



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

CAFDES

Promotion 2006

Personnes âgées

**METTRE EN SYNERGIE L'AIDE ET LE SOIN À DOMICILE
PAR LA CRÉATION D'UN SERVICE POLYVALENT
AU PROFIT DE PERSONNES DÉPENDANTES**

Édith HERBSTER

Remerciements

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

Le conseil d'administration de Services à la clé, représenté par ses Présidentes successives Edith Bruguière et Patricia Montuelle qui m'ont accordée leur confiance tout au long de la formation,

Le personnel de Services à la clé et plus généralement toutes les personnes avec qui je travaille. Ceux-la ont su pallier à mes périodes d'absence durant ces deux ans et demi.

Mon tuteur de mémoire, Véronique Dereume qui m'a guidée dans la formalisation de mes pensées,

Mes collègues directeurs, toujours là dans les moments de doute,

Et bien sûr ma famille, ma mère, mon mari, mes enfants, mes frères et sœurs, qui, par leur constance, m'ont permis de réaliser ce projet.

Sommaire

REMERCIEMENTS	1
SOMMAIRE	1
LISTE DES SIGLES UTILISÉS	1
INTRODUCTION	1
1 UNE ASSOCIATION JEUNE, EN CONSTANTE MUTATION, DANS UN CONTEXTE DE FORT DÉVELOPPEMENT	5
1.1 Des étapes importantes jalonnent le parcours de Services à la Clé	6
1.1.1 Création de l'association sur fonds d'incitation gouvernementale.	7
1.1.2 Les dispositifs d'agrément bousculent l'aide à domicile, secteur à la marge du social et médico-social	8
1.1.3 Le temps de la maturation : Services à la Clé complète sa palette de services et affirme son projet.....	9
1.2 Services à la Clé trouve ses marques et devient une association reconnue	10
1.2.1 Un enjeu majeur de la Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale : l'intégration officielle de l'aide à domicile dans le secteur	11
1.2.2 Valoriser la démarche qualité par la certification « NF Services aux personnes »	12
1.2.3 L'implication des services dans les réseaux : une particularité à prendre en compte	13
1.3 Des besoins en constante augmentation auprès d'une population en perte d'autonomie	17
1.3.1 L'augmentation de la population âgée nécessite d'anticiper la prise en charge de la dépendance	17
1.3.2 L'affirmation du domicile comme lieu privilégié de résidence des personnes en perte d'autonomie est un critère qui influence les politiques sociales	20
1.3.3 La création d'un SSIAD (Service de Soins infirmiers à domicile) devient une réponse évidente.	22

2	PASSER D'UNE LOGIQUE D'AIDE ET DE SOIN À LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DE LA PERSONNE EN DEVENANT SERVICE POLYVALENT.....	24
2.1	Analyse des points forts et des points faibles de Services à la Clé.....	24
2.1.1	La politique de formation du personnel : amélioration du service rendu, et repositionnement des missions	25
2.1.2	Les limites de compétences du service d'aide à domicile	27
2.1.3	Des dispositifs variés, mais multiples et parfois redondants	28
2.2	Un constat territorial : les acteurs locaux s'approprient les politiques sociales	30
2.2.1	Des libéraux impliqués dans la démarche de soin et participant au projet.....	31
2.2.2	Des réseaux de santé dynamiques et pluridisciplinaires dans une démarche porteuse de sens.....	32
2.2.3	Une commune consciente des besoins des habitants : un enjeu du développement local	34
2.3	Un passage obligatoire : du social au médico-social.....	35
2.3.1	Informier et orienter les personnes et les familles vers le (ou les) mode(s) de prise en charge adéquat : la contractualisation resitue la personne dépendante dans une position d'acteur	36
2.3.2	Intégration et coordination du SSIAD : deux objectifs nécessaires au respect de l'environnement.....	37
2.3.3	Orchestrer la synergie à travers le Comité de pilotage du Projet et les commissions	39
3	UTILISER LA SYNERGIE COMME DÉNOMINATEUR COMMUN DU PROJET.....	41
3.1	La synergie : un renforcement des liens pour une meilleure efficacité.....	41
3.1.1	Établir la synergie comme stratégie de direction, ses limites, ses contraintes.....	42
3.1.2	Évaluer les besoins en terme d'aide ménagère, d'aide à la personne, d'hygiène et de soin : une mission partagée mais coordonnée	44
3.1.3	L'identification des professions génère la complémentarité et précise les limites de chacun : formalisation des fiches de poste et organigramme	45
3.2	Réécrire le projet de service pour intégrer le nouveau dispositif	47
3.2.1	La restructuration de l'existant implique la réécriture du projet de service.....	47
3.2.2	Décliner les modes opératoires devient une nécessité d'efficience du service : appropriation de la démarche qualité.....	48
3.2.3	Concrétiser le travail en réseau avec les partenaires extérieurs : les conventionnements	50

3.3	La synergie au service de la personne pour une économie de moyen :	52
3.3.1	Les modalités d'évaluation à travers la mise en place et le suivi des indicateurs	53
3.3.2	Les économies financières permettent une amélioration de la prise en charge ..	55
3.3.3	La négociation budgétaire est un tremplin pour développer le Projet de service : diversifier les modes de prise en charge et continuer la politique de formation.....	59
CONCLUSION		61
BIBLIOGRAPHIE.....		63
LISTE DES ANNEXES		I



Liste des sigles utilisés

ACOSS	: Agence centrales des organismes de sécurité sociale
AGGIR	: Autonomie gérontologie groupe iso ressources
ANAES	: Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
APA	: Allocation personnalisée d'autonomie
BFR	: Besoin en fonds de roulement
CAFAD	: Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile
CESU	: Chèque emploi service universel
CGAAD	: Comité gardois d'associations d'aide à domicile
CIF	: Congé individuel de formation
CLIC	: Centre local d'information et de coordination
CNSA	: Caisse nationale de solidarité et d'autonomie
CROSM	: Commission régionale d'organisation sociale et médico-sociale
DDASS	: Délégation départementale des affaires sociales sanitaires
DDTEFP	: Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
DEAVS	: Diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale
DGAS	: Direction générale de l'action sociale
DRASS	: Direction régionale des affaires sociales et sanitaires
EDDF	: Engagement départemental de formation
EFE	: Excédent de financement d'exploitation
FMAD	: Fonds de modernisation de l'aide à domicile
FRE	: Fonds de roulement d'exploitation
FRI	: Fonds de roulement d'investissement
FRNG	: Fonds de roulement net global
GIR	: Groupe iso ressource
GRRAD	: Groupe de réflexion régional « aide à domicile »
INSEE	: Institut national de la statistique et des études économiques
NF	: Norme française
PED	: Prestation expérimentale dépendance
PSD	: Prestation spécifique dépendance
PPI	: Plan pluriannuel d'investissement
PRIAC	: Programme interdépartemental d'accompagnement des personnes âgées et des handicapés

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile
TES : Titre emploi service
UNASSAD : Union nationale des associations de soins et services à domicile
VAE : Validation des acquis de l'expérience

INTRODUCTION

J'occupe le poste de direction de l'association Services à la clé depuis 10 ans. Le projet associatif s'articule autour de l'aide et du maintien à domicile des personnes âgées, des personnes handicapées et des familles. Le vieillissement de la population française est un phénomène sérieux, nous le constatons tous les jours au travers de nos pratiques professionnelles, des grands débats politiques ou tout simplement dans notre entourage. C'est autour de cette problématique du vieillissement et de la dépendance qui en découle, que l'association a développé ses services dans un souci de réponse pertinente aux besoins des populations.

L'association, créée en 1993, s'est construite peu à peu, dans un secteur en mouvance, en limite du social, du médico-social et de l'économique. Aujourd'hui encore, elle poursuit son développement, afin de respecter son engagement envers les populations aidées tout en assimilant les évolutions des politiques publiques. Moi-même, j'ai construit ma fonction de direction sur l'expérience, parallèlement au développement de la structure. Cela me semblait être un parcours atypique, mais curieusement, l'étude Geste, commandée par la DGAS¹, illustre la diversité d'origines des directeurs d'établissements médico-sociaux.

En 1965, la CNAV, appliquant les préconisations du rapport de Pierre Laroque, met en place les premières prestations d'aide ménagère et amorce ainsi les politiques sociales en faveur des personnes âgées. En 1982, la première loi de décentralisation², en renforçant le pouvoir de l'élu local, provoque une dynamique et entame la mutation de la répartition des compétences. De 1983 à 1986, plusieurs textes législatifs³ ont précisé ces affectations : le département hérite de l'action sociale. Le mouvement de décentralisation achève sa phase de construction avec la loi du 6 janvier 1986, dite loi particulière, qui structure le secteur social et médico-social.

¹ Etude Geste, commandée par la DGAS – Directions N° 25 décembre 2005, page 29

² La 82-213 du 2 mars 1982, dite loi Defferre, relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions, supprime la tutelle de l'Etat sur les collectivités territoriales, transfère l'exécutif vers le Conseil Régional et le Conseil Général, et transforme la région en collectivité territoriale.

³ Respectivement loi 83-8 du 7 janvier 1983, loi 83-663 du 22 juillet 1983, loi 85-97 du 25 janvier 1985 et loi 86-16 du 6 janvier 86.

La Loi 2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, renforce le droit des usagers et offre le libre choix entre prestations à domicile et établissement⁴. La Loi 2005-102 du 11 février 2005⁵ réaffirme cette orientation pour les personnes handicapées en tenant compte de leurs aspirations pour élaborer leur projet de vie. Placement en institution et maintien à domicile alimentent les débats des politiques sociales et apportent chacun une réponse cohérente, l'objet de ce mémoire se limite à cette dernière alternative.

J'ai réalisé l'élaboration de ce mémoire en deux étapes : d'abord par une analyse critique de mon travail au regard des problématiques rencontrées sur le terrain, ensuite par une recherche documentaire applicable à cette démarche. Pour effectuer ce retour en arrière, j'ai été soutenue et guidée par des confrères directeurs, mais aussi en interrogeant les usagers et certains collègues. Les publications retenues sont de sources multiples : les données statistiques ainsi que les références réglementaires et législatives sont essentiellement électroniques, les articles de presse m'ont permis d'alimenter les débats d'opinion et les ouvrages littéraires de conceptualiser ma démarche et de lui donner un caractère transférable.

La première partie de ce mémoire propose un historique du secteur que j'ai volontairement réduit aux 25 dernières années. Cette période me paraît suffisante pour planter le décor. La chronologie nous amènera tout naturellement à la création de la structure que je dirige et accompagnera sa maturation jusqu'au début de ce millénaire. C'est effectivement en s'emparant de la problématique du vieillissement démographique que l'association Services à la clé est née en 1993 afin de promouvoir l'aide et le maintien à domicile des personnes âgées. Durant ces dix dernières années le secteur de l'aide à domicile a subi de profonds changements, conséquences de l'adaptation des politiques sociales aux besoins grandissants de la population et à la crise économique. Je déclinerais ainsi les mutations du secteur.

Après une analyse du parcours réalisé, la seconde partie décrit l'environnement de l'association et affirme la nécessité pour la structure d'évoluer de l'aide vers le soin, du social vers le médico-social. Je développerai ici la manière dont j'ai anticipé ce

⁴ CASF art L 311-3 : « Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui –toute personne- sont assurés le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes, soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé »

⁵ Loi 2005-102 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

mouvement afin d'accompagner la structure dans cette démarche. Je centrerai mon propos sur les spécificités apportées au projet : son intégration dans l'environnement et sa coordination avec l'existant. Ce chapitre illustre la stratégie que j'ai mise en œuvre tout au long de mon parcours professionnel et que je développe ensuite.

L'étude de mon management illustre la « mise en synergie » des acteurs du projet. J'en analyserai l'étymologie et tenterai de m'approprier ce concept tout au long de cette troisième et dernière partie. Pour cela, je vous présenterai la concrétisation du projet, sa déclinaison organisationnelle, fonctionnelle et budgétaire. Son évaluation permettra de valider le bien fondé de la mise en synergie que j'ai réalisée.

1 UNE ASSOCIATION JEUNE, EN CONSTANTE MUTATION, DANS UN CONTEXTE DE FORT DÉVELOPPEMENT

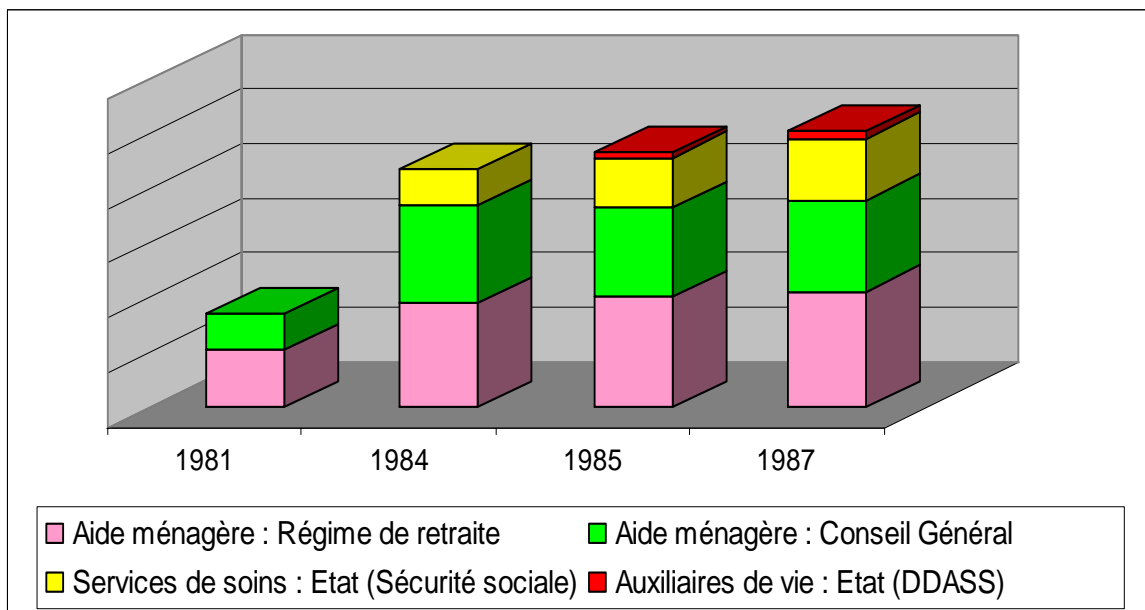
Jusqu'à l'aube des années 80, les politiques de soutien à domicile envers les personnes âgées et les personnes handicapées, bien qu'au cœur des préoccupations du secteur associatif et des centres communaux, se réduisaient aux prestations d'aide ménagère. Avec la montée en charge de la dépendance et du grand âge, les prestations d'aide ménagère, essentiellement financées par les régimes de retraite, montrèrent leur limite. En effet, le contingent d'heures finançables par les caisses, déjà malmenées par la crise économique, ne suffit plus au regard des besoins de la population, malgré une participation accrue à la charge de la personne aidée.

Dès 1981, les pouvoirs publics mettent en place des services de soins infirmiers à domicile et des services d'auxiliaires de vie, mais après une montée en charge importante entre 81 et 84, le développement de ces services s'est ralenti. A partir de 1982, les Conseils Généraux se voient attribuer la responsabilité des politiques de l'action sociale et de l'aide sociale envers les personnes par les lois de décentralisation⁶.

Tableau de répartition des financements de l'aide et du soin à domicile

Dépenses - en Millions de Francs	1981	1984	1985	1987
Aide ménagère – Caisse de retraite	1 054	1 924	2 022	2 125
Aide ménagère – Conseil général	664	1 762	1 645	1 668
Soins infirmiers – Sécurité sociale		671	908	1 132
Auxiliaires de Vie – Etat			100	128

⁶ Respectivement Loi 82-213 du 2 mars 82, Loi 83-8 du 7 janvier 1983, Loi 83-663 du 22 juillet 1983 et Loi 86-17 du 6 janvier 1986



Les services de soins infirmiers et les services d'auxiliaires de vie n'étant pas concernés par cette décentralisation, la dichotomie entre le sanitaire et le social s'est accentuée et a freiné le développement du secteur médico-social sensé prendre en charge les personnes dépendantes à domicile. Pour y pallier, les pouvoirs publics ont souhaité favoriser le développement de l'aide à domicile sur des dispositifs annexes, permettant ainsi de répondre à deux problématiques distinctes : l'augmentation des besoins des personnes dépendantes à domicile et la nécessité de créer de l'emploi pour diminuer le taux de chômage.

1.1 Des étapes importantes jalonnent le parcours de Services à la clé

Dans le cadre de la Loi 87-39 du 27 janvier 1987, le législateur impulse le développement des emplois de proximité, en généralisant l'exonération de charges sociales pour toutes les personnes âgées de plus de 70 ans. De ce fait, il limite les risques de recourt au travail clandestin par une diminution du coût de l'emploi de tierces personnes.

Cette même année, il encourage la création d'associations intermédiaires permettant le placement de travailleurs auprès de particuliers, et d'associations mandataires, de type « aide à la fonction employeur »⁷. L'abattement fiscal complète ces mesures incitatives. En effet, à l'époque, la priorité affichée par le gouvernement était autant de répondre à un besoin d'aide envers les personnes dépendantes que d'irriguer de nouveaux gisements

⁷ Par le décret 87-303 du 30 avril 1987 et par la circulaire ACOSS du 26 août 87

d'emplois, afin de relancer l'économie. Il s'agit ici de montrer que l'interdépendance des populations est bénéfique pour tous : les personnes dépendantes ont besoin de personnes pour s'occuper d'elles, mais en contrepartie procurent du travail. Cette politique tendait à considérer l'aide à domicile comme un secteur économique à part entière et l'a placé dans une situation paradoxale avec deux rôles singuliers : aider les personnes à domicile et créer de l'emploi de proximité.

1.1.1 Création de l'association sur fonds d'incitation gouvernementale.

C'est dans ce contexte que, fin 1993, l'association Services à la clé a été créée avec l'ouverture d'un premier service de type mandataire. Le projet associatif a clairement établi comme objet principal l'aide et le maintien à domicile des personnes âgées et des familles, revendiquant ainsi son appartenance au secteur social. Recrutée à ce moment là, j'ai souvent du rappeler cette caractéristique, car, le volet insertion, qu'aurait permis la création d'une structure de type intermédiaire, n'a pas été prioritaire, même si, dans la réalité du fonctionnement, la création de ce service a permis de donner de l'emploi à des personnes souvent éloignées du monde du travail, ou tout au moins de la profession d'aide à domicile.

Les premières aides à domicile ont construit leur métier en même temps que j'accompagnais l'association sur le chemin de la maturation. Il est vrai qu'à cette période, aide à domicile allait souvent de paire avec précarité et temps partiel. Cependant ces difficultés n'ont jamais été occultées et l'association s'est efforcée de réaliser un travail de fonds pour s'affranchir de l'amateurisme. Certaines intervenantes sont restées fidèles à l'association, d'autres l'ont utilisée comme tremplin professionnel et nous nous croisons quelquefois dans les établissements ou services du secteur, d'autres encore reviennent après plusieurs années de parenthèse familiale.

Je dois dire que ces premières années de tâtonnement ont permis de souder l'équipe salariale et d'impliquer les administratifs, permettant ainsi d'instaurer un climat de confiance face au changement. En cela, je me réfère à Cécile Déjoux qui précise « *qu'au cœur de l'entreprise réside un management qui reconnaît le changement comme principe, et la confiance comme moyen de le faire vivre* »⁸. C'est donc sans réelle difficulté que j'ai pu aborder l'étape suivante.

⁸ « Les compétences au cœur de l'entreprise » - Cécile DEJOUX – éditions d'organisation - page XIX

1.1.2 Les dispositifs d'agrémentation bousculent l'aide à domicile, secteur à la marge du social et médico-social

En 1996, une nouvelle loi⁹ en faveur du développement des emplois de services aux particuliers a profondément réformé les modalités d'agrément des organismes intervenant dans ce champ, instaurant ainsi des obligations qualitatives pour les associations de services à la personne. Les critères de délivrance des agréments nommés par le législateur « agrément simple » et « agrément qualité » sont définis, le second étant réservé exclusivement aux services en faveur des personnes âgées, des personnes handicapées et des enfants de moins de trois ans.

Afin d'obtenir l'agrément « qualité », Services à la clé dut répondre aux critères exigés de qualification du personnel, de qualité de service, de lisibilité budgétaire et de gestion bénévole. Les deux derniers critères ne posèrent guère de difficulté, car j'avais préconisé initialement l'assistance d'une expertise comptable et le fonctionnement des instances politiques de l'association garantissait la gestion désintéressée. Cependant, j'ai eu plus de mal à mettre en œuvre les axes de formation et de qualité. En premier lieu, les formations des intervenants du service mandataire impliquent l'adhésion des bénéficiaires - employeurs chez lesquels intervient le personnel, ensuite le financement en est limité (le taux de la cotisation sociale de formation est de 0,15%). Le volet qualité, lui, est essentiellement décliné autour de la déontologie de la prise en charge. Ces difficultés ont été surmontées grâce à l'implication du personnel et certaines aides à domicile ont pu accéder au certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile, d'autres au titre d'assistante de vie délivré par l'AFPA ou au titre d'employé familial polyvalent de la FEPEM.

Dans ce même temps, l'assemblée générale a posé la démarche qualité comme orientation principale. Services à la clé obtint l'agrément « qualité » en 1997, l'agrément « simple » n'étant qu'une formalité administrative en découlant. Cet agrément est renouvelé chaque année sur présentation des comptes budgétaires et de rapports d'activité.

⁹ Loi 96-63 du 29 janvier 1996 et son décret d'application 96-562 du 24 janvier 1996

1.1.3 Le temps de la maturation : Services à la Clé complète sa palette de services et affirme son projet

La prestation spécifique dépendance (PSD) est instaurée en 1997¹⁰. Cette aide en nature délivrée aux personnes dépendantes à domicile est servie et gérée par le département. Les demandeurs sont classés selon des profils de perte d'autonomie sur une grille (AGGIR) qui comprend 6 groupes (GIR). Seules, les personnes classées dans l'un des groupes de 1 à 3 peuvent bénéficier de la PSD, sous réserve de remplir les autres conditions. Bien que fortement décriée, la PSD a permis de mettre en œuvre l'évaluation des besoins médico-sociaux de la personne âgée avec un même outil, la grille AGGIR, par des organismes coordinateurs, précurseurs des actuels CLIC (centres locaux d'information et de coordination). Dès 1996, le département du Gard, fortement mobilisé sur le dispositif, s'est positionné pour délivrer la PED (prestation expérimentale dépendance) et plus particulièrement sur le bassin alésien grâce à l'instance de coordination déjà existante. Forte des compétences de son personnel, Services à la Clé a été sollicitée pour intervenir sur ce dispositif.

En 1998, devant les besoins avérés des personnes lourdement handicapées à domicile, j'ai proposé une réorientation du projet associatif au conseil d'administration de Services à la clé. Celui-ci prononça l'ouverture d'un service d'auxiliaires de vie, financé par la DDASS, et adapta les statuts en complétant son objet avec l'aide et le maintien à domicile des personnes handicapées. En 1999, c'est le service prestataire qui est né. Dans ce cadre, l'association n'effectue plus seulement l'aide à la gestion des emplois pour des particuliers employeurs, mais elle recrute elle-même les salariés qui interviennent au domicile des personnes. Les premières aides à domicile furent bien sûr embauchées parmi les personnes qui travaillaient déjà sur le service mandataire.

Le 20 juillet 2001, La loi 2001-647 instaure l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en remplacement de la PSD avec des progrès notables. L'ouverture des droits acquise pour 4 groupes Iso Ressources, et non plus 3 comme avec la PSD, l'abandon de la reprise sur succession, la diminution des disparités départementales d'octroi de la prestation et l'attribution de la prestation même en établissement sont les principales améliorations apportées par l'APA sur la PSD.

¹⁰ Par la Loi 97-60 du 25 janvier 1997 et les décrets 97-426 et 97-427 du 30 avril 1997

Classification des GIR (Groupes Iso ressource)

GIR	PROFIL	BESOINS	FINANCEMENT		
			avant 1997	De 97 à 2001	après 2001
1	Perte complète d'autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale	Présence continue	Aide ménagère	PSD	APA
2	Dépendance physique totale (grabataires lucides) ou déments capables de se mouvoir	Surveillance constante et actions répétitives			
3	Perte d'autonomie motrice, avec conservation des facultés mentales	Aide quotidienne, mais non continue			
4	Perte d'autonomie pour les transferts avec autonomie de locomotion à l'intérieur du domicile et pour les repas ou autonomie locomotrice, mais dépendance pour les activités corporelles	Aide au repas, à la toilette ou au transfert, ainsi que ponctuellement à la demande		Aide ménagère	Aide ménagère
5	Autonomie pour les repas, les transferts, les déplacements à l'intérieur du domicile, l'habillage et la toilette.	Aide aux tâches ménagères ou aux courses à raison de quelques interventions par semaine			
6	Autonomie face aux actes de la vie courante				Aide ménagère

Ce nouveau dispositif a eu de très fortes incidences sur l'augmentation de l'activité des services en faveur des personnes dépendantes. Heureusement, Services à la clé ayant anticipé la professionnalisation de son personnel a pu répondre aux besoins de manière adéquate. Néanmoins, ce secteur est encore à la marge du médico-social, avec la simple obligation de demander l'agrément des accords et conventions collectives (art 16 du code de l'action sociale).

1.2 Services à la clé trouve ses marques et devient une association reconnue

Si, pendant 25 ans, l'action sociale a été régie par la Loi de 1975¹¹, relative aux institutions sociales et médico-sociales, seuls les services de soins infirmiers à domicile étaient réellement reconnus en tant que service médico-social, les services d'aide à domicile en étant exclus sauf pour la part limitée à l'aide sociale. C'est dire l'incidence de la Loi 2002-2 du janvier 2002 sur notre secteur.

1.2.1 Un enjeu majeur de la Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale : l'intégration officielle de l'aide à domicile dans le secteur

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 constitue une redéfinition de l'action sociale et médico-sociale, construite sur deux axes principaux : la priorité donnée aux droits des personnes et l'efficacité d'une organisation. De plus, elle élargit considérablement le champ d'application, avec, dans le domaine des personnes âgées dépendantes et du handicap, la reconnaissance explicite des services d'aide à domicile.

Cette réforme, fondamentale pour notre secteur, a interrogé l'ensemble des associations. Certaines ont pu y trouver des facteurs de risques pouvant agir sur leur existence même, avec une adaptation nécessaire des services à domicile à la lourdeur de l'application de la réforme et de la gestion qui en découle. D'autres, et Services à la clé en a eu la certitude très tôt, ont su saisir ses opportunités en terme de reconnaissance du maintien à domicile ainsi que d'élément de cohésion et d'équilibre social. Les financeurs publics, conscients du poids économique et de l'importance sociale du secteur, ont accompagné les associations vers cette structuration. La montée en charge de l'APA a accéléré le processus.

J'ai initié une réflexion autour des outils préservant le droit des usagers au sein de l'association : la charte des droits et libertés de la personne accueillie, le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, le groupe d'expression. J'ai mobilisé le FMAD (fonds de modernisation de l'aide à domicile) pour financer la formation des responsables de secteur et de quelques membres du conseil d'administration, pour accompagner le personnel et les bénéficiaires dans la démarche et pour formaliser les documents. Bien que la Loi 2002-2 concerne exclusivement l'activité prestataire auprès des personnes âgées, handicapées ou atteintes de maladie invalidante, le conseil d'administration a

¹¹ Lois du 30 juin 1975 : 75-534 d'orientation sur les personnes handicapées et 75-535 structurant les établissements accueillant des personnes handicapées

choisi d'en faire bénéficier l'ensemble des usagers de tous les services de l'association. J'ai aussi mis la gestion budgétaire de Services à la clé en conformité au regard du décret 2003-1010 du 22 octobre 2003, la principale contrainte étant « d'extraire » des budgets ce qui est hors du champ de la loi. Fort de ces actions, le dossier de demande d'autorisation a été déposé en CROSM. L'association a été autorisée, habilitée aide sociale et tarifée – après négociation- en 2005.

1.2.2 Valoriser la démarche qualité par la certification « NF Services aux personnes »

Nous avons vu plus haut que Services à la clé mène une démarche qualité depuis 1997. En 2002, le conseil d'administration a souhaité concrétiser cette action en me missionnant pour conduire les services jusqu'à l'obtention de la certification « NF X50-056 services aux personnes ». J'ai endossé la casquette de responsable qualité pour mener à bien cette action, épaulée par le comité de pilotage qualité. Le comité de pilotage, garant de l'application de la démarche à tous les niveaux de la structure, est constitué de deux usagers, d'un membre du conseil d'administration, d'un salarié administratif, d'un salarié aide à domicile et d'un représentant du service mandataire, salarié d'un particulier employeur. La démarche a été menée sur deux axes :

D'une part, j'ai pu mettre en œuvre une politique de formation triennale en mobilisant l'ensemble des ressources disponibles. Le plan de formation classique a été complété par un engagement départemental de développement de formation (EDDF 2003 – 2005, avec un complément en 2006), et par le fonds de modernisation de l'aide à domicile (FMAD). De plus, certains membres du personnel ont aussi utilisé le CIF (congrés individuel de formation) dans un objectif de professionnalisation, fruit de leur motivation.

D'autre part, avec l'assistant qualité, j'ai référencé, indicé, mis à jour et diffusé l'ensemble des documents utilisés. Nous avons normalisé les modèles et organisé les enregistrements. Il a aussi fallu déterminer le classement et l'archivage. Puis, l'organisation et le fonctionnement de la structure ont été décrits à travers les modes opératoires. Un consultant a suivi l'association durant la formalisation des procédures. Le manuel qualité rassemble l'ensemble des documents et des procédures, pose les principes déontologiques et les garanties d'amélioration de la qualité de Services à la clé.

Cet accompagnement dans la démarche a pu être réalisé par la mise en commun d'un même consultant qualité sur plusieurs associations d'aide à domicile du département.

Ainsi, les associations engagées ont partagé les frais et la mobilisation des acteurs a facilité la négociation des financements auprès des organismes. Services à la clé a passé l'audit de certification avec succès et démarre l'année 2006 avec l'obtention de la certification NF Services aux personnes.

C'est en partie grâce aux liens tissés sur le territoire que Services à la clé a pu appréhender sereinement les évolutions de ce secteur en construction durant les premières années et en tirer des avancées positives. En effet, l'association a volontairement restreint son développement territorial. Avec l'explosion des demandes d'interventions, provenant du succès de l'APA et de la bonne réputation de l'association, Services à la clé a du choisir entre apporter une réponse à toutes les demandes ou bien favoriser une prise en charge diversifiée sur un même territoire. Le conseil d'administration a opté pour un développement local, servi en cela par la constitution de partenariat.

1.2.3 L'implication des services dans les réseaux : une particularité à prendre en compte

Les collaborations de l'association sont caractérisées par leur diversité : professionnelles, politiques et administratives, mais aussi par leur étendue : locale, départementale, régionale et nationale. Je vais décliner ci-dessous ces différents liens.

Au niveau de la commune : Services à la clé entretient des relations privilégiées avec la commune qui l'héberge. Cela se concrétise par ses locaux, loués à prix modiques par la commune, mais aussi par la représentation de l'adjoint aux affaires sociales au sein du Conseil d'Administration. Les actions de Services à la clé sont régulièrement mises en avant dans le Journal local. La proximité du centre médico social favorise les rencontres avec les assistants sociaux. Par ailleurs, en 1996, une usine textile a fermé à Saint Christol les Alès et une centaine de personnes, essentiellement des femmes, se retrouvèrent au chômage. La plupart de ces femmes n'ont pas pu retrouver de postes similaires dans le secteur de l'habillement, car leur condition d'épouse et de mère freine leur mobilité géographique. Toutefois, beaucoup ont bénéficié d'un programme de reconversion et ce sont elles que l'on trouve maintenant aides à domicile à Services à la clé.

Au niveau du bassin alésien : Le bassin alésien est un ancien pôle minier, avec une orientation féminine vers le secteur de l'habillement, qui lui-même a subi les retombées économiques de la mondialisation, nous venons de le voir. C'est donc un bassin d'emploi sinistré. Très rapidement, des organismes de formation, sous l'impulsion de la DDTEFP du Gard ont souhaité réagir aux fermetures d'usine et ont mis en place des formations tournées vers l'aide à domicile. Ces organismes ont travaillé en partenariat avec les associations du secteur, dont Services à la clé. C'est ainsi que j'ai participé à l'établissement et à l'adaptation des référentiels de formation et que je me suis formée à la mission de jury. En contrepartie de bénéficier d'un important panel de candidatures pré formées, notre service reçoit régulièrement des stagiaires.

Sur ce même bassin alésien, j'ai parlé initialement des CLIC et je souhaite revenir maintenant sur leur mise en place. Plusieurs organismes sociaux se sont rassemblés dès 1995 pour créer une coordination gérontologique. Ces associations, dont Services à la Clé, ont constaté la nécessité d'avoir une structure indépendante des services de prestation pour réaliser l'évaluation et le suivi médico-social des personnes âgées, ce qui a permis la création de l'association ACCORD. Cette démarche a été fortement appuyée par le Conseil Général et ce dernier a pu positionner le département pour la mise en place de la PSD à titre expérimental, la PED, (prestation expérimentale dépendance). En 2001, les modalités de création et les missions allouées aux CLIC, sont fixées par circulaire¹². La coordination gérontologique ACCORD a tout naturellement évolué en CLIC. Le CLIC ACCORD constitue un réseau de coordination gérontologique territorialisé et permet de bâtir une politique de soutien à domicile efficace, de mettre en cohérence les dispositifs existants et de recomposer l'offre de services avec un démarche d'approche globale et personnalisée des besoins de la personne âgée. Depuis, onze autres CLIC ont complété le maillage départemental¹³. Les CLIC fonctionnent selon trois niveaux de label :

- le label de niveau 1 correspond aux missions d'accueil, d'écoute, de conseil et de soutien aux familles,
- le label de niveau 2 ajoute les missions d'évaluation des besoins et d'élaboration des plans d'aide,
- le label de niveau 3 complète ces missions avec la mise en œuvre, le suivi et l'adaptation du plan d'aide personnalisée.

Tous les CLIC du département sont de niveau 3.

¹² Circulaire DGAS/AVIE/2 C n° 2001-224 du 18 mai 2001

¹³ Voir annexe 1 – Répartition des Clics dans le département du Gard

Il n'y a pas que le domaine gérontologique qui se soit rassemblé en réseau. Huit autres réseaux de santé ont pu être créés sur le bassin alésien, incités en cela par la mise en place d'une coordination des réseaux, RESEDA. Cette plateforme est un centre de ressources et d'informations, mais aussi un lieu d'écoute et de dialogue, une structure de communication pour l'ensemble des professionnels sanitaires, sociaux et médicaux du secteur. C'est aussi une interface entre les pouvoirs publics et les organismes. Les réseaux s'articulent autour des thèmes suivants :

- Personnes âgées
- Santé vie sociale,
- Soins palliatifs,
- Santé respiratoire,
- Addictologie,
- V.I.H.,
- Enfance en danger,
- Diabète,
- Périnatalité.

Chaque réseau est organisé de manière autonome. Il définit sa philosophie, sa déontologie, son projet et ses objectifs. Chaque réseau définit aussi le niveau de services apporté par la coordination des réseaux, RESEDA. Il décide d'actions en fonction de son développement : soit d'actions autour du soin (réunions cliniques, réunions de synthèse, formations pluridisciplinaires), soit d'actions autour de la prévention et de la promotion de la santé. Je précise ici que la plupart des actions sont portées par plusieurs réseaux à la fois, la coordination étant réalisée par la plateforme. Services à la clé est impliqué de manière régulière dans les trois premiers réseaux, mais suit aussi les actions des autres réseaux.

Au niveau du département : Le troisième axe de travail en partenariat, je l'ai abordé précédemment, concerne le regroupement d'une dizaine de structures d'aide et de maintien à domicile dans le département du Gard. En effet, en tant que responsables ou directeurs, nous nous rencontrons quelquefois lors de colloques ou de réunions et nous avons constaté des affinités idéologiques, des valeurs similaires. Lors de la mise en place de l'APA, les associations nouvellement créées sous l'impulsion du développement des services à la personne ne savaient pas si elles allaient pouvoir servir cette prestation et dans quelles conditions. Par ailleurs, d'autres associations plus anciennes se sont trouvées en difficulté face à la mutation du secteur. Plutôt que de rester isolées avec chacune les mêmes difficultés, ces associations se sont réunies sous l'impulsion de leurs directeurs et ont su mobiliser leurs conseils d'administration pour créer le comité gardois des associations d'aide à domicile (CGAAD). Nous avons structuré le comité sous forme

associative : c'est une association d'associations dont l'objet est le partage d'informations et de représentations ainsi que la mutualisation de moyens. Le conseil général a bien perçu cette initiative, car cela lui a permis d'avoir un interlocuteur unique avec un volume d'activité important plutôt qu'une fragmentation de petites structures. Cela a permis au CGAAD, et par là, aux associations le composant, d'être présent sur toutes les réunions importantes tout en se partageant le travail (schémas départementaux – mise en place des CLIC – plus récemment Maison du handicap). Nous avons mutualisé les moyens autour de l'accompagnement à la certification NF qualité, de la mise en place de la modulation du temps de travail par accord d'entreprise et de quelques formations.

Pour ma part, je me suis impliquée au niveau du schéma départemental personnes âgées dans les commissions de travail, au niveau du comité de pilotage du schéma départemental handicap, ainsi qu'au conseil d'administration de deux CLIC et de la coordination des réseaux RESEDA.

Au niveau de la région : Nous avons décliné deux types de partenariat, tous deux émanant de fédérations. D'abord la constitution d'un groupe régional de réflexion « aide à domicile », le GRRAD, initié par l'URIOPSS, a permis d'avancer ensemble sur le thème de la Loi 2002-2. Je participe au GRRAD qui se réunit tous les 2 ou 3 mois. Chaque réunion est l'occasion de faire le point sur l'évolution de la législation, puis, par un tour de table de commenter les avancées de chaque structure dans son environnement. Il est très enrichissant de voir la manière dont chaque département s'approprie la réglementation et interprète la législation. Lorsque cela s'avère nécessaire, ces réunions sont complétées par des journées de formation sur la mise en œuvre des nouvelles législations.

Ensuite, et c'est plus récent, la création d'une union régionale, émanation d'ADESSA rassemble diverses structures de l'aide à domicile et des services à la personne sur le Languedoc-Roussillon. En effet, notre fédération employeur, ADESSA, est basée à Paris, et malgré le développement des nouvelles technologies de communication, son éloignement s'est fait sentir. L'union régionale est un échelon intermédiaire permettant de faire remonter les spécificités régionales.

Au niveau national : En 2001, Services à la clé a choisi de se fédérer à ADESSA, pour bénéficier d'une représentation nationale. L'ADMR, l'UNASSAD et l'ADESSA constitue le paysage des fédérations employeurs « aide à domicile ». Services à la clé a choisi cette dernière fédération par un partage des mêmes valeurs, mais aussi pour consolider la répartition des fédérations représentatives dans le Gard. En effet, l'adhésion simultanée

de petites structures à cette fédération, a eu comme effet notable une représentativité majoritaire du réseau ADESSA sur le département.

1.3 Des besoins en constante augmentation auprès d'une population en perte d'autonomie

L'introduction de ce mémoire pose en problématique, l'accompagnement au vieillissement de la population et de la dépendance qui en découle. Cette problématique est illustrée par les hypothèses formulées sur la mortalité, la fécondité et les migrations, hors catastrophe, qui présentent toutes un scénario de vieillissement de la population française. Pour plus de simplicité, nous nous référerons uniquement aux scénarios centraux pour les statistiques à venir.

1.3.1 L'augmentation de la population âgée nécessite d'anticiper la prise en charge de la dépendance

Le vieillissement démographique est mis en évidence par l'accroissement de la proportion de personnes âgées parmi la population totale¹⁴. Ainsi, les progrès de la médecine, avec une espérance de vie en nette progression, concourent à augmenter le nombre des personnes âgées dans notre société, ce dont nous nous réjouissons. Cette avancée, conjuguée à la diminution des naissances, entraîne un vieillissement de la population. Malgré la hausse des revenus et de la qualité de vie de ces populations, les pouvoirs publics tentent d'anticiper les conséquences découlant du vieillissement en terme de financement des retraites et de prise en charge de la dépendance.

Pourtant, le vieillissement de la population nécessite d'être pondéré par la qualité du vieillissement des populations dont l'autonomie reste préservée bien au-delà des 60 ans caractérisant l'âge d'entrée dans la vieillesse jusqu'à la fin du XXème siècle. S'agissant de dépendance, on estime à présent que la moyenne d'âge des personnes à prendre en compte est de 75 ans, âge qui lui-même tend à reculer. Un des enjeux majeur de ce nouveau siècle est de repousser la représentation de la vieillesse au mode de vie confinée qui semble apparaître à la toute fin de vie, ce que nous appelons le 4^{ème} âge. Bernard Matray¹⁵ note que « *quelle que soit la façon de comprendre le vieillissement, il*

¹⁴ Le vieillissement démographique est ici défini par le Rapport Laroque en 1962

¹⁵ Bernard MATRAY – la présence et le respect – Desclée de Brouwer – p. 73

conduit au constat d'une réalité certaine : il instaure de façon systématique une différence entre les êtres ». Cette différence prend un caractère pesant lorsque le vieillissement s'accompagne de la dépendance.

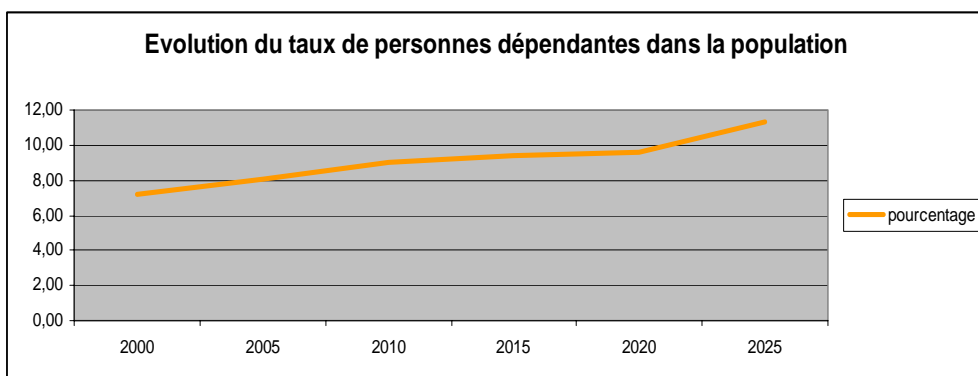
La dépendance se décline en pallier, avec un outil d'évaluation communément utilisé que nous avons déjà vu, la grille AGGIR. Le Petit Larousse définit la dépendance comme l'état d'une personne qui ne peut plus réaliser toute seule les actes de la vie quotidienne. Ce même dictionnaire décrit la vieillesse comme étant la dernière période de la vie caractérisée par un ralentissement ou un affaiblissement des fonctions. Hélène Thomas¹⁶ porte un éclairage complémentaire car pour elle, la dépendance n'est pas seulement une question d'âge, mais elle est caractérisée par un âge avancé, un besoin d'assistance médicale, financière et sociale dans la vie quotidienne ainsi que par la perte de l'autonomie physique ou mentale. La loi, qui en 1987, a institué la prestation spécifique dépendance a explicité l'état des personnes dépendantes comme « *celles qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière* ». Le dénombrement de la population dépendante est très récent, et a surtout été mis en évidence avec l'APA.

Le tableau suivant présente l'évolution de la proportion des personnes âgées de plus de 75 ans parmi la population totale en France. Cette proportion est mis en évidence par les scénario centraux de l'INSEE, en terme de natalité, mortalité, immigration et émigration.

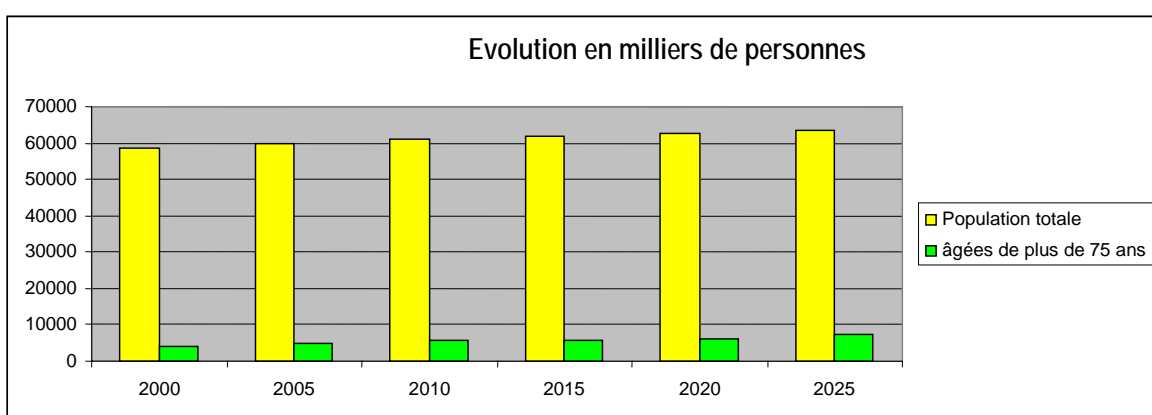
Évolution de la population française	2000	2005	2010	2015	2020	2025
Population totale (milliers)	58744	59983	61061	61975	62734	63377
Nb de 75 ans et +	4230	4859	5495	5825	6022	7162
Pourcentage 75 ans et +	7,2 %	8,1 %	9,0 %	9,4 %	9,6 %	11,3 %

Source INSEE : modèle Omphale en scénario central

¹⁶ Hélène THOMAS – vieillesse et désinsertion politique – Paris – L'Harmattan – p. 58



Les personnes dépendantes étant assimilées aux personnes de plus de 75 ans



Ce modèle, reporté à l'extrait statistique INSEE Languedoc Roussillon modèle Omphale 2000 présente en scénario central un taux d'évolution de 38,4 % (ou en nombre de 2853 personnes) de la population de personnes âgées dépendantes entre 2000 et 2015. Les départements de l'Hérault et du Gard devront assurer une part essentielle de l'augmentation de la dépendance des personnes de 75 ans ou plus. Le Gard en comptera près de 10 300 en 2015 contre 7 400 en 2000. Cet accroissement représente également une part de l'augmentation régionale.

Sur la commune de Saint Christol les Alès, le recensement de janvier et février 2004 indique 6002 habitants, contre 5494 en 1999 et fait apparaître un taux de progression de la population de 1,79 % par an, contre 1,24 % pour la région. En 2020, la population saint christoline atteindrait 7500 à 7700 habitants. La proportion de la population de + de 75 ans en 2000 étant déjà plus élevée que la moyenne nationale (8,66 % contre 7,2 %) on peut prévoir une population d'au moins 730 personnes (application du taux national) de plus de 75 ans en 2020.

Évolution sur St Christol les Alès	2000	2005	2010	2015	2020	2025
Population totale (milliers)	5595	6104	6610	7100	7600	8100
Nombres de 75 ans et +	484	538	595	667	729	915
Pourcentages 75 ans et +	8,66 %	8,82 %	9,0 %(*)	9,4 %(*)	9,6 %(*)	11,3 %(*)

(*) *En application du taux national*

En 2002, dans le Gard, 4,7 % de la population âgée de 20 à 59 ans est en situation de handicap reconnu (bénéficiaire de l'allocation adulte handicapé ou de la pension d'invalidité, cela représente 15 541 personnes. A cela s'ajoute les 1000 personnes très lourdement handicapées (bénéficiant d'une allocation pour tierce personne à plus de 80 %). C'est le bassin alésien qui connaît le plus fort taux de population handicapée (6,1 %) ¹⁷. Certaines personnes échappent à ces statistiques, le délai d'instruction de reconnaissance du handicap étant long, les personnes hospitalisées n'en font la demande que tardivement.

1.3.2 L'affirmation du domicile comme lieu privilégié de résidence des personnes en perte d'autonomie est un critère qui influence les politiques sociales

Dès 1962, le rapport de Pierre Laroque, dans un souci de mixité sociétale, conseillait déjà le maintien des personnes âgées dans leur milieu de vie ordinaire, cela afin d'éviter leur isolement. En effet, le placement dans un milieu autonome, en les excluant de la vie sociétale, est une forme de ségrégation. De plus, l'enfermement accentue la tendance au repli sur soi, au renoncement, à tout effort de contact avec l'extérieur et par là accélère le processus de vieillissement. Pour accentuer encore son propos, Pierre Laroque affirme que la société a besoin d'un équilibre entre le dynamisme de la jeunesse et l'expérience de la vieillesse. Vivre à domicile est un choix largement plébiscité par les personnes ainsi qu'il ressort des enquêtes IPSOS et SOFRES ¹⁸ successives.

¹⁷ Voir annexe 2 – Nombre d'allocataires adultes handicapés, de bénéficiaires d'une majoration tierce personne ou d'une pension d'invalidité.

¹⁸ Etude IPSOS en 1999 et étude SOFRES en 2001 pour le compte de l'UNASSAD

Une enquête IPSOS de 1999 révélait que 99% des personnes âgées souhaitaient continuer leur vie à domicile. On note, d'autre part, que l'âge moyen d'entrée en institution a reculé nettement les dernières décennies pour atteindre 85 ans. La tendance est donc effectivement à un maintien à domicile prolongé aux dépens d'une prise en charge institutionnelle qui tend à devenir plus tardive et essentiellement médicale.

La situation actuelle en France montre que 59 % des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie vivent à domicile contre 41 % en établissement¹⁹. Dans le département du Gard la proportion des bénéficiaires de l'APA à domicile est de 66 %²⁰.

La population féminine est culturellement la plus souvent en charge de l'aide familiale aux personnes âgées et devrait ainsi assumer une responsabilité de plus en plus lourde dans les années à venir. Or, l'évolution des modes de vie milite au contraire pour un allègement de cette aide avec une progression notable de l'activité professionnelle féminine. Cette baisse de disponibilité des aidants potentiels s'accroît encore en tenant compte de l'augmentation des divorces après 40 ans, réduisant ainsi les possibilités d'aide reposant sur les belles-filles. Les fils héritent d'une part plus importante de l'aide, alors qu'ils sont culturellement moins prêts à l'assumer.

En 2003, la DRASS du Languedoc Roussillon a publié les résultats de l'enquête menée dans la région pour évaluer les problèmes qui se posent aux personnes présentant un handicap lourd. Cette enquête a constaté que 72,7 % des personnes âgées de 20 à 60 ans et atteintes d'un handicap lourd vivent à domicile dans la région, avec un taux de 74,8 % pour le département du Gard. Dans cette même enquête, le mode de vie à domicile a été choisi par 69,5 % des personnes.

L'aspiration croissante à l'autonomie et à la réalisation de soi est identique chez les seniors et les personnes handicapées que dans le reste de la population, d'où la volonté de ne pas dépendre (ou de dépendre à minima) d'une tierce personne, même familiale. Il importe donc d'organiser cette évolution et d'anticiper l'accroissement du nombre de personnes dépendantes à domicile dans les meilleures conditions.

Le rapport Laroque préconisait aussi le développement de l'aide à domicile pour les personnes devenant dépendantes. Dans ses conclusions, il recommandait : « *des services d'aide médicale à domicile devraient être organisés très largement au profit plus*

¹⁹ Etudes et résultats n°503 – DREES – juillet 2006 – données au 31 mars 2006

²⁰ Extrait du Plan départemental de gestion canicule 2006, paru le 18 juillet 2006.

spécialement des personnes âgées ... La coordination de ces services avec celui de l'aide ménagère et, plus généralement, avec l'ensemble de l'action sociale au profit des personnes âgées devrait être confiée aux organes locaux et départementaux, dont la commission a préconisé la création ». Durant ces quarante dernières années, les préconisations du rapport Laroque n'ont été suivies que lentement.

L'association Services à la clé a évolué de l'aide familiale à l'aide aux personnes dépendantes, avec des prestations d'allocation personnalisée d'autonomie pour les personnes âgées et le service d'auxiliaires de vie pour les personnes handicapées. Cependant, pour compléter l'accompagnement de ces personnes, je dois amener l'association à s'orienter vers le soin.

1.3.3 La création d'un SSIAD (service de soins infirmiers à domicile) devient une réponse évidente.

Les soins infirmiers occupent une place importante dans la réponse aux besoins des personnes âgées dépendantes à domicile en offrant des soins coordonnés et soutenus permettant de réaliser des actes techniques ainsi que des actes concourant à l'hygiène générale et aux actes essentiels de la vie. L'objectif principal de ces services est de maintenir le plus longtemps possible les personnes dans leur environnement familial et personnel. Initialement, cet objectif était décliné ainsi²¹ : « *éviter l'hospitalisation des personnes âgées lors de la phase aiguë d'une affection pouvant être traitée à domicile, faciliter les retours à domicile à la suite d'une hospitalisation, prévenir ou retarder la dégradation progressive de l'état des personnes et leur admission dans les services de long séjour ou dans les sections de cure médicale des établissements sociaux* ». Au-delà des nécessités médicales, l'allongement et la multiplicité des périodes d'hospitalisation présentent de nombreux inconvénients autant financiers qu'en terme de sécurité et de confort. Ces périodes entraînent des risques de contracter une maladie nosocomiale, suscitent une aggravation des troubles d'incontinence des personnes âgées et perturbent les personnes aux facultés mentales déficientes.

Dès les premières années de fonctionnement de l'association, j'ai été confrontée à l'insuffisance de soins infirmiers (libéraux ou services de soin) sur le secteur d'Alès. Cette pénurie devenait critique lors des sorties d'hospitalisation des personnes âgées. Dans un

²¹ Décret 81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées.

premier temps, nous étions sollicités par des familles qui, détenteurs d'une prescription de soins à domicile, ne s'attendaient pas à tant de difficultés pour sa mise en œuvre. Dans le meilleurs des cas, le retour à domicile était retardé jusqu'à trouver le professionnel ayant suffisamment de disponibilité pour intervenir. Quelquefois le retour s'est effectué avec une sécurité limitée de par l'absence ou la réduction des actes de soin. En participant à l'élaboration du schéma département personnes âgées, j'ai pu faire remonter ces difficultés.

Après la terrible canicule de l'été 2003 qui avait causée la mort de 15000 personnes, le plan vieillissement et solidarité 2004-2007, complété par le plan Alzheimer, préconisait le développement des services de soins à domicile. En effet, face à l'insuffisance de l'offre de SSIAD au regard de l'accroissement des besoins, le ministère des affaires sociales a décidé un programme de création de places. Ce programme accompagne la réforme du cadre d'intervention des SSIAD²² en ouvrant des places dédiées aux personnes handicapées et en globalisant leur mission. Plus récemment, Dominique de Villepin dévoile les grandes lignes d'un plan solidarité grand âge qui devra prendre le relais du précédant en améliorant la prise en charge des personnes âgées dépendantes, tant en établissement qu'à domicile. Ce plan prévoit notamment la création de 6000 places supplémentaires, chaque année, jusqu'en 2012.

Avec d'un côté de fortes incitations des pouvoirs publics et de l'autre des besoins de plus en plus pressants des populations suivies, Services à la clé a du compléter son projet par une orientation permettant l'évaluation et la prestation de soins, avec la création d'un SSIAD, service de soins infirmiers à domicile. J'ai réalisé une étude des besoins ciblée sur le secteur du service prestataire de l'association pour évaluer le nombre de places nécessaires.

Il n'y a pas de places de SSIAD ni sur la commune de St Christol les Alès, ni sur le canton Alès – Sud. Une première rencontre à la DDASS a aussi fait ressortir des besoins sur le canton adjacent de Vézénobres, sur lequel nous intervenons déjà en aide à domicile. Par ailleurs, les besoins des personnes handicapées ont été recensés individuellement sur une zone géographique plus large. En effet, cette catégorie de population est caractérisée par un faible nombre de personnes avec des besoins importants en matière de soins. Le tableau ci-dessous schématise la démarche.

²² Le décret 2004-613 du 25 juin 2004, relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile se substitue au précédent décret du 8 mai 1981.

Évaluation des besoins pour les 75 ans et plus	2000	2005
Commune de St CHRISTOL LES ALÈS	484	538
Canton ALÈS SUD	1022	1136
Canton VÉZÉNOBRES	546	607
Nb de 75 ans et + sur les 2 cantons	1568	1743
Taux national pour 1000	17,36 %	17,36 %
Nb de places SSIAD nécessaires	27,22	30,25

Il ressort de l'étude des populations, la nécessité de création de 30 places de SSIAD pour les personnes âgées et de 5 pour les personnes handicapées. Cependant, dans un souci de cohésion associative, il était important que cette nouvelle activité ne se superpose pas simplement à l'existant, mais soit intégrée dans les services actuels.

2 PASSER D'UNE LOGIQUE D'AIDE ET DE SOIN À LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DE LA PERSONNE EN DEVENANT SERVICE POLYVALENT

J'ai donc amené ce projet à être considéré comme une réorientation globale des activités de l'association. Il fallait pour cela que l'ensemble des forces de terrain avance dans la même direction permettant ainsi une potentialisation des efforts vers un même objectif au service de la personne dépendante.

2.1 Analyse des points forts et des points faibles de Services à la clé

Nous avons vu dans le chapitre précédent que Services à la clé a développé une politique de formation dynamique. Toutefois, cette politique ne peut être valorisée que dans un contexte de fort développement, avec des débouchés pour le personnel impliqué.

2.1.1 La politique de formation du personnel : amélioration du service rendu, et repositionnement des missions

Ainsi, l'accèsion des aides à domicile à la qualification, est une reconnaissance au niveau de leur rémunération et une réelle motivation pour le personnel en voie de qualification, mais cela implique un surcoût pour l'association qui doit être répercuté sur l'utilisateur ou sur les pouvoirs publics. L'accord de branche aide à domicile prévoit qu'un salarié obtenant le DEAVS soit obligatoirement classé dans la catégorie « C » - catégorie la plus élevée pour les intervenants à domicile – avec des incidences notables en terme de salaire, donc de coût pour la structure. Le personnel de Services à la clé a utilisé les dispositions d'accompagnement à la VAE et plus de la moitié ont obtenu le DEAVS, les autres sont en cours de validation.

Or, malgré le besoin accru d'accompagnement de la dépendance, la solvabilité reste limitée. P.F. Drucker relève que « *nous ne pouvons à la fois vivre dans la crainte de perdre notre emploi... et être capable d'assumer la responsabilité de notre tâche* »²³. Il signifie par là, qu'une main d'œuvre responsable exige une gestion performante. Les compétences acquises par le personnel place l'association en situation de devoir coûte que coûte en assumer le prix et de lui offrir des missions adéquates.

Les échanges avec les stagiaires accueillis restent un axe positif d'ouverture vers les organismes de formation du secteur, même si je déplore un défaut de valorisation du travail de tutorat.

La formation continue permet aussi une remise à niveau régulière des pratiques professionnelles et l'adaptation aux nouvelles techniques de travail, mais le personnel subit ainsi une pression permanente d'amélioration de ses compétences, avec un risque d'insuffisance de débouchés en interne pour des aptitudes acquises sur le terrain. Les usagers et leur famille bénéficient d'un accompagnement de meilleure qualité, avec une sécurité accrue, mais les limites de compétence de l'aide à domicile sont sans cesse repoussées.

Par exemple, les aides à domicile ont suivi des formations d'accompagnement des personnes en fin de vie, aussi, les travailleurs sociaux orientent les situations palliatives vers Services à la clé. Pourtant, je pense que ce type d'accompagnement doit rester

²³ « Les grands auteurs en organisation » Jean Claude SCHEID – éditions Dunod – page 111

marginal, car même avec le maximum d'encadrement, la charge émotionnelle reste forte. L'accompagnement en soins palliatifs doit faire partie des aptitudes d'une aide à domicile, mais l'exclusivité est facteur de risque d'usure.

Nous avons été sollicité par l'équipe mobile de soins palliatifs pour intervenir en garde de nuit auprès de personnes à l'agonie ; il s'agit là de soutenir la personne pendant les quelques nuits précédant le décès. Malgré le caractère urgent de ce type de demande, je n'ai pas voulu le mettre en œuvre sur le même schéma d'organisation qu'un accompagnement classique de type aide ménagère ou accompagnement social, avec affectation de l'intervenant selon les disponibilités du service. J'ai donc mis cette problématique au débat en réunion générale du personnel, et, pour compléter le programme, j'ai invité la seconde équipe mobile du secteur à venir se présenter. Au cours de la discussion, il s'est avéré que la majorité des aides à domicile pratiquant l'accompagnement palliatif se sentait plus à l'aise lors des prises en charge de courtes durées que lorsque l'accompagnement en phase terminale vient en aboutissement de plusieurs années de prise en charge, car l'attachement est à ce moment là très fort. Nous nous sommes entendus pour répondre à ces demandes spécifiques sous forme de volontariat. Les personnes disposées à réaliser des gardes de nuit occasionnelles (et difficiles) sont listées et sollicitées en cas de besoin. Par ailleurs, l'ouverture de ce débat à l'ensemble du personnel, a donné aux autres aides à domicile une première approche de l'accompagnement palliatif.

En complément de ce chapitre, je cite Cécile Déjoux²⁴ pour qui « *Les compétences collectives représentent bien plus qu'un agrégat entre les connaissances, les capacités et les aptitudes que possèdent les individus d'un groupe. Elaborées à partir des compétences individuelles des membres du groupe, elles intègrent également une dynamique de groupe ou un effet groupe qui leur est propre* ». Les compétences acquises par chaque professionnel de l'association ont pu se multiplier grâce aux flux de communication existants : réunions, groupes de travail. Cette libéralisation de l'information a permis de construire une compétence collective reconnue de la structure.

Cependant, le souci de perfectionnement de l'association a mené parfois son activité en marge des missions du service à domicile avec un débordement sur les compétences d'autres professionnels. La responsabilité de chacun a du être balisée.

²⁴ « Les compétences au cœur de l'entreprise » - Cécile DEJOUX – éditions d'organisation - page 95

2.1.2 Les limites de compétences du service d'aide à domicile

Par sa volonté affichée de promouvoir le maintien à domicile en répondant aux besoins des usagers quelque soient leur handicap, ou leur niveau de dépendance, Services à la clé a eu du mal à contenir sa mission de services à domicile. En effet, la pénurie d'infirmiers libéraux du secteur ajoutée au professionnalisme reconnu des aides à domicile du service a concouru à recevoir des demandes en marge du soin.

Mme K. est atteinte d'une dégénérescence neurologique et demeure en zone rurale reculée. Sa paralysie l'oblige à recourir au service continu de tierces personnes, gérées par Services à la clé. La toilette quotidienne, d'une durée d'une heure, est réalisée par une infirmière libérale assistée d'une des auxiliaires de vie. Les infirmières libérales du secteur ont prévenu Mme K. et Services à la clé qu'elles n'avaient plus suffisamment de disponibilités sur le secteur pour continuer à assurer cette toilette quotidienne et qu'elles se limiteraient dorénavant à superviser le travail des auxiliaires de vie, ayant pu juger de leur compétence. C'est ainsi que devant le fait accompli, j'ai du mettre en place un double poste d'auxiliaire de vie pour effectuer la toilette d'une personne alitée et appareillée, et cela, malgré que les instances sanitaires aient été alertées de la situation.

On a ainsi constaté que les professionnels de soin passaient plus facilement le relais au service. Les infirmiers libéraux, ne pouvant faire face à toutes les demandes, ont transféré les interventions quotidiennes de certains usagers vers notre service. La DSI (démarche de soins infirmiers), en prévoyant l'évaluation, l'orientation et le suivi des soins, a amplifié le phénomène sans que les services de soins n'aient encore été en nombres suffisants sur le secteur pour assumer la charge des soins d'hygiène et de confort.

L'association s'est donc retrouvée avec des situations difficiles à gérer, en marge de ses compétences et parfois sans contrôle de soignants. Le partenariat avec les professionnels, les établissements de soin, les réseaux de santé et les institutions a toutefois permis d'accompagner ces situations dans des conditions acceptables de sécurité, de dignité et de confort. Cependant, la carence principale du service actuel est l'évaluation et le contrôle en terme de soin, ceci par manque de personnel infirmier interne à la structure.

Le maintien à domicile interroge aussi sur ses limites lorsqu'il s'agit de préserver la sécurité de l'utilisateur. Les personnes seules et atteintes de déficience psychique sont un

exemple concret de sécurisation précaire. Au domicile, tout devient rapidement facteur de risque : même si la gazinière est proscrite, ce sera le récipient plastique qui pourra être oublié sur la plaque chaude ; les fugues restent imprévisibles ; l'alimentation et la prise des médicaments deviennent aléatoires. Pourtant l'institutionnalisation est souvent retardée par manque de place en établissement spécialisé ou refus de la personne ou de sa famille. En attendant le placement, que l'on sait pourtant inéluctable, le service peut être amené à continuer au-delà des limites sécuritaires acceptables pour un maintien à domicile. Ces difficultés n'ont pu être surmontées qu'en réalisant un travail impliquant l'ensemble des acteurs du domicile. Pour l'utilisateur et sa famille, la contractualisation autour du document individuel de prise en charge garantit l'application des niveaux de responsabilité pour chacune des parties. Pour le personnel, l'enjeu se situe autour de la fiche de poste, annexée au contrat de travail. Des protocoles de sécurité sont mis en œuvre individuellement, ils sont disponibles au domicile – dans le cahier de liaison - et inscrits sur les fiches de vacation du personnel.

2.1.3 Des dispositifs variés, mais multiples et parfois redondants

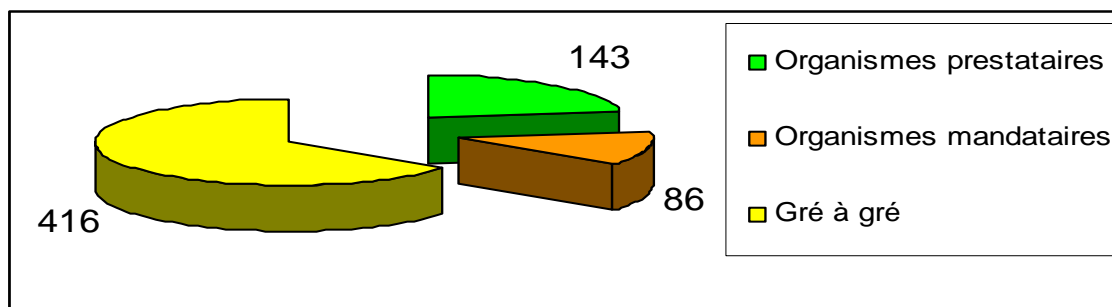
Les politiques de maintien à domicile qu'elles soient orientées vers les personnes âgées ou les personnes handicapées évoluent dans un contexte économique tendu, caractérisé par des besoins recensés toujours plus importants avec des moyens limités. De plus, la situation à domicile est complexe par nature :

- Complexe, car elle tient compte de multiples paramètres extérieurs à la personne elle-même : son entourage, son cadre de vie.
- Complexe, car l'autonomie de la personne évolue, elle se dégrade de part le vieillissement, parfois brutalement par une chute, une maladie.
- Complexe, car elle intègre toute l'histoire de la personne.
- Complexe, car elle doit s'adapter aux autres professionnels.

De nombreux dispositifs existent, déclinés autour des aides humaines avec des services de type prestataire et mandataire, la possibilité de recourir à l'emploi direct par le gré à gré, ou même de rémunérer un membre de sa famille (hormis le conjoint). Au niveau des aides humaines, le choix de l'utilisateur vers tel ou tel type d'intervention est souvent uniquement guidé par le coût de la prestation. Ainsi, le gré à gré, dont le prix reste très attractif et la solvabilité assurée par l'allocation personnalisée d'autonomie ou les titres emploi services (remplacés par les chèques emplois services universels – CESU) a

connu une progression considérable. La représentation du secteur de l'aide à domicile que l'on se fait est celle des services prestataires, alors qu'ils ne représentent guère que 20 % de l'activité à domicile en faveur des personnes dépendantes. Il n'est pas rare que Services à la clé intervienne auprès d'une même personne sur son service prestataire et sur son service mandataire en articulation avec le personnel qu'emploie directement l'usager.

Répartition des différents modes d'intervention en aide à domicile en 2004
(En millions d'heures)



Nous intervenons auprès de M. et Mme M., un couple de personnes âgées dépendantes bénéficiant de l'allocation personnalisée d'autonomie. Mme M. souffre d'insuffisance respiratoire grave et M. M. est atteint de la maladie d'Alzheimer. Mme M. a choisi le service mandataire pour des raisons d'ordre économique, sa dépendance nécessite une aide quotidienne. M. M. est suivi par le service prestataire. La coordination se fait au niveau de l'association.

La situation est plus délicate auprès de M. et Mme C. qui font appel à notre service prestataire au titre de l'aide ménagère. Le personnel nous informe de la présence d'une tierce personne à domicile, Mlle F., ayant un fort ascendant sur le couple. Visiblement, cette personne abuse de l'absence de famille, ne veut pas être déclarée et intervient sur un emploi du temps aléatoire. Cette situation a pu être régularisée par un courrier recommandé que nous avons adressé à Mlle F. en lui expliquant les risques encourus en matière de travail clandestin, mais aussi d'abus de confiance sur personne fragile. Mlle F. n'est plus venue chez M. et Mme C., mais parfois, le problème ne se résout pas si rapidement.

Les aides financières mobilisables : allocations, retraites, assurances dépendance présentent des disparités importantes selon l'âge de la personne, le régime de retraite ou l'origine du handicap (accident ou maladie). Certaines aides sont cumulables, d'autres non. Les délais d'instruction des demandes manquent d'homogénéité et les réponses ne sont pas systématiquement positives. Chez les personnes âgées de plus de 60 ans, il

existe une réelle fracture entre le GIR (groupe iso ressources) 5 et le GIR 4. En effet, ce dernier groupe permet l'obtention de l'APA, nettement plus favorable à l'utilisateur que la prestation extra légale d'aide ménagère réservée aux GIR 5 et 6. Si le service n'évalue pas correctement la situation, cela induit un rejet de l'aide demandée et une réorientation.

Au niveau des personnes handicapées de moins de 60 ans, les facteurs permettant d'orienter la demande de financement du maintien à domicile sont encore plus importants et les délais d'obtention plus longs. La mise en place de la Maison du handicap permet déjà d'améliorer cette situation.

Les aides techniques comme la télé assistance, le lit médicalisé, le lève malade, les matériels d'aide à la communication, à la respiration ou plus simplement l'aménagement du domicile en prévention des chutes viennent compléter la palette des ressources disponibles. Le père de N., jeune personne tétraplégique, a réalisé un dispositif tout à fait ingénieux, lui permettant d'activer une alarme. Nous avons proposé à ce papa bricoleur de faire bénéficier de cet aménagement une autre personne dont l'état le nécessitait, ce qu'il a aimablement réalisé.

Tout l'enjeu d'un maintien à domicile pérenne et de qualité vient de l'articulation de ces différents dispositifs et de leur cohérence avec les besoins de l'utilisateur et de son entourage. Le rôle de l'association ne peut se borner à la simple prestation de service, qu'elle soit aide à la fonction employeur, aide ou soin à la personne, mais de veiller à la pertinence de son action tenant compte de l'environnement de l'utilisateur et des dispositifs existants.

2.2 Un constat territorial : les acteurs locaux s'approprient les politiques sociales

Après plus de 10 ans d'expérience, j'ai pu constaté une véritable prise de conscience des professionnels du secteur et des pouvoirs publics locaux face à l'augmentation du nombre des personnes âgées et la prise en charge de leur dépendance à domicile. Je cite en écho de mon propos Jean Marie Miramon : « *Quoi qu'il en soit des convictions des uns et des autres, au plan local, le directeur d'établissement joue souvent un rôle de tiers, de médiateur entre association et pouvoirs publics. Ce sont les relations concrètes qui se*

tissent entre les pouvoirs publics, les associations et les directeurs qui déterminent la dynamique de l'action sociale et médico-sociale dans un département »²⁵.

2.2.1 Des libéraux impliqués dans la démarche de soin et participant au projet

De nombreux professionnels libéraux ou d'établissements se sont mobilisés sur différents projets. Dans un premier temps, le cahier de liaison s'est révélé une problématique fédératrice où chacun a pu se retrouver. Cette initiative, portée par le réseau de soins palliatifs, a largement débordé le seul cadre de l'accompagnement des personnes en fin de vie. En effet, le projet initial tournait autour de l'élaboration d'un modèle de cahier de liaison, et, au fur et à mesure de l'avancement des travaux, il s'est avéré être largement applicable à l'ensemble des personnes dépendantes. J'ai participé au groupe d'élaboration de la maquette, pour lequel l'interdisciplinarité des rédacteurs du cahier était une évidence. En effet, les aides à domicile sont les personnes qui interviennent le plus fréquemment auprès des personnes aidées et sont donc à même de constater une modification de l'état général, le cahier de liaison est un espace de communication auquel elle doivent accéder.

Le projet a évolué de l'élaboration d'un modèle de cahier de liaison à une pratique commune d'élaboration et d'utilisation du cahier de liaison avec notamment la même déontologie : il appartient à l'utilisateur, et les éléments qui y sont inscrits le sont avec son accord. Chaque personnel qui y accède le fait avec l'accord de l'utilisateur et n'a pas le droit de divulguer les informations contenues. J'ai pu me rendre compte que cet outil est maintenant généralisé sur le secteur car plus personne ne demande s'il y a un cahier de liaison, du moment que plusieurs professionnels interviennent chez une même personne, un cahier est mis en place. Peu à peu, chaque professionnel se l'est approprié et y trouve son compte. Même si le contenu reste parfois perfectible et nécessite un recadrage, son développement est une réussite en matière de communication pluridisciplinaire.

Les infirmiers se sont retrouvés sur des thématiques telles que la démarche de soins infirmiers, précédée du plan de soins infirmiers. Les caisses d'assurance maladie, les services de soins, les associations d'aide à domicile et les infirmiers ont travaillé sur les limites de compétences de chaque professionnel avec notamment des débats autour de l'acte de toilette, de la prise des médicaments dans une volonté de déontologie commune.

²⁵ JM MIRAMON, D. COUET et JB PATURET – Le métier de directeur, techniques et fictions – p33

Il est ressorti de ces réunions une absence de lisibilité du dispositif de soins infirmiers, notamment en ce qui concerne le suivi de la démarche de soins. La DSI (démarche de soins infirmiers) a été mise en place le 1^{er} juillet 2002 en remplacement du plan de soins infirmiers, institué en octobre 2000, dont l'application avait été reportée. L'objectif annoncé de la DSI est de valoriser le rôle de l'infirmier au bénéfice de la qualité de la prise en charge des patients dépendants. Cet objectif clairement affiché n'occulte pas pour autant une volonté d'économie avec un transfert des prestations d'hygiène vers les services de soins et des prestations sociales et de confort vers les services d'aide à domicile.

Avec la DSI, l'infirmier libéral devient le pivot de proximité du maintien à domicile à travers une analyse de la situation qui relève de la compétence propre de l'infirmier, une mise en coordination des autres professionnels et une surveillance clinique régulière. Or, un infirmier prescrivant une DSI délègue certains actes de cette DSI à d'autres professionnels (aide soignant ou aide à domicile) mais il manque de moyens juridiques, car, par absence de contractualisation, il n'a aucune autorité sur le professionnel alors qu'il conserve la responsabilité du suivi de la prescription.

Ce débat étant toujours d'actualité, Services à la clé n'a pas pu attendre qu'un consensus général soit obtenu sur le bassin alsésien, aussi, je vous présenterai plus loin les règles de base que nous avons validées dans l'association.

Tous ces professionnels se retrouvent au sein des réseaux de santé et enrichissent les équipes pluridisciplinaires.

2.2.2 Des réseaux de santé dynamiques et pluridisciplinaires dans une démarche porteuse de sens

L'association RESEDA est une plate forme de coordination des réseaux organisée en association qui a permis la création de neuf réseaux de santé sur le bassin alsésien. Services à la clé participe à plusieurs réseaux (soins palliatifs – santé respiratoire – vie sociale) à différents niveaux, soit pour participer à des actions de formation, à des réunions d'information, soit en tant que membre de comité de pilotage ou sur des dossiers spécifiques (mise en place du cahier de liaison en soins palliatifs – rédaction d'articles pour le journal des réseaux – journée sur les pathologies neurologiques dégénératives).

Ces réseaux organisent aussi des réunions d'information, des journées thématiques, des débats sur des problématiques toujours proches de ce que le personnel rencontre sur le terrain. C'est grâce à ces échanges interdisciplinaires et réguliers que les aides à domicile se retrouvent enfin au sein d'un métier reconnu par les autres professionnels. Les réseaux alésiens ne sont pas des réseaux de soins, centrés autour d'une pathologie cible, mais essentiellement des réseaux de santé, en cela qu'ils prennent en compte une population multi pathogène. La prévention est un des axes majeurs de leurs travaux et se décline en prévention de pathologie, en prévention d'aggravation de pathologie et aussi en prévention d'effets de pathologie. L'éthique commune aux réseaux alésiens est de considérer la personne dans sa globalité et non pas exclusivement dans le domaine médical. La déontologie de Services à la clé est proche de l'éthique des réseaux et la prévention de la perte d'autonomie est une orientation majeure de l'association. Cela permet au personnel de Services à la clé de se retrouver dans les valeurs des réseaux.

Je suis impliquée essentiellement au niveau de la coordination en tant que membre du bureau de RESEDA, et sur le réseau soins palliatifs, grâce auquel une première équipe mobile de soins et de soutien palliatifs a pu être créée. Sa spécificité est d'intervenir autant en établissement qu'à domicile, permettant ainsi des retours et des maintiens à domicile de personnes en fin de vie avec une prise en charge de la douleur, un accompagnement du malade, de la famille et des professionnels. Plus récemment, une deuxième équipe est venue compléter le dispositif. Nous avons vu précédemment que le personnel de Services à la clé bénéficie régulièrement de formations en soins palliatifs. Les réseaux organisent aussi des réunions de coordination autour d'un patient. Ces réunions, en regroupant le médecin de famille, les infirmiers libéraux et les auxiliaires de vie intervenant auprès d'un même malade, favorisent l'échange d'information et le repositionnement des missions de chacun.

Malgré cette professionnalisation, les aides à domicile subissent d'importants traumatismes lors des décès, et, pour alléger cette souffrance et diminuer les risques d'usure, j'ai mis en place au sein de l'association un groupe de parole qui fonctionne depuis 4 ans et dont le financement a pu être réalisé d'abord grâce à la Fondation de France, ensuite sur le fond de modernisation de l'aide à domicile (FMAD). Afin de préserver le caractère totalement confidentiel de ce qui se dit, ce groupe de parole est animé par un psychologue extérieur à l'association, et les séances se déroulent en dehors des murs de l'association. Le fonctionnement de ce groupe a évolué au fil du temps. Il s'agit toujours d'un groupe d'aides à domicile volontaires qui s'engagent sur une durée de 10 séances. D'abord instauré sur un rythme de séances mensuelles de 1 heures et demi, pour une durée annuelle, il fonctionne maintenant sur 6 mois avec des séances de 2

heures tous les 15 jours. Toujours dans un souci d'ouverture et de rapprochement des services, le prochain groupe sera constitué d'aides à domicile venant de plusieurs structures, permettant ainsi de renouveler les expériences.

2.2.3 Une commune consciente des besoins des habitants : un enjeu du développement local

Services à la Clé a été accueillie favorablement par la municipalité de Saint Christol les Alès, avec notamment la location à tarif réduit des locaux de l'association. Cependant le développement de l'association nécessite d'augmenter la surface des bureaux. Au vu de la pénurie de locaux disponibles et de la volonté de l'association de se mettre en conformité d'accessibilité au regard de la Loi du 11 février 2005²⁶, j'ai proposé d'abandonner les bureaux actuels et d'acquérir de nouveaux locaux adaptés. La commune de Saint Christol les Alès, située en périphérie de la seconde agglomération du département, subit une forte pression immobilière. Le conseil d'administration a choisi de conserver les bureaux en centre ville, limitant ainsi le rayon de recherche, et de favoriser l'achat, la situation financière de l'association le permettant²⁷. Les différentes maisons que nous avons trouvées nécessitaient des travaux de mise en conformité trop importants pour le budget prévu, aussi l'association s'est tournée vers un architecte afin de formaliser un projet de construction. La aussi, nous avons été confrontés à la pénurie de terrain constructible, du fait de la présence de cinq cours d'eaux réduisant les zones constructibles non inondables.

A ce moment là, le conseil d'administration a envisagé de délocaliser les bureaux sur une autre commune, mais le maire a souhaité maintenir notre association sur Saint Christol les Alès et nous a proposé d'installer notre construction sur un terrain municipal. Cependant, certains élus se sont opposés à cette démarche et notre projet n'a pas pu obtenir la majorité du conseil municipal. J'ai demandé aux membres du conseil d'administration de l'association de rencontrer individuellement chaque conseiller pour expliquer les services rendus par l'association, tant en terme d'aide aux personnes dépendantes, qu'en terme de développement d'emplois. J'ai accompagné la présidente de l'association au conseil municipal suivant et j'ai eu à préciser certains points. Le conseil municipal a validé le projet à l'unanimité moins deux voix. Il s'agit d'une

²⁶ Loi 2005-102 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

²⁷ Voir annexe 3 - bilan financier

construction identique au projet initial, mais restant la propriété de la commune. La situation géographique est idéale : en centre ville, à proximité de la mairie, du centre social, de la crèche et bénéficiant d'un parking. La location est garantie par un bail emphytéotique de trente ans et pour un coût égal au prix de la construction. Services à la clé s'est réjouie de cette proposition, malgré que les délais de mise en œuvre aient été plus longs que sur un projet réalisé directement par la structure et que l'association ne soit pas propriétaire des locaux.

Cette démarche de communication auprès des élus, suivi du travail d'élaboration architecturale²⁸ du projet a renforcé les liens de l'association et de la mairie. Services à la clé est ainsi reconnu comme acteur de cohésion sociale en terme d'aide aux personnes âgées et aux handicapés, mais aussi en terme économique par les créations d'emplois que l'association génère.

C'est ainsi que Services à la clé s'est construit, avec, certes, un développement peu spectaculaire, mais toujours régulier et respectueux de son environnement. Il ne s'agissait pas simplement de répondre aux besoins d'une population, car il aurait suffi alors de recruter toujours plus de personnel pour faire face à toujours plus de besoins, mais bien d'amener l'ensemble de la structure à se consolider pour accompagner son développement et sa mutation.

2.3 Un passage obligatoire : du social au médico-social.

Plus qu'une prise en charge, c'est un véritable accompagnement de la personne que Services à la clé s'est posée comme objectif. Il s'agit d'obtenir des actions coordonnées et non des actions multiples, superposées et sans lien entre elles. En effet, en globalisant l'aide et le soin autour de la personne dépendante dans le respect des compétences de chacun tout en la laissant acteur de son dispositif de maintien à domicile, il ne s'agit plus seulement de prise en charge, mais bien d'accompagnement médico-social.

²⁸ Voir annexe 4 – plan des nouveaux locaux

2.3.1 Informer et orienter les personnes et les familles vers le (ou les) mode(s) de prise en charge adéquat : la contractualisation resitue la personne dépendante dans une position d'acteur

Le libre choix de l'usager reste le fil conducteur de la démarche de coordination, ainsi son projet de vie s'inscrit dans une logique cohérente. Néanmoins, nous avons vu précédemment que la multiplicité des partenaires sociaux, la diversité des modes de prise en charge rendent complexes ses choix. Les dispositifs offrent une approche très administrative de la prise en charge, avec des calculs de coefficient, des codifications de dépendance, etc. Mais au quotidien, c'est d'un individu dont il est question et cet individu recherche simplement la réponse à une problématique personnelle.

Les auxiliaires de vie en accession au DEAVS bénéficient d'un module de formation qui leur donne une approche des différents acteurs sociaux. Chaque responsable de secteur a suivi une formation spécifique lui permettant d'acquérir une meilleure connaissance des dispositifs existants. J'ai inscrit les premières sessions sur l'EDDF, ensuite le plan de formation a pris le relais. Un complément de formation est nécessaire pour se familiariser avec le fonctionnement des prises en charge de soin, j'ai sollicité le FMAD pour financer cette action. Cette connaissance est indispensable d'une part pour donner à la personne aidée toute l'information nécessaire à la mise en oeuvre de son accompagnement, mais aussi pour s'assurer qu'elle ait bien compris les explications qui lui ont été fournies.

Le droit des usagers est au cœur de la loi du 2 janvier 2002, en le plaçant au centre du dispositif de l'action sociale. La reconnaissance de ses droits est indissociable de celle de ses devoirs. La contractualisation intervient car elle permet de valoriser la condition d'acteur de la personne aidée. Cette dernière peut librement choisir les modalités d'accompagnement adaptées à ses besoins et participer à l'élaboration de son projet, gage de sa réussite, mais elle doit s'engager en signant, elle ou son représentant, le document individuel de prise en charge. Services à la clé proposait initialement deux types de contrats à l'usager : un contrat prestataire et un contrat mandataire. Il s'agissait de contrats types, dûment validés par des conseillers juridiques et par la norme NF, que bien souvent personne ne lisait. J'ai profité du remaniement occasionné par l'intégration du SSIAD pour proposer, plutôt qu'un contrat type, une méthode d'élaboration du contrat d'accompagnement.

J'ai orienté la réflexion vers la nécessité d'associer les professionnels à son élaboration et surtout de préciser d'avantage l'origine des interventions à réaliser. Par exemple, à la place de « aide aux courses, socialisation et sortie véhiculée, le mardi de 10 h à 12 h »,

le document fera référence au mardi matin comme jour de marché. Les interventions ce jour là continueront à être en catégorie « aide aux courses – socialisation – sortie véhiculée » pour répondre aux impératifs statistiques, mais connaître l'origine du besoin permettra d'anticiper son évolution. De même, ce document associe d'autres professionnels, services ou établissements à la démarche d'aide et d'accompagnement. Enfin, la présentation du contrat d'accompagnement au domicile, par le responsable de dossier permet d' « officialiser » le protocole. Ainsi, tout en respectant les obligations réglementaires²⁹ dans un cadre servant de trame à la rédaction du document, l'espace de liberté est suffisant pour tenir compte des spécificités individuelles.

La mise en place des outils de la loi du 2 janvier 2002 a aussi été l'occasion de reprendre les modalités de responsabilité de chacun. Le règlement de fonctionnement, annexe du livret d'accueil, décline de manière globale les diverses assurances contractées par la structure pour chaque service, mais aussi les limites de ces assurances et ce qui reste de la responsabilité de l'utilisateur. Le document individuel de prise en charge reprend ces éléments de manière spécifique à la situation du bénéficiaire.

2.3.2 Intégration et coordination du SSIAD : deux objectifs nécessaires au respect de l'environnement

Il est ressorti de l'étude des besoins exposée dans la première partie la nécessité d'évolution du service vers le soin. Je n'ai pas voulu mettre en œuvre la création du SSIAD sans réflexion de l'impact de ce nouveau service d'une part sur l'environnement local et de toutes ses composantes, d'autre part sur les services existants de la structure. La complexité du contexte et la diversité des paramètres à prendre en compte m'ont conduit à poser l'appropriation du projet - ou tout au moins son acceptation - comme condition de réussite.

L'intégration du SSIAD dans le contexte social et médico-social du secteur passe par son acceptation par la commune, par ses habitants, par les partenaires médicaux et les établissements et services. Nous avons vu plus haut comment Services à la clé a pu surmonter les réticences de certains élus. Finalement, en intervenant en amont de la présentation officielle du projet, les élus se le sont appropriés. J'en ai pour témoignage cette anecdote qu'ils ont souhaité très rapidement que les locaux porte un nom marquant. Après consensus, nous avons adopté la « Maison du Millénaire ».

²⁹ Décret 2004-1274 du 26 novembre 2004 sur le contrat de séjour

Les infirmiers libéraux déjà présents au conseil d'administration de l'association ont rapporté les craintes de leurs confrères concernant leur avenir professionnel. Déjà malmenée par les quotas de soin, la DSI (démarche de soins infirmiers) et les contraintes de travail, cette profession souffre de pénurie autant en soins de ville qu'à l'hôpital. Face à ces difficultés, les libéraux se sont déjà regroupés en cabinet et ont appris à travailler en équipe. Le développement des réseaux leur permet d'appréhender la pluridisciplinarité nécessaire au bon fonctionnement du maintien à domicile. Le SSIAD va les décharger des tâches d'hygiène simple et leur permettre de se consacrer à la prévention, à l'éducation à la santé et surtout à des soins techniques (chimiothérapie – prise en charge de la douleur – soins palliatifs) plus valorisants et en harmonie avec leur cursus médical.

L'ouverture du SSIAD doit aussi renforcer les relations avec les cliniques, les maisons de repos, le Centre hospitalier d'Alès et de Pontails. Pour le moment, l'hôpital local n'a pas encore la culture des prises en charge de type hospitalisation à domicile, alors que les HAD sont largement utilisées sur les hôpitaux de Montpellier (75 km), et vont bientôt démarrer sur celui de Nîmes (50 km). L'équipe mobile de soins et de soutien à domicile d'Alès initiant ce dispositif, cela devrait s'étendre dans d'autres domaines. C'est dans cet axe que les infirmiers libéraux vont probablement évoluer dans un proche avenir, le SSIAD sera présent à leur côté.

Les autres professions médicales (médecins généralistes - spécialistes) et paramédicales (kinés – ergothérapeutes – orthophonistes – psychologues) sont encore éloignées de la démarche de travail en réseau et leur participation se limite à quelques bonnes volontés individuelles. Toutefois, en partageant les informations du cahier de liaison, en les associant au projet individuel de l'utilisateur, en communiquant systématiquement, ils s'associent peu à peu à ces démarches.

De surcroît, l'intégration du SSIAD passe aussi par sa fusion avec le service d'aide à domicile existant à travers ce que le décret³⁰ du 25 juin 2004 nomme service polyvalent d'aide et de soins à domicile. Le service doit évoluer en tenant compte non seulement de l'environnement local, mais aussi en interne. Je dois anticiper les réticences du personnel en place et l'aider à surmonter les craintes inhérentes à tout changement. Le « gouvernement de la confiance », ou responsabilité sociale, tel que le décrit Henry

³⁰ Décret 2004-613 du 25 juin 2004 précisant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SSIAD, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile.

Mintzberg me paraît s'appliquer au management de Services à la clé en cela « *qu'il représente un point d'équilibre entre les buts sociaux et les buts économiques* »³¹, mais aussi « *qu'il implique une obligation morale d'agir de manière responsable* »³². Pour accompagner l'évolution de la structure dans un management de la confiance, j'ai choisi de rassembler les forces de terrain autour du projet, créant ainsi une synergie.

Le couple intégration / coordination au sein d'une structure a été étudié par P.R. Lawrence et J.W. Lorsch³³. Ils ont déterminés que les moyens d'intégration et de coordination étaient très variés allant de contacts directs entre dirigeants jusqu'à l'homogénéité des structures organisationnelles en passant par les comités, les services de liaison et les règles interdépartementales (interservices dans notre cas présent).

2.3.3 Orchestrer la synergie à travers le comité de pilotage du projet et les commissions

Lorsque le conseil d'administration et les collaborateurs ont dépassé leurs craintes et intégré la nécessité d'évolution du service d'aide à domicile vers le soin, j'ai élaboré le dossier de création d'un SSIAD de 30 places personnes âgées et 5 places personnes handicapées, répondant ainsi aux besoins de proximité, afin qu'il soit présenté en CROSM (commission régionale d'orientation sociale et médico-sociale).

Si les indicateurs et les tarifs plafonds ont encadré l'élaboration du budget avec peu de marge de manœuvre, l'articulation du SSIAD avec le service d'aide et de maintien à domicile permet une réelle ouverture quand à l'organisation interne. Le législateur a bien compris l'intérêt d'un tel rapprochement avec la possibilité de recourir à ce qu'il nomme un service polyvalent d'aide et de soins à domicile³⁴. Ce service cumule les missions d'un SSIAD qui « *assure sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de base et relationnels, auprès de personnes âgées de soixante ans et plus, malades ou dépendantes ; de personnes âgées de moins de soixante ans présentant un handicap ; de personnes adultes de moins de soixante ans*

³¹ Henry MINTZBERG – Pouvoir et gouvernement d'entreprise – page 117

³² Idem – page 26

³³ Les grands auteurs en organisation – p 47

³⁴ Application de la Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 par le décret 2004-613 du 25 juin 2004. Ce texte abroge le décret 81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des SSIAD.

atteintes de pathologies chroniques » et celles d'un service d'aide et de maintien à domicile « qui concourt –auprès du même public que précisé ci-dessus- au soutien à domicile ; à la préservation ou à la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne ; au maintien ou au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage ».

Le comité de pilotage du projet³⁵ a été mis en place, garant de la méthode et du suivi des deux axes de travail : création du SSIAD et intégration du SSIAD dans la structure existante, l'aboutissement de ces deux objectifs se déclinant à travers le service polyvalent. J'ai été mandaté chef de projet par le conseil d'administration ; la présidente et un infirmier complètent le comité de pilotage. Le calendrier d'élaboration retenu est de 9 mois et aboutit à la formalisation du projet de service.

Une commission thématique travaille sur le projet individuel global. Comment articuler l'évaluation des besoins et le suivi de la prise en charge actuelle avec le nouveau service? Il apparaît nécessaire de réviser la procédure « évaluation des besoins » validée par la norme NF Services aux personnes, ainsi que les documents afférents « grille d'évaluation » et « document individuel de prise en charge ». Cette commission est animée par un des responsables de secteur et composée d'intervenants à domicile et d'un infirmier.

Une seconde commission travaille à l'évolution de carrière des personnels qui souhaitent s'orienter vers le soin. Pour l'accession au diplôme d'aide soignant, le conseil d'administration favorise le parcours de formation complet plutôt que la validation des acquis de l'expérience, mais respecte le choix des personnes qui présentent leur dossier de validation. Cette commission est animée par un membre du conseil d'administration, par ailleurs formateur de profession, et composée d'intervenants à domicile. Cette commission pose aussi les grands axes des missions de chaque professionnel dans la structure, qui me permettront d'établir les nouvelles fiches de poste et l'organigramme général.

Dans cette optique, je mets en oeuvre quelques étapes préalables : définir les modalités d'évaluation et de suivi des besoins, préciser les domaines de compétences de chacun des acteurs, sans omettre les points de frictions des divers professionnels et proposer une déontologie commune à chacun.

³⁵ Voir annexe 5 – architecture du Comité de pilotage et des commissions

La dernière commission est orientée vers la communication externe et s'attache aux conventionnements et au développement de la culture réseau. Les libéraux du secteur sont conviés à une réunion d'information. Cette réunion, animée par les instances politiques de l'association, a pour objectif de les convaincre que le SSIAD ne va pas travailler en concurrence, mais bien en complémentarité. Des conventionnements sont proposés et un cahier des charges précise les modalités d'intervention de chacun. Cette commission travaille aussi à développer les partenariats avec les établissements sanitaires et médicaux du secteur et à favoriser les relations avec les instances politiques locales.

3 UTILISER LA SYNERGIE COMME DÉNOMINATEUR COMMUN DU PROJET

La synergie³⁶ est le terme qui me semble caractériser les effets de la stratégie que j'ai utilisée pour fédérer les partenaires et les acteurs de l'association tout au long de ma fonction de direction.

3.1 La synergie : un renforcement des liens pour une meilleure efficacité

Un management de la confiance ne peut s'établir qu'en apportant les preuves de la confiance. Les atouts de Services à la clé que j'ai préalablement mis en œuvre à tous les niveaux de la structure apportent ces preuves de la confiance. Grâce à la construction d'une politique de formation et à la validation des compétences, le personnel est rassuré sur ses capacités à appréhender les mutations à venir. La Norme NF est un gage de confiance pour l'usager. Les administrateurs et les financeurs seront sensibles aux indicateurs, à la communication et à l'identification des compétences collectives organisationnelles.

³⁶ Définition du dictionnaire le Petit Larousse : mise en commun de plusieurs actions concourant à un effet unique avec une économie de moyen.

3.1.1 Établir la synergie comme stratégie de direction, ses limites, ses contraintes

La synergie (du grec Synergos : travailler ensemble) se réfère au phénomène par lequel plusieurs facteurs ou influences agissant ensemble créent un effet plus grand que la somme des effets attendus s'ils avaient opérés indépendamment. Plus prosaïquement, on obtient un résultat supérieur à la somme des parties.

Harry Igor Ansoff résume ainsi la synergie « 2+2=5 ». Pour lui, l'effet synergétique existe à l'état latent dans toutes les entreprises. L'évaluation des forces et faiblesses prolonge l'étude de la synergie et permet d'établir un profil d'aptitudes selon quatre catégories de ressources :

- les équipements,
- le personnel,
- les capacités de la structure (ressources fonctionnelles, capacités d'innovation)
- les capacités de la direction (pour modifier l'emploi des ressources)

La détermination du profil d'aptitude va permettre de mesurer les opportunités qui vont aller dans le sens d'une expansion des activités présentes, ou dans la diversification.

Le cheminement entre la proposition initiale de développement de l'association à travers la création d'un SSIAD pour répondre aux besoins des usagers et l'appropriation de cet objectif par l'ensemble des acteurs de la structure a été lent et tortueux. J'ai d'abord rallié les membres du conseil d'administration autour de ce projet, et, pour cela, je me suis appuyée sur les membres parents, conjoints ou enfants de personnes en situation de dépendance ou de handicap, bien conscients de la nécessité de cette évolution. Les libéraux, membres du conseil d'administration, ont ensuite intégré le projet.

Le dynamisme du personnel intervenant à domicile m'a été d'une aide précieuse. Dès qu'ils ont été informés du projet, plusieurs salariés tentèrent les épreuves de sélection à la formation d'aides soignants. D'autres, à l'annonce de l'ouverture du diplôme à la validation des acquis de l'expérience (VAE) ont fait valoir leurs antécédents professionnels en établissement médical ou en maison de retraite. Afin de consolider durablement l'emploi des aides à domicile, j'ai mis en place la modulation du temps de travail, par accord d'entreprise, ce qui permet de pallier les fluctuations de l'activité. Ensuite, je dois mettre en œuvre l'accord sur le travail de nuit, pour compléter l'offre de service.

Pour le personnel encadrant, j'ai fait valoir le renforcement de l'équipe administrative et surtout l'intérêt d'avoir un salarié habilité à évaluer les besoins en soins au sein même de la structure dans la personne de l'infirmier coordinateur.

J'ai l'impression que durant deux années, chaque mesure que j'ai prise a été réfléchi en fonction de son impact sur l'adhésion de tous autour du projet, mais je reste consciente des limites et des contraintes de la synergie. En somme, si l'organisation rationnelle du travail de chacun dans la structure est gage de performance et d'efficacité, cela risque aussi de nuire à la créativité et à l'épanouissement individuel. Je reconnais dans les procédures de démarche qualité et dans l'organisation de la structure que j'ai menée une espèce de bureaucratie, ce qui, pour Max Weber est symbole de modernité, légitime et efficace. Mais ce système laisse peu de place à l'improvisation et peut devenir rigide. Ne risque-t-il pas dans ce cas d'y avoir des difficultés pour s'adapter à chaque situation individuelle des usagers ? Le personnel ne risque-t-il pas de s'user dans une profession décryptée par sa fiche de poste et figée dans un organigramme. Je vais devoir veiller à laisser suffisamment d'espace de liberté pour éviter ces dérives.

Didier Anzieu et Jacques Yves Martin démontrent que « *Les rapports humains dans les groupes ne peuvent être que des rapports de manipulateur à manipulé, c'est à dire sur un modèle sadomasochiste* »³⁷. Même si ce propos semble excessif dans le contexte de ce mémoire, je ne peux perdre de vue que l'utilisation de la synergie poussée à l'extrême, amène à la dépersonnalisation de l'individu, l'influence opérée par les sectes en sont un exemple. Au sein de Services à la clé, le partage d'un même objectif risque de gommer l'individualisme des usagers autant que du personnel.

Pour Elton Mayo, l'organisation humaine ne se confond pas avec l'organisation technique et il y a souvent opposition entre elles. Une des tâches du management est donc de créer une coopération entre travailleurs, d'intégrer chaque travailleur dans son groupe. J'ai mis en place un cadre organisationnel rigoureux mais je dois faire en sorte qu'il soit vécu comme rassurant et non pas comme contraignant. Pour cela, je le limite aux axes techniques à l'intérieur duquel les personnalités de chacun peuvent s'épanouir. Par exemple, les fiches de poste ne se bornent pas à lister les tâches à réaliser, mais définissent la mission professionnelle, les activités n'étant pas exhaustives.

³⁷ La dynamique des groupes restreints – page 20

Un autre obstacle à la synergie concerne le difficile partage des objectifs. Les salariés et la direction ont des buts communs, mais aussi des buts antagonistes, meilleure rémunération d'un côté contre diminution de coûts de l'autre, par exemple. Les usagers des services d'aide à domicile ont des intérêts différents de ceux de l'association, et les partenaires sont en concurrence sur le terrain. Ce sont des conflits d'intérêts qui se jouent ici, mon rôle est d'y trouver le juste équilibre en proposant des valeurs partagées comme dénominateur commun.

3.1.2 Évaluer les besoins en terme d'aide ménagère, d'aide à la personne, d'hygiène et de soin : une mission partagée mais coordonnée

Pour être bien vécue, l'évaluation, ou plutôt devrais-je dire les évaluations doivent se compléter et non pas se superposer, comme c'est souvent le cas aujourd'hui. D'abord, il y a l'évaluation médicale réalisée par le médecin prescripteur des soins infirmiers, puis complétée par l'infirmier coordinateur qui planifie les actes à réaliser. Ensuite vient l'évaluation administrative, inhérente à toute entrée dans un service médico-social, souvent réalisée plusieurs fois, lorsque les données sont nécessaires à différents services ou organismes. L'évaluation sociale, est en général effectuée par le CLIC et/ou le service d'aide à domicile.

L'enjeu du service est de limiter les redondances en terme d'évaluation. Le travail en collaboration interne au sein du service polyvalent et externe avec les partenaires médico-sociaux permet de réduire ces répétitions, pénibles pour la personne aidée et son entourage et limitant ainsi les risques d'interprétation. Le partage de l'information devient une culture à acquérir pour les professionnels, mais nécessite des moyens organisationnels, informatiques et éthiques.

Les données administratives ainsi que la grille AGGIR, définissant les groupes ISO ressources, nous l'avons vu précédemment, sont utilisés par tous : coordinateurs des CLIC, assistants des services sociaux, responsables de secteur, infirmiers coordinateurs et libéraux. La fiche d'identification et la grille d'évaluation existent déjà au sein de la structure. Ces documents recensent l'identification, la situation familiale, les ressources de la personne, les caractéristiques de son logement, la grille AGGIR, les intervenants et les aidants naturels déjà en place. L'évaluation médicale va permettre d'élaborer le projet individualisé de soins. Calquée sur la démarche de soins infirmiers, cette évaluation est définie par l'infirmier coordinateur en collaboration avec le médecin traitant et les intervenants sociaux.

La structure est dotée de moyens informatiques permettant le partage des informations, mais aussi garantissant le secret médical. Le dossier d'un usager comporte des données administratives largement accessibles (secrétariat – comptabilité), des données sociales limitées à certains (responsables de secteur) et des données médicales réservées (infirmier coordinateur).

Les travaux de la première commission préconisent que l'évaluation globale soit réalisée par l'infirmier coordinateur lorsqu'il y a prescription médicale (sortie d'hospitalisation – aggravation de l'état de santé nécessitant des soins) et par les responsables de secteur dans les autres cas (orientation du CLIC, des assistantes sociales, ou demande directe de l'utilisateur ou de sa famille). En cas de doute (toilette, aide à la prise de médicaments), le responsable de secteur demande à l'infirmier coordinateur de réaliser l'évaluation. Les informations nécessaires aux divers intervenants, et uniquement celles là, sont partagées. Cela m'amène directement à devoir préciser les domaines d'activité de chaque professionnel, résultant des travaux de la seconde commission.

3.1.3 L'identification des professions génère la complémentarité et précise les limites de chacun : formalisation des fiches de poste et organigramme

Les fiches de poste des personnels du service d'aide et d'accompagnement à domicile avaient déjà été formalisées et intégrées par le personnel en place. Elles sont complétées avec les fiches des aides soignants et de l'infirmier coordinateur. Pour rédiger les fiches de poste, je m'inspire de l'accord de branche de l'aide à domicile³⁸, des arrêtés précisant les compétences professionnelles en matière de soins des aides soignants³⁹, du décret de compétence infirmier et de l'organisation au sein de l'association. La liste des tâches n'étant pas exhaustive, je veille à préserver suffisamment de marge de manoeuvre pour permettre à chacun d'épanouir sa créativité au sein de sa profession. Cependant, certaines activités restent toujours en limite de compétence de différents professionnels, je pense ici à la toilette, à l'administration des médicaments, mais aussi à la mobilisation, au coupage des ongles ...

³⁸ Accord du 29/03/2002, étendu le 1^{er} juillet 2002 et modifié le 04/12/2002.

³⁹ Arrêté du 22 juillet 1994, modifié le 19 février 1996, arrêtés du 5 février 1997 et du 11 mars 1997 sur le diplôme professionnel d'aide soignant.

Les membres des réseaux, les CLIC ont souhaité un consensus général sur ces activités « limites », et, depuis plusieurs années, différentes réflexions sont engagées auxquelles je participe activement. Néanmoins, en attendant des résultats concrets, Services à la clé doit adopter une ligne de conduite qui sécurise le personnel tout en permettant à l'usager de conserver son hygiène corporelle et de suivre les prescriptions médicamenteuses.

Le référentiel d'activité de l'auxiliaire de vie sociale⁴⁰ cite les deux items « *Aide seule à la toilette lorsque celle-ci est assimilée à un acte de la vie quotidienne et n'a pas fait l'objet de prescription médicale. Aide une personne dépendante à la toilette, en complément de l'infirmier ou de l'aide soignant, selon l'évaluation de la situation par un infirmier, le plus souvent à un moment différent de la journée* »

Le décret de compétences de l'infirmier précise « *Le soin d'hygiène relève de la maladie. Les soins infirmiers sont de nature préventive, curative et palliative. Ils demandent une compétence spécifique. Contrairement à la toilette qui se fait dans un souci de propreté, les soins infirmiers se pratiquent dans l'objectif médical de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir l'autonomie des fonctions vitales, physiques et psychiques* »⁴¹

C'est donc bien le médecin ou l'infirmier qui est compétent pour diagnostiquer les besoins de la personne en matière de soins d'hygiène et la mise en œuvre nécessaire pour y pallier : s'agira-t-il d'un soin infirmier à réaliser par un infirmier, d'un soin d'hygiène et de confort délégué à un aide soignant, d'un acte de la vie quotidienne réalisé par un professionnel de l'aide à domicile ?

L'administration des médicaments est aussi un acte qui suscite des interrogations de la part des professionnels et les textes relatifs à leur distribution⁴² alimentent l'ambiguïté. Une directive est dégagée des réflexions communes : si la préparation des médicaments est exclusivement de la compétence des médecins, des infirmiers et des pharmaciens, la distribution et l'aide à la prise des médicaments peuvent être du domaine infirmier ou du domaine de la vie courante. Concrètement, l'utilisation d'un pilulier paraît indispensable et il est préparé par l'infirmier suivant la prescription médicale. Lorsque le médecin le juge adéquat, selon la nature du médicament et le mode de prise en charge, il peut inscrire sur l'ordonnance qu'il s'agit d'un acte de la vie courante. De ce fait, la personne chargée de

⁴⁰ Annexe 1 de l'arrêté du 26 mars 2002 relatif au diplôme d'auxiliaire de vie sociale

⁴¹ Décret 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice d'infirmier

⁴² Circulaires DGS et DGAS 99-320 du 4 juin 1999 et 2003-149 du 26 mars 2003

l'aide aux actes de la vie courante peut réaliser ce geste, qui sera établi dans le cadre d'un protocole écrit (dose, durée et moment de la prise).

Parler de ces sujets qui fâchent a pu se faire en interne au sein de la commission, mais ce même travail, engagé sur le bassin alésien, en est encore au stade où chacun reste sur ses positions. Je participe aussi à ces travaux et je sais qu'ils aboutiront, mais avec plus de temps. Au sein de la commission, ce qui a pu faire avancer les débats, c'est la déontologie commune à chacun des acteurs. Tous se sont rassemblés autour des principes de respect, de discrétion, de relation de confiance et de dialogue avec la personne aidée. Cela a permis de dépasser certaines résistances, chacun s'est approprié le sens de « faire avec et non à la place ».

3.2 Réécrire le projet de service pour intégrer le nouveau dispositif

« 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 Cette phrase de Jean Marie Miramon résume l'attention avec laquelle j'élabore le projet du service polyvalent d'aide et de soins à domicile.

3.2.1 La restructuration de l'existant implique la réécriture du projet de service.

Nous avons vu plus haut que les administrateurs, conscients de la nécessité conjoncturelle, ont adopté et se sont appropriés le projet de développement de la structure en diversifiant les services offerts et notamment l'axe soin. Je dois traduire en stratégies opérationnelles cette orientation. Le projet du service d'aide à domicile évolue vers un projet de service d'aide et de soin à domicile.

Il ne s'agit pas de jeter le projet initial et d'en réécrire un nouveau, mais bien de conserver certaines orientations existantes, de les valoriser, au besoin de les compléter, ou de les modifier. L'évolution majeure du projet réside dans la cohérence de l'ensemble du service, en veillant tout particulièrement aux passerelles entre l'aide et le soin, à la clarification des compétences, ainsi qu'à la continuité et à la coordination de la prise en

⁴³ Le métier de Directeur – techniques et fictions – JM MIRAMON, Denis COUET, JB PATURET p 177

charge à domicile. Tout ce qui d'ordre fonctionnel, accueil de l'utilisateur – mise en place et suivi des interventions – gestion du personnel - existe déjà et est relativement adaptable à l'axe soin : les commissions recensent ce qui doit être gardé, ce qui est obsolète et ce qui est nouveau.

Pour une meilleure lisibilité, les comptes-rendus des commissions sont rédigés sur un même format. J'ai aussi demandé que chaque idée, chaque questionnement soit suivi de deux ou trois propositions concrètes. Le Comité de pilotage récolte, analyse et oriente les réflexions des commissions. J'ai quelquefois été tentée d'user de mon pouvoir de direction et de chef de projet au sein du Comité de pilotage afin de faire avancer plus rapidement le dossier, mais, soucieuse de mes engagements managériaux, j'ai préféré reprendre dans les commissions chaque axe de travail qui paraissait irréalisable ou allant à l'encontre du bien être des usagers ou de la pérennité de l'association.

Les premières réunions dégagent les valeurs communes et la culture associative de Services à la clé, mais aussi mettent en lumière les décalages entre les intentions et les pratiques de terrain. Le Comité de pilotage reformule les écrits et les intègre dans le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement et le projet de service. Dans un second temps, les procédures générales et les documents utilisés sont révisés. Cependant, tant que l'infirmier coordinateur et les aides soignants ne sont pas recrutés, je laisse les protocoles et délégations de soin en suspens, car je tiens à ce qu'ils soient élaborés avec les professionnels en poste.

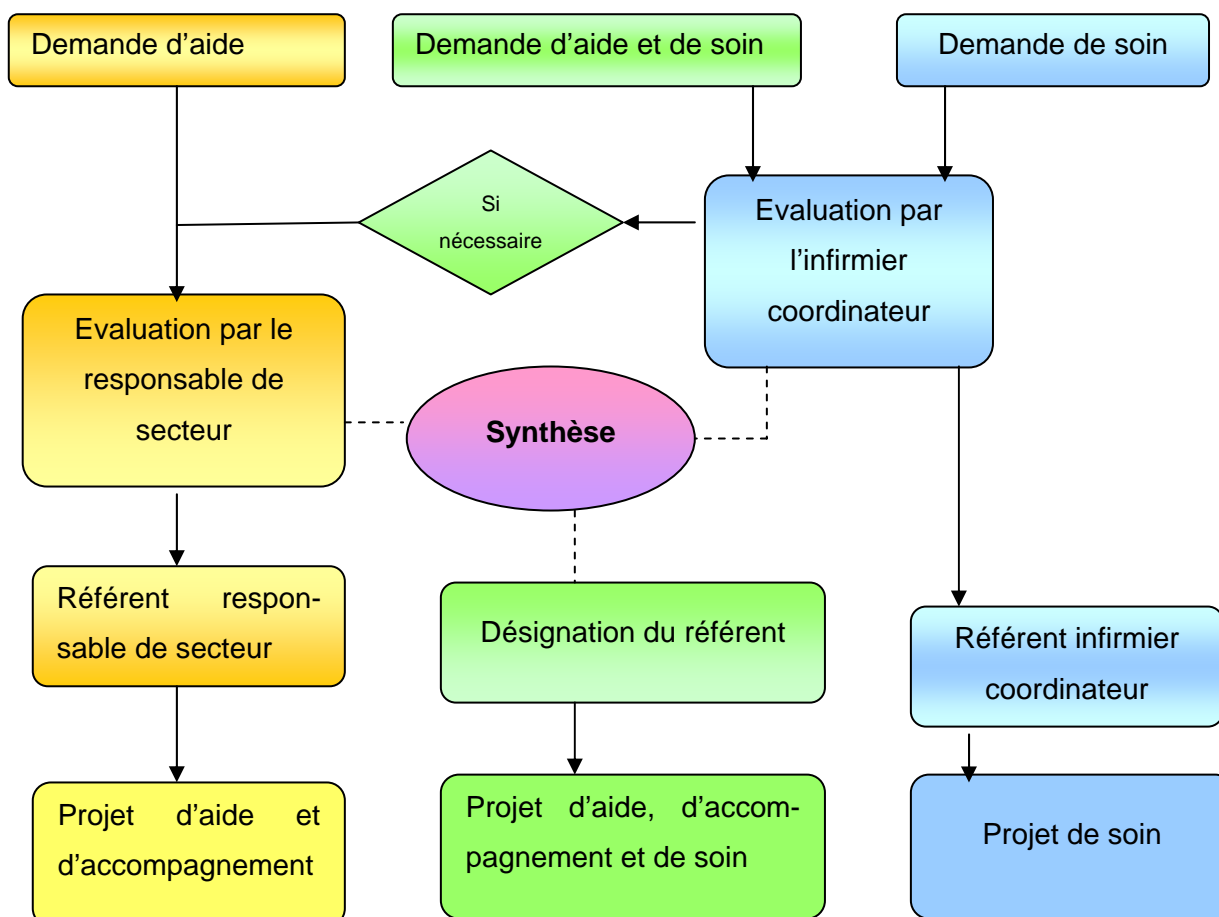
3.2.2 Décliner les modes opératoires devient une nécessité d'efficience du service : appropriation de la démarche qualité.

Nous avons vu que Services à la clé est certifiée NF Services aux personnes. Cette norme, en rappelant que le client ou le bénéficiaire (terminologie AFNOR) est avant tout une personne, se décline autour de trois principes que sont le respect, l'intervention individualisée et la relation triangulaire. Je m'attarderai sur cette dernière notion en précisant que la relation triangulaire protège le client mais aussi l'intervenant « *en l'aidant à distinguer une relation professionnelle d'une relation interpersonnelle, à maintenir une juste distance professionnelle et à éviter une relation excessivement centrée sur l'affectivité ou trop indifférente et excessivement centrée sur la technicité* ». Cette relation triangulaire associe la personne qui bénéficie du service, celle qui réalise la prestation et un référent qui représente l'association. Ce référent est la personne privilégiée au sein du service qui suit le dossier de l'utilisateur.

Les responsables de secteur se répartissent le suivi des dossiers sans intervention de soin du service, l'infirmier coordinateur est le référent des personnes ayant besoin exclusivement de soins. L'affectation des autres dossiers se fait après l'évaluation de soin et l'élaboration du protocole de soin.

A. Touraine⁴⁴ distingue deux formes principales d'organisation : l'organisation linéaire de type pyramidal avec une structure fortement hiérarchique et l'organisation fonctionnelle où la technicité, la spécialisation est prépondérante. Dans ce dernier cas, une personne peut recevoir des ordres de plusieurs supérieurs. La détermination du référent de l'utilisateur intègre ces deux types d'organisation.

Schéma global de mise en place du projet individuel



⁴⁴ L'Organisation professionnelle de l'entreprise – Traité de sociologie du travail de Friedmann et Naville.

Si j'ai choisi cet exemple de formalisation de l'organisation du service polyvalent, c'est qu'il est représentatif du noyau central du système qui est l'espace de synthèse et de coordination entre l'aide et le soin. Concrètement, je mets en place une réunion hebdomadaire de coordination avec les responsables de secteur et l'infirmier coordinateur. Chaque nouveau dossier (d'aide, de soin ou d'aide et de soin) est présenté et discuté, ainsi que les dossiers en cours nécessitant une modification de projet. Cela permet une connaissance globale de l'ensemble des besoins. Je ne participe pas à cette réunion sauf demande expresse d'un des participants (situation spécifique ou conflictuelle), j'ai acté ma délégation sur l'évaluation des besoins et la mise en place du soin et de l'accompagnement. La réunion hebdomadaire du personnel administratif (direction – infirmier coordinateur – responsables de secteur – secrétariat – comptabilité) est maintenue. Par ailleurs, le service polyvalent étant localisé dans le même lieu, d'autres rencontres peuvent rapidement être organisées en cas de mise en place en urgence d'un accompagnement.

Le fonctionnement interne du service polyvalent s'articule autour de moyens organisationnels et de compétences professionnelles, mais le fonctionnement externe s'exprime au travers de réseaux et se décline sous forme de partenariat.

3.2.3 Concrétiser le travail en réseau avec les partenaires extérieurs : les conventionnements

D'après le guide du directeur d'établissement, de service social ou médico-social⁴⁵, « *le terme de réseau est un concept sociologique qui désigne un ensemble de relations entre des acteurs..... La notion de partenariat désigne une forme d'interaction équitable entre acteurs, individus ou organisations, qui vise une complémentarité de compétences et/ou de ressources disponibles séparément chez chacun d'eux et qui sont jugées nécessaires pour la réalisation d'une action ou d'un projet* ». La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 renforce l'intérêt pour les problématiques du travail en partenariat et du travail en réseau en faisant référence dans de nombreux articles aux notions de coordination, coopération, complémentarité, réseaux et conventions dans les domaines du projet d'établissement, des schémas territoriaux, de la continuité de la prise en charge de l'utilisateur⁴⁶. On reconnaît derrière cette évolution la volonté du législateur de freiner la logique d'empilement des dispositifs qui répondaient jusqu'alors au fonctionnement des

⁴⁵ *Guide du directeur* – édition ESF mise à jour 2006 – p83 (VII -1)

⁴⁶ CASF – articles L.311-8, L.312-4, L.312-7, L.313-8-1

établissements sociaux et médico-sociaux disposant des ressources importantes dégagées par la croissance économique. Depuis les années 80 et l'apparition de la crise économique, la logique d'optimisation des ressources et de rationalisation est de rigueur. Par ailleurs, le cloisonnement des mesures d'aide et l'approche sectorielle des problèmes des populations ont montré leur limite et font place à des prises en compte de complexité de situation impliquant des accompagnements pluridisciplinaires.

En application concrète de résolution des problématiques de nos usagers, je parlerai du réseau en terme de « culture réseau », culture essentielle à acquérir pour l'ensemble des personnels de la structure. Cette culture est déjà bien présente pour le personnel en poste, ainsi que pour les administrateurs. Les salariés à recruter intégreront cette culture par leur mission qui prévoit une part importante de représentation et de participation dans les instances de réseaux (réseaux de soin – CLIC), mais aussi grâce aux formations pluridisciplinaires organisées par la coordination des réseaux.

A mon sens, une des notions primordiales de la « culture réseau » et sans doute la plus difficile à acquérir est la notion d'égalité entre les individus, dépassant ainsi la hiérarchisation des fonctions occupées. Cela signifie que l'individu ayant fonction d'aide à domicile à la même importance au sein du réseau que l'individu ayant fonction de médecin ou de cadre. La difficulté est de trouver et de tenir sa place dans le réseau avec franchise et modestie, mais aussi avec une certaine autonomie vis-à-vis de son organisation employeur. Les retombées du travail en réseau sont difficilement palpables et quantifiables, car les résultats sont loin d'être immédiats, mais cela permet d'apporter un éclairage complet et diversifié sur un problème ainsi qu'un enrichissement professionnel et personnel, gage d'amélioration.

Le partenariat est caractérisé par la construction commune d'un objectif. Il se formalise en général autour de contrats, de conventionnements. Dans notre cas, nous pouvons définir comme objectif « l'aide, l'accompagnement et le soin à domicile » avec en partenaires les libéraux (médecins – paramédicaux), les établissements hospitaliers, les services sociaux, les CLIC, la maison du handicap. Certains ont déjà une pratique des partenariats, d'autres la découvrent, et d'autres encore y sont réfractaires. L'étape de la conception partenariale étant déjà bien avancée avec certains, nous allons démarrer la mise œuvre avec ces derniers. Ensuite, nous espérons que la communication autour du projet et les témoignages des partenaires engagés dépasseront les réticences des autres.

Le partenariat avec chacun des CLIC et la maison du handicap se concrétise différemment, à travers les plans d'aide, les réunions de coordination, les objectifs de

développement de tel ou tel secteur. Il n'est réellement formalisé que par la représentation de l'association aux instances décisionnelles (conseil d'administration-comité de pilotage - commission des droits et liberté de la personne), sans contractualisation ni conventionnement. Cependant, c'est un partenariat particulièrement vivant en cela que les échanges entre les responsables de secteur, l'infirmier coordinateur de Services à la clé et les coordinateurs des CLIC ou les assistantes sociales de la maison du handicap sont quasi quotidiens. Pour ma part, étant membre du conseil d'administration de deux CLIC, j'ai favorisé les démarches d'élaboration d'outils communs. Cela a été d'autant plus aisé, que certains membres du comité départemental d'associations d'aide à domicile sont aussi élus dans les autres CLIC et nous avons orienté les CLIC dans cette voie en même temps. Concrètement, les grilles d'évaluations réalisées par les coordinateurs et les plans d'aide ont la même forme. De plus, le comité départemental a proposé au conseil général une informatisation globale et uniformisée des services d'aide à domicile avec deux objectifs : une économie de coût et l'échange de données. Le conseil général a suivi cette orientation en favorisant l'informatisation des CLIC avec ce même logiciel, ce qui laisse présager des échanges informatiques généralisés.

Services à la clé formalise le partenariat avec les libéraux par conventionnement. Les libéraux n'ayant pas de responsabilité hiérarchique sur le personnel de l'association, il est primordial d'inscrire leur intervention dans le respect du règlement de fonctionnement et de préciser leur collaboration avec le service, notamment avec l'infirmier coordinateur et les responsables de secteur, à travers des protocoles de suivi. Si le lien hiérarchique n'a pu être formalisé dans la convention, les fiches de poste des intervenants portent la mention « *respecte les directives des libéraux conventionnés avec le service dans le cadre de la prise en charge de l'usager* ». L'association a choisi de pouvoir faire appel en cas de besoin aux infirmiers libéraux pour des évaluations. La « culture réseau » des libéraux du secteur a grandement facilité leur implication qui va au-delà de la simple prestation de service.

3.3 La synergie au service de la personne pour une économie de moyen :

La synergie, nous l'avons déjà vu se résume à $2 + 2 = 5$. Afin de valider le bien fondé de ce choix stratégique, je dois démontrer que le service polyvalent aura de meilleurs effets que la superposition des deux services. L'évaluation du projet devient nécessaire.

3.3.1 Les modalités d'évaluation à travers la mise en place et le suivi des indicateurs

Pascal Lièvre se réfère à la définition de Jacques Plante pour qui l'évaluation est « *la formation d'un jugement de valeur sur une action dans une prise décision* ». Il précise aussi que « *la finalité de l'évaluation n'est pas d'apporter sa pierre à la connaissance du monde, mais d'éclairer des acteurs contextualisés à prendre une décision à un instant T.* »⁴⁷. Ces propos m'amènent à poser en préambule l'analyse prudente des résultats car comment mesurer des actions d'un dispositif nouveau en l'absence d'éléments de référence. Par ailleurs la subjectivité de certains indicateurs risque d'entraîner une interprétation erronée des effets des actions.

En référence au sujet de mon mémoire, j'évalue le service polyvalent par rapport à la superposition de deux services, celui de l'aide et celui du soin. J'évalue son efficacité et son efficacité dans différents domaines, ce qui m'amènera à valider la pertinence de mon choix. Je situe son élaboration en même temps que la mise en place du service polyvalent, ce qui va permettre d'adapter les actions si besoin : l'évaluation est concomitante.

Avec la norme NF qualité et les statistiques des rapports d'activité, le service d'aide à domicile s'est construit un système de référence qui est transposable. Pour le service de soins, je me réfère aux quelques indicateurs établis, mais le manque de recul des résultats publiés limite leur portée. J'ai cependant accès aux résultats d'indicateurs de services de soins d'une association du Comité départemental ainsi que ceux fournis par la fédération ADESSA.

Dans le domaine des professionnels, le facteur temps est prépondérant. Le manque de temps est une réclamation récurrente des personnels. Le service polyvalent permettra-t-il de dégager du temps ? Deux indicateurs sont arrêtés :

- le temps de visite d'évaluation et de suivi de l'utilisateur pour les responsables de secteur et l'infirmier coordinateur. Chaque responsable de secteur gère en moyenne 2500 heures par mois (référentiel professionnel ADMR-UNASSAD-ADESSA), il est admis que pendant la période de mise en place d'une démarche

⁴⁷ *Evaluer une action sociale* – Pascal LIEVRE – éditions ENSP – page 14

qualité, ce chiffre soit de 2250 heures. Un coordinateur de soin administre un service de 30 places.

- le temps de coordination, de transmission et d'inter vacation pour le personnel intervenant. Les négociations budgétaires autour de la tarification préconisent un rapport heures d'intervention réalisées / heures rémunérées tournant autour de 82 %.

D'autres éléments me paraissent encore plus importants, mais difficiles à mesurer. Je pense à la charge professionnelle, facteur d'usure. Je trouve évident le bénéfice à tirer de disposer d'un diagnostic infirmier en interne, avec un lien fonctionnel établi. Les intervenants devaient quelquefois prendre des initiatives qui n'étaient pas de leur ressort, les mettant ainsi en difficulté. Les passerelles entre services favorisent aussi le dynamisme des salariés. J'évalue cette partie sur le taux d'absentéisme, le turnover ou le nombre de refus de mission, en sachant tout de même que seuls certains effets de l'usure professionnelle sont mesurés, alors que les sources en sont multiples.

J'évalue aussi les actions auprès des usagers. Quels bénéfices vont-ils retirer de ce service polyvalent ? Je vérifie les résultats des indicateurs statistiques avec les données attendues des schémas départementaux. Ceci me permet de valider la démarche auprès des pouvoirs publics, mais je dois aussi vérifier directement auprès de l'utilisateur si le service polyvalent lui apporte une réponse cohérente et adaptée ? J'ai pour cela quatre outils différents :

- Le questionnaire de premier contact remis à l'ouverture du dossier et le questionnaire de satisfaction adressé annuellement ou en fin d'intervention,
- La fiche de liaison mensuelle qui informe régulièrement l'utilisateur de la « vie associative » et qu'il transmet avec ses remarques,
- L'analyse des contacts (référencement des appels – des visites)
- Les fiches d'écarts (réclamations)

Ces outils sont analysés annuellement et permettent de suivre l'évolution de la satisfaction globale de l'utilisateur, de poser les orientations générales ou les actions correctives en matière d'amélioration de la qualité.

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 introduit l'obligation d'évaluer la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Les modalités de l'évaluation interne et externe ont été précisées par décret⁴⁸ ainsi que la création du conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale (CNESMS). En attendant, ni les reports de délais de réalisation des évaluations externes et internes⁴⁹ ni les orientations du CNESMS n'affectent l'évaluation des services de l'association et quels que soient les référentiels adoptés par l'autorité, Services à la clé, étant rodé aux méthodes évaluatives, pourra rapidement se les approprier. Ces évaluations appréhendent des écarts entre ce qui était projeté par la structure et ce qui a été réalisé. Je m'approprie l'évaluation positive en me faisant l'écho d'un article du mensuel de l'UNIOPPS qui affirme que *«les écarts ne sont pas nécessairement le signe de dysfonctionnements : ils peuvent être l'indice d'un déplacement, d'une évolution, ce qui a l'avantage de ne pas situer la démarche sur le registre du jugement et donc de la culpabilité.»*⁵⁰

Les pouvoirs publics, les auditeurs AFNOR ne sont pas les seuls destinataires des résultats d'évaluation, car cela en réduirait le sens au seul contrôle. Chaque participant de la démarche : le personnel, les usagers, les administrateurs est informé des résultats obtenus. L'assemblée générale est le moment choisi pour communiquer les résultats qualité de l'année antérieure, ces résultats sont d'ailleurs intégrés au rapport d'activité annuel et les orientations d'amélioration de la qualité complètent les orientations générales annuelles.

3.3.2 Les économies financières permettent une amélioration de la prise en charge

Le projet intègre le décloisonnement des financements avec un budget global complété par un budget annexe pour le service polyvalent ainsi que le définit le décret 2003-1010 du 22 octobre 2003. Mais il conserve aussi un budget associatif « classique » pour le service mandataire, qui n'entre pas dans le cadre budgétaire des services sociaux et médico-sociaux de la loi 2002-2 mais doit répondre aux obligations réglementaires liées à l'agrément qualité et à la gestion associative.

⁴⁸ Décret 2003-1134 du 26 novembre 2003

⁴⁹ Circulaire DGAS 2006-53 du 10 février 2006

⁵⁰ Le Mensuel de l'UNIOPPS – février 2006 – page 33

Le budget global associatif n'est plus adapté. L'association doit dissocier chaque service, la comptabilité analytique n'étant pas suffisante. Le service mandataire est exclu des contraintes de la Loi du 2 janvier 2002, mais reste conforme aux obligations comptables associatives ainsi qu'à celles liées aux financeurs, dont le conseil général (pour l'APA et les prestations de compensation), la DDASS (postes d'auxiliaires de vie, prestation de compensation, et subvention FMAD), et la CPAM (soins palliatifs). Le service prestataire et le service de soins ont des budgets distincts, selon la volonté des financeurs.

Architecture des budgets - Charges

Mandataire Règles comptables associatives	Prestataire (art. L.312-1 CASF)	Soin (art. L.312-1 CASF)
<p>Charges d'exploitation <i>Les achats, services extérieurs, charges locatives, dotations aux amortissements sont répartis équitablement sauf affectation spécifique au service. dotations pour risques et charges affectées au budget concerné. Direction (1/3), Infirmier coordinateur (1/6), comptable (1/3), Secrétariat (1/3), Resp. de secteur,</i></p> <p>Charges financières (1/3) <i>Réparties</i></p> <p>Charges exceptionnelles <i>affectées au budget concerné.</i></p>	<p>Groupe 1 Exploitation <i>Les achats et services extérieurs sont répartis équitablement sauf affectation spécifique au service</i></p> <p>Groupe 2 Personnel <i>Direction (1/3), Infirmier coordinateur (1/6), comptable (1/3), Secrétariat (1/3), Resp. de secteur, Agents à domicile, Employés à domicile, Aux. de vie sociale</i> <i>Charges afférentes au personnel (dont formation)</i></p> <p>Groupe 3 Structure <i>Charges locatives, dotations aux amortissements réparties équitablement. Assurances, charges exceptionnelles et dotations pour risques et charges affectées au budget concerné.</i></p>	<p>Groupe 1 Exploitation <i>Les achats et services extérieurs sont répartis équitablement sauf affectation spécifique au service (fournitures soin)</i></p> <p>Groupe 2 Personnel <i>Direction (1/3), Infirmier coordinateur, comptable (1/3), Secrétariat (1/3), resp. de secteur (1/6), Aides soignants, AMP,</i> <i>Charges afférentes au personnel (dont formation)</i> <i>Personnel extérieur (conventionnements)</i></p> <p>Groupe 3 Structure <i>Charges locatives, dotations aux amortissements réparties équitablement. Assurances, charges exceptionnelles et dotations pour risques et charges affectées au budget concerné.</i></p>

Les échanges fonctionnels à l'intérieur du service polyvalent apparaissent dans les deux budgets distincts avec 1/6 de poste coordinateur infirmier sur le budget aide à domicile et 1/6 de poste responsable de secteur sur le budget SSIAD. Les postes intervenants restent répartis de manière classique : les agents à domicile, employés à domicile et auxiliaires de vie sociale sur le service d'aide à domicile, les aides médico-psychologiques et les aides soignants sur le SSIAD.

Architecture des budgets - Produits

Mandataire Règles comptables associatives	Prestataire (art. L.312-1 CASF)	Soin (art. L.312-1 CASF)
Produits d'exploitation <i>Frais de gestion affectés</i> <i>Subventions sur actions réparties ou affectées selon leur utilisation</i>	Groupe 1 Prod. de la tarification <i>Forfaits horaires</i>	Groupe 1 Prod. de la tarification <i>Forfaits journaliers (dotation globale en attente)</i>
Produits financiers (1/3) <i>Réparties</i>	Groupe 2 Autres produits d'exploitation <i>Subventions réparties ou affectées suivant leur utilisation,</i>	Groupe 2 Autres produits d'exploitation <i>Subventions réparties ou affectées suivant leur utilisation, produits financiers répartis (1/3)</i>
Produits exceptionnels <i>affectés au budget concerné.</i>	Groupe 3 Produits financiers, exceptionnels et non encaissables <i>Produits financiers répartis (1/3), reprises sur amort. et prov. réparties ou affectées selon origine. Produits exceptionnels affectés</i>	Groupe 3 Produits financiers, exceptionnels et non encaissables <i>Produits financiers répartis (1/3), reprises sur amort. et prov. réparties ou affectées selon origine.</i>

J'ai à peine assimilé les procédures budgétaires du service d'aide à domicile tarifé à l'heure, qu'il a fallu concrétiser le budget du service de soin sous forme de forfait global annuel à la place, puis en dotation globale. La négociation budgétaire du service de soin s'effectue auprès de la DDASS avec laquelle le service d'aide à domicile est déjà

conventionné pour les postes d'auxiliaires de vie réservés aux personnes très lourdement handicapées, ce qui facilite les échanges.

L'expérience budgétaire d'un service d'aide à domicile est à la fois enrichissante, mais peut se révéler parfois fâcheuse. Enrichissante par la diversité des financeurs et de leurs modalités qui se déclinent en subventions, rétributions horaires ou au poste, ventes de prestations etc., mais fâcheuse car cette même diversité de financements présente un caractère aléatoire. Enrichissante aussi par la liberté d'affectation des résultats qui, jusqu'à la tarification des services, permettait de mettre en œuvre le projet associatif. Depuis l'application du décret 2003-1010, les services d'aide à domicile, qui avaient jusque là une grande liberté de tarification, négocient leur budget avec un unique interlocuteur, le conseil général. Pour ce dernier, les restrictions budgétaires sont de mise, la décentralisation n'ayant pas été accompagnée des moyens nécessaires à sa réalisation.

En résumé l'architecture financière de l'association se compose de trois budgets distincts et d'un seul bilan. Les procédures budgétaires impliquent de répondre aux exigences du décret 2003-1010 avec proposition de 2 budgets prévisionnels (un pour le SAD et un pour le SSIAD, lui-même scindé en deux sous budgets « personne âgée » et « handicap) à l'autorité de tarification en octobre et proposition du budget prévisionnel du service mandataire en septembre à la DDTE pour le renouvellement de l'agrément qualité. Les statuts de l'association prévoyaient initialement l'adoption du budget prévisionnel par l'assemblée générale, hors celle-ci se réunissait habituellement en avril. Il a donc été décidé que l'assemblée générale approuverait les comptes et l'activité de l'année précédente et poserait les orientations de l'année à venir, mais délèguerait au conseil d'administration l'adoption des budgets prévisionnels. En avril, les deux comptes administratifs (SAD et SSIAD) et le compte de résultat du service mandataire sont arrêtés. L'assemblée générale continue de décider l'affectation du résultat du service mandataire ; pour les résultats du SAD et du SSIAD, elle ne peut que soumettre ses propositions à l'autorité de tarification. Ces nouvelles dispositions ont fait l'objet d'une information spécifique lors de l'assemblée générale du 20 avril 2005.

3.3.3 La négociation budgétaire est un tremplin pour développer le projet de service : diversifier les modes de prise en charge et continuer la politique de formation.

Nous avons choisi de répartir équitablement les coûts communs (charges de personnel administratif – amortissements – frais locatifs), afin de préserver l'équilibre fonctionnel et financier des services. Les coûts de structure ont pu être répartis sur les trois budgets, permettant d'absorber le surcoût induit par la qualification de direction et par la consolidation du poste comptable. Je peux aussi augmenter l'encadrement et la coordination du service polyvalent à hauteur d'un poste responsable de secteur (affectation ½ poste sur chaque budget). J'ai dû négocier cette répartition des coûts auprès des autorités de tarification, car la répartition à l'activité n'est pas suffisamment représentative. En effet, l'indicateur commun de l'activité de l'association est le temps d'intervention réalisé auprès de l'utilisateur, mais cet indicateur se décline différemment selon chaque service : la mission du service mandataire est l'aide à la fonction employeur, celle du service prestataire relève de la prestation de service et celle du service de soin concerne l'acte de soin. J'ai demandé que la gestion des services soit équilibrée pour conserver l'homogénéité associative. Lors de la négociation, les financeurs acceptent ce processus budgétaire.

Pour une meilleure lecture, les bilans comptables des trois dernières années ont été traduits en bilan financier⁵¹. Leur analyse présente une situation saine. La gestion antérieure de l'association a permis la constitution de fonds propres confortables et d'une solide réserve de trésorerie. Cette réserve de trésorerie était importante, mais nécessaire pour appréhender les neuf premiers mois de l'année sans financement des postes d'auxiliaires de vie. Les postes d'auxiliaires de vie disparaissent au 31 décembre 2006, remplacés par la prestation de compensation et le passage en dotation globale du SAD devrait se faire en 2007 ou 2008 ; le montant de la réserve de trésorerie pourra être révisé à ce moment là. Ce bilan autorise la mise en oeuvre de nouveaux projets. Le déménagement dans les nouveaux locaux nécessite notamment d'acquérir du mobilier avec l'équipement de la salle de réunion, de la salle du service de soin, du coin détente et de deux bureaux supplémentaires. Le parc informatique est complété par un nouveau poste serveur, deux postes informatiques et une imprimante réseau. J'équipe les services d'un standard téléphonique. J'élabore ainsi le plan pluriannuel d'investissement.

⁵¹ Voir annexe 3 – Bilan financier

Je concrétise le tableau des effectifs du SSIAD de la manière suivante :

Effectif en nombre d'ETP (*)	SSIAD personnes âgées	SSIAD handicapés	Total SSIAD
Directeur	0,29	0,04	0,33
Infirmier coordinateur	0,86	0,14	1,00
Responsable de secteur	0,14	0,02	0,16
Accueil secrétariat	0,29	0,04	0,33
Comptable	0,29	0,04	0,33
Aide médico psychologique		0,86	0,86
Aide soignant	5,75	1,75	7,50
TOTAL	7,62	2,89	10,51

(*) ETP : Equivalent temps plein

La concrétisation budgétaire du service de soin⁵² fait apparaître un tarif journalier moyen en adéquation avec les tarifs pratiqués sur le secteur. Ainsi, le tarif du SSIAD personnes âgées reste bien en dessous du tarif plafond national, du fait de la faible ancienneté du personnel et de la mutualisation des ressources entre les services. Par contre, le tarif SSIAD handicapés est élevé car les personnes suivies ont de lourdes pathologies et nécessitent des soins importants. La négociation s'effectue autour de la moyenne tarifaire du service.

Tarif journalier moyen	SSIAD personnes âgées	SSIAD handicapés	Moyenne SSIAD
Total charges	306 044,24	83 522,96	389 567,20
Produits en atténuation	4 873,00	1 159,00	6 032,00
Reprise de résultat			
Dotation globale	301 171,24	82 363,96	383 535,20
Nombres de journées	10950	1 825	12 775
TOTAL	27,50	45,13	30,02

⁵² Voir annexe 6 – Budget prévisionnel SSIAD 2007

CONCLUSION

La dernière page de ce mémoire se tourne et pourtant je n'ai pas le sentiment d'un achèvement. Il me semble au contraire n'être qu'en début de construction. Le service de soin est créé, certes, il est intégré dans son environnement, certes, mais d'autres problématiques sont en attente de réponse. Services à la clé a dix ans et continue son parcours dans le respect de son environnement. Ma mission consiste à concrétiser le projet associatif en tenant compte des interdépendances :

- Interdépendance des générations entre personnes âgées et plus jeunes, car les personnes âgées ont besoin des plus jeunes pour les aider, mais par là, leur procurent du travail et donc les moyens de subvenir à leur besoin et à ceux de leur famille.
- Interdépendance des professionnels, car chaque acteur intervenant auprès d'une personne dépendante à domicile ne peut réussir sa mission qu'en coordination avec celle des autres professionnels.
- Interdépendance des organismes, car l'association ne peut réaliser sa mission qu'en s'appuyant sur les acteurs locaux et ces derniers ont besoin de Services à la Clé pour aider sa population.

Les orientations de Services à la clé sont d'offrir une large palette de services dans un secteur restreint, aussi je continue à travailler à l'élargissement des compétences au sein de l'association. Je pense ici à des dispositifs spécifiques comme la garde de nuit itinérante dédiée aux personnes lourdement handicapées et aux personnes âgées dépendantes. Je pense aussi à des rapprochements avec le secteur hospitalier permettant de limiter les hospitalisations sociales des personnes âgées. En effet, nous avons été sollicité pour la mise en place de gardes de nuits ponctuelles, afin de diminuer les placements hospitaliers par défaut de prise en charge à domicile en situation de crise. Je dois privilégier les partenariats avec l'IFSI (Institut de formation en soins infirmiers) d'Alès et le centre hospitalier.

Par ailleurs, nos locaux bénéficient d'une salle de réunion équipée que nous envisageons de partager. En effet, nous avons déjà été sollicité pour une réunion hebdomadaire animée par une assistante sociale du conseil général et dédiée aux demandeurs d'emploi. Nous pensons renforcer les partenariats avec les organismes de formation en les accueillant dans nos locaux pour des sessions inter associations ou inter

professionnelles. Le conseil d'administration approuve cette démarche d'ouverture tant qu'elle reste en cohérence avec le projet associatif.

Je tourne donc cette page et j'hésite à poser le point final. Je ressens l'écriture de ce mémoire comme un instant privilégié de réflexion au cours de mon parcours professionnel et je sors enrichie de cette expérience. Je pars ainsi reprendre mon travail en me promettant de continuer cette analyse, de suspendre quelquefois mon activité pour prendre du recul et réfléchir.

Bibliographie

Ouvrages d'auteur

- AMBLARD H., BERNOUX P., HERREROS G. et LIVIAN Y-F. *Les nouvelles approches sociologiques des organisations* – éditions du Seuil, 1996, 244 p.
- ANZIEU D. – MARTIN J.Y. *La dynamique des groupes* – Paris, PUF le psychologue, 2000, 397 p
- CASTEL R. *Les métamorphoses de la question sociale* – éditions Fayard, collection « l'espace du politique » Paris 1996, 490 p.
- DEJOUX C. *Les compétences au cœur de l'entreprise* - éditions d'organisation 2001
- LE BOTERF G. *Développer la compétence des professionnels* – éditions Liaisons 2002
- LIEVRE P. *Evaluer une action sociale* – éditions ENSP, collection politiques et interventions sociales 2002,115 p.
- MATRAY B. *La présence et le respect* – Desclée de Brouwer 2004
- MINTZBERG H. *Pouvoir et gouvernement d'entreprise* – Paris, éditions d'organisation, 2004, 239 p.
- MIRAMON J.M. – COUET D. – PATURET J.B. *Le métier de directeur, techniques et fictions* - éditions ENSP 2005,270 p.
- TANGUY J. - *L'association agréée de services aux personnes* – éditions Juris 2000
- THOMAS H. - *Vieillesse et désinsertion politique* – Paris – L'Harmattan 1996
- TOURAINÉ A. – *L'Organisation professionnelle de l'entreprise* – Traité de sociologie du travail de Friedmann et Naville – éditions Colin - 1962
- SCHEID J.C. *Les grands auteurs en organisation* – Paris, DUNOD sciences humaines, 1995, 248 p.

Ouvrages techniques et comptes rendus

- UNIOPSS - *L'aide à domicile aux personnes âgées* - 1989
- ADESSA - *Guide d'application de la Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 réformant l'action sociale et médico-sociale au secteur de l'aide à domicile* – 2004
- INSEE - *Projections démographiques pour la France, ses régions et ses départements (horizon 2030/2050)*
- CREA, DRASS - *Personnes lourdement handicapées en Languedoc Roussillon* — 2003
- Guide du soutien à domicile en Dordogne – référentiel des personnels intervenant auprès des personnes âgées et/ou handicapées* – Conseil Général de la Dordogne – 2006
- Edith HERBSTER - *Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique* - <année

LION M., LORENZI-COLL C. - *DEAVS – études et diplôme d'auxiliaire de vie sociale* – édition Vuibert – Tournai 2005

Guide du Directeur – établissement – service social ou médico-social – édition ESF – Paris 2004

Références électroniques

Rapport public particulier sur les personnes âgées dépendantes – Cour des comptes novembre 2005 www.courdescomptes téléchargé le 11/02/2006

Programme 2005-2006 – www.sante.gouv.fr/htm/publications/ cliquer sur DRESS, puis documents de travail, série programme - téléchargé le 19/11/2005

Données statistiques – www.insee.fr – www.social.gouv.fr – www.sante.gouv.fr

Articles

VERGER P. « *déterminants socio-économiques de l'inadéquation entre les besoins d'aide et les aides apportées aux personnes vivant à domicile* » - Lettre de la MIRE mars 2005 téléchargé sur le site www.sante.gouv.fr/htm/publications/ cliquer sur DRESS, puis documents de travail octobre 2005

SOBOCINSKI A. « *24 h dans la vie d'une auxiliaire de vie sociale* » - ASH Magazine mars avril 2006.

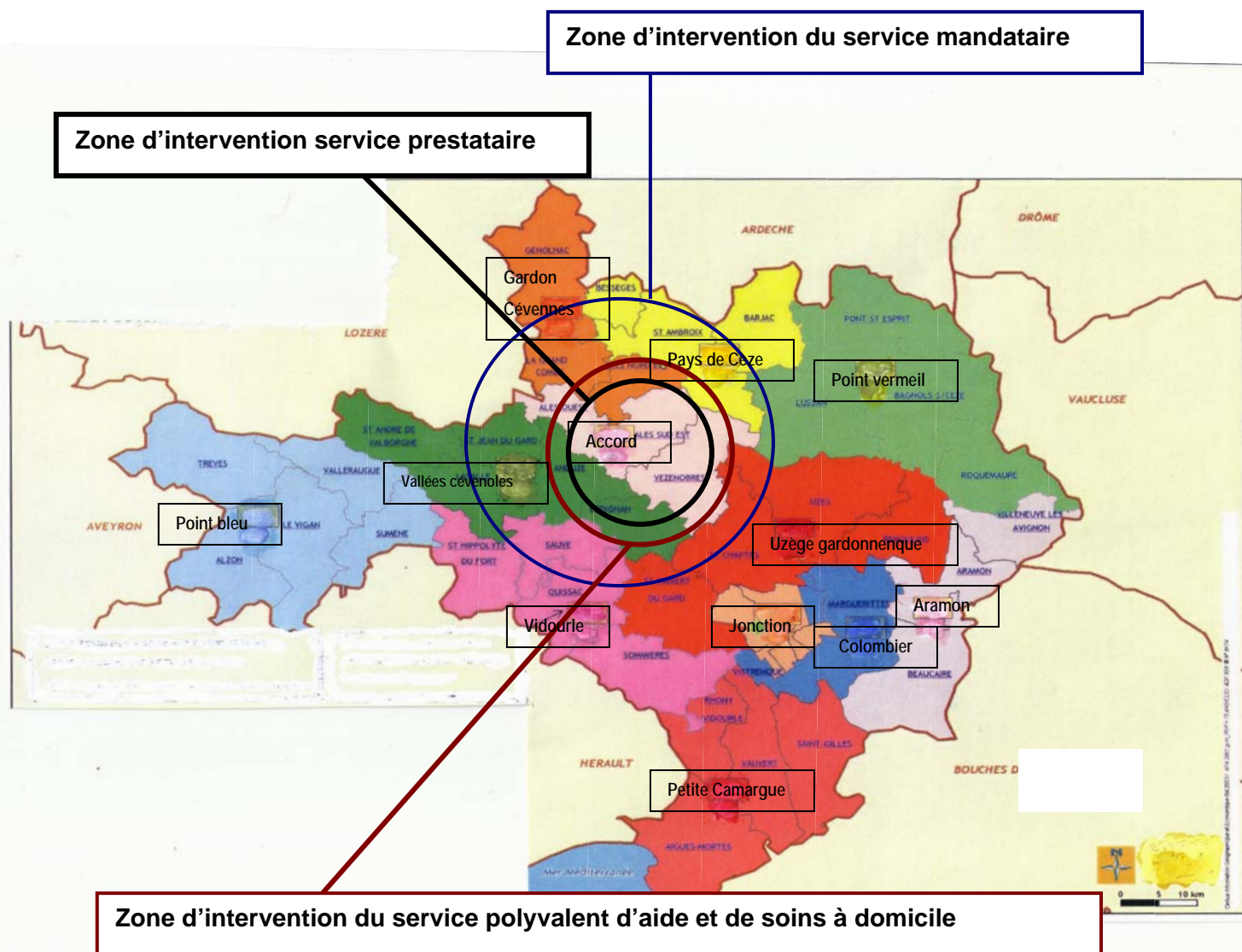
DEMOUSTIER S. et SACHER D. – « *Au-delà du service rendu, évaluer aussi les besoins des personnes* » - Le Mensuel de l'UNIOPSS – février 2006

Liste des annexes

- Annexe 1 : Carte départementale du Gard représentant
- la sectorisation des CLICS
 - les zones d'intervention de Services à la Clé
- Annexe 2 : Cartes départementales du Gard représentant
- le nombre de personnes bénéficiant de l'AAH ou d'une PI
 - le nombre de personnes bénéficiant de l'ACTP
- Annexe 3 : Bilan financier
- Annexe 4 : Plan des nouveaux locaux
- Annexe 5 : Architecture du Comité de pilotage et des commissions du projet
- Annexe 6 : Budget prévisionnel du SSIAD

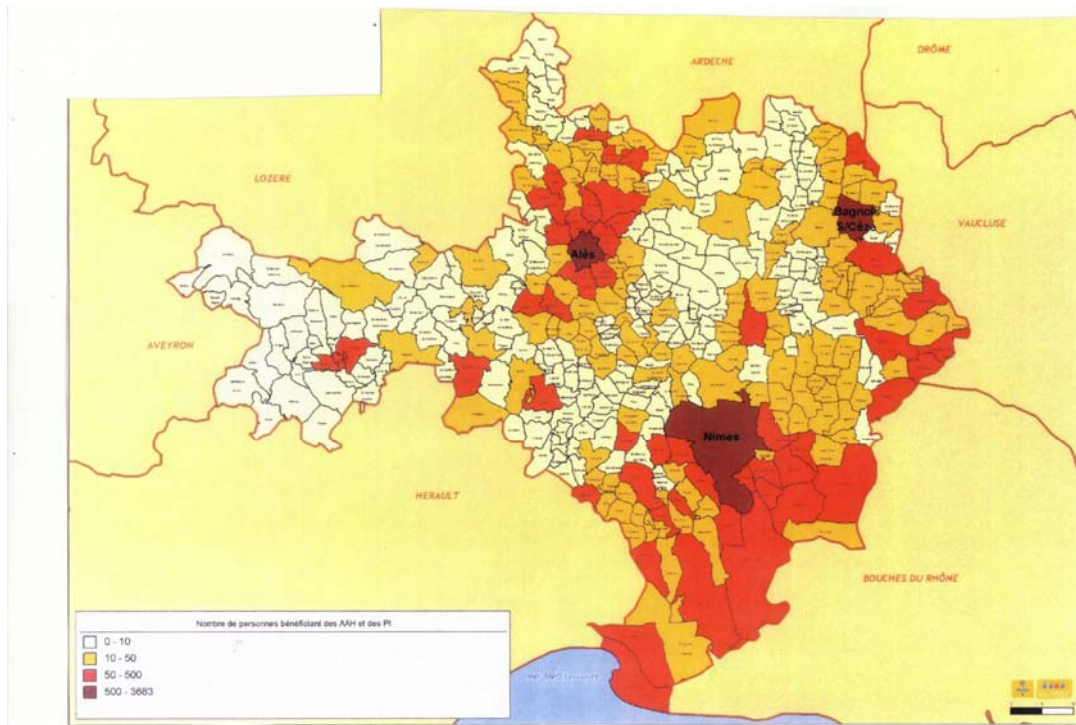
ANNEXE 1

SECTORISATION PAR CLIC DANS LE DÉPARTEMENT DU GARD



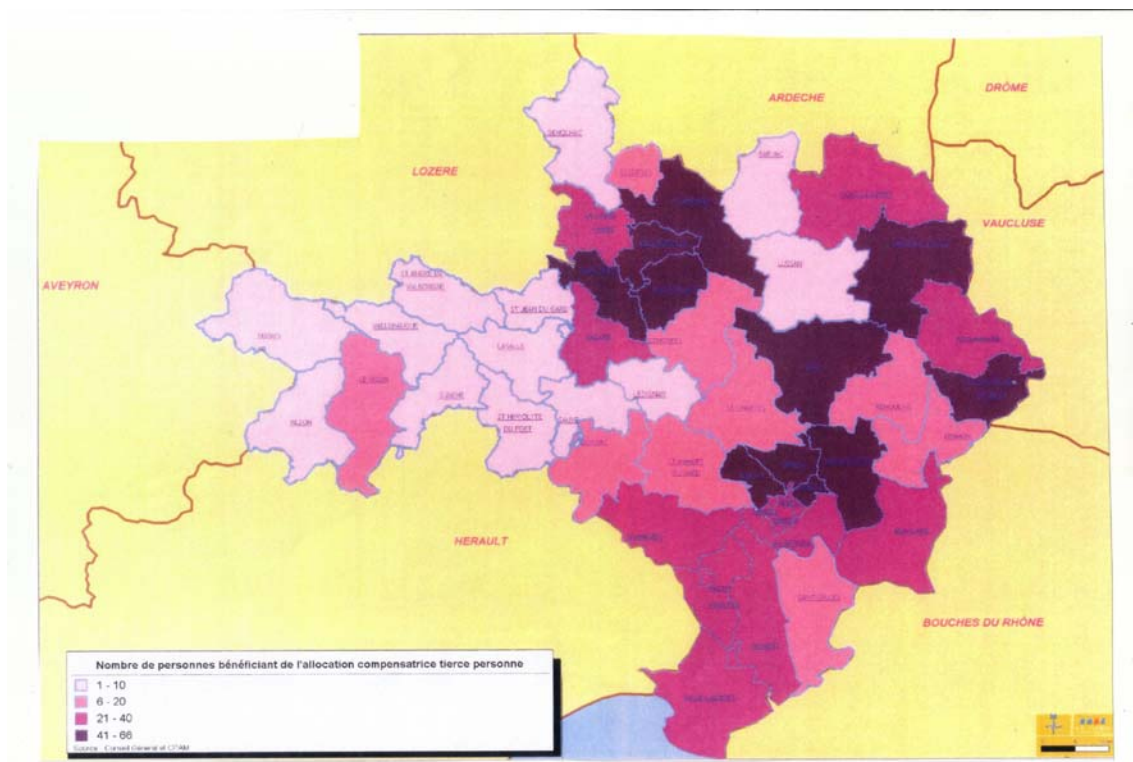
ANNEXE 2

NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DE L'ALLOCATION ADULTE HANDICAPÉ



Source Insee - Année 2002

NOMBRE D'ALLOCATAIRES TIERCE PERSONNE OU DE PENSION D'INVALIDITÉ



Données CPAM - MSA - CAF année 2002

ANNEXE 3

BILAN FINANCIER

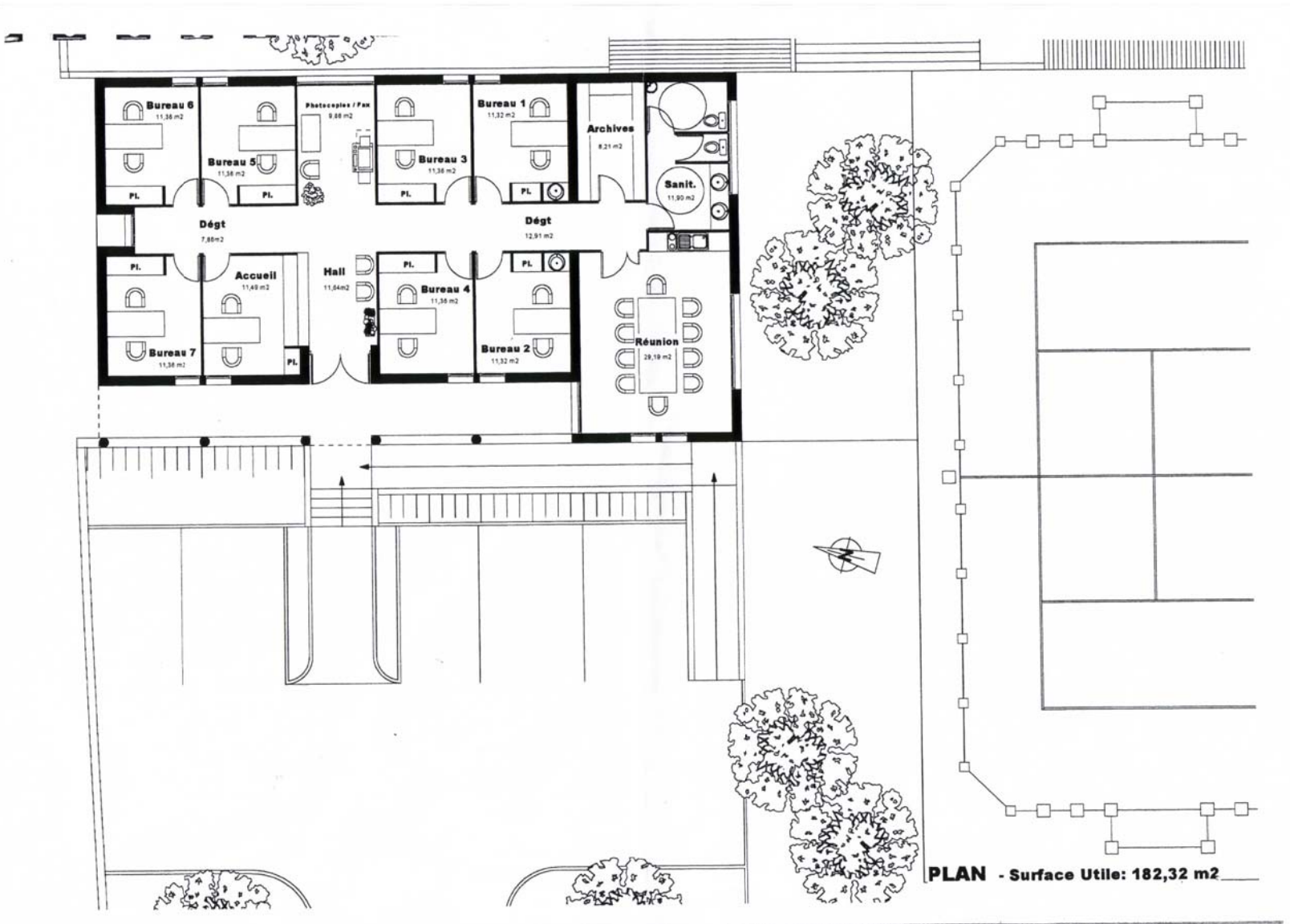
BIENS	2003	2004	2005	FINANCEMENTS	2003	2004	2005
Biens stables				Financ. stables			
Immo. incorporelles	5 722	6 650	6 650	Fonds associatifs	61 102	64 102	70 968
Immo. Corp. brutes :				Réserve d'invest.	4 037	4 037	4 037
- Terrains				Amortissements :			
- Constructions				- Immos incorporelles	2 658	6 301	6 650
- ITMO				- Constructions			
- Autres	2 650	7 758	12 290	- ITMO			
				- Autres	1 693	2 960	4 906
Charges à répartir				Emprunts			
TOTAL II	8 372	14 408	18 941	Dépôts et cautionnements reçus	12 001	10 126	12 127
				TOTAL I	81 491	87 526	98 687
FRI NEGATIF				FRI POSITIF	81 491	73 118	79 747
Actifs stables d'exploitation				Financements stables d'exploitation			
Report à nouv. déficitaire				Réserve de trésorerie	43 253	43 253	43 253
Rés. exercice déficit			18 523	Réserve de compens. Résul. excédentaire			
				Rep. à nouveau excéd.		6 865	
				Provisions / risques et charges	7 934	7 934	18 684
				Fonds dédiés		18 096	83 671
TOTAL IV			18 523	TOTAL III	51 187	76 148	145 608
FRE NEGATIF				FRE POSITIF	105 289	76 148	127 085
FRNG NEGATIF				FRNG POSITIF	124 306	149 266	206 832

BILAN FINANCIER (suite et fin)

Valeurs d'exploitation				Dettes d'exploitation			
Stocks				Fournisseurs	1 547	1 482	4 443
Organis. usagers	127 173	90 081	133 759	Dettes sociales	52 164	85 218	100 864
Créances div.		13 000	17 754	Dettes fiscales		6 157	9 925
Charg. constatées		960	1 037	Dettes diverses		1 137	
Comptes de liaison exploitation				Prov. dépréciation	1 000		
				Prod. constatés		61 116	
				Comptes de liaison exploitation			
TOTAL VI	127 173	104 041	152 550	TOTAL V	54 711	155 110	115 232
BFR	72 462		37 318	EFE		51 069	
Liquidités				Financements à court terme			
Valeurs mobilières de placement		189 206	158 064	Fournisseurs d'immobilisations			
Disponibilités	51 844	11 128	11 450	Concours bancaires courants			
TOTAL VIII	51 844	200 334	169 514	TOTAL VII			
TR POSITIVE	51 844	200 334	169 514	TR NEGATIVE			
TOTAL)	187 389	318 783	341 004	TOTAL)	187 389	318 784	341 004

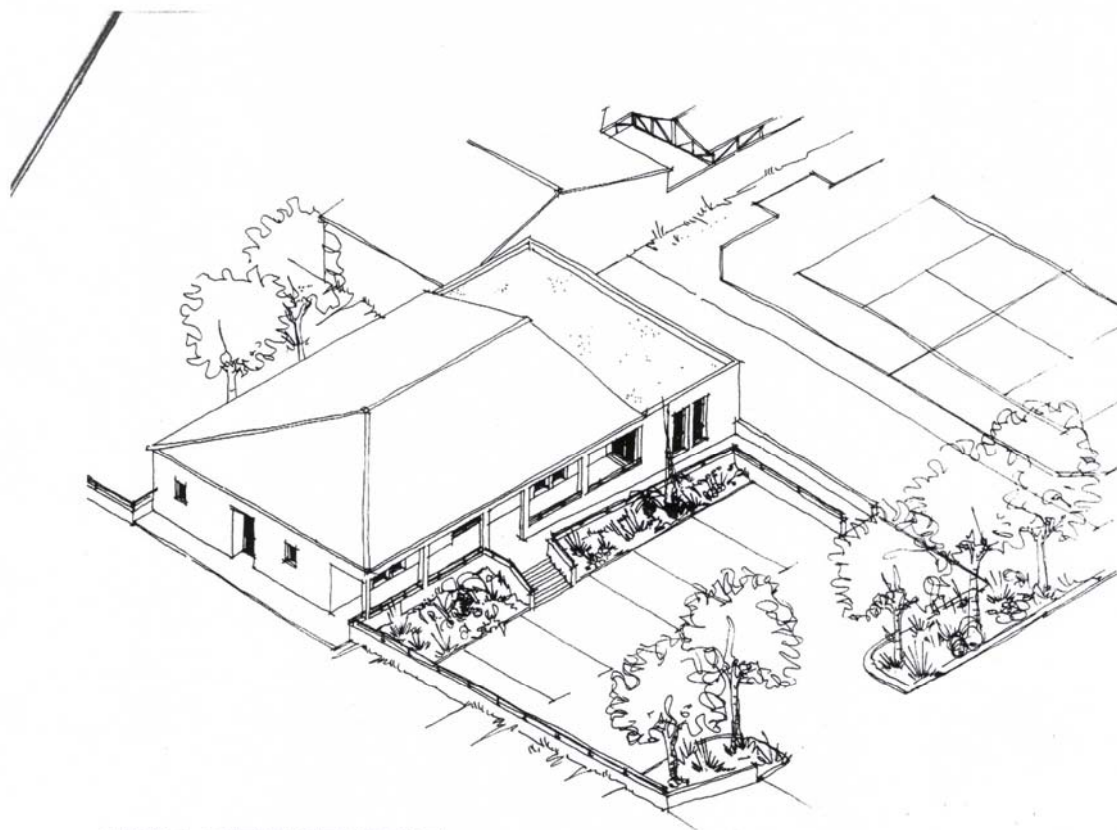
ANNEXE 4

PLAN DES NOUVEAUX LOCAUX



PLAN - Surface Utile: 182,32 m²

PLAN DES NOUVEAUX LOCAUX (suite et fin)

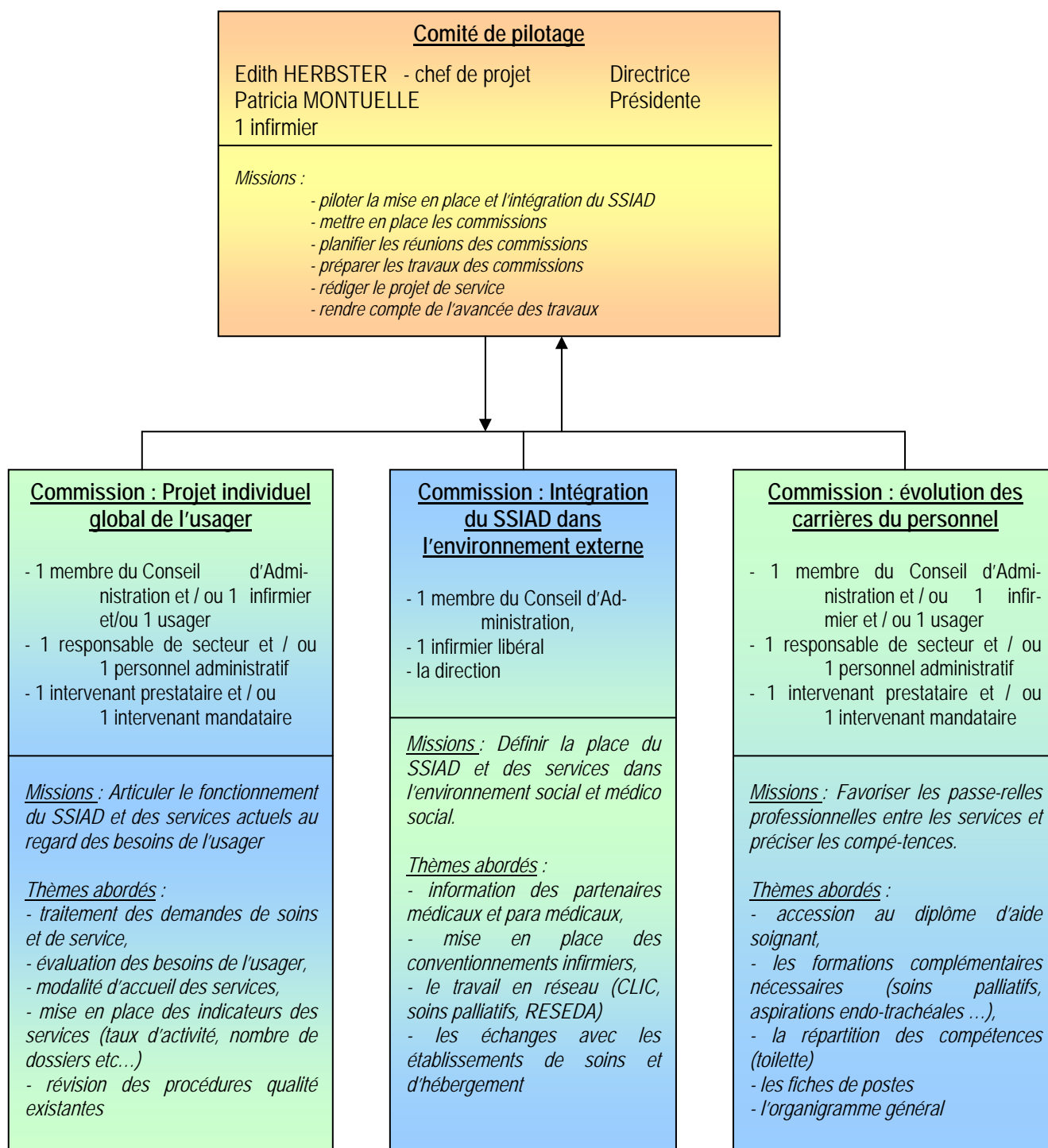


VUE D'ENSEMBLE

Surfaces Utiles	
Hall:	11,64 m ²
Photocopies/fax:	9,68 m ²
Accueil	11,49 m ²
Dégagement 1	12,91 m ²
Bureau 1	11,32 m ²
Bureau 2	11,32 m ²
Bureau 3	11,36 m ²
Bureau 4	11,36 m ²
Dégagement 2	7,86 m ²
Bureau 5	11,36 m ²
Bureau 6	11,36 m ²
Bureau 7	11,36 m ²
Réunion	29,19 m ²
Archives	8,21 m ²
Sanitaires	11,90 m ²
Total	182,32 m²

ANNEXE 5

ARCHITECTURE DU COMITÉ DE PILOTAGE DU PROJET ET DES COMMISSIONS



BUDGET PRÉVISIONNEL DU SSIAD

Activité : SSIAD Personnes âgées

GROUPE I : DEPENSES AFFERENTES A L'EXPLOITATION COURANTE

	Réel n-2 (2005)	Budget exécutoire n-1 (2006)	Budget prévisionnel proposé		
			Reconductions	Mesures Nouvelles	Total
ACHATS					
601 Achats stockés de matières premières et de fournitures				5 160,00	5 160,00
AUTRES SERVICES EXTERIEURS					
625 Déplacements, missions et réceptions				900,00	900,00
626 Frais postaux et frais de télécommunications				1 281,00	1 281,00
TOTAL GROUPE I	0,00	0,00	0,00	7 341,00	7 341,00

GROUPE II : DEPENSES AFFERENTES AU PERSONNEL

622 Rémunérations d'intermédiaires et honoraires				81 540,00	81 540,00
631 Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunération (administration des impôts)			-5 453,00	16 322,70	10 869,70
633 Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunération (autres organismes)				4 369,51	4 369,51
641 Rémunération du personnel non médical				148 119,14	148 119,14
645 Charges de sécurité sociale et de prévoyance				47 177,04	47 177,04
647 Autres charges sociales				1 036,83	1 036,83
TOTAL GROUPE II	0,00	0,00	-5 453,00	298 565,24	293 112,24

GROUPE III : DEPENSES AFFERENTES A LA STRUCTURE

616 Primes d'assurances				1 098,00	1 098,00
6132000 Locations immobilières				948,00	948,00
627 Services bancaires et assimilés				600,00	600,00
DOTATIONS AUX AMORTISSEMENTS ET AUX PROVISIONS					
6811 Dotations aux amortissements des immobilisations incorporelles et corporelles				2 945,00	2 945,00
TOTAL GROUPE III	0,00	0,00	0,00	5 591,00	5 591,00
TOTAL GENERAL (GROUPE I + GROUPE II + GROUPE III)	0,00	0,00	-5 453,00	311 497,24	306 044,24
TOTAL DEPENSES D'EXPLOITATION	0,00	0,00			306 044,24

Activité : SSIAD Personnes âgées

GROUPE I : PRODUITS DE LA TARIFICATION ET ASSIMILES

	Réel n-2 (2005)	Budget exécutoire n-1 (2006)	Budget prévisionnel proposé		
			Reconductions	Mesures Nouvelles	Total
7315200 Dotation globale de financement des soins				301 171,24	301 171,24
TOTAL GROUPE I	0,00	0,00	0,00	301 171,24	301 171,24
GROUPE II : AUTRES PRODUITS RELATIFS A L'EXPLOITATION					
74 Subventions d'exploitation et participations				2 175,00	2 175,00
7541000 Formation professionnelle				2 698,00	2 698,00
TOTAL GROUPE II	0,00	0,00	0,00	4 873,00	4 873,00
GROUPE III : PRODUITS FINANCIERS ET PRODUITS NON ENCAISSABLES					
TOTAL GROUPE III	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL GENERAL (GROUPE I + GROUPE II + GROUPE III)	0,00	0,00	0,00	306 044,24	306 044,24
TOTAL RECETTES D'EXPLOITATION	0,00	0,00			306 044,24

Tableau de calcul des tarifs

A	TOTAL CHARGES GROUPE I + II + III	306 044,24
B	PRODUITS EN ATTENUATION TOTAL GROUPES II + III	4 873,00
D	Reprises sur le compte 11511 (excédent affecté au financement des mesures d'exploitation non reductibles) et le compte 10687 (excédent affecté en réserve de compensation des charges d'amortissement)	
C	(+/-) Reprise de résultat	
	Total à prendre en compte = A - (B + D) + ou - C	301 171,24
	Dotation globale de financement	301 171,24
	Nombre de journées (1)	10 950
	Prix de journée moyen de l'année	27,50

Activité : SSIAD personnes handicapées

GROUPE I : DEPENSES AFFERENTES A L'EXPLOITATION COURANTE

	Réel n-2 (2005)	Budget exécutoire n-1 (2006)	Budget prévisionnel proposé		
			Reconductions	Mesures Nouvelles	Total
ACHATS					
601 Achats stockés de matières premières et de fournitures				759,00	759,00
AUTRES SERVICES EXTERIEURS					
625 Déplacements, missions et réceptions				90,00	90,00
626 Frais postaux et frais de télécommunications				216,00	216,00
TOTAL GROUPE I	0,00	0,00	0,00	1 065,00	1 065,00

GROUPE II : DEPENSES AFFERENTES AU PERSONNEL

622 Rémunérations d'intermédiaires et honoraires				2 893,00	2 893,00
631 Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunération (administration des impôts)				5 770,86	5 770,86
633 Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunération (autres organismes)				1 587,83	1 587,83
641 Rémunération du personnel non médical				53 824,73	53 824,73
645 Charges de sécurité sociale et de prévoyance				16 099,77	16 099,77
647 Autres charges sociales				376,77	376,77
TOTAL GROUPE II	0,00	0,00	0,00	80 552,96	80 552,96

GROUPE III : DEPENSES AFFERENTES A LA STRUCTURE

6132 Locations immobilières				1 020,00	1 020,00
616 Primes d'assurances				183,00	183,00
627 Services bancaires et assimilés				99,00	99,00
DOTATIONS AUX AMORTISSEMENTS ET AUX PROVISIONS					
6811 Dotations aux amortissements des immobilisations incorporelles et corporelles				603,00	603,00
TOTAL GROUPE III	0,00	0,00	0,00	1 905,00	1 905,00
TOTAL GENERAL (GROUPE I + GROUPE II + GROUPE III)	0,00	0,00	0,00	83 522,96	83 522,96

Activité : SSIAD personnes handicapées

GROUPE I : PRODUITS DE LA TARIFICATION ET ASSIMILES

	Réel n-2 (2005)	Budget exécutoire n-1 (2006)	Budget prévisionnel proposé		
			Reconductions	Mesures Nouvelles	Total
7315200 Dotation globale de financement des soins				82 363,96	82 363,96
TOTAL GROUPE I	0,00	0,00	0,00	82 363,96	82 363,96

GROUPE II : AUTRES PRODUITS RELATIFS A L'EXPLOITATION

74 Subventions d'exploitation et participations				607,00	607,00
7541000 Formation professionnelle				552,00	552,00
TOTAL GROUPE II	0,00	0,00	0,00	1 159,00	1 159,00

GROUPE III : PRODUITS FINANCIERS ET PRODUITS NON ENCAISSABLES

TOTAL GROUPE III	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL GENERAL (GROUPE I + GROUPE II + GROUPE III)	0,00	0,00	0,00	83 522,96	83 522,96
TOTAL RECETTES D'EXPLOITATION	0,00	0,00			83 522,96

Tableau de calcul des tarifs

A	TOTAL CHARGES GROUPE I + II + III	83 522,96
B	PRODUITS EN ATTENUATION TOTAL GROUPES II + III	1 159,00
D	Reprises sur le compte 11511 (excédent affecté au financement des mesures d'exploitation non reconductibles) et le compte 10687 (excédent affecté en réserve de compensation des charges d'amortissement)	
C	(+/-) Reprise de résultat	
	Total à prendre en compte = A - (B + D) + ou - C	82 363,96
	Dotation globale de financement	82 363,96
	Nombre de journées (1)	1 825
	Prix de journée moyen de l'année	45,13