à domicile relatif aux emplois et rémunérations du 29 mars 2002, modifié par l'avenant n°1 du 4 septembre 2002, [En ligne] <http://www.associations.regioncentre.fr/docs/accord-bad-29032002.pdf>

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

Assemblée nationale. *Question n°2696* de Jean-Sébastien Vialatte (député du Var), JO du 5 janvier 2010

CNSA. *État des lieux et préconisation sur l'hébergement temporaire des personnes âgées et des personnes handicapées*, octobre 2011

CNSA. *Rapport d'activité*, 2011

CLERSE-CRIDA-RESEAU 21. *L'aide à domicile face aux services à la personne*, Rapport pour la Délégation interministérielle à l'innovation, à l'expérimentation sociale et à l'économie sociale (DIIESES), mars 2008, [En ligne] http://clerse.univ-lille1.fr/IMG/pdf/aide_domicile_rapport_complet.pdf (document consulté le 18 mai 2012)

CESE. « La dépendance des personnes âgées », avis, juin 2011

Conseil général d'Ille-et-Vilaine. *Schéma départemental des services de maintien à domicile 2011 – 2015* [En ligne] <http://www.calameo.com/books/0005290099330d12e3ae8> (document consulté le 17 mai 2012)

Cour des comptes. *Les personnes âgées dépendantes*, rapport particulier, novembre 2005

DREES. Enquête auprès des intervenants à domicile (IAD), 2008, [En ligne] <http://www.drees.sante.gouv.fr/enquete-aupres-des-intervenants-a-domicile-iad,6550.html>

Enquête SAPAD-Structures, 1999

Enquête SAPAD-Bénéficiaires, 2000

FERRY Luc. *La révolution de l'amour*, Plon, 2010

Fondation nationale de Gérontologie. *Projet POEM : étude de la pertinence des outils d'évaluation multidimensionnelle dans le cadre du plan national Alzheimer*, décembre 2010, p. 33, [En ligne] http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/Etude_POEM.pdf (page consultée le 18 mai 2012)

Haut Comité consultatif de la population et de la famille. *Politique de la vieillesse, Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse présidée par P. Laroque*, La Documentation française, 1962, 438 p.

Groupe n°3 sur la prise en charge de la dépendance. *Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie* », rapport au Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, juin 2011

IMBAUD Dorothée et RATTE Évelyne. *Rapport du groupe « Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie »*, Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, 2011

SUEUR Jean-Pierre. *L'allocation personnalisée d'autonomie : un nouveau droit fondé sur le principe d'égalité*, rapport remis au Ministre de l'emploi et de la solidarité, La Documentation française, mai 2000

TRABUT Loïc. *Nouveaux salariés, nouveaux modèles : le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes*, Thèse de sociologie, EHESS, ENS, 2011

WEBER Florence *et al.* *Quels métiers de l'aide médico-sociale aux personnes handicapées et dépendantes ?*, Terra Nova, 2012

- **Articles de presse et de revues**

ANGELOFF Tania. « Employées de maison, aides à domicile : un secteur paradoxal » *in Charges de famille*, La Découverte, 2003, p.165-186

BRESSÉ Sophie. « L'enjeu de la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile en faveur des personnes âgées », *Retraite et société*, n°39, 2003, p. 119-143

BUSSIÈRE Caroline. « Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) », *Gérontologie et société*, n°100, 2002, p. 75-81

CAMPEON Arnaud et LE BIHAN Blanche. « Les plans d'aide associés à l'allocation personnalisée d'autonomie », *Études et résultats*, DREES, n°461

CHAIGNON Alexandra, « Les aidants familiaux, une catégorie sociale invisible », *L'Humanité*, 24 janvier 2011

DUÉE Michel et REBILLARD Cyril. « La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040 », *Données Sociales*, INSEE, mai 2012, [En ligne] http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/DONSOC06zp.PDF (page consultée le 16 mai 2012)

DUTHEIL Nathalie. « Les aides et les aidants des personnes âgées », *Études et résultats*, DREES, 2001

ENNUYER Bernard. « 1962-2007 : regards sur les politiques du “maintien à domicile” et sur la notion de “libre choix” de son mode de vie », *Gérontologie et Société*, n° 123, décembre 2007

ENNUYER Bernard. « Les aides à domiciles : une profession qui bouge », *Gérontologie et Société*, n°104, 2003, p. 135-148

HÉBERT Réjean, « Grandeurs et misères de l'allocation personnalisée d'autonomie en France », *Gérontologie et Société*, n°138, septembre 2011

HOUEVILLE Gérald et RIOT Laurent. « Devenir une professionnelle de l'aide à la personne : entre techniques, relations, et organisation », *Formation emploi*, n° 115, 2011, p. 25-36

LE BIHAN Blanche et MARTIN Claude. « Travailler et prendre soin d'un parent âgé dépendant », *Travail, genre et société*, n°16, p. 77-96

MARQUIER Rémi. « Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008 », *Études et résultats*, n°728, juin 2010

- **Législation**

Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance

Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie

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° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

- **Colloques, discours et interventions orales**

ALVAREZ Stéphane. Communication au colloque international de sociologie de Lausanne (Suisse) sur « La dimension relationnelle des métiers de services : cache-sexe ou révélateur du genre ? » ; titre de la communication : « Le secteur de l'aide à domicile en France : entre l'imaginaire domestique et l'invisibilité du travail de "care" professionnel », 2 et 3 septembre 2010

BERRA Norra. Discours aux Assises Nationales de proximiologie, Paris, 7 avril 2010, [En ligne] <http://lesdiscours.vie-publique.fr/pdf/103000855.pdf> (document consulté le 17 mai 2012)

- **Sources Internet**

Afnor. La professionnalisation des services à la personne, certification NF service, [En ligne] <http://www.afnor.org/profils/activite/services/la-professionnalisation-des-services-a-la-personne> (page consultée le 17 mai 2012)

Conseil général d'Ille-et-Vilaine. Dossier « Personnes âgées », [En ligne] <http://www.ille-et-vilaine.fr/personnesagees/> (page consultée le 17 mai 2012)

La Documentation française. « La dépendance des personnes âgées : quels défis pour la France », [En ligne] <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/dependance-personnes-agees/index.shtml> (page consultée le 17 mai 2012)

PÉLISSIER Jérôme. « Éthique et gérontechnologies », Site personnel, [En ligne] <http://www.jerpel.fr/spip.php?article252> (page consultée le 18 mai 2012)

Liste des annexes

- 1. Méthodologie**
- 2. Planning des entretiens**
- 3. Grille d'entretien générale**
- 4. Grille d'entretien déclinée (rencontre avec le CCAS)**
- 5. Synthèse de la retranscription de l'entretien avec Mme V.**

Annexe : Méthodologie

Choix du MIP : les membres du groupe ont pu se positionner en premier ou second choix.

Avant la première semaine de rencontre, chaque membre du groupe a lu les documents mis à disposition par les animateurs. Contrairement au planning suggéré par les animateurs, nous avons fait le choix d'employer le premier jour à déterminer une problématique en groupe par le biais brainstorming puis à préciser le plan.

Nous nous sommes ensuite répartis le travail sur chacune des trois parties en trois sous-groupes en ayant soin de mixer les filières (DH-D3S-DS-AAH-MISP). Nous avons ensuite planifié notre travail en tenant compte du contexte temporel réduit dont nous disposions.

Les entretiens ayant été en partie planifiés à l'avance, nous avons procédé à la confirmation des rendez-vous et en avons ajouté quelques autres. Chaque membre du groupe a participé à deux ou trois entretiens (mixité des filières) en tenant compte des contraintes géographiques et temporelles.

Nous avons ensuite élaboré une trame de guide d'entretien commune que nous avons adapté selon les différents interlocuteurs. Afin de faciliter le travail ultérieur de retranscription, un certain nombre des entretiens ont été enregistrés. En tout état de cause, l'ensemble de ces entretiens a donné lieu à la rédaction d'un compte rendu, réalisé sur le site de l'école, afin d'être rapidement exploité pour enrichir les éléments théoriques du mémoire.

Concernant le travail en groupe, il a été fait le choix de nous retrouver le plus souvent possible sur les plages horaires les plus larges possibles dans les salles mises à notre disposition.

L'organisation s'est trouvée facilitée par le dynamisme de la référente de notre groupe qui a assuré une interface efficace avec le département Sciences Humaines et Sociales et des Comportements de Santé (SHS-CS).

Nous avons procédé à la rédaction du contenu des trois parties du mémoire au fil de la réalisation des entretiens, en veillant à alterner les réflexions d'ordre général et les apports du terrain. Ce travail a été réalisé au travers d'une dynamique collective, chacun faisant la lecture de la partie des autres sous-groupes, réalisant en parallèle, l'un la bibliographie, l'autre la liste de sigles...

La dernière semaine a été consacrée à la mise en commun des travaux de chacun, avec une attention rigoureuse, tout en respectant l'esprit des rédacteurs.

Nous avons enfin procédé à la relecture finale du document.

Il est à noter que nous avons bénéficié de l'intervention régulière de nos deux animateurs qui ont pu à chaque fois nous conforter dans notre démarche, nous réorienter, nous redynamiser... Nous avons beaucoup apprécié leur disponibilité.

ANNEXE

MODULE INTER PROFESSIONNEL DE SANTE PUBLIQUE (MIP 2012)

TABLEAU DE BORD DES ENTRETIENS MAI 2012

GROUPE N° 3							
Filière	Nom	Prénom	Date	Heure début du rendez vous	Heure fin du rendez vous	Lieu du rendez vous	Nom de la personne rencontrée
IASS	DRAME	Maryam	4/5/12	14H00	18H00	CLIC Rennes	
IASS	DERLOT	Chantal					
AAH	LAVALLARD	Aurore					
D3S	BARBOSA	Guillaume					
AAH	MARCHAL	Patricia					
D3S	BARBOSA	Guillaume	9/5/12	09H30	12H00	Conseil général Ille-et-Vilaine Rennes	
DS	AGNES	Véronique					
MISP	FUERTES	Carmen	9/5/12	14H00	16h30	Local : les amis du 17ème 7, rue Jacquemont - 75017 PARIS	Bernard ENNUYER
IASS	DRAME	Maryam					
D3S	LOUBET	Laurence					
DH	LEFOULON	Guillaume	10/5/12	09H30	12H00	Conseil général Ille-et-Vilaine Rennes	
D3S	AVRIL	Jean-François					
D3S	LOUBET	Laurence	10/5/12	14H30	16h30	Appartement d'une personne âgée dépendante centre ville de Rennes	Mme V.
IASS	DERLOT	Chantal					
IASS	DRAME	Maryam	10/5/12	14H30	18H00	CODERPAG Rennes	Réunion de travail de comité
D3S	AVRIL	Jean-François					
IASS	DERLOT	Chantal	11/5/12	10H00	12H00	Plate forme d'accompagnement et de répit - Rennes	
DH	LEFOULON	Guillaume					
AAH	MARCHAL	Patricia	11/5/12	11H00	13H00	CCAS Rennes	
DS	AGNES	Véronique					
AAH	LAVALLARD	Aurore					

Grille d'entretien – Fiche de travail

Date : 02 au 16 mai 2012

MATIERE : **MIP**

- pas de logique de vérification ou de contrôle mais constat d'une situation
- pas d'obligation de réponse à chaque question
- entretien anonyme et non publié, sauf citation avec accord express

INTERLOCUTEUR ET STRUCTURE :

- Nom :
- Prénom :
- En poste depuis combien de temps ?
- Type de structure ?
- Origine de la structure ?
- Quelle place occupe votre structure dans le cadre de la politique de maintien à domicile ?
- Comment est financée votre structure ?
- Quelles sont les évolutions que votre structure a connues ces dernières années ?
- Combien y a-t-il de personnes suivies par votre service dans le cadre de la politique de maintien à domicile ?
- Dans quelle proportion sont assurées les missions (prestataires, mandataires, gré à gré) ?
- Type et nombre de professionnels intervenants ?
- Sur quel type de fonctions (coordonnateur, aide-ménagère...) ?
- Age moyen et sexe des intervenants ?

FONCTIONNEMENT :

- Quelles difficultés rencontrez-vous pour articuler leurs interventions ?
- Combien votre structure gère-t-elle de dossiers ? Combien de dossiers par agent ?
- Quel coût le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes représente-t-il (APA, Budget de la structure) ?
- Croyez-vous que l'augmentation de la dépendance des personnes âgées s'accroît actuellement ?
- Si oui, cela a-t-il un impact sur les conditions de travail des intervenants ?
- Si non... ? Comment l'expliquez-vous ?
- En quoi les conditions de travail ont-elles été modifiées ?

QUALITÉ :

- En quoi ces missions réalisées par les intervenants répondent-elles aux attentes des usagers ?
- Quelles difficultés rencontrez-vous pour articuler leurs interventions ?

- En quoi le développement de l'emploi dans le secteur du maintien à domicile favorise-t-il la prise en charge des personnes âgées dépendantes (notamment dans le département) ?
- Comment votre structure dans le département facilite-t-elle la vie des personnes âgées à domicile ?
- Comment pouvez-vous évaluer le niveau du service rendu ?
- Le secteur vous paraît-il suffisamment professionnalisé (formation, diplômes, compétences...) ?
- Certains intervenants vous paraissent-ils moins professionnels que d'autres ?
- Quelles actions (d'amélioration) pourraient-elles être menées ?
- Est-ce que votre structure met en place une politique visant à la professionnalisation du secteur ?
- Quels sont les leviers de formation pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes dans le cadre de l'APA ?
- Procédez-vous à des contrôles de la qualité des services rendus ?
- Pensez-vous que le développement de ces dernières années a permis une réponse suffisamment professionnelle ?
- En quoi cette réponse est-elle adaptée, suffisamment coordonnée et cohérente pour répondre aux besoins ?

EVALUATION :

- Avez-vous développé des actions innovantes ? Si oui, lesquelles ?
- La priorité à l'aide professionnelle pour GIR 1 et 2 participe-t-elle à la qualité des prestations (quid de l'application de la loi) ?
- Comment évaluez-vous les plans d'aide des personnes âgées dépendantes ?
- Existe-t-il, selon vous, des améliorations possibles dans l'évaluation (grille OMS) ?
- Les différents services d'intervenants à domicile s'articulent-ils bien entre eux ?
- Comment votre structure ou organisme coordonne-t-il son action avec celle des autres acteurs concernés par le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes ?
- Comment se coordonne votre action avec les familles des usagers ?
- La planification ou la réalisation des tâches peuvent-elles faire l'objet de redondances ou de chevauchement entre professionnels ?

QUESTIONS ANNEXES :

CONSEIL GENERAL de Rennes :

42. Y a-t-il une politique locale visant à réguler l'intervention entre aidants familiaux et professionnels du secteur ?
43. Quelle est la part des APA versées entièrement ?
44. Y a-t-il une politique locale visant à réguler l'intervention entre aidants familiaux et professionnels du secteur ?

CCAS de Rennes :

45. Comment le CCAS organise-t-il l'intervention des services en zone rurale ou urbaine ?

DOCUMENTS UTILES AU CONTEXTE :

SROSMS : OUI NON

PRS : OUI NON

Dossier Médical (hors partie soins) : OUI NON

Projet de vie : OUI NON

Schéma Gérontologique (Conseil général) : OUI NON

Schéma Médico-social (ARS) : OUI NON

Nombre de CLIC du territoire : OUI NON

Grille d'entretien avec le CCAS

11 mai 2012

A. Introduction de l'entretien

- Se présenter
- Resituer le sujet
- En poste depuis combien de temps ?
- Présentation générale de ses fonctions
- Pouvez-vous nous éclairer sur le champ d'intervention du CCAS dans le cadre du maintien à domicile de la personne âgée dépendante ?
 - Avoir une idée précise de la façon dont fonctionne un CCAS
- Y a-t-il des évolutions prochaines en la matière ?
 - Nouvelles modalités de maintien à domicile ?
 - Répit pour les aidants, accueil des personnes désorientées, professionnalisation des prestataires, mise en place des CLIC

B. Fonctionnement de la structure

- Nombre d'employés, leur statut, le tarif horaire, le turn over ?
- Quelles relations avec les familles ? Pensez-vous qu'ils ont une place dans le maintien à domicile ? et Laquelle ? Comment les situez-vous dans cette prise en charge ?
 - Insister sur les difficultés liées à l'intervention des aidants familiaux ?
- Combien de personnes sont-elles suivies par votre service dans le cadre de la politique de maintien à domicile ?
- Combien de bénéficiaires de l'APA ?
- Combien de personnes âgées par intervenant ?
- Dans quelles proportions le maintien à domicile s'organise-t-il entre les prestataires, les mandataires et le gré à gré ?
 - Y a-t-il d'autres intervenants ? Des bénévoles ?
- Constate-t-on un accroissement de la dépendance des personnes âgées ?
 - Pour quelles conséquences sur les conditions de travail des aidants ?
 - Si nécessaire, de nouveaux moyens ont-ils été mis en œuvre pour répondre aux nouveaux besoins ?

C. Qualité

- Pouvez-vous nous parler des contacts que vous avez avec les différents intervenants du maintien à domicile ?
 - Interroger la responsable sur le rôle du CLIC, Quels sont les éventuels problèmes d'une structure comme le CLIC, A-t-il un rôle clé ? Est il vraiment le guichet premier du maintien à domicile ?
- Quelles difficultés rencontrez-vous pour articuler les interventions des différents acteurs du maintien à domicile ?
- Quels retours des usagers sur la prise en charge d'un de leur proche ou sur leur prise en charge à leur domicile ?
- Quelles actions mises en œuvre ou prévues pour faciliter la vie des personnes âgées à domicile ?
- La professionnalisation du secteur du maintien à domicile :
 - En quoi participe-t-elle à améliorer la prise en charge des personnes âgées ?
 - Globalement, est-elle satisfaisante, répond-elle aux besoins ? Quelle politique, quelles actions à mener en la matière ?
 - Certains acteurs sont-ils plus professionnels que d'autres ?
 - Quelles interventions pour une professionnalisation des prestataires ? Comment ? Quelles aides financières ?
- Quels contrôles qualité, comment évaluer la qualité des services rendus ?
- Existe-t-il une politique locale visant à réguler l'intervention entre aidants familiaux et professionnels du secteur ?

D. Évaluation

- Quelles actions innovantes ont-elles été portées par le CCAS pour améliorer le maintien à domicile ?
- Comment évaluer les plans d'aide aux personnes âgées ?
- Doit-on repenser l'évaluation des besoins – par exemple en remplaçant la grille AGGIR par une grille plus complète, à l'instar de celle proposée par l'OMS ?
- Comment le CCAS coordonne-t-il son action avec l'ensemble des acteurs intervenant dans le domaine ?
- Serait-il possible de nous mettre en relation avec 1 ou 2 aides à domicile ?

Synthèse de l'entretien avec Mme V, personne âgée dépendante

Entretien réalisé le 10 mai 2012 à son domicile.

14H30 – MME V nous reçoit, elle habite près du centre ville de Rennes, elle a 88 ans, se déplace difficilement (déambulateur et fauteuil roulant), opérée des mains, la fonction préhension est difficile.

Elle vit seule au 12^e étage d'un très grand immeuble, avec ascenseur, près de commerces (carrefour, coiffeur, boucher traiteur...).

Mme V. a eu cinq enfants dont deux sont décédés ;

L'un des fils, 64 ans, est à la retraite et habite DINARD ; C'est lui qui s'occupe des démarches administratives, de l'alarme car c'est le plus disponible. L'autre fils, 54 ans, est encore en activité et habite à proximité de sa mère.

Sa fille habite Breteil, à 20 minutes de Rennes.

Madame V indique que ses enfants « *sont charmants et qu'elle a de la chance de les avoir* ». Ils veillent sur elle.

Les personnels qui interviennent au domicile de MME V :

Madame V. a fait appel à l'ADMR pour la prestation « auxiliaire de vie ».

L'APA est versée directement à l'association qui rémunère les auxiliaires de vie qu'elle envoie au domicile de cette personne âgée dépendante. Mme V reçoit une facture de la part de l'ADMR lui indiquant le montant que sera prélevé au titre du reste à charge.

Le coût de l'heure est de 20 euros.

Madame V. reçoit le planning des interventions des aides ménagères le vendredi pour la semaine suivante, avec le nom des personnes qui vont venir. Elle bénéficie de 7h50 d'aide ménagère. Mme V. ne veut pas « *qu'on lui change les personnes qu'elle connaît* » sauf durant les vacances de ces deux intervenantes.

Les prestations ont lieu les lundis, mercredi et vendredi. Le planning varie dans les horaires, d'une semaine sur l'autre, la prestation peut se dérouler le matin comme l'après-midi.

Lorsqu'il y a un changement de dernière minute dans le planning des intervenantes, l'ADMR appelle avant la venue de la personne pour l'indiquer à la vieille dame. Cependant elle « *dit préférer se passer d'une remplaçante pour un ou deux jours lorsque les auxiliaires qu'elle connaît sont indisponibles* ».

Elle dit qu'elle a connu beaucoup d'intervenantes, pas toutes appréciées. L'ADMR est venue la voir lorsqu'elle s'est plainte d'une des aides. L'association et Mme V. ont déterminé ensemble le motif de demande de changement de l'aide ménagère (trop lente dans l'exécution du ménage, ce qui agaçait la vieille dame).

Intervention de personnels paramédicaux :

Le kiné : Mme V. s'est fracturé le fémur, elle marche difficilement.

Par ailleurs, elle est tombée dernièrement, le médecin a ordonné des séances de rééducation.

La prise en **charge infirmière** est réalisée par un SSIAD ; deux infirmières s'occupent de cette personne selon un planning déterminé.

Les tâches effectuées par les infirmières :

La toilette du matin et l'habillage ; Le déshabillage le soir.

Mme V. se couche seule car « *elle ne veut pas se coucher comme les poules dans les maisons de retraite* »

Ce qui a déclenché la demande d'aide à l'ADMR :

Mme V. vivait à la campagne dans une grande maison avant le décès de son mari, il y a 23 ans. Il a fallu qu'elle se fasse opérer des mains dont la fonction préhension n'est plus très efficace.

Les enfants l'ont installée en ville, dans un petit appartement, très clair, au 12^{ème} étage, comprenant une chambre, une pièce à vivre, un coin cuisine, WC, salle de bain et balcon.

La surveillance électronique :

Les enfants de Mme V. l'ont équipée d'un système d'alarme qu'elle porte au poignet et qu'elle a déjà utilisé lors de sa dernière chute, ne pouvant se relever seule.

L'alarme sonne en premier dans la loge du gardien où il y a toujours quelqu'un, même la nuit.

L'alarme possède plusieurs numéros de report au cas où le premier numéro appelé ne réponde pas.

Mme V. dit qu'elle ne peut plus téléphoner car elle n'entend plus bien et ne peut pas se servir de ses mains pour numérotter. Elle ne peut d'ailleurs plus tricoter, broder, coudre, faire de la vannerie, ce qu'elle regrette.

A noter : Mme V. possède son certificat d'études qui dénote un bon niveau scolaire pour l'époque. Par ailleurs, son discours est cohérent, elle est agréable et très consciente du monde qui l'entoure.

Visite de son médecin traitant : il vient une fois par mois à son domicile, la personne âgée redoute le moment où il partira à la retraite, il a 62 ans.

Mme V prend très peu de médicaments, renouvelés et comptés par son médecin. Elle les prend seule « *deux par deux avec un verre d'eau* »

Ses courses et ses repas :

La vieille dame descend seule en bas de l'immeuble avec son déambulateur/panier et fait ses courses seule au supermarché local. Elle achète même des fleurs...

Elle achète ses repas tout prêts chez le boucher/traiteur ; elle ne cuisine pas.

Elle va chez le coiffeur seule, est invitée chez ses enfants pour un repas dominical de temps à autre (elle ne veut plus trop sortir).

Les promenades :

Les auxiliaires de vie la promènent lorsque le temps le permet en fauteuil roulant. Elle est satisfaite maintenant des auxiliaires qui ont été mises à son service.

Visites des institutions dans le cadre de la révision de son PAD :

Elle n'a jamais été contactée ou visitée par le Conseil général. Il ne semble pas qu'il y ait eu révision de son plan d'aide.

Pas de contact avec la mairie, sauf ceux qu'elle provoque en s'y rendant pour demander l'installation de WC publics adapté aux personnes âgées dans son quartier.

Mme V. est allée voter, le bureau de vote est situé non loin de chez elle.

Elle fait appel au service de HANDISAT (taxi ?) : 1€30 la course et 10€ d'amende si la personne âgée est en retard aux rendez-vous fixés. Elle utilise ce service pour se rendre aux Lices mais dit qu'ils ne sont pas très aimables...

À l'époque du service militaire, elle bénéficiait du service réalisé par des jeunes gens qui faisaient un service civil, cela ne lui coûtait rien. Maintenant tous services est payant.

Elle nous a proposé un café que nous avons refusé mais nous avons accepté le chocolat.

LE MAINTIEN À DOMICILE DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES : UNE POLITIQUE COMPLEXE ET AMBIGUË

AGNES Véronique, DS ; AVRIL Jean-François, D3S ; BARBOSA Guillaume, D3S ; DERLOT Chantal, IASS ; DRAME Mariyam, IASS ; FUERTES Carmen, MISP ; LAVALLARD Aurore, AAH ; LEFOULON Guillaume, DH ; LOUBET Laurence, D3S ; MARCHAL Patricia, AAH

Résumé :

Le développement du maintien à domicile des personnes âgées résulte d'un volontarisme politique continu depuis le rapport Laroque de 1962, qui en constitue le point de départ historique, jusqu'à l'actuel débat national sur les modalités de prise en charge de la dépendance. Plusieurs facteurs contribuent à ce phénomène : les progrès technologiques et médicaux, la volonté de mieux prendre en compte le « projet de vie » individuel de la personne âgée, le souhait de plus en plus évident de soutenir un secteur riche en création d'emplois. Cette évolution aboutit à une plus grande professionnalisation des aidants qu'illustre la création du Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de vie sociale (DEAVS) en 2002. Celle-ci s'accompagne d'une rénovation des instruments juridiques et financiers à disposition des différents acteurs concernés avec le remplacement de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). La professionnalisation a pour conséquences une meilleure formation ainsi qu'une meilleure reconnaissance des professionnels aboutissant à une plus grande efficacité et à une meilleure qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Pour autant, cette évolution positive connaît des limites liées notamment aux insuffisances du financement.

Mots clés : maintien à domicile, personnes âgées dépendantes, professionnalisation, qualité, aidants familiaux

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs