

**ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE**

**CAFDES – 2001**

**IRTS/PACA et CORSE - MARSEILLE**

**PROFESSIONNALISER LES AIDES A DOMICILE  
POUR REpondre A LA COMPLEXITE  
DES BESOINS DES PERSONNES DEPENDANTES**

**AMOYAL Marlène**

<b><u>TABLE DES SIGLES UTILISES</u></b> .....	<b>1</b>
<b><u>INTRODUCTION</u></b> .....	<b>2</b>
<b><u>PREMIÈRE PARTIE : ETAT DES LIEUX DU SERVICED’AIDE A DOMICILE DE LA CROIX- ROUGE DE MARSEILLE</u></b> .....	<b>5</b>
I – PRÉSENTATION DE LA CROIX-ROUGE .....	6
1 – <i>La Croix-Rouge Française</i> .....	6
2 - <i>Organisation territoriale</i> .....	8
2.1 <i>Délégations locales</i> .....	8
2.2 <i>Délégations départementales</i> .....	9
2.3 <i>Délégations régionales</i> .....	9
3 - <i>La délégation locale de Marseille</i> .....	9
II - LE SERVICE D’AIDE À DOMICILE.....	11
1 – <i>Le service mandataire</i> .....	12
1.1 <i>Les publics visés</i> .....	13
1.2 <i>Analyse de la demande</i> .....	15
1.3 <i>Financements et solvabilisation de la demande</i> .....	18
1.4 <i>Les aides à domicile</i> .....	20
2 - <i>Le service prestataire</i> .....	24
2.1 <i>Historique</i> .....	24
2.2 <i>Les publics visés</i> .....	26
2.3 <i>Analyse de la demande</i> .....	27
2.4 <i>Financements</i> .....	27
2.5 <i>Les auxiliaires de vie</i> .....	28
3 - <i>L’organisation interne du service d’aide à domicile</i> .....	29
3.1 <i>Gestion administrative</i> .....	29
3.2 <i>Suivi financier</i> .....	30
4 - <i>Diagnostic du service</i> .....	30
4.1 <i>Points forts</i> .....	30
4.2 <i>Points faibles</i> .....	33
III - CONCLUSIONS.....	36
<b><u>DEUXIÈME PARTIE : HISTORIQUE ET EVOLUTIONDU SECTEUR ET DES METIERS DE L’AIDE A DOMICILE</u></b> .....	<b>38</b>
I - ORIGINES ET ACTEURS D’UNE PROFESSION (JUSQU’AUX ANNÉES 80).....	40
1. <i>Les travailleuses familiales</i> .....	40
2. <i>Les aides ménagères</i> .....	41
3. <i>Les auxiliaires de vie</i> .....	42
II - LES NOUVEAUX DISPOSITIFS .....	43
1. <i>Les dispositifs liés à l’emploi</i> .....	45
1.1 <i>Les associations intermédiaires</i> .....	45

1.2 Exonération de charges sociales patronales pour les personnes âgées de + de 70 ans .....	45
1.3 Réduction d'impôt .....	46
1.4 Création des services aux personnes ou « emplois familiaux » .....	47
1.5 Création du chèque emploi service .....	48
2. <i>Les dispositifs liés aux nouveaux besoins</i> .....	50
2.1 La Prestation Spécifique Dépendance .....	50
2.2 La prestation de garde à domicile .....	51
2.3 L'aide aux grands dépendants de la CNAV .....	51
2.4 Le financement des services d'auxiliaires de vie .....	51
3. <i>Les intervenantes à domicile</i> .....	53
3.1 Les profils .....	54
3.2 Le recrutement .....	55
3.3 La qualification .....	56
III - CONCLUSIONS .....	60

## **TROISIÈME PARTIE : PROJET DE PROFESSIONALISATION .....** **62**

I - CONTEXTE DE L'ÉMERGENCE DE CE PROJET .....	63
II - LES AXES DU PROJET .....	67
1 – <i>Elaboration et construction d'un référentiel métier</i> .....	67
1.1 Objectifs .....	67
1.2 Contenus .....	68
1.3 Effets attendus .....	70
1.4 Partenaires à mobiliser .....	71
1.5 Mise en œuvre et calendrier .....	71
2 - <i>Elaboration en interne d'outils de suivi des aides à domicile</i> .....	71
2.1 Réalisation d'un guide de bonnes pratiques .....	72
2.2 Mise en place d'entretiens individuels formalisés .....	73
2.3 Groupes de paroles sur les pratiques professionnelles .....	74
3 – <i>Ateliers de formation</i> .....	75
3.1 Objectifs .....	75
3.2 Contenus .....	75
3.3 Partenaires .....	77
3.4 Mise en œuvre et calendrier .....	77
III – BUDGET PRÉVISIONNEL .....	78

## **CONCLUSION .....** **79**

## **BIBLIOGRAPHIE .....** **81**

## **ANNEXES .....** **83**

1 - PRINCIPES FONDAMENTAUX DE LA CROIX-ROUGE .....	83
2 - EVALUATION DE LA DEMANDE .....	84
3 - GRILLE DE RECRUTEMENT .....	89
4 - FEDERATIONS D'AIDE A DOMICILE .....	91

## TABLE DES SIGLES UTILISES

ACTP	Allocation Compensatrice Tierce Personne
AGED	Allocation Garde d'Enfant à Domicile
AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources
ALE	Agence Locale pour l'Emploi
CAF	Caisse d'Allocation Familiale
CAFAD	Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Aide à Domicile
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CNAVTS	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRF	Croix-Rouge Française
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDTEFP	Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
DRTEFP	Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
FEPPEM	Fédération des Employeurs Particuliers d'Employés de Maison
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
PLIE	Pôle Local pour l'Insertion et l'Emploi
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile

## INTRODUCTION

L'allongement de la durée de la vie et l'amélioration des conditions de vie ont conduit à un vieillissement de la population. Ces progrès génèrent cependant des préoccupations d'ordre social (quelle place pour les aînés dans notre société ?) et d'ordre économique, (quel avenir pour notre système de retraite ? Comment aider les personnes dépendantes ?). Cette dernière question est d'autant plus prégnante, que selon l'enquête INSEE<sup>1</sup> 2,3 millions de personnes âgées recourent à l'aide d'une tierce personne.

Economistes, experts, tous s'accordent : les services d'aide à domicile sont appelés à connaître un réel essor. La demande va croître pour les raisons déjà évoquées comme l'allongement de l'espérance de vie, mais aussi, l'exigence et le souhait des personnes de vivre à leur domicile et de bénéficier pour cela de services de qualité.

Le secteur de l'aide à domicile n'est pas nouveau ! Avec le soutien actif des pouvoirs publics, le maintien à domicile des personnes âgées s'est développé dès l'après-guerre dans le cadre des politiques familiales. En 1962, Le rapport LAROQUE en a assis les principes fondamentaux.

Jusqu'aux années 80, la prestation d'aide ménagère peut être considérée comme une prestation de « confort ». En effet, les bénéficiaires de cette aide étaient généralement des personnes de plus de 60 ans qui n'arrivaient plus, du fait de l'âge, à assumer l'ensemble des tâches ménagères quotidiennes, et étaient soutenues dans ces actes quelques heures par mois. Ces personnes vivaient moins longtemps et surtout moins souvent dépendantes.

Le secteur de l'aide à domicile aux personnes âgées va connaître une mutation qui débutera dans les années 80 avec une prise en compte de plus en plus forte des problèmes de dépendance. Dès ces années, les services d'aides ménagères, dans un souci de maîtrise des coûts, ont vu leur action se recentrer peu à peu en direction des personnes les plus fragiles.

---

<sup>1</sup> L'aide à domicile en faveur des personnes âgées, INSEE n°744, octobre 2000

Cependant les besoins à couvrir étaient très importants, comme par ailleurs le chômage qui ne cessait de croître. L'Etat a alors mis en place un ensemble de dispositifs visant un double objectif : résorber le chômage et répondre aux attentes des personnes dépendantes. L'incursion de la politique de l'emploi dans les politiques sociales a conduit le secteur de l'aide à domicile vers des bouleversements structurels tellement importants, que l'on peut dire que ce secteur est aujourd'hui en émergence.

C'est dans ces années de mutation que le service d'aide à domicile que je dirige depuis 1994, a été créé. La première partie de ce mémoire portera sur l'état des lieux de ce service afin de disposer d'un diagnostic précis permettant de mesurer les écarts existants entre la demande des usagers et la réponse du service. Cette demande est en effet plus complexe qu'une simple aide pour les tâches ménagères. D'autres paramètres sont à prendre en compte (relationnels, environnementaux...). Les aides à domicile qui exercent ce métier se trouvent quotidiennement confrontés à des difficultés de toutes natures. Paradoxalement, aucune formation n'est exigée pour travailler dans ce secteur. Cette absence de qualification a-t-elle des conséquences sur la qualité du service rendu ? Quelles sont-elles ?

La deuxième partie de ce mémoire balayera l'ensemble des dispositifs mis en œuvre depuis les années 80, notamment ceux liés aux nouveaux besoins et ceux liés à l'emploi. Nous verrons qu'ils sont nombreux, et que cet « empilement » a stratifié ce secteur, l'a « complexifié » jusqu'à le rendre « opaque » pour les usagers, et bien souvent, pour les professionnels aussi. Ces dispositifs seront plus particulièrement analysés au plan de la qualification des personnels et des compétences requises pour répondre aux besoins des personnes dépendantes. Il sera ainsi possible d'interroger cette « construction » et la mettre au regard de l'état des lieux réalisé en première partie.

Ce secteur est en pleine évolution. Son émergence laisse prévoir un immense chantier à mettre en œuvre. En effet, tant du point de vue de sa structuration que de son financement, le secteur de l'aide à domicile devra inévitablement faire l'objet de réformes visant à offrir un cadre législatif et des financements à la mesure de l'enjeu pour notre société, à savoir, permettre une réelle qualité de vie aux personnes âgées.

Pour autant, nous ne pouvons nous exonérer d'agir en attendant que ces réformes voient le jour.

A partir des difficultés diagnostiquées du service, l'ambition de la troisième partie sera de proposer un plan d'actions visant un processus de professionnalisation des personnels dont j'ai la responsabilité, et ce, en s'inscrivant dans le cadre général des politiques publiques et de leur évolution avancée. Ce projet se subdivise en trois actions distinctes mais complémentaires dans la mesure où elles visent les mêmes finalités que sont l'amélioration de la qualité du service rendu aux personnes dépendantes et une meilleure structuration de notre service.

**Première partie : ETAT DES LIEUX DU SERVICE D'AIDE A  
DOMICILE DE LA CROIX-ROUGE DE MARSEILLE**



La Croix-Rouge est une entité unique comprenant plusieurs niveaux d'organisation situés au niveau international, national, régional, départemental et enfin local. Je présenterai dans un premier temps ces différents niveaux afin de situer dans quel contexte le service d'aide à domicile s'inscrit. Ce dernier sera l'objet d'un développement détaillé dans un second temps, pour permettre de diagnostiquer à partir des points forts et des points faibles du service les problématiques qui en découlent.

## **I – PRESENTATION DE LA CROIX-ROUGE**

Le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant Rouge est soumis aux statuts adoptés par la XXVème conférence internationale de la Croix-Rouge à Genève. Ce Mouvement est composé de toutes les sociétés Croix-Rouge nationales. Il s'efforce de prévenir et d'alléger en toutes circonstances les souffrances humaines, en particulier lors des conflits armés.

### **1 – La Croix-Rouge Française**

La CRF (Croix-Rouge Française), constituée sur la base des Conventions de Genève auxquelles la France est partie, est une association reconnue d'utilité publique, régie par la Loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 et par ses statuts.

Fondée en 1864 par Henri Dunant, elle est reconnue sous sa forme actuelle, résultant de la fusion des trois anciennes associations Croix-Rouge dites Société de Secours aux Blessés Militaires, Association des Dames Françaises et Union des Femmes de France, par le décret du 7 août 1940, validé par Ordonnance du 27 avril 1945.

La CRF agit conformément aux sept principes fondamentaux du Mouvement (annexe 1). Les finalités de la CRF sont les suivantes : ( article 1 des statuts)

- La Croix-Rouge s'emploie à prévenir et à apaiser toutes les souffrances humaines.
- Elle a vocation à participer, par une activité continue, à tous les efforts de prévention, d'éducation, de protection sanitaire et de protection et d'actions sociales.
- Société Nationale, elle exerce ses activités sur le territoire de la République.

- Elle peut également exercer ses activités hors de ce territoire, dans le cadre et conformément aux statuts du Mouvement International.
- Dans le respect de ses principes, la CRF est l'auxiliaire des pouvoirs publics dans les activités humanitaires et leur apporte son aide dans toutes les calamités publiques.
- La CRF est l'auxiliaire du service de santé des armées.
- La CRF diffuse les principes fondamentaux du Mouvement et du droit international humanitaire, afin de développer au sein de la population, notamment parmi les enfants et les jeunes, les idéaux de paix, de tolérance et de compréhension mutuelle entre tous les hommes et tous les peuples.

La CRF est sûrement le Mouvement associatif le plus connu dans le monde. Il l'est de part ses actions au niveau international, principalement lors de conflits entre pays, et également au niveau national lors d'actions menées au titre d'auxiliaire des pouvoirs publics. Les actions du Mouvement international et national sont le plus souvent médiatisées du fait de leur « brûlante » actualité.

Les activités de proximité conduites au niveau local n'ont naturellement pas le même retentissement médiatique. Ces actions s'inscrivent principalement dans les politiques sanitaires, sociales et de formation de notre pays. Ainsi la CRF gère les établissements et services suivants :

- 30 hôpitaux et cliniques
- 41 centres de soins
- 41 centres pour personnes handicapées
- 27 maisons de retraite
- 109 crèches
- 116 services de soins et d'aides à domicile
- 188 écoles, centres et instituts de formation

La CRF compte 14.300 salariés et 60.000 bénévoles. Elle est dotée d'une convention collective qui lui est propre.

La CRF est donc une entité unique, pourtant chaque établissement étant géré au niveau local, on note une certaine hétérogénéité dans les modes d'organisation et de fonctionnement.

Pour prendre l'exemple des services à domicile qui sont au centre de ce travail, je puis dire qu'en 6 années de pratique professionnelle, je n'ai assisté qu'à une seule réunion au niveau national regroupant les directeurs des différents services. Il n'existe donc pas de projet commun marquant la volonté de fédérer un tant soit peu les établissements par domaine de compétences de manière à mutualiser les savoirs et permettre une plus grande homogénéité des pratiques. S'il est important que les pouvoirs décisionnaires soient au plus près des populations concernées, on peut regretter cependant l'absence de communication entre les différentes unités.

## **2 - Organisation territoriale**

La CRF est organisée en délégations locales, délégations départementales et délégations régionales, dont les organes délibératifs ont en charge la gestion des activités et des biens de la CRF dans leur domaine respectif de compétence.

### **2.1 Délégations locales**

Chaque département comprend un certain nombre de délégations locales dont chacune est constituée par l'ensemble des adhérents de la CRF inscrits dans la zone d'action telle qu'elle a été délimitée par la délégation départementale concernée.

Le territoire des départements doit être entièrement réparti entre les délégations locales. Chaque délégation locale est administrée par un conseil d'administration qui est chargé de :

- Concevoir et s'assurer de la mise en place et du développement d'actions répondant aux besoins locaux, décidées en accord avec le conseil de la délégation départementale.
- Appliquer les orientations arrêtées par l'assemblée générale et les décisions du Président National, du bureau national et du conseil d'administration.

La délégation locale est placée sous l'autorité d'un Président. Il dispose des pouvoirs les plus étendus dans la limite des statuts et du règlement intérieur.

## **2.2 Délégations départementales**

Chaque département constitue une délégation départementale. Le conseil de la délégation départementale anime, coordonne et contrôle l'action de la CRF dans le département. A ce titre il est chargé de :

- S'assurer de la mise en œuvre et de la bonne exécution dans le département de la politique nationale.
- Favoriser et contrôler la réalisation des projets locaux, dans le cadre de la politique départementale.

La délégation départementale est placée sous l'autorité d'un président, dépositaire dans le département de l'autorité du Président national.

## **2.3 Délégations régionales**

Chaque région administrative métropolitaine constitue une délégation régionale.

Le conseil de la délégation régionale est en charge de valider les élections des conseils et des bureaux des délégations locales de la région concernée. Il initie ou coordonne, selon les cas, les actions de formation dans la région. Il peut, sur l'initiative des conseils des délégations départementales concernées, avoir compétence pour prendre des décisions et mener des actions dans les limites fixées par ces derniers. Le président régional représente la CRF auprès des autorités régionales.

## **3 - La délégation locale de Marseille**

La délégation de Marseille fait partie des délégations les plus importantes de la CRF du fait de la nature et du volume de ses activités. Elle a été créée en 1871 et fonctionne conformément aux dispositions prévues dans les statuts de la CRF.

A l'heure actuelle la délégation locale de Marseille gère :

Une clinique comptant 187 salariés et dont l'activité médico-chirurgicale est financée sous forme de dotation globale par la sécurité sociale.

Un centre dentaire comprenant 8 salariés et dont l'activité est financée par la sécurité sociale.

Un IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers) comprenant 13 salariés et dont les activités de formation préparent principalement au diplôme d'infirmiers et d'aides soignants.

Un SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile) comprenant 21 salariés et dont l'activité visant les publics âgés et les personnes atteintes de VIH est financée au prix de journée par la sécurité sociale.

Un service d'aide à domicile dont l'activité sera détaillée dans ce mémoire.

Un service social qui a pour mission la distribution d'aides alimentaires, vestimentaires et financières pour des publics en difficulté. Cette action est assurée par 10 bénévoles et est financée essentiellement par les dons reçus par la CRF de Marseille.

Un service secouriste assurant des postes de secours, des missions d'urgence lors de catastrophes et la formation au diplôme de secouriste. Ce service fonctionne avec un salarié et 60 bénévoles et est financé par les ressources perçues pour les formations et les postes de secours.

Chaque service ou établissement est géré par un directeur ou un responsable placé sous l'autorité directe du Président de la délégation locale. Une réunion mensuelle permet à chaque directeur ou responsable de présenter et/ou d'être informé des actions des différents services sans que cela s'inscrive dans un projet associatif formalisé.

Je suis donc moi-même placée sous l'autorité du Président de la délégation locale de Marseille, au poste de directrice du service d'aide à domicile qui est l'unité la plus récente de la délégation de Marseille et va faire à présent l'objet d'une analyse.

## **II - LE SERVICE D'AIDE A DOMICILE**

La finalité de ce service est de soutenir des personnes fragilisées par l'âge et/ou le handicap dans leur milieu naturel de vie qu'est leur domicile. Cette finalité se décline en plusieurs objectifs qui sont :

- D'aider par un soutien personnalisé les personnes âgées et/ou handicapées à vivre à leur domicile.
- De préserver et de restaurer chaque fois que possible l'autonomie des personnes.
- De contribuer au maintien du lien social des personnes.

Sa mission est d'organiser l'intervention au domicile de personnels compétents devant assurer un travail matériel (ménage, course, repas...) et un travail social (préservation de l'autonomie, des liens sociaux ...). Elle s'inscrit dans celle développée dans les statuts de la CRF, à savoir sa vocation à participer à toute activité continue de protection et d'action sanitaire et sociale.

Ce n'est pas un hasard, si en 1993 et sous l'impulsion du SSIAD, a été créé le service d'aide à domicile pour répondre à la demande des personnes âgées qu'il prenait en charge et permettre ainsi une meilleure coordination et une intervention plus globale entre les soins et l'aide apportée aux personnes âgées à domicile. En effet, les personnels du SSIAD, infirmiers ou aides soignants, sont les témoins quotidiens des difficultés de leurs patients. Ainsi, ils ont pu constater l'absence ou l'insuffisance de réponses à des besoins essentiels comme l'aide à l'élaboration et à la prise des repas, l'entretien du linge, le ménage.... Le dispositif « aide ménagère », traditionnellement mis en place par les caisses de retraite, s'avère parfois inadapté tant sur le fond (tâches, responsabilité...), que sur la forme (horaires et durées des interventions, quotas d'heures attribués...).

Le service d'aide à domicile a ainsi été créé dans les années 90, décennie pendant laquelle de multiples initiatives ont été mises en place pour pallier les carences constatées et optimiser les réponses à offrir aux personnes âgées dépendantes.

Parmi ces dispositifs, la délégation de Marseille a choisi en 1993 de conduire son action dans ce secteur sous le statut juridique dit « mandataire » qui autorisait une plus grande souplesse, tant sur le fond que sur la forme, et permettait ainsi de répondre aux plus près aux attentes des personnes âgées. Le statut juridique dit « prestataire » sera adopté à partir de 1999, parallèlement et en complément du mandataire. Nous verrons donc dans un second temps, un descriptif de l'activité sous cette forme et analyserons les motivations de son adoption.

## **1 – Le service mandataire**

Le service mandataire tire son nom du « mandat » que toute personne peut lui donner pour assurer à sa place l'ensemble des démarches liées à l'emploi de personnel à domicile. Cette appellation est apparue au moment où paraissaient les circulaires DE/DSS N° 91.56 et DE/DAS N° 91.42 du 31/12/91 relative à la promotion et au développement des emplois familiaux.

Il est intéressant de noter que ces réglementations émanent du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle d'une part, et du Ministère des Affaires Sociales d'autre part. Cela procède de la volonté affichée du gouvernement de répondre aux besoins des populations tout en favorisant l'émergence d'un gisement potentiel d'emploi pour résorber un taux de chômage important. En effet, la création des structures mandataires s'inscrit dans une double logique :

- a) Une logique de l'emploi s'articulant autour de trois axes comme on peut le noter dans les circulaires DE/DSS n° 91.56 et DE/DAS n° 91.42 :
  - ✓ « ...créer des emplois partout où cela est possible. »
  - ✓ « ...mieux relier la formation à l'emploi. »
  - ✓ « ...privilégier les publics en difficultés. »
  
- b) Une logique sociale relevant du constat que « les besoins des familles, liés à l'évolution des modes de vie sont multiples et croissants : tenue de la maison, garde d'enfants, aide ménagère, aide aux personnes âgées ou handicapées.... ».

Cette double logique ne sera pas sans conséquence, comme nous le verrons dans le développement de ce mémoire.

La CRF de Marseille a été agréée dans le cadre de ces circulaires à partir de mai 1993. Conformément à sa vocation, l'association n'a inscrit son action que dans une logique sociale, focalisant son attention sur les besoins des usagers, sans s'interroger de manière formelle sur la question de l'emploi qui pourtant se situe au même plan dans la stratégie qui a amené à la création des emplois familiaux. Les conséquences de ce hiatus apparaîtront de toute évidence à partir de l'analyse des difficultés du service.

Auparavant, je décrirai le service d'aide à domicile en commençant par les caractéristiques des publics auxquels il s'adresse, pour ensuite présenter l'organisation mise en place pour répondre aux attentes et aux besoins de ces populations.

### **1.1 Les publics visés**

Au regard des textes qui régissent les services mandataires, toute personne peut faire appel à une association mandataire pour employer du personnel à domicile et pour effectuer des tâches relevant de la sphère privée.

Au regard des besoins constatés par le SSIAD, notre service a volontairement orienté son activité principalement en direction des personnes âgées. Les personnes qui font appel à notre structure ont entre 70 ans et 102 ans. La moyenne se situe à 85 ans. Les femmes vivant seules sont largement représentées (52 %) par rapport aux hommes vivant seuls (12 %). Ils vivent en couple pour 36 % d'entre eux. Cette répartition correspond globalement aux données démographiques accordant une plus grande longévité aux femmes.

Toutes ces personnes ont été contraintes à restreindre leur champ d'activité en raison de difficultés physiques ou psychiques liées à la maladie ou plus généralement au vieillissement. Différentes alertes conduisent les préoccupations de santé et de sécurité à occuper une place importante. Cependant, le recours à un service d'aide aux personnes, devient une condition *sine qua non* de leur maintien au domicile, qui apparaît comme un refuge sécurisant, chargé de souvenirs et affectivement investi.



Le souhait de ces personnes est de rester maîtres de leurs choix, de développer leur projet de vie, d'être respectées et non entourées d'une simple condescendance. C'est pourquoi, elles sont soucieuses d'indépendance et demandeuses d'attention autant que de contacts fréquents avec leurs proches ou les personnes qui les aident. Les relations sont donc souvent empreintes d'ambivalence. La solitude risque de rendre les relations plus complexes. Elles ne peuvent se passer d'aide, mais ce besoin les renvoie à leur propre dépendance et du coup, les irrite.

Les champs d'investigations, ayant tendance à se réduire, les personnes âgées en perte d'autonomie accordent souvent une grande importance aux événements qui touchent leurs proches, mais nouent aussi volontiers des relations fortes avec les professionnels qui les assistent.

La question de la fin de vie se pose à l'intéressé et à ses proches, même si elle n'est pas évoquée spontanément. A cette période, les familiers culpabilisent de ne pouvoir apporter à leur parent toute la sécurité, le temps et les attentions nécessaires. Ils sont douloureusement partagés entre ce devoir et leurs obligations professionnelles et familiales.

S'il est une demande qui fait quasi-unanimité dans notre société, c'est bien de rester à son domicile. Plus la perte d'autonomie s'accroît, plus le domicile et les objets qui le peuplent seront investis d'une fonction affective. Ils prennent alors une signification plus importante à un moment où le travail et la vie sociale donnent moins de sens à l'existence. D'où les résistances à changer d'endroit ou à accepter toute modification topographique tant il faut d'énergie et de ressources pour s'approprier un nouveau lieu de vie.

La perte d'autonomie alliée à cette volonté de finir sa vie chez soi implique des aides extérieures ou des modifications importantes de mode de vie. En effet, la demande de services vient autant de la dépendance que de sa façon de gérer et d'intégrer cette dernière, d'y adapter ses comportements, de modifier ses exigences. Nombre de personnes âgées réorganisent leur intérieur pour pallier leurs difficultés de déplacement. Les meubles sont placés aux endroits clés pour servir d'appui, le lit ou le fauteuil est entouré de tous les instruments essentiels à la « survie » quotidienne (lunettes, téléphone...). Les pièces en étage sont abandonnées. D'astucieux réseaux de surveillance se mettent en place pour donner l'alerte, à titre d'exemple, on fait « sonner deux coups » le téléphone des enfants à heure fixe.

C'est une fois que ces ré-aménagements du quotidien ne suffisent plus et que les exigences incontournables de la personne ne sont plus satisfaites que survient la demande d'aide.

## **1.2 Analyse de la demande**

Si la décision est parfois prise par la personne âgée dans un souci de ne pas déranger ses proches, ses enfants et de conserver la maîtrise de sa vie, elle vient très souvent des familles effrayées par les risques réels ou supposés encourus par le parent âgé, sans oublier la culpabilité « s'il arrive quelque chose ». La demande est alors brouillée par une série d'enjeux qui échappent à la personne âgée et s'imposent à elle.

Dans tous les cas, les attentes des personnes âgées en perte d'autonomie sont souvent marquées par l'affectivité et le besoin de relation. En effet, avec la progression des handicaps, rester à domicile signifie souvent en sortir de moins en moins. La personne âgée vit «par procuration », déléguant à d'autres – proches ou professionnels – un certain nombre d'actes de la vie quotidienne. Des liens forts peuvent ainsi s'installer entre aidants et bénéficiaires de l'aide. Et lorsqu'un service précis a été demandé par la famille, il n'est pas rare de voir la personne âgée le «détourner » : l'aide à domicile est ainsi invitée à laisser l'aspirateur pour écouter, discuter voire rapporter les derniers événements du quartier.

La liste des actions à mettre en place pour répondre aux besoins et aux attentes de cette population, n'aurait pas d'intérêt si l'on ne fixait pas les grands principes qui doivent nous guider dans notre mission.

Premier principe de la politique d'aide : « faire avec » plutôt que « faire à la place ». Comme le dit J. LAFOREST<sup>2</sup> « il peut être malsain pour les personnes âgées de faire pour elles des choses qu'elles sont capables de faire pour elles-mêmes ». « Sur-assister » la personne renforce le risque de dépendance.

Deuxième principe évident mais à vérifier quant à sa bonne application : la personne âgée doit être placée au cœur du dispositif d'aide.

---

<sup>2</sup> Introduction à la gérontologie, Edition Frison-Roche, 1990

### ***1.2.1 Evaluation des besoins***

Les demandes sont généralement faites par téléphone. Ces contacts sont toujours suivis d'une prise de rendez-vous au domicile de la personne à aider, cette rencontre a pour objectif d'analyser l'historique et la face cachée de la demande afin de mieux répondre aux besoins profonds de la personne âgée. Ce diagnostic initial (annexe 2) prend en compte l'environnement de la personne. Les enfants, proches, voisins..., qui sont les aidants naturels et/ou bénévoles, doivent retrouver leur place dans le dispositif d'aide. Précisons qu'à l'heure actuelle, sans l'aide de l'entourage, peu de personnes âgées dépendantes pourraient rester à leur domicile. L'action de ces aidants doit donc être prise en compte afin de bien délimiter le territoire des professionnels.

Cette évaluation donne lieu à l'établissement d'un contrat ou mandat qui fixe les missions du service en prévoyant la mise en place et le planning de ou des intervenants, le suivi et l'évaluation régulière de la situation, la réponse aux urgences et les modalités de financements.

En outre, cette visite va permettre à la personne âgée de connaître l'interlocuteur qu'elle peut solliciter en cas de problème. Ce référent deviendra également la personne habilitée à missionner tout nouvel intervenant au domicile de la personne et définira avec celle-ci ses rôles et fonctions.

En tout état de cause, ce protocole doit permettre à la personne âgée de garder la maîtrise de ses choix et du dispositif mis en place pour la soutenir à domicile.

### ***1.2.2 Mise en place de l'intervention***

A partir de l'analyse des besoins, un « plan d'aide » est proposé à la personne et/ou à sa famille. Ce plan est élaboré à partir de plusieurs paramètres variables :

nature de l'aide

volumes horaires

environnement

situation économique

### *1.2.2.1 nature de l'aide*

- entretien domestique,
- aide à la préparation et à la prise des repas,
- aide à la toilette, à l'habillage, coiffure, esthétique,
- aide à la mobilisation, aux déplacements,
- accompagnement sorties, courses,
- aide liée aux démarches administratives, à la gestion des budgets,
- présence de jour,
- présence de nuit.

Cette liste non exhaustive pourrait être complétée de toutes sortes de demandes périphériques dont la prise en compte est nécessaire pour tenir compte de chaque situation :

- laver, nourrir les animaux domestiques
- petit jardinage, petits travaux....

Nous constatons que l'intervention est globalement axée sur une aide à la vie quotidienne, parfois à la frontière de l'aide apportée par des personnels soignants – aide à la toilette par exemple –. Cette aide peut être technique (ménage, courses....) ou relationnelle (soutien, présence...).

### *1.2.2.2 Volumes et horaires d'interventions*

La demande est très diverse concernant les volumes horaires d'interventions. Elle varie de, 2 heures d'aide par semaine à une présence jour et nuit, week-end compris.

Par ailleurs, les interventions peuvent être continues, discontinues ou très ponctuelles. Par exemple, le service peut être sollicité à la suite de l'hospitalisation d'une personne pour un temps déterminé, ou bien en cas d'absence momentanée de la famille...

Notre service, pour répondre à ces attentes diverses, offre la possibilité d'une prestation, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24.

Cette souplesse et la continuité de l'aide qu'elle permet, a certainement fortement contribué au développement de l'activité du service. Pour cela, il faut comparer l'offre traditionnelle préexistante aux services mandataires, notamment celle des services d'aides ménagères. Ces derniers généralement fonctionnent uniquement les jours de semaines et en heures de jour.

Concrètement, les interventions les week-ends et les nuits représentent 30 % de l'activité de notre structure. Si des gardes de nuit effectuées par des infirmiers sont une possibilité financée par la sécurité sociale, il n'en reste pas moins que leur obtention est trop strictement encadrée et limitée pour offrir une réelle alternative aux personnes qui en expriment le besoin.

### ***1.2.3 Suivi de la prestation***

La situation de la personne âgée fait l'objet d'un nouvel examen afin de mesurer l'adéquation entre le besoin constaté lors de la première évaluation et la réponse donnée, de manière à adapter le cas échéant les moyens mis en œuvre sur le terrain. Cette démarche a lieu annuellement *a minima*, ou chaque fois que des signes de changements de situations nous remontent des personnes, des familles, des aides à domicile...

Par ailleurs, une procédure de suivi a été mise en place, matérialisée par un questionnaire de satisfaction adressée annuellement aux usagers.

En outre nous informons les personnes aidées sur les droits et devoirs de l'employeur et du salarié. Nous sommes à l'interface de la relation usager/employé et assurons à ce titre une fonction de tiers médiateur dans les situations de conflits ou de crise.

## **1.3 Financements et solvabilisation de la demande**

Le service mandataire est financé par les frais de gestion que nous facturons aux usagers. Ce financement est destiné à la mise en œuvre des moyens humains et matériels nécessaires à son fonctionnement.

La solvabilisation des personnes se fait par le biais de financements publics qui ont permis l'émergence de ce secteur d'activité. Il s'agit des exonérations de charges patronales et des réductions d'impôts octroyées aux particuliers employant une aide à domicile, mais la part principale reste à la charge des usagers.

### ***1.3.1 Exonérations de charges***

Le dispositif d'exonérations de cotisations patronales de sécurité sociale est prévu dans l'article L.241.10 du Code de la sécurité sociale. Il permet l'exonération totale des charges patronales de sécurité sociale pour les particuliers-employeurs âgés de plus de 70 ans, pour les personnes handicapées et pour les familles percevant l'Allocation Spéciale d'Education. Il a été modifié sur plusieurs points par l'article 5.1 de la Loi N° 98-1194 du 23 décembre 1998 sur le financement de la sécurité sociale pour 1999. La principale modification concerne les particuliers-employeurs exonérés au seul chef de leur âge (au moins 70 ans). Leur droit à l'exonération n'est pas supprimé, mais cette dernière peut être partielle sauf pour les personnes handicapées ou dépendantes au sens de loi sur la PSD (Prestation Spécifique Dépendance) sur laquelle nous reviendrons.

Les usagers de notre service bénéficiaient tous de cette mesure compte tenu de leur âge, la réforme survenue n'a pas modifié cette situation dans la mesure où dans leur grande majorité ils ont été reconnus dépendants.

### ***1.3.2 Réductions d'impôts***

Le dispositif de réduction d'impôt est prévu dans l'article 199 sexdecies du Code Général des Impôts. Il octroie à tout contribuable employant une aide à domicile la possibilité de déduire de son impôt 50 % des frais engagés. Le montant des dépenses est plafonné à 45.000 francs et à 90.000 francs pour une personne handicapée.

### *1.3.3 Prestation Spécifique Dépendance*

Ce dispositif prévu par la Loi N° 97-60 du 24 janvier 1997 a été mis en place dans notre département début 1998. Le Conseil Général des Bouches-du-Rhône a conventionné aussi bien les services mandataires que les services prestataires sur ce dispositif, pour répondre au principe de libre choix des personnes. Notre service a donc été conventionné en 1998 et facture en totalité au Conseil Général les prestations effectuées dans ce cadre.

Les deux premiers dispositifs (exonérations de charges et réduction d'impôt) ont clairement pour objectif de permettre l'émergence d'un « gisement d'emplois » jusqu'alors le plus souvent souterrain (travail au noir). Ces mesures ne peuvent intéresser que des personnes dont les ressources sont suffisantes pour pouvoir rémunérer les prestations et bénéficier de la réduction d'impôt qui ne concerne, bien évidemment, que les personnes imposables. Ces deux mesures s'inscrivent donc dans la logique du Ministère de l'Emploi. Par contre, la Prestation Spécifique Dépendance émane du Ministère des Affaires Sociales et renvoie à la logique sociale. Elle n'est en effet octroyée qu'à des personnes dont l'état de santé, les conditions de vie et les ressources nécessitent une prise en charge par la collectivité.

Les services mandataires ont été créés pour aider des personnes âgées dont les besoins n'ont pas été précisément recensés mais dont les conditions économiques permettaient la création d'emplois. S'il est vrai que cette population bénéficie aujourd'hui d'une plus grande aisance économique, cela ne justifie pas que la spécificité de leurs besoins ne soit pas prise en compte dans les dispositifs, en particulier sur la question de la formation des personnels. J'ai décrit la forte proportion de personnes dépendantes qui font appel à notre service. Pourtant, cette réalité a réellement été mise en évidence au moment de la mise en œuvre de la PSD. En effet, quand il a souhaité conventionner les services mandataires, le Conseil général de notre département s'est alors interrogé sur la qualification des personnels de ces structures.

### **1.4 Les aides à domicile**

L'action qui consiste à recruter et mettre en place l'intervention définie à partir du diagnostic de la demande nous place dans un paradoxe. D'un côté la demande des usagers, empreinte d'exigences légitimes liées aux difficultés qu'ils vivent, de l'autre des candidats pour la

plupart privés de diplômes et/ou de qualification et dont les compétences ne peuvent être formellement validées.

La pertinence de ce constat n'exonère pas de la nécessité d'agir face à une demande toujours croissante. En outre, le recrutement des aides à domicile produira des effets dont les enjeux porteront sur la qualité, la fiabilité et la crédibilité de notre service.

#### *1.4.1. les profils*

Les candidats sont des candidates ! En effet, ce sont principalement des femmes, dont la moyenne d'âge se situe autour de 40 ans dans notre service. Elles sont majoritairement peu ou pas qualifiées, vivent souvent une situation socio-économique précaire et justifient leur candidature au poste d'aide à domicile sur la base de leur expérience professionnelle ou personnelle.

Leur expérience professionnelle est souvent très diverse de part la nature des emplois occupés (ménage chez des particuliers, garde d'enfant, de personnes âgées, ménage en entreprises, agent de service dans des collectivités....), et de part leurs conditions d'emplois (travail « au noir », emploi aidé, chèque service....).

En tout état de cause, les candidates que nous rencontrons ne postulent que rarement sur ces emplois par véritable choix professionnel, mais plutôt par l'absence d'alternative. De fait, elles ont parfaitement intégré qu'il s'agit d'un « petit boulot ». Elles savent aussi que la rémunération est faible et la reconnaissance sociale quasi inexistante. L'aide à domicile est un métier qui n'a pas encore réussi à construire une identité sociale reconnue, souffrant toujours d'anciens clichés (bonne à tout faire, femme de ménage...).

Cette absence d'identité professionnelle renforce la précarité de leur situation et génère un « turn-over » très important ( 50 % des salariées embauchées travaillent moins d'une année par l'intermédiaire de notre service ).



### *1.4.2. Le recrutement*

Notre structure a donc pour mission de recruter un personnel compétent chargé d'accomplir un travail défini par la personne âgée ou son entourage et contractualisé avec le service.

La compétence est définie comme étant la reconnaissance par des pairs de capacités à exercer une fonction déterminée. Ce métier, étant en pleine construction, ne donne pas de clés formelles de compréhension. La seule chose dont on soit sûr, est que la réussite de cette mission repose en partie sur notre capacité à recruter le « bon » intervenant par rapport à une demande préalablement diagnostiquée.

Compte tenu du chômage, aggravé dans le cas des femmes sans qualification, le nombre de candidates qui postulent sur ces postes est très important. Elles le font par le biais de l'ALE (Agence Locale pour l'Emploi), des PLIE (Pôle Local de l'Insertion et de l'Emploi), des pôles chargés de l'insertion des bénéficiaires du RMI..., ou encore des candidatures spontanées (souvent par l'intermédiaire des salariées en poste dans notre service).

En fonction des nécessités d'embauche, nous convoquons les postulantes à des entretiens individuels. Ces derniers servent à mesurer et à apprécier la pertinence de leur candidature pour un poste donné, et leurs compétences en terme technique et social : (annexe 3)

→ Compétences techniques

Niveau de capacité d'organisation (gestion des priorités, du temps...)

Maîtrise des notions d'hygiène des locaux et d'hygiène corporelle

Rigueur dans le travail

→ Compétences sociales

Capacité relationnelle (écoute, discrétion, disponibilité, respect, communication...)

Capacité d'adaptation à des situations, diversifiées et à de multiples employeurs

Autonomie

Sens des responsabilités (ponctualité, honnêteté...).

Ces compétences seront mesurées à l'aune du parcours professionnel et/ou personnel, du comportement et de la présentation. Nous parlons souvent de « feeling » comme modalité de recrutement car la relation de service se construit dans la rencontre entre des caractères et des personnalités. N'ayant pas la possibilité de nous appuyer sur des critères définis et partagés par une profession, la part subjective du recrutement en est renforcée.

#### *1.4.3 Les conditions d'emploi*

Les salariées employées chez un particulier par l'intermédiaire d'une association mandataire sont sous contrat de travail avec ce particulier. La convention collective applicable obligatoire est celle des employées de maison.

Les emplois proposés sont le plus souvent à temps partiel, les aides à domicile peuvent aussi cumuler plusieurs contrats de travail, ce qui génère parfois des incompréhensions, notamment par rapport au mois d'essai ou à l'ancienneté. Par exemple, une salariée ne bénéficie du paiement des jours fériés chômés que si elle a 6 mois d'ancienneté chez le même employeur. Elle qui travaille parfois depuis des années dans ce secteur a toujours à faire « ses preuves » d'une part, à acquérir de l'ancienneté d'autre part, afin d'ouvrir ses droits à divers avantages.

Notre service, dans un souci de « fidélisation » des personnels, met tout en œuvre pour offrir, par un cumul de contrats si nécessaire, un nombre d'heures de travail mensuel acceptable. De fait, les chiffres en région Provence Alpes Côte d'Azur indiquent que la moyenne d'heures mensuelles travaillées en mandataire se situe à 30 heures. Dans notre structure, cette moyenne s'élève à 100 heures.

Le temps partiel ne constitue pas le seul élément de précarité du travail d'aides à domicile. Le salaire y contribue en avoisinant le SMIC. Les temps et frais de déplacements ne sont pas pris en compte dans la rémunération, ce qui aggrave cette situation.

#### ***1.4.4 Le suivi***

Nous organisons les plannings de travail des aides à domicile en tenant compte de leur disponibilité, leurs souhaits....

Enfin, nous assurons une forme de « relais social » nécessité par le faible niveau d'intégration sociale de ces personnes. Nous les orientons vers les services compétents en matière de logement, couverture sociale, droits divers....

Concernant le suivi professionnel, nous avons expérimenté la mise en place de groupes de réflexions sur les pratiques professionnelles dont l'objectif est d'offrir un lieu d'écoute et d'échange pour rompre avec l'isolement dans l'exercice professionnel, pour permettre la verbalisation de situations « lourdes » psychologiquement et également dynamiser ces personnels autour d'un travail d'équipe et leur apporter un minimum d'identité professionnelle.

Ces groupes ont été mis en place en 1998 et sont animés par un psychologue rémunéré par le service. La participation des intervenantes à ces groupes de paroles se fait sur la base du volontariat, sur leur temps libre et sans rémunération. Nous avons pu ainsi faire participer 30 aides à domicile à des réunions mensuelles. Cette expérience dont nous avons pu mesurer les effets positifs (baisse de l'absentéisme, engagement professionnel) s'essouffle du fait principalement de l'absence de rémunération.

## **2 - Le service prestataire**

### **2.1 Historique**

Plusieurs raisons ont amené le service d'aide à domicile à élargir son offre de service vers d'autres publics d'une part, sous une forme juridique différente d'autre part.

#### ***2.1.1 Conventonnement dans le cadre d'un service d'auxiliaires de vie***

En janvier 1995, en collaboration avec le SSIAD, nous avons travaillé sur un projet innovant de prise en charge globale médico-sociale en faveur des personnes handicapées à domicile. L'origine de ce projet est liée d'une part au nombre croissant de demandes, et d'autre part à

l'incapacité structurelle de nos services à répondre à ces demandes d'une manière satisfaisante. En effet, le SSIAD est habilité à intervenir uniquement auprès de personnes âgées de plus de 60 ans, par ailleurs son action est sectorisée (quelques arrondissements de Marseille). Le service d'aide à domicile quant à lui, suppose un coût horaire à l'utilisateur (60 francs/heure en moyenne), s'avérant être une charge financière importante lorsque les ressources économiques sont faibles et le volume de l'intervention important. Nous proposons alors la création d'une unité comprenant aussi bien des personnels du SSIAD, (infirmiers, aides soignants) que des auxiliaires de vie afin d'offrir une prestation globale, mieux coordonnée et moins coûteuse pour l'utilisateur et pour la collectivité que l'offre en place, (IDE Libéraux, semi-internat en institution). Ce projet a suscité un vif intérêt au niveau de la DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales), mais l'idée d'un service unique n'a pu être retenue à ce moment là. Par contre, lors d'un redéploiement de postes d'auxiliaires de vie, deux postes Equivalent Temps Plein (ETP) ont été accordés, et ce nouveau service allait permettre la diversification de notre activité tout en étant complémentaire de l'action en place.

### ***2.1.2 Conventionnement dans le cadre de la P.S.D***

Le Conseil général des Bouches du Rhône, a conventionné notre service dans le cadre de la PSD, tant sous la forme mandataire que sous la forme prestataire.

### ***2.1.3 Demandes des usagers***

Des usagers du service mandataire, inquiets de leurs responsabilités en tant qu'employeur préfèrent recourir à un service prestataire.

### ***2.1.4 Généralisation de l'exonération de charges patronales***

Cette exonération ne concernait que les employeurs particuliers jusqu'en 1999. A partir de cette date, les services prestataires dont les salariés travaillent au domicile de personnes dépendantes bénéficient de la même exonération.

Cette conjoncture favorable a donc permis la création d'un service prestataire qui présente cependant un risque, celui d'engager l'association vis à vis de salariés sans la certitude d'une activité constante et toujours suffisante pour assurer leur emploi. Ce risque a été mesuré au regard de l'évolution de l'activité mandataire ; de plus un certain militantisme a pu naître en faveur du développement d'un service offrant des conditions d'emploi plus pérennes aux aides à domicile favorisant ainsi l'amélioration de la qualité et la diversification de nos prestations.

Ce service fonctionne depuis janvier 1999 et inscrit son action dans le projet global du service d'aide à domicile. Nous allons à présent voir les éléments qui le caractérisent.

## **2.2 Les publics visés**

### ***2.2.1 Les personnes handicapées***

Selon la circulaire N° 81.6 du 9 septembre 1981 relative à la mise en place des services d'auxiliaires de vie, les publics visés sont des personnes handicapées de moins de 60 ans et bénéficiaires de l'ACTP (Allocation Compensatrice pour Tierce Personne) ou d'un avantage analogue servi par le régime Sécurité Sociale.

Il est intéressant de noter que cette circulaire est également titrée « instructions complémentaires à la circulaire du 29 juin 1981 relative à la mise en œuvre du plan gouvernemental de création d'emploi ». La création de ces services, tout comme les services mandataires, relève de la double logique emploi/social que nous avons déjà évoquée.

### ***2.2.2 Les personnes âgées***

Il s'agit des mêmes publics que ceux décrits dans le service mandataire et/ou des personnes prises en charge dans le cadre de la PSD. Afin de respecter le cadre réglementaire relatif aux exonérations de charges patronales, seules les personnes âgées dépendantes au sens de la loi sur la PSD sont concernées par ce service.

### **2.3 Analyse de la demande**

Cette demande fait l'objet du même diagnostic/évaluation/suivi qui a été mis en place dans le service mandataire, hormis les personnes prise en charge dans le cadre de la PSD et pour lesquelles un plan d'aide a au préalable été défini par les services médico-sociaux du Conseil Général.

Le contenu des demandes comprend les mêmes tâches, leur volume peut varier en fonction de la situation des personnes (de 20 h à 140 h mensuelles dans notre service).

Le planning des interventions s'établit 7 jours sur 7 et de 7 h à 20 h.

### **2.4 Financements**

Ce service dispose de quatre sources de financements directs et d'une indirecte correspondant aux exonérations de charges. Les financements directs correspondent en 2000 à :

Une subvention annuelle de l'Etat correspondant au financement de 2 E.T.P auxiliaires de vie ;

Une subvention horaire du Conseil général correspondant au financement des heures d'interventions en auxiliaire de vie ;

Une subvention horaire du Conseil général correspondant à une participation financière sur les heures d'interventions auprès de bénéficiaires de la PSD ;

Une participation des usagers.

Ces financements sont consacrés en grande partie aux frais de personnels. Ces derniers ont été embauchés au fur et à mesure de la montée en charge de l'activité prestataire qui atteindra à fin 2000 le chiffre de 8000 heures annuelles d'intervention dont 4500 heures auprès des personnes handicapées.

## **2.5 Les auxiliaires de vie**

### ***2.5.1 Recrutement***

L'auxiliaire de vie, pas plus que l'aide à domicile n'est pas une appellation renvoyant à une formation ou un diplôme. Cette question sera traitée tout particulièrement dans la deuxième partie de ce mémoire. Cependant, nous avons partiellement opté pour une stratégie de recrutement « interne ». Certaines intervenantes, employées dans le service mandataire et témoignant de qualités professionnelles et humaines d'un haut niveau, ont été embauchées dans le service prestataire.

En mandataire, nous comptons 65 aides à domicile en file active (110 sur toute une année en moyenne) travaillant auprès de 90 usagers. En prestataire, 8 salariés travaillent auprès de 20 personnes âgées et/ou handicapées.

Le «turn over» des salariés/mandataires et la nécessité de maîtriser au plus près les effectifs du prestataire nous imposent de prévoir mois par mois le volume d'activité et le nombre de départs ou absences programmés dont dépend le nombre de recrutements.

### ***2.5.2 Conditions d'emploi***

L'association est l'employeur juridique des auxiliaires de vie. Les contrats de travail sont à durée indéterminée et à temps partiel (110 heures par mois). Le temps partiel est quasi inhérent à cette activité dans la mesure où les horaires d'intervention sont concentrés sur les matinées et les heures de repas.

La convention collective applicable est celle de la Croix-Rouge Française qui prévoit la prise en compte des temps de trajets et des frais de déplacements.

En outre, dans un souci d'une coordination plus efficace des interventions, d'une réelle collaboration entre salariées et enfin d'une plus grande écoute de leurs difficultés professionnelles, une réunion mensuelle a été mise en place pour favoriser ces échanges. Tous ces temps de réunions sont évidemment considérés comme temps de travail et rémunérés comme tels.

Face au développement et à la diversification de nos activités, notre structure a mis en place une organisation interne pour assurer la cohérence de nos missions.

### **3 - L'organisation interne du service d'aide à domicile**

#### **3.1 Gestion administrative**

##### *3.1.1 Mandataire*

Pour le compte des particuliers/employeurs nous établissons l'ensemble des documents relatifs à l'emploi d'un salarié à domicile : fiches de payes, déclarations URSSAF, attestations fiscales, documents Sécurité Sociale (arrêts maladie des personnels ), documents ASSEDIC (démissions, licenciements des personnels)...

La part relative aux frais de gestion de l'association est facturée chaque mois à l'utilisateur.

Nous établissons également l'ensemble des documents requis par les institutions qui agréent les services mandataires (Direction Départementale et Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle). Il s'agit d'éléments statistiques destinés à évaluer quantitativement le taux d'emploi, mais aussi d'éléments plus qualitatifs destinés à l'agrément des services. Ce dernier point sera traité dans la deuxième partie de ce mémoire.

##### *3.1.2 Prestataire*

La gestion des payes des personnels du prestataire est centralisée par les services comptables de la Croix-Rouge de Marseille. Le service d'aide à domicile assure la gestion des plannings d'intervention et d'une manière générale l'ensemble des relations des salariés avec l'association. Nous produisons mensuellement les factures relatives aux prestations effectuées. D'autre part, les différents conventionnements de ce service sont subordonnés à l'établissement annuel de bilan quantitatif et qualitatif de l'activité, que nous élaborons.



### **3.2 Suivi financier**

Notre structure assure la gestion des règlements. Nous établissons également l'ensemble des documents annuels (comptes d'exploitation, budgets prévisionnels) à destination du Conseil d'Administration de la Croix-Rouge de Marseille, et des institutions qui conventionnent le service.

Notre structure emploie 1 ETP directrice du service, 1 ETP encadrant technique (formation DESS de gérontologie sociale) chargé plus particulièrement du suivi des interventions et des aides à domicile et 1,5 ETP secrétaire administrative (BTS secrétariat) chargés du suivi administratif.

Ce descriptif laisse apparaître une évidente complexité : complexité des besoins et de la demande, complexité de la réponse personnalisée à apporter en particulier sur le plan des ressources humaines et enfin complexité organisationnelle compte tenu de la mosaïque de dispositifs qui ont été mis en place dans ce secteur. L'état des lieux du service se fera à partir des points forts et des points faibles qu'il a été possible de dégager.

## **4 - Diagnostic du service**

### **4.1 Points forts**

#### *4.1.1 Pour les usagers*

##### *4.1.1.1 Individualisation de la prestation*

Toutes les demandes sont traitées individuellement. Nous essayons ainsi de ne pas répondre mécaniquement à une demande, mais au contraire de prendre en compte la personne, son environnement, ses besoins dans leur globalité. La visite à domicile permet en outre d'établir un contact rassurant car moins impersonnel que le téléphone par exemple.

#### *4.1.1.2 Souplesse des interventions*

Notre service offre le choix le plus large possible en terme de volumes et horaires d'intervention et en terme de tâches à accomplir. Cette souplesse permet d'assurer la cohérence entre les besoins et la réponse apportée. Si nous prenons l'exemple de l'aide à la prise des repas, peut-on imaginer que cette aide soit suspendue les week-ends ?

Par ailleurs, nous assurons une réponse à des demandes ponctuelles pour pallier l'absence temporaire des familles par exemple (congés, départ en week-end...). Cette aide au « répit » des familles tend à éviter leur épuisement et par conséquent offre de plus grandes chances aux personnes aidées de continuer à vivre chez elle.

#### *4.1.1.3 Continuité du service*

Notre service assure la continuité des interventions en assurant le remplacement temporaire ou définitif des aides à domicile en cas d'absence pour maladie, congés, licenciement, démission. Cette mission contribue indéniablement à rassurer les personnes et leurs familles en évitant toute rupture de l'accompagnement mis en place.

#### *4.1.1.4 Suivi administratif*

Le suivi administratif que nous assurons à la place des particuliers/employeurs leur évite toutes les démarches administratives liées à l'emploi de leur salarié. Ce travail nécessite une bonne maîtrise de la réglementation et du droit du travail, des calculs et de la fiscalité des salaires.... S'agissant de personnes fragilisées par l'âge ou le handicap, on comprend les difficultés qu'elles auraient à assumer cette fonction et donc l'intérêt de faire appel à un service pour assurer cette mission.

#### **4.1.2. Pour les aides à domicile**

##### *4.1.2.1 Souplesse des contrats de travail*

Lors du recrutement, les aides à domicile choisissent leurs temps et horaires de travail. Ceux-ci peuvent être fonction de leurs désirs et/ou des contraintes personnelles et familiales. Cette information nous permet d'articuler l'offre et la demande et de proposer des postes le plus conformes possible à leurs demandes.

Cette souplesse contribue à réduire l'absentéisme dans le service dans la mesure où le poste proposé sera davantage adapté à leurs contraintes. De plus, elle permet aux aides à domicile de mieux rationaliser les frais professionnels (frais de garde d'enfant, de transport...). Compte tenu de la faiblesse des rémunérations dans ce secteur d'activité, cette possibilité contribue à une insertion professionnelle plus pérenne.

##### *4.1.2.2 Identité professionnelle*

Ce métier est plus souvent reconnu comme étant en marge ( travail au noir ) par rapport à une activité salariée. Exercer ce métier dans le cadre d'une association favorise l'identification professionnelle. Lorsque l'association est la Croix-Rouge, cette identité est d'autant renforcée par la renommée de la structure. Les aides à domicile investissent ainsi leur emploi avec l'assurance du soutien d'une entité importante et une forme de reconnaissance sociale liée à la possibilité de dire : « je travaille pour la CRF » par exemple.

Dans le cadre du mandataire, on pourrait dire que l'identité professionnelle est virtuelle dans la mesure où les aides à domicile ne sont pas salariés de la structure, néanmoins, ce statut « emprunté » renforce positivement l'image de ce métier.

##### *4.1.2.3 Soutien social*

L'association offre une garantie morale concernant le paiement des salaires, le respect du droit du travail... . En outre, compte tenu de difficultés sociales récurrentes que les aides à domicile rencontrent, souvent en lien avec la précarité de leur situation, nous assurons dans la

mesure de nos possibilités un soutien administratif (déclarations d'impôts, remboursements Sécurité Sociale, courriers administratifs etc.), ainsi qu'un soutien social en les orientant vers des services compétents en terme de difficultés liées au logement, à l'accès aux soins, à l'accès aux droits....

#### *4.1.2.4 Médiation*

Le service est à l'interface de la relation entre l'utilisateur et l'intervenant. Il peut ainsi jouer un rôle de médiation dans les périodes de crise, voire de conflit. Nos bureaux offrent un lieu d'écoute et de distanciation indispensable compte tenu de la nature de cet emploi.

## **4.2 Points faibles**

### *4.2.1. Mise en place de l'intervention*

L'analyse de la demande prend en compte la globalité de la situation de la personne et aboutit à un diagnostic personnalisé dont nous avons vu l'intérêt.

La mise en place de l'intervention qui découle de cette analyse pose cependant un certain nombre de difficultés en lien, à mon sens, avec l'absence de référentiel métier adapté. En effet, ce dernier doit permettre d'identifier précisément « ce dont on doit être capable pour exercer tel métier ». S'il existe bien un référentiel de l'aide à domicile, il paraît tout à fait incomplet au regard de la diversité des besoins des personnes.

Ce métier est en effet mal défini quant à ses contenus. Il est souvent appréhendé uniquement sous l'angle des tâches domestiques. Or, le travail de l'aide à domicile ne se limite pas à l'exécution de ces tâches. Il s'agit de prendre en compte l'histoire, l'environnement, la psychologie des personnes aidées pour que le service rendu soit *a minima* efficient.

Quel que soit l'engagement professionnel des salariés qui affichent souvent une bonne volonté évidente, l'absence de supports formalisés et de références théoriques reconnues sur ce métier génère des difficultés : comment combler l'écart entre la réalité de ce métier et les représentations mentales très diversifiées qu'en ont de très nombreux candidats ? Pour des personnes dont le parcours professionnel et/ou personnel est souvent émaillé d'échecs, l'expérience de ce métier sans cadre formel, contribue à renforcer ce sentiment.

Concrètement, nous notons un nombre important d'abandon/démission ou encore d'arrêts maladie, dont une partie pourrait bien être le fait de la méconnaissance du métier.

Les difficultés des aides à domicile dans l'exercice de leurs fonctions sont également liées aux caractéristiques des publics auprès de qui elles travaillent. Si elles peuvent choisir d'exercer cette profession auprès de tel ou tel public en fonction de leurs affinités, leurs goûts..., il est cependant indispensable qu'elles aient acquis au préalable un minimum de connaissances de ces différents publics.

Enfin, nous avons constaté que ce métier s'exerce dans des conditions très diverses (statuts, conventions collectives...) Notre service doit continuellement informer sur ces conditions, de manière individuelle tant les situations sont variées.

Pour le service, mettre en place des procédures de recrutement pertinentes se révèle également difficile sans ce cadre sur lequel nous pourrions nous appuyer pour définir des critères formels de recrutement.

Pour les professionnels de l'insertion avec qui nous collaborons, ce métier est perçu comme une ouverture pour des personnes non qualifiées. Les possibilités d'emploi de ces dernières sont en effet de plus en plus rares, et ce « gisement » que constituent les services aux particuliers tente d'être exploité sans tenir compte des réalités et de la complexité de ce métier. Les professionnels de l'insertion ont généralement une faible connaissance de ces conditions d'emploi. Ils orientent les demandeurs d'emploi sur ce secteur, parfois sans donner les informations préalables nécessaires pour envisager une insertion professionnelle cohérente.

Tous ces éléments génèrent des zones importantes d'incertitudes pour :

Les personnes aidées qui identifient peu les compétences professionnelles requises pour leurs demandes,

Les aides à domicile qui investissent cet emploi sans formation initiale indispensable à l'exercice de toute profession,

Le service qui recrute au moyen d'outils construits sans appuis théoriques formalisés.

#### *4.2.2 Suivi des aides à domicile*

A partir de l'observation et de l'analyse des comportements des aides à domicile dans le cadre de leur travail, nous allons tenter de comprendre en quoi le suivi des aides à domicile n'est pas satisfaisant aujourd'hui et quelles sont conséquences sur la qualité de nos prestations. Les éléments repérés sont les suivants :

Un comportement « laxiste » au travail : l'aide à domicile prend par exemple la liberté de modifier l'emploi du temps fixé, de s'absenter sans motif...

Un transfert des savoir-faire et des savoir-être : cette attitude se retrouve sur le registre technique (faire le ménage selon sa propre habitude sans tenir compte de celle des personnes aidées) et sur le registre relationnel (tendance à raconter ses problèmes personnels aux personnes aidées). La relation aidant/aidé se trouve inversée sans que cela soit clairement perçu compte tenu de la difficulté à définir les frontières entre la sphère professionnelle et la sphère privée. De toute évidence, avoir la « bonne » distance au travail n'est pas une attitude spontanée.

De l'épuisement et un sentiment d'impuissance : dans certaines situations (conflits familiaux, pathologies lourdes sur le plan physique et psychologique).

Tous ces points mettent en évidence que l'isolement et le déficit de formation des aides à domicile nuisent à la qualité de leur travail. En outre, leur expérience personnelle, leur bonne volonté et leur cœur ne peuvent suffire pour affronter toutes les situations qui ont été décrites.

Si nous avons pu expérimenter des projets de formation pour pallier ces difficultés, je pense en particulier à la mise en place de groupes de paroles dont nous avons évoqué la pertinence, il n'en demeure pas moins que l'organisation d'actions de formation est tributaire de notre capacité à mobiliser des financements permanents dans le cadre de la formation continue.

L'analyse des points faibles permet de mettre en évidence la nécessité de professionnaliser les aides à domicile. Cette professionnalisation doit être associée à celle de l'organisation du service, notamment des méthodes de gestion des ressources humaines.

#### *4.2.3 L'organisation du service*

Je pense que la formalisation dans notre structure, de l'organisation du travail par exemple, permettrait de réduire la précarité des emplois. Il nous faudrait réfléchir pour cela à une gestion des ressources humaines qui permette de concilier les contraintes de l'organisation et les aspirations des salariés en matière de temps de travail. En outre, les salariés accéderaient à un temps partiel choisi et non imposé, lequel contribue à obérer l'émergence d'une identité professionnelle.

Cette formalisation impliquerait également un travail de recherche des éléments déterminant la qualité du service rendu. Cette démarche devrait favoriser une réflexion sur l'évaluation de l'intervention et fiabiliser la qualité de service en la rendant explicite, régulière, prévisible et reproductible.

### **III - CONCLUSIONS**

La population âgée en France augmente de façon importante, principalement du fait de l'allongement de la vie. Cette longévité s'accompagne parfois de « perte » en terme d'autonomie et génère donc des besoins d'aide à la vie quotidienne. Dans 80 % des cas c'est la famille qui assure le bien-être des parents âgés, cependant ces familles s'épuisent face à l'ampleur du travail à effectuer et ont besoin de services professionnels.

Concernant les soins, l'offre est structurée ( infirmiers libéraux, SSIAD...). Concernant l'aide à domicile, l'offre est caractérisée par l'opacité et la complexité. Ce secteur a été construit par strates, par un empilement de dispositifs, ce qui explique son manque de lisibilité.

Le service que je dirige n'échappe pas à ce constat. Cependant, d'une place de directeur, il n'est pas en mon pouvoir de modifier et de rendre cohérents les dispositifs qui régissent notre secteur d'activité. Par contre, il me paraît essentiel de centrer l'action de notre service sur la mission qu'il s'est fixée, à savoir organiser l'intervention de personnels compétents au domicile de personnes âgées et/ou handicapées.

Les services d'aide à domicile répondent à des besoins nombreux, diversifiés et complexes. Les usagers de notre service espèrent légitimement un service de qualité. Ils exigent de l'aide à domicile qu'elle sache exécuter parfaitement certaines tâches (ménage, cuisine, repassage...). De plus elle doit être ponctuelle, honnête, discrète. Enfin, elle doit savoir s'adapter aux particularités de chaque situation, prendre des initiatives...

Il est possible d'exercer ce métier sans diplôme. De ce fait, les candidats qui postulent à cet emploi sont peu ou pas qualifiés. Le chômage en France touche de manière plus accrue des publics sans qualification et en difficulté sociale.

Quel que soit le statut des aides à domicile, les exigences liées à l'exercice de ce métier demeurent et nécessitent que l'on s'interroge sur la formation préalable et continue des intervenantes à domicile.

La problématique principale me semble donc liée à l'absence de qualification des personnels, et au-delà de cette qualification, au suivi des intervenantes à domicile.

Cette problématique n'est pas spécifique à notre service, et nous verrons, à travers l'évolution du secteur et des métiers de l'aide à domicile, que les difficultés qui ont été mises en évidence dans notre structure se rapportent à l'apparition relativement récente des besoins liés à la dépendance, et par conséquent à l'apparition d'un nouveau métier à construire.



**Deuxième partie : HISTORIQUE ET EVOLUTION DU  
SECTEUR ET DES METIERS DE L'AIDE A DOMICILE**

Ce second chapitre a pour ambition de pointer les problèmes de professionnalisation des aides à domicile qui sont dus à la complexité structurelle et stratégique du secteur du « maintien à domicile », « soutien à domicile » ou « aide à domicile ». Ces différentes appellations sont autant de facettes d'une même réalité. L'Aide à domicile est le terme plus général qui exprime à la fois la qualification du professionnel et le secteur d'activité. Le maintien à domicile a largement été utilisé dans les années 70 et correspondait à la politique développée alors par l'Etat. Le terme soutien à domicile a été forgé en opposition au maintien, qui engage la notion de contrainte.

Nous allons essayer de nous reconnaître dans la mosaïque d'acteurs et de professions qui composent le secteur de l'Aide à domicile en France et nous permettre ainsi de dégager les questions liées à la professionnalisation.

Traditionnellement, ce secteur est découpé selon trois catégories de publics :

- ✓ les familles
- ✓ les personnes handicapées
- ✓ les personnes âgées

Ce cloisonnement est le fruit d'une évolution historique et des modes de financements très divers. L'aide à domicile représente une activité couverte par les CCAS (Centres Communaux d'Action Sociale) et les associations dont l'expansion est encouragée et encadrée par l'Etat. La dynamique de ces associations est de mobiliser des ressources inexploitées et de les mettre en relation avec une demande d'aide. Le développement des services d'aides ménagères et d'autres services plus nouveaux (associations mandataires et intermédiaires) illustrera notre propos.

Les acteurs principaux de l'aide à domicile sont bien sûr les intervenants directs de ce secteur. Il est donc intéressant de comprendre qui ils sont, et dans quel contexte s'exerce leur activité.

# **I - ORIGINES ET ACTEURS D'UNE PROFESSION (JUSQU'AUX ANNEES 80)**

## **1. Les travailleuses familiales**

L'aide à domicile travaillant auprès des personnes âgées a été précédée par la naissance de services d'aide familiale à domicile qui sont devenus aujourd'hui, non sans que leur champ d'intervention ne soit réduit, les services de travailleuses familiales.

L'aide familiale à domicile, c'est à dire l'offre de services ménagers et de soins à des familles, a toujours été considérée comme un secteur secondaire dans l'action sociale, certainement en raison du caractère « domestique » des tâches et de la moindre qualification des intervenants.

Issue des mouvements populaires, l'aide familiale, initialement « mouvement d'entraide », a progressivement acquis son autonomie par rapport aux mouvements fondateurs, développant ses finalités propres au travers d'un mouvement de spécialisation et de professionnalisation.

L'histoire de l'institutionnalisation des services d'aide familiale à domicile et de la professionnalisation des travailleuses familiales nous permettra d'éclairer le mouvement actuel de professionnalisation de l'aide à domicile.

Dès le début, en 1942, la question du mode de financement des services est posée. Poursuivant un double objectif, d'une part aider les familles du milieu populaire, dont la contribution financière ne peut être que limitée et d'autre part, fournir aux aides familiales un salaire comparable à celui qu'elles pourraient attendre d'un emploi dans l'industrie, les promoteurs de services vont donc rechercher des financements et en assurer la régularité.

La prise en charge financière aujourd'hui, est assurée soit par le département au titre de l'aide sociale à l'enfance, soit par la CAF (Caisse d'Allocation Familiale) qui gère les services de travailleuses familiales. La question de la solvabilité de la demande est donc dès le départ prégnante, question qu'on retrouve aujourd'hui lancinante pour ce qui est de l'aide à domicile des personnes âgées.

Parallèlement, la professionnalisation des travailleuses familiales, corollaire de la reconnaissance de la profession, apparaît comme un thème revendicatif. La formation, le salaire et le diplôme doivent être clairement définis. Les demandes de reconnaissance officielle aboutissent à la promulgation le 9 mai 1949 d'un décret relatif aux organismes de travailleuses familiales recevant un appui financier de l'Etat. Cette reconnaissance se traduit,

d'un côté, par l'octroi d'un agrément aux organismes et d'un autre côté, par l'institution d'un « certificat de travailleuses familiales ».

L'institutionnalisation a eu pour conséquence de spécialiser les travailleuses familiales sur les seuls cas de maladie de la mère ou de maternité.

## **2. Les aides ménagères**

Dans le même temps, se développent les services d'aides ménagères pour les personnes âgées. Le premier service a été créé à Grenoble. C'est la Commission d'étude présidée par Pierre Laroque<sup>3</sup>, mise en place en 1960, qui jette les bases d'une politique sociale en faveur de la vieillesse centrée sur le maintien à domicile.

Le décret du 14 avril 1962 consacre le principe de l'aide à domicile en nature. Parallèlement à cette disposition légale, qui vise les personnes âgées dont les ressources sont inférieures à certains plafonds, quelques caisses d'assurance maladie instaurent la prestation d'aide ménagère à caractère extra-légal sur leurs fonds d'action sociale.

Le financement de l'aide à domicile dans sa globalité pose la question de la reconnaissance de la valeur du travail domestique. La récurrence des débats depuis les années 50 témoigne de la difficulté qu'il y a à admettre que puisse être financé, sur fonds publics ou redistributifs, le travail domestique dans les familles ou auprès de personnes âgées.

Cette difficulté conduit à une spécialisation des interventions auprès de catégories particulières de familles d'une part, de personnes âgées d'autre part. Tout se passe comme si la travailleuse familiale et l'aide ménagère, pour se voir reconnues, devaient sortir du strict champ domestique en se spécialisant soit auprès des familles éprouvant de lourdes difficultés sociales, soit auprès des personnes âgées.

A sa création, la CNAVTS (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés) va privilégier l'aide ménagère et coordonner l'action des CRAM (Caisse Régionale d'Assurance Maladie) dans ce domaine. Elle sollicite les services d'associations et de CCAS pour exercer la gestion de cette aide et propose une convention type aux CRAM pour régler leurs relations avec ces services.

---

<sup>3</sup> Rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse, 1963

L'aide accordée varie selon l'état de santé et les besoins de l'intéressé. Elle ne peut en principe excéder 30 heures par mois. Ce volume d'heures attribué par la CNAV n'a pas bougé depuis 1983. Juridiquement aucune formation n'est obligatoire pour l'exercice de la profession d'aide ménagère. La définition légale émanant de la convention collective des aides ménagères parle de « travail matériel, moral et social... », ce qui peut englober beaucoup de choses. Une parution au Journal Officiel du 8 juin 1982 précisait : « L'aide ménagère n'est pas une femme de ménage. Son travail ne se limite pas aux tâches domestiques, elle exerce une profession à vocation sociale ». Voir même, la convention collective du 11 mars 1983, qui interdit le lavage des vitres.

### **3. Les auxiliaires de vie**

Dans le cadre de l'aide aux personnes handicapées, est créé, dès 1971, un service précurseur des actuels services d'auxiliaires de vie. La Circulaire ministérielle du 26 mars 1981 définit cette nouvelle profession : « l'auxiliaire de vie est appelée à aider des personnes très dépendantes, ayant nécessairement recours à une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de l'existence ». En fait, l'auxiliaire de vie a la même fonction que l'aide ménagère mais pour un public de personnes handicapées ayant moins de 60 ans. Comme pour la profession d'aide ménagère, aucune formation n'est obligatoire pour exercer ce travail.

En conclusion, aujourd'hui, hormis la travailleuse familiale qui a atteint un degré de professionnalisation qui a conduit à sa pleine reconnaissance avec l'institution du diplôme de Travailleurs en Intervention Sociale auprès des Familles, les autres professions, aide ménagère, auxiliaire de vie ne se différencient que par les publics qu'elles aident. Ce cloisonnement s'est fait en partie à cause de financements différents : « chaque caisse paye pour ses ayants droits ou cotisants, les caisses de retraite et la CNAV financent les heures d'aide ménagère, l'Etat les auxiliaires de vie pour les handicapées non retraitées, les CAF, les travailleuses familiales. Une participation des départements vient s'ajouter pour les publics à faible niveau de ressources dans les trois catégories, sur le budget de l'aide sociale »<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> CROFF Brigitte, Seules - Genèse des emplois familiaux, page 75

A la fin des années 80, bien que le maintien à domicile, en particulier pour les personnes âgées ait été affirmé comme prioritaire, les politiques ne se sont pas donnés les moyens de le développer à la hauteur des besoins, faute de connaître et d'évaluer ces mêmes besoins.

En effet, s'il est aisé de comprendre que l'augmentation de l'espérance de vie entraîne obligatoirement l'accroissement des besoins des personnes âgées, les réponses apportées jusqu'alors par les politiques sociales étaient institutionnelles. Le domicile, bien qu'étant reconnu comme lieu idéal de vie (quel que soit le niveau de dépendance) n'a pas suscité le même niveau de réflexion que dans l'institution. Plusieurs raisons à cette constatation peuvent être évoquées. Tout d'abord, le domicile relève de la sphère privée, ce qui s'y passe est laissé à la sphère privée, (l'aide apportée aux personnes âgées dépendantes est très majoritairement assumée par les familles). Par ailleurs, pour que l'aide soit cohérente et pertinente, il est nécessaire d'avoir une bonne connaissance des besoins. Or, les besoins des personnes âgées à domicile ne sont précisément, ni recensés, ni évalués. En conséquence, les politiques publiques n'ayant pas la connaissance et l'évaluation des besoins, et ne sachant pas comment y répondre au mieux, renoncent à financer des actions dont elles n'auraient pas la maîtrise.

Si la question de la dépendance est de tous les débats, l'Etat ne pouvant pour les raisons précitées développer de dispositif global et cohérent sur cette question, tente d'y répondre par « petits bouts ». De nombreuses mesures seront prises et ces réponses vont conduire à une « stratification de ce secteur »<sup>5</sup>.

## **II - LES NOUVEAUX DISPOSITIFS**

Au préalable, il faut savoir que sur le thème de la dépendance le débat n'est toujours pas clos. En effet, la dépendance est une notion difficile à appréhender et à mesurer. Une définition minimale est désormais admise pour qualifier une personne dépendante : « ...personnes qui dépendent d'un tiers pour les actes élémentaires de la vie courante (s'habiller, se déplacer, se nourrir, faire sa toilette) ou qui sont inaptes à réaliser des tâches domestiques qui leur permettraient de vivre seules dans un logement ordinaire (faire des courses, le ménage, la cuisine...)... »<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> HESPEL V. et THIERRY M., Synthèse ...sur les services d'aide aux personnes, 1998

<sup>6</sup> JOIN-LAMBERT M.T, Politiques sociales, 1997

L'augmentation du nombre de personnes dépendantes est essentiellement due à l'allongement de la vie, l'espérance de vie à la naissance a gagné pratiquement 10 ans depuis 1950.

Alors que l'espérance de vie augmente le nombre de générations au sein d'une même famille (de plus en plus fréquemment quatre générations voire cinq), les modes de vie des familles ont profondément évolué puisque la décohabitation des générations est désormais la règle. De ce fait, la proportion de personnes âgées accueillie par un proche, le plus souvent un enfant, a diminué de moitié depuis le début des années soixante.

« La «décohabitation» ne signifie pas forcément la disparition des solidarités familiales. Elle s'explique avant tout par des mutations structurelles : l'urbanisation liée à l'industrialisation et à la salarisation, le développement de l'activité professionnelle des femmes en particulier, mais aussi sans doute une plus grande autonomie, physique, psychique et financière des personnes de plus de 60 ans, considérées dans leur ensemble, grâce notamment à la politique des retraites... »<sup>6</sup>. Ces mutations sociologiques rendent les personnes âgées plus vulnérables que par le passé aux situations de dépendance.

« Si aujourd'hui, la question de la dépendance des personnes âgées apparaît comme centrale pour la détermination d'une politique de la vieillesse, cela n'était pas aussi clairement le cas par le passé : le problème de la dépendance était moins aigu pour la société quand le nombre de personnes très âgées était plus faible et lorsque les personnes âgées à autonomie réduite étaient encore, dans la majorité des cas, prises en charge par leurs familles... »<sup>7</sup>

Dans le même temps, les problèmes de l'emploi ont pris une telle ampleur que la politique en ce domaine est devenu prioritaire et s'est traduite par des mesures qui ont eu de très fortes incidences dans le secteur de l'aide à domicile.

En effet, parallèlement au nouveau problème lié à la dépendance des personnes âgées, la préoccupation majeure est l'inexorable montée du chômage. C'est ainsi que très logiquement, les politiques rapprochent l'offre de travail nécessitée par les nouveaux besoins et la demande de travail due au chômage.

---

<sup>7</sup> GUINCHARD-KUNSTLER P. , Vieillir demain, 1999

On se rappelle qu'en 1987, Monsieur SEGUIN a été le premier ministre à cumuler la responsabilité du ministère des affaires sociales et celle du ministère de l'emploi. Il parlera alors de « petits boulots » et de « gisements » pour les emplois qui pourraient être créés pour répondre aux besoins des personnes dépendantes. Les personnes âgées vont dorénavant être directement impliquées dans la lutte contre le chômage lorsque les pouvoirs publics verront dans l'aide aux personnes un dispositif rapide et peu coûteux d'insertion professionnelle. Ce rapprochement va devenir particulièrement lisible avec la circulaire du 29 juin 1981 du ministère de la Solidarité Nationale dont l'annexe II est ainsi intitulée : « création de 500 emplois de coordination locale des actions concernant les personnes âgées » et le mode de recrutement prévu est le suivant : « la création d'un emploi de coordination doit permettre de recruter un demandeur d'emploi inscrit à l'ANPE ». Pour ce nouveau métier comme pour les auxiliaires de vie par exemple, l'emploi est mis en exergue dans les textes même qui créent ces professions.

## **1. Les dispositifs liés à l'emploi**

### **1.1 Les associations intermédiaires**

La loi du 27 janvier 1987 porte création des associations intermédiaires. Ces structures font du prêt de main d'œuvre auprès de particuliers et sont exonérées totalement de cotisations patronales de sécurité sociale pour l'emploi de salariés dans la limite de 750 heures par an.

Elles mettent à disposition le personnel dont elles sont temporairement l'employeur. Leur principale mission est l'insertion de publics en difficulté. Le prix de la prestation est très bas du fait des exonérations dont elles bénéficient et du fait de l'absence de convention collective.

### **1.2 Exonération de charges sociales patronales pour les personnes âgées de + de 70 ans**

Cette mesure qui avait été instituée en 1972 en faveur des particuliers employeurs handicapés, va être généralisée en 1987 à la faveur des particuliers employeurs de plus de 70 ans. Cette exonération offre à ces personnes, la possibilité d'être aidées chez elle à un coût inférieur à celui des associations. Mais pour beaucoup d'entre elles, il demeure difficile d'assumer seules la fonction d'employeur.



C'est pourquoi les associations d'aide à domicile ont mis en place, à ce moment là, des services chargés de conseiller et de soutenir les personnes âgées dans cette nouvelle fonction. Ce soutien consiste à effectuer le recrutement du personnel, et son suivi administratif. Ces services sont qualifiés de « mandataires » par ceux qui les mettent en place, dans ce sens où les personnes aidées confient à un tiers une mission, avec mandat, qu'elles ne peuvent assurer entièrement seules. Ce mandat n'a alors aucune existence juridique, seul un accord-cadre, signé entre l'Agence Nationale Pour l'Emploi, détentrice du monopole du placement de travailleurs, et les associations, autorise ces dernières à en effectuer également.

Les services mandataires vont être mis en place, soit par la constitution d'une nouvelle branche d'une association avec une comptabilité distincte de celle de la prestation d'aide ménagère, soit par la création d'une nouvelle association indépendante de la première avec, généralement, un bon nombre d'administrateurs communs aux deux structures. Un double déplacement s'est ainsi opéré :

- ❖ Les associations prestataires ont créé des services mandataires et se sont positionnées, de fait, sur-le-champ des services domestiques.

Les associations intermédiaires et mandataires ont également investi le secteur prestataire : agrément pour la prestation aide ménagère, auxiliaire de vie...

Le marché des services aux personnes à domicile s'est « brouillé », les mêmes entités proposant des services à prix différents selon le statut des intervenants. D'ailleurs, ces derniers ne savent pas toujours qui est leur véritable employeur, en particulier quand les associations proposent aux mêmes salariés des postes sous statut mandataire et prestataire.

### **1.3 Réduction d'impôt**

Une autre loi va favoriser le développement des emplois à domicile, il s'agit de la loi de finance rectificative du 30 décembre 1991, qui instaure une réduction d'impôts sur le revenu, égale à 50 % des sommes versées, à tout particulier dès lors qu'il emploie directement un professionnel à domicile, ou qu'il recourt à une association agréée par l'Etat. Le montant maximum de la réduction est passé de 12.500 francs en 1991, à 13.000 francs en 1993, pour atteindre 45.000 francs en 1995. Cette augmentation du plafond de réduction d'impôts semble avoir favorisé la garde d'enfant à domicile, et a eu le même effet sur les emplois de service à

domicile chez les personnes âgées de plus de 70 ans, celles-ci pouvant cumuler les avantages de l'exonération dite de « tierce personne » instaurée en 1987 et ceux de la réduction d'impôts.

#### **1.4 Création des services aux personnes ou « emplois familiaux »**

Madame AUBRY ministre des affaires sociales et de l'emploi, fait voter la loi du 31 décembre 1991 instaurant dans le cadre du dispositif « emplois familiaux » un agrément préfectoral pour les associations de services aux personnes. Ces structures regroupent tous les services rendus au domicile des particuliers sous forme :

- ✓ De prestations de services et de prêt de main-d'œuvre lorsque les services sont employeurs.
- ✓ De placement de travailleurs lorsque les services ne sont pas employeurs. C'est la législation des services mandataires dont l'activité était jusqu'alors autorisée par lettre ministérielle de 1987 à l'ACOSS.

Ces services peuvent s'adresser à toutes catégories de population et ne sont pas sectorisés, d'où la libre concurrence entre eux.

En octobre 1991, le secrétariat d'Etat à la Famille, aux personnes âgées et aux rapatriés annonçait sa décision de « renforcer l'intervention des régimes sociaux et de la collectivité en direction des personnes âgées ou handicapées dont les ressources ne leur permettent pas de bénéficier pleinement de cette réduction d'impôts afin de leur permettre d'accéder néanmoins aux services à domicile dont elles ont besoin ».

La CNAV est incitée à créer, en 1992, une prestation de « garde à domicile » qui est versée aux particuliers dont les ressources sont inférieures à certains plafonds, soit directement, soit par le canal des associations. Cette incitation avait aussi pour objectif de développer les emplois familiaux, comme ce fut le cas pour la CNAF (Caisse Nationale d'Allocation Familiale) sur le dispositif AGED (Allocation pour la Garde d'Enfant à Domicile).

Si l'instauration de la prestation « garde à domicile » est le corollaire de la réduction d'impôts pour les personnes ayant de faibles ressources, en revanche les contraintes imposées pour pouvoir y prétendre sont supérieures à celles liées à la réduction d'impôts. En effet, pour obtenir la diminution d'impôt, il suffit de justifier de sommes engagées pour l'emploi d'un

salarié à son domicile et sans limitation dans le temps, tandis que pour la prestation de garde à domicile, la personne âgée doit répondre à plusieurs conditions telles que sortir d'une hospitalisation ou justifier de l'absence des enfants qui assuraient la charge habituellement.

En juillet 1994, dans le cadre de la loi sur l'organisation de la sécurité sociale, est prévue la mise en place de dispositifs expérimentaux d'aide aux personnes âgées dépendantes à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1995. La gestion et le financement sont confiés à la CNAV et aux conseils généraux.

### **1.5 Création du chèque emploi service**

La loi quinquennale du 20 décembre 1993 instaure le chèque emploi service, qui en simplifiant les démarches administratives des employeurs particuliers potentiels devrait inciter ces derniers à embaucher du personnel.

A travers l'énumération des dispositifs mis en place à la fin des années 80, il apparaît clairement que l'enjeu gouvernemental principal n'est pas celui du service rendu aux personnes mais celui de la création d'emplois, qui deviendront plus tard les emplois de proximité.

Cette dichotomie ne va pas sans poser problème. « ....Si l'adéquation entre l'offre des services et les nouveaux besoins ne parvient pas à se faire, c'est parce que des deux côtés il s'agit d'êtres humains, que le produit à vendre est de la relation et que pour cette raison les problèmes sont extraordinairement complexes à résoudre. Les prévisions de création d'emplois se sont faites mathématiquement, sans tenir compte qu'une partie de ces nouveaux besoins étaient dus à des politiques sanitaires et sociales inadaptées, c'est donc déconnecté de tout ce passif que pour répondre à une pénurie d'emplois particulièrement inquiétante, on se jette sur ces nouveaux besoins et on pense pouvoir y répondre en reproduisant des modèles périmés. A confondre demande et besoin, les pourvoyeurs d'aide n'ont pas fini d'être persuadés de leur nécessité et en même temps toujours déçus de leur inefficacité. Il ne s'agit

pas de besoins standards mais d'une demande à analyser au cas par cas et pour laquelle il faudra trouver une solution personnalisée à chaque fois et évolutive dans le temps »<sup>8</sup>.

Les gouvernements successifs n'ont pas démenti cette logique et la Loi atteint ses limites :

- accès difficile pour tous (illisibilité de l'offre) ;
- solvabilisation inégale ;
- besoins différents selon qu'il s'agit de personnes âgées ou handicapées et de garde d'enfant.

La problématique de la qualité du service rendu se pose alors. De cette interrogation découlera très logiquement la question de la professionnalisation des intervenantes à domicile. Une nouvelle Loi est votée le 29 janvier 1996 et porte sur :

- La pérennisation du chèque emploi service
- L'ouverture du dispositif emplois familiaux aux entreprises privées prestataires de services aux personnes
- L'instauration du titre emploi service : la loi prévoit la possibilité pour les comités d'entreprise ou pour les entreprises en l'absence de comité, d'octroyer une aide aux salariés de l'entreprise souhaitant recourir à des emplois familiaux.
- L'instauration d'une nouvelle procédure d'agrément pour les organismes de services aux personnes. Cette procédure prévoit deux niveaux d'agréments :

- **Un agrément simple** pour toutes les structures de services aux personnes. Cet agrément est obligatoire pour pouvoir délivrer l'attestation fiscale indispensable pour bénéficier de la réduction d'impôts.

- **Un agrément qualité** qui se cumule obligatoirement à l'agrément simple, pour les structures qui interviennent auprès de publics fragiles (personnes âgées, personnes handicapées, enfants de moins de trois ans ). Une exception est faite pour les associations intermédiaires qui sont exclues de la procédure d'agrément qualité. La raison invoquée pour cette restriction est que les associations intermédiaires ayant pour finalité l'insertion professionnelle de publics en

---

<sup>8</sup> CROFF Brigitte, Op. Cit. page 45/46

difficultés, il est apparu que des publics fragiles ne pouvaient être aidés par des personnes elles-mêmes en difficultés.

## **2. Les dispositifs liés aux nouveaux besoins**

Diverses mesures vont être prises en direction des familles avec enfants (l'AGED et l'Allocation Forfaitaire pour l'Emploi d'une Assistante Maternelle Agréée ). Nous nous intéresserons à présent à celles prises en direction des personnes âgées et handicapées.

### **2.1 La Prestation Spécifique Dépendance**

La loi du 24 janvier 1997 instaure la PSD qui est attribuée aux personnes âgées de plus de 60 ans et dépendantes, sous conditions de ressources. Le montant de cette prestation est calculé selon le besoin d'aide évalué par une équipe médico-sociale en fonction d'une grille nationale d'évaluation, la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources).

La PSD est une prestation en nature affectée au paiement des dépenses liées aux aides dont la personne âgée a besoin à domicile ou en établissement.

- A domicile, elle sert à rémunérer une aide à domicile qui peut être employée directement par l'intéressé ou mise à disposition par un prestataire de services. L'aide à domicile peut être un membre de la famille (à l'exception du conjoint ou du concubin). Il y a obligation pour la personne âgée de déclarer la personne employée ou le service auquel elle a recours. Un contrôle de l'effectivité de l'aide est réalisé au moins une fois par an. Les avantages des lois sur la réduction d'impôts et sur les exonérations de charges patronales se cumulent avec la PSD.

- Lorsque la personne réside en établissement, c'est ce dernier qui reçoit la prestation pour financer les surcoûts liés à la dépendance.

La PSD est financée et gérée par le Département. Elle n'est pas subordonnée à la mise en œuvre de l'obligation alimentaire mais est récupérable sur succession.

## **2.2 La prestation de garde à domicile**

C'est une aide financière qui permet à la personne dépendante d'employer un tiers à domicile qui sera chargée de l'aider dans les actes essentiels de la vie. Cette prestation est attribuée pour une durée limitée (6 mois) en cas de sortie d'hôpital, maladie chronique, absence momentanée de la famille...

Cette aide est attribuée aux titulaires d'une pension de retraite sous conditions de ressources. La caisse d'assurance vieillesse prend en charge 80 % de la dépense engagée dans la limite d'un plafond.

## **2.3 L'aide aux grands dépendants de la CNAV**

La CNAV a souhaité en mettant en place ce dispositif, recentrer la prestation aide ménagère sur les personnes dépendantes. Les caisses attributives de cette prestation vont alors utiliser des échelles de mesures de dépendance pour essayer de délimiter les contours de cette population. Cette utilisation répond à leurs préoccupations de maîtriser les dépenses et de préserver leur capacité de prise en charge des plus dépendants.

## **2.4 Le financement des services d'auxiliaires de vie**

Afin de faciliter le maintien à domicile des personnes handicapées adultes, le gouvernement a voté en 1981 l'octroi de subventions destinées à la création d'emplois d'auxiliaires de vie. Cette mesure a permis d'accroître le nombre des services fonctionnant jusqu'alors à titre expérimental et financés sur des crédits de subvention du Ministère de la Solidarité Nationale. Le financement des postes (ETP) est assuré par l'Etat (subvention de 5275 francs mensuelle par ETP), un financement complémentaire peut être attribué par les Conseils généraux, enfin, une participation financière est laissée à la charge des usagers.

Globalement à l'échelle du territoire national, l'offre de services dépasse largement l'aide ménagère traditionnelle par la diversification des tâches effectuées, des prestataires, des aides financières et par l'ouverture à tout public. Les services offerts s'étendent à tout ce qui permet à une personne de rester et vivre à son domicile selon ses besoins. L'aide peut être matérielle, morale ou sociale.

La circulaire interministérielle du 31 décembre 1991 (Délégation à l'emploi et Direction de la sécurité sociale ) précise que sont considérés comme services aux personnes :

- L'assistance aux tâches et activités de la vie quotidienne, telle que l'entretien courant du logement, du linge et des vêtements, la préparation des repas, les achats, etc...
- Les services rendus aux familles tels que la garde des enfants, l'assistance aux personnes âgées, handicapées ou à celle dont l'autonomie est momentanément réduite

L'aide peut être ponctuelle ou régulière, allant de quelques heures à 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. A ces services, s'ajoutent parfois le portage de repas à domicile, des systèmes de télé assistance, des accueils de jours, etc...

Dans le but de développer les emplois familiaux, l'état a mis en place un dispositif d'ensemble visant notamment à créer de nouveaux emplois et à éviter le travail «au noir».

Entrées en vigueur dès janvier 1992, les mesures figurant dans la loi du 31 décembre 1991, mettent en place un statut juridique spécifique en faveur des associations de services aux personnes.

Les associations dont les activités concernent exclusivement les services rendus aux personnes physiques à leur domicile doivent être agréées par l'état et bénéficient de certains avantages fiscaux. Dans les textes, les emplois préconisés sont : à temps partiels, de vrais emplois durables nécessitant une réelle qualification et excluant des services aux personnes les salariés des associations intermédiaires.

Après les travailleuses familiales, les aides ménagères et les auxiliaires de vie, le secteur de l'aide à domicile intègre les gardes à domicile et les emplois familiaux notamment les assistantes de vie. L'évolution de l'aide à domicile continuera d'aller dans ce sens : petits boulots, emplois de proximité, évolution des modes de financement, ouverture de l'offre au secteur marchand...

On peut s'interroger sur la capacité de tous ces dispositifs à remplir leur mission première à savoir développer des emplois de proximité pour des besoins non satisfaits, dès lors que la solvabilité des employeurs/bénéficiaires ne s'améliore pas. De plus, qu'en est-il de la prise en

compte des niveaux de compétences, de l'ancienneté, de la formation initiale et continue, des salaires, en un mot de la professionnalisation des intervenantes à domicile ?

### **3. Les intervenantes à domicile**

L'utilisation du féminin pour parler des professionnels de ce secteur se justifie par le fait que 95 % des salariés de ce secteur sont des femmes.<sup>9</sup> Ces intervenantes relèvent de deux branches :

- la branche des employés de maison représentée par la Fédération des Employeurs Particuliers d'Employés de Maison (FEPEM),
- la branche de l'Aide à Domicile est, elle, composée d'un très grand nombre de petites structures et de 7 fédérations. ( annexe 4 ).

En 1997, les responsables de ces deux branches et l'Etat ont souhaité mettre en œuvre un Contrat d'Etude Prospective<sup>10</sup> : « ce long travail a permis de mettre en lumière une nouvelle lecture du secteur des interventions à domicile. Il a aussi permis de rapprocher les points de vue des deux branches qui, au départ, n'ont accepté que timidement de travailler dans un cadre commun. Pourtant, les travaux d'analyse du travail réel réalisé par les employés de maison comme par les salariés de l'Aide à Domicile ont montré que ces professionnelles ont nettement plus de points communs que de points de différenciation (excepté en ce qui concerne les travailleuses familiales, seule catégorie professionnelle des deux branches à détenir le statut de travailleur social). De fait, les principales différences entre les salariés des deux branches tiennent d'abord et avant tout aux conditions d'emploi et aux réglementations appliquées ».

La situation stratégique dans laquelle se trouve le secteur de l'Aide à Domicile aujourd'hui est complexe. D'un côté, on a une activité dont la logique est essentiellement non marchande, constituée de ses valeurs, de la richesse de ses pratiques...De l'autre, le même secteur a été conduit à entrer dans la sphère économique de par les règles que l'Etat lui imposait.

---

<sup>9</sup> Enquête Emploi 1995, INSEE

<sup>10</sup> Prospective formation emploi, L'aide à domicile et les employés de maison, 1999



L'enjeu de la qualité s'impose donc aux associations, dans la mesure où elle leur permet de tenir leur place dans le nouvel espace qui leur est ouvert, le marché.

Mais si la qualité, dans le domaine économique, se définit par le croisement entre la satisfaction du client et la capacité de l'entreprise à conserver ce client, voire à le rendre «dépendant», dans l'Aide à Domicile, on ne cherche pas à «satisfaire» le client mais à se comporter à son égard de manière qu'il progresse. L'enjeu de la relation d'aide, n'est certainement pas la dépendance, mais tout le contraire.

Quand la question de la qualité du service rendu s'impose au secteur de l'aide à domicile, c'est logiquement la question de la professionnalisation qui se pose ensuite.

### **3.1 Les profils**

Une des difficultés aujourd'hui est de désigner les différents services et de nommer les différents types de professionnels dans leur fonction respective. Nous l'avons dit, en fonction des publics visés et des financements, l'intervenant a été nommé différemment :

- ✓ Aide ménagère, salariée des associations, intervenant auprès de personnes âgées
- ✓ Auxiliaire de vie pour les personnes handicapées
- ✓ Aide à domicile, assistante de vie, employés de maison, garde à domicile....salariés des particuliers et intervenant auprès de tout public.

Au bout du compte, cette mosaïque de dénominations et de statuts contribue à la non reconnaissance d'une unique et véritable profession alors que concrètement il s'agit bien du même métier.

A partir de l'enquête Emploi 1995 de l'INSEE, les auteurs du Contrat d'Etude Prospective ont pu dégager les principales caractéristiques des salariés des branches Aide à domicile et employé de maison :

- « ...les salariés de ces deux branches constituent une population très majoritairement féminine où l'on compte moins de 5 % d'hommes.
- la population des employés de maison apparaît légèrement plus âgée que celle des aides à domicile, les moyennes d'âge s'établissant dans les 2 branches à respectivement 44,2 et 40,7 ans.

- La proportion de salariés étrangers atteint 22 % dans la branche employés de maison
- La répartition régionale des activités souligne l'importance de la branche employés de maison en zone urbaine
- Les activités des deux branches sont majoritairement exercées à temps partiel. Seul un tiers des salariés de la branche aide à domicile (dont la quasi-totalité des travailleuses familiales) et moins d'un quart des employés de maison occupent un emploi à temps plein.
- La durée de travail est plus importante dans la branche Aide à domicile. Ce constat est encore renforcé si l'on tient compte des informations sur les employés de maison, qui précisent l'importance du nombre de salariés exerçant sur la base de volumes horaires extrêmement modestes. Sur une même année, les 430.000 employés de maison recensés par l'organisme collecteur, 130.000 n'ont travaillé en moyenne que 2 heures par semaine et les 144.000 rémunérés en chèque emploi service en 1995 ont travaillé en moyenne 4 heures par semaine.
- Les rémunérations des salariés demeurent modestes. Elles avoisinent généralement le SMIC... »<sup>11</sup>.

### **3.2 Le recrutement**

Les associations d'aide à domicile ont des modalités de recrutement très variées et tout à fait hétérogènes compte tenu du fait qu'aucune formation, aucun diplôme n'est obligatoire pour exercer ce métier.

Au moment du recrutement, les responsables des structures mettent donc l'accent sur d'autres critères que la qualification, qui sont notamment liés aux qualités personnelles des candidats qui doivent faire preuve de capacités d'écoute, de patience, de bon sens ; ou encore, liés au sens des responsabilités comme la ponctualité, la capacité à prendre des initiatives, l'honnêteté, le respect de soi et d'autrui, le dynamisme...

Les employeurs essaient de détecter ces capacités à l'aide d'outils de recrutement plus ou moins formalisés. D'autres critères objectifs sont pris en compte : savoir lire, écrire, compter

---

<sup>11</sup> L'aide à domicile et les employés de maison, page 129

constitue le minimum indispensable. Autre critère souvent utilisé, celui de l'expérience professionnelle.

### **3.3 La qualification**

Que l'on considère les études, que l'on consulte les milieux professionnels de l'intervention à domicile, les préambules des projets pédagogiques des centres de formation, chaque acteur, chaque institution propose son programme propre de formation. Chacun explique que ce qui existe ne correspond pas à ses attentes, ou est trop contraignant, ou encore inadapté à la situation locale.

Il existe dans le secteur de l'Aide à Domicile, trois diplômes professionnels reconnus dans les conventions collectives et ayant fait l'objet de consultations entre les partenaires sociaux et l'état. Il s'agit du certificat d'état de travailleuse familiale, 1974 (branche aide à domicile) modifié par l'instauration en 1999 du diplôme de Travailleurs en Interventions Sociales et Familiales. Il existe également le Brevet d'Etude Professionnel sanitaire et social, option complémentaire Aide à Domicile, reconnu dans les conventions collectives de l'aide à domicile. Et enfin le CAFAD (Certificat d'Aptitudes à la Fonction d'Aide à Domicile) pour lequel il me paraît intéressant de rappeler l'historique et les difficultés de son instauration et de sa mise en oeuvre.

#### **Le Certificat d'Aptitudes à la Fonction d'Aide à Domicile**

Face à la nécessité de former les intervenantes du secteur de l'Aide à Domicile, L'Etat, par un arrêté du 30 novembre 1988 instituait le CAFAD, dont l'article 1 stipule : « ...Les personnes qui exercent ces fonctions interviennent auprès de familles, de personnes âgées ou de personnes handicapées, leur apportant une aide dans l'accomplissement des tâches et activités de la vie quotidienne. Ils leurs permettent ainsi de se maintenir dans leur milieu de vie habituel, de préserver leur autonomie et d'éviter la rupture des liens familiaux. ». Le ministre d'Etat montrait sa volonté d'aboutir à une réelle qualification commune aux trois professions (travailleuse familiale, aide ménagère et auxiliaire de vie). Le diplôme est promulgué mais sa mise en oeuvre s'avère difficile. Tout d'abord parce qu'il faut être en «situation de travail» pour accéder à la formation, ensuite, une formation diplômante ne peut

intéresser les salariées en poste, que si cela débouche sur une promotion sociale, un salaire plus élevé et une possibilité de circuler vers différents publics.

Quand, à partir de 1991, l'Etat instaure le dispositif «emplois familiaux», la FEPEM a inséré un avenant à sa convention collective pour créer la catégorie assistante de vie. En tant que Fédération d'employeurs particuliers, « il s'agissait... de répondre aux besoins de leurs adhérents vieillissants et de leur donner satisfaction dans la qualification d'un personnel adapté.... Le CAFAD allait pouvoir servir aux employés de maison, catégorie assistante de vie... »<sup>12</sup>.

Le diplôme a été modifié par un arrêté du 15 décembre 1993, cependant les objectifs que son instauration visaient n'ont pu être atteints pour les raisons suivantes : « ...ce certificat n'est pas obligatoire pour exercer les fonctions d'aide à domicile, et il faut être en situation de travail pour accéder à la formation. On se trouve devant l'incohérence du fait que ce diplôme n'est accessible qu'aux personnes en exercice, les particuliers en sont réduits à n'embaucher que des personnes non formées. Ensuite, si les employés souhaitent se former, il faut que ce soit sur leur temps libre et sans rémunération, ce qui les oblige à travailler pendant leur formation pour garder leur salaire....Il s'agit en réalité d'une formation fictive tant que les fonds nécessaires à sa réalisation, à la rémunération des stagiaires pendant la formation ne sont pas trouvés. »<sup>13</sup>.

Au-delà de ces trois diplômes, les autres formations peuvent déboucher sur une appellation non diplômante, mais reconnue par une convention collective. Par ailleurs, une formation d'employés familiale polyvalente est mise en place par la branche professionnelle et homologuée par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité dans le cadre des titres homologués au niveau V en janvier 1998, sous le titre «certificat d'employé familial polyvalent».

Ces qualifications ne renvoient qu'à une faible partie de l'offre de formation, avec une multiplicité sinon de titres, du moins d'appellations « non contrôlées » allant de la simple attestation de présence à la validation (non homologuée) et présentant des contenus, des financements et des modes de légitimation très différents.

---

<sup>12</sup> CROFF B. Op. Cit. page 78 et 79

<sup>13</sup> CROFF B. Op. Cit. page 80

Cette confusion relève de plusieurs causes :

- la très grande diversité des employeurs entraînant une diversité des statuts des salariés
- la variation extrême des temps de travail et ses conséquences sur l'entrée en formation
- l'irruption du chômage et des dispositifs qui lui sont liés dans ce champ n'a fait que renforcer l'impression d'empilement historique des dispositifs,

mais aussi, des causes plus idéologiques comme l'idée largement répandue qu'il n'est pas nécessaire de former des personnels à ce métier qui recouvre essentiellement des tâches ménagères pour lesquelles aucune formation n'est nécessaire dans la mesure où ces apprentissages sont acquis, principalement par les femmes, pendant leur éducation.

L'appareil de formation de ce secteur est donc extrêmement composite, cependant quelques éléments de structuration peuvent être repérés.

Les instances qui impulsent la formation sont :

- L'état à travers ses administrations déconcentrées
- Les collectivités territoriales
- Les branches professionnelles
- La fédération patronale des particuliers employeurs
- Les fédérations d'aides à domicile
- Les associations, services publics, entreprises du secteur, à titre individuel ou au titre d'un réseau
- Les organismes paritaires collecteurs agréés
- Les organismes et les dispositifs de formation

Toutes ces instances diffèrent de par leurs statuts, leurs organisations, leurs territorialisations, leurs tutelles ou contrôles ministériels et leurs dispositifs.

Quel que soit celui qui impulse la formation, il peut être classé dans une des trois logiques suivantes :

- **Une logique professionnelle** : la formation s’adresse à un public exerçant dans le secteur. Celle-ci peut être initiale ou continue, qualifiante ou non.
- **Une logique « scolaire »** : il s’agit de formation initiale s’adressant à des jeunes lors du cursus scolaire ordinaire. Les formations proposées peuvent être spécifiques ou non de l’intervention à domicile.
- **Une logique d’insertion sociale et/ou professionnelle** : la formation s’adresse à des publics en difficultés, au chômage, présents dans les différents dispositifs de lutte contre les exclusions. Cette logique repose sur deux hypothèses : d’une part on suppose que le secteur des services à la personne est en pleine expansion et ne cessera pas de l’être ; d’autre part, qu’il peut et pourra employer des personnes d’une faible qualification scolaire.

Ces logiques ne s’opposent pas obligatoirement, mais peuvent générer des obstacles « paralysants ».

Il existe tout d’abord des freins liés à l’intérêt de l’employeur particulier ou à la situation de « multi » employeur, particulièrement dans la branche employés de maison. La Commission paritaire nationale emploi formation de cette branche, s’appuyant sur les fonds formation (0,15 %), a prévu un dispositif de formation en cours d’emploi. Concrètement, il s’agit pour les salariés d’obtenir l’autorisation de leur(s) employeur(s) de partir en formation, pour les employeurs de procéder au remplacement des salariés, de rémunérer les titulaires des postes et les remplaçants, pour ensuite demander le remboursement des salaires versés aux titulaires à l’organisme collecteur agréé. Ce dispositif a de quoi décourager les meilleures volontés.

Par ailleurs, il existe des obstacles du côté des intervenants de ce secteur. Par exemple, des difficultés de lecture, d’écriture, de conceptualisation jouent un rôle butoir par le biais des sélections. Des trajectoires personnelles marquées par l’échec scolaire, l’auto dévalorisation créent des refus ou des réticences très fortes à la formation. Si ne pas en savoir assez (ou le croire) freine la demande de formation et incite à réfléchir aux formes pédagogiques, en savoir trop (ou le croire) peut jouer le même rôle : c’est le cas des femmes qui ont derrière elles une longue expérience pratique, qui comprennent mal qu’on veuille leur apprendre des savoirs domestiques dont elles pensent qu’ils s’acquièrent dans la vie familiale et non à l’école.

Le développement de la logique d'insertion amène actuellement sur le marché de la formation des femmes sous qualifiées, ou en reconversion, pour lesquelles il faut savoir clairement distinguer le référentiel formation (ce dont on doit être capable pour suivre telle formation) et le référentiel métier (ce dont on doit être capable pour exercer tel métier). En conséquence, les organismes de formation proposent des formations centrées sur les besoins de la personne à soutenir et à former dans sa réinsertion. L'analyse des besoins générés par les situations de travail intervient au mieux en second lieu.

### **III - CONCLUSIONS**

La Politique de la vieillesse en général et la prise en charge de la dépendance en particulier, renvoient à un système très hétérogène d'intervenants, d'offre de service, de financements. Ainsi, les dispositifs d'aide sont complexes et peu compréhensibles pour les personnes âgées et leur famille. Pourtant, l'organisation du soutien à domicile d'un parent âgé implique pour l'entourage de disposer des informations et des possibilités offertes quant aux modalités de prise en charge afin qu'ils puissent opérer des choix adaptés à leurs situations particulières.

Depuis 1987, les politiques publiques se sont caractérisées par des mesures visant à favoriser la création d'emplois. Cette approche a perturbé le secteur du maintien à domicile en favorisant, en son sein, la coexistence du statut mandataire et prestataire, renforcée par la mise en place de la PSD. La complexité du système mis en place se traduit pour les structures par de réelles difficultés d'organisation des interventions et de professionnalisation des intervenants.

Les intervenants à domicile ont de multiples appellations et exercent dans des cadres et des conditions d'emplois très variables. Cette disparité des modes d'intervention tient essentiellement aux différents systèmes de financement. Tout en exerçant le même travail, la configuration actuelle des métiers et des conditions d'emploi des aides à domicile, présente à la fois différents statuts et qualifications. Les mesures pour l'emploi ont développé l'embauche par les personnes âgées de femmes sans qualification.

Il convient de rappeler que le secteur emplois de proximité en général, continue d'être marqué par le travail « au noir ».

La formation dans ce secteur est difficile à mettre en œuvre du fait des conditions d'emploi, d'accès aux formations, de financements des formations, de l'organisation des services.

Enfin, la professionnalisation n'est en général considérée comme assurée que lorsqu'un titre renvoie à des positions statutaires et réglementaires, mais il faut aussi que le titre, le métier permettent une identification suffisamment partagée par l'ensemble d'une société, c'est à dire au-delà du cercle de spécialistes.



## **Troisième partie : PROJET DE PROFESSIONNALISATION**

## **I - CONTEXTE DE L'EMERGENCE DE CE PROJET**

Le secteur de l'aide à domicile est en plein bouleversement sous l'effet conjugué de l'explosion des besoins, avec notamment le vieillissement de la population, et de la crise économique. Toutes les mesures prises depuis le début des années 80 sont venues heurter de front la logique d'action sociale, qui présidait jusqu'alors dans ce champ d'activité. Il est bien évident que si l'aide à domicile est un secteur potentiellement créateur d'activité, il ne saurait être le « remède miracle » pour intégrer les personnes exclues, ces emplois exigeant au contraire de vraies qualifications.

Toutes les études menées ces dernières années sur ce secteur, du rapport SCHOPFLIN (1991), à l'étude commandée par le Premier Ministre Monsieur JOSPIN à Madame GUINCHARD-KUNSTLER (1999), en passant par celle menée par V. HESPEL et M. THIERRY (1998) aboutissent aux préconisations suivantes, à savoir :

- Structurer l'offre de service
- Offrir une plus grande lisibilité de cette offre
- Harmoniser les financements
- Former les intervenants

Si ces conclusions font l'objet d'un consensus et qu'à l'évidence de telles mesures permettraient d'augmenter la qualité de service, il n'est cependant pas de ma compétence, ni en mon pouvoir de modifier et de rendre cohérents les dispositifs qui régissent notre secteur d'activité.

Par contre, un directeur peut agir, à l'échelle locale, aux niveaux sur lesquels il a prise :

- en préparant l'avenir que les réformes et le consensus général ne manqueront pas de susciter (réforme de la Loi de 75<sup>14</sup> et accréditation des services ),
- en travaillant sur le présent notamment au plan de la formation des personnels.

---

<sup>14</sup> Elle prévoit l'intégration des services à domicile

Le diagnostic du service a mis en évidence que la problématique principale est liée à l'absence de formation professionnelle et en conséquence à la nécessité de s'engager dans un processus de professionnalisation des aides à domicile.

Quels éléments de compréhension justifient cette nécessité de professionnaliser les aides à domicile ?

Notre société évolue, notamment au plan des familles où quatre à cinq générations sont le plus souvent dispersées, chacune vivant dans un logement autonome.

Nous serons de plus en plus nombreux à devenir vieux. Avec le grand âge les déficits augmentent et parallèlement l'environnement urbain est bousculé. Les rues des villes sont plus faites pour l'automobile que pour le piéton, l'accès aux immeubles est filtré par des digicodes, ou interphones, les petits commerces de proximité disparaissent.

Comment dans ces conditions envisager de continuer à vieillir chez soi et répondre à ce désir largement partagé ?

Le recours à l'aide professionnelle est souvent la clé du maintien à domicile, mais contrairement à ce que pensent beaucoup de gens, la bonne volonté ne suffit pas à réaliser cette aide. Toute assistance maladroite risque d'augmenter la dépendance. Aider à domicile cela s'apprend !

Il faut aussi apprendre l'évolution de l'individu avec l'âge, ne pas confondre, vieillesse et maladie. Si on a tous en mémoire la façon de vieillir de nos grands-parents, cette expérience individuelle ne suffit pas, elle est autant porteuse de vérité que de mensonge. Certains ne vont voir dans le grand âge, que le déclin, d'autres la grande sagesse.

Il faut apprendre à différencier un déficit, une incapacité, un handicap. Il faut savoir que l'autonomie est toujours à rechercher même dans les grandes situations de dépendance.

Pour aider à domicile, il faut enfin et surtout savoir cibler le champ d'actions dans lequel la relation d'aide va s'inscrire de manière efficace : selon les cas, savoir mobiliser davantage telle ou telle compétence.

Il est évident que le travail de l'aide à domicile va bien au-delà des activités domestiques. En outre, il s'inscrit dans un projet de prévention, de lutte contre l'isolement, et de restauration de l'autonomie, et participe de ce fait, au rétablissement du lien social.

Enfin, ce métier s'appuie sur une éthique, les professionnelles devant parfois trancher, sur-le-champ, certaines situations délicates (faire face à une demande d'alcool, à une agression sexuelle, à une personne qui refuse de se laver...). On comprend alors la nécessité d'une bonne connaissance des publics et des situations spécifiques.

C'est de la complexité de ce métier que découlent principalement les difficultés du service que je dirige. Je rappelle en effet que les aides à domicile sont majoritairement peu ou pas qualifiées, quelles que soient leurs conditions d'emploi (prestataires ou mandataires). En outre, les possibilités de qualification ne sont que partiellement adaptées à nos besoins et les conditions d'accès à ces formations sont un frein à leur généralisation.

Mettre en avant le personnel d'intervention, c'est donner toute l'importance nécessaire à la démarche qui prendra en compte le personnel. Ou encore, le processus de professionnalisation est au cœur de la démarche de du projet de service.

Alain Touraine<sup>15</sup> définit le projet comme la « volonté collective de créer et de contrôler les créations communes ». Cela veut dire que la mise en place d'un projet de service est tout le contraire de la stratégie de justification. « En effet, au lieu de se justifier sur « ce que l'on fait » ou que « l'on ne fait pas », une structure vivante, créative, attentive aux mouvements de la société se pose la question : « que sommes-nous capables de faire aujourd'hui ? » »<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> in RAGUENES, Le projet de service, 1998

<sup>16</sup> RAGUENES René, Le projet de service, 1998

Pour notre structure, travailler sur le projet de service impliquera une triple démarche en direction :

- **Des personnels** : aides à domicile, salariés administratifs et encadrement. Tous sont nécessairement au cœur du projet de service. Chacun d'eux porte son propre projet personnel professionnel. Comment s'est-il mis en place ? Quel est-il ? Comment ce projet est-il soutenu, encouragé ? Comment peut-il s'articuler avec ceux du service ?

- **Des personnes aidées** : qui sont-elles ? Quelles sont leurs demandes ? Leurs besoins ? Leurs désirs ? Comment concilier les diversités des demandes ? Comment écouter la demande ? Comment faire émerger les besoins non exprimés ?

- **De l'organisation du service** : la démarche de projet de service part de l'existant «où en sommes-nous ? » et aide à préciser des objectifs « où voulons-nous aller ? » et « où pouvons-nous aller ? ». Il ne s'agit pas de regarder les carences, mais de définir les possibles. Il s'agit de donner sa place, à chaque acteur et/ou partenaire du service : personnes aidées, familles, salariés, administrateurs de l'association. Il ne s'agit pas non plus de chercher chez le législateur les causes des difficultés ; il s'agit de regarder ce qu'il nous est possible de faire.

Pour les auteurs de « Conduire un projet dans les services »<sup>17</sup>, il appartient aux acteurs et aux auteurs d'un projet d'«accepter la rupture avec les modes de fonctionnement traditionnels . La conduite d'un projet représente en fait un formidable outil d'évolution des organisations. Elle va libérer les potentiels, bousculer les structures sclérosées, entrouvrir de nouveaux espaces et inciter les organisations à se recentrer sur le cœur de leurs missions ».

Tout en travaillant sur les outils qui encadreront notre action dans les domaines du recrutement, du suivi du travail, de la formation, nous devons les intégrer dans une démarche plus globale autour du projet de service.

---

<sup>17</sup> CHAMBON M. et PEROUZE H., Edition Chronique Sociale, 1996, page 21

## II - LES AXES DU PROJET

Ce projet se décline en trois actions distinctes mais complémentaires dans la mesure où elles visent les mêmes finalités que sont l'amélioration de la qualité du service rendu aux personnes et la structuration du service :

- ✓ Elaboration et construction d'un référentiel métier
- ✓ Elaboration d'outils de suivi des personnels
- ✓ Mise en œuvre d'ateliers de formation

### 1 – Elaboration et construction d'un référentiel métier

Nous avons vu que les appellations pour qualifier les professions de l'aide à domicile sont nombreuses (aide ménagère, travailleuse familiale, auxiliaire de vie, aide à domicile...) et que les aides à domicile interviennent auprès de publics très différents (familles avec jeunes enfants personnes handicapées, âgées...). Nous nous doutons que, lorsqu'un mot ayant plusieurs significations n'est pas bien défini, toutes les interprétations sont possibles. C'est ainsi que les aides ménagères ont souvent été définies par la négative : « vous n'êtes pas des femmes de ménage... », « vous n'êtes pas des aides soignantes... ». Définir une profession par la négative n'est pas satisfaisant. A l'inverse, ne pas définir une profession peut laisser s'instaurer de nombreux dysfonctionnements. Ou, comment envisager un processus de professionnalisation sans avoir, au préalable, défini très précisément le métier concerné ?

La construction d'un référentiel métier vise à formaliser l'ensemble des contenus de ce métier et au-delà toutes les caractéristiques de cette profession.

#### 1.1 Objectifs

- **Identifier et lister les compétences professionnelles** nécessaires dans ce type d'emploi ; les savoirs, savoir-être et savoir-faire pourront être hiérarchisés en :

- compétences indispensables comme l'autonomie par exemple
- compétences souhaitées comme la rigueur
- compétences utiles comme savoir coudre

- **Améliorer l'information des candidats à l'emploi** et corriger les fausses représentations du métier : de très nombreux candidats postulent sur ces emplois, sans réellement connaître la diversité des activités susceptibles de leur être proposées. D'autre part, j'ai déjà évoqué le poids des représentations mentales : depuis « la dame de compagnie » à la « domestique », en passant par la « femme de ménage », ce métier reste l'objet de confusions nombreuses qui peuvent s'avérer compromettre tant la qualité du service rendu, que l'insertion professionnelle du candidat. Le référentiel métier devrait aussi permettre d'attirer vers ce métier de nombreux candidats à l'emploi qui écartent d'emblée l'hypothèse d'une possible insertion professionnelle dans ce secteur, par manque de lisibilité de l'activité ; le référentiel métier peut jouer ici un rôle de levier par la valorisation d'un métier mal connu et à priori peu attractif.

- **Sensibiliser les partenaires sociaux**, chargés d'orienter et d'accompagner le public vers cet emploi : le référentiel métier pourra ici jouer un rôle de communication et pallier à de nombreuses orientations professionnelles non adaptées.

- **Ouvrir la voie de la reconnaissance sociale** de cette activité, et permettre, de poser les premiers jalons pour la construction d'un véritable statut professionnel.

## 1.2 Contenus

### 1.2.1 L'activité professionnelle

A -La technicité contenue dans l'emploi : liste et définitions précises des types d'activité :

- entretien du logement
- amélioration du cadre de vie
- élaboration de menus adaptés....

B – les niveaux de connaissances théoriques :

- savoir lire, écrire, calculer
- maîtriser les règles d'hygiène élémentaires....

C – les niveaux de compétences relationnelles requises :

- savoir créer un climat de confiance
- être à l'écoute...

D – les niveaux de capacités fonctionnelles attendues :

- capacité d'adaptation à des situations variées
- réactivité, sens de l'initiative....

### ***1.2.2 L'accès à l'emploi***

- conditions administratives
- niveau scolaire ( *a minima* )
- les expériences professionnelles souhaitées
- les qualifications/diplômes du secteur : CAFAD, BEP mention aide à domicile...

### ***1.2.3 L'environnement professionnel***

- les différents employeurs
- les différents statuts
- les grilles de rémunération
- les types de contrats proposés
- les conventions collectives

### ***1.2.4 Les types de publics à aider***

- familles
- enfants
- personnes âgées/handicapées } ...plus les attentes des familles

### ***1.2.5 Les exigences liées à la nature de l'activité***

- horaires décalés
- travail de jour, de nuit, les week-end...
- déplacements...

On peut envisager que la mise en place de ce référent théorique peut produire des effets en « cascade ».



### **1.3 Effets attendus**

- **L'orientation professionnelle des demandeurs d'emploi** : fiabiliser les orientations professionnelles. Le référentiel métier, outil de communication et de diffusion, devrait permettre d'opérer un « filtre » sur le volume important et croissant du nombre de candidatures, conduisant les opérateurs de l'insertion professionnelle à mieux canaliser l'orientation vers cette activité. La réduction d'orientations non adaptées conduira du même coup à une baisse des échecs professionnels à court terme : j'ai déjà évoqué le taux important d'échec professionnel dans les mois qui suivent l'embauche ; les issues négatives sont dommageables, tant pour la personne aidée à domicile que pour l'employée, fragilisée dans un itinéraire professionnel, souvent chaotique, par un nouvel échec.

- **Le recrutement et la sélection des candidatures** : réduire le turn over et fiabiliser le recrutement. Pour notre service, la mise en place de l'outil « référentiel métier » conduira par l'effet « canalisation » à réduire le turn over enregistré dans notre service du même coup, à limiter le nombre de recrutements à effectuer ; outre le gain de temps et d'énergie considérables, la réduction des intervenants à recruter induira également une diminution de la charge de travail liée à la gestion administrative (contrats de travail, déclarations URSSAF...), et enfin le recrutement de personnels adaptés nous permettra de garantir une insertion durable et de qualité, ce qui pourrait également contribuer à valoriser considérablement ce métier, trop souvent relégué au rang de « petit boulot ».

#### **- Améliorer la qualité de nos prestations**

Si le nombre de recrutement diminue, on peut supposer que le nombre de remplacement des salariés régressera aussi. Pour les usagers du service, pour qui tout changement génère des inquiétudes légitimes et nécessite des périodes d'adaptation, la diminution de ce turn over contribuera indéniablement à l'amélioration de la qualité de nos prestations.

#### **- La reconnaissance et la valorisation de l'activité**

Le référentiel métier, validé par des partenaires professionnels et des partenaires institutionnels devrait également contribuer à élever l'image de marque de ce métier, qui souffre encore trop, nous l'avons dit, de connotations négatives et de clichés qu'il nous faut combattre.

## **1.4 Partenaires à mobiliser**

- Représentant de l'Etat : ANPE, DRTEFP, DDTEFP
- Représentants du Département, de la Région : responsables Cellule Locale pour l'Insertion, travailleurs sociaux...
- Représentants du secteur associatif : ceux en charge d'accompagner les publics vers l'emploi (Pôle 13, PLIE Marseille...), et ceux en charge du développement de projets locaux en faveur de l'emploi (Marseille Service Développement)
- la DRASS, l'Observatoire Régional des Métiers, le Collège Coopératif... pourront être également associés à cette démarche.

## **1.5 Mise en œuvre et calendrier**

✍ Rencontre des différents partenaires et mobilisation

✳ Mise en place d'un comité de pilotage avec les représentants des différentes structures

✦ Déroulement :

- Séances de réflexions, d'échanges et d'analyse de la problématique
- Elaboration du référentiel métier après mise en commun
- Rédaction de l'outil référentiel métier
- Validation par l'ensemble des partenaires

‡ Publication d'un document de synthèse, assorti des modalités de son utilisation

● Diffusion de l'outil construit et validé à l'ensemble des acteurs impliqués dans le développement des métiers de services aux personnes.

## **2 - Elaboration en interne d'outils de suivi des aides à domicile**

Le référentiel métier devra permettre donc permettre de faciliter notre mission sur le plan du recrutement. Dès lors, notre service pourra être en mesure de garantir une articulation cohérente entre les besoins des personnes et les profils des candidats en offrant un cadre de travail mieux structuré, davantage « contenant ». pour répondre à ces exigences, il nous faut créer et mettre en place un ensemble d'outils.

## **2.1 Réalisation d'un guide de bonnes pratiques**

### ***2.1.1 Objectifs***

- Favoriser l'investissement professionnel de l'aide à domicile
- Créer un cadre de références permettant de valoriser des pratiques et des attitudes professionnelles de qualité
- Garantir un accompagnement de qualité à la personne aidée, par un positionnement professionnel ajusté, (notamment lors de situations complexes où il s'agit de réagir « en temps réel »).

### ***2.1.2 Contenus***

J'ai déjà évoqué dans le diagnostic du service la difficulté des aides à domicile à adopter une attitude professionnelle tant sur le registre technique que relationnel : par exemple, être à l'heure à son travail, ne pas tutoyer les personnes aidées, être discret... Le comportement professionnel s'oppose à l'attitude personnelle, intuitive. Nous sommes sur le registre du « bon sens » que l'on retrouve parfois transcrit dans un règlement intérieur unilatéralement élaboré par l'employeur. Cette voie ne me paraît pas satisfaisante dans la mesure où le contrôle du respect de ces règles est impossible à réaliser puisque ce travail s'exerce au domicile de particuliers. Par contre, associer des aides à domicile volontaires autour de ce projet afin qu'elles participent activement à sa réalisation et qu'elles en intègrent les contenus me semble une modalité plus appropriée, car elle favorise une forme d' « auto-contrôle » par l'appropriation de règles de conduite consensuelles.

### ***2.1.3 Mise en œuvre et calendrier***

- ✎ Action de communication :
  - partenaires associatifs
  - partenaires sociaux
  - partenaires universitaires
  - intervenants

- ✳ Constitution d'un groupe de travail formalisé / Déroulement de l'action ( 6 mois ) :
  - réunions de travail
  - recherches documentaires
  - enquête de terrain...

✦ Traitement des informations recueillies / Elaboration du guide

‡ Validation par les partenaires / Formalisation et publication

## **2.2 Mise en place d'entretiens individuels formalisés**

### ***2.2.1 Objectifs***

- Impulser une dynamique de progrès à partir d'échanges d'informations professionnelles entre le service et l'intervenant
- Créer un espace privilégié d'écoute et d'analyse des difficultés ressenties par les intervenantes pour soutenir et diversifier leur projet professionnel
- Recenser les besoins en formation

### ***2.2.2 Contenus***

Les situations vécues par les aides à domicile sont toujours singulières. D'autre part, le caractère peu narcissique de ce métier, trop souvent dévalorisé, et l'isolement ressenti sont facteur de démobilisation. Ces entretiens seront conduits sur la base du volontariat pour éviter qu'une notion de « contrôle » ou de « sanction » puisse être associée à cette démarche. Ces entretiens se dérouleront annuellement dans les locaux de la CRF et devront être conduit par l'encadrant technique ou moi-même à l'aide d'un guide d'entretien formalisé.

### ***2.2.3 Mise en œuvre et calendrier***

- ✦ Elaboration et construction d'un guide d'entretien avec consultant spécialisé
- ✳ Action de communication en direction des personnels
- ✦ Planification annuelle
- ‡ Déroulement de la démarche
- Analyse et préconisations d'orientation : → plan formation
  - validation des acquis professionnels
  - projet professionnel vers un autre secteur...

## **2.3 Groupes de paroles sur les pratiques professionnelles**

### ***2.3.1 Objectifs***

- Offrir un lieu collectif d'échanges, d'analyse et de régulation autour des pratiques professionnelles.
- Permettre l'apport de solutions concrètes dans des situations complexes par l'analyse collective des difficultés vécues.
- Rompre l'état d'isolement et renforcer ainsi l'engagement professionnel des aides à domicile.

### ***2.3.2 Contenus***

Notre service est confronté à des interrogations des personnels liées à des problèmes rencontrés au cours de leurs interventions à domicile et traduisent la nécessité d'aménager des lieux de guidance. Il est intéressant de souligner que ces questionnements, s'ils sont le témoin d'une volonté d'implication et d'une prise de conscience de leurs responsabilités, peuvent être aussi identifiés comme étant les premiers symptômes d'une démobilitation professionnelle face à l'ampleur des difficultés de terrain qu'elles ne peuvent plus assumer seules.

Nous avons déjà expérimenté cette action qui sur le fond a atteint ses objectifs, mais a montré ses limites sur la forme principalement du fait que les salariées travaillant sous le statut mandataire ne sont pas rémunérées pendant les temps de rencontres.

Pourtant, la mise en place de ces groupes permet d'offrir un espace privilégié de paroles et d'échanges visant à renforcer, d'une part, leur identité professionnelle, et d'autre part, leur sentiment d'appartenance à une équipe de travail réduisant ainsi leur état d'isolement tout en apportant des solutions concrètes aux difficultés rencontrées.

Ces réunions seront idéalement conduites par un professionnel de l'écoute, de l'analyse de situations (psychologue, psychothérapeute...) car la complexité des situations de travail, le

manque de neutralité de l'encadrement, font que les aides à domicile doivent pouvoir être entendues par des personnes neutres et qualifiées.

Les modalités de cette action sont les suivantes :

- Réunions d'une durée de 2 heures par mois ( 9 mois ) = 18 heures/salariée
- 4 ou 5 groupes de 12 à 15 salariées = 60 salariées
- Déroulement dans les locaux de la CRF
- Sur la base du volontariat

### *2.3.3 Mise en œuvre et calendrier*

↖ Repérage des partenaires financiers pour assurer la rémunération des personnels sous statut mandataire.

\* Montage financier

✦ Recrutement de l'encadrant

‡ Repérage des aides à domicile souhaitant être associées à cette démarche

● Planification des réunions / Déroulement des séances

## **3 – Ateliers de formation**

### **3.1 Objectifs**

→ Acquisition de connaissances

→ Acquisition de compétences et de comportement adaptés

→ Valorisation professionnelle

### **3.2 Contenus**

Les cursus scolaires et professionnels des aides à domicile en poste, sont hélas, souvent jalonnés d'échecs à répétition. Nous constatons cependant que ces mêmes personnes présentent un potentiel d'aptitudes techniques et relationnelles demeurant bien souvent

inexploité. En outre, ce métier fait appel à des connaissances nécessaires pour répondre à certaines situations (vieillesse, handicap, deuil...).

Afin que l'échec scolaire ne génère pas un sentiment aggravé d'échec professionnel, je crois utile d'œuvrer à la mise en place d'ateliers de formation adaptés à la complexité de ce métier et en adéquation avec le niveau scolaire des personnels. Il est en effet de notre souci d'élaborer un concept de formation qui puisse articuler savoir, savoir-faire et savoir-être, dans une prise en compte incontournable du niveau scolaire des aides à domicile d'une part, et des compétences qu'elles ont déjà acquises d'autre part.

Pour élaborer le cahier des charges de ces ateliers, je souhaite m'inspirer de la réflexion et de l'expérience mise en œuvre sur la région parisienne par Brigitte CROFF<sup>18</sup>. Dans son livre, elle dit : « les niveaux de connaissance des stagiaires en formation sont souvent très différents et lorsqu'il s'agit de femmes ayant la quarantaine, il est regrettable qu'on ne tienne pas compte de leur trajectoire personnelle, des situations qu'elles ont assumées dans leur vie familiale. Pourtant, on continue à enseigner à ces femmes ce qu'elles savent déjà et à les cantonner dans une sous qualification... ». Il s'agira « d'appréhender les situations autrement que par le découpage des tâches, partir du problème réel, des difficultés rencontrées et, à partir de là, construire une démarche d'intervention en amenant les apports théoriques nécessaires. ».

Je prévois l'organisation d'ateliers de formation de courte durée autour de thèmes repérés lors des réunions de travail collectives et des entretiens individuels et/ou à partir d'une enquête auprès des personnels pour dégager des axes de formation.

Les modalités de cette action sont les suivantes :

- Durée par atelier = 2 jours ( journée de 6 heures ) = 12h /atelier
- 4 ateliers par an = 48h / an
- 4 groupes de 12 à 15 salariées = 60 salariées x 12h = 720 heures de rémunérations
- Déroulement dans un lieu aménagé et adapté

---

<sup>18</sup> CROFF B. Op. Cit. Page 74

### 3.3 Partenaires

- **Partenaires pédagogiques** : Centres de formation souhaitant répondre au cahier des charges

- **Partenaires financiers** : concrètement, pour cette action, il est possible de mobiliser les financements suivants :

*en interne*, sur le budget formation et des budgets complémentaires qu'il est possible de prévoir.

*en externe*, sur le fond formation des employés de maison mutualisé par l'organisme AGEFOS/PME, auprès des collectivités territoriales et de l'Etat.

### 3.4 Mise en œuvre et calendrier

✎ Elaboration du cahier des charges

✎ Mobilisation des partenaires financiers / Montage financier

✎ Diffusion d'un appel à projet

‡ Instruction des dossiers reçus / Sélection et mise en place

● Démarrage et déroulement



### III – BUDGET PREVISIONNEL

<b>CHARGES</b>		<b>PRODUITS</b>	
<b>REFERENTIEL METIER</b>		<b>REFERENTIEL METIER</b>	
Journées d'études / Travaux	45.000	Partenaires	35.000
Formalisation / publication		CRF	10.000
<b>TOTAL</b>	<b>45.000</b>	<b>TOTAL</b>	<b>45.000</b>
<b>OUTILS DE SUIVI</b>		<b>OUTILS DE SUIVI</b>	
<b>Guide de pratiques</b>	10.000	PROMOFAF	15.000
( Journées d'étude / Publication )		AGEFOS/PME	35.000
<b>Entretiens individuels</b>	12.000	PARTENAIRES / ETAT	24.000
( rémunérations salariées + encadrement )		CONSEIL REGIONAL	20.000
<b>Groupes de paroles</b>	82.800	CRF	10.800
Rémunérations = 1080h x 60 francs			
Intervenant = 72 h x 250 francs			
<b>TOTAL</b>	<b>104.800</b>	<b>TOTAL</b>	<b>104.800</b>
<b>ATELIERS DE FORMATION</b>		<b>ATELIERS DE FORMATION</b>	
Coût pédagogique	28.000	PROMOFAF	10.000
8 journées x 3500 francs		AGEFOS/PME	20.000
Rémunérations salariées	43.200	ETAT	11.000
720 heures x 60 francs		CONSEIL REGIONAL	20.000
		CROIX-ROUGE	10.200
<b>TOTAL</b>	<b>71.200</b>	<b>TOTAL</b>	<b>71.200</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>221.000</b>	<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>221.000</b>

## CONCLUSION

Le service d'aide à domicile que je dirige, inscrit son action dans une logique sociale conformément aux finalités de la CRF. Cependant, on a pu voir que cette logique est « tirillée » par la logique emploi à laquelle est soumis notre secteur d'activité. Je n'ai en effet pas d'autres choix que de réfléchir et travailler à une meilleure insertion professionnelle des personnels, à une plus grande valorisation de leur travail....alors qu'initialement notre mission est d'aider les personnes à domicile en leur proposant un personnel compétent. Mais il est clair, que la compétence dans notre secteur, est à définir, à construire, à évaluer et enfin à valider.

Le projet proposé dans ce mémoire n'est bien évidemment qu'une étape d'un processus de professionnalisation. Ce projet s'intègre dans une démarche plus globale de structuration du service et une démarche qualité.

Le développement et la structuration des services de ce secteur constitue un enjeu social majeur. L'affirmation de cet enjeu peut se lire dans le projet de réforme de la Loi de 75 qui prévoit l'intégration des services d'aide à domicile. Cette reconnaissance va nécessairement allier des exigences vis à vis des structures qui souhaiteraient intégrer ce cadre légal.

C'est pourquoi, il me paraît essentiel d'impulser des projets visant à positionner très clairement notre service dans le secteur social. L'élaboration d'un projet de service, la diversification de nos prestations, les projets de professionnalisation pourront être ces outils de reconnaissance.

Autre enjeu, est celui de la qualité des services d'aide à domicile. On voit que l'AFNOR, par exemple, a fait paraître un référentiel qualité pour ce secteur. Et de toute évidence, quelle que soit la norme adoptée, il me paraît clair qu'un processus allant vers l'accréditation des services sera enclenché et qu'en conséquence nous devons nous y préparer.

De nombreux métiers se sont professionnalisés par étape (infirmier, assistant social...). Si l'on se penche sur l'histoire de la construction de ces métiers, on retrouve des parallèles assez troublants avec la problématique traitée dans ce mémoire.

Cela donne l'espoir de voir un jour les freins économiques, sociaux et culturels être levés pour permettre une légitime reconnaissance professionnelle et sociale du métier d'aide à domicile.

## BIBLIOGRAPHIE

- AMYOT Jean-Jacques, Travailler auprès des personnes âgées, Dunod, 1998
- ARGOUD Dominique et PUIJALON Bernadette, La parole des vieux, Dunod, 1999
- CAUSSE Lise, FOURNIER Christine, LABRUYERE Chantal, Les aides à domicile. Des emplois en plein remue-ménage, La découverte et Syros, 1998
- CROFF Brigitte, Seules – Genèse des emplois familiaux, Métailié, Collection Sciences humaines, 1994
- JOIN-LAMBERT Marie-Thérèse, Politiques sociales, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques et Dalloz, 1997
- JUHEL Brigitte, L'aide ménagère et la personne âgée, L'Harmattan, Collection Le Travail Social, 1998
- KAUFMANN Jean-Claude (sous sa direction), Faire ou faire faire ? Familles et services, Presses Universitaires Rennes
- LAVILLE Jean-Louis (en collaboration), Les services de proximité en Europe, Syros, 1993
- PITAUD Philippe (sous sa direction), Gérontologie sociale : pour une éthique de la formation, Erès, 1998
- PUIJALON Bernadette, Le droit de vieillir, Fayard, 2000
- Etre vieux – de la négation à l'échange, Autrement, Série Mutations, n° 124
- RAGUENES René, Aide à domicile – Rôle et méthodes de travail, Frison-Roche, 1998

- RAGUENES René, Le projet de service en Aide à domicile, Frison-Roche, 1998

### **RAPPORTS, PUBLICATIONS ( par ordre chronologique de parution )**

- LAROQUE Pierre (sous sa présidence), Politique de la vieillesse, Haut comité consultatif de la population et de la famille, 1963
- SCHOPFLIN Pierre (sous sa direction), Dépendance et solidarités. Mieux aider les personnes âgées, La Documentation Française, 1991
- Conseil d'Analyse Economique, Emplois de proximité, La Documentation française, 1998
- Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, Rapport sur le vieillissement, n° 59, 1998
- HESPEL V. et THIERRY M., Synthèse des constats et propositions de la mission sur les services d'aide aux personnes, 1998
- Contrat d'Etude Prospective, L'aide à domicile et les employés de maison, La Documentation française, 1999
- Dossiers thématiques, les services émergents et l'emploi, INSEE/DARES, Liaisons sociales, 1999
- GUINCHARD-KUNSTLER Paulette, Rapport au Premier Ministre, Vieillir en France, 1999

# ANNEXES

## 1 - PRINCIPES FONDAMENTAUX DE LA CROIX-ROUGE

- **HUMANITE** : tend à protéger la vie et la santé ainsi qu'à faire respecter la personne humaine. Favorise la compréhension mutuelle, l'amitié, la coopération et une paix durable entre les peuples.
- **IMPARTIALITE** : ne fait aucune distinction de nationalité, de race, de religion de condition sociale et d'appartenance politique.
- **NEUTRALITE** : afin de garder la confiance de tous, le Mouvement s'abstient de prendre part aux hostilités et, en tout temps, aux controverses d'ordre public, racial, religieux et idéologique.
- **INDEPENDANCE** : Le Mouvement est indépendant. Auxiliaires des Pouvoirs Publics dans leurs activités humanitaires et soumises aux lois qui régissent leurs pays respectifs, les Sociétés Nationales doivent pourtant conserver une autonomie qui leur permette d'agir selon les principes du Mouvement.
- **VOLONTARIAT** : il est un Mouvement de secours volontaire et désintéressé.
- **UNITE** : il ne peut y avoir qu'une seule Société de la Croix-Rouge et du Croissant Rouge dans un même pays. Elle doit être ouverte à tous et étendre son action humanitaire au territoire entier.
- **UNIVERSALITE** : le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant Rouge, au sein duquel toutes les sociétés ont des droits égaux et le devoir de s'entraider, est universel.

## 2 - EVALUATION DE LA DEMANDE

### I- ANALYSE DE LA DEMANDE FAITE PAR LA PERSONNE

Qui a fait la demande de cette intervention ?

.....

Quel(s) événement(s) a (ont) déclenché cette demande?

.....

.....

Comment étaient organisées les choses auparavant ?

.....

.....

Aviez déjà employé une personne à domicile, une femme de ménage ou avez-vous déjà fait appel à une association ? Si oui, à quelle occasion ?

.....

.....

### II- DONNEES ADMINISTRATIVES

Nom : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : .....

Situation Familiale : .....

Adresse : .....

.....

Transport en commun de proximité : .....

.....

Téléphone : .....

.....

Nature des ressources actuelles ? .....

.....

Organismes participant à la prise en charge de l'intervention : .....

.....

### III- DONNEES GENERALES SUR LA PERSONNE

#### HABITUDES DE VIE

Comment se passent vos journées ?

.....

.....

.....

.....

.....

Est-ce que vous bénéficiez d'une aide ? :

- pour le lever : .....
- pour la toilette (fréquence quotidienne) : .....
- pour les repas (petit déjeuner, déjeuner, dîner livré ou non, si oui, par qui ?) : .....
- pour le nettoyage de la maison/le changement des draps/le linge/la propreté : .....
- pour le courrier : .....
- pour des traitements médicaux ou des soins éventuels : .....
- pour la nuit et dans quel cadre ? .....
- pour les sorties ? Sortez-vous suffisamment à votre goût ? Où aimez-vous aller ? .....
- pour les dépenses qui sont engagées au quotidien : nourriture, factures, tâches administratives .....

Que faites-vous pour vous détendre ? Quels loisirs, quels hobbies avez-vous ?

.....  
.....  
.....

Y a-t-il des activités ou des sorties que vous aimeriez refaire, continuer ? .....

.....  
.....

Recevez-vous des visites (qui et fréquence) ? .....

.....  
.....

#### ALIMENTATION

Avez-vous un régime alimentaire particulier, préciser : .....

Type d'appétit (Bon, Moyen, Peu, Très peu) .....

Allergies à certains aliments? .....

#### ETAT DE SANTE

Comment vous, vous évaluez-vous votre état de santé ? Comment vous sentez-vous ?

.....  
.....  
.....



Etes-vous suivie médicalement ?

.....  
.....

*Observations :* .....

\* la personne a-t-elle/est-elle :

une expression	normale	limitée	inexistante
consciente de ses faits et gestes	oui	non	occasionnellement
une orientation spatiale	bonne	partielle	désorientation totale
une orientation temporelle	bonne	partielle	désorientation totale
une humeur	bonne	variable	agressive
un sommeil	normal	léger	difficile

\* la personne peut-elle (sans difficulté, avec difficulté, avec l'intervention d'une aide extérieure) :

se lever seule de son lit ? .....

faire sa toilette seule ? .....

faire s'habiller seule ? .....

gérer et préparer ses repas ? .....

s'alimenter seule ? .....

prendre ses médicaments ? .....

se déplacer seule à l'intérieur de son domicile ? .....

sortir seule de son domicile ? .....

lire, écrire :

utiliser le téléphone ?

\* la personne présente-t-elle :

incontinente urinaire ?	oui	non	occasionnellement
-------------------------	-----	-----	-------------------

incontinente fécale ?	oui	non	occasionnellement
-----------------------	-----	-----	-------------------

\* la personne est-elle sujette à faire des chutes (si oui fréquence) ? : .....

.....

\* Matériels utilisés compte tenu de la nature de la dépendance : couches, protections, alèzes, canne, déambulateur, fauteuil roulant, lit médical, lit anti-escarre, lève-malade, autres, etc. : .....

.....

ELEMENTS DE L'HISTOIRE DE VIE RAPPORTEE PAR LA PERSONNE

.....

.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

IV- ETAT DES LIEUX ENVIRONNEMENT ET ENTOURAGE

OBSERVATIONS ET ANALYSE DE L'HABITAT

*Conditions de vie*

- Vit seul(e) –avec son conjoint – avec autre(s) membre(s) de la famille, préciser

.....

- Depuis combien de temps vivez-vous ici ? Histoire ?.....

Est-ce que vous vous sentez bien dans ce quartier, cet appartement (maison) ? .....

*Etat et Caractéristiques générales de l'habitat :*

- type de logement : appartement, maison individuelle, autre, préciser .....

- superficie : exigüe - suffisante – grand .....

- présence de différents niveaux ? .....

- étage habité : .....

- salubrité : oui ou non .....

- propreté des lieux : très satisfaisante – satisfaisante – peu satisfaisante – insatisfaisante .....

*Sécurité* : la personne est-elle en danger éventuel dans son habitat ? Si oui, provenance du danger ?

- état et type du sol → vous est-il arrivé de glisser sur votre sol : .....

- toilettes → vous redresser présence ou non de poignet d'appui, d'un dossier rehaussant .....

- salle de bain, couloir → vous n'avez pas de problème d'équilibre (présence ou non d'une barre d'appui) ..

- Utilisez-vous un système de téléalarme, si oui, depuis combien de temps ? .....

*Facilité d'accès à l'extérieur*

- présence ou non d'un ascenseur .....

*Facilité d'utilisation et de déplacement intérieurs*

- couloir : largeur des couloirs .....

- salle de bain : largeur des portes, hauteur du bassin, présence de barre d'appui .....

- WC toilette (présence de dossier et barre) .....
- Avez-vous eu à faire des aménagements ? Lesquels ?.....

AIDE RECUE

→ Aide informelle (Famille, Amis, Voisins, Autres) ? .....

.....

.....

→ Aide professionnelle (Intervenants médicaux, para-médicaux, commerçants, bénévoles, autres)

.....

.....

PROPOSITION D'INTERVENTION

Profil de la personne à retenir : .....

.....

Planning d'intervention : .....

.....

.....

.....

.....

.....

### 3 - GRILLE DE RECRUTEMENT

**NOM :** .....

**Prénom :** .....

**Date de Naissance :** .....

**Nationalité :** .....

**Situation familiale :** .....

**Enfants (Nombre et Age) :** .....

**Adresse :** .....

**N° Téléphone :** .....

**N° de Portable :** .....

**Permis :** .....

**Moyen de locomotion :** .....

**Niveau d'études et formation :** .....

**Compétences/Expérience auprès de personnes handicapées/de personnes âgées dépendantes : Descriptif**  
Contexte (âge des personnes, état de dépendance, nbre d'heures hebdomadaires, tâches, durée de l'expérience)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Situation actuelle?** .....

**Motivations pour un poste d'aide à domicile ?** .....

.....

**Comment vous décririez-vous? Qualités, vous êtes quelqu'un de :** .....

.....

**Vos principaux défauts ou ce que vous n'appréciez pas chez vous ?** .....

.....

**Disponibilité :**

A partir de quand ? .....

SEMAINE EN JOURNEE (PLAGE HORAIRES) : .....

SEMAINE EN NUIT : .....

WEEK-END EN JOURNEE (PLAGE HORAIRES) : .....

WEEK-END EN NUIT : .....

TEMPS PLEIN NOURRI LOGE (5j, 4j/3j, 3j/2j) : .....

**Contraintes personnelles (horaires, garde d'enfants, mari, transport, crainte des animaux, etc.) ?** .....

.....

**APPRECIATIONS :**

Attitude Générale : .....

Expression : .....

Aspect Relationnel : .....

.....

#### **4 - FEDERATIONS D'AIDE A DOMICILE**

UNASSAD	Union nationale des associations de soins et services à domicile
ADMR	Aide à domicile en milieu rural
FNADAR	Fédération nationale des associations de l'aide à domicile des retraités
UNAGAF	Union nationale des associations générales pour l'aide familiale
FNAFAD	Fédération nationale de l'aide familiale à domicile
FNAAMFD	Fédération nationale des associations pour l'aide aux mères et aux familles à domicile
FNAAFP/CSF	Fédération nationale des associations de l'aide familiale populaire/Confédération syndicale des familles