



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**FONDER LE PROJET D'UN SPASAD POUR PROMOUVOIR LA
QUALITÉ DE VIE DES PERSONNES ÂGÉES PAR UNE
DYNAMIQUE DE COOPÉRATION**

Patricia DOUANE

CAFDES

2007

Remerciements

J'ai bénéficié du soutien de nombreuses personnes durant la formation et la rédaction du présent mémoire mais je tiens à remercier plus particulièrement :

La Présidente du Conseil d'Administration du Club Ami des Anciens, Madame Christiane Dulong qui depuis 2004 m'accorde sa confiance,

Le personnel du Club Ami des Anciens qui ont subi mes absences de une semaine pendant deux ans et demi, et celles qui m'ont encouragé pour la rédaction,

Mon directeur de mémoire, Colette Ryckwaërt, qui m'a guidée dans l'organisation de mes idées,

Les intervenants dans le cadre de l'analyse des pratiques qui m'ont soutenu y compris dans la formation et mes collègues directeurs.

Sommaire

REMERCIEMENTS

SOMMAIRE

LISTE DES SIGLES UTILISES

INTRODUCTION 1

1 - Le CADA Club Ami des Anciens impacté par la complexité des politiques publiques en faveur des personnes âgées 3

1.1 Le champ de l'aide à domicile dans sa multi dimensionnalité 4

1.2 La construction des politiques de soutien des personnes âgées : de l'assistance à la prise en charge de la dépendance ou la superposition de dispositifs 4

1.2.1 La construction des politiques de soutien des personnes âgées : de l'assistance à la prise en charge de la dépendance ou la superposition de dispositifs 5

1.2.2 Le vieillissement de la population pousse les pouvoirs publics à s'interroger dès 1960 5

1.2.3 Le rapport Laroque base de l'action gérontologique à domicile 6

1.2.4 Le constat aujourd'hui : des dispositifs et des écarts 6

1.2.5 Le dispositif APA : une récente allocation spéciale pour un soutien financier 7

1.2.6 Des dispositifs sanitaires au domicile des personnes âgées : les SSIAD 8

1.2.7 Les SSIAD des dispositifs en évolution, des services étendus 9

1.2.8 L'aide ménagère un dispositif aide sociale légale gérée par le département 10

1.2.9 In fine, un constat de structuration complexe de dispositifs d'aide 10

1.3 L'association CADA : une logique de construction opportuniste liée aux besoins des Personnes 11

1.3.1 Avant tout, un héritage religieux 11

1.3.2 Un premier objectif associatif : le loisir puis l'aide ménagère pour sortir de l'isolement 12

1.3.3 L'ouverture d'un service de soins infirmiers 13

1.3.4 L'abandon des loisirs au profit des nouveaux services créés 13

1.3.5 Un cadre géographique d'intervention cependant bien défini 14

1.4 Le CADA un service d'aide mais aussi de soins à domicile 14

1.4.1 Cadre réglementaire et fondements 15

1.4.2 Présentation de l'association 15

1.4.2.1 La mission principale du Service Aide à Domicile 16

1.4.2.2 La mission principale du Service de Soins à Domicile 17

1.4.3	Deux services, des bénéficiaires communs et des fonctionnements bien distincts	17
1.4.4	Les éléments principaux du cadre de fonctionnement	18
1.4.5	Les responsables coordinatrices forment le principal relais de la politique des ressources humaines	20
1.4.6	La population âgée accompagnée à domicile	22
1.4.6.1	Une activité soutenue	22
1.4.6.2	Un net vieillissement de la population et une aggravation des pathologies	23
1.4.6.3	Des situations d'urgence à l'origine de l'accompagnement à domicile	23
1.4.6.4	Une forte demande pour des prises en charges des plus âgés	24
1.5	Accompagnement des personnes isolées en perte d'autonomie à domicile	25
1.5.1	La mise en place de l'intervention	25
1.5.2	La coopération : une hypothèse de changement de perspective.....	27

2 - La coopération, un concept au service de la personne âgée aidée à domicile.... 28

2.1	La coopération confrontée à l'isolement social des personnes aidées	28
2.1.1	La personne âgée aidée : un usager, un bénéficiaire mais aussi un client.....	29
2.1.2	La vieillesse facteur et processus d'exclusion sociale	30
2.1.3	Vieillesse et isolement social : une préoccupation constante dans l'accompagnement à domicile	32
2.1.4	Au delà de la souffrance d'être seul, la souffrance d'être aidé.....	33
2.2	L'évaluation comme fondement de la coopération, fondement du projet compensateur	35
2.2.1	Entendre les besoins de la personne à intégrer dans le projet	35
2.2.2	Le contexte des réponses possibles : une nouvelle approche globale	36
2.2.3	L'évaluation de la perte d'autonomie pour un plan d'aide personnalisé.....	37
2.2.4	Les principes de la grille AGGIR : outil de mesure et première base du projet compensateur.....	39
2.2.5	Les limites et les faiblesses de la grille AGGIR, prise en compte d'une réalité	39
2.3	La qualité de vie à domicile enjeu de la coopération.....	40
2.3.1	La qualité de vie : un concept multidimensionnel pour une approche globale, objectif d'un projet individuel compensateur	41
2.3.2	Apprécier la qualité de vie de la personne aidée : quelques indicateurs dans la Charte	41
2.4	La coopération : un changement culturel profond	44
2.4.1	Le management de la connaissance : une option managériale au service de la coopération.....	44
2.4.2	De la compétence individuelle à l'association apprenante.....	45

2.4.3	La coopération, un changement de paradigme, une décision de groupe et un changement social.....	46
2.4.4	Une logique de discussion pour s'approprier le changement.....	46
2.4.5	Le changement durable, une volonté nécessaire au CADA	47

3 - La coopération : une nouvelle dynamique pour fonder le projet du SPASAD et ajuster l'accompagnement 50

3.1	Au croisement entre le soin et l'aide à domicile : positionner un dispositif innovant d'accompagnement social et paramédical	51
3.1.1	Adapter l'accompagnement des personnes âgées en milieu rural.....	51
3.1.2	Développer les activités du service d'accompagnement social et paramédical : élément incontournable de la prise en charge globale.....	52
3.1.3	L'identification des emplois facteur de coopération et générateur de cadre et de limites : formalisation d'un outil clarifiant, les fiches de postes	55
3.2	Mobiliser tous les intervenants à domicile du CADA autour du projet d'accompagnement	57
3.2.1	Construire l'intelligence collective pour l'organisation apprenante.....	57
3.2.1.1	Une formation action analyse de la pratique et régulation pour impulser une dynamique de coopération au service du projet.....	57
3.2.2	Instaurer les entretiens individuels professionnels, un outil de recueil des besoins en formation	60
3.2.3	Utilisation du droit au DIF pour une formation professionnalisante en vue d'organiser une progression collective des compétences	61
3.2.4	Organiser et partager la connaissance explicite par le biais de l'outil Intranet	63
3.3	Instaurer une dynamique de coopération en faveur de l'évaluation des besoins et de l'accompagnement des personnes aidées	64
3.3.1	L'évaluation, fondement du projet compensateur.....	65
3.3.2	La contractualisation par la mise en place du document individuel de prise en charge	66
3.3.3	Instauration de réunions inter services et de secteurs.....	68
3.4	La mise en œuvre du projet, planification et stratégie	69
3.4.1	La planification du projet.....	69
3.4.2	Les moyens nécessaires à la réalisation du projet.....	71
3.4.3	La communication, la stratégie du directeur.....	72
3.4.4	Une démarche participative.....	73

CONCLUSION..... 75

BIBLIOGRAPHIE..... 77

LISTE DES ANNEXES..... 80

Liste des sigles utilisés

AGGIR	Autonomie Gérontologique, Groupe Iso Ressources
CADA	Club Ami des Anciens
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CROSMS	Commission Régionale de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
GIR	Groupe Iso-Ressources
INSEE	Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques
SAAD	Service Aide à Domicile
SPASAD	Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
PSD	Prestation Spécifique de Dépendance
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
DEAVS	Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale
MCAD	Mention Complémentaire Aide à Domicile
ADVF	Assistante de Vie aux Familles
APF	Association des Paralysés de France
GIHP	Groupement pour l'insertion des Personnes Handicapées Physiques
ADMR	Aide à Domicile en Milieu Rural
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

« Jeune, on est vieux. On croit aux idées répandues, à celles qui courent les rues, on adhère à tout, on porte le poids de sa famille, de sa tradition, de son groupe, de la société. J'ai, pour ce qui me concerne, vécu l'avancée en âge comme un détachement de tous ces poids-là. Vieillir, c'est rejeter les idées préconçues, être plus léger. »

M i c h e l S e r r e s

INTRODUCTION

L'association Club Ami des Anciens a été créée en 1969 et s'est donnée la mission, « en dehors de toute idéologie politique ou religieuse de promouvoir toutes les actions possibles en faveur des personnes âgées et, en particulier, de celles qui sont malades, infirmes ou déshéritées, de leur apporter le réconfort moral et matériel, de proposer de participer, de créer et éventuellement de gérer toutes les réalisations visant l'animation et le loisir »¹. En trente ans l'association a créé plusieurs services, service d'aide à domicile prestataire, service aide ménagère en mandataire et services de soins sur les dispositions administratives et juridiques dans l'objectif premier de répondre aux besoins de la population âgée seule du territoire, en milieu rural.

Je suis la première directrice de cette association depuis septembre 2004. A cet effet, la Présidente de l'association m'a chargée au nom du conseil d'administration d'organiser la structure, de veiller à la cohérence de l'ensemble des services, de l'adapter aux normes requises par les textes en vigueur, de travailler la question du partenariat avec les intervenants libéraux et autres organismes oeuvrant sur le champ de l'aide à domicile et, de par sa sensibilité d'infirmière libérale, m'a demandé d'organiser des modes de réponses adaptés aux besoins des personnes âgées du territoire, de garantir leur prise en charge et développer les services rendus.

Prendre soin d'une personne âgée à domicile ne se résume pas seulement à lui faire la toilette, à l'aider à se mobiliser, à prendre son traitement médical, ou encore à lui « faire du ménage ». Il s'agit aussi de créer dans son environnement, des conditions de vie favorables pour que le soutien à domicile soit possible, en essayant de promouvoir les rôles sociaux, le maintien de certaines activités, là où vieillesse, processus naturel de vie, et perte d'autonomie viennent freiner et limiter ses possibilités.

Le soutien à domicile, organisé autour d'une personne âgée ou d'une personne handicapée plus ou moins dépendante, se définit comme la conjonction de services payants et d'actions bénévoles telles que : le médecin traitant, l'infirmier libéral, le kinésithérapeute, le pédicure, le coiffeur à domicile, les associations de soutien à domicile, l'auxiliaire de vie sociale, l'aide soignante, l'hôpital, les voisins, la famille etc.... Il s'agit là du principe d'individualisation de l'aide : chaque fois particulière, la prise en charge correspond à un plan d'aide, et chaque intervenant est tenu de s'adapter.

¹ Article II des statuts de l'association Club Ami des Anciens

C'est cette combinaison de professionnels et de bénévoles, quand elle est réalisable, qui constitue un réseau, et qui rend le soutien à domicile efficace, avec un objectif important, celui de permettre l'accompagnement à domicile dans des conditions optimales.

En effet, la perte d'autonomie peut engendrer la nécessité de faire appel à des tiers pour compenser des situations invalidantes et, parallèlement la vieillesse est aussi un facteur d'exclusion là où les relations sociales s'amointrissent, ne serait-ce que par le simple fait de ne plus produire en terme de travail ou de famille. Envisager la personne âgée dans son environnement, environnement physique tel que l'habitat mais aussi social, tenir compte de ses choix, de ses besoins, de son parcours de vie, en s'appuyant sur ses propres ressources, permet de proposer une aide personnalisée, parfois multidimensionnelle, non seulement pour le maintien de son autonomie, mais aussi à titre préventif.

Dans une première partie, je montrerai comment le Club Ami des Anciens s'est construit, sur quelles logiques, à partir de quelles politiques publiques, dans quel contexte législatif, pour ensuite me centrer sur l'évolution de ce service, en terme quantitatif et sur les aspects plus problématiques du maintien à domicile des plus âgés, seuls chez eux, isolés en milieu rural et parfois présentant une aggravation des pathologies. Ces accompagnements requièrent des plans d'aide individualisés, multidimensionnels, sur le principe d'un projet compensateur de perte d'autonomie. Cependant compte tenu d'une absence de projet d'établissement, de cohésion d'équipe, d'un manque de formation et d'appropriation de la culture médico-sociale, les mises en place d'intervention ne peuvent atteindre l'objectif escompté, c'est à dire s'ajuster aux besoins et à la demande de la personne à aider.

Ainsi à partir des constats et des écarts énoncés en première partie, la coopération s'est présentée comme une ressource, facteur de changement et comme une hypothèse de réponse quant à la problématique. La coopération serait à mon sens susceptible de générer une nouvelle dynamique pour répondre de façon plus cohérente aux besoins d'accompagnement des personnes âgées, en perte d'autonomie, sujet central de ma deuxième partie, au cours de laquelle j'aborderai aussi le concept de qualité de vie, point d'appui de l'approche globale, et le management de la connaissance pour favoriser le développement des compétences collectives indispensables dans le cadre d'un accompagnement multidimensionnel. Ce qui m'amène dans un troisième temps à envisager des principes opératoires, pour construire un projet de direction et promouvoir la qualité de vie des personnes aidées tout en étant acteur de leur accompagnement. Par

conséquent, je développe comment, en tant que directrice, je vais être amenée à instaurer une dynamique de coopération au Club Ami des Anciens en faveur des personnes âgées à domicile mais aussi en faveur des professionnels intervenants et encadrants, pour proposer un projet compensateur, multidimensionnel donnant les moyens de rester vivre dans un environnement choisi, source de vie, source de qualité de vie.

1 - Le CADA Club Ami des Anciens impacté par la complexité des politiques publiques en faveur des personnes âgées

« *Qu'est ce que la complexité ? Au premier abord la complexité est un tissu (complexus : ce qui est tissé ensemble) de constituants hétérogène inséparable associés : elle pose le paradoxe de l'un et du multiple. Au second abord, la complexité est effectivement le tissu d'événements, actions, interactions, rétroactions, déterminations, aléas, qui constituent notre monde phénoménal.* »² En m'appuyant sur cette définition je voudrais montrer que le CADA, comme les services d'aide à domicile en général, est caractérisé par l'opacité et la complexité. Ce secteur s'est construit de strates, d'empilements de dispositifs le privant souvent de lisibilité. Ainsi le foisonnement et la complexité des dispositifs inhérents à une multiplication des réglementations, de textes de lois engendrent de fait des superpositions et même des contradictions dans le cadre de la mise en œuvre.

Dans un premier temps je vais définir l'aide à domicile en utilisant à ce propos, la notion de champ telle que l'a évoquée Pierre Bourdieu³, sociologue, dans son ouvrage Réponses : « *On peut concevoir un champ comme un espace dans lequel s'exerce un effet de champ, de sorte que ce qui arrive à un objet qui traverse cet espace ne peut être expliqué complètement par ses propriétés intrinsèques* ». Puis dans un second temps une approche par l'histoire permettra de saisir le contexte d'évolution de l'aide à domicile en général et par là même celui du CADA.

1.1 - Le champ de l'aide à domicile dans sa multi dimensionnalité

Ainsi l'aide à domicile se définit tant comme un espace géographique, puisque l'aide va se dérouler dans un endroit très précis et bien marqué, en l'occurrence le domicile des personnes qui vont donc être aidées. Mais l'aide à domicile se définit aussi comme un

² MORIN E, *Introduction à la pensée complexe* Paris : Seuil, 2005. 158 p, P2.

³ BOURDIEU P et WACQUANT L, *Réponses*, Paris : Seuil, 1992. 268p, p76.

espace affectif psychologique, puisque le domicile est un lieu habité et investi par la personne aidée et souvent depuis des années, voire même depuis toute sa vie pour le cas des personnes âgées. Mais l'aide à domicile se définit aussi comme un espace politique puisqu'il est l'enjeu de politiques publiques d'aides aux familles, avec des enfants, des personnes dites handicapées ou encore des personnes dites âgées. D'ailleurs le champ de l'aide à domicile s'est structuré sur ce mode, reflet de la structuration globale de la société autour des trois temps de vie que sont : l'enfance, la période « adulte » et la vieillesse. Evoquer le champ de l'aide à domicile dans ce sens revient aussi à évoquer le champ de force comme l'a précisé Pierre Bourdieu⁴ : « *La structure du champ est définie par l'état des rapports de force entre les agents et les institutions constituant le champ* ».

Dans le champ de l'aide à domicile, des luttes ont lieu pour s'approprier des pouvoirs qui y sont en jeu : « *dans un champ, les agents et les institutions luttent suivant les régularités et les règles constitutives de cet espace de jeu, avec des degrés divers de force et, par là des possibilités diverses de succès, pour s'approprier les profits spécifiques qui sont en jeu, dans le jeu* ».

Les agents sont les usagers, les clients, les bénéficiaires de l'aide, le nom donné dépendant de la place qu'ils ont pu ou su prendre dans le champ de l'aide à domicile. Mais les agents sont aussi des agents individuels, des intervenants professionnels de l'aide à domicile ou encore des bénévoles ; il s'agit de l'ensemble des personnes qui interviennent aussi bien des bénévoles que des professionnels du secteur médico-social, ou encore sanitaire, agissant selon leur propre logique et selon la logique collective de l'institution à laquelle ils appartiennent. L'institution, est un « *ensemble organisé avec une logique et des règles du jeu collectives, qui s'imposent plus ou moins aux agents qui composent ces institutions* » selon Florence Leduc. Ainsi, l'état, les conseils généraux, les caisses de retraite sécurité sociale, les caisses de retraites complémentaires, ou encore les fédérations, fédérations de service d'aide à domicile, de personnes handicapées, d'usagers etc., composent ces institutions. « *En ce sens, les individus ne sont jamais simplement des individus mais aussi des entités collectives* »⁵

1.2 La construction des politiques de soutien des personnes âgées : de l'assistance à la prise en charge de la dépendance ou la superposition de dispositifs

⁴ BOURDIEU P et WACQUANT L, *Réponses*, Paris : Seuil, 1992. 268p, p74.

⁵ LEDUC F, *Guide de l'aide à domicile*, Dunod : Paris 2001. 350 p, p 9.

La politique actuelle menée en direction des personnes âgées s'inscrit dans un cadre général qui n'a que sensiblement évolué depuis plusieurs décennies. La population concernée est de plus en plus nombreuse certes mais aussi compte tenu de l'avancée en âge, une population en perte d'autonomie donc fort demandeuse de prestations et de services.

Ces politiques restent approximativement toujours les mêmes, des accents peuvent être mis suivant la conjoncture, les époques etc., et n'ont guère varié. « *Dans leurs principes les mesures prises pour les personnes âgées obéissent toujours à la même logique et renvoie donc toujours, pour l'essentiel à trois grands types de politiques : une politique de soutien financier, une politique de maintien à domicile, et une politique de placement dans des structures d'accueil plus ou moins spécialisées.* »⁶.

Je m'attacherai plutôt au sujet qui nous intéresse celui de l'aide à domicile en particulier.

1.2.1 - L'assistance aux personnes âgées une des plus anciennes formes d'aide sociale

La vieillesse est apparue réellement comme un problème social à la fin du XIX siècle. En effet, Les vieillards souvent considérés par la société comme des « *bouches inutiles*⁷ », trop âgés pour continuer des travailler, se font assister parce que leur indigence ne leur permettent pas de subvenir à leurs propres besoins. Ainsi, c'est l'Assistance publique, représentant légale des pauvres, dans une logique de charité, et d'assistance comme son nom l'indique, qui prendra en charge ce problème social en accueillant notamment les vieillards dans les hospices financés par des dons et des legs. Cependant cette forme d'assistance tend à disparaître dès lors que les milieux ouvriers agricoles et industriels de l'époque se mobilisent et militent en faveur d'une retraite, premier principe de compensation après une vie de travail. Ainsi 1910 marque un premier tournant dans la manière d'envisager la vieillesse avec la loi sur la Retraite Ouvrière et Paysanne, bien qu'elle fut mal accueillie par les intéressés et fut finalement peu appliquée. Un deuxième tournant en 1930 avec la mise en place des lois concernant les assurances sociales. En effet, ces deux lois posent les premiers principes de compensation par des revenus d'une vie de travail.

⁶ BORGETTO M, LAFORE R, *Droit de l'aide et de l'action sociales*, Paris : Montchretien, 2005. 653 p, p277.

⁷ TUBIANA M, *le bien vieillir, la révolution de l'âge*, Paris : Editions de Fallois 2003

1.2.2 - Le vieillissement de la population pousse les pouvoirs publics à s'interroger dès 1960

Ces interrogations portent sur la part croissante des personnes âgées mais aussi sur leur place dans la société. Ainsi, en 1960 le gouvernement Debré met en place une commission d'études des problèmes de la vieillesse présidée par Pierre Laroque.

En 1962, les travaux de cette commission s'achèvent, et le rapport « *politique de la vieillesse*⁸ » met déjà en lumière le problème posé par l'accroissement de la population âgée à notre société. Dans ce rapport, Pierre Laroque définit les principes qui régissent les bases de l'action sociale vieillesse encore aujourd'hui. Il s'agissait déjà, en 1962, de mettre à la disposition des personnes âgées "un ensemble coordonné de moyens et de services adaptés à leurs besoins". Le rapport préconise la coordination et précise les modalités de ce que pourrait être son organisation.

1.2.3 - Le rapport Laroque base de l'action gériatrique à domicile

C'est en effet, en 1962, que le rapport Laroque officialise, sous le terme « *politique de la vieillesse* » l'idée que le maintien à domicile doit devenir une des priorités de la politique publique menée en France en direction des « *personnes âgées* ».

Dans ce rapport, le maintien à domicile n'est pas défini comme une fin en soi, mais bien comme une finalité éthique de la vie en société. Le maintien à domicile c'est, avant tout, le maintien du lien social entre les différentes générations qui composent la société : « *l'accent doit être mis par priorité sur la nécessité d'intégrer les personnes âgées dans la société, tout en leur fournissant les moyens de continuer le plus longtemps possible à mener une vie indépendante. Ainsi pourra-t-on respecter chez les vieillards le besoin qu'ils éprouvent de conserver leur place dans une société normale, d'être mêlés constamment à des adultes et à des enfants* » (cf. rapport Laroque).

Il s'agit donc bien de laisser les gens âgés conserver leur place dans la société où ils ont toujours été et où ils souhaitent demeurer. Mais bien sûr, avec des incapacités dans les actes de la vie quotidienne, certaines personnes vieillissantes ont besoin d'être véritablement maintenues (tenues par la main) pour pouvoir rester chez elles jusqu'au bout.

D'où l'idée de mettre en place des services d'aide de toute nature (aide ménagère, soins à domicile, repas à domicile, dépannage, téléalarme, etc.) pour aider les personnes à réaliser leur projet de vie à domicile.

1.2.4 - Le constat aujourd'hui : des dispositifs et des écarts

Pour que le projet du rapport Laroque devienne réalité, ce qu'il n'est toujours pas au jour d'aujourd'hui, il faut donc de véritables moyens d'aide, d'abord en personnel compétent,

⁸ LAROQUE P. (prés.), *Politique de la vieillesse*, Paris : La Documentation Française, 1962, 438 p.

formé, correctement payé, reconnu et valorisé dans ce travail difficile, ensuite en financement de ces aides et de ces structures.

Aujourd'hui, quarante ans après Laroque, bien loin du compte et, pour beaucoup même si l'entrée en hébergement de longue durée n'est pas souhaitée, elle est malheureusement souvent la seule solution possible et concrète à des difficultés insurmontables à domicile, et ce malgré une volonté de soutien financier accordé aux personnes âgées dépendantes et une politique de soutien à domicile.

Ainsi aujourd'hui « *les seniors constituent une catégorie sociale à géométrie variable* »⁹ - avec l'apparition d'un quatrième âge comme l'indique le tableau ci-après :

Année	Pers. de plus de 65 ans	Pers. de plus de 85 ans	Pers. centenaires
1945	4,5 millions		
1955		230 000	
1985		680 000	
1990	8 millions		
2000	6,7 millions		
2010	8 millions (prévision)		
2015		1,3 millions (prévision)	
2020	9,5 millions		
2040		2,5 millions (prévision)	150 000 & 1 personne sur 3 sera âgée de plus de 60 ans

A la lecture de ces chiffres on peut aisément envisager l'enjeu considérable que représente le vieillissement véritable « *défi politique* »¹⁰ - Cependant, la canicule de l'été 2003 a mis en lumière l'extrême vulnérabilité des personnes âgées du 4^{ème} âge, vivant à domicile car la moitié des victimes de cette catégorie était âgée de 85 ans et plus. Les personnes décédées durant la vague de chaleur entre le 1er août et le 15 août 2003 étaient surtout des personnes âgées de 65 ans et plus 91%, et 35% d'entre elles vivaient à leur domicile.

1.2.5 - Le dispositif APA : une récente allocation spéciale pour un soutien financier

⁹ DUPEYROUX J-J., *l'âge en droit social, in : Droit social n°12 Paris : Dalloz, 2003. p1045.*

¹⁰ PECRESSE V, *le vieillissement un défi politique*, le Figaro, 22 août 2003 p10

Instituée par la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001, l'allocation personnalisée d'autonomie a pour vocation de remplacer la prestation spécifique de dépendance (PSD) à compter du 1er janvier 2002, jugée beaucoup trop insuffisante notamment dans les conditions strictes fixées pour son attribution et la possibilité d'exercer des recours en récupération sur succession et donation. L'APA est une prestation d'aide sociale attribuée par le département, c'est une aide en nature affectée au paiement des dépenses définies par les textes, et dépenses qui figurent sur le plan d'aide (rémunération des salariés employés, du service d'aide à domicile agréé qui intervient, accueil de jour, accueil temporaire, famille d'accueil ou encore liaison avec un système de téléalarme, portage de repas....). Il s'agit plus précisément d'une aide versée en nature à toute personne qui en fait la demande et qui, vivant à son domicile ou en établissement, remplit les conditions relatives à l'âge, puisque la personne doit au moins être âgée de 60 ans ; une condition relative à la résidence, résidence stable et régulière en France, et une condition relative au degré de perte d'autonomie mais plus de conditions relatives aux ressources.

De plus l'APA est cumulable avec l'allocation simple d'aide sociale et avec les soins infirmiers. L'évaluation de la perte d'autonomie est effectuée par l'équipe médico-sociale du Conseil Général ou son « sous-traitant » conditionnant le plan d'aide et donc la prise en charge. A cette effet, l'outil utilisé est : la grille AGIR (autonomie gérontologie-groupe iso-ressources) qui permet de « classer » les personnes âgées en 6 groupes iso-ressources (GIR) selon leur état de dépendance : le GIR 1 comprenant les personnes les plus dépendantes voire grabataires, au GIR 6 pour les personnes qui ont conservé leur autonomie pour les actes essentiels de la vie quotidienne. L'APA est donc allouée à toute personne de plus de 60 ans résidant en France y compris en établissement et dont le GIR est compris entre 1 et 4 contrairement à la PSD qui s'arrêtait notamment au GIR 3.

L'APA marque donc un progrès incontestable vis à vis de la PSD, puisque le nombre de bénéficiaires est passé de 140 000 à 800 000 à domicile et en établissement aujourd'hui.

1.2.6 - Des dispositifs sanitaires au domicile des personnes âgées : les SSIAD

Les services de soins infirmiers à domicile ont vu leur fonctionnement précisé en 1981 par le décret n°81-448 du 8 mai 1981 et par la circulaire n° 81-8 du 1er octobre 1981, fixant les conditions d'autorisation et de prise en charge.

L'objectif est d'assurer sur prescription médicale, aux personnes âgées malades et ou dépendantes, des soins infirmiers, des soins d'hygiène générale, et les concours nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne, mais aussi d'autres soins relevant d'autres auxiliaires médicaux tels que les pédicures par exemple.

L'intervention de ces services s'inscrit dans trois types de situations essentiellement (circulaire 81-8 du 1er octobre 1981) :

- Pour éviter l'hospitalisation lors de phases aiguës d'affections pouvant être traitée à domicile lorsque les conditions sociales et médicales le permettent,
- Pour faciliter le retour à domicile après une période d'hospitalisation,
- Pour prévenir ou retarder la dégradation progressive de l'état des personnes et leur entrée en institution.

La particularité de ce décret de 1981 par rapport à l'aide en nature de l'APA est qu'il permet la prise en charge des personnes de moins de 60 ans sur avis du contrôle médical. L'autorisation d'un tel service est accordée par la préfecture en la personne du préfet, après consultation de diverses organisations dont celles des infirmiers libéraux mais aussi du CROSMS¹¹. Cette autorisation fixe un nombre de place sur un territoire géographique donné en fonction des besoins estimés. Les soins professionnels sont assurés par des infirmiers pour des actes inscrits dans leur champ de compétence, des aides-soignants pour l'hygiène générale et le concours nécessaire pour les actes essentiels de la vie quotidienne, des pédicures, infirmier coordonnateur pour l'organisation générale des soins uniquement, des infirmiers libéraux ayant passé des conventions avec le service.

Le financement est assuré par le régime d'assurance maladie, versé au service de soins sous forme de dotation globale, dotation qui prend en charge les frais de fonctionnement du service, les frais de déplacement, le matériel, mais aussi les coûts des soins dispensés par les infirmiers libéraux.

1.2.7 - Les SSIAD des dispositifs en évolution, des services étendus

Cependant, le décret du 25 juin 2004, n°2004-613, est venu enrichir l'accompagnement de la palette des accompagnements : il actualise les modalités d'organisation des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), en ouvrant leur accès aux personnes handicapées adultes ; il confère une définition réglementaire aux Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) - ces services non médicalisés entrant désormais dans le périmètre de la loi de rénovation de l'action sociale, et il crée, enfin, une nouvelle

¹¹ CROSMS : commission régionale de l'organisation sanitaire et médicosociale

catégorie réglementaire : le Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD). Ce nouveau service conjuguant les prestations médicalisées des SSIAD avec les aides humaines offertes par les SAAD et ce, tant pour les personnes âgées dépendantes que pour les personnes handicapées adultes. En effet, le titre III du décret n°2004-613 prévoit que les services qui assurent les missions dévolues à un service de soins infirmiers à domicile et les missions dévolues à un service d'aide à domicile sont dénommés services polyvalents d'aide et de soins à domicile. Au-delà de la reconnaissance juridique d'une pratique de coordination déjà existante dans de nombreux départements, cette création d'un service polyvalent d'aide et de soins à domicile vise avant tout à favoriser la coordination des interventions auprès de la personne et à mutualiser les interventions visant à élaborer le projet individuel d'aide, d'accompagnement et de soins permettant ainsi une prise en charge plus adaptée à la globalité des besoins de la personne.

1.2.8 - L'aide ménagère un dispositif aide sociale légale gérée par le département

Il s'agit de l'un des éléments essentiels des politiques de soutien à domicile des personnes âgées. Tout d'abord il est intéressant de noter que l'expression « aide ménagère » renvoie à plusieurs réalités bien différentes mais sur un même secteur d'activité. Elle renvoie à une prestation légale mais aussi facultative, et c'est à la fois l'agent ou le salarié qui exécute la prestation : *« cet agent a alors pour vocation non seulement à faire bénéficier les personnes âgées de l'exécution de certaines tâches ménagères (courses, ménages....) mais aussi plus largement, à accomplir un « travail matériel, moral et social contribuant à leur maintien au domicile »* (convention collective des organismes d'aide ou de maintien à domicile 11 mai 1983). Cette notion renvoie aussi aux services assurant ces prestations, les services gestionnaires.

Quoi qu'il en soit, l'objectif poursuivi est bien d'assurer une prestation de sorte que la personne âgée puisse rester chez elle. Au départ, instituée par les caisses de retraite et les bureaux d'aide sociale comme action sociale facultative, cette aide en 1962 s'est transformée en aide sociale légale gérée par le département. Cependant, les caisses de retraite, assurance vieillesse ont poursuivi leur initiative et la prestation d'aide ménagère offerte, facultative et extralégale sont toujours d'actualité et représente une part financière plus importante encore que la prestation légale obligatoire. En revanche, les conseils généraux et les organismes de retraite ne gèrent pas directement des services d'aides ménagères mais les financent. Ainsi ils habilitent ces services souvent de droit privé type associations à l'aide sociale pour les départements. Pour les caisses et les organismes de sécurité sociale des conventions sont passées avec ces mêmes services.

1.2.9 - In fine, un constat de structuration complexe de dispositifs d'aide

Une extraordinaire complexité introduite dans les dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la personne âgée en perte d'autonomie, et ce également depuis l'instauration de l'APA, contribue à rendre de moins en moins lisible notre système d'organisation de l'aide envers les personnes âgées, non seulement pour les bénéficiaires eux-mêmes, mais aussi pour les acteurs de l'accompagnement, les aides à domicile, aide soignants et autres intervenants extérieurs. De plus le mode de tarification des aides est tellement diversifié, faisant intervenir une pluralité d'acteurs, à commencer par l'Etat, le département, la sécurité sociale, les caisses de retraites etc.) que le système apparaît encore une fois largement illisible. De plus il est important de noter que la participation du bénéficiaire peut être aussi élevée générant un effet dissuasif. Ce constat montre aussi combien cette situation d'illisibilité, aussi bien en terme d'organisation que de financement (annexe 1), reste aussi une source de discrimination entre les bénéficiaires eux-mêmes, et ce, selon aussi le département de résidence. De plus, ce système rend difficile la coordination des différentes initiatives locales au niveau d'un territoire par exemple. Cependant, les associations constituent un poids important dans le cadre de la prestation d'aide ménagère, mais aussi APA ou encore soins à domicile.

Cette grande hétérogénéité de prestations vient impacter directement ces mêmes structures qui restent centrées sur un même objectif celui du service rendu à la personne à aider. Le Club Ami des Anciens n'échappe pas à ce constat, il s'agit d'une association Loi 1901 qui gère un service d'aide à domicile financée par le Conseil Général dans le cadre de l'APA, mais aussi habilitée à l'aide sociale, financée aussi par les caisses de retraite, prestations extralégales d'aides ménagères, ou encore par les mutuelles. Mais c'est aussi une association qui gère un service de soins financé par la DDASS et la CPAM. Il s'agit donc de deux entités, fonctionnant sur des logiques différentes, aide et soin, mais qui ont un seul et même objectif le service rendu à la personne à aider.

1.3 - L'association CADA : une logique de construction opportuniste liée aux besoins des Personnes Agées et dans le cadre des politiques publiques

En effet l'association est au carrefour des politiques sociales et de l'inscription sur un territoire donné. Afin de saisir comment le CADA s'est inscrit dans ce contexte il est intéressant de passer par un détour historique qui permettra de comprendre ce qui a fondé ses valeurs et son engagement et sa logique de construction. Recrutée en

septembre 2004, en qualité de directrice du service d'aide et de soins à domicile du Club Ami des Anciens je me suis tout d'abord principalement intéressée à ce qui fonde son engagement sur une partie du pays de l'entre deux mers.

1.3.1 - Avant tout, un héritage religieux

En 1969 Sœur Marie Vincent et M. Jean Naboulet maire d'une commune sont sensibles à la situation des personnes âgées en perte d'autonomie vivant sur leur territoire donc en milieu rural et souvent très isolées. Tous deux ont décidé d'inviter annuellement les personnes âgées des communes environnantes à un repas. Au cours du premier repas, l'idée d'un Club de Loisirs pour personnes âgées est née aboutissant à la création de l'Association Club Ami des Anciens dont l'objet social avait pour objectif de venir en aide à toute personne âgée en difficulté et de promouvoir son bien-être dans le cadre d'activités festives. Ce système d'aide repose sur un modèle domestique, des personnes en difficulté sociale, financière etc., qui viennent en aide à des personnes âgées elles-mêmes en souffrance due à l'isolement et l'absence de la famille. Il s'agit d'une logique institutionnelle dite « *domestique* » selon Joseph Haeringer¹², « *l'action est orientée vers la mise en relation de personnes partageant des valeurs identiques, en l'occurrence, celles qui sont en vigueur dans la maison ou la famille. Ces dernières constituent des figures représentatives du groupe voire de la communauté ainsi constituée* ».

1.3.2 - Un premier objectif associatif : le loisir puis l'aide ménagère pour sortir de l'isolement

Néanmoins, cette petite association portée par Sœur Marie Vincent et les maires des communes avoisinantes se fait vite déborder tant la demande d'aide se fait pressante. Certes le loisir permet aux personnes âgées de se retrouver entre elles dans des locaux prêtés à cet effet par les mairies environnantes, de partager et d'échanger entre elles, mais cela ne résout en rien les problèmes liés à la dépendance et l'isolement à domicile déjà constaté en 1970 par les bénévoles de l'association. Le projet associatif devient obsolète et donc inadapté. L'association décide d'apporter un autre service que le loisir aux personnes âgées, d'élargir l'offre de service pour leur venir en aide et les sortir de l'isolement au delà de l'aspect loisir. Ainsi conformément aux politiques publiques en vigueur, Sœur Vincent et son conseil d'administration créent un nouveau service dans

¹² HAERINGER J, TRAVERSAZ F, conduire le changement dans les associations d'action sociale et médico-sociale, Paris : Dunod, 2002. 241 p

cette même association, en 1970, le Service Aide à Domicile, qui n'aura plus comme objectif l'animation de groupes festifs mais de l'aide pour l'entretien du domicile par des personnes en recherche d'emploi sur le territoire et en difficulté à la fois sociale et financière. Fondé sur un principe d'entraide, ce service se développe en terme d'effectifs, les bénévoles du service deviennent salariées dans le cadre d'un service prestataire, elles sont salariées de la structure et non pas de la personne âgée, elles sont près d'une dizaine. Puis, pendant près de 13 ans, Sœur Vincent très investie en matière d'accompagnement au domicile des personnes âgées, constate que leur accès aux soins restent limité, compte tenu déjà de leur difficulté de mobilité, accentué par le milieu rural, d'une pénurie de praticiens libéraux, et notamment celle des infirmiers.

1.3.3 - L'ouverture d'un service de soins infirmiers

Ainsi, en 1983, toujours dans le cadre de l'association Club Ami des Anciens, Sœur Vincent et son conseil d'administration saisissent la DDASS et la préfecture, pour l'ouverture d'un Service de Soins infirmiers à Domicile conformément au décret n°81-448 du 8 mai 1981. Ce service peut démarrer avec une infirmière coordinatrice, 20 places et 3 aides-soignantes. De plus, afin d'élargir la prestation de services, notamment en garde de nuit et garde de jour et qui plus est à tout public, pas seulement les personnes âgées de plus de 60 ans, Soeur Vincent décide de créer un nouveau service d'aide à domicile mandataire l'AMAD en 1986. Ainsi la personne qui reçoit l'aide est juridiquement employeur du personnel d'intervention mais elle fait appel à cette Association pour l'aider dans les démarches administratives (trouver du personnel, assurer les remplacements, faire les bulletins de salaire et les déclarations de charges...). Certes, il s'agit de la création d'une nouvelle association mais la Présidente reste Sœur Vincent, le conseil d'administration reste aussi composé des mêmes personnes, avec les mêmes salariées que l'association CADA, dans les mêmes locaux et les mêmes bénéficiaires. En sachant qu'une personne âgée peut-être bénéficiaire du service d'aide à domicile prestataire, du service mandataire et du service de soins.

1.3.4 - L'abandon des loisirs au profit des nouveaux services créés

Parallèlement, l'association décide finalement d'abandonner le service loisirs pour le laisser à l'Association des Aînés Ruraux, Club du 3ème âge à part entière, et pour se concentrer uniquement sur les besoins des personnes âgées isolées à domicile : en réaffirmant sa volonté de venir en aide aux personnes âgées en difficulté, par le biais de l'aide ménagère et en se positionnant comme acteur de l'accompagnement à domicile sur le territoire. Sœur Vincent décède, le conseil d'administration reste le même, une nouvelle présidente lui succède et restera jusqu'en 2001 où une nouvelle présidente sera élue, très investie sur le territoire en matière d'accompagnement à domicile puisqu'elle exerce la profession d'infirmière libérale depuis plus de 25 ans. Elle connaît le fonctionnement de ce type de structure pour y travailler en partenariat notamment avec le SSIAD pour lequel elle exerce une partie de son activité libérale. Forte de cette expérience, elle développe ses compétences, en plus de son activité professionnelle, dans le cadre de formations universitaires. Infirmière libérale sur le territoire, partenaire professionnelle du SSIAD, présidente du CADA, elle y assure des missions de direction entre 2001 et 2004, puisqu'il n'y a jamais eu de directeur pour cette structure. Puis en Janvier 2002, la loi concernant la rénovation de l'action sociale et médico-sociale fait entrer les services d'aides à domicile prestataire dans le champ médico-social. Cette nouvelle législation a un impact

considérable sur la structure puisqu'il s'agit d'une loi de responsabilisation de tous les acteurs grâce à une rénovation profonde du chaînage entre la planification des équipements, les autorisations et les programmations qui en découlent, les modalités d'allocation des ressources, l'évaluation de la qualité des prestations fournies, le contrôle, la coordination des acteurs. Même si la présidente est particulièrement investie dans la structure et ce à plusieurs niveaux d'intervention, il lui paraît tout à fait opportun de recruter un directeur pour mener à bien cette mission dans ce nouveau cadre qu'est le champ médico-social.

1.3.5 - Un cadre géographique d'intervention cependant bien défini

Le Club Ami des Anciens intervient sur quatre cantons définis par arrêté préfectoral en 1972, puis 1983 pour le soin : canton de Sauveterre de Guyenne, canton de Targon, Canton de Branne et Canton de Pujols, ce qui représente selon le dernier recensement INSEE 30970 habitants, sur une superficie de 580 km², situé dans l'Entre-deux-mers de la Gironde à environ 50 Km de Bordeaux. Les communes de ces cantons, depuis l'année 2000, sont dans un processus de regroupement, dans le cadre des communautés de communes, dans un objectif de mutualisation de développement durable mais aussi pour une dynamique de développement social local. En effet, cette région au vu de toutes les études réalisées par les services des communautés de communes, reste très peu industrialisée, encore très rurale, avec peu de ressources, de nombreuses familles sont en difficulté, avec un taux de chômage un peu plus élevé qu'au niveau national selon les données INSEE 9% en France, 10% en Gironde et une moyenne de 10,62% sur les cantons cités.

L'association Club Ami des Anciens, plus important employeur de ces cantons, s'associe à la démarche des communauté de communes dans le développement social local à un double niveau : non seulement celui de l'accompagnement des personnes âgées à domicile mais aussi participe pleinement à la politique de lutte contre le chômage au niveau local et est aussi reconnue par le nombre de salariées locales qu'elle emploie.

1.4 Le CADA un service d'aide mais aussi de soins à domicile

Le Club des Amis des Anciens un service diversifié situé à Gornac sur le canton de Sauveterre de Guyenne.

1.4.1 - Cadre réglementaire et fondements

Le CADA, Club Ami des Anciens est donc un service d'aide et de soins à domicile habilité à accompagner à domicile les personnes âgées de plus de 60 ans. De plus, depuis la loi du 11 février 2005, ces mêmes services d'aide à domicile sont aussi habilités et ce depuis le 1er janvier 2006 à accompagner les personnes handicapées à domicile. Cette association bénéficie de l'agrément simple et qualité de la préfecture de la Gironde mais n'est pas encore autorisée par le Conseil Général de la Gironde qui souhaite avant tout restructurer l'offre de service sur le territoire au niveau départemental mais qui cependant assure la tarification ces mêmes services. Cette association est aussi habilitée à l'aide sociale. Elle bénéficiait aussi d'une capacité de 55 places en soins à domicile accordés par la DDASS de la Gironde puis de 60 depuis août 2005.

Le cadre législatif de l'Association est donc principalement celui de la loi du 2 janvier 2002 qui définit les principes fondamentaux de l'action sociale, elle promeut le droit des usagers en les plaçant au centre du dispositif. Elle encadre et organise l'action tout en préservant une place pour les démarches innovantes. Mais c'est aussi par la loi du 2 janvier 2002 (l'article L. 312-1 du code action sociale et des familles) que les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) font leur entrée dans la catégorie des services médico-sociaux devant être autorisés puis tarifés par le Conseil général. Les services étant autorisés pour 15 ans, une évaluation est obligatoirement effectuée en interne tous les 5 ans et en externe tous les 7 ans.

Parallèlement le CADA est aussi encadré par la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge et la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie pour le service d'aide à domicile. En ce qui concerne le service de soins, c'est le décret du 8 mai 1981 n°81-448 qui en fixe les conditions d'autorisation et de prise en charge des personnes. Et plus récemment encore, c'est surtout le décret du 25 juin 2004 2004-613, qui est venu non seulement actualiser les modalités d'organisation des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), mais aussi il confère une définition réglementaire aux Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) et, il crée enfin, une nouvelle catégorie réglementaire : le Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD) pour les établissements qui, comme le CADA ont deux services, sous une même entité juridique, celui de l'aide et du soin à domicile.

1.4.2 - Présentation de l'association

L'accompagnement à domicile est l'activité principale de la structure qui compte donc aujourd'hui près de 600 bénéficiaires répartis sur les quatre cantons définis, et 60 « lits ».

Deux services composent le CADA un service d'aide à domicile et un service de soins. Toute personne âgée de plus de 60 ans peut prétendre à nos services pour l'aide à domicile et toute personne de plus de 60 ans sur prescription médicale pour le soin. Ces deux services sont dans les mêmes locaux, deux bureaux séparés par un couloir.

Le tableau en annexe 2, tableau 1 présente l'activité générale depuis 2001.

Le nombre de bénéficiaires a augmenté de 159% en cinq ans soit le nombre a été multiplié par 2,59 surtout depuis l'instauration de l'APA. Les heures effectuées ont augmenté de 185%, soit le nombre a été multiplié par 2,85. Cette fulgurante explosion en termes d'accompagnement est moins prégnante du côté des soins puisqu'il y a une limite, celle du nombre de places autorisée par la DDASS. En revanche à la lecture de ces chiffres on peut quand même constater une constante augmentation aussi bien en terme de prises en charge que d'accompagnement. Le nombre de journées étant plus important que le nombre de patients ce qui signifie que ce même nombre de patients a besoin de plus de soins.

1.4.2.1 - La mission principale du Service Aide à Domicile

Le service d'aide à domicile intervient auprès des personnes âgées et handicapées du territoire afin de leur proposer un accompagnement dans les actes essentiels de la vie quotidienne pour préserver et stimuler l'autonomie à domicile.

Pour ce faire, le service d'aide à domicile se charge de faire la demande de prise en charge auprès des organismes financeurs. Le dossier doit être élaboré avec la personne qui doit fournir des justificatifs suivants (du type dernier avis d'imposition ou de non imposition, titre(s) de pension principale(s), justificatif du dernier trimestre de pension perçu, justificatif autre ressource). Une fois le dossier accepté par les caisses de retraite ou encore l'aide sociale ou le Conseil Général, les aides à domicile interviennent au domicile des bénéficiaires dans le respect du planning établi par les responsables de secteur, et des plans d'aide établis soit par les évaluateurs de Conseil Général, dans le cadre de l'APA, soit par les responsables de secteur elles-mêmes pour les autres caisses de retraite ou autres prestations. Les aides à domicile ont pour mission d'accompagner les personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne et stimulent leur autonomie à domicile. Afin de mener à bien leur mission, elles assurent :

- l'entretien du logement : réfection du lit, balayage des sols, poussière, entretien de la cuisine et lavage des vitres,
- l'entretien du linge,
- la réalisation des courses dans le commerce le plus proche, seule ou avec le bénéficiaire sur accord de la responsable de secteur uniquement,
- la préparation des repas,

- l'aide aux démarches administratives : sauf intervention auprès des organismes bancaires,
- le maintien des relations avec l'extérieur,
- l'aide à la rupture de l'isolement

1.4.2.2 - La mission principale du Service de Soins à Domicile

Ce service dispense des soins infirmiers sur prescription médicale uniquement permettant de maintenir à domicile :

- les personnes âgées,
- les personnes handicapées,
- les personnes présentant une maladie invalidante.

Le service de soins permet également le cas échéant de favoriser le retour à domicile en cas d'hospitalisation. Il se charge de faire la demande de prise en charge auprès de la caisse d'assurance maladie de l'usager avec le certificat signé par le médecin traitant, la photocopie de l'attestation de droits.

Le personnel de ce service accompagne les personnes vers l'autonomie et la guérison ou la fin de vie avec un maximum de confort moral et physique.

1.4.3 - Deux services, des bénéficiaires communs et des fonctionnements bien distincts

Depuis la création de cette association trois Présidentes en 37 ans se sont succédées, la première, la « Fondatrice », puis deux autres en suivant. Ce sont les Présidentes qui ont toujours dirigé cette association, je suis donc la première directrice nommée. Aucun travail de réflexion du service sur lui même n'a été impulsé, aucun projet d'établissement n'a été instauré. Chaque salariée est responsable à son poste de travail, le service rendu auprès des usagers repose sur le bon sens des salariées. « L'offre de service » s'appuie sur les principes religieux de Soeur Marie Vincent, la logique institutionnelle comme nous l'avons vu plus haut repose sur une logique « domestique ». « Tout concourt à cet objectif. Les objets eux mêmes, la demande de subvention par exemple ou l'embauche de personnes, sont inscrits dans cette mise en relation interpersonnelle. Les rapports entre les personnes sont évalués en fonction des normes en vigueur. Ils ne sont pas moins structurés selon une hiérarchie : chacun y a sa place dont l'importance est liée à la proximité du responsable, qui n'occupe pas nécessairement la position statutaire correspondant à son influence » L'intérêt principal de cette approche est qu'elle souligne l'importance de la base même de l'aide, c'est à dire mettre en relation des personnes en

difficultés sur un territoire pour venir en aide à des personnes âgées elles-mêmes en difficulté liée souvent à l'isolement, l'absence de la famille, la perte d'autonomie... Sur le plan opératoire, il s'agit bien évidemment de tâches domestiques pour les aides ménagères, plus techniques pour les aides-soignantes pour les activités de nursing, ou encore socialisantes pour les aides à domicile ou auxiliaires de vie. Les tâches sont segmentées, les personnels sont spécialisés entraînant une juxtaposition d'interventions. En effet, chacune leur logique, leur rationalité intervient tour à tour chez la personne âgées pouvant ainsi engendrer une sorte de « morcellement » de l'accompagnement, pouvant même générer un manque de cohérence total par rapport à la demande et aux besoins de l'utilisateur. Ainsi, compte tenu en plus du nombre croissant de bénéficiaires multiplié par plus 2,5 en cinq ans, ce mode d'intervention a présenté très vite ses limites non seulement en terme de qualité d'accompagnement avec parfois un manque de cohérence mais aussi dans l'organisation même du travail. En effet, c'est la même équipe administrative et coordinatrice qui assure les mises en relation alors que le nombre de bénéficiaires a doublé.

1.4.4 - Les éléments principaux du cadre de fonctionnement

Le service prestataire d'aide à domicile reçoit les appels directement sur sa ligne. En général la demande se fait par téléphone et émane à 55% de la personne âgée elle-même, à 25% de la famille et à 20% autres c'est à dire les médecins, infirmiers libéraux ou encore mairie dont le domicile dépend. La demande est traitée instantanément et fait l'objet d'un rendez-vous au domicile de la personne âgée. Sur place la responsable de secteur entend la demande expresse de la personne qui souhaite être accompagnée et remplit un dossier purement administratif, pour le financement de la prestation. En fonction de l'environnement, des revenus, de la personne de sa demande plusieurs types de dossier pourront être initiés soit auprès du Conseil Général pour l'APA, soit auprès des caisses de retraite. Dès que le dossier est reçu par l'organisme qui finance, un évaluateur vient constater la demande et finalise la demande de prise en charge. Le dossier accepté arrive par courrier au service administratif du CADA, cela peut prendre jusqu'à trois voire même quatre mois, avec un plan d'aide. Son contenu comprend les tâches à effectuer au sens large, le volume d'heures accordé et un planning d'intervention quelquefois avec les jours indiqués. La responsable de secteur établira par la suite la relation entre l'aide à domicile et la personne âgée, lui expliquera par téléphone le type d'intervention, le lieu etc. S'il reste un peu de temps, la responsable de secteur peut éventuellement amener et présenter l'aide domicile pour faciliter la mise en relation. Sinon tout se passera par téléphone, en revanche si il n'y pas d'aide à domicile de disponible soit la personne âgée attend encore, soit on procède à un recrutement, suivant les curriculum vitae disponibles

arrivés dans l'association. Mais ces mêmes personnes âgées peuvent avoir besoin de soins. Ainsi, le médecin traitant adresse une demande de prise en charge au service de soins. Les infirmières coordinatrices se rendent à nouveau au domicile de la personne et font aussi une évaluation et un plan de soins. En fonction des places disponibles, soit la personne sera prise en charge immédiatement, soit elle sera mise en liste d'attente. Malgré la proximité des deux services il n'existe pas de coordination à proprement parlé entre eux, ni même de coopération. Cependant, les points forts pour les usagers relèvent surtout de l'individualisation de la prise en charge, même si le service répond de façon mécanique à la demande. La responsable de secteur ou l'infirmière coordinatrice avec du bon sens, sans support particulier essaie de prendre en compte la personne, son environnement, ses besoins dans leur globalité. La visite à domicile systématiquement permet d'établir un contact rassurant, même si par la suite le contact ne se fait plus que par téléphone. De plus, il existe une certaine souplesse des interventions qui permet d'assurer une certaine cohérence entre les besoins de la personne et la réponse apportée, sur des situations temporaires (départ de la personne âgée, hospitalisation, convalescence chez un membre de la famille...) ou définitive (veuvage, accident...). Le CADA assure aussi la continuité de service des interventions en assurant le travail le week-end, en assurant les remplacements en cas de congés, arrêts maladie, démission...évitant toute rupture dans l'accompagnement de la personne aidée.

Cependant, la mise en place des interventions reste un point faible. En effet, l'analyse de la demande en tant que telle reste légère, car il n'y a aucun support d'analyse et d'évaluation et les personnes en charge n'ont pas eu du tout de formation à ce sujet. A fortiori, l'intervention qui découle de cette analyse peut poser un certain nombre de difficultés notamment en termes de temps de réponse, mais aussi et surtout en termes de qualité et de mise en adéquation de la demande et de la réponse. La difficulté réside dans le fait de « placer » chez la personne à aider une aide à domicile qui sera capable de réaliser telles ou telles tâches, que doit-elle faire et comment, quelles sont les compétences requises ou encore s'agit-il d'un besoin relevant plus essentiellement du soin auquel cas une aide soignante conjointement pourrait intervenir. Concrètement cela se traduit par des abandons de poste, des démissions, des arrêts maladies, ou encore des difficultés importantes d'accompagnement de la personne aidée qui n'est donc pas satisfaite de la prestation. Les heures d'interventions, mais aussi les durées, et les prestations à réaliser ne sont pas respectées, on ne répond pas à la demande. Les prises en charge peuvent donc s'avérer parfois incohérentes, inadaptées et souffrent d'un manque réel de coordination et de coopération notamment sur les prises en charge commune du fait d'un cloisonnement entre le service d'aide et le service de soins, non seulement dû à la création beaucoup plus récente du service de soins, mais surtout parce que celui-ci bénéficie d'un cadre juridique strict, d'un référentiel métier des aides

soignantes et des infirmières mais aussi par rapport au fait que ce sont des interventions beaucoup plus structurées avec des pratiques encadrées. Le service d'aide à domicile de création certes beaucoup plus ancienne, souffre d'un manque réel de professionnalisme inhérent à la possibilité d'exercer sans diplôme que ce soit au niveau même des aides à domicile, que de l'encadrement et notamment des responsables de secteurs.

1.4.5 - Les responsables coordinatrices forment le principal relais de la politique des ressources humaines

L'Association est gérée par un conseil d'administration de dix membres, composé d'une Présidente, d'un Vice-président d'un secrétaire, d'un trésorier et d'autres membres bénévoles, tous maires de communes avoisinantes sur les cantons d'intervention, présents depuis plus de quinze ans, pour certains même depuis la création, sauf pour la Présidente depuis quatre ans. Actuellement 130 salariées travaillent au sein du Club Ami des Anciens, représentant 89,08 équivalents temps plein, uniquement des femmes. Le personnel, tous services confondus, est présent depuis de nombreuses années. La pyramide des âges montre le vieillissement du personnel : 21,11% ont plus de 50 ans et 64,4%, tous services confondus donc aide et soins sont âgées de 45 ans et plus. Certains membres de l'équipe sont présents depuis la création et ont donc connu Sœur Marie Vincent la « Fondatrice ».

Le mode d'entrée en emploi dans l'association se fait tout d'abord par des contrats à durée déterminée de quelques heures pour l'aide à domicile, suivant les plans d'aide à servir, et de 70 % pour le soin. Cependant, dès lors que la personne a un CDD tout est mis en œuvre si le travail lui plaît pour la garder dans la structure en CDI et lui augmenter ses heures d'intervention au fur et à mesure de l'arrivée des plans d'aide.

En annexe 2 le tableau 2 est composé de deux parties : partie pour l'activité du service de Soins financé par la DDASS, et la deuxième pour l'activité Aide à domicile, financé par le Conseil Général.

A la lecture des tableaux, on peut d'ores et déjà se rendre compte de l'augmentation importante du personnel conformément à l'augmentation du nombre d'usagers.

On peut constater une forte augmentation liée à l'activité, aussi bien en terme de volumes horaires que d'effectif. Le personnel augmente et les heures de travail aussi. L'accent est mis bien entendu sur la prise en charge des usagers, en revanche, le service administratif en 2003 n'a pas bougé proportionnellement à l'activité.

Le recrutement se fait au niveau local, par « bouche à oreilles » suivant les personnes qui se présentent et les curriculum vitae envoyés par les candidates. Il est effectué par les responsables coordinatrices, responsables de secteur pour la partie aide à domicile et

infirmière coordinatrice pour la partie soins. Il est important de noter que dans ce service la gestion des ressources humaines au niveau des aides à domicile et des aides soignantes est axée sur la fidélisation.

En effet, il s'agit d'un métier difficile, usant, souvent considéré comme précaire, instable et malgré tout, les personnes restent surtout compte tenu du fait que les responsables essaient dans la mesure du possible, en tenant compte des impératifs liés aux bénéficiaires, « d'arranger » les aides à domicile en terme de déplacements et de volume horaire. Les responsables de secteur vont devoir mettre en place des interventions avec les aides à domicile et devront identifier précisément qui « va devoir y aller » « qui est capable de ou pas » ; sans aucun outil d'analyse spécifique, sans éléments objectifs, la responsable de secteur fait entrer en jeu sa propre représentation et sa subjectivité. En revanche, il est possible d'exercer le métier d'aide à domicile sans diplôme encore aujourd'hui, ni formation spécifique.

De plus, ces deux services ont deux conventions collectives pour une même association, la convention collective de mai 1983 pour l'aide à domicile et la convention collective du 31 octobre 1951 pour le soins, pouvant générer des disparités importantes entre les deux, surtout en terme d'avantages sociaux.

Les dernières actions de formation prises sur les fonds disponibles de la formation continue de l'établissement, ont été destinées au personnel administratif en ce qui concerne la législation en vigueur par rapport au contrat de travail, ou encore à l'élaboration du budget. Les actions de formation individuelles ne sont pas initiées et les moyens financiers ne sont donc pas tous utilisés. D'une façon générale, pour l'ensemble des deux services, la formation répond uniquement à des besoins ponctuels de l'Association et à des demandes des salariés, souvent pris sur les fonds de formation disponibles ou à défaut sur les fonds propres de l'Association.

De plus j'ai pu observer à plusieurs reprises que les aides à domicile et les aides soignantes peuvent par exemple s'absenter sans motif, modifier l'emploi du temps établi, ou encore ne pas effectuer l'intervention complète. Dans certains cas encore, il a pu être constaté de l'épuisement relayé souvent par un sentiment d'impuissance face à des situations quotidiennes comme par exemple les conflits familiaux, ou encore face à des pathologies lourdes sur le plan physique ou psychologique pour lesquels elles ne peuvent rien. Elles ne demandent pas d'aide ni conseils, non plus auprès des responsables de secteur ou de leurs collègues.

Par ailleurs, compte tenu du nombre de salariées, les élections des déléguées du personnel ont été réalisées mais sans succès puisqu'il y a eu carence. De plus, il n'y pas de comité d'établissement.

Le CADA répond donc à des besoins de plus en plus nombreux diversifiés et complexes, chaque situation est particulière, chaque intervenant est tenu de s'adapter. Ainsi devant

les enjeux de l'aide et du soins à domicile, le CADA présente une équipe expérimentée, certes, peu diplômée sauf au niveau du soin, mais assez affaiblie compte tenu des situations d'urgence, des pathologies, du vieillissement etc.. Il me paraît raisonnable d'évoquer l'idée d'un fossé entre le service d'aide à domicile et le service de soins, en terme de formation. En effet, pour les aides soignantes il existe un référentiel métier réel, il s'agit d'un métier à part entière et reconnu, y compris d'ailleurs de la part des personnes âgées pour lesquelles les aides soignantes interviennent. C'est un diplôme qui permet d'exercer non seulement en institution mais aussi donc en soins à domicile. Ainsi, les aides soignantes qui exercent dans un service d'aide à domicile et dont le celui du CADA, l'ont choisi délibérément. C'est un choix que d'exercer à domicile plutôt qu'en institution, motivé par une certaine liberté apparente dans le travail, une certaine autonomie et surtout motivé par une autre relation autre qui s'instaure entre l'intervenant et le patient à domicile, intervention professionnelle dans un cadre privé qu'est le domicile. Il s'agit d'une autonomie relative car il peut y avoir une maîtrise du rythme de travail, et moins de subordination à comparer avec d'autres emplois de même niveau de qualification, observation valable aussi bien pour les aides soignantes que pour les aides à domicile. En revanche, nous l'avons déjà vu, il n'est pas nécessaire d'être diplômé pour exercer le métier d'aide à domicile, c'est encore un travail à la marge, qui n'a pas de reconnaissance professionnelle réelle et sérieuse, même si il existe un encadrement par un référentiel particulier (CAFAD 1988 ou plus récemment le DEAVS, MCAD, ADVF), créant ainsi un fossé important entre ces deux métiers et donc les pratiques qui en découlent. Cependant dans les deux cas, il s'agit d'un travail relationnel, de contact humain, de relation de confiance (possèdent la clé du domicile) avec une utilité sociale puisqu'elles interviennent auprès de personnes fragiles.

1.4.6 - La population âgée accompagnée à domicile

1.4.6.1 - Une activité soutenue

L'activité pour l'aide à domicile est soutenue depuis l'année 2002, suite essentiellement à la mise en place de l'APA. Les années précédentes sont marquées par une stagnation de l'activité. La reprise réelle se fait à partir de l'année 2000, date à laquelle deux CCAS de deux communes alentours ont été absorbés. Le service entre dans les principes de la tarification en 2003. A titre indicatif, ci-dessous un tableau récapitulatif des heures effectuées en sachant que de 1988 à 2000 le volume horaire est passé de 18133 à 22068 en 12 ans, soit une augmentation de 21,7%. Pour les heures de 2007, elles font l'objet d'une estimation dans le cadre du budget prévisionnel. A ce jour les 15% d'augmentation prévus par rapport à l'année 2006 se réalisent.

Heures aide à domicile:

Année	2001	2002	2003	2004	2005	2006
heures	26880	37525	55964	67597	76846	90859
Taux	21,80 %	39,6 %	49,13%	20,78%	13,68%	15,42%

En ce qui concerne l'activité soins, elle suit la même progression que l'aide à domicile à savoir que l'on peut constater une augmentation importante au cours de l'année 2002 suite à l'APA puis une diminution de l'augmentation où l'activité tend à se stabiliser. En revanche le nombre de patients reste le même et l'activité augmente malgré tout synonyme que ces mêmes patients ont besoin d'avantages de soins et d'attention.

Journées soins :

Année	2001	2002	2003	2004	2005	2006
journée	13473	16048	18164	20174	21203	22212
Taux	8,4%	19,11%	13,85%	11,06%	5,1%	4,54%

1.4.6.2 - Un net vieillissement de la population et une aggravation des pathologies

Les tableaux annexe 2, tableau 3 permettent d'illustrer l'important vieillissement de la population accompagnée au cours des cinq dernières années.

L'accompagnement des personnes âgées de plus de 80 ans représente plus de la moitié de l'activité avec une progression quasi constante, en annexe 2, tableau 4. Conformément à une constatation nationale, la population âgée augmente aussi dans notre service.

Les tableaux 5 en annexe 2 mettent en évidence une autre caractéristique de la population accompagnée : il s'agit d'une population en grande majorité est féminine et seule à domicile.

Les affections de l'appareil locomoteur et cardio-vasculaire sont les plus fréquentes compte tenu de l'avancée en âge et requièrent des accompagnements spécifiques à domicile, notamment dans la stimulation de l'autonomie mais aussi en terme d'éducation, de prévention etc..(Annexe 2, tableau 6) De plus des durées de prises en charge sont en constante augmentation liée aussi au type de pathologie (annexe 2, tableau 7).

1.4.6.3 - Des situations d'urgence à l'origine de l'accompagnement à domicile

On peut remarquer aujourd'hui, quotidiennement que le service d'aide et de soins à domicile doit faire face à des situations dites d'urgence pour une mise en place rapide de l'aide permettant à la personne de rester chez elle comme elle le souhaite dans les meilleures conditions possibles. Depuis 2000, 6 situations regroupent 81% des usagers à l'origine de l'accompagnement.

Le tableau en annexe 2, tableau 8, aide à la compréhension en matière de situation d'urgence. En effet, au cours de l'année 2006, on peut constater une importante diminution des origines du besoins d'accompagnement et de soin pour la perte d'autonomie liée essentiellement à la vieillesse, au profit des sorties d'hôpital, des accidents cardio-vasculaires, ou encore des problèmes de cols du fémur , mais aussi en liaison avec l'épuisement de la famille.

Les délais de prise en charge, pour le soin sont en moyenne de quatre jours. Si il n'y a pas de possibilité dans la tournée, les patients ne seront pas admis du tout. Donc, depuis 2003, des refus sont croissants, 21 pour 2004, 34 pour 2005, 41 pour 2006 et aujourd'hui nous sommes à 28 refus. Malgré tout ces personnes sont placées sur liste d'attente et peuvent intégrer les tournées si il n'y a pas eu de solutions entre temps.

En ce qui concerne l'aide à domicile, il faut au minimum des délais dits administratifs pour l'élaboration du dossier, pour la CRAMA quatre mois, la MSA un mois (huit jours pour un accord d'urgence), deux mois pour l'APA sauf accord d'urgence.

Une fois le dossier réputé complet et admis par le financeur, la mise en place de l'accompagnement est de 3 jours en moyenne.

1.4.6.4 - Une forte demande pour des prises en charges pour les plus âgés

Depuis les années 2001 et 2002, le Club Ami des Anciens est de plus en plus sollicité non seulement pour les situations d'urgence mais aussi pour les personnes les plus âgées en perte d'autonomie, plus de 85 ans, isolées, pour lesquelles la vie à domicile serait compromise sans l'intervention de service d'aide.

Mais aussi parallèlement, le service de soins qui a vu ses places augmenter de 5 par autorisation de la DDASS , c'est à dire de 50 à 55 et depuis août 2005 de 55 à 60 places, depuis 3 ans maintenant une liste d'attente pouvant aller jusqu'à 17 personnes. Ces dix sept personnes ont besoin de soins, mais ne peuvent bénéficier des services du CADA car le nombre de patients est atteint et bien souvent les infirmiers libéraux locaux ne peuvent non plus faire face à la demande.

L'évolution de la demande montre que le service est de plus en plus sollicité pour les situations d'urgences par nos partenaires qui font appel à nos prestations. Ils reconnaissent le sérieux des mises en place, et du suivi, la rapidité de réponse, la

possibilité de travailler en partenariat avec le CLIC notamment, et la bonne implantation au niveau local.

1.5 Accompagnement des personnes isolées en perte d'autonomie à domicile

1.5.1 La mise en place de l'intervention

Devant les demandes adressées par le Conseil Général, l'établissement se sent assez démuni pour cette typologie de population. Ces personnes souffrent de sentiments de solitude, d'isolement, de pathologies diverses, de perte d'autonomie, pour lesquelles il est complexe de mettre en place des services d'aide à domicile.

En général, ces personnes ne veulent plus trop de contacts avec l'extérieur mais sont aussi très demandeuses du fait de leur isolement. Les habitudes de vie sont très ancrées, pouvant même s'avérer dangereuses et l'arrivée d'une aide à domicile peut être vécue comme une véritable intrusion. Certes une réponse rapide pourra être apportée en terme de mise en place, mais l'aide à domicile peut formée se sent souvent impuissante, s'épuise, et la personne âgée n'est pas satisfaite, on ne répond pas à sa demande correctement.

Pour ce type d'accompagnement le travail de l'aide à domicile paraît tout à fait incomplet au regard de la diversité des besoins des personnes. D'autre part, il est souvent demandé des actes beaucoup plus spécifiques comme les aides à la toilette mais qui ne doivent être effectués que par des personnes diplômées type auxiliaires de vie sociale, ou sous couvert d'une infirmière coordonnatrice. De plus, les personnes qui ont une prescription médicale de la part de leur médecin ne peuvent pas instantanément intégrer le service de soins générant ainsi une liste d'attente. Ces personnes bénéficient de prescription à 90% pour la toilette ou l'aide à la toilette qui doit être exécutée par une aide soignante ou une auxiliaire de vie sous la direction d'une infirmière coordonnatrice.

Pourtant les deux services d'aide et de soins travaillent à proximité mais ne collaborent pas sur les dossiers, ne coopèrent pas non plus sauf occasionnellement pour des besoins d'urgence, alors que les deux sont complémentaires notamment dans le cadre de l'aide à la toilette.

Le tableau suivant synthétise les points communs et les divergences entre le service de soins et le service d'aide à domicile du Club Ami des Anciens :

	Soins à domicile	Aide à domicile
Lieu d'intervention	domicile	domicile
Intervention centrée	Sur la personne, intervention de type médical	Sur l'environnement, accompagnement, intervention sociale
Personne aidée	Personne âgée personne handicapée	Personne âgée personne handicapée
Convention collective	Convention collective 1951	Convention collective 1983
Reconnaissance sociale	Métier reconnu personnel diplômé, lisibilité, sélection à l'entrée	Métier peu reconnu, à la marge, pas de diplôme, peu de lisibilité, pas de sélection
Tâches	Définies, spécifiques, ciblées, uniquement effectuées par des professionnels	Plus larges, représentation « ménagère », polyvalence, effectuées par n'importe qui
Diplôme	Aide soignante requis	Pas de diplôme ou DEAVS – ou autre ADVF ou MCAD
Durée d'intervention	Encadrée, de 20 minutes à 45 minutes journalier	Encadrée mais beaucoup plus longue jusqu'à 2 heures journalier
Environnement d'intervention	Travail en lien avec les intervenants médicaux et paramédicaux, reconnaissance de la fonction	Travail à coté de l'équipe médicale paramédicale, pas ou peu de reconnaissance.
Évaluation	Évaluation quantifiable	Évaluation plus subjective
Outil de travail	Petit matériel médical, cahier de transmission	Matériel ménager, pas de cahier de transmission

1.5.2 - La Coopération : une hypothèse de changement de perspective

L'ensemble des questions posées par l'accompagnement et l'intervention à domicile convie à travailler ensemble, que chaque service soins et aide puisse apporter leurs compétences sur les dossiers, pour une prise en charge optimale et plus globale. L'aspect social de l'aide à domicile et l'aspect soins pourraient être abordés conjointement sur les dossiers. Le meilleur service pourra être apporté en terme d'aide à domicile, si il n'y a pas de soins, la personne aidée ne pourra pas être satisfaite ; et à l'inverse, les meilleurs soins pourront être attribués si la personne aidée n'a pas les moyens d'aller faire ses courses ou encore de se préparer à manger, les soins n'auront plus d'intérêts aucun. De plus, dans le cadre de l'aide à la toilette, afin de répondre à un besoin immédiat de prescription par un médecin traitant pour une prise en charge par le service de soins, une auxiliaire de vie est à même de réaliser ce travail, d'autant plus supervisée par les infirmières du service. Ainsi, le service d'aide à domicile peut interpeller les caisses de retraite ou dans ce cadre précis l'équipe d'évaluation APA en situation d'urgence pour une prise en charge rapide et pallier à la liste d'attente.

Dans cette perspective, les professionnelles des deux services sont co-auteurs de la prise en charge et la personne âgée doit rester acteur.

En formulant l'hypothèse d'un travail en coopération, nous serions à même de promouvoir une dynamique afin :

- de mieux prendre en compte les besoins et les demandes des personnes âgées à leur domicile, et donc d'ajuster la réponse aux besoins dans un objectif de souplesse, d'adaptation,
- de construire des outils à partager entre tous les professionnels, et avec les personnes aidées.

2. La coopération, un concept au service de la personne âgée aidée à domicile

La coopération peut revêtir des sens multiples et plus précisément on peut parler des relations de coopération au travail, travail en équipe, travail collectif. Mais ce sont des termes utilisés, aussi bien au niveau industriel, commercial que médical etc. Ces termes font référence tantôt à l'organisation des activités professionnelles, et tantôt à des échanges spontanés entre des partenaires, des collègues engagés dans des mêmes actions. La polysémie attachée à ces mots induit des confusions et montre que les frontières qui séparent l'organisationnel « formalisé » de l'entraide « informelle » ne sont pas forcément fixes et rigides, ni établies selon les mêmes critères dans les différents collectifs de travail. De plus, le sens très connoté du mot « équipe » en milieu ouvrier qui renvoie presque systématiquement aux « équipes horaires » par opposition en journée dite normale, existe également en milieu médical et à fortiori aussi au CADA. L'équipe de soins renvoie habituellement au personnel paramédical type aides soignantes et infirmière coordonnatrice travaillant sur un secteur, alors que « l'équipe médicale » se réunit autour du médecin, et l'équipe de l'aide à domicile est composée des aides à domicile et des responsables de secteur. Déjà dans cette condition, travailler en équipe ne signifie pas obligatoirement coopérer. L'organisation même du travail peut donc ainsi limiter directement ou indirectement la coopération au travail par les relations difficiles voire conflictuelles instaurées entre les membres des équipes.

Au sein du CADA, la séparation formelle nette entre les services, matérialisée dans les locaux par un couloir, indique aussi le sens particulier pris habituellement par les collectifs de travail. Les équipes sont essentiellement composées d'un côté pour le service de soins de personnels médicaux, paramédicaux, infirmières et aides-soignantes, professions reconnues, bien encadrées par les textes. En revanche pour les aides à domicile, équipe de l'aide à domicile, leur métier est reconnu un peu à la marge, peu valorisé, avec une absence de référentiel pouvant ainsi créer une importante disparité entre les équipes et une importante différence de culture, renforcées par deux conventions collectives différentes. Cependant, l'intérêt de la personne aidée exige que tous les acteurs de l'accompagnement du CADA coopèrent afin de lui apporter tous les actes essentiels pour un maintien à domicile optimal. La personne aidée devient donc un point central pour l'articulation de la coopération dans cette organisation.

2.1 La coopération confrontée à l'isolement social des personnes aidées

2.1.1 - La personne âgée aidée : un usager, un bénéficiaire mais aussi un client

La personne aidée par le CADA est un usager dans le sens où elle est titulaire d'un droit d'usage sur une chose ou un bien qui appartient à autrui. D'ailleurs cette notion d'usager est souvent reprise dans les textes qui encadrent notre activité y compris dans le décret du 25 juin 2004 2004-613. C'est son statut qui confère des droits à la personne âgée. D'ailleurs le dictionnaire Critique d'Action Sociale caractérise cette notion d'usager en précisant : « *enrichissement de l'action sociale, qui insiste tant à la fois sur les droits propres des usagers, sur les interactions contractuelles entre les professionnels et les usagers et sur les questions éthiques.* ». Néanmoins, en plus d'un usager c'est aussi un bénéficiaire, qui bénéficie d'une « prestation de service » effectuée par le CADA. La prestation de service « *s'inscrit dans une relation d'échange, ou plus exactement une transaction, puisque cette relation n'est pas spontanée mais en fait l'objet d'une négociation et généralement d'une contractualisation*¹³ ». Il « tire donc bénéfice » de cette prestation de service. Dans ce cadre là, il peut aussi revêtir la qualité de client. En effet, ce mot vient du latin « Cliens » « *Dans la société romaine, il arrivait qu'un homme libre en difficulté financière vînt se placer sous la protection d'un homme plus aisé ; il devenait alors cliens, et son protecteur était le patronus. Le client devait servir son patron auprès des autres, en échange de dons en nature ou en espèces (sportula). Le client venait chaque jour effectuer sa salutatio matinale, au cours de laquelle il recevait sa sportula. Ensuite il accompagnait son patronus au forum : l'importance du patronus se mesurait au nombre de ses clientes. En échange de la protection de son patronus, le cliens avait un devoir, qui se nommait la fides.* »¹⁴ De ce point de vue, client s'applique aussi aux bénéficiaires du CADA puisqu'ils peuvent le cas échéant acheter la prestation de service si le financeur ne règle que partiellement la prestation. L'autre client reste bien entendu le financeur, conseil général, caisse de retraite, mutuelle ou encore aide sociale, qui achète la prestation. Mais il y a aussi une certaine notion intéressante de dépendance qui transparaît là dans cette définition, et qui peut aussi démontrer que dans ce cadre là le client bénéficiaire de la prestation de service reste un client certes mais pas comme celui de « l'économie de marché » qui « *puise sa force dans sa capacité de changer à tout moment de prestataire, alors que l'usager des institutions sociales reste souvent captif,*

¹³ LOUBAT J.R, *instaurer la relation de service*, Dunod : Paris, 2002. 256 p, p 78

¹⁴ Site internet article disponible : { HYPERLINK "http://michel.cavey-lemoine.net/article.php3?id_article=27" }

*par sa méconnaissance ou l'inexistence d'alternative¹⁵ ». Une des raisons pour laquelle une personne âgée a besoin d'accompagnement à domicile est la perte d'autonomie ou la maladie. Ainsi, certains usagers qui bénéficient des services de l'équipe du soin, sont des « malades » ou des « patients ». En latin, le patient est un « souffrant », *Patere* c'est endurer, mais la notion forte reste plutôt la passivité « subir ce que l'on n'a pas choisi ». Et pour clore, je pourrai aussi évoquer un autre terme qui existe au sein du CADA, « le papy », « la mamie » utilisé essentiellement par les aides à domicile et les aides soignantes qui montrent combien en entrant chez la personne depuis des années, en pénétrant dans un espace privé dans le cadre professionnel, la bonne distance au travail n'est pas une attitude spontanée.*

Aujourd'hui, nous pensons qu'avant d'être un client, un usager, un bénéficiaire, un patient, un « papy » ou une « mamie », c'est avant tout une personne unique et singulière, avec son histoire, son vécu, son parcours, à partir de laquelle va se construire son projet personnalisé.

2.1.2 - La vieillesse facteur et processus d'exclusion sociale

Il conviendra tout d'abord de définir la notion de vieillesse. Les définitions concernant la vieillesse sont diverses et variées avec des acceptions plus ou moins négatives. On pourra d'abord citer l'encyclopédie (¹⁶) qui définit la vieillesse comme « *le dernier âge de la vie se traduisant par la diminution de toutes les activités, ou bien le grand âge de quelque chose, et enfin comme l'appellation des personnes âgées en général* ». Se dégage ainsi une notion de finitude, et même de faiblesse : « dernier âge » et « diminution de toutes les activités ». Il ne s'agit donc pas d'une définition positive, mais plutôt brute, nette tranchante, définitive.

D'autres définitions plus neutres permettent de mieux appréhender le concept de la vieillesse :

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

¹⁵ DUCALET P, LAFORCADE M, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales, sens enjeux et méthodes*, Paris : Seli Arslan, 272 p.

¹⁶ Encyclopédie Universalis multimedia version 7

*diminution des capacités.»*¹⁷ Cependant, comme l'écrit Vincent Caradec¹⁸ «*il n'est pas facile de définir la vieillesse, la notion évoquant une série de termes qui se confrontent, se recouvrent ou s'opposent : personnes âgées, vieillards, troisième âge, aînés, retraités, seniors etc...Il n'est guère plus simple de déterminer à quel moment elle commence : la catégorie statistique des personnes âgées en fixe le seuil à 60 ans, mais bien des sexagénaires refuseraient un tel classement*».

De plus, on parle toujours de « l'expérience des vieux mais le vieux n'a pas l'expérience du vieillissement ».

C'est une découverte quotidienne, une aventure. Face à la vieillesse, le vieux est un apprenti. Parler de sa vieillesse, c'est d'abord parler de sa surprise d'être devenu vieux. Aragon : «*Que s'est-il donc passé ? La vie et je suis vieux*». *Surprise non pas de vieillir, puisque vieillir est un processus mais de se découvrir un jour vieux. [...]*»¹⁹

Ainsi la vieillesse au travers de ces définitions apparaît certes comme un phénomène naturel mais aussi culturel selon les époques et les lieux. La vieillesse reste un état, et le vieillissement un processus à multiples dimensions qui amène à la vieillesse.

*« La vieillesse en tant que destin biologique est une réalité, il n'en reste pas moins que ce destin est vécu de manière variable selon le contexte social : le sens ou le non-sens que revêt la vieillesse au sein d'une société mettent celle-ci tout entière en question, puisque au travers elles, se dévoilent le sens et le non-sens de toute vie antérieure. »*²⁰

Brian L. Mishara, professeur au département de psychologie de l'université du Québec à Montréal, dans son ouvrage « le vieillissement »²¹ envisage le vieillissement sur quatre dimensions différentes qui permet de mieux appréhender cette notion.

- La dimension chronologique :

La vieillesse est la continuité de l'état enfant, adolescent puis adulte. Il s'agit là d'une définition plus administrative, si l'on considère en plus, l'âge légal d'éligibilité pour la pension retraite au XXème siècle, qui est l'âge d'entrée en retraite.

¹⁷ MISHARA B. R, RIEGEL R. G *Le vieillissement*, Paris : Presses Universitaires de Paris, 1984.

¹⁸ CARADEC V *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Paris : Armand Colin, 2005. 126p. Collection 128 sociologie.

¹⁹ PUIJALON B. *60 80 100 ans...bien vieillir en milieu rural*, famille rurale, septembre 2002

²⁰ BEAUVOIR de S, *De la vieillesse*, Paris : Gallimard, 1970.

²¹ MISHARA L Brian *Le vieillissement*, Paris : PUF 2001. 268 p.

- La dimension physico biologique :

Cet aspect évoque le changement physique qui s'opère avec le vieillissement, comme la perte de force, de vitesse, de dextérité, de coordination des gestes, altération de la vue, l'ouïe, l'odorat etc. Et des problèmes de santé.

- La dimension psychoaffective :
Avec le vieillissement a lieu des changements psychologiques de deux ordres :
Les changements dits cognitifs, ceux qui affectent la façon de penser, ainsi que les capacités intellectuelles, et les changements qui concernent l'affectivité et la personnalité.
- La dimension sociale :
L'avancée en âge génère des conséquences sur le plan social très importantes. Tout d'abord il s'agit principalement du nombre d'interlocuteurs qui diminuent progressivement, et donc par là même les réseaux sociaux., la famille proche peut s'éloigner, les amis disparaissent. Il est aussi important de noter que les ressources financières pour la plupart diminuent avec l'entrée en retraite.

De plus la vieillesse génère son lot d'images, comme par exemple le coût de la retraite et de la santé, de l'hébergement, du maintien à domicile, principales préoccupations qui stigmatisent les personnes âgées : elles ne produisent pas et elles coûtent. Ces images peuvent renforcer cette solitude vécue par les personnes âgées et quelquefois un sentiment d'exclusion.

Le vieillard exclu est celui qui se dégrade, se "démentifie", celui qui souffre de dépendance physique, psychique, sociale.

2.1.3 - Vieillesse et isolement social : une préoccupation constante dans l'accompagnement à domicile

L'isolement social peut être défini comme la situation d'une personne ayant peu de contacts avec autrui, et dont les liens diminuent. « *L'isolement social se mesure théoriquement par le nombre de contacts sociaux et se définit comme une séparation avec le milieu se traduisant par un nombre très restreint de relations satisfaisantes et valorisantes.* »²² L'isolement social est une mesure objective des contacts sociaux, et quelquefois il peut être comparé à une nouvelle forme de pauvreté, celui de la pauvreté relationnelle.

En revanche, la solitude sociale désigne une situation en général mal vécue du fait de la quantité insuffisante des rapports sociaux, de la qualité de ces derniers, ou des deux. Ce n'est donc plus un choix personnel. La solitude est notamment caractérisée par un

²² DELISLE M.A., *que signifie la solitude pour les personnes âgées ?* In revue canadienne du vieillissement, 7, n°4, 1988, p339-357.

nombre de relations perçu comme insuffisant ou par une qualité insatisfaisante des relations existantes.

Une mention particulière pour les femmes âgées : elles sont plus susceptibles de souffrir de solitude, leur espérance de vie est plus longue que celle des hommes, perdent souvent leur conjoint, leurs amis et des membres de leur famille qui leur procuraient soutien social et émotionnel.

De plus, les pertes successives et répétées sont souvent annonciatrices pour la personne âgée de la perte de sa propre vie.

La désaffiliation sociale est un concept qui peut aider à éclairer ce phénomène d'isolement social et de solitude des personnes âgées. La désaffiliation est produite par l'absence de participation à toute activité productive et par l'isolement relationnel. Le concept de désaffiliation sociale peut être défini comme la fragilisation de l'intégration relationnelle. La désafférentation induite par le vieillissement biologique peut induire la désaffiliation, elle est ensuite entretenue par le processus de désaffiliation. Robert Castel affirme *«qu'il y a risque de désaffiliation lorsque l'ensemble des relations de proximité qu'entretient un individu sur la base de son inscription territoriale, qui est aussi son inscription familiale et sociale, se trouve en défaut pour reproduire son existence et pour assurer sa protection»*²³ Souvent l'apparition de la désaffiliation sociale se manifeste de façon insidieuse et peut survenir brutalement, au moment du retrait du travail, ou du décès d'un proche. C'est un processus qui peut conduire à l'exclusion de la société pour l'individu, qui se trouve déjà en difficulté à un âge avancé de la vie, avec d'autres pertes qui sont du domaine de la santé, de l'apparence, de la mobilité, de la rapidité d'exécution du mouvement, de la qualité des sens. Le phénomène de la désaffiliation sociale des aînés apparaît au moment où l'Etat ou le Département tend à remplacer la famille dans la prise en charge des problèmes individuels, en cas de déficit de la solidarité intergénérationnelle. La fragilisation des aînés arrive avec tous les événements familiaux, éloignement des enfants, décès des enfants, absence de conjoint, décès du conjoint, déplacement géographique à l'âge de la retraite (retraite au soleil, dans le sud en général, et en tous cas loin de tout réseau social antérieur), disparition du cercle d'amis, des voisins.

2.1.4 - Au delà de la souffrance d'être seul, la souffrance d'être aidé

En France, la plupart des personnes âgées dépendantes mobilisent le réseau familial pour maintenir leur prise en charge à domicile. Cette aide dite informelle s'accompagne

²³ CASTEL R, *Les métamorphoses de la question sociale*. Paris : Fayard 1995. 490 P, P 52.

fréquemment d'une charge subjective lourdement ressentie par l'aidant, le conduisant parfois à institutionnaliser la personne aidée dans les cas extrêmes ou à faire appel aux services d'aide à domicile. Il existe cependant des ruptures temporaires (hospitalisation "de répit") et définitives (placement) de personnes dépendantes prises en charge à domicile par un aidant informel. « *La demande d'aide relève d'un processus spécifique à la personne âgée : être aidé c'est reconnaître sa dépendance, devenir tributaire, et s'inscrire dans la réalité d'une fin de vie. La reconnaissance de la dépendance aboutit à une représentation de soi dévalorisée dans la mesure où l'individu se perçoit objectivement dans une situation qu'il connaît parfaitement : la perte....La dépendance annonce l'exclusion sociale qui introduit progressivement l'angoisse dans l'environnement et est la source de rapports parfois conflictuels...*²⁴ ».

Cette souffrance provient souvent du fait que la personne âgée s'interdit de demander de l'aide ce qui fait naître un sentiment de frustration engendrant ainsi un repli sur soi. « *Suivant le potentiel de la personne âgée à réagir, la frustration peut déboucher sur un projet compensateur ou inversement, un enfermement qui entraînera une série de pathologies souvent psychosomatiques* »²⁵. C'est la notion de « projet compensateur » qui intéressera le service d'aide à domicile, c'est « le fil conducteur du projet général de l'aide à domicile ». En effet, c'est par lui que l'accompagnement prendra tout son sens et donnera un « sens à l'accompagnement psychologique de la personne aidée et de son environnement ». Le sens évoqué est celui d'une aide à la personne en reposant sur son histoire (personnelle et professionnelle) qui permettrait de stimuler l'autonomie.

De plus, « *la demande d'aide rend objective la fin de la vie telle qu'elle a pu exister auparavant, même si le soutien à domicile est sensé différer, voire éviter un passage en institution* ». La mort n'est plus une hypothèse, elle prend forme, elle prend une signification, et l'heure du bilan d'une vie se fait jour. Désormais la personne aidée à domicile n'exprime ses désirs que par le biais des aidants « *perdant de fait tout ce que sa liberté d'être lui avait donné* ». A ce sujet, la vieillesse reste une étape de l'existence pendant laquelle chacun doit pouvoir poursuivre son épanouissement. La plupart des personnes âgées resteront autonomes et lucides jusqu'au dernier moment de leur vie. L'apparition de la dépendance, quand elle survient, se fait à un âge de plus en plus tardif. Cette dépendance peut être due à l'altération de fonctions physiques et/ou à l'altération de fonctions mentales. Même dépendantes, les personnes âgées doivent continuer à exercer leurs droits, leurs devoirs et leurs libertés de citoyens. C'est ainsi que La

²⁴ VERCAUTEN R BABIN N, *Un projet de vie pour le maintien à domicile des personnes âgées*, Paris : Eres 2003. 152 p, p52

²⁵ VERCAUTEN R BABIN N, *Un projet de vie pour le maintien à domicile des personnes âgées*, Paris : Eres 2003. 152 p, p53

Commission sur " les droits et libertés " de la personne âgée créée en 1985 sous l'égide la FNG, (commission multidisciplinaire permanente de réflexion et de propositions) a rédigé en 1997 la « Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante » (annexe 3) ayant pour objectif principale de reconnaître la dignité de la personne âgée devenue dépendante et de préserver ses droits.

2.2 - L'évaluation comme fondement de la coopération, fondement du projet compensateur

L'évaluation est un enjeu considérable et constitue le fondement de l'intervention car c'est à partir des constats tirés de cette évaluation que sera mis en place le projet d'accompagnement de la personne à aider et donc le plan d'aide.

2.2.1 - Entendre les besoins de la personne à intégrer dans le projet

Le projet définit comme « compensateur » repose sur le vécu de la personne âgée, personnel, professionnel et sur son environnement, fait apparaître des besoins. Ces besoins vont définir une demande d'aide sur des aspects matériels, physiologiques et psychologiques.

Le niveau matériel de la demande d'aide est au premier plan. En effet, ce sont les aspects d'abord financiers qui conditionnent l'accompagnement. Si les besoins financiers sont suffisamment couverts et lui permettent de vivre au quotidien, ils sont tout aussi importants lors d'une demande de prise en charge à domicile. Faute de moyens, l'aspect financier pourra dans certains cas limiter l'aide attendue et nécessaire. Malgré les financements « croisés », caisse de retraite, mutuelle, ou APA et aide sociale, quelque fois le nombre d'heures financées ne sera pas suffisant malgré le besoin et la personne ne pourra pas forcément l'assumer directement. Sur ce même registre, l'achat de matériel peut s'avérer nécessaire dans le cadre du maintien à domicile ou encore différentes aides techniques ne faisant pas partie de la prise en charge financière. Cependant, il est très rare que la personne âgée en fasse expressément la demande, en revanche, la vieillesse peut entraîner une certaine forme de handicaps qui peut compromettre le maintien à domicile, parce qu'il nécessite un minimum d'aménagement. Une étude en amont par des professionnels adaptés tels que ergothérapeute permettrait d'évaluer les adaptations nécessaires au logement et à la personne âgée pour le confort et une diminution des risques (chutes...).

La demande physiologique, à part si la personne souffre d'une pathologie particulière avérée et connue, n'est que très rarement exprimée. Soit par méconnaissance, la

personne âgée n'a pas conscience de l'évolution de son état, soit elle ne s'autorise pas à exprimer ses besoins, par pudeur, par fierté ou tout simplement pour ne pas déranger.

Entendre ses besoins permettrait une adaptation spécifique à la personne, au niveau de ses repas, de ses sorties (déplacements), et permettrait aussi une meilleure connaissance de la personne pour stimuler son autonomie tout en respectant, sa culture, et ses habitudes de vie.

La demande psychologique n'est jamais formulée directement non plus. Il faut pouvoir l'entendre. La demande psychologique est très souvent liée à la perte, perte d'autonomie, perte de membres de la famille, du conjoint (deuils) etc., engendrant un trouble des repères psychosociaux. Concrètement « *ces pertes altèrent le plaisir de vivre et anesthésient leurs désirs*²⁶ ». Une écoute relationnelle pourrait répondre à cette demande, non seulement de la part de l'aide à domicile mais aussi de la part d'un professionnel, tel qu'un psychologue qui pourrait repérer avec la personne âgée les éléments qui stimulent son émotion. On a vu se développer ces dernières années, des groupes de paroles animés par les psychologues, destinés aux personnes âgées, mais cela reste particulièrement difficile en terme de logistique (transport, salle etc.) et la qualité en est réduite dans la mesure où il ne peut y avoir de relations duales.

2.2.2 - Le contexte des réponses possibles : une nouvelle approche globale

Avant tout, il est important de préciser que le maintien à domicile, ce n'est pas comme certains veulent le caricaturer « confiner la personne à son domicile ». Il s'agit plutôt d'accompagner la personne qui le souhaite dans son domicile, lui permettre sur le long terme de rester chez elle, avec ses habitudes de vie et le plus longtemps possible intégrée dans le tissu social local qui a été le sien.

Mais c'est aussi sur le court terme lui permettre de ne pas rester chez elle, si elle ne le peut pas (accident aigu de santé) ou si elle ne le souhaite pas (besoin de changer momentanément de cadre de vie, d'aller ailleurs).

Par conséquent, le maintien à domicile, cela veut dire soutenir et accompagner au domicile mais aussi en dehors du domicile.

C'est pour cela qu'au delà des services intervenant à domicile de la personne, les structures d'aide à domicile, c'est aussi l'hôpital de court séjour, l'hôpital de soins de suite et de rééducation, mais encore l'hébergement temporaire, l'accueil de jour et de nuit, les familles d'accueil, les centres de vacances, etc.

²⁶ VERCAUTEN R BABIN N, *Un projet de vie pour le maintien à domicile des personnes âgées*, Paris : Eres 2003. 152 p, p68

Ainsi un des enjeux du projet compensateur est qu'il doit définir le contexte dans lequel vont intervenir les réponses. On a vu l'importance de tenir compte de la personne à aider dans sa globalité, c'est à dire en tenant compte de l'environnement, mais aussi de ses besoins exprimés et de sa capacité à accepter l'aide, de sa réceptivité.

De plus, la réponse intervient dans un contexte où il y a souvent de l'aide formelle et /ou informelle en action pour la personne âgée : famille, voisins, professionnel. Ainsi, la réponse devra aussi tenir compte de ce contexte et s'installer en toute cohérence avec tous les acteurs de l'aide pour non seulement optimiser l'aide, s'appuyer sur l'existant mais aussi pour ne pas mettre la personne aidée en difficulté par rapport à un aidant. En effet, la personne âgée pour laquelle un service d'aide à domicile intervient ne peut plus s'assumer toute seule, elle se fragilise et devient vulnérable, s'en remet facilement à un aidant, et malgré elle peut devenir un enjeu de pouvoir.

De plus l'aide à domicile est le théâtre de confrontations d'habitudes et de cultures, un « champ de force ». L'aide à domicile intervient donc dans ce contexte, et le terme intervenir dans ce cadre là prend toute sa dimension et sa limite. En effet, intervenir signifie « se rendre médiateur, interposer son autorité ». *« C'est bien de la dimension autoritaire mais aussi médiatrice qui montre toute l'étendue de l'enjeu de l'aide à domicile. Celle-ci devient alors une rencontre complexe d'individus et d'intimités, pouvant provoquer un choc pour chacun d'entre eux, et au sein de laquelle vont s'élaborer les réponses. »*

L'aide à domicile se construit sur l'acceptation : celle d'être aidée, d'avoir quelqu'un chez soi qui entre avec sa propre culture, ses propres représentations, une professionnelle qui à son tour accepte d'entrer chez la personne aidée, accepte la différence et accepte de remettre en question ses propres pratiques au service de la personne à aider.

« Au coeur même de cette problématique, les réponses sont ancrées dans la tolérance où domine une relation d'employé. Il s'agit ainsi de réguler les relations communes dans un cadre économique qui permet de prendre du recul et de mettre des limites à l'intervention à domicile, même si celui-ci développe une grande ambivalence entre intimité et professionnalisme.²⁷ »;

2.2.3 - L'évaluation de la perte d'autonomie pour un plan d'aide personnalisé

Il me paraît intéressant de développer la notion de dépendance par rapport à l'autonomie pour expliquer ensuite la nécessité d'un outil. La définition de la dépendance couramment

²⁷ VERCAUTEN R BABIN N, *Un projet de vie pour le maintien à domicile des personnes âgées*, Paris : Eres 2003. 152 p, p77

admise, est le besoin d'une tierce personne pour effectuer les actes de la vie courante (se laver, se déplacer, s'alimenter, s'habiller). La première définition française du mot dépendance dans le champ de la vieillesse émane du Docteur Y Delomier, d'un centre d'hébergement de long séjour à Saint-Etienne, dans la revue gériatrique : « *le vieillard dépendant a donc besoin de quelqu'un pour survivre, car il ne peut du fait de l'altération de ses fonctions vitales, accomplir de façon définitive ou prolongée les gestes nécessaires à la vie* »²⁸. Dans cette définition, « *le mot dépendant est bien l'attribut du mot vieillard et la dépendance est identifiée comme un état d'incapacité ; cet état amène à la nécessité d'une aide extérieure et donc d'une relation.* »²⁹. Ici on perçoit le schéma : déficit – incapacité et donc besoin d'aide que l'on retrouve à mon sens, dans la séquence du médecin anglais P. Wood et donc reprise par l'OMS comme classification internationale. Cette séquence était une commande de l'OMS faite au Docteur P. Wood entre 1972 et 1973, pour réfléchir sur la classification internationale des maladies. A cet effet, Ph. Wood élaborera une séquence linéaire que je schématise ainsi « Maladie-->déficience-->incapacité-->handicap ». Cependant, en « *France, les médecins de santé publique vont abusivement sortir cette conceptualisation de son cadre de référence, la maladie chronique, pour la transposer dans le champ de la vieillesse, confondue de ce fait avec une maladie chronique.* »³⁰. Ainsi Jean-Claude Henrard, professeur de santé publique Faculté de médecine Paris-IDF Ouest, en 1979, dans un numéro la revue de la Fondation nationale de la Gériatrie, consacré aux aspects sociaux de la santé des personnes âgées, a largement repris cette séquence linéaire dans l'esprit de la vieillesse. A la lecture de cet article on s'aperçoit du « glissement conceptuel » qui s'opère en transposant la séquence de Wood :

- Wood : Maladie chronique -->déficience-->incapacité-->handicap
- Jean-Claude Henrard : Vieillesse-->déficience-->incapacité-->dépendance

Au delà du fait même que cette transposition est largement discutable, cette conception de la dépendance conforte une image négative et stigmatisante de la vieillesse. La définition de la perte d'autonomie me paraît plus adaptée dans ce cadre là, puisque c'est « *un handicap relié à l'impossibilité pour une personne d'effectuer par elle-même certains*

²⁸ DELOMIER Y, *Le vieillard dépendant, approche de la dépendance; Gériatrie n°12*, 1973.

²⁹ ENNUYER B, *les malentendus de la dépendance, de l'incapacité au lien social*, Paris :Dunod 2004. 330p, p86

³⁰ ENNUYER B, *les malentendus de la dépendance, de l'incapacité au lien social*, Paris :Dunod 2004. 330p, p93

actes de la vie courante, dans son environnement habituel»³¹. Cette définition me paraît intéressante car elle met bien en avant la notion d'environnement habituel, l'interaction entre la personne et son environnement, indispensable à l'évaluation globale.

2.2.4 - Les principes de la grille AGGIR : outil de mesure et première base du projet compensateur

La mise en place d'une évaluation transversale et multidimensionnelle est justifiée dans le sens où il existe néanmoins une certaine similitude dans les situations rencontrées : personnes en perte d'autonomie, souffrant de maladies chroniques invalidantes etc. Ainsi il existe donc déjà une grille d'analyse AGGIR (autonomie gérontologique, groupe iso ressources) mise au point par des médecins gériatres du syndicat national de la gérontologie clinique et consacrée par la législation dans le cadre de la loi instituant la PSD. Cette grille d'analyse (annexe 3) permet d'apprécier, d'estimer la situation des personnes âgées exclusivement, initialement établie pour mesurer la dépendance en institution, elle est aujourd'hui utilisée pour l'attribution de l'APA. La grille AGGIR comprend dix variables dites discriminantes : la cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillement, l'alimentation, l'hygiène de l'élimination, transferts, déplacement à l'intérieur du logement, déplacement à l'extérieur et communication à distance. A chacune de ces variables correspondent trois options : a) fait seul, totalement, habituellement et correctement, b) fait partiellement ou non habituellement ou non correctement et c) ne fait pas. Il est important de noter que la grille AGGIR est aussi constituée de sept variables dites illustratives que sont la gestion, la cuisine, le ménage, les transports, les achats, le suivi de traitements et les activités de temps libre, mais qui ne rentrent pas dans le calcul de la détermination du groupe Iso ressources, ni d'ailleurs les deux dernières variables discriminantes. Ainsi à partir des réponses fournies (a, b ou c) par rapport aux huit variables discriminantes un calcul de score permet de déterminer à quels des six groupes iso ressources appartient la personne. Certes ces personnes ont souvent des profils d'incapacité différents mais le besoin en nombre et d'heures d'intervention et de soins sont les mêmes et l'appartenance à tel ou tel groupe montre surtout la gradation du niveau de dépendance.

2.2.5 - Les limites et les faiblesses de la grille AGGIR, prise en compte d'une réalité

³¹ BLOUIN M, BERGERON C, et al. *Dictionnaire de la réadaptation*, tome 1 : *termes techniques d'évaluation*. Québec : Les Publications du Québec, 1995. 130 p., p. 48

« La création de l'outil AGGIR est intervenue alors que l'objet même de l'évaluation n'est pas conceptualisé, et de plus, dans un contexte dans lequel les pouvoirs publics cherchent à maîtriser les dépenses sociales et par conséquent à pouvoir s'appuyer sur un indicateur permettant d'en contenir l'évolution. »³² Avis et rapport du conseil économique et social sur le rapport présenté par M. Maurice Bonnet.

De plus la grille est centrée sur les capacités ou les incapacités de la personne à réaliser telles ou telles actions définies par les variables, et ne tient pas compte de la personne elle-même et de son environnement, que ce soit au niveau familial, relationnel ou encore logement, milieu urbain ou milieu rural. De plus les états chroniques invalidants, facteurs de perte d'autonomie plus ou moins importante et d'affectation de qualité de vie, variables aussi suivant l'interaction avec l'environnement. La grille AGGIR, dont l'origine est la détermination de la dépendance en institution, permet en réalité de définir une charge de travail en termes d'heures et de soins professionnels. Cependant, même cette répartition de charge de travail est aussi discutable puisque dans le cadre de l'intervention à domicile, une stimulation de l'autonomie étant prépondérante, le temps passé dans le cadre de la stimulation d'une personne en GIR 3 sera beaucoup plus important qu'une personne en GIR 1 qui pourtant de par son GIR est estimée avoir besoin de beaucoup de soins. La quantité et la qualité d'aide requise ne sont pas corrélées au « girage ». Avec ce seul outil il est aujourd'hui impossible d'appréhender la situation de vie d'une personne, pour laquelle des limitations fonctionnelles et d'activités lui sont propres, dans un contexte de vie qui lui est particulier.

En revanche, la démarche d'évaluation centrée sur l'individu doit amener à l'élaboration d'un plan d'aide personnalisé, véritable projet de vie.

2.3 - La qualité de vie à domicile enjeu de la coopération

Dans un premier temps, il convient tout d'abord de définir le concept de la qualité de vie. La qualité de vie est une notion qui appartient au langage courant, et régulièrement utilisée dès lors qu'il s'agit d'évoquer l'homme dans son environnement. C'est un concept assez imprécis utilisé aussi bien en matière d'écologie, de milieu de travail, d'urbanisme etc.

2.3.1 - La qualité de vie : un concept multidimensionnel pour une approche globale, objectif d'un projet individuel compensateur

³²

BONNET M , *Pour une prise en charge collective quelque soit leur âge des personnes en situation de handicap*, Avis et rapport du conseil économique et social, 2004. 156 p

Même si elle ne se présente pas comme explicitement reliée à la santé, la qualité de vie est fréquemment conçue comme un indicateur subjectif de santé, l'OMS d'ailleurs ne définit plus la santé comme l'absence de maladie "*mais comme un état complet de bien-être physique, psychologique et social*".

Une définition intéressante dans ce cadre présent, a été émise sur le site de l'agence de santé publique du Canada : La Qualité de vie est le degré dans lequel les objectifs intellectuels, spirituels, économiques, sociaux et sanitaires sont réalisés³³. Ainsi, à partir de cette définition on peut aisément comprendre que ce concept répond à un souci de prise en compte de la globalité d'une personne. Ainsi, Le Professeur Robert Launois qui dirige l'Institut de Recherche et d'Évaluation Médicale et Économique (IREME) évoque la qualité de vie en termes très généraux mais multidimensionnel "*Bien sûr, la qualité de vie dépend de multiples facteurs comme le revenu, la liberté, les conditions de vie et la qualité de l'environnement*" (Launois et al., 1995) ou encore « *une bonne qualité de vie se définit donc par un sentiment de bien-être, une intégration sociale satisfaisante et un bon état physique* »³⁴, qui encore une fois reprend l'idée de la personne dans sa globalité et de subjectivité par le sentiment de bien-être. « *Ce qui fait la qualité de vie de tout un chacun - quelle que soit son infirmité - c'est bien sûr la plus ou moins grande indépendance matérielle, économique et physique. Mais c'est avant tout par le libre choix d'un mode d'existence singulier en fonction des idées, des besoins, des rêves qu'elle s'exprime.* »³⁵, selon Pierre Brunelles docteur en psychologie.

La qualité de vie renvoie donc essentiellement aux expériences subjectives vécues par une personne mais aussi aux conditions de vie objectives dans lesquelles elle évolue. La qualité de vie ne peut donc pas s'entendre hors contexte individuel, et renvoie à une personne en particulier, son cadre de vie, ses souhaits et ses choix. La qualité de vie reste une notion très subjective sur laquelle doit s'appuyer le projet compensateur de l'accompagnement afin d'être cohérent et pertinent vis à vis de la personne à aider. Chacun des aidants sera chargé de coopérer et d'intervenir en fonction de ses

³³ Article disponible sur le Site

{ HYPERLINK

"<http://www.moteurline.apf.asso.fr/epidemiostatsevaluation/etudeshp/csapf/qolbrunelles.htm>"}

Pierre BRUNELLES Docteur en psychologie.

³⁴ R LAUNOIS *La qualité de vie, panorama et mise en perspective* dans Décision thérapeutique et qualité de vie 1992

³⁵ P BRUNELLES, *la qualité de vie des personnes atteintes de déficiences motrices : de la mesure de l'indépendant à l'expression de l'autonomie*, Paris, 1996

compétences sur une des dimensions qui construit la qualité de vie.

Ce concept est repris par trois fois dans la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, charte qui représente la base même de notre action à domicile.

2.3.2 - Apprécier la qualité de vie de la personne aidée : quelques indicateurs dans la Charte

La recherche en matière de qualité de vie est toujours orientée vers le bénéfice de la personne à aider. On l'a vu, la qualité de vie liée à l'aide à domicile, présente un caractère multidimensionnel. L'identification de ces dimensions et l'importance respective qui leur est attribuée lors de l'évaluation pour l'élaboration du projet compensateur sont des enjeux importants. Les quatorze articles de la charte (annexe 4) reprennent à mon sens les multiples dimensions de la qualité de vie, y compris à domicile tout en y associant aussi, dans les premiers articles, les droits fondamentaux. Ce document constitue la base sur laquelle doit s'appuyer l'aide à domicile pour une intervention cohérente, et donne la mesure et les « indicateurs » généraux et objectifs qui pourraient satisfaire la qualité de vie. Il est à noter que cette charte n'a pas de portée juridique, et qu'elle a un caractère plus informatif, pédagogique que normatif. Elle s'appuie sur une réflexion plus large et englobe les réponses que la société est tenue d'apporter afin de garantir aux personnes âgées une qualité de vie et une fin de vie conformes à leurs souhaits, à leurs possibilités, en respectant leur droit et leur liberté.

L'article 1 – choix de vie

Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie

C'est un rappel utile et fondamental, notions de choix et de liberté. La dépendance est un enjeu majeur pour notre société mais un concept aussi multidimensionnel. Cependant on peut noter que la dépendance n'est pas incompatible avec un soutien à domicile mais peut comporter des risques qu'il faut savoir accepter.

L'article 2 – domicile et environnement

Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement doit être choisi par elle et adapté à ses besoins.

A nouveau, le libre choix de la personne par rapport à son lieu de vie doit être respecté. Son grand âge, son handicap, sa perte d'autonomie ou encore l'isolement ne doivent pas constituer une entrave au choix de vie y compris à domicile.

L'article 3 – Une vie sociale malgré le handicap

Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer de se déplacer et de participer à la vie de la société.

Cet article rappelle que la vie sociale doit être encouragée, enjeu là encore très important dans notre société. Les relations sont primordiales quelque soit l'âge même si l'avancée en âge réduit cette volonté de relations. Cependant, cet article rappelle aussi la nécessaire adaptation de la société, de l'environnement aux possibilités des personnes âgées.

L'article 4 – Présence et rôle des proches

Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes

L'article 4 s'intéresse aux relations entre les personnes et leur environnement personnel et familial. Il est en effet intéressant de noter que bien souvent comme on l'a vu auparavant c'est la lassitude des familles, leur épuisement qui est à l'origine d'un placement en institution. Les personnes âgées ont un réel besoin de soutien pour rester et vivre à domicile, ainsi que les aidants naturels. Le vieillissement ne signifie pas non plus la rupture du lien social, les personnes âgées doivent pouvoir continuer à mener une vie sociale et affective comme ils l'entendent.

L'article 5 – Patrimoine et revenu

Toute personne doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

Bien que la situation des personnes âgées se soient grandement améliorée, de profondes inégalités subsistent. Cependant, chacun doit pouvoir disposer de ses ressources conformément à ses désirs, sous réserve de protection légale en cas de dépendance psychique.

L'article 6 – La valorisation de l'activité sociale et culturelle de la personne âgée

Le processus de disqualification est par nature insidieux et peut avoir des conséquences désastreuses chez certaines personnes âgées. L'absence de stimulation ou de mobilisation de leurs ressources peut expliquer en partie le sentiment d'inutilité voire de rejet souvent éprouvé. L'absence ou le nombre peu suffisant d'action ou de projet visant à transmettre le savoir est à déplorer. Trop peu de place est laissée pour des actions de ce type dans notre société. Des projets pourraient donc conduire les personnes âgées à porter un autre regard sur eux-mêmes et sur la société en général.

La qualité de vie à domicile pourrait donc être l'objectif visé d'un projet individuel compensateur qui inclurait à la fois les choix des personnes à aider mais aussi en fonction de leur degré de dépendance, leur renoncement. En réaménageant leur espace de vie, en acceptant l'aide, les personnes pourraient dans la mesure du possible continuer à faire ce qui les motivait, les stimulait et leur faisait plaisir. Le projet compensateur en ce sens est aussi un projet de vie, quelque soit l'âge de la personne pour lequel tous les acteurs

de la prise en charge doivent se mobiliser et travailler ensemble pour atteindre cet objectif.

2.4 - La coopération : un changement culturel profond

« L'idéologie représente la force de coopération dans une organisation : elle tend à la collégialité et au consensus. On « tire tous ensemble dans le même sens » pour le bien commun - « nous » y sommes tous ensemble. »³⁶ H. MINTZBERG, l'auteur utilise « le terme idéologie pour décrire la culture d'une organisation qui est à la fois riche et unique et qui unit ses membres étroitement à l'organisation. » « Manager une entreprise, c'est avant tout manager une communauté d'hommes pour les faire coopérer à une oeuvre commune, dans un champ de contraintes, internes et externes très diverses »³⁷ -

2.4.1 - Le management de la connaissance : une option managériale au service de la coopération

En effet, la coopération n'est pas sans conséquence sur une structure comme le CADA pour laquelle cette forme de travail collaboratif n'a jamais été initiée. La globalisation de l'accompagnement au service d'un projet compensateur multidimensionnel est une nouvelle orientation pour le CADA qui entraîne une nouvelle forme de travail : la coopération. La coopération va aussi directement impacter le management des ressources humaines, il conviendra donc en tant que directeur d'établissement de réfléchir aux options managériales jusqu'ici retenues, si elles peuvent être ou non cohérentes avec la nouvelle orientation qu'est la coopération.

Le Knowledge Management, le management par la connaissance, dans ce contexte, pourrait constituer une première réponse, car à la fois il donne du sens et répond à des problématiques réalistes. La connaissance doit être entendue comme connaissance utile, et finalisée. Et son management s'applique à des facteurs essentiellement humains. Les problématiques auxquelles le KM va s'efforcer de répondre dépendent de chaque entreprise et institution, et de chacun des univers où elles se situent. Le KM ou management de la connaissance, Dominique GENELOT l'a abordé en rappelant que *« la connaissance n'est pas un objet reflétant la réalité, mais une construction de l'esprit en*

³⁶ MINTZBERG H, *Le management, voyage au centre des organisations*, Paris : Editions d'Organisation 2005, 703 p, p 482.

³⁷ GENELOT D , *Manager dans la complexité*, Paris : Insep consulting Editions, 2003., 357p, p185

réponse aux sollicitations de la réalité. La connaissance est le moteur du processus de production de sens. » Il poursuit par une définition telle que : « Les femmes et les hommes qui travaillent ensemble dans une entreprise ont besoin, pour se coordonner entre eux, de construire des significations partagées, de donner à leur action un sens incompréhensible par les autres. Ils mobilisent pour cela la construction de sens soit collectivement partageable, que les actions et les initiatives des uns et des autres soient en correspondance et en synergie, il est indispensable que la communauté humaine qui compose l'entreprise élabore et diffuse en permanence un corps de connaissances partagées. » C'est donc cette « utilisation collective des connaissances » que l'on désigne sous le nom de knowledge management ou management de la connaissance.

2.4.2 - De la compétence individuelle à l'association apprenante

Il y a encore quelques années, la compétence était définie par l'accumulation de savoirs acquis dans le cadre de l'expérience et de la formation. Aujourd'hui, compte tenu de l'évolution des technologies, mais aussi de la diversification de la demande, sans compter la pression concurrentielle, qui existent aussi au sein du CADA, engendrent une évolution et une adaptation rapide et permanente de l'activité attendue. Sous-entendu, que l'on attend aussi une évolution et une adaptation des savoirs, savoir-faire et savoir être. « *La compétence est devenue un enjeu stratégique majeure* »³⁸. Ainsi l'INSEP Consulting a désormais défini la compétence comme : « *La capacité à utiliser et à combiner des connaissances et des savoir-faire acquis pour maîtriser une situation professionnelle donnée et pour obtenir les résultats attendus* ». Il s'agit donc aujourd'hui d'une compétence en construction permanente. Genelot rappelle à ce sujet que « *parce qu'elle est évolutive et contextuée, la compétence ne peut plus être acquise seulement par la formation initiale ou continue. La connaissance se construit par confrontation à l'action. Il faut organiser le travail pour qu'il devienne formateur lui-même. L'organisation doit devenir formatrice ou qualifiante* ». Mais l'organisation apprenante va encore plus loin dans ce sens : « *non seulement on y sollicite leur initiative pour le développement de l'organisation du travail, et leur réactivité pour s'adapter en permanence et anticiper les évolutions internes et externes.* ». C'est donc bien l'organisation dans son ensemble, et donc le CADA dans ce cadre là, qui devient « *apprenante et adaptative* » et qui crée des compétences organisationnelles, pour constituer la base de notre culture commune, en vue de concevoir des projets compensateurs multidimensionnels pour les personnes à aider, s'appuyant sur les compétences individuelles voire même techniques.

³⁸ GENELOT D, *Manager dans la complexité*, Paris : Insep consulting Editions, 2003. 357p, p272

2.4.3 - La coopération un changement de paradigme, une décision de groupe et un changement social

La coopération s'inscrit donc aujourd'hui dans le contexte des services d'aides à domicile, non seulement d'un point de vue juridique puisque les services d'aide et de soins sont appelés, on l'a vu, à devenir service polyvalent d'aide et de soins à domicile conformément au décret du 25 juin 2004, mais parallèlement la vision multidimensionnelle du projet de vie compensateur de la personne, elle même co-auteur, constitue un changement profond, s'apparentant à un changement de paradigme. C'est Thomas Kuhn en 1962 qui a développé ce concept : il s'agit d'une certaine vision du monde qui sert de cadre de référence, de modèle fédérateur à toutes les pensées « normales » de l'époque. *« Ce qui sort de cette normalité relève d'un changement de paradigme, mutation quand l'expérience vécue par les hommes change au point de changer leur vision du monde »*. L'autoritarisme est peu compatible avec l'idéal démocratique et peut avoir des inconvénients majeurs, tels que tensions conflits ou autres, qui peuvent donc s'avérer problématique pour une organisation. Ce n'est donc pas cette option managériale qui pourrait amener le changement de pratique, et de comportement, en terme de savoir être (compétence), mais plutôt une logique de discussion pour amener à la coopération.

2.4.4 - Une logique de discussion pour s'appropriier le changement

Une expérience réalisée pendant la seconde guerre mondiale me paraît intéressante pour illustrer la conduite de changement. Cette expérience porte sur le changement des habitudes et les normes de groupe. A cette époque Kurt Lewin, psychologue et enseignant américain a été sollicité pour changer des habitudes alimentaires des américains et notamment pour qu'ils consomment des abats de bœuf au lieu de la viande bœuf. Pour conduire ce changement, Lewin s'appuie sur sa théorie du « *champs de force* » : tout système est composé de forces motrices poussant au changement et de forces résistant au changement.

Il existe un état quasi stationnaire dans lequel ces deux types de forces s'affrontent et s'équilibrent. Si l'une des deux forces prend le dessus, alors un déséquilibre s'instaure, soit vers le changement soit vers la résistance au changement.

Sa stratégie devait favoriser les forces motrices propres au changement des habitudes alimentaires. Il fit porter l'expérience sur les maîtresses de maison, leur rôle de ménagère leur conférant une position stratégique importante comme « *voie de passage ou d'accès* ». Lewin chercha à savoir si, pour changer les habitudes (alimentaires) la méthode la plus efficace était de soumettre les sujets à une série de conférences ou de susciter parmi eux des groupes de discussion. La présentation « *magistrale* », didactique

et informative des bienfaits du changement alimentaire eu peu d'effet. Les réunions – discussion en petit groupe, animée par un « *meneur de jeu* » fut plus efficace.

Pour Lewin, une des raisons pour lesquelles le groupe de discussion est plus efficace que la conférence, c'est qu'il effectue lui-même sa propre police, que le contrôle social y est plus efficace. Le groupe permet de vérifier que les engagements pris au niveau collectif (norme de groupe) ont bien été respectés au niveau individuel. La conformité à la norme de groupe sera récompensée alors que la déviance individuelle sera « punie ».

Une autre raison est que dans le cas de la conférence, le processus d'influence se ramènerait à une sorte d'hypnose, où la toute puissance de l'émetteur fait pendant à la passivité absolue du récepteur. Dans le cas de la réunion-discussion, si tant est que l'animateur utilise un style démocratique d'animation de groupe (non-directif sur le fond, varié sur la forme), l'influence serait plutôt un processus d'échange interpersonnels où l'autorité de l'émetteur est garantie par la richesse et l'étendue de ses rapports avec les individus qu'il se propose d'influencer, en même temps qu'elle lui permet d'effectuer un contrôle continu sur la conformité des « *récepteurs avec le message qu'il leur a transmis.* ».

2.4.5 - Le changement durable, une volonté nécessaire au CADA

Cette expérience montre que si une injonction au changement est faite par les représentants de la société avec des logiques de persuasion le changement ne s'inscrit pas durablement. Le management « démocratique » et la technique de la discussion collective en groupe facilitent des transformations durables.

F. Bourricaud³⁹ commentant l'expérience de Lewin précise que le style de management « démocratique » est efficace parce qu'il assure au groupe son autodétermination grâce à la technique de la discussion collective. Par « autodétermination », F. Bourricaud entend une situation telle que le groupe parvienne à préciser lui-même ses propres objectifs et qu'il acquière une conscience réfléchie des issues que la situation lui offre et des obstacles qu'elle lui réserve. F. Bourricaud précise que la familiarité et l'aisance des rapports entre leaders et individus sont un effet de leur commune volonté de définir ensemble des objectifs qui engagent tous les membres du groupe. « *L'autodétermination signifie que le groupe est conscient des fins et des moyens de son propre pouvoir ; c'est*

³⁹ BOURRICAUD F., *Esquisse d'une théorie de l'autorité*, Paris : PLON 1991. 420p, pp. 173-189.

à cette condition qu'il forme une unité collective réelle, et se met en état d'exercer le plus efficacement son pouvoir de contrôle sur le milieu qui l'entourne. »⁴⁰ Cette position active signifie que le groupe n'est pas seulement en stricte position de s'accommoder passivement à des contraintes que lui impose son environnement.

L'expression « *le groupe est conscient de...* » place ce processus d'autodétermination dans une autre logique que celle de la manipulation. Dans le cas d'un management « démocratique » et participatif du changement, « *les objectifs ont largement été débattus, les moyens ont été examinés et soupesés, les diverses alternatives qui s'offrent au groupe lui ont été honnêtement appréciées. Aussi lorsque le groupe se décide, c'est lui-même tout entier qu'il engage : la situation en fonction de laquelle la décision a été prise se trouve définie par un effort collectif d'information et d'évaluation. Quand la discussion conduit le groupe à choisir et à s'engager dans son choix, elle le motive et le détermine ; et dans la mesure où cette discussion a été libre, ouverte et méthodique, donnant à chacun une possibilité d'y participer, c'est bien le groupe qui s'est motivé et qui s'est déterminé lui-même. Ainsi s'est instaurée une volonté générale par laquelle le groupe se fixe à lui-même ses propres lois et détermine les conditions de sa propre obéissance.* »⁴¹.

Ainsi, toute cette étude fait émerger à mon sens une base sur laquelle peut s'appuyer les principes opératoires de la coopération :

a) Une mutation du paysage institutionnel :

- mise en conformité avec le nouveau type de service SPASAD conformément au décret du 25 juin 2004 : les services d'aides et de soins à domicile sont des services assurant au sein d'une même entité juridique, les missions d'un SSIAD et les missions d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile,
- vieillissement du public concerné par notre action,
- imbrication des problématiques (maladie, handicap, isolement...).

b) un recentrage des missions sur :

- des modes d'actions centrées sur l'environnement de la personne, une approche plus globale de la personne à aider,
- le passage d'une logique d'apport de services dit ménagers à la personne âgée à une logique d'accompagnement global, multidimensionnel, s'appuyant sur les ressources de la personne co-auteur du projet, visant à prévenir les effets de la

⁴⁰ BOURRICAUD F, *Esquisse d'une théorie de l'autorité*, Paris : PLON 1991. 420p, p184

⁴¹ BOURRICAUD F, *Esquisse d'une théorie de l'autorité*, Paris : PLON 1991 420p, pp. 184

désaffiliation,

- l'élaboration d'un projet individualisé d'aide d'accompagnement et de soins sur la base d'une évaluation globale des besoins de la personne.

Ainsi, pour le directeur, l'enjeu est que ce mode d'intervention et d'accompagnement soit partagé par les personnes aidées et les aidants familiaux, par tous les professionnels du service d'aide et de soins à domicile, mais aussi par les partenaires et tous les acteurs de l'aide à domicile du territoire, que sont les médecins libéraux, les infirmiers libéraux ou encore le CLIC. L'option que j'ai choisie, n'est pas finalement de séparer définitivement les deux services, en deux associations, formalisant ainsi les pratiques déjà instituées depuis fort longtemps dans cette structure. Bien au contraire, compte tenu du projet d'accompagnement, il est souhaitable d'organiser la mise en cohérence des actions de chaque type de professionnels intervenant à domicile. Il m'apparaît donc déjà plus opportun dans un premier temps de centrer l'action uniquement en interne, au sein de la structure Club Ami des Anciens, et donc de travailler la coopération entre le personnel intervenant par divers leviers. Certes les partenaires et les acteurs extérieurs sont aussi importants, et partie prenante, mais avant tout, la nouvelle culture d'accompagnement doit être appropriée d'abord par les salariées pour mieux la véhiculer à l'extérieur par la suite.

3 - La Coopération : une nouvelle dynamique pour fonder le projet du SPASAD et ajuster l'accompagnement

« Ce qui rend le changement social si difficile, c'est qu'aucun acteur ne le perçoit de la même manière, au même moment...la problématique du changement porte bien sur la gestion d'un héritage, qu'il faut valoriser mais aussi dépasser, pour aller vers un autre modèle, de représentation du positionnement, de l'action et du management des établissements sociaux. Autrement dit, il ne s'agit d'aucune façon de renier le passé : les réponses qui ont été apportées en leur temps par d'autres générations de professionnels étaient inscrites dans un contexte historique donné. Tout en conservant l'état d'esprit et les valeurs qui ont présidé les modes d'actions d'alors, il faut aujourd'hui penser des réponses qui s'inscrivent dans un tout autre contexte. »⁴²

« La tâche prépondérante du directeur, celle qui spécifie sa fonction, est l'élaboration de la politique et de la stratégie de son établissement ou service. Il dispose pour ce faire d'un outil privilégié : le projet d'établissement. Le projet est au cœur de la problématique managériale. C'est lui qui cristallise le sens de l'action »⁴³. C'est dans cet état d'esprit que je souhaite élaborer ce projet d'établissement, sans renier le passé, il me faut penser des réponses qui s'inscrivent dans ce nouveau contexte qu'est notamment l'entrée des services d'aide à domicile dans le champ médico-social.

Le Club Ami des Anciens, en 2004, fonctionnait encore sur des modes et des repères anciens, l'idée même d'un établissement appartenant au champ médico-social n'était pas connue, ni même envisagée sauf d'une seule personne la Présidente. Ainsi, ce mode de fonctionnement n'a pas favorisé l'accompagnement des personnes âgées isolées en milieu rural et donc n'a pas permis de s'ajuster au besoin. Il me paraît donc primordial d'engager la structure dans une démarche à deux niveaux, et avant tout en interne afin d'organiser les actions et le travail pour répondre aux besoins, mais aussi en externe par la suite pour faire savoir que cette institution va fonctionner sur de nouveaux registres, et annoncer les changements envisagés et validés par le Conseil d'administration. Cet ajustement aux besoins, pourra être réalisé par un tout nouveau travail complètement inconnu dans la structure. Il s'agit pour ma part d'engager un travail non pas de redéfinition, mais plutôt de définition : fonder un projet d'établissement qui contiendra entre autre :

- Un travail de clarification et de définition de l'utilité sociale de l'établissement
- Un travail de personnalisation de l'offre de service

⁴² LOUBAT J.R, *Instaurer la relation de service*. Paris : Dunod 2002. 256p, p24

⁴³ MIRAMON J.M, *le métier de directeur*. Ecole nationale de la Santé publique : 2001 p177

- Une démarche de management qui favorisera l'acceptation et l'appropriation du changement par le personnel

Et des démarches à la fois internes et externes qui permettront d'obtenir l'autorisation conformément aux dispositions de la loi du 2 janvier 2002, article 25, délivré conjointement par le Président du Conseil Général et par l'autorité compétente de l'Etat, la DDASS, avec une petite particularité pour le Conseil Général de la Gironde qui a tarifé les structures qui ne sont pas autorisées et dont le CADA fait partie.

3.1 - Au croisement entre le soin et l'aide à domicile : positionner un dispositif innovant d'accompagnement social et paramédical

La mise en œuvre d'un service paramédical et d'accompagnement social est destinée à permettre l'émergence d'un projet d'intervention global multidimensionnel s'appuyant sur une logique de coopération entre les différents services, aide et soins à domicile. A mon arrivée en septembre 2004, j'ai tout d'abord procédé à un audit, me permettant de faire connaissance avec ce secteur, d'appréhender le fonctionnement, d'évaluer le degré d'avancement par rapport aux exigences demandées dans le cadre de la loi du 2 janvier 2002 et d'orienter ma stratégie. A l'issue de cet audit, présenté aussi en conseil d'administration, où il a été évoqué la nécessaire normalisation du service et notamment par rapport aux enjeux de l'évaluation interne et externe prévue à l'époque à partir de janvier 2007, et le problème du niveau de compétence trop bas par rapport aux exigences (5 personnes diplômées dans les aides à domicile sur les 100, aucune dans l'encadrement, et très peu dans l'administratif), il a été décidé d'embaucher du personnel diplômé qui pourrait relever le niveau de compétence et de qualification requis et participer à la prise en charge globale.

3.1.1 - Adapter l'accompagnement des personnes âgées en milieu rural

En effet, il me paraissait opportun de recruter dans ce cadre là, un psycho gérontologue, une ergothérapeute et une conseillère en économie sociale et familiale qui de par leurs compétences seraient à même d'apporter un nouvel éclairage sur les réponses multidimensionnelles à apporter aux personnes âgées à aider. Non seulement dans l'accompagnement direct avec les personnes âgées mais aussi auprès des aides à domicile qui peuvent souvent rester impuissantes seules face à des situations conflictuelles ou tout simplement à face à des difficultés d'accompagnement, des situations complexes, nouvelles. Ce service d'accompagnement social et paramédical, composé de jeunes professionnelles diplômées, relève donc le niveau de compétence du

service d'aide à domicile, avec une connaissance du secteur médico-social. Elles pourraient se positionner en tant qu'expertes sur les dossiers et apporter leur compétence quant à l'élaboration d'outils d'évaluation. Parallèlement, ce service nouveau pourrait favoriser la coopération entre les deux services aide et soins, puisqu'il interviendrait de façon transversale entre les deux et obligerait par là même à communiquer et à travailler ensemble sur les dossiers. Cependant, l'infrastructure existante ne permettant pas le recrutement par manque de place tout simplement, déménager devenait une nécessité et l'occasion aussi de faire participer aussi bien le service de soins que le service d'aide à la nouvelle organisation et de les fédérer sur un premier projet celui du déménagement.

3.1.2 - Développer les activités du service d'accompagnement social et paramédical : élément incontournable de la prise en charge globale

La finalité et les principales activités de l'ergothérapeute, de la psycho gérontologue, et de la conseillère ont été clairement définies après six mois d'activité. En effet, elles ont débuté avec une fiche de poste créée par mes soins conforme aux objectifs inhérents à leur fonction au sein de la structure. S'agissant d'une création de poste avec des professionnelles dont les compétences relevaient plutôt d'institution mais qui pouvaient être tout à fait transférables en milieu ouvert qu'est le domicile, ce sont elles mais aussi les collègues responsables coordinatrices, qui ont amené leur fiche de poste à évoluer en fonction des objectifs fixés et des besoins rencontrés sur le « terrain ». Les principales activités de chacune sont donc complètement liées avant tout aux bénéficiaires, aux familles puis aux professionnelles de la structure.

Tout d'abord l'ergothérapeute est un professionnel paramédical qui intervient tout au long du processus de rééducation, réadaptation et réinsertion des personnes en situation de handicap. Il sollicite les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles des personnes traitées tout en appréhendant leur environnement humain, matériel et architectural. Ainsi sa prise en charge vise à maintenir, récupérer ou acquérir la meilleure autonomie individuelle et sociale pour les personnes âgées et handicapées avec un volet professionnel pour celles-ci.

Sa fonction auprès des bénéficiaires est principalement de recueillir les demandes, besoins et habitudes de vie, d'évaluer les facteurs personnels, les facteurs environnementaux et les situations de handicap, de concevoir et réaliser des activités de rééducation au travers de mise en situation de la vie quotidienne afin de stimuler les capacités fonctionnelles et cognitives de la personne aidée. Parallèlement et spécifiquement au secteur de l'aide à domicile en faveur des personnes âgées elle est chargée de concevoir et réaliser des stratégies favorisant la prévention des chutes en

évaluant les facteurs de risque de chute, en conseillant et mettant en oeuvre l'aménagement ou le réaménagement du domicile mais aussi en concevant et en réalisant des exercices physiques avec la personne permettant de se relever après une chute.

Elle recherche, conseille et met en place l'utilisation de matériel médical et des aides techniques mais aussi conseille et conçoit des plans d'aménagement en vue d'améliorer l'accessibilité intérieure et extérieure du logement. Elle est chargée de coordonner et de suivre la réalisation des adaptations et travaux préconisés (transformation de sanitaires, mise en place de barres d'appui/redressement, main courante, plans inclinés, adaptation du mobilier et matériel de la vie courante aux capacités de la personne).

Auprès des familles elle conseille les aidants familiaux lors de la manutention de la personne âgée, sensibilise, et aide à la prise de connaissance des capacités de réalisation ou de participation des bénéficiaires en situation de handicap dans certains actes de la vie quotidienne. Elle est aussi amenée à conseiller les aidants sur l'approche à adopter pour solliciter les capacités résiduelles de leur parent dans les activités de la vie quotidienne.

Elle assure aussi une fonction auprès des professionnels et donc conseille les aides à domicile sur les techniques de réalisation de transfert dans le but d'éviter et prévenir les troubles lombalgiques, de repérer les capacités des personnes aidées, de les intéresser dans l'approche à adopter pour solliciter les capacités résiduelles des bénéficiaires dans la réalisation des activités de la vie quotidienne.

De plus l'ergothérapeute travaille en étroite collaboration avec l'employé polyvalent dans le cadre d'aménagement du domicile en vue d'améliorer l'accessibilité intérieure et extérieure du logement, coordonne et suit avec lui la réalisation des adaptations et des travaux préconisés, ainsi que la réalisation d'accessoires spécifiques (pour les activités de rééducation et de loisirs).

Parallèlement, dans le cadre du développement du service elle participe à la conception et réalisation d'ateliers de groupe, travaille en étroite collaboration avec les professionnels de l'association, et dans le cadre de ses interventions, travaille en collaboration avec les structures et professionnels externes (médecins, kinésithérapeutes, orthophonistes, cabinets infirmiers, A.P.F, G.I.H.P, maison départementale des personnes handicapées).

La Psychologue elle aussi intervient auprès des personnes âgées dépendantes ou handicapées; des aidants naturels et des salariés. Elle conçoit et met en oeuvre des méthodes spécifiques d'analyse, d'évaluation, d'accompagnement psychologique, de conseil et de prévention. Elle prend connaissance du cas (écoute d'une demande, observation, analyse du dossier, entretien,...), étudie les phénomènes de la vie affective, intellectuelle et comportementale des personnes, met en évidence l'existence d'une pathologie ou d'un trouble, oriente la personne vers des placements ou des milieux spécialisés, si besoin est, et établit un suivi psychologique (entretiens) ou un soutien psychologique pour prévenir ou soigner un trouble.

Auprès des personnes suivies, elle garantit le traitement de la prise en charge psychologique: réception de la demande, analyse de la situation elle visite et évalue à domicile les personnes susceptibles de bénéficier d'une prise en charge, elle accueille, écoute et élabore avec la personne concernée la démarche psychologique nécessaire.

Elle est amenée à orienter et accompagner si besoin est, vers des praticiens ou services spécialisés, et à élaborer et animer des modes de prise en charge et d'accompagnement collectifs. Auprès des familles elle intervient pour favoriser l'implication des familles et pour consolider le réseau familial. Elle informe afin de faciliter la compréhension et l'adaptation des comportements face à des pathologies, et assure une écoute et un soutien psychologique. Auprès des aides à domicile elle est donc tenue d'informer pour aider à comprendre et à prendre en charge les personnes aidées, plus ou moins dépendantes, d'échanger sur des situations, de manière individuelle ou collective. Elle aide à prendre du recul face aux situations professionnelles et favorise la compréhension des problèmes émergeant. Elle participe à la professionnalisation des Aides à domicile (accompagnement VAE, participation aux réunions de secteur, formation individuelle).

Elle travaille en collaboration avec les différents intervenants internes (Aides à domicile, Responsables de secteur, Conseillère en Economie Sociale Familiale, Ergothérapeute, Employé polyvalent), et extérieurs à l'association (Médecins, Infirmiers, CLIC, Conseil Général...) par le biais de sa participation aux différents groupes de travail, de contacts téléphoniques et physiques, mais aussi par des écrits.

En revanche, le poste de la conseillère en économie sociale et familiale de par son profil est axé sur deux niveaux d'intervention, le premier dans le cadre de la professionnalisation du service prestataire et le deuxième dans le cadre de l'accompagnement et du suivi social des bénéficiaires pour parfaire la prise en charge globale multidimensionnelle.

Elle recherche des financements spécifiques ou complémentaires de prise en charge, elle est chargée d'informer, de conseiller les personnes pour la résolution des problèmes

de la vie quotidienne pour lesquels elle est sollicitée (hygiène, alimentation, aide éducative ou budgétaire,...). Elle assure aussi la relation avec les familles et les aidants (naturels ou non). Elle peut aussi être amenée à accompagner les personnes dans les démarches administratives.

Toutes ses nouvelles professionnelles intervenantes, analysent qualitativement et quantitativement l'accompagnement et le suivi social apporté afin d'évaluer leur prestation. Elles élaborent un rapport d'activité qui est ajouté aux comptes administratifs et utilisé pour l'assemblée générale afin de donner des informations objectives cohérentes à la fois sur un plan qualitatif et sur un plan quantitatif. Cependant, compte tenu de l'enjeu, à savoir positionner ce nouveau dispositif, passage délicat de l'idée du projet à sa réalisation, il me paraissait important d'accompagner l'intégration de ce service capable de générer de la coopération et d'apporter des compétences pluridisciplinaires pour l'accompagnement des personnes âgées à domicile.

Cependant, après six mois de positionnement, les professionnelles semblent se heurter aux limites parfois floues de leur fonction, aux cadres de leur fonction pas assez marqués. Aussi, il devenait indispensable de formaliser par écrit le rôle de chacun des intervenantes, aussi bien de la production (aide à domicile et aide soignantes) que de l'encadrement (responsables coordinatrices) ainsi que du service d'accompagnement social et paramédical.

3.1.3 - L'identification des emplois facteur de coopération et générateur de cadre et de limites : formalisation d'un outil clarifiant, les fiches de postes

Ce type de démarche n'avait jamais été initié dans la structure, et donc aucune fiche de poste n'avait été réalisée même dans le cadre de recrutement. Dans un premier temps il a donc été nécessaire que j'explique pourquoi et dans quel cadre nous allions formaliser ces fiches de postes. Il était important de définir les objectifs et les responsabilités et d'en informer les salariées, car mon choix s'est porté sur l'identification de tous les emplois, Une fois la démarche expliquée, et comprise par les salariées, je proposais à la conseillère en économie sociale et familiale chargée aussi de la professionnalisation du service prestataire de travailler en binôme sur le sujet non seulement dans la rédaction mais aussi dans le recueil d'informations. Tout d'abord nous avons procédé à l'analyse des postes selon des méthodes fréquemment utilisées que sont l'entretien et le journal. L'entretien portait donc d'abord sur l'identification de la salariée et du poste (nom, prénom, poste...) puis sur les tâches effectuées (quoi, avec qui, support, outils, qui décide, qui contrôle...), les relations (hiérarchiques, fonctionnelles) exigences (physiques, intellectuelles, formation...) et évolution de carrière. Cette méthode me paraissait bien

appropriée à la situation car elle permet de recueillir les données relatives au poste assez facilement et assez rapidement dans une certaine objectivité. Cependant, afin d'éviter d'entraîner un risque de surestimation ou de sous-estimation des tâches concernant le poste ou des difficultés, j'avais proposé à chacune préalablement d'enregistrer sur un journal au jour le jour, sur le mois, les tâches principales exécutées décrites librement.

Ensuite ce processus nous a permis d'établir la description et la carte des emplois au sein de la structure et de mettre en lumière le manque de coopération des salariées sur certaines actions. Par exemple, ne serait-ce déjà sur le plan administratif entre le recrutement d'un salarié et l'élaboration du contrat de celui-ci, ou les achats réalisés et l'enregistrement comptable pour le suivi budgétaire, mais aussi dans la prise en charge même de la personne, l'infirmière coordonne les actions, les planifie, la responsable de secteur coordonne, planifie, mais sans dialogue, et sans se consulter engendrant comme nous l'avons déjà vu un manque de cohérence.

Ou encore, sujet classique, ces analyses ont mis aussi en lumière les problèmes de frontières floues entre la travail d'une auxiliaire de vie et celui d'une aide soignantes et ce notamment dans le cadre de la toilette. Ainsi, l'analyse des postes s'est attachée à ce qui est fait dans la réalité, aux tâches, et a répondu à deux préoccupations, l'utilité du travail et la description des composantes. Ceci étant posé, j'ai organisé des réunions par service, administratif, encadrement et accompagnement social et paramédical, afin d'échanger sur les données recueillies. Nous avons travaillé ensemble sur les fiches de postes en proposant qu'il y ait à chaque fois un ou deux rédacteurs, un vérificateur et que je reste l'approbateur.

Ainsi toutes les fiches de postes ont été rédigées (annexe 5), vérifiées et approuvées. Elles ont été remises par mes soins, lors d'entretiens individuels et les doubles sont tous à la disposition du service dans un classeur. Les responsables coordinatrices se sont chargées de remettre les fiches de postes aux auxiliaires de vie, aides à domicile et aide soignantes. Les fiches avaient aussi été travaillées dans le cadre d'un groupe de travail constitué d'un petit nombre de professionnelles, prévu à cet effet là. Ces fiches sont soumises à évolution en fonction des besoins de la structure et pourront être revues après l'entretien professionnel qui sera lui aussi mis en place.

Le processus d'élaboration des fiches de poste a généré pas mal d'énergie positive de la part des salariées et a donc favorisé un début de coopération au niveau de la description des tâches, et une nouvelle répartition plus cohérente. Parallèlement, compte tenu par exemple des responsabilités des responsables de secteur qui encadrent à deux, près de 90 aides à domicile, et près de 600 prises en charges en moyenne, il me paraissait indispensable de les valoriser en terme de rémunération et notamment par le changement

de statut. Ces personnes étaient certes non diplômées mais s'engageront sur un parcours de formation en management. J'ai donc proposé ces mesures au conseil d'administration qui a approuvé et ensuite aux financeurs en les argumentant, afin de passer ces personnes cadres avec une revalorisation du salaire, pour à la fois reconnaître leurs fonctions réelles d'encadrement, et les positionner sur une même égalité que les infirmières coordinatrices. Ainsi a pu être réalisé un organigramme qui sert à la fois en interne pour l'organisation de la structure, et qui servira aussi à titre d'information dans le cadre du livret d'accueil salarié et bénéficiaire.

3.2 - Mobiliser tous les intervenants à domicile du CADA autour du projet d'accompagnement

3.2.1 - Construire l'intelligence collective pour l'organisation apprenante

On l'a vu précédemment, la compétence individuelle ne suffit plus. La complexité de l'accompagnement à domicile, la conception de projet individualisé global, nécessitent l'agrégation des compétences multiples en une compétence collective.

3.2.1.1 - Une formation action analyse de la pratique et régulation pour impulser une dynamique de coopération au service du projet

Depuis mon arrivée, j'ai mis en place une nouvelle organisation du travail liée aux évolutions du secteur, embauché une psychologue – gérontologue, une ergothérapeute, et une conseillère en économie sociale et familiale. J'ai aussi fait évoluer le statut et le salaire des deux responsables de secteur, qui suivent actuellement une formation en management ; recadré l'organisation du travail des aides soignantes et des aides à domicile ; et prévu des formations pour le personnel en 2006 et 2007 et déménagé dans des nouveaux locaux depuis juin 2005.

Cependant les enjeux existants génèrent des « tensions », des crispations, des pertes de repères, voire des résistances au changement, naturelles de la part des salariés quels qu'ils soient et même de la part de la Présidente. J'ai pu observer ces manifestations à plusieurs niveaux : le groupe des aides soignantes notamment qui se trouvent déstabilisées avec la présence, dans l'institution, d'une nouvelle directrice au dessus de leur responsable infirmière, qui recadre leurs habitudes de fonctionnement (amener les enfants à l'école pendant les heures de services, ne pas respecter les heures d'interventions, s'échanger les patients sans prévenir la direction etc.) et l'équipe l'encadrement composée des deux infirmières, des deux responsables de secteurs, pour

lesquelles la communication et la coopération sur les prises en charge sont difficiles puisque inconnu, et l'équipe accompagnement social et paramédical qui amène comme attendu un changement culturel, une nouvelle conception de l'accompagnement. Il me semblait important alors de prévenir le risque d'enkystement de ces « tensions » par un accompagnement adapté qui tient compte de l'organisation dans son ensemble et vise à une réelle cohérence. Des objectifs se dégagent alors dans l'action envisagée :

- 1) Permettre l'intégration de la nouvelle culture ;
- 2) Créer plus de cohérence dans le fonctionnement de l'organisation ;
- 3) Atteindre une meilleure globalisation de la prise en charge de la personne aidée par la co-opération l'ensemble des services ;
- 3) Rétablir une base de confiance et de collaboration réciproque pour une meilleure coopération
- 4) Favoriser les ajustements et régulations qui vont permettre :
 - De vérifier si les valeurs portées par l'association sont bien intégrées et comprises par chacun ;
 - De développer, d'améliorer le dialogue et la motivation entre les membres de l'équipe, entre le leader et les membres.
 - De partager la représentation de la place de chacun dans l'organisation et le sens de sa fonction.

Ainsi, compte tenu des enjeux, et des objectifs à atteindre, il me semblait indispensable de contractualiser avec un intervenant extérieur, pour que les professionnelles puissent s'exprimer en dehors du cadre de travail, dans un espace sécurisé, sans mon intervention directe. Des groupes de travail basés sur des logiques de discussion et d'informations, ont été alors mis en place pour aider au changement de culture en partant du principe que le système est composé de forces motrices poussant au changement et forces résistant au changement.

Ma stratégie devra donc favoriser les forces motrices propres au changement de conception d'accompagnement de la personne aidée. Il s'agit donc de tirer profit de l'expérience des salariées de la structure, de leur poste, leur conférant une position stratégique importante dans les groupes de travail. Ainsi des groupes de régulation, et d'analyse de la pratique vont donc être mis en place à différents niveaux d'intervention, et en même temps afin de développer les compétences de façon collective. Un calendrier est alors instauré sur deux années, septembre 2005 à décembre 2007 avec bien entendu des rencontres formalisées, régulières avec les intervenants pour s'assurer des objectifs à

atteindre et le cas échéant modifier le contrat ou les modalités en fonction de l'évolution du groupe.

Tout d'abord je commencerai par le groupe régulation aides-soignantes composé par les quatorze aides soignantes dont l'objectif principal est de prévenir le risque d'enkystement des « tensions », de favoriser l'appropriation de la nouvelle organisation et des projets futurs ; mais aussi favoriser mon intégration car la responsable infirmière coordinatrice qui a travaillé seule pendant vingt deux ans a pu se sentir à mon arrivée dépossédée de ses fonctions, déstabilisée par mon mode de management. Elle a pu à plusieurs reprises s'exprimer dans ce sens auprès des aides soignantes. La régularité du travail a été un facteur important d'implication et d'intégration ainsi que le respect formel des règles mises en place au cours de ces groupes de régulation. A la fin de chaque session, durant les premiers mois, j'ai assisté régulièrement au retour qu'elles voulaient bien faire et puis d'autres au contraire j'ai assisté à une grande partie de la session car des questions m'avaient été proposées par leurs soins et je choisisais le moment pour y répondre en régulation. Après un départ en position de retrait par rapport au groupe de régulation, elles ont su faire confiance à l'intervenante. Elles ont évolué d'une relation conflictuelle avec des comportements de soumission et de rébellion à une position de coopération. Elles ont montré une bonne capacité de réflexion et d'intégration des concepts d'analyse. Dans ce groupe j'ai pu constater plus de capacité à travailler en équipe et plus de tolérance envers les autres.

Le groupe dit de pilotage composé de l'intervenant, de l'équipe de direction, et d'autres membres décisionnaires clés y compris la Présidente, a été initié parallèlement pour avoir un lieu d'intégration et de suivi afin que l'action soit cohérente avec le fonctionnement de la structure et favorise la diffusion et le renforcement de la culture. Le rythme prévu alors était d'une séance de 3 heures tous les deux mois. La Présidente qui elle aussi avait pu se sentir dépossédée compte tenu de son investissement pendant trois ans en tant que directrice bénévole, pouvait ainsi trouver et montrer sa nouvelle place de Présidente auprès de ce groupe. De plus, cela permettait aussi de reprendre l'historique de la structure, puisque des salariées y sont depuis la création et détiennent donc des informations, concernant d'une part les acteurs de la création des différents services. Et d'autre part, comprendre ainsi le fonctionnement d'aujourd'hui. Ce groupe a commencé un travail d'analyse sur le fonctionnement de l'organisation ce qui a fait ressortir et évacuer des points de tension.

Le Groupe de régulation pour le personnel d'encadrement, sera composé par les responsables du service Paramédical, du service Aide à Domicile et du service de soins à

domicile ayant pour objectif de favoriser l'appropriation de la nouvelle organisation et des projets futurs aussi et d'établir une base de confiance et de collaboration. Ceci afin d'atteindre une meilleure globalisation de la prise en charge de l'utilisateur par l'ensemble des services et donc une meilleure coopération. Le personnel d'encadrement a accueilli favorablement les groupes de régulation. Les personnes ont participé activement en mettant en question leur relation et leur pratique professionnelle. J'ai pu encore noter une amélioration des échanges et de la coopération.

Avec ce type de formation on ne se place donc pas dans la perspective de l'individu, mais dans celle de l'organisation et de l'équipe. En effet, le développement isolé de l'expertise individuelle de chacune des salariées ne permet pas nécessairement d'assurer un développement global pour l'organisation. L'objectif de ce parcours de formation est l'organisation d'un système permettant favoriser la coopération pour assurer un accompagnement global.

Cependant le développement des compétences collectives implique un bon niveau d'intégration de la formation avec les processus de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Ainsi, avec en collaboration avec la conseillère en économie sociale et familiale, j'ai impulsé une politique de formation jusque là inexistante.

3.2.2 - Instaurer les entretiens individuels professionnels, un outil de recueil des besoins en formation

L'entretien professionnel m'a paru une démarche intéressante dans le cadre du management par la connaissance. En effet, c'est l'occasion de rencontrer toutes les salariées et de faire un bilan avec elles de l'année, et comme c'est le premier, de faire un bilan concernant leur fonction, leur poste dans la structure.

Il s'agit d'une démarche Interactive, un échange entre deux personnes, « l'évaluée » et « l'évaluateur », mais aussi rétroactive car il sera abordé les pratiques professionnelles et la salariée est évaluée sur trois dimensions : savoir, savoir être et savoir faire. Bien entendu, il s'agit aussi d'une démarche projective puisqu'il y aura formulation d'objectifs et de moyens à mettre en œuvre pour finaliser, notamment en terme de formation. Cette évaluation donne lieu à une synthèse et une appréciation. Le principe est que l'évaluation d'une salariée s'effectue lors d'un entretien avec le cadre responsable du service et pour les aides à domicile avec les responsables de secteur et la conseillère en économie sociale et familiale. L'entretien est programmé et la salariée est informée.

L'évaluation a pour but :

- d'apprécier objectivement les pratiques professionnelles et les compétences des salariées,
- de faire un bilan de l'activité effectuée,
- de fixer les objectifs individualisés pour l'année à venir,
- de déterminer avec les salariées les moyens pour finaliser ces objectifs,
- d'examiner ses besoins en formation. A cet effet, la salariée devra se munir du formulaire de demande annuelle de formation qu'elle aura reçu préalablement en début d'année.

L'évaluation s'effectue à partir de la fiche de poste et d'une grille de critères professionnels établis par nos soins (responsables de secteurs, infirmières, conseillère en économie sociale et familiale) portant sur l'ensemble des contributions attendues de la part de la salariée, dans chaque emploi.

J'ai surtout insisté dans la communication auprès des cadres et ensuite des salariées, cet entretien reste un moment privilégié. La salariée a la possibilité de s'exprimer en terme de formation, d'organisation du travail etc.

Cet entretien s'effectue en utilisant la grille d'entretien annuel d'évaluation. Un exemplaire a été remis par le cadre à chaque salariée lors de la prise de rendez-vous afin de réaliser une préparation conjointe de cette rencontre.

Une copie de la synthèse de l'entretien d'évaluation, rédigée conjointement, est remise à la salariée à la fin de l'entretien.

Afin de sécuriser, l'ensemble, dans l'éventualité d'un désaccord entre le cadre et la salariée, ces dernières ont la possibilité de solliciter un entretien auprès de la direction en se faisant assister de la personne de leur choix dans les 20 jours de la rencontre.

La conseillère chargée de la formation et de la professionnalisation conserve la grille d'entretien et la synthèse pour l'année suivante. Elle prépare une synthèse de toutes les formations demandées par les 135 salariées. En ce qui concerne les 90 aides à domicile, 57 avaient demandé des formations spécifiques concernant notamment l'hygiène, l'incontinence, les conduites addictives etc. Mais pour la plupart ont été freinées par la peur du passage à l'écrit c'est à dire notamment la prise de notes etc. Les 14 aides-soignantes ont aussi demandé chacune une formation concernant ce même type de thèmes dans le cadre d'accompagnement des personnes âgées. Compte tenu du nombre, et de la volonté de développer les compétences collectives il apparaissait intéressant de penser une formation adaptée à notre service, nos exigences, mais aussi nos contraintes en terme de disponibilité horaire.

3.2.3 - Utilisation du droit au DIF pour une formation professionnalisante en vue d'organiser une progression collective des compétences.

La loi n° 2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social, instaure le droit individuel à la formation. Il s'agit d'un capital temps de formation acquis annuellement par les salariées pour suivre à leur initiative, sous certaines conditions, une formation de leur choix. L'acquisition du DIF est de 20 heures par an et par salariée, droit proratisable pour les temps partiels avec une condition d'ancienneté de un an. La date d'appréciation pour la période de référence est celle du 7 mai 2004, donc au 1er janvier 2005 l'acquisition pour un temps plein est de 14 heures pour un temps plein, et donc pour une première utilisation au 1er janvier 2006, 34 heures toujours pour un temps plein (14+20). Il est possible de cumuler ce capital sur 6 ans pour arriver à 120 heures de formation. Ainsi dès janvier 2005, nous avons informé les salariées individuellement par écrit de leur droit. En principe, le déroulement du DIF est en dehors du temps de travail et c'est une démarche personnelle à l'initiative du salarié, faite par lettre, avec des mentions obligatoires comme la nature de la formation, le coût, les dates...L'employeur doit répondre dans les 30 jours suivant la demande et le silence vaut acceptation. Si accord salarié/employeur, un écrit est établi en précisant la nature, les dates le coût et l'organisme pressenti.

Je réfléchis donc à une possibilité d'organiser des formations collectives puisque les demandes formulées dans le cadre de l'entretien professionnel sont proches voire similaires. Je prends contact avec plusieurs organismes spécialisés dans la formation des métiers de type social et notamment l'aide à domicile pour la préparation au DEAVS (le diplôme d'état d'auxiliaire de vie). Je lui fais part du projet collectif avec utilisation du DIF et propose que certains modules enseignés pour le DEAVS (11 modules) puissent être pour notre compte coupés en sessions de deux heures trente. Un seul organisme local répond à ma demande.

Ainsi, ensemble nous établirons un programme de formation destiné aux aides à domicile sur les thèmes suivants : connaissance de la personne âgée, rôle, place et limites de la fonction de l'aide à domicile, secret professionnel et droit de réserve. Le DIF, s'agissant d'une demande individuelle, en dehors du temps de travail, je propose à toutes les intervenantes à domicile ce type de formation pour l'année 2006, cinq sessions pour la connaissance du public et 5 sessions pour le rôle, en dehors de leur temps de travail certes, mais en semaine, en tout début d'après midi de 14h30 à 16h, le jeudi.

Les 57 salariées qui avaient demandé une formation, ont accepté. J'ai donc fait établir des groupes de 10 environ, soit 5 groupes réunis dans des salles que des communes avoisinantes ont bien voulu nous prêter gracieusement pour limiter les déplacements et donc les indemnités kilométriques. Ce temps de formation leur sera rémunéré comme des heures de travail normales Les aides soignantes suivront aussi ces mêmes formations,

mais plus axées sur les soins et donc rôle des aides soignantes, toujours avec le même organisme. Elles sont réunies en un seul groupe puisqu'elles sont 14, et ces formations de 3 sessions seront, dans ce cadre là, financées dans le plan de formation soins.

Ainsi, cela permet à ces deux groupes de professionnels de bien situer leur position et leur rôle, et d'en définir les limites. Parallèlement, les aides à domicile pour la plupart non diplômées à 90%, bénéficieront d'une formation professionnalisante certes mais non qualifiante. Cependant, ces sessions de formations très interactives, avec des supports photocopiés, des supports audio-visuels ont permis une émulation intéressante et une volonté pour certaines de s'inscrire dans une démarche VAE pour l'obtention du diplôme d'auxiliaire de vie. De plus un bilan de formation a été initié à la fois par l'organisme, et un par nos soins, (annexe 6) puis nous avons croisé les résultats pour traduire les réponses de façons cohérentes, et en tirer des conclusions pour les sessions à venir. A l'unanimité, ces formations ont été bien accueillies, très appréciées, et ont apporté au niveau de la connaissance de leur métier et donc des compétences. Le regret est qu'il peut y avoir trop de délai entre deux temps de formation, à savoir que les 5 premières sessions ont été mises en place dans le courant du mois de mars et se sont terminées en mai et que les autres ont repris au mois d'octobre.

Ces formations ont permis en tout cas de lancer une véritable dynamique de besoin en formation de la part des aides à domicile. Aujourd'hui nous comptons 15 auxiliaires de vie diplômées et plus de 70% des aides à domicile du CADA ont suivi une formation professionnalisante.

3.2.4 - Organiser et partager la connaissance explicite par le biais de l'outil Intranet

Dominique GENELOT aborde l'enjeu de « *construire une connaissance le plus possible partagée pour générer l'efficacité collective. Le partage doit se jouer dans tous les sens : du collectif vers l'individuel et réciproquement, du tacite vers l'explicite et réciproquement* ». On entend par explicite la connaissance qui peut-être écrite, enregistrée et la connaissance tacite celle qui ne peut pas être enregistrée ni écrite et pas codifiable.

Compte tenu de la structuration même du CADA, avec près de 600 bénéficiaires, 60 lits, 135 salariées dont 90% interviennent à domicile, une multitude d'informations est nécessaire quotidiennement pour fonctionner correctement. Il s'agira donc tout d'abord d'organiser la production collective des connaissances, puis de mémoriser la connaissance explicite, et de la diffuser. La mise en place d'un outil intranet est un début de réponse au partage des connaissances très intéressant. Ainsi, j'ai fait utiliser les outils

d'Internet (e-mail, Web, forums, faq, agenda, annuaires partagés...) sur un réseau interne du CADA, sans connexion possible avec l'extérieur pour y diffuser nos informations internes visibles aussi bien de nos ordinateurs internes à l'association, que les portables à l'extérieur de l'association.

Notre système intranet est un outil de travail collaboratif qui permet la communication à distance, entre les 15 salariées du service encadrement, secrétariat comptabilité et accompagnement social par le biais du système de messagerie, mais aussi au sein de différents forums. Les prises de rendez-vous en interne, la mise en place de réunions sont grandement facilitées, et en quelques clics uniquement, nous pouvons organiser par exemple un groupe de travail et le prévoir sur plusieurs semaines, grâce à l'agenda partagé.

Les forums, initiés à mon initiative pour les premiers ont permis une co-élaboration à distance, différée mais aussi synchrone, du livret d'accueil des salariés par exemple ou encore du projet d'accueil de jour. En effet, cela a favorisé l'élaboration de ces deux documents par une participation de chaque salariée qui y a apporté ses connaissances. Tous les comptes rendus de réunions, sont diffusés sur l'intranet ainsi que tous les travaux en cours, ou toute participation du CADA à une quelconque manifestation. Y sont consignés un maximum d'informations, pour accélérer la communication, en terme de rapidité, d'intensité mais aussi et surtout en nombre de personnes impliquées, favorisant réellement le travail coopératif. Ainsi lorsque l'on allume notre ordinateur, systématiquement celui-ci ouvre la page d'accueil de l'intranet avec les derniers articles mis en page et les dernières contributions ou encore les rendez-vous nouvellement posés qui attendent l'acceptation ou non.

3.3 - Instaurer une dynamique de coopération en faveur de l'évaluation des besoins et de l'accompagnement des personnes aidées

Le projet de création du SPASAD, mais aussi la mise en place du service d'accompagnement social et paramédical doivent s'articuler autour des autres projets tels que le projet associatif, le projet d'établissement etc., mais qui n'ont jamais été formalisés par écrit. Ainsi, avant l'écriture du projet d'établissement, il me paraît très important de travailler la question de la coopération en faveur de l'évaluation des besoins et de l'accompagnement des personnes et donc du projet compensateur.

Certes l'aide à la personne âgée est le cœur de métier de cette institution, mais le projet compensateur n'est pas intégré. Il s'élabore uniquement un projet de traitement de situation particulière, de type curatif, sans jamais prendre en considération l'environnement, l'histoire de la personne et sans non plus de support de travail. Chaque

professionnel intervient de façon désynchronisée. Il s'agit de mettre en synergie tous les acteurs encadrants de l'aide à domicile, de les faire coopérer, de prendre appui sur leurs compétences, afin de construire avec la personne âgée, un projet compensateur multidimensionnel, basé sur ses ressources personnelles. Il s'agit là d'un changement de perspective important et un changement culturel profond.

3.3.1 - L'évaluation, fondement du projet compensateur

L'évaluation est le principe qui va fonder le projet dit compensateur, car c'est de l'évaluation que dépend la construction d'un plan d'aide approprié uniquement lorsque la démarche laisse à la fois émerger une demande et propose un espace de négociation et de délibération. Il est donc important que chaque professionnelle qui intervient dans l'évaluation de départ à savoir, les responsables de secteur, les infirmières, le service d'accompagnement social puissent travailler ensemble sur des supports communs.

Nous l'avons vu précédemment la grille AGGIR est un outil utilisé intéressant, mais qui ne peut être efficace dans le cadre d'une projet compensateur de la personne. Ainsi, ensemble nous allons construire un outil qui ne remplacera pas la grille AGGIR, qui ne substituera pas, mais en revanche qui viendra prendre appui et la compléter. Certes, il existe des outils mais qu'il faut de toute évidence adapter pour l'accompagnement des personnes âgées avec cette spécificité qu'est le milieu rural.

Quantifier, qualifier les besoins de ces personnes pour mieux y répondre constitue le coeur de notre métier. L'évaluation des besoins occupe dans cette mission une position essentielle, elle est comme la pierre angulaire du système, la condition préalable à toute réponse adéquate. Dans le cadre du projet compensateur, l'évaluation doit obéir à une démarche, un raisonnement dont l'objectif est d'apporter des réponses adéquates et diversifiées, qui vont des aides techniques en passant par un aménagement de l'habitat jusqu'aux aides humaines.

L'évaluation des besoins est porteuse d'enjeux majeurs pour notre secteur tant du côté des personnes aidées que des professionnels qui la pratiquent.

Les deux services aide et soins utilisent la grille AGGIR, et ont chacun un dossier « bénéficiaires » différent avec en plus un plan de soins pour le service de soins. D'ores et déjà je propose l'idée d'un dossier commun, identique aux deux services, que l'on pourrait travailler ensemble et pour lequel on tirerait bénéfice de chacun des points forts pour en réaliser un unique. Le nouveau dossier comporterait un volet administratif certes, mais aussi un volet d'évaluation de l'état de santé de la personne par un infirmier, repris dans le dossier de soin. Une fois l'idée intégrée et réalisée, il nous faut travailler en plus la

question d'un support d'évaluation intégré au dossier qui ferait entrer en jeu les différents professionnels lors des évaluations, résultat d'un travail coopératif, qui prendrait en compte les besoins des personnes selon trois axes (annexe 7) :

- L'environnement de la personne, son lieu d'habitation, si il lui permet de rester à domicile suivant sa pathologie, ou si il nécessite quelques aménagements par exemple et d'aide techniques.
- L'environnement social de la personne, ses fréquentations, son relationnel, ses habitudes de vie, pour vérifier son état d'isolement, si la personne en souffre ou non, ou encore, pour proposer une aide cohérente et dans le respect de ses habitudes de vie.
- Les souhaits, les besoins, les envies de la personne à aider seront intégrés aussi questionnaire, pour qu'elle ait la place pour s'exprimer et qu'elle puisse être co-auteur de son accompagnement.

Ainsi après la visite chez la personne, la responsable de secteur et l'infirmière, à l'aide du nouveau support (dossier et questionnaire), pourront proposer un plan d'aide conforme à celui proposé par le Conseil Général dans le cadre de l'APA, ou les caisses de retraite, certes mais plus affiné et plus dans le respect de la personne avec parallèlement un suivi personnalisé type psychologique par exemple si nécessaire.

Les modalités d'accompagnement seront expliquées à la personne qui a toujours le choix d'accepter ou de refuser et nous établirons par la suite un document individuel de prise en charge pour contractualiser. L'évaluation individuelle des situations constitue pour les services d'aides, de soins et d'accompagnement à domicile, la mission première, telle qu'elle découle de la loi du 2 janvier 2002 et du décret du 25 Juin 2004.

3.3.2 - La contractualisation par la mise en place du document individuel de prise en charge

Dans l'objectif général de garantir « l'exercice des droits et des libertés individuelles à toute personne prise en charge par des établissements sociaux et médico-sociaux », les articles L 311-3 à L311-8 du code de l'action sociale et des familles définissent sept nouveaux dispositifs favorisant la réalité de l'exercice de ces droits. Dans ce cadre là, la loi du 2 janvier 2002 a identifié un certain nombre d'outils destinés à garantir la protection des personnes accueillies. Toujours dans une perspective de changement d'accompagnement, il me paraissait tout à fait indispensable d'instaurer le contrat de séjour et plus précisément dans le cadre de notre activité, le document individuel de prise en charge.

Au delà de toute considération de normalisation, cet outil me paraît intéressant puisqu'il est élaboré avec la personne accompagnée, ou son représentant, la plaçant ainsi sur un même pied d'égalité que la structure, et l'engageant sur une idée de contrat. En ce qui concerne le contenu, le document individuel de prise en charge doit spécifier un certain nombre d'éléments notamment les objectifs et la nature de l'accompagnement, « *dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations des bonnes pratiques professionnelles* ».

Ainsi, le contrat va détailler la liste et la nature des prestations proposées qui constitue un engagement de la structure envers la personne aidée. Cependant, compte tenu qu'il s'agit d'un accompagnement à domicile, et que les interventions peuvent être multiples, les modalités d'accompagnement ne seront pas détaillées mais en revanche donneront les axes de l'accompagnement dans la perspective du projet compensateur. Ce document individuel de prise en charge a été rédigé par le service administratif, en collaboration avec le service d'aide et de soins et paramédical sous mes directives.

Nous nous sommes ensuite toutes rencontrées afin de finaliser ce document, mais aussi de régler les modalités de circulation du document et, ensuite nous nous sommes mises d'accord pour le mettre en activité. Il est important de noter que ce document n'était absolument pas dans la culture de la structure, mais dans le cadre des groupes de parole, il avait été évoqué à plusieurs reprises la question de la contractualisation et ce notamment dans le cadre de prise en charge conflictuelle.

Ainsi ce travail fait en amont, l'instauration de ce document a été moins difficile et les salariées ont réellement été parties prenante.

Dans ce document nous rappelons le contexte de la demande d'accompagnement, et nous précisons qu'après concertation il est préconisé soit l'intervention du soin, soit de l'aide à domicile, de l'ergothérapeute etc. Ou de plusieurs à la fois. Dans ce document sont notifiées succinctement, car plus précisément dans le livret d'accueil, les missions confiées aux intervenantes professionnelles puis ensuite sont précisées les modalités de prises en charge et notamment la nature, quand et où. Il s'agira pour la plupart, d'aides pour les actes essentiels de la vie quotidienne, pour les activités domestiques, pour l'amélioration de l'habitat, pour les soins avec des précisions concernant les heures et les jours d'intervention (annexe 8).

Ce document servant pour les deux services, il sera aussi mentionné à la fois les modalités de facturation pour l'aide et le soin en sachant que ce sont deux prises en charges complètement différentes en matière de facturation, pouvant semer le trouble auprès des personnes aidées. Au travers de ce document seront donc formalisées aussi les interventions pluridisciplinaires, actions communes révélatrices de coopération des professionnelles dans le cadre de la prise en charge. Des réévaluations sont faites

régulièrement, tous les six mois, et ce document individuel de prise en charge peut être revu dans ce cadre là. Ces réévaluations sont définies au cours de réunions hebdomadaire dites inter services, entre l'aide, le soin et l'accompagnement social et paramédical, au cours desquelles sont abordés les aspects des prises en charges en commun, celles pour lesquelles il y a eu des évènements dans la semaine passée.

3.3.3 - Instauration de réunions inter services et de secteurs

En effet, il n'avait jamais été impulsé de réunions pour ajuster les accompagnements ou échanger à leurs sujets ne serait-ce qu'entre le service de soins et le service d'aide. Ainsi dès juin 2005, je propose d'instaurer ce type de réunion avec des objectifs précis et notamment celui d'élaborer le projet compensateur par l'équipe pluridisciplinaire.

Ce sont les responsables de secteurs qui vont animer ces réunions, inter service, à l'aide d'une liste préalablement établie des personnes aidées en commun. Bien entendu compte tenu du nombre en commun, c'est à dire des accompagnements pluridisciplinaires, seuls seront abordés les sujets pour lesquels une mise en cohérence doit être effectuée ou encore des ajustements ou des prises de décisions sont indispensables.

Les professionnelles chargées de l'accompagnement social et paramédical préparent durant la semaine un bilan des actions qui sera ainsi transmis ainsi que les infirmières permettant d'ouvrir au travail d'équipe pluridisciplinaire, chacune apportant son éclairage et sa compétence pour aider à la prise de décision le cas échéant. Dans un souci de traçabilité des actions et des décisions prises, j'ai proposé un modèle de compte rendu qui reste consigné dans un classeur prévu à cet effet et consultable par tous. Ce modèle est basé sur le principe de « données – actions - résultats ». Le projet compensateur est donc élaboré, révisé, ajusté dans le cadre de ces réunions pluridisciplinaires.

Cependant, sachant qu'il y a en tout près de 600 bénéficiaires, il est évident qu'à priori il est impossible d'avoir toutes les informations concernant le cadre général de l'accompagnement et que jamais aucune réunion n'a été initiée avec les aides à domicile. De plus, dans le cadre du service de soins, pour les patients qui ne relèvent que de ce service, une réunion mensuelle est prévue passant au crible 60 patients durant la réunion. Cela me paraît très peu constructif, car pressés par le temps, pour les patients en fin de liste les comptes rendus et les décisions sont prises de façon très légère.

Je propose donc des réunions de secteur, c'est à dire des espaces dédiés vraiment à la prise en charge au cours desquels il pourra être abordé tous les aspects de la prise en charge aussi bien positifs que négatifs. Une réunion de secteur, implique un raisonnement par secteur, c'est à dire que se réuniront les personnes qui travaillent sur un même secteur donc avec les mêmes bénéficiaires. Je négocie avec plusieurs mairies pour

qu'une salle nous soit prêtée pour nous réunir correctement par groupe de 12 à 15 personnes, une fois par mois.

Ainsi nous instaurons ces réunions ce qui, compte tenu du nombre d'aides à domicile, a demandé beaucoup de logistique.

Le premier objectif intermédiaire est de réunir les aides à domicile par secteur afin qu'elles se rencontrent, se connaissent, échangent car beaucoup ne se connaissent pas. A terme, ces réunions devraient générer des sentiments d'appartenance à une équipe, du besoin et même du plaisir à se retrouver.

Le second objectif intermédiaire, est d'impulser des besoins de formation afin de professionnaliser. Cependant, lors de ces réunions de secteur, il ne s'agit pas de former mais le cas échéant, de donner quelques informations importantes mais sans aller plus loin. Les réunions de secteurs doivent pouvoir lever certains freins et démystifier la formation et susciter l'intérêt.

Pour autant, l'objectif final est que la réunion de secteur doit permettre la diffusion d'informations fiables sur la prise en charge des personnes âgées. Ainsi les aides à domicile tour à tour, devront exprimer librement le cadre de chaque accompagnement qu'elles effectuent.

Ce sont encore les responsables de secteur qui animent ces réunions en la présence du service d'accompagnement social et paramédical, ainsi que du technicien. Chacun pouvant apporter instantanément une première réponse ou explication par rapport à des problématiques. N'étant absolument habituées à cette nouvelle culture et notamment s'exprimer librement en réunion par rapport à des prises en charges, les aides à domicile ont pu générer un sentiment de méfiance et sont restées sur la réserve, malgré des informations préalables. Cependant, suite à un travail réalisé dans le cadre de ces réunions concernant le thème de la transmission d'informations que j'avais demandé, et parallèlement la formation suivie en groupe, a permis au bout de six mois environ d'arriver à l'essentiel, et de lever les freins concernant la transmission de l'information qui vient aussi alimenter le projet compensateur par un travail de coopération d'une équipe pluridisciplinaire.

En revanche pour le service de soins, les réunions sont aussi par secteur, par groupe de 7 salariées seulement, chaque aide soignante étant référente de 4 patients, elles sont à même de recenser les informations sur un mois, de les classer et les transmettre pour que les infirmières, en plus de leurs tournées mensuelles puissent avoir accès à d'autres informations.

3.4 - La mise en œuvre du projet, planification et stratégie

3.4.1 - La planification du projet

Dès la fin 2004, ont eu lieu divers travaux d'analyses et de réflexions, dans le cadre d'audit, jusqu'en mars 2005 date à laquelle fonder le projet d'un SPASAD par une dynamique de coopération apparaît comme élément de réponse à la problématique du CADA.

Ainsi un important travail d'échange avec la Présidente a été initié par mes soins, dans le cadre de réunions formelles et à travers divers comptes rendus écrits pour bien vérifier avec elle son accord, sur la pertinence du projet, sa cohérence par rapport aux valeurs qui fondent l'association. En binôme avec la Présidente, va aussi s'instaurer un travail d'échanges avec le conseil d'administration auprès duquel je vais m'attacher à expliquer ce qu'est la loi du 2 janvier 2002 et ses obligations, les enjeux de l'évaluation, de l'autorisation, la nécessaires normalisation de l'association CADA. Tous ces éléments constituent des arguments qui convergent vers le projet du SPASAD par une dynamique de coopération.

Dès mars 2005, je propose au conseil d'administration un planning d'actions qui obtiendra un accord unanime, à savoir tout d'abord le déménagement, l'embauche de l'équipe sociale et paramédicale pour à la fois relever le niveau de compétences, mais aussi aider à l'approche pluridisciplinaire du projet compensateur pour promouvoir la qualité de vie.

Nous déménageons en juin 2005, et l'embauche de ces trois personnes du service social et paramédical intervient en même temps. Cependant, compte tenu du fonctionnement de la structure, d'autres actions seront mises en place dès septembre 2004 et se poursuivront sur le milieu d'année 2006 comme par exemple :

- les réunions de secteurs (environ par 10 ou 12 personnes pour rencontrer les aides à domicile, échanger par rapport aux bénéficiaires etc.)
- la valorisation des contrats de travail pour les responsables de secteurs, l'embauche d'un administratif à temps plein supplémentaire
- l'instauration des prélèvements automatiques pour éviter que les responsables de secteur partent « encaisser » les sommes dues par les bénéficiaires mensuellement
- l'achat de logiciels adaptés et performants pour une nouvelle approche du service administratif
- les virements automatiques des salaires car les aides à domicile venaient chercher mensuellement leur rémunération
- la location de machine à affranchir
- les élections des déléguées du personnel, création du comité d'établissement, et de la commission de formation

- l'élaboration de plans de formations, impression de journaux etc.

Cependant, ce n'est qu'en octobre 2006 que le Conseil Général nous communiquera le contenu cahier des charges de l'autorisation qui va conditionner notre activité de prestation heures APA, représentant plus de 70% de notre activité. Ainsi, je découvrirai que nous remplissons près de 90% des critères et qu'il reste encore jusqu'en juin 2008 date à laquelle les demandes d'autorisation seront closes. En sachant que seulement environ 10 structures sur 140 feront l'objet de l'autorisation, décision du Conseil Général pour inciter les structures à se regrouper et donc réaliser des économies d'échelle.

3.4.2 - Les moyens nécessaires à la réalisation du projet

La situation du Club Ami des Anciens permet une certaine aisance compte tenu des réserves accumulées au cours de trente années d'exploitation avec un minimum de moyens humains et techniques.

L'activité multipliée par 2,5 en quatre ans et par 4 en six ans, requiert des investissements que je demanderai à nos organismes financeurs qui sont pour l'essentiel le Conseil Général et la DDASS. Ainsi durant deux ans de 2004 à 2006, je vais argumenter en la faveur d'une nécessaire normalisation de ces services afin d'obtenir un tarif conforme à notre fonctionnement.

Depuis 2004, j'ai pu obtenir de la DDASS près de 120000 euros de financement reconductibles et auprès de Conseil Général une augmentation de tarif équivalent à 2,75 euros supplémentaires soit près de 189000 euros, pour arriver à un tarif horaire de 17,60 euros (financement d'outils informatiques, de formations, de temps de réunion etc.). En revanche, autant le tarif de soins n'a pas d'incidence sur la prise en charge du patient en terme de participation de la personne, autant en aide à domicile, plus le tarif augmente plus les heures de prestation diminuent puisqu'il s'agit d'un montant total versé à la personne.

Il m'appartient donc d'être très vigilante par rapport au coût du service d'autant plus que nous sommes sur un secteur concurrentiel aujourd'hui, non seulement avec le secteur associatif comme l'ADMR qui partage notre territoire, mais aussi avec le secteur privé qui investit ce champ actuellement.

En terme de formations j'ai profité de l'opportunité que les fonds n'avaient pas été utilisés sur les années 2004 et donc 2005, aussi bien pour le service de soins que pour l'aide, et en négociant avec les organismes paritaires collecteurs, j'ai pu obtenir un report de fonds de près de 20 000 euros que j'ai utilisés pour l'analyse de la pratique entre autres. De plus

j'ai pu obtenir des financements hors plan de formation pour la qualification des auxiliaires de vie qui sont 15 diplômées aujourd'hui.

3.4.3 - La communication, la stratégie du directeur

La communication est un levier intéressant dans le management stratégique, et je dirai même primordial dans ce cadre là. En effet, cette association n'avait jamais communiqué ni auprès des familles, ni des professionnels, ni auprès des partenaires.

Pour ma part, très rapidement j'ai investi le champ de la communication à la fois en interne et en externe pour informer certes mais aussi pour accompagner les étapes du projet.

En interne compte tenu de l'intervention en milieu ouvert, les aides à domicile auxiliaires de vie, aide soignantes se rendent très peu au bureau et nous ne les voyons qu'une fois par mois en réunion, elles ne se connaissaient pas, il me semblait important déjà de les informer par un journal que nous éditons pour la première fois en janvier 2005 dans lequel nous y inscrivions les prochaines étapes du projet et notamment le recrutement du service d'accompagnement social et paramédical et en expliquant quels bénéfices les aides à domiciles et aides soignantes pourront aussi en tirer dans le cadre de la prise en charge.

De plus, seulement une fois par an, compte tenu de la logistique, nous réunissons toutes les salariées afin de les informer sur les grandes orientations de l'année à venir. Informations qui seront ensuite reprises dans le cadre des réunions de secteur. Pour les personnes présentes plus souvent au siège de l'association, j'ai nommé un comité directeur composé des responsables de secteur et des infirmières coordinatrices avec lesquelles nous nous réunissons deux fois par mois afin de communiquer sur les enjeux et le projet en cours.

Parallèlement, une réunion mensuelle est aussi instaurée avec le service administratif et le service d'accompagnement social et paramédical dont les comptes-rendus seront publiés sur le site intranet de la structure. Ainsi même les personnes absentes, ou qui ne font pas partie du groupe peuvent s'informer de la teneur de la réunion et des sujets qui ont donc été abordés. Beaucoup d'efforts sont investis dans la communication interne pour amorcer une démarche participative par rapport au projet, dans l'objectif que les personnes se sentent concernées à tous les niveaux.

Informar les partenaires extérieurs, mais aussi les bénéficiaires et les futurs bénéficiaires me paraissait tout aussi pertinent pour aussi les mobiliser. Pour la première fois, le Club Ami des Anciens, va avoir un logo dessiné par un professionnel et choisi parmi plusieurs options par les salariées. Il s'agissait de créer une identité visuelle sur le territoire, et de

communiquer avec cette nouvelle identité mais aussi pour fédérer. Ainsi, sur les papiers entête, chemises pour présenter le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, etc...blouses des salariées y sera apposé le nouveau logo.

Certes, il peut être équivoque dans le sens où CADA est aussi un centre d'accueil de demandeur d'asile, mais il s'agissait de garder l'identité de départ conformément aux souhaits du conseil d'administration. Courant 2006, premier semestre, un site Internet destiné aux bénéficiaires, aux familles et aux partenaires sera publié, avec possibilité de télécharger le livret d'accueil et des informations concernant les modalités d'accompagnement et les professionnelles intervenantes.

3.4.4 - Une démarche projet participative

La question du projet est devenue une obligation dans toute entreprise, quelque soit le secteur, y compris social et médico-social. Tout particulièrement ce secteur est sollicité, car toute action, tout changement, tout développement, création, innovation, doit être soutenu par un projet, document exigible permettant de « *bonnes lisibilités et traçabilités* » des offres de services.

*« Le projet impose comme un concept incontournable pour une raison majeure : la rapidité des changements sociaux, culturels, technologiques et économiques, qui nécessite de faire preuve d'une anticipation, d'une réactivité et d'une adaptation considérables, et qui interrogent les identités, le sens et les valeurs de toutes les formes sociales. »*⁴⁴ *« Le projet constitue par excellence une déclaration d'existence répondant à deux questions fondamentales : pour quoi et comment ? Conférant à une quelconque communauté d'action, une raison d'être et une identité »*⁴⁵.

Ces propos sont en effet très proches de nos préoccupations, le projet du Club Ami des anciens répond non seulement à des questions d'ordre de normalisation (loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et décret du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aides et d'accompagnement à domicile, des services polyvalents d'aide et de soins à domicile), mais aussi à des questions d'accompagnement des personnes âgées à domicile, de recherche de solutions adaptées pour qu'un dispositif contribue à l'élaboration d'un projet individualisé d'aide d'accompagnement et de soins sur

⁴⁴ LOUBAT J.R., *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*, Paris : Dunod 2005, 354 p, p 2.

⁴⁵ LOUBAT J.R., *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*, Paris : Dunod 2005, 354 p, p 32.

la base d'une évaluation globale des besoins de la personne, conduites par une équipe pluridisciplinaire.

Définir le projet d'établissement fait nécessairement référence à la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 qui prévoit dans son article 12 que « *pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations ainsi que des modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée maximale de 5 ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en oeuvre d'une autre forme de participation.* » Dans ce contexte, nous ne sommes pas tout à fait sur la même notion conceptuelle de projet, notion plutôt inscrite dans une logique très pragmatique qui impose une description des moyens concrets développés et mis en oeuvre, un outil de travail à part entière, mais, dans les deux cas, qui donne le sens et reste fédérateur.

La prise de conscience du problème de la non existence de projet au sein de cette association a lieu début 2005 quand j'en informe avec la Présidente, le Conseil d'administration. Ainsi en fonction de divers enjeux que sont notamment la qualité de vie des personnes âgées à domicile, de l'autorisation, de l'évaluation, et les derniers textes en matière d'accompagnement à domicile, je propose un projet qui est accepté par le conseil d'administration, la création d'un SPASAD.

Depuis sa structuration progressive (il existait déjà de fait), j'ai impliqué les instances essentielles de la structure que sont les professionnelles, cinq représentantes aides à domicile, deux représentantes aide soignantes, l'équipe administrative dans son intégralité, l'équipe accompagnement social et paramédical, l'équipe encadrement et des représentants des bénéficiaires.

Sur mes directives, ils se réunissent dans le cadre de séances de réflexions et ensuite un rapporteur de la commission nommé précédemment fait partie du groupe de pilotage du projet. Ainsi le groupe de pilotage représentatif mais aussi actif gère l'ensemble de la démarche et formalise les grandes lignes du projet. Depuis janvier 2007, le projet est en cours d'écriture et je pense le terminer pour janvier 2008 pour une demande d'autorisation vers juin 2008 et un passage en CROSMS fin d'année 2008.

CONCLUSION

La perte d'autonomie, engendrée par les conséquences du vieillissement mais aussi par la maladie, modifie considérablement l'environnement social de la personne âgée, sur un plan qualitatif et quantitatif, mais aussi peut conditionner leur choix de rester ou non à domicile même si l'habitat est inadapté malgré les heures d'intervention attribuées.

Le Club Ami des Anciens s'est attaché jusqu'en 2005 à donner des réponses en terme de soins, et en terme d'aide ménagère et d'accompagnement dans les actes essentiels de la vie quotidienne, nécessaires certes, mais pas suffisants au regard d'une appréhension globale de la personne.

Une amélioration de notre mission et une spécificité dans l'accompagnement social et paramédical me paraissent tout à fait indispensables dans l'objectif de répondre aux besoins des personnes âgées, pour lutter contre l'isolement subi et ressenti accentué par le milieu rural, mais aussi pour améliorer les conditions de vie, permettre le maintien à domicile et dans un souci permanent de prévention.

L'instauration du service d'accompagnement social et paramédical destiné non seulement aux personnes aidées elles-mêmes, aux aidants (familiaux ou pas), mais aussi aux personnels intervenants, permettent d'atteindre cet objectif de projet compensateur multidimensionnel, en s'appuyant sur les ressources de la personne, de pallier à une perte d'autonomie et donc de pouvoir choisir librement de vivre à domicile.

Cependant, au delà de tout l'aspect accompagnement et prise en charge de la personne, au centre du dispositif de la loi du 2 janvier 2002, il était aussi important de normaliser cette association et de la doter de tous les outils nécessaires notamment pour garantir « l'exercice des droits et des libertés individuelles » aux personnes accompagnées par notre association exigés dans cette même loi. Aussi, le travail préalable à l'élaboration du projet d'établissement, la coopération impulsée entre les différents services de l'association, la contractualisation, a consisté d'abord à permettre une intégration de ces nouvelles règles, puis une appropriation des outils et du mode de fonctionnement pour converger vers la construction d'un accompagnement multidimensionnel dans le cadre d'un projet compensateur source de qualité de vie.

C'est un travail quotidien, de mobilisation, de communication, de délégation et de planification. Pour ce qui me concerne, ma place et ma fonction de directrice à faire au sein de cette association, et la place d'un directeur en général, n'est pas simple dans le sens où cette association a, de 1969 à septembre 2004, fonctionné sans directeur. Ce sont les présidentes successives qui ont investi le rôle de directrice bénévole, tout particulièrement la présidente actuelle, avec un important investissement personnel, et ce pendant trois ans.

La coopération est un levier d'action qu'il me paraît important d'initier, de promouvoir, un processus qui ne doit pas s'arrêter pour servir à la construction de l'intelligence collective, pour servir à une véritable coordination interne au sein de cette équipe pluridisciplinaire. Le projet d'établissement est en cours d'élaboration, chaque équipe est partie prenante y compris le groupe de pilotage.

« La stratégie comme la connaissance demeure une navigation dans un océan d'incertitudes à travers des archipels de certitudes »⁴⁶ : ma mission a entre autre pour objectif d'amener la structure à l'autorisation, de fonder un projet, et en octobre 2006 les services APA du Conseil Général ont annoncé que sur les 142 structures d'aides à domicile du département, ils en autoriseraient 10, incitant les structures à se regrouper ou à fusionner.

Ainsi aujourd'hui, nous nous attachons construire ce projet d'établissement fédérateur qui converge vers un accompagnement à domicile compensateur, et, compte tenu du contexte et des exigences, ce projet porteur de valeurs et d'une véritable identité pourrait aussi nous servir dans le cadre d'un futur regroupement.

⁴⁶ MORIN E. *Les sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur*. Paris : Seuil, 2000.

BIBLIOGRAPHIE

RAPPORTS

BONNET M, *pour une prise en charge collective quelque soit leur âge des personnes en situation de handicap*, Avis et rapport du conseil économique et social, Paris : 2004. 156 p.

LAROQUE P. (prés.), *Politique de la vieillesse*, Paris : La Documentation Française, 1962. 438 p.

OUVRAGES

BEAUVOIR de S, *La vieillesse*, Paris : Gallimard 1970.

BLOUIN M , C BERGERON, et al. *Dictionnaire de la réadaptation*, tome 1 : *termes techniques d'évaluation*. Québec : Les Publications du Québec, 1995. 130 p.

BORGETTO M, LAFORE R, *Droit de l'aide et de l'action sociales*, Paris : Montchretien, 2005. 653 p.

BOURDIEU P et L. WACQUANT, *Réponses*, Paris: Seuil, 1992. 268p.

BOURRICAUD,F *Esquisse d'une théorie de l'autorité*, Paris : Plon 1991. 420 p.

BRUNELLES P, *La qualité de vie des personnes atteintes de déficiences motrices : de la mesure de l'indépendant à l'expression de l'autonomie*, Paris, 1996.

CARADEC V *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Paris : Armand Colin, 2005. 126 p. Collection 128 sociologie.

CASTEL R, *Les métamorphoses de la question sociale*. Paris : Fayard, 1995. 490 p.

DUCALET P, LAFORCADE M, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales, sens enjeux et méthodes*, Paris : Seli Arslan. 272 p

DUPEYROUX J-J., *l'âge en droit social*, in : droit social n°12 Paris : Dalloz, 2003.

ENNUYER B , *les malentendus de la dépendance, de l'incapacité au lien social*, Paris : Dunod 2004. 330p

GENELOT D, *Manager dans la complexité*, Paris : Insep consulting Editions, 2003. 357p.

HAERINGER J, TRAVERSAZ F, *conduire le changement dans les associations d'action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, 2002. 241 p.

LAUNOIS R, *La qualité de vie, panorama et mise en perspective* dans, in *Décision thérapeutique et qualité de vie*, 1992

LEDUC F, *Guide de l'aide à domicile*, Paris : Dunod, 2001. 350 p.

LOUBAT J.R, *Instaurer la relation de service*, Paris : Dunod, 2002. 256 p.

MINTZBERG H, *Le management, voyage au centre des organisations*, Paris : Editions d'Organisation 2005. 703 p.

MIRAMON J.M, *le métier de directeur. Ecole nationale de la Santé publique, 2001. p177.*

MISHARA L Brian *Le vieillissement*, Paris : PUF 2001. 268 p.

MORIN E, *Les sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur*. Paris : Seuil, 2000

MORIN E, *Introduction à la pensée complexe* Paris : Seuil, 2005. 158 p.

TUBIANA M, *le bien vieillir, la révolution de l'âge*, Paris : Editions de Fallois, 2003.

VERCAUTEN R, BABIN N, *Un projet de vie pour le maintien à domicile des personnes âgées*, Paris : Eres 2003.152 p.

ARTICLES

DELISLE M.A. *Que signifie la solitude pour les personnes âgées ?* In revue canadienne du vieillissement, 7, n°4, 1988, p339-357.

DELOMIER Y, *Le vieillard dépendant, approche de la dépendance*; *Gérontologie* n°12, 1973

PECRESSE V, *Le vieillissement un défi politique*, le Figaro, 22 août 2003 p10

PUIJALON B, *60 80 100 ans...bien vieillir en milieu rural*, famille rurale, septembre 2002

Articles disponible : site internet http://michel.cavey-lemoine.net/article.php3?id_article=27

Définition vieillissement : Encyclopédie Universalis multimedia version 7