



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2000 –

**LA QUALITE DE SERVICE AUX PERSONNES
D'un enjeu de santé publique à un enjeu de formation**

– thème n° 20 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 09 élèves en formation initiale
(2 MISP, 2 DES, 2 EDH, 2 IASS, 1 IG)

Animateur/trice(s)
- Françoise ACKER, sociologue
- Jorge MUNOZ, sociologue

LES PERSONNES RENCONTRÉES

Monsieur ASTOLFI-FRANCHI, responsable des professions sociales, DRASS Bretagne

Madame BOUGET, responsable du service maintien à domicile du secteur centre est, CCAS, Rennes

Madame CLAIREAUX, responsable de la filière BTS méthodologie de projets, lycée technique E.Michelet, Fougères

Madame DESPERREZ, inspecteur du Ministère de l'Agriculture

Madame DUMONT, inspecteur de l'Education Nationale

Madame EZANNO, coordinatrice de l'association ADR, Rennes

Madame FANDEUR, responsable des formateurs du centre de formation, AFPA, St OUEN L'AUMÔNE

Madame LENAY, responsable du secteur gérontologique centre est, CCAS, Rennes

LES ABREVIATIONS

ADMR, Aide à domicile en milieu rural
AFPA, Association de formation pour adultes
AGGIR, Autonomie gérontologie groupe iso ressource
ANAES, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
BEPA, Brevet d'études professionnelles agricoles
BTA, Brevet de technicien agricole
BTSA, Brevet de technicien supérieur agricole
CAFAD, Certificat d'aptitudes aux fonctions d'aide à domicile
CAPA, Certificat d'aptitudes professionnelles agricoles
CCAS, Centre communal d'action sociale
CES, Contrat emploi solidarité
CFPPA, Centre de formation pour la promotion professionnelle des adultes
CLIC, Centre local d'information et de coordination
CODERPA, Comité départemental des retraités et personnes âgées
DDTE, Direction départementale du travail et de l'emploi
DRASS, Direction régionale d'action sanitaire et sociale
DREES, Direction de la recherche des études et de l'évaluation en santé
EHPA, Etablissement d'hébergement pour personne âgée
EHPAD, Etablissement d'hébergement pour personne âgée dépendante
GIR, Groupe iso ressource
GRETA, Groupement d'établissements
HID, Handicap incapacité dépendance
INSEE, Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM, Institut national de la santé et de la recherche médicale
MCAD, Mention complémentaire d'aide à domicile
PSD, Prestation spécifique dépendance
SESI, Service des statistiques, des études et des systèmes d'information
SROS, Schéma régional d'organisation sanitaire
SSIAD, Service de soins infirmiers à domicile

SOMMAIRE

INTRODUCTION

METHODOLOGIE

PREMIERE PARTIE :

L'AIDE A DOMICILE , UN BESOIN GRANDISSANT QUI SE HEURTE AU MANQUE DE COHERENCE DU SYSTEME

1. L'EVOLUTION DU CONTEXTE SOCIO POLITIQUE	4
1.1. L'évolution du contexte socio-démographique :	4
▪ <u>Un fort vieillissement démographique</u>	4
▪ <u>Des taux d'incapacité et de dépendance qui croissent fortement avec l'âge</u>	4
▪ <u>Un soutien des personnes âgées, même dépendantes, réalisé en majorité au domicile</u>	5
1.2. L'évolution du contexte politique	6
▪ <u>Une nouvelle prise de conscience des décideurs politiques</u>	6
▪ <u>Une nouvelle volonté de l'Etat de construire une politique vieillesse globale</u>	6
2. LES LIMITES DU SYSTEME	7
2.1. Un financement complexe et lacunaire	7
2.2. Une offre de services en faveur du maintien à domicile multiple et peu cadrée	7
▪ <u>Une offre multiple</u>	7
▪ <u>Des structures variées</u>	8
▪ <u>Des missions peu définies</u>	8
▪ <u>Une qualification hétérogène assurée par une multiplicité d'institutions</u>	9
▪ <u>Des programmes de formation nombreux et peu concertés</u>	10
➤ Les formations initiales	10
➤ Les formations en cours d'emploi	11
➤ Les formations continues	11

DEUXIEME PARTIE

LA PROFESSIONALISATION DU SECTEUR DE L'AIDE A DOMICILE DANS LA PERSPECTIVE D'UNE MEILLEURE QUALITE DE SERVICE

1. DES PROFESSIONNELS EN QUETE DE LEGITIMITE	13
1.1. L'inégal accès à la formation	13
1.2. La précarité de l'emploi	14
1.3. L'insuffisante valorisation et reconnaissance des formations	14

▪	<u>Une reconnaissance identitaire embryonnaire</u>	15
▪	<u>L'absence de valorisation de compétences particulières</u>	15
▪	<u>Une formation continue peu développée</u>	16
▪	<u>Une évaluation a posteriori quasi absente</u>	16
2.	La démarche qualité amène à une véritable refonte de la formation	17
2.1.	La qualité : un concept large mais essentiel	17
2.2.	Des référentiels juridiques qui imposent la prise en compte de la qualité	17
2.3.	Les expressions de la démarche qualité dans la formation des professionnels de l'aide à domicile.	18

CONCLUSION

ANNEXES

RESUME

INTRODUCTION

La démarche de **qualité de service aux usagers** est un concept émergent des politiques sanitaires et sociales, couplée à l'évaluation, comme le montrent ces démarches :

- accréditation qualité des établissements de santé dans le cadre réglementaire des ordonnances de 1996, menée par l'ANAES,
- référentiels et recommandations de bonnes pratiques cliniques pour le secteur libéral,
- agrément qualité des établissements médico-sociaux hébergeant des personnes âgées, dans le cadre de la convention tripartite de financement mise en place par le décret du 26 avril 1999 suite à la réforme de la tarification,
- chartes de qualité nombreuses et hétérogènes dans le secteur de l'aide à domicile.

Nous avons choisi dans notre groupe de travail, sur le conseil de nos animateurs, de circonscrire le champ de notre investigation au domaine de la **qualité de service aux personnes âgées, à leur domicile**.

En effet, les personnes âgées représentent un groupe démographique en forte expansion, et en dehors du problème de financement des retraites se pose avec de plus en plus d'acuité la question de la qualité de vie des années gagnées. Comme la majorité des personnes âgées vivent chez elles ou chez un membre de leur famille ¹, même si elles sont lourdement dépendantes ², l'axe prioritaire de la « nouvelle politique vieillesse » clairement réaffirmé par Mme AUBRY fin 1999 et par Monsieur JOSPIN en mars 2000 est de favoriser et de soutenir ce maintien à domicile ; c'est aussi le souhait des personnes âgées elles-mêmes comme l'a montré en 1996 une enquête du CREDOC auprès des retraités. Ce maintien à domicile est un droit dont l'exercice dépend néanmoins d'un ensemble de facteurs variables pour chaque personne âgée : état de santé et degré d'autonomie, revenus, habitat adapté, soutien apporté par l'entourage ou des professionnels.

Si l'aide à domicile sanitaire et sociale apportée est adaptée à la situation de la personne, alors le maintien à domicile peut rester possible malgré un état de santé dégradé, une perte d'autonomie forte et des revenus variables ; toute rupture dans ce soutien à la vie au domicile se traduit souvent par un placement via le passage aux urgences, dans une situation de crise.

La qualité du service apporté et son adaptation aux besoins de la personne âgée est donc un facteur clef de réussite et de pérennité de son maintien à domicile. Cette qualité repose essentiellement sur le professionnalisme des intervenants, comme le souligne la Charte des droits et libertés de la Personne Agée réalisée par le Ministère de la Solidarité et de l'Emploi et la Fondation Nationale de Gérontologie dans son article 10 : **« les soins et l'aide que requiert une personne âgée en perte d'autonomie doivent être dispensés par des intervenants formés et en nombre suffisant »**

Dans ce contexte, nous nous interrogeons, en tant que futurs professionnels du champ sanitaire et social, sur les moyens dévolus au secteur du maintien à domicile des personnes âgées. Quelles ont été jusqu'alors les logiques politique et économique mises en œuvre pour développer ce secteur ? Face à cet enjeu de santé publique que représente la prise en charge réussie à domicile des personnes âgées, en particulier quand elles sont

¹ Enquête EHPAD en 1998 : 87 % des personnes âgées de plus de 75 ans

² Travaux du Dr COLVEZ en 1990 : 65% des personnes âgées de plus de 75 ans confinées au lit ou au fauteuil ou aidées pour la toilette et l'habillement

dépendantes, l'objectif de qualité de service et de formation des intervenants a-t-il été défini comme une priorité et a-t-il bénéficié de l'attention de tous, politiques, financeurs et responsables des services à domicile ?

Ainsi notre démarche s'est organisée autour de la ***problématique suivante : face à la volonté affirmée de soutenir le maintien à domicile des personnes âgées et dans un contexte tant de maîtrise des dépenses sanitaires et sociales que de politique de création d'emplois de proximité, la formation des intervenants à domicile répond elle à l'objectif de qualité de service aux personnes âgées ?***

Après avoir présenté l'organisation méthodologique du travail de notre groupe, nous aborderons dans un premier temps l'évolution du contexte socio-politique vieillesse et les limites du système en terme d'offres de services et en terme de dispositifs de formation (I). Ensuite, nous traiterons des difficultés de la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile et de la nécessaire refonte du dispositif de formation pour améliorer la qualité du service aux personnes âgées (II).

METHODOLOGIE

1^{ère} étape : phase préparatoire

- lecture collective du sujet, avec précisions des animateurs ;
- choix avec les animateurs d'appuyer notre étude sur l'exemple de la prise en charge des personnes âgées à domicile et de la qualité de service apportée dans ce cadre par les intervenants du maintien à domicile ;
- choix d'un référent dans le groupe pour les relations avec les responsables pédagogiques du module et pour l'élaboration du budget ;
- identification en groupe de la documentation à chercher et à lire ainsi que des acteurs à interviewer ;
- élaboration d'un calendrier de travail afin d'inscrire les rendez-vous extérieurs et les périodes de rencontre avec l'ensemble du groupe.

Rappel : cette phase préparatoire s'est étendue du 25 septembre au 4 octobre, compte tenu du contexte indemnitaire et du mouvement social.

2^{ème} étape : phase de recherche

- recherche de la documentation à la bibliothèque de l'ENSP, sur les thématiques de la politique vieillesse actuelle et des données démographiques, de l'offre de maintien à domicile des personnes âgées, de la politique d'emploi et de formation dans le secteur de l'aide à domicile ;
- prise des rendez-vous par les animateurs et une partie du groupe, répartition des entretiens en binômes ou trinômes pluriprofessionnels ;
- compte rendus d'entretiens réalisés par chaque binôme ou trinôme, diffusés par mail à chaque membre du groupe ;
- mise à disposition du groupe dans la salle qui nous était réservée, de l'ensemble des documents et compte rendus issus des entretiens.

3^{ème} étape : phase de rédaction du rapport

- mise en commun de l'ensemble des recherches effectuées ;
- construction de la problématique ;
- élaboration d'un plan détaillé ;
- répartition du travail de rédaction par binômes pluriprofessionnels ;
- mise en commun, corrections collectives et structuration du rapport final.

L'AIDE A DOMICILE, UN BESOIN GRANDISSANT QUI SE HEURTE AU MANQUE DE COHERENCE DU SYSTEME

1. L'EVOLUTION DU CONTEXTE SOCIO POLITIQUE

1.1. L'évolution du contexte socio-démographique :

- Un fort vieillissement démographique

Le vieillissement de la population constitue l'un des thèmes majeurs du débat public. Celui-ci résulte de la baisse de la fécondité depuis les années 70, et il est accentué par la baisse de la mortalité aux âges élevés. L'indicateur synthétique que constitue l'espérance de vie a ainsi connu une période de croissance exceptionnelle ces vingt dernières années, avec une augmentation de l'espérance de vie à la naissance d'une année tous les quatre ans en moyenne, et un gain de plus de trois ans de l'espérance de vie à 60 ans³.

La proportion des personnes de 60 ans et plus dans la population totale atteignait 16% en 1946, 18,4% en 1975 et 20% en 1995 ; sauf rupture imprévisible dans l'évolution des taux de fécondité et de mortalité, l'augmentation de la part des personnes les plus âgées dans la population est inéluctable : à l'horizon 2020, les personnes de plus de 60 ans selon les dernières projections démographiques représenteraient 27% de la population (17 millions), celles de plus de 75 ans 9,5% (6 millions) et celles de plus de 85 ans un peu plus de 3% (2,1 millions).

Au-delà du problème de financement des retraites se pose la question de la qualité de vie des années gagnées pour l'ensemble de ces tranches d'âge en forte croissance.

- Des taux d'incapacité et de dépendance qui croissent fortement avec l'âge

L'accroissement de la durée de vie fait craindre qu'elle soit assortie d'une augmentation des incapacités et de la dépendance.

Selon la classification internationale du handicap, l'incapacité correspond « à toute réduction partielle ou totale de la capacité à accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain » ; pour le calcul de l'espérance de vie sans incapacité, sont concernées par l'incapacité : en institution, les personnes qui s'y trouvent pour raison de santé et à domicile, les personnes ayant des difficultés permanentes dans la vie quotidienne qu'elles soient ou non confinées chez elles et celles qui sont en arrêt d'activité.

Deux estimations de l'espérance de vie sans incapacité ont été effectuées à partir des données des enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux de 1980 et 1991. Elles ont fourni une réponse optimiste en montrant sur dix ans une augmentation non seulement relative mais également absolue de la durée de vie moyenne de vie vécue sans incapacité ; l'espérance de vie sans incapacité a ainsi durant la période 1980-1991 progressé de 3 ans pour les hommes et de 2,6 ans pour les femmes, contre 2,5 ans pour l'espérance de vie totale. Ces résultats datent toutefois de 1991 et il n'est pas possible d'en déduire si la

³Source : DREES-Etudes et Résultats N° 40 - Novembre 99.

tendance s'est poursuivie ou infléchi, dans l'attente des données de l'enquête HID (Handicap- Incapacité- Dépendance) en cours d'analyse par l'INSEE et le CREDES.

La dépendance ou plutôt le désavantage social résultant de l'incapacité (notion préférée par le comité de pilotage de l'année internationale des personnes âgées) est défini quant à lui par rapport au besoin d'aide existant pour effectuer certains actes de la vie courante (grille de dépendance de l'INSERM basée sur les travaux du Dr COLVEZ : sa combinaison avec un indicateur de dépendance psychique est utilisée dans les enquêtes de la DREES pour les EHPA et dans l'enquête HID ; grille AGGIR Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressource utilisée dans l'attribution de la PSD Prestation Spécifique Dépendance). Les taux de dépendance lourde (confinement au lit ou au fauteuil ou aide pour la toilette et l'habillage) croissent avec l'âge : 1,2% à 65 ans, 2,7% à 70 ans, 5% à 75 ans, 9% à 80 ans, 20% à 85 ans et 35% à 90 ans⁴.

Au total selon LEBEAUPIN et NORTIER, environ 700 000 personnes de 65 ans et plus, soit 8% de la tranche d'âge, étaient lourdement dépendantes en 1995, et les projections démographiques avancent pour 2040 le chiffre de 1 385 000.

En fait le nombre réel de personnes âgées dépendantes est difficile à cerner, d'autres statistiques évaluant à 1 300 000 les personnes de niveau de dépendance 1 à 4 selon la grille AGGIR, dont 900 000 vivant à domicile - parmi lesquelles 500 000 en GIR 4 donc modérément dépendantes - et 400 000 vivant en établissements.

- Un soutien des personnes âgées, même dépendantes, réalisé en majorité au domicile

La vie à domicile reste pour les personnes âgées très majoritaire : d'après les enquêtes EHPA, on estimait en 1998 que 87% des personnes de 75 ans et plus et 73% de celles de 85 ans et plus vivent chez elles ou chez un membre de leur famille, même si elles séjournent de temps à autre à l'hôpital.

Les personnes lourdement dépendantes vivent elles aussi majoritairement à leur domicile : au milieu des années 90 (travaux du Dr COLVEZ), 25% des personnes âgées dont le niveau de dépendance est important et 36% des personnes de 75 ans et plus confinées au lit ou au fauteuil ou aidées pour la toilette et l'habillage vivaient dans des établissements (logements- foyers, maisons de retraite, services de soins de longue durée des hôpitaux).

L'aide de l'entourage est donc primordiale et souvent très importante pour le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie : selon l'enquête sur les services de proximité de 1996, 80% des personnes âgées lourdement dépendantes recevaient de l'aide de leurs proches, dont environ 50% de manière exclusive ! Néanmoins les aidants informels (famille, voisinage,...) sont soutenus de manière variable et plus ou moins coordonnée par des professionnels extérieurs : aide ménagère, services d'aide à domicile, services de soins infirmiers à domicile, médecin de famille... Les aides à domicile hors SSIAD sont financées de manière très variable et très inégale sur le territoire national soit par l'usager et sa famille, soit par les caisses de retraite, les mutuelles et assurances, soit par les départements via l'aide sociale ou la PSD pour les plus dépendants aux revenus faibles.

⁴ Source : LEBEAUPIN A. et NORTIER F. 1996, « les personnes âgées dépendantes : situation actuelle et perspectives d'avenir », INSEE-Données Sociales ; estimations à partir de l'enquête Santé 1991/1992 de l'INSEE, de l'enquête SESI sur les EHPA 1994 et du recensement de 1990.

1.2. L'évolution du contexte politique

- Une nouvelle prise de conscience des décideurs politiques

Le rapport 1999 de la Conférence Nationale de Santé a préconisé des recommandations pour favoriser le diagnostic et la prise en charge plus précoces des problèmes sanitaires et sociaux des personnes âgées. L'objectif est d'améliorer la filière sanitaire de prise en charge des personnes âgées ; en effet en l'absence d'évaluation et de prise en charge précoces et coordonnées à domicile, de nombreuses personnes âgées sont hospitalisées dans un contexte de crise que l'entourage ne peut plus assumer et entrent en institution sans préparation et sans possibilité de choix, souvent après un passage par les services d'accueil des urgences.

Pour atteindre un tel objectif, repris dans les SROS 2 de nombreuses régions dont Rhône-Alpes, Bourgogne ou Ile de France, il faut impulser ou ré impulser une politique gérontologique globale, sanitaire et sociale, avec entre autres des outils permettant le maintien ou le retour à domicile et des moyens d'intervention sur l'environnement social ou physique (habitat) du patient.

Le rapport 2000 de la Conférence Nationale de Santé a réaffirmé l'importance de maîtriser les conséquences du vieillissement autour de trois principes : considérer le vieillissement de la population dans ses effets positifs pour la société, mieux distinguer le vieillissement pathologique du vieillissement normal et assurer un continuum de soins préventifs et curatifs, combiner solidarité nationale et proximité dans le cadre d'un dispositif simplifié de la prise en charge de la dépendance.

En 1999, la tenue des Etats Généraux de la Santé comme de l'Année internationale des Personnes Agées ont produit des recommandations tendant à favoriser le maintien à domicile le plus longtemps possible des personnes âgées qui le souhaitent. Les conclusions des rapports de Mme HESPEL & Mr THIERRY en octobre 1998 sur les services d'aide aux personnes et de Mme GUINCHARD-KUNSTLER en octobre 1999 pour un meilleur accompagnement du vieillissement, comme les critiques nombreuses du dispositif PSD dont le Livre Noir de la PSD de juin 1999, ont sans doute favorisé une nouvelle prise de conscience des décideurs politiques.

- Une nouvelle volonté de l'Etat de construire une politique vieillesse globale

La clôture des travaux de l'Année internationale des Personnes Agées en novembre 1999 a été l'occasion pour Mme M. AUBRY, la ministre de l'emploi et de la solidarité, d'affirmer le soutien à domicile comme l'axe prioritaire de la politique en faveur des personnes âgées. Il a été souligné à cette occasion la nécessité d'en repenser les moyens financiers et humains (*voir la prochaine loi tant attendue de « modernisation sociale »*) et de concourir à leur mise en cohérence par la création d'un réseau de coordination gérontologique organisant le maillage du territoire national à partir des échelons de proximité.

Monsieur L. JOSPIN, premier ministre, a annoncé le 21 mars 2000 lors de son discours sur les retraites des réformes des modalités de prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées en perte d'autonomie, avec trois d'entre elles destinées à favoriser leur maintien à domicile :

- ouverture d'un droit objectif et égalitaire à une prestation dont le montant sera fonction des revenus et du niveau de dépendance de la personne, financée par l'Etat au nom de la solidarité nationale aux côtés des autres acteurs (départements et caisses de retraite) - *projet de loi préparé d'ici la fin de l'année sur la base du rapport SUEUR* ,

- développement des services de soins infirmiers à domicile avec doublement du nombre de places sur 5 ans et distinction des prestations de soins et des prestations d'accompagnement - *projet de nouveau décret pour la fin de l'année* ;

- création de centres locaux d'information et de coordination en gérontologie dès 2000, avec un objectif de maillage du territoire par un millier de ces centres « CLIC » dans 5 ans.

Ainsi par « réalisme démographique » essentiellement, mais aussi par une nouvelle prise de conscience, des principes forts ont été réaffirmés au vu de l'enjeu de santé publique que représente le vieillissement de la population et la perte d'autonomie au grand âge. En effet les institutions pourront de moins en moins faire face à la demande de prise en charge de la dépendance, et le maintien à domicile est réputé comme une alternative moins coûteuse, plus facilement adaptable à des situations individuelles diverses et évolutives. Il est donc crucial que l'ensemble des infrastructures de maintien à domicile puisse assurer une prise en charge de qualité des personnes et répondre aux besoins, souhaits et préférences des personnes âgées et de leur familles.

2. LES LIMITES DU SYSTEME

2.1. Un financement complexe et lacunaire

En premier lieu, les organismes de sécurité sociale et les conseils généraux jouent un rôle essentiel dans l'attribution et le financement des prestations.

En deuxième lieu, l'intervention des conseils généraux s'oriente vers le public prioritaire de l'action sociale, elle se justifie aussi pour des motifs économiques. En particulier, elle permet d'éviter l'hospitalisation. Par ailleurs, ce sont eux qui délivrent la Prestation spécifique dépendance (PSD) créée au début de l'année 1997, pour la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie et à faibles revenus.

En outre, l'Etat joue un rôle de financeur indirect par la mise en place d'exonérations fiscales attachées à certaines prestations à domicile. Le chèque emploi service est une forme d'exonération en plein essor qui favorise le particulier employeur.

D'autres financeurs sont également présents sur le secteur : les communes, les mutuelles, les assurances, les caisses de retraite complémentaires et les caisses d'allocations familiales.

Ainsi, les intervenants financiers dans l'aide à domicile sont nombreux, tout comme le sont les prestataires qui répondent à des statuts divers, tissant un écheveau difficile à démêler pour les usagers.

2.2. Une offre de services en faveur du maintien à domicile multiple et peu cadrée

▪ Une offre multiple

On note une gamme d'offres de services large mais peu structurée. Elle se révèle polymorphe dans la multiplicité des prestations et des structures de maintien à domicile. Afin d'éviter l'hospitalisation, les personnes âgées peuvent être prises en charge par les Services de Soins Infirmiers à Domicile, ce qui leur permet de bénéficier d'une prise en charge par l'assurance maladie pour les soins infirmiers et pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie et d'autres soins relevant d'auxiliaires médicaux.

Par ailleurs, d'autres modalités d'aide non médicale existent comme le portage de repas à domicile ou la téléalarme.

Les aides à la vie quotidienne sont cependant principalement assurées par les services d'aide ménagère qui feront l'objet exclusif de notre développement.

- Des structures variées

Les structures de l'offre sont multiples même si le secteur privé associatif domine.

- Les **associations** sont les plus importants employeurs de professionnels à domicile et la plupart d'entre elles ont développé un service mandataire parallèlement au service prestataire existant et qui représente l'essentiel de l'activité. Dans le cas du service prestataire, l'association est l'employeur des aides à domicile, tandis que dans le service mandataire, elle met en relation le particulier employeur direct avec le salarié.

D'ailleurs, selon le témoignage de la coordinatrice de l'association ADR, dans cette association coexistent les deux types de services avec l'essentiel de l'activité exercé par le service prestataire.

- **L'emploi direct de particulier à particulier** appelé aussi secteur de gré à gré est en plein essor depuis 1993, date d'entrée en vigueur du chèque emploi service. Tout comme le recours au service mandataire décrit plus haut, il permet de simplifier les démarches administratives pour la personne âgée employeur, mais freine la professionnalisation du secteur.

- Quant au **secteur public** représenté dans notre cas par le CCAS de Rennes, là encore le secteur prestataire est prépondérant avec 200 aides ménagères pour 1600 personnes âgées prises en charge. Il est à remarquer le fort pourcentage de titulaires qui représentent 85% des effectifs : elles ont le statut d'agent social de la fonction publique territoriale, ce qui leur garantit une stabilité d'emploi. Dans un secteur où la précarité est assez forte, ceci est un élément à ne pas négliger. Le secteur mandataire, en revanche, fonctionne avec 60 aides ménagères à temps partiel pour 150 usagers..

- Notons au passage qu'il existe également des **particuliers employés de maison** ainsi que des **entreprises privées** positionnées sur ce créneau.

- Des missions peu définies

L'aide à domicile est un domaine complexe à plusieurs titres. A la recherche d'une définition claire de ses missions, il doit composer avec le secteur soignant dans le respect des prérogatives de ce dernier.

Compte tenu de la démographie et de l'allongement de l'espérance de vie, la prise en charge des personnes âgées se heurte à une dépendance croissante qui alourdit les tâches des intervenants. A ce titre, un des enjeux de la formation est de leur apprendre à quel moment passer le relais aux professionnels du soin.

Ainsi le témoignage d'une inspectrice de l'enseignement agricole insiste sur l'importance du cadrage des fonctions. En effet, dans la formation des futurs intervenants à domicile, il est indispensable de définir les tâches qui leur incombent, de manière à éviter tout empiètement sur le champ du sanitaire.

Pour illustrer cet état de fait, on peut citer le recours déposé par les infirmiers libéraux contre la réforme du Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile (CAFAD). Il a abouti à l'annulation de la modification souhaitée, remettant ainsi en vigueur le texte qui prévalait. En effet, en 1993, la réforme du CAFAD aurait permis d'accroître le nombre d'heures de formation (de 250 heures à 280 heures) tout en introduisant la notion de soins d'hygiène qui revenait jusqu'alors au personnel soignant. On voit ainsi que le contour des tâches qui reviennent aux intervenants à domicile est difficile à appréhender. L'exemple de la toilette à la personne illustre cette absence de limite établie : à qui incombe cette tâche au quotidien, infirmière ou aide à domicile ?

D'où l'importance d'une communication entre les différents professionnels de l'aide et du soin. Au sein de l'ADR, cela se manifeste par l'existence d'un cahier de liaison au domicile de la personne permettant une coordination entre le médecin, l'infirmière et l'aide à domicile.

On peut toutefois s'interroger sur la pertinence d'une multiplication des intervenants auprès de la personne âgée, puisque l'on sait qu'elle « crée les repères de sa survie dans la confiance qu'elle accorde à un intervenant unique, à la fois référent et tuteur moral de ses actes ».

- Une qualification hétérogène assurée par une multiplicité d'institutions

NIVEAU	I et II	III	IV	V
Education nationale				Mention Complémentaire Aide à domicile
Affaires sociales Secteur : santé				
Affaires sociales Secteur : social			TISF	CAFAD AMP
Agriculture				BEPA, Service aux personnes CAPA, Service en milieu rural
Travail				Assistant de vie
CPNEPF				Employé familial polyvalent

Nous avons tour à tour lors de nos entretiens rencontré des représentants des ministères de l'éducation nationale, de l'agriculture, de l'emploi et de la solidarité.

➤ En ce qui concerne le **ministère de l'éducation nationale**, l'objet de la démarche est le maintien à domicile pour toute personne dépendante dans un logement privé individuel ou collectif tel que le foyer-logement. La création de la filière « sanitaire et sociale » a résulté de la prise en compte des besoins émergents, en fonction du contexte démographique, géographique et socio-politique.

➤ En ce qui concerne le **ministère de l'agriculture**, sa présence sur le secteur s'explique par un souhait de "créer des emplois auprès des personnes en milieu rural, en faisant découvrir le monde professionnel aux élèves" (Mme Desperrez, inspectrice de l'enseignement agricole). Cela s'inscrit dans une démarche de maintien à domicile des personnes âgées dans un milieu rural souvent déficitaire en structures d'accueil. Par ailleurs, cela permet de lutter contre la désertification des campagnes tout en maintenant une solidarité entre les générations.

➤ Le **ministère de l'emploi et de la solidarité** assure des fonctions de régulateur dans le processus de formation de l'aide à domicile au sein de plusieurs structures : les DRASS, les DDTE (Direction Départementale du Travail et de l'Emploi), et devient acteur par l'intermédiaire de l'AFPA (Association de Formation Professionnelle pour Adultes).

La DRASS a une compétence générale de régulation dans les filières de formation du social par l'organisation de l'appareil de formation, la responsabilité d'un schéma régional de formation du social et l'agrément des écoles pour lesquelles elle assume un contrôle financier et pédagogique. Elle a une responsabilité territoriale à partir de prérogatives déconcentrées et de textes nationaux. De plus, il ressort de l'entretien avec M. Astolfi que la mission de formation pourrait revenir légitimement à la DRASS, compte tenu du caractère social de ces fonctions d'aide à domicile auprès de personnes fragilisées.

La Direction du travail a un rôle de tutelle sur l'AFPA. Celle-ci est au service des politiques d'emploi du Ministère par le biais des contrats de progrès signés avec l'Etat. C'est une association loi 1901. Elle s'est engagée dans le secteur de l'aide à domicile du fait de l'émergence des services de proximité en tant que besoins réels porteurs d'emplois. Mme Fandeur, responsable au sein de l'association, a précisé que l'AFPA est très sollicitée sur ces métiers, ce qui implique un engagement fort au niveau local, après étude de la demande. Sa présence sur le secteur semble lui être reprochée par la DRASS qui estime les objectifs poursuivis répondent davantage à un souci d'insertion professionnelle que d'aide à la personne.

Il est à remarquer qu'au sein du même ministère, il existe une mosaïque de formations pour le travail auprès de la personne âgée. Le manque de concertation est très certainement à regretter dans un secteur aussi sensible que l'aide à domicile.

La multiplicité des intervenants institutionnels induit un manque de coordination qui se retrouve en matière de formations des professionnels de l'aide à domicile.

- Des programmes de formation nombreux et peu concertés

Ils sont assurés par les différents ministères évoqués plus haut et peuvent prendre des formes différentes : initial, continu, « en cours d'emploi ». Cette dernière modalité est le principal moyen pour les aide ménagères non diplômées d'obtenir une qualification.

La formation initiale revient aux ministères de l'éducation nationale et de l'agriculture pour les jeunes, tandis que l'AFPA est compétente pour celle des adultes.

➤ Les formations initiales

En ce qui concerne le ministère de l'éducation nationale, il assure en lycée, à l'issue d'un BEP des carrières sanitaires et sociales, une formation sanctionnée par l'obtention de la **Mention Complémentaire d'Aide à Domicile (MCAD)**.

Cette formation s'effectue en alternance, mêlant périodes de stage et d'enseignement. Elle est constituée de 35 semaines de 32 heures dont 216 heures de cours théoriques. Le nombre d'élèves est limité à 12, chacun bénéficiant du soutien d'un tuteur.

Cette formation est prisée tout particulièrement par les jeunes femmes dont la motivation évolue vers un intérêt marqué pour les personnes âgées.

Quant au ministère de l'agriculture, il prépare à divers diplômes de service aux personnes :

Le **Certificat d'Aptitude Professionnelle Agricole (CAPA)** services en milieu rural : très récent, il est né d'une enquête réalisée auprès d'établissements, de professionnels, d'anciens élèves. Dans son orientation service en milieu rural, il peut être orienté vers la prise en charge des personnes âgées et comprend 14 à 16 semaines de stage.

Le **BEPA** option service spécialité service aux personnes : il obéit à un référentiel professionnel précis, tout comme le BEP MCAD de l'éducation nationale, ces diplômes répondant aux attentes exprimées par les professionnels de terrain.

Les modules se répartissent en modules de secteur (langage et attitude dans les relations humaines), modules professionnels (connaissance des personnes visant à leur bien-être), modules d'adaptation régionale et d'initiative locale. Le contenu de ces deux derniers modules est arrêté en fonction des besoins locaux après agrément de la Direction de l'agriculture et de la forêt.

Le **Brevet de technicien agricole** (BTA) service en milieu rural est une formation plus générale de niveau IV reconnue comme un baccalauréat et qui pourrait être remplacée par un baccalauréat technologique tertiaire.

Le **BTS** en milieu rural est encore au stade expérimental. Mme Desperrez pense qu'il serait utile de prévoir dans ce diplôme un stage au contact de la personne. En la forme actuelle, il s'agit d'un BTS méthodologie de projets, formant des personnes aptes à la coordination d'acteurs et de projets (agents de développement local ou assistants, coordonnateurs de projets) sans spécialisations. Il a été mis en place dans 6 établissements au départ puis étendu à 16, alors même que la période d'expérimentation n'est pas achevée. Nous avons rencontré la responsable de cette filière BTSA du lycée technique de Fougères qui a précisé que dans son établissement cette formation comprend 24 élèves en première année, dont la moitié provient d'une filière BTA. La première promotion issue de ce dispositif est sortie en juin 2000.

Outre les ministères de l'éducation nationale et de l'agriculture, l'AFPA se charge de la formation initiale des adultes aux métiers du maintien à domicile. Il existe une grande hétérogénéité dans les qualifications des personnes désireuses de se former. Cela conduit à l'organisation d'un stage pré-qualifiant lors duquel les bases de français et de calcul sont rappelées. Le stage qualifiant est quant à lui caractérisé par une alternance forte : 4 périodes en entreprises permettent la constitution d'un réseau partenarial d'employeurs. 90 % des personnes trouvent un emploi à l'issue de la formation. Celle-ci conjugue polyvalence des publics et des compétences et spécialisation à travers des modules de connaissance de la personne âgée, sur l'accompagnement de fin de vie avec l'aide d'associations ... Les stagiaires travaillent sur le vieillissement sous toutes ses formes et sur la manutention (formations de la Croix-rouge). L'accent est mis sur le relationnel et la communication avec un enseignement proche des réalités du terrain.

➤ Les formations en cours d'emploi

Le CAFAD, institué par le Décret du 30 novembre 1988, est un diplôme polyvalent délivré par le ministère des affaires sociales. Les DRASS sont partie prenante dans la délivrance du diplôme. C'est une formation en alternance qui s'adresse à des intervenants à domicile déjà en fonction, favorisant ainsi une relation forte et pédagogique entre la théorie et la pratique. La formation s'étale sur une année avec 250 heures de cours sur 6 semaines et 120 heures de stage sur 3 semaines. Actuellement, une réforme est prévue et devrait voir le jour au début de l'année 2001.

Parallèlement à ce diplôme en cours d'emploi, il existe depuis septembre 1999 le titre de Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF) géré par la DRASS. Il remplace celui de travailleuse familiale. Le TISF est également polyvalent.

Enfin, figurent dans le maquis de toutes ces formations des formations continues énumérées plus loin.

➤ Les formations continues

Le secteur public, dont les CCAS, participe largement à cette forme d'enseignement, mais le milieu associatif met également quelquefois en place des formations de ce type. Ainsi, l'ADR prévoit chaque année en interne une session de deux jours sur un thème choisi parmi trois propositions.

Les politiques de formation, qu'elles soient initiales ou continues, correspondent à un souci d'adaptation de l'offre aux besoins des personnes âgées. Cependant, selon la logique dans laquelle on se place, on pourrait être tenté de donner la priorité à la création d'emplois

au détriment des offres de service et de leur qualité. A travers les entretiens que nous avons pu avoir, il est apparu que la question se pose de manière sensible, notamment entre DRASS garantes d'une politique sociale à structurer et DDTE soucieuses de la mise en place d'une politique tournée vers l'emploi.

Peut-être cela reviendrait-il à dire que nous sortons d'une logique de politique sociale pour entrer dans une logique de marché au sens strict du terme . D'où l'indispensable dialogue et concertation entre les différents protagonistes chargés de la formation des intervenants à domicile. Pour que ces derniers puissent entrer dans une démarche de qualité envers la personne âgée, il est indispensable qu'ils aient une représentation juste de leur rôle et de leurs fonctions. Cela passe par la professionnalisation et la reconnaissance de leur activité.

DEUXIEME PARTIE

LA PROFESSIONNALISATION DU SECTEUR DE L'AIDE A DOMICILE DANS LA PERSPECTIVE D'UNE MEILLEURE QUALITE DE SERVICE

1. DES PROFESSIONNELS EN QUETE DE LEGITIMITE

1.1. L'inégal accès à la formation

Les différentes catégories de personnes qui interviennent à domicile le font par le biais d'associations (prestataires, mandataires et intermédiaires) ou d'entreprises privées depuis 1996, ou directement de gré à gré. La formation n'est pas réglementée et aucun diplôme n'est obligatoire pour exercer le métier d'aide ménagère. 20 %⁵ d'entre elles, seulement, sont titulaires du CAFAD en Bretagne. Dispensé par l'IRTS, ce certificat a un coût direct de 12 500 francs et un coût indirect généré par le nécessaire remplacement des personnes pendant leur formation en cours d'emploi. Toutefois, même quand l'accès à la formation est possible, le problème du remplacement du personnel ainsi mobilisé se pose de façon cruciale. Outre l'aspect du coût de ce remplacement, la qualité et la continuité du service rendu ne sont pas à négliger. Or les vacataires recrutés pour assurer ce remplacement ne bénéficient en général d'aucune formation.

La première inégalité d'accès à la formation est issue de la nature même de l'employeur. Si cet accès est possible, bien que difficile en raison des moyens financiers limités⁶ et du temps de travail souvent à temps partiel, dans le cadre des associations prestataires, il devient exceptionnel pour le gré à gré. En effet, ce secteur se caractérise par un modèle de type multi-employeurs ne permettant que très rarement la formation et la reconnaissance sociale de la compétence.

Paradoxalement, les dispositifs visant à réduire le coût de l'embauche pour l'aide à domicile ont développé le secteur de l'emploi de gré à gré, pénalisant du même coup l'accès à la formation :

- Loi n° 87-39 du 27 janvier 1987 , mesures d'exonération patronale ;
- Loi n° 94-974 du 10 novembre 1994, chèques emploi services ;
- Loi n° 96-63 du 29 janvier 1996, exonération des charges patronales pour les personnes de plus de soixante dix ans et mesures de réductions fiscales.

En 1997, Martine AUBRY dénonçait déjà « l'empilage des dispositifs et le paradoxe qu'il y a à conduire les personnes âgées les plus dépendantes à être employeur de personnes sans qualification, ni encadrement ».

Le coût de la formation n'est pas le seul frein car les faibles moyens financiers des associations ne permettent pas toujours de suivre les revalorisations salariales qui accompagnent l'obtention du certificat. Les budgets des associations sont souvent limités, d'où une enveloppe restreinte dédiée à la formation.

A cette inégalité d'accès à la formation selon le type d'employeur et le budget disponible, s'ajoute une inégalité géographique. Toutes les régions ne sont pas aussi dynamiques et la Bretagne bénéficie par exemple d'une convention

⁵ Entretien avec Monsieur ASTOLFI FRANCHI, DRASS D'Ille et Vilaine – Octobre 2000

⁶ Entretien avec Madame EZANNO, A.D.R. d'Ille et Vilaine – Octobre 2000

DRAF/DRASS/Education Nationale/ADMR, permettant d'établir un lien entre le BEPA et le CAFAD.

Enfin, si l'on prend en compte la formation des personnes intervenant à domicile comme un facteur essentiel de la qualité du service rendu, il est nécessaire de citer les bénévoles. Associatifs ou « aidants naturels », ceux-ci ne bénéficient que très rarement d'une formation.

1.2. La précarité de l'emploi

L'aide à domicile des personnes âgées offre des emplois souvent qualifiés de précaires.

En premier lieu les temps pleins sont rares : les personnes employées ont des emplois du temps hors normes et conjuguent souvent plusieurs emplois. La juxtaposition des statuts pour un même intervenant, qui peut être tour à tour salarié d'une association prestataire pour quelques heures et salarié d'une personne âgée par le biais d'une association mandataire, en est la preuve. De plus, les périodes de cessation temporaire d'activité, afin de répondre aux nécessités de la vie familiale, sont fréquentes, dans un milieu essentiellement féminin.

Les nécessaires capacités d'adaptation, d'initiative et relationnelles font du travail à domicile une tâche difficile demandant un certain investissement, afin de satisfaire les besoins de chaque personne âgée. Peu reconnu socialement, rémunéré au niveau du SMIC, ce type d'emploi nécessite des horaires de travail adaptables et souples. Par ailleurs, les faibles possibilités d'évolution de carrière induisent un turn-over rapide et massif.

Le développement du chèque emploi service ne rend par ailleurs pas nécessaire le recours à une association mandataire, ce qui pose la question de la dilution du lien salarial et de la précarisation de ces emplois.

Enfin, la création des associations intermédiaires par la loi du 27 janvier 1987, a permis l'embauche de personnes éprouvant des difficultés de réinsertion en leur offrant du temps de travail. Cet outil d'insertion, élément d'une politique de résorption du chômage, assimile l'aide à domicile à des « petits boulots » ne nécessitant pas de qualification.

Ainsi, la « création d'un secteur d'insertion bas de gamme, réservé à ceux qui n'ont pas d'autres possibilités, perpétue les inégalités »⁷ Cela devient une activité transitoire..

De cette précarité, découlent en partie, l'insuffisante valorisation et reconnaissance des formations de l'aide à domicile.

1.3. L'insuffisante valorisation et reconnaissance des formations

Le premier critère d'évaluation d'une formation est sa capacité à répondre aux besoins exprimés. La définition de ces besoins est donc primordiale. Or, cette dernière est essentiellement le fruit de réflexions des professionnels: l'implication des usagers, c'est-à-dire des personnes âgées et de leurs familles, est minime.

Ce sont en effet les professionnels qui analysent quantitativement et qualitativement les besoins émergents et les déterminent au sein des Commissions Professionnelles Consultatives. Des dossiers d'opportunité de création de formations y sont élaborés.

⁷ La dépendance des personnes âgées – Des services aux personnes âgées aux gisements d'emplois, B DHERBEY, Ph PITAUD, R VERCAUTEREN, Pratique du champ social, Eres, 1996

Cependant, l'évaluation des besoins des usagers est de plus en plus réalisée par l'intermédiaire des associations d'usagers, comme le CODERPA. Une des missions qui lui est dévolue est d'informer ceux qui jouent un rôle d'intermédiaire ou de relais auprès des personnes âgées, c'est-à-dire ceux qui, par leurs attributions politiques, administratives ou sociales, ont à connaître des problèmes vécus par les personnes âgées et ont à prendre vis-à-vis d'eux des positions et des décisions collectives ou individuelles.

D'autre part, il est à noter que le thème de la qualité n'est jamais abordé en tant que tel au cours des formations: il demeure un thème transversal.

La quête de légitimité des professionnels s'explique par la précarité de leur emploi, un accès à la formation souvent difficile, et une valorisation insuffisante de leurs qualifications.

La formation acquise n'est souvent pas assez exploitée par les différents acteurs en présence.

Sa reconnaissance est un enjeu capital, et sa valorisation une condition essentielle à la motivation des personnes formées. Enfin, l'aspect « formation continue » et les évaluations a posteriori doivent être développés.

- Une reconnaissance identitaire embryonnaire

L'assimilation abusive des services de proximité avec des « petits boulots » ne correspond pas à la réalité d'emplois professionnalisés. Les compétences réclamées et acquises sont réelles et importantes. La complexité du système de formation et des diplômes rajoute à cette confusion, en rendant les diverses qualifications opaques.

Cette décrédibilisation du travail de professionnels met en cause leur identité propre, et développe un mal-être renforcé par les mutations actuelles des besoins des personnes âgées.

Le problème rejoint un débat capital sur ce que doit être la priorité des services de proximité : offrir un service de qualité ou permettre de réduire les chiffres du chômage ?

En effet, dans le cadre de la politique de lutte contre le chômage en France, l'intérêt porté aux services de proximité est croissant du fait du potentiel de création d'emplois. La demande est supposée être en pleine expansion en raison des évolutions démographiques, sociales et culturelles : devant l'ampleur des « besoins non satisfaits » et malgré les difficultés d'estimation, toutes les études réalisées depuis une dizaine d'années convergent pour reconnaître l'existence d'un gisement potentiel d'emplois dans les services aux personnes, et notamment dans le domaine de l'aide à domicile pour les personnes âgées.

Cependant, la pérennité de ces mêmes services n'est assurée que si la priorité est donnée à la qualité du service, faute de quoi les besoins ne seront pas satisfaits et l'offre en pâtira.

- L'absence de valorisation de compétences particulières

Il s'agit tout d'abord de l'absence de reconnaissance de certains diplômes par rapport à d'autres.

Le CAPA et le BEPA sont deux diplômes professionnels de niveau 5 dépendant du ministère de l'agriculture.

En pratique, ce sont les meilleurs élèves de 4^{ème} et de 3^{ème} préparatoires à projet professionnel qui sont orientés vers le BEPA. Ce brevet valait d'ailleurs admissibilité pour les concours d'aide-soignante et d'auxiliaire de puériculture. La région Bretagne travaille par ailleurs sur les liens du BEPA avec le CAFAD, partant de l'idée que le BEPA option services aux personnes constitue une bonne base de préparation au CAFAD.

Or, Mme Claireaux, responsable de la filière BTS méthodologie de projet au lycée technique de E.Michelet de Fougères, rejoint la position de M.Astolfi-Franchi, responsable des professions sociales à la DRASS de Rennes, à savoir que la différence entre les titulaires du CAPA et du BEPA n'existe pas sur le terrain. Le BEPA n'est absolument pas valorisé, les fonctions occupées et les salaires étant la plupart du temps identiques.

D'autre part, les personnes titulaires du CAFAD ne sont, en général, pas mieux payées que les autres. Il y a là un véritable problème de reconnaissance selon M.Astolfi.

Mais il s'agit également de reconnaître les compétences acquises sur le terrain. Cela touche à un défi majeur des services de proximité: se professionnaliser sans pour autant sanctionner les personnes dont les qualifications découlent uniquement de l'expérience.

Dans cet objectif, les différents ministères concernés sont en train d'expérimenter la possibilité de faire certifier ces compétences, dans le domaine des services à la personne, à travers les "validations des acquis professionnels". Les assistants de vie sont particulièrement concernés.

▪ Une formation continue peu développée

Dans un domaine où pourtant les besoins des personnes âgées évoluent constamment, la formation continue n'existe quasiment pas, hormis quelques exceptions:

- Le BEPA services aux personnes peut être obtenu en un an, par le biais d'une formation continue délivrée par les Centres de Formation pour la Promotion Professionnelle des Adultes (CFPPA).
- Pour le CAFAD, des formations de courte durée (environ 40 heures) sur la déontologie, l'ergonomie ou l'accompagnement à la mort sont organisées.
- Dans l'Education Nationale, les GRETA (groupements d'établissements) interviennent pour assurer un complément de formation à la demande de certaines associations d'aide à domicile, parmi lesquelles l'ADMR (aide à domicile en milieu rural) ou en réponse à des appels d'offre.

A l'AFPA par contre, aucun suivi ni perfectionnement n'est proposé aux stagiaires.

Or, les quelques expériences menées sont concluantes, comme le prouve celle menée dans la formation d'auxiliaire en gérontologie. En effet, les acteurs professionnels, en institution et à domicile, ont pu ainsi être introduits dans la formation qui a été modularisée dans ce but. Cette organisation a permis d'accueillir simultanément, dans un même groupe, et pour certains modules, des responsables de maison de retraite, des infirmières, des aides-soignantes, des agents de service, et même des jeunes en CES. Sur le plan pédagogique, ce type de modularisation a permis aux plus inexpérimentés de bénéficier d'une transmission plus rapide de certains savoirs, et ce dans un autre contexte que l'alternance.

L'évolution des formations vers un principe de modularisation qui, selon les options choisies, constitue une "mention complémentaire " pour des personnes ayant déjà obtenu des diplômes de niveau 5 et plus, est donc une piste à explorer.

▪ Une évaluation a posteriori quasi absente

Poursuivre une démarche qualité implique d'introduire la notion d'évaluation, aussi bien de la formation que par la suite des compétences des personnes formées.

Ces deux dimensions sont le plus souvent ignorées. Les responsables du CCAS avouent en effet qu'il n'existe pas d'outil de mesure de la satisfaction des usagers après la formation des aide ménagères, en dehors des plaintes et lettres de remerciement.

Des associations prévoient cependant d'y remédier dans un avenir proche. L'ADR a notamment décidé d'effectuer un bilan de satisfaction auprès de ses clients.

Ces divers dysfonctionnements sont donc souvent en cours d'amélioration.

Cependant, des réformes d'envergure sont nécessaires afin d'atteindre véritablement l'objectif qualité.

2. LA DEMARCHE QUALITE AMENE A UNE VERITABLE REFONTE DE LA FORMATION

2.1. La qualité : un concept large mais essentiel

Il apparaît très vite qu'il n'existe pas aujourd'hui de définition claire et unanime de la qualité en matière d'aide à domicile. En effet, on accole souvent à cette notion un faisceau d'éléments objectifs tels que la qualification des personnels, les moyens ou la variété des prestations (critères de l'agrément qualité de la DDTE). Toutefois, aucune véritable définition claire et surtout adoptée par tous les acteurs de l'aide à domicile ne semble s'imposer.

Pourtant la qualité est une notion primordiale. En effet, la qualité du service aux personnes est un enjeu de santé publique, et dans ce contexte, la formation a un rôle important à jouer puisqu'elle se révèle un levier essentiel de cette qualité, en ce qu'elle se donne pour objectif d'optimiser l'action des intervenants à domicile.

Il nous est dès lors possible, au vu des entretiens, de rassembler quelques éléments fondamentaux qui introduisent la qualité dans la formation, et qui se profilent ces quatre dernières années :

✓ L'adaptabilité : l'enjeu est de comprendre que chaque personne âgée est unique, et qu'elle demande une approche spécifique.

✓ Dans cet esprit, il s'agit d'introduire l'approche comportementale ; la qualité de service induit de parvenir à une compréhension de la personne, non pas dans sa dimension de malade, ou de personne dépendante, mais en tant que personne humaine, voire même en tant que personne citoyenne qui a sa place dans la société. En refusant d'enfermer la personne dans sa dimension pathologique, l'acteur de l'aide à domicile peut tenter de parvenir à sa compréhension.

✓ La maîtrise de la technique n'est toutefois pas à négliger. En effet, il paraît indéniable que l'aide à domicile est un véritable métier, qui ne s'invente pas. On a trop longtemps considéré que le fait de posséder du bon sens, une grande bonne volonté et une certaine habitude suffisaient. Si ces éléments sont en effet indispensables, il apparaît que le travail d'aide à domicile s'apprend, tout comme celui d'aide soignante.

Il semble donc se dégager, lentement et partiellement toutefois, une certaine vision de la qualité, dont la base est la prise en compte de la personne humaine, à l'image de la charte des droits et des libertés des personnes âgées qui écrit dans son douzième et dernier article : "les personnes âgées ont droit au respect absolu de leur liberté d'adulte et de leur dignité d'être humain".

2.2. Des référentiels juridiques qui imposent la prise en compte de la qualité

L'apparition progressive dans les discours de la notion de qualité s'est accompagnée en 1996 d'une nouvelle procédure appelée "agrément qualité". Il complète l'agrément simple lorsque l'intervention se fait auprès d'un public fragilisé (enfants de moins de trois ans, personnes de plus de 70 ans, personnes handicapées). Il doit donc s'imposer comme un gage de professionnalisme. Cet agrément, délivré par la DDTE, après avis de la DDASS et passage en CROSS, doit garantir la qualité de la prestation.

Toutefois, il est impératif de nuancer la portée de cet agrément : cet agrément exige des contrôles sur place qui en pratique sont rarement réalisés et son fondement mal compris du fait de la difficulté à faire émerger une véritable définition de la qualité.

Il est intéressant de signaler un autre outil qu'est le schéma départemental d'équipements sociaux et médico-sociaux. Si celui-ci n'est pas uniquement et spécifiquement un référentiel qualité, il introduit cette idée et s'impose aux services.

Ces référentiels instaurent un climat de prise en compte de la qualité dans lequel la formation doit se fondre. Malgré toutes les difficultés et tous les dysfonctionnements relevés précédemment, on ne peut nier l'émergence de démarches volontaristes en matière de qualité dans la formation des acteurs de l'aide à domicile.

2.3. Les expressions de la démarche qualité dans la formation des professionnels de l'aide à domicile.

Il est nécessaire de comprendre que les relations entre formation et qualité en matière d'aide à domicile s'établissent par deux biais : la formation est un outil voire un gage de qualité de service tandis que la qualité du service doit être elle-même promue au sein des formations.

Ainsi, si l'existence même de la formation est un levier essentiel de qualité, l'augmentation du nombre de ces formations est déjà en elle-même une avancée. Dans beaucoup de services d'aide à domicile, il y a 20 ans, on ne trouvait que des personnes sans qualification. Le réservoir d'emplois que constituait ce secteur au moment de la crise l'a maintenu dans cette non-professionnalisation. Aujourd'hui le développement, même lent, du CAFAD dans les différents services est révélateur d'un progrès indéniable.

Il est important de préciser les approches de la qualité au sein même des formations.

D'une part, la réalisation d'enquêtes auprès des professionnels pour connaître les besoins de terrain ont permis un affinement des formations. Cette évaluation des besoins se fait d'ailleurs à deux niveaux. En effet, en plus du niveau national dans l'élaboration des référentiels des formations, au niveau local, les professionnels interviennent de façon régulière dans la démarche de formation. Toutefois cette démarche n'est possible que lorsque le service est en mesure d'offrir en retour un plan de formation.

D'autre part, on assiste à une diversification des thèmes de formation, qui introduisent de plus en plus une approche comportementale, dans une vision plus psychologique du métier. A une nécessaire technique, on tente d'ajouter une approche humaine. Ainsi, le CCAS de Rennes propose à ses aides ménagères pour 2001 des formations à l'accompagnement de fin de vie, au soutien psychologique, au projet de vie à domicile, ou à la communication avec l'utilisateur. Ces formations doivent être l'occasion d'échanges sur des situations auxquelles chacune a à faire face, dans le cadre de groupes de parole, ou même de jeux de rôle. Ce type de formations est d'ailleurs très demandé par des aides ménagères souvent très seules, livrées à elles-mêmes face à des personnes parfois en grande difficulté. Ces groupes de parole peuvent être l'occasion d'un véritable échange d'expériences parfois lourdes à porter. Toutefois, elles ne sauraient se substituer à un manque d'encadrement encore prégnant dans le domaine de l'aide à domicile. L'absence de réunions formalisées des aides ménagères est à regretter, et ces formations ne doivent pas constituer des palliatifs...

Il existe enfin des démarches en matière de formation qui ont pour volonté de pallier le manque criant de coordination.

D'une part on voit émerger de nouvelles formations, notamment initiales, d'encadrants. Le manque d'encadrement contribue indéniablement à la non-qualité. C'est pourquoi l'existence de personnes formées aux fonctions d'animation d'équipes et de projets semble primordiale. Le BTS méthodologie de projet de Fougères est en cela une expérience

intéressante, même si sa jeunesse interdit des conclusions hâtives. De même le diplôme TISF va dans ce sens. Restent à connaître les débouchés et l'écho futur de ces nouvelles formations auprès des employeurs.

D'autre part, l'existence de conventions interministérielles ou interinstitutionnelles en matière de formation peuvent être l'aube d'une meilleure coordination entre les différents diplômés.

CONCLUSION

Le contexte démographique et social a entraîné une réflexion des politiques sur la possibilité d'une prise en charge des personnes âgées, et plus précisément des personnes âgées dépendantes, avec un objectif affirmé de maintien à domicile. La prise en charge réussie de ces personnes représente par conséquent un enjeu de santé publique de plus en plus prégnant. Parvenir à la réussite de cette prise en charge signifie offrir aux usagers un service de qualité.

Mais la réussite de cet objectif de qualité est complexe. En effet, la qualité apparaît être une notion diffuse, autour de laquelle les intervenants ne trouvent pas de définition unanime. Par ailleurs, le manque de coordination et la diversité des services d'aide à domicile ont conduit à une prise en charge polymorphe, et dont la qualité pâtit quotidiennement. Ce manque de coordination s'est établi largement sur l'affrontement de deux logiques contradictoires qui ont sous-tendu tout le secteur de l'aide à domicile :

D'une part la logique économique, avec la manne non négligeable d'emplois peu qualifiés qu'a constitué ce secteur

D'autre part, la logique sociale ou logique de service aux usagers, qui exige une démarche qualité et une réelle vision de l'aide à domicile comme un métier à part entière, demandant par conséquent une grande professionnalisation du secteur par des formations adaptées.

Nous avons donc analysé les formations des intervenants à domicile aujourd'hui pour savoir si elles étaient en mesure de répondre à l'objectif de qualité de service aux personnes.

La réponse à l'interrogation sur la pertinence des formations dans un objectif de qualité de service est difficile.

En effet, le flou caractérisant l'offre d'aide à domicile se retrouve dans le foisonnement peu cohérent des formations et de leurs ministères de tutelle qui concourt à l'inefficacité. Par ailleurs, l'accès à cette formation apparaît encore insuffisant et surtout inégal.

Pourtant, on ne peut nier de réelles démarches dans un sens de prise en compte de la qualité au cœur des formations, et du besoin de formation comme gage de qualité, notamment à travers toute l'approche comportementale qui induit la création de lieux d'échange dans une profession où les intervenantes sont très souvent seules. La création de conventions interministérielles sur les formations participe également de ce mouvement d'harmonisation, et donc de qualité.

Mais de nombreuses évolutions nous semblent encore nécessaires, dans une perspective d'adéquation des formations à l'objectif de qualité.

- La définition des besoins est un objectif essentiel dans une démarche de qualité. Cette qualification des besoins doit d'ailleurs se situer à deux niveaux : du point de vue des professionnels et du point de vue des usagers. Il est ainsi indéniable que les formations sont de plus en plus issues des demandes et des réflexions des professionnels. Toutefois, la proportion des acteurs de l'aide à domicile qui peut exprimer ses besoins est encore insuffisante, et beaucoup d'intervenants n'ont pas l'occasion ou éprouvent des difficultés à les faire émerger. L'évaluation des besoins auprès des usagers est quant à elle quasiment inexistante : il est urgent de mettre en place des réseaux avec des associations d'usagers pour les faire remonter de façon pertinente ; cette connaissance des besoins pourrait

permettre d'optimiser les contenus des formations et au niveau local d'aider chaque intervenant à adapter sa prise en charge face à chaque personne.

- Une autre évolution primordiale est bien sûr l'harmonisation des formations avec dans l'idéal une seule institution référente et organisatrice.
- Enfin, il s'agit d'accroître la professionnalisation à travers l'existence de réseaux de prise en charge. Le réseau de coordination gérontologique peut être une porte d'entrée pour une meilleure formation des personnels non-soignants de l'aide à domicile. De plus leur existence peut permettre de pallier l'isolement très marqué des intervenants à domicile, en les intégrant dans une équipe cohérente. Si cette coordination s'avère difficile, la systématisation des cahiers de liaison entre tous les acteurs intervenant au foyer de la personne est le minimum indispensable.

Ces trois préconisations nous semblent essentielles pour refondre le système de formation du secteur de l'aide à domicile dans une réelle démarche de qualité de service aux personnes âgées. Il est de notre rôle de professionnels du secteur sanitaire et social d'impulser ces changements.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

AMYOT J.J., Travailler auprès des personnes âgées, Toulouse, Ed. Privat, 1994

ARGOUD D, GUISSSET M.J, VILLEZ A, L'accueil temporaire des personnes âgées, Paris, Ed Syros, 1994

DHERBEY B, PITAUD P, VERCAUTEREN R, La dépendance des personnes âgées, Ramonville St Agne, Ed. Eres, 1996

GILLETE A, Accueillir les personnes âgées, l'archipel médico-social, Paris, Ed. du moniteur, 1989

MEMMI A, La dépendance, Paris, Ed. Gallimard, 1979

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, L'aide à domicile et les employés de maison, Ed. La Documentation Française, Février 2000

TANGUY-MAUFFRET Martine, La coordination gérontologique, Ed Chronique Sociale, Lyon, Juin 1994

THEVENET A, Le quatrième âge, Paris, Ed. Presses Universitaires de France, 1989

VEYSSET B, DEREMBLE J.P., Dépendance et vieillissement, Paris, Ed. l'Harmattan, 1989

VILLEZ A, L'aide à domicile aux personnes âgées, les associations face aux nouveaux dispositifs d'aide à domicile, UNIOPSS, 1989

ARTICLES et REVUES

BLOCH-JANIN F, « en 2010, 40% des français auront plus de 50 ans » Le quotidien du médecin n° 5787, Février 1996, P.15

CEREQ – Lise CAUSSE, « Emplois familiaux entre développement de l'activité et recomposition du secteur de l'aide à domicile », convention n° 38/94 commissariat général du plan, octobre 1996

LENOIR R, Union sociale, « l'accueil temporaire des personnes âgées », N° 68, Février 1991

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques, « Les emplois familiaux et les organismes de services aux personnes en 1998 et 1999 », Dares, n° 40.4., octobre 2000

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques, « l'évolution des emplois familiaux de 1992 à 1994 », Dares, n° 109, Août 1995

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité – Direction de la Recherche des Etudes de l'évolution et des Statistiques, Gérard BADEYAN, Christel COLIN, « les personnes âgées dans les années 90 », n° 40, novembre 1999

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité – Direction de la Recherche des Etudes de l'évolution et des Statistiques, Blanche LE BIHAN, Claude MARTIN, « La prestation spécifique dépendance à domicile en pratiques dans 6 départements », n° 64, mai 2000

Observatoire régional de la Santé des Pays de la Loire, « La branche professionnelle des aides à domicile », Conseil régional des Pays de la Loire, 1999

Solidarité – Santé, Christel ACIAGA, Murielle MONROSE, « l'aide et les soins à domicile », n° 2 et 3, 1998-171

MEMOIRES

Claude GARCIA, « La prise en compte de la personne âgée : Complémentarité d'une unité thérapeutique et d'un service de soins », CAFDES 1996, ENSP

Martine VALUN, « Développer la coordination pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées », CAFDES 1998, ENSP

ANNEXES

Compte-rendu de l'entretien avec Monsieur ASTOLFI-FRANCHI, responsable des professions sociales à la DRASS de Rennes.

La DRASS a une compétence générale dans les filières de formation du Social qui s'appuie sur l'organisation de l'appareil de formation, la responsabilité d'un schéma régional de formation du social et l'agrément des écoles pour lesquelles elle assume un contrôle financier et pédagogique.

Il s'agit d'une responsabilité territoriale à partir de prérogatives déconcentrées et de textes nationaux.

Nous sommes actuellement dans une période charnière. C'est la fin d'un parcours puisqu'un nouveau texte relatif à la formation dans le cadre de l'aide à domicile va sortir en 2001.

L'aide à domicile est apparue sur le plan de la formation en 1988 avec le décret du 30 novembre relatif à la création du CAFAD (Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Aide à Domicile – Niveau V). Le CAFAD est un diplôme polyvalent du point de vue des populations visées. Avant 1988, les aides ménagères intervenaient auprès des personnes âgées, les auxiliaires de vie auprès des handicapés et les travailleuses familiales auprès des familles. Avec le CAFAD, toutes les populations sont visées grâce à la transposition d'un savoir-faire d'une population à une autre car cette profession s'appuie avant tout sur sa méthode d'intervention.

C'est une formation en alternance qui se fait en cours d'emploi, ainsi, la relation pédagogique (terrain/école) est très forte. Le principal point faible de ce diplôme est son rapport au sanitaire.

En 1993, la réforme du CAFAD a permis d'accroître le nombre d'heures de formation (de 250 h à 280 h) tout en introduisant la notion de soins. Les infirmiers libéraux ont déposé un recours et l'arrêté a été annulé, remettant ainsi en vigueur le texte de 1988.

La formation s'étale donc sur une année avec 250 h de cours (6 semaines) et 120 h de stages (3 semaines) pour un coût de 13 000 francs. Actuellement, un comité de pilotage national pour la réforme du CAFAD travaille sur le texte qui devrait sortir en 2001.

La 2^e particularité du CAFAD est qu'il s'agit d'une profession définie par une notion territoriale et non professionnelle. « l'Aide à Domicile » ne renseigne pas sur l'acte posé mais sur un lieu d'intervention. Le débat est en cours pour une modification de l'intitulé tel que « Aide à la personne ».

Le CAFAD est dispensé dans les écoles des travailleurs sociaux et non pas dans les IFSI. Il relève bien du domaine du social.

En septembre 1999, un nouveau texte a construit un niveau IV de formation, « le TISF » (cf : Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale). Cette appellation a remplacé l'ancienne appellation des travailleuses familiales. Le TISF est polyvalent car il peut intervenir aussi bien à domicile qu'en établissement. Toutes les travailleuses familiales en fonction au moment de la réforme ont été réputées détenir le TISF.

Il existe aussi un Certificat d'Employé Familial Polyvalent mis en place par la Fédération des Employeurs de Personnels de Maison. Une employée de maison coûte moins cher qu'une aide à domicile. De ce fait, comme le secteur n'est pas réglementé, on assiste au développement d'une compétence sur la personne elle-même. Pourtant, une

employée de maison ne peut toucher qu'à l'environnement de la personne et non pas à la personne elle-même.

B.E.P → Mention complémentaire « Aide à Domicile » : Education Nationale

BEPA SAP → BEP Service aux Personnes : Ministère de l'Agriculture

CAFAD → Affaires Sociales

CAPA → CAP de services en milieu rural : Ministère de l'Agriculture

Certificat d'Employée Familiale → Diplôme de branche

Tous ces certificats et diplômes sont de niveau V. Il n'existe pas de réelle valorisation. Les titulaires du CAPA et du BEPA ont, le plus souvent, le même salaire et les mêmes fonctions. De même les personnes titulaires du CAFAD ne sont, en général, pas mieux payées que les autres. Il y a là un réel problème de reconnaissance.

Au niveau de la mise en place de ces formations, cela reste confus car chacun des partenaires veut créer son propre diplôme. Ainsi, un diplôme d'assistant de vie développé par le Ministère du Travail et mis en œuvre par l'AFPA a été créé en juillet 2000. Le principal argument a été la réduction du nombre des demandeurs d'emplois. L'existence du CAFAD a été alors ignorée et le Social complètement court-circuité, ce qui est aberrant.

Pour le Social, il s'agit de la construction d'un service alors que pour la Direction du Travail, il s'agit de réduire le nombre de chômeurs. Il s'agit pourtant dans l'intérêt de tous de trouver un terrain d'entente et d'unifier le système.

En Bretagne, il y a une convention DRASS – EDUCATION NATIONALE – DRAF qui traduit une bonne coopération entre les différents ministères. Dans les faits, le gros problème subsiste au sein du même ministère : Avec l'AFPA et la Direction du Travail.

Le domicile correspond à un moment de la vie de la personne âgée, mais il y a aussi l'hôpital et la maison de retraite. Ces périodes se succèdent avec d'éventuels retours au domicile et la nécessité d'un interlocuteur permanent devrait s'imposer. Les professionnels ne sont pas organisés et la moitié des prestations se fait de gré à gré et non pas dans le système prestataires – mandataires. Pour les employeurs, le CAFAD est un point de repère et constitue une garantie. Il y a environ 17 000 intervenants en Bretagne auprès de la population et environ 20 % d'entre eux sont titulaires du CAFAD. Ce qui est plutôt bien car nous sommes partis de zéro !.

Il existe des formations continues de courte durée (environ 40 heures) sur la déontologie, l'ergonomie ou l'accompagnement à la mort.

« L'agrément qualité » a été créé pour garantir la qualité de la prestation, c'est un des volets d'un agrément plus général : l'agrément simple. Lorsqu'un service veut vendre des temps de travail concernant l'intervention sur l'environnement de la personne, il y a nécessité d'obtenir un agrément simple de la Direction du Travail. Selon les populations visées, il peut y avoir aussi nécessité d'un agrément qualité :

- enfant de moins de 3 ans ;
- personnes de plus de 70 ans ;
- personnes handicapées.

La démarche à suivre :

- 1) Dépôt d'un dossier à la Direction du Travail ;
- 2) La Direction du Travail fait suivre le dossier à la DDASS ;
- 3) La DDASS instruit le dossier ;
- 4) La DDASS envoie le dossier au CROSS ;

5) L'avis du CROSS est transmis à la DDT (Direction Départementale du Travail) ;

6) La DDT transmet au Préfet sa proposition (Cet organisme n'est pas tenu de suivre l'avis du CROSS ou de la DDASS).

Mais sur quel critère accorde-t-on un agrément qualité ou non ? Il y a une réelle difficulté à faire émerger la notion de qualité, qui n'est pas comprise car pas définie. La formation et la qualification du personnel est un des éléments de qualité mais le CAFAD n'est pas exigé.

Il serait préférable d'avoir une solution unique à des situations semblables. D'où la nécessité d'une harmonisation de la formation, de la qualification, de l'organisation et du financement. La disparition du gré à gré au profit d'un prestataire et un mode de financement unique constituerait un élément de solution. Un prestataire cotise à hauteur de 1 % pour la formation de ses salariés. Pour un mandataire, il n'y a pas de cotisation. Pour le gré à gré (personnel de maison), la cotisation est de 0,1 %.

La dernière réforme de l'Administration Centrale relative aux personnes âgées a placé cette population sous la Direction de l'Offre de Soins après avoir été placé sous la tutelle de la Direction de la Santé, ce qui est loin d'être neutre.

Compte-rendu de l'entretien avec Maryse EZANNO coordinatrice de l'association .L'AIDE A DOMICILE DE RENNES (ADR)

Cette structure regroupe deux associations, la première, créée en 1984 emploie des personnels assurant l'aide à domicile et la seconde, plus spécifique, gère un groupe de travailleuses familiales. L'origine de l'existence de cette 2^e association fait suite à l'observation des besoins faite sur le terrain. Cette structure bénéficie d'un agrément simple et d'un agrément de qualité accordés par la Préfecture.

La zone d'intervention de l'ADR couvre la ville de Rennes en fonction de la demande. Cette association emploie 20 salariés en CDI et 2 à 3 agents en CDD (uniquement du personnel féminin). La majorité exerce son activité à temps partiel (4 à 6 heures / jour).

A ce jour, le tarif appliqué par l'association est fixé à 87 F de l'heure. Il tient compte du salaire de base, des 10 % de congés payés et les charges de gestion courante de l'association. Il est important de préciser que l'activité polyvalente des employés est expliquée par le souci d'équilibre dans la prise en charge d'une population hétérogène et par le fait que la CRAM ne délivre qu'un seul agrément spécifique aux personnes âgées par ville. A ce jour, c'est le CCAS de Rennes qui détient cet agrément.

Secteur « travailleuses familiales » :

Les travailleuses familiales sont soumis à une tarification fixée par la CAF et n'interviennent auprès des familles qu'après avoir obtenu l'accord de la DDASS ou de la CPAM.

Secteur « Aide à Domicile » (convention de 1983):

Le service d'Aide à Domicile est financé par l'intermédiaire des organismes suivants :

- Caisses de retraites
- CPAM
- DDASS
- Les mutuelles et les assurances
- Comités d'entreprise (en vigueur depuis 1 an)
- Les personnes imposables prenant en charge la totalité du coût des prestations (NB : Ils constituent la majorité de la clientèle).

Le financement est un remboursement sur la base de 78,20 F pour la CPAM , la DDASS et certaines mutuelles de la fonction publique Cette base de remboursement est loin de correspondre au coût réel engendré par les prestations offertes, ce qui met l'association en difficulté pour assurer la gestion de ce service. Les autres financeurs appliquent une base de remboursement compris entre 85,00 et 88,00 F qui convient à l'association pour l'heure actuelle.

L'aide à domicile est composée de 2 services :

- 1) Service « prestataires » → l'association est employeur des aides à domicile qui représente l'essentiel des activités de l'association ;
- 2) Service « mandataires » → le particulier est l'employeur direct.

Au bilan 1999, il ressort que l'association est intervenue auprès de 302 familles pour les motifs suivants : Maladies, accidents, surcharge de travail ou handicap et personnes âgées.

Le recrutement des aides à domicile s'établit à partir d'un entretien d'embauche. Le profil retenu pour les plus jeunes est fonction des diplômes acquis (BEP sanitaire et social, Mention complémentaire d'aide à domicile, CAFAD). Pour les postulants d'âge plus mûr, ils tiennent compte de l'expérience professionnelle de la personne en lui proposant par la suite de suivre la formation du CAFAD.

Chaque année, l'association essaye, autant que possible, en fonction de ses moyens financiers, de proposer un plan de formation au profit de ses salariés. Cependant, l'association dispose d'un faible budget de formation (droit de tirage de 20 000 à 25 000 francs annuels octroyé par Uniformisation). Sauf dans le cadre de crédit exceptionnel versé par l'accord tripartite passé avec le concours du Fonds Européen dont l'association a été bénéficiaire en 1999.

Par ailleurs, l'association met en place une formation interne chaque année d'une durée de 2 jours environs. Cette année, le thème abordé fut la manutention à la fois des personnes et des charges de la vie courante à domicile (courses, gaz...). Le choix du thème est décidé d'un commun accord avec les salariés. Pour la prochaine session de formation du personnel, il sera proposé le thème de l'Euro.

Les faibles moyens financiers actuels constituent un frein à la démarche formation car celle-ci doit s'accompagner automatiquement d'une revalorisation salariale. Ce qui est, pour l'heure actuelle, difficilement conciliable avec les problématiques actuelles ;

- démarche qualité ;
- reconnaissance de la profession.

Dans le cadre de la démarche qualité, l'association prévoit d'effectuer un bilan de satisfaction auprès du client et assure régulièrement des réunions de son personnel pour partager les informations et les difficultés éventuelles. D'autre part, des entretiens individuels sont également réalisés directement avec la coordinatrice.

Pour la prise en charge des personnes atteintes du Sida, il est prévu un travail en réseau avec la participation de Aide Sida Bretagne qui assure un soutien psychologique pour le personnel concerné.

Par rapport aux organismes publics (CCAS), les points forts de cette association sont constitués par :

- 1) une régularité et un référent dans le suivi de la personne pendant des années ;
- 2) un travail privilégiant une approche et une écoute plus soutenue de l'utilisateur ;
- 3) une volonté de travail en réseau (existence d'un cahier de liaison)
- 4) une simplification dans la procédure de constitution du dossier administratif d'inscription du bénéficiaire .

Cette association est adhérente auprès de la Fédération Nationale des Associations d'Aide à Domicile en Activités Regroupées (FNADAR). Celle-ci axe son travail dans la recherche d'une uniformisation des modes de fonctionnement et de la tarification des prestations offertes.

En conclusion, dans le secteur associatif, nous pouvons dire que la démarche qualité du service aux personnes ainsi que la démarche formation passent par une nécessaire harmonisation des tarifs appliqués dans ce domaine et surtout par une volonté politique d'améliorer la prise en charge des personnes âgées. Il nous faut passer d'une économie de marché (concurrence entre organismes) à une économie solidaire.

ENTRETIEN Direction des PA du CCAS de RENNES

Mme LENAY, responsable du secteur gérontologique Centre Est

Mme BOUGET, responsable du service Maintien   Domicile du secteur Centre Est.

Présentation générale de la Direction PA du CCAS :

4 secteurs gérontologiques sur la Ville de Rennes

un service prestataire de 200 aides ménagères (statut d'agent social de la FPT) sur les 4 secteurs pour 1600 PA prises en charge,

un service mandataire de 60 aides ménagères pour 150 PA prises en charge, avec une forte précarité des emplois (temps partiel +++)

sur le secteur Centre Est : 60 aides ménagères (AM), 24 aides soignantes (AS), 3,5 infirmières, 1 équipe administrative de 5 personnes.

Recrutement des personnels d'aide à domicile :

Titulaires : elles représentent 85 % des effectifs ; les titulaires recrutées aujourd'hui possèdent un diplôme (BEP sanitaire et social, avec ou sans mention complémentaire Aide   Domicile, BEPA service aux personnes) ; les plus anciennes ont acquis une expérience sur le terrain auprès des PA et bénéficient du plan de formation (voir infra.)

Vacataires : elles représentent 15% des effectifs et constituent un volant de personnel permettant de s'adapter aux fluctuations de l'activité et aux CP des titulaires ; elles n'ont souvent aucune qualification particulière.

Plan de formation continue :

La ville de Rennes a engagé une démarche volontariste de professionnalisation de ses personnels des SAD via une politique de titularisation et de formation.

AS et infirmières : elles bénéficient d'une formation continue à la gérontologie et à la g rontopsychiatrie, via des conférences en partenariat avec le CHU de Rennes ; d'autres formations techniques (VIH, urgences ,...) leur sont également dispensées.

Aides ménagères :

Une enquête auprès des agents des SAD a été réalisée il y a 2 ans pour recenser leurs besoins et leur souhait de formation face aux situations vécues sur le terrain.

Suite à cette enquête, les types de formation proposées sont :

formations techniques en 2000 : ergomotricit , diététique, premiers secours,

formations pour 2001, 2002 : accompagnement à la fin de vie, savoir communiquer avec l'utilisateur, soutien psychologique, projet de vie à domicile.

A noter, ces formations sont particulièrement demandées par les AM, confrontées au quotidien à des situations lourdes à gérer en solitaire, avec un encadrement limité à deux réunions/an.

CAFAD :   date, 80 AM l'ont en poche ; il est réalisé par l'IRTS et financé entièrement par la ville de Rennes, tant au niveau du coût direct de la formation (12 500 f) que du coût généré par le nécessaire remplacement des personnes pendant leur formation. La durée de formation CAFAD varie de 120 h (CAFAD allégé prévu par les textes)   400 h (CAFAD long).

Il est prévu 3 AM en CAFAD long en 2001 et 3 en 2002. *(A ce rythme là, il faut qq années pour former les 200 !)*

Evaluation des Formations et démarche Qualité :

Evaluation des formations :

celle ci reste informelle, il n'existe pas d'outil de mesure de la satisfaction des besoins des usagers et de leur famille avant/ après la formation des AM en dehors des plaintes ou de lettres de remerciement

par contre, elle est formalisée au niveau des AM, qui font un retour écrit sur l'adaptation de leur formation à leurs besoins terrain.

Démarche qualité :

Le CCAS de Rennes bénéficie de l'agrément Qualité de la DDTE après avis de la DDASS et du CROSS.

De plus le CCAS souscrit à la Charte Qualité élaborée par le CG et la DDTE dans le cadre du schéma départemental de PA ; celle –ci porte sur des éléments de formation de personnels, sur la coordination, sur le plan de formation sur le terrain , sur des contrôles terrain, sur les diplômes requis à l'entrée, sur les moyens et sur la variété des types de prestations.

Les 4 responsables des services de MAD ont toutes suivi un stage « Qualité de service ».

Temps de concertation et d'encadrement :

A noter qu'il existe une grande inégalité entre AS/infirmières et AM : en effet tandis que les premières bénéficient de réunions hebdomadaires avec concertation et prise de parole , encadrées par leurs responsables, les AM semblent plus isolées sur le terrain. En dehors du passage au CCAS pour prendre leur planning de travail et de leurs périodes de formation les AM ne bénéficient que de 2 réunions par an , ce qui est peu pour s'imprégner d'une démarche qualité....

Compte-rendu de l'entretien avec Mme Desperetz, inspectrice du ministère de l'agriculture

Présentation des différentes filières concernant le service à la personne :

les 4èmes et 3èmes préparatoires à projet professionnel

Il s'agit encore d'un projet expérimental, l' Education Nationale devant encore signer les programmes.

Les élèves s'y trouvant sont en général des élèves en difficulté, qui accèdent ainsi à un enseignement de taille humaine. Très peu d'établissements publics proposent ces classes.

La volonté de départ était de créer des emplois auprès des personnes en milieu rural, en faisant découvrir le monde professionnel et les métiers aux élèves.

Parmi les modules enseignés, figurent le module « cadre de vie » qui aborde les thèmes de l'alimentation et du confort de la personne, et le module « activités de loisirs », qui concerne également les personnes âgées.

Quatre semaines de stage en milieu professionnel, c'est-à-dire dans des familles employeuses habituellement d'une personne salariée, sont obligatoires.

Les débouchés sont le CAPA pour la majorité des élèves et le BEPA pour les meilleurs d'entre eux. D'autre part, une passerelle vers un bac professionnel existe.

▪ **Le CAPA services en milieu rural**

Il est très récent, et est né d'une enquête réalisée auprès des établissements, des professionnels et d'anciens élèves. C'est un diplôme professionnel comme le BEPA.

Il comprend deux orientations : services en milieu rural et accueil/vente.

La sociologie, la psychologie, l'économie familiale sont au programme.

Il existe de plus un module d'enseignement professionnel (MAP), dont le thème est laissé au libre choix des établissements, après agrément de la direction de l'agriculture et de la forêt. Il peut être adapté aux personnes âgées.

14 à 16 semaines de stage sont organisées.

▪ **Le BEPA option Services spécialité Services aux personnes**

La formation obéit à un référentiel professionnel précis*.

Ce brevet donne l'admissibilité pour les concours d'aide-soignantes ou d'auxiliaires de puériculture.

Les modules se répartissent en modules de secteur (langage et attitudes dans les relations humaines), modules professionnels* (connaissance des personnes, services visant le bien-être des personnes), module d'adaptation régionale* (MAR), et module d'initiative locale (MIL). Les deux derniers sont choisis par l'équipe pédagogique selon les besoins de la région, après agrément de la direction de l'agriculture et de la forêt.

La région Bretagne a travaillé sur les liens de ce BEPA avec le CAFAD, partant de l'idée que le BEPA Services aux personnes constituait une bonne base de préparation au

CAFAD. Des employeurs, le rectorat, la DRAF, la DMR se sont regroupés et ont signé une convention de partenariat*.

Les élèves qui s'engagent à préparer le CAFAD ont un allègement d'horaires. Ils suivent un MAR « maintien à domicile » et une semaine de stage dans une structure de maintien à domicile.

- **Le BTS services en milieu rural**

Il est encore au stade de projet. Mme Desperetz souhaiterait qu'il soit orienté vers l'aide à la personne.

Il a été mis en place dans 6 établissements, et existe maintenant dans 16.

Les élèves sont énormément sur le terrain.

Le Brevet de technicien agricole , services en milieu rural

Il va être remplacé par un Bac technologique tertiaire.

Les CFPPA sont des centres de formation pour la promotion professionnelle des adultes. Ils assurent une formation continue, par exemple en un an pour obtenir le BEPA services aux personnes.

Il existe également des formations en apprentissage assurées par les CFA.

La qualité du service aux personnes n'est pas abordée en tant que telle dans les référentiels, mais est bien sûr présente de façon transversale dans l'ensemble de la formation.

* signifie que des documents ont été fournis par Mme Desperetz.

Entretien avec Mme Fandeur, responsable au sein de l'AFPA (association pour la formation professionnelle des adultes) et des formateurs du centre de formation de Saint-Ouen l'Aumône

L'AFPA : une structure sous tutelle :

L'AFPA est au service des politiques d'emploi du ministère par le biais de contrats de progrès signés avec l'Etat. Cette association loi 1901 est en effet sous tutelle directe du ministère de l'emploi et de la solidarité, ce qui induit une représentation tripartite Etat/syndicats employeurs/syndicats employés dans toutes ses instances.

Au niveau national comme local, elle entretient peu de rapports avec les DDASS et DRASS, ce que semblaient vivement regretter nos interlocuteurs.

Les titres délivrés par l'AFPA doivent passer devant la Commission technique d'homologation tous les trois ans. Le dépôt d'un dossier mentionnant le taux de placement en emplois est obligatoire, l'Etat ne désirant pas investir dans des formations ne débouchant pas sur des emplois concrets.

Le centre de formation de Saint-Ouen l'Aumône (Val d'Oise)

L'AFPA s'est engagée dans ce secteur du fait de l'émergence des services de proximité en tant que besoins réels, porteurs d'emplois. Le lancement de la formation professionnelle a suivi deux axes: la médiation et les services à la personne. L'association est très sollicitée sur ces métiers, elle exige donc une demande forte au niveau local avant de s'engager.

C'était justement le cas dans le département du Val d'Oise, où était identifiée une demande de qualification de divers emplois requérant un niveau scolaire assez bas (niveau 5 en général). Les personnes concernées ont atteint en effet un niveau 4ème ou 3^{ème} de collège avant de se lancer sur le marché du travail. Touchées par le chômage, elles sont alors adressées au centre de formation par l'ANPE, véritable partenaire du centre.

Les formateurs tentent en premier lieu de démystifier leur motivation, souvent présentée sous la forme : « aider les gens », car le métier exigera des compétences techniques et relationnelles réelles. L'envie de rendre service ne suffit donc pas : l'apprentissage d'une organisation professionnelle du travail doit compléter les qualités personnelles de l'individu.

La grande hétérogénéité en matière de qualifications et de titres ainsi que l'absence de pré-requis exigés supposent une remise à niveau, dispensée par un stage pré-qualifiant (français, calcul...). Le stage qualifiant est quant à lui caractérisé par une alternance forte : quatre périodes en entreprise permettent la constitution d'un réseau partenarial d'employeurs.

90% trouvent du travail à la sortie, les emplois trouvés s'améliorant rapidement.

La formation conjugue polyvalence, au niveau des publics et des compétences, et spécialisation, à travers des modules de connaissance de la personne âgée, sur l'accompagnement de fin de vie...

Elle se divise en trois pôles :

- Entretien du domicile (ménage, alimentation, linge...)
- Garde d'enfants et de bébés à domicile
- S'occuper d'une personne dépendante : personnes âgées et handicapées.

En ce qui concerne spécifiquement les personnes âgées, les stagiaires travaillent sur le vieillissement sous toutes ses formes et sur la manutention (formation de la Croix-rouge).

Un travail particulier est effectué sur l'accompagnement en fin de vie, avec l'aide d'associations : il s'agit de réfléchir sur la mort de la personne et de savoir se positionner. Les maladies d'Alzheimer et de Parkinson sont également étudiées.

Enfin, l'aspect communication, c'est-à-dire la relation avec la personne, est très important.

Il s'agit en fait de dispenser une formation la plus proche possible des réalités du terrain.

Trois semaines de stage en maison de retraite sont prévues pendant le stage pré-qualifiant. Deux semaines de stage dans des associations d'aide à domicile les complètent.

Le niveau de qualification ainsi obtenu est supérieur à la demande de terrain, les employeurs repérant d'ailleurs facilement le « plus » apporté par la formation.

La validation des acquis professionnels

Les ministères expérimentent actuellement la possibilité de faire certifier les compétences acquises par l'expérience dans le domaine du service à la personne, par le biais des « validations des acquis professionnels ».

La place de la qualité dans la formation

La qualité est tout d'abord validée par des professionnels, les employeurs étant membres du jury de formation. De plus, le retour du terrain est largement positif.

Il ne fait pas de doute pour l'AFPA que la qualité est présente dans la formation dispensée.

Compte rendu de l'entretien avec Mme Claireaux, responsable de la filière BTS méthodologie de projet au lycée technique E.Michelet de Fougères.

Le lycée technique (400 élèves) est une ancienne école ménagère tenue par des sœurs, il a été repris en 1982 par un directeur laïc qui a entamé une diversification des filières.

Ainsi ont été créés un CAP et un BEP, puis en 1988 un BTA avec 2 options : tourisme vert et service à la personne.

Le BEPA service aux personnes prévoit des stages en maisons de retraite, halte garderie, crèches et hôpitaux et permet de passer le concours d'entrée à l'école d'aide-soignantes.

Le BTA est une formation plus générale de niveau 4 reconnue comme un baccalauréat.

En 1996, une enquête d'opportunité a été effectuée par la DRIF (Direction régionale de l'ingénierie de formation) à la demande du Ministère de l'agriculture. Cette enquête a fait ressortir les emplois émergents en milieu rural : la 1^{ère} promotion de BTS a démarré en 1998 dans 6 établissements à titre expérimental et a été diplômée en juin 2000 (100% de reçus à Fougères, dont 13 avec mention).

En septembre 2000, 10 nouveaux établissements se sont lancés dans cette filière, avant la fin de l'expérimentation qui était prévue pour 3 ans.

Les élèves bénéficient du soutien d'un Comité de pilotage de professionnels et d'un tutorat.

Parmi ces professionnels, on note la présence de représentants de la DRIF, de l'AREP (formation continue de Fougères), de la MSA, de l'ADMR (aide à domicile en milieu rural).

Il n'y a pas d'options dans cette formation, pas de spécialisations, pas de stages au contact direct des personnes : il s'agit d'un BTS méthodologie de projets formant des personnes aptes à la coordination d'acteurs et de projets (agents de développement local, assistants de développement local, coordonnateurs de projets).

Cette formation, comptant 24 élèves en 1^{ère} année, accueille toute personne de niveau bac (niveau 4), la moitié d'entre eux provenant d'une filière BTA. Toutefois, les origines sont variées : bac STAE, S, ES, SMS, maîtrise de sociologie.

La formation comporte 3 axes :

- Conseil aux agriculteurs et entreprises rurales : conseil pour monter un marché des 4 saisons, regroupement fermes-écoles.
- Conseil aux collectivités (communes, communautés de communes, pays), amélioration de la qualité de vie.
- Service à la personne âgée, petite enfance : mise en place d'un service de portage de repas à domicile.

Les élèves ont 4 projets par an à monter, la plupart répondant à des besoins exprimés par les collectivités auprès de l'établissement.

Les personnes formées sont appelées à travailler auprès des collectivités dans le développement local et la gestion financière de projets.

Actuellement, il y a une enquête sur les élèves déjà diplômés : il y a peu de recul et la plupart continuent leurs études.

L'établissement assure aussi la formation continue avec l'AREP, mais pas au niveau du BTS qui n'est pas encore accessible à la formation par alternance. Toutefois, le BTA par alternance peut s'effectuer dans les maisons familiales.

Une des grosses difficultés dans ce secteur vient des faibles possibilités d'évolution pour le personnel. De plus, il n'y a pas de valorisation du BEPA par rapport au CAPA puisque les fonctions occupées sont les mêmes.

Conclusion : ce BTS n'a pas d'équivalent dans l'éducation nationale, il est unique et forme à la fonction d'encadrement de projets en espace rural exclusivement.

COMPTE RENDU DE L'ENTRETIEN SUR LA FORMATION DES METIERS DE MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES AVEC MADAME J. DUMONT INPECTRICE DE L'EDUCATION NATIONALE.

Après avoir présenté à Madame DUMONT l'objet de notre démarche ,cette dernière nous a précisé que la formation mise en place par l'Education Nationale concernait le maintien à domicile pour toute personne dépendante (enfant, handicapé ,personne âgée).dans un logement privé individuel ou collectif comme le foyer- logement avec toute l'ambiguïté que recouvre ce type de structure.

Cette formation non spécifique aux personnes âgées a pour mission l'accompagnement des personnes dans le plus grand respect de la préservation d'un maximum d'autonomie. Un référentiel précis sert de support à cet enseignement.

- Position de cet enseignement au sein de l'Education Nationale :

Il s'effectue en lycée professionnel après un BEP carrières sanitaires et sociales (niveau v) très demandé et s'intitule mention complémentaire aide à domicile :MCAD.

Les modalités d'autorisation d'ouverture de la formation sont fixées au niveau national en collaboration étroite avec les professionnels des milieux institutionnels et associatifs .Réunis au sein de commissions professionnelles consultatives ils établissent un dossier d'opportunité de création de section en fonction de critères quantitatifs (flux potentiel d'emplois) et qualitatifs (besoins émergents) . Une fois retenu en commission plénière ce document permettra l'élaboration du contenu du diplôme avec le référentiel des activités professionnelles(RAP).

- Position de cet enseignement par rapport aux formations extérieures :

Cette formation en alternance est initiale. Il convient de noter cependant l'intervention de l'Education Nationale dans le cadre très réglementé des GRETA (groupement d'établissements)pour assurer un complément de formation en réponse à des demandes précises formulées notamment par l'ADMR ou en réponse à des appels d'offres Par ailleurs une concurrence gênante semble exister entre cette formation et celle d'aide soignante.

- Conditions d'ouverture de ces filières :

Elles sont fonction à la fois des contextes géographique et socio- politique.En effet le lycée professionnel demandeur doit constituer un dossier solide faisant ressortir les besoins des professionnels, la capacité matérielle à accueillir les élèves et les outils de formations (mannequins etc).C'est ainsi que la carte géographique de répartition de ces formations en région BRETAGNE reflète le souci d'équilibre préservé entre les zones urbaines et rurales ainsi qu'entre les établissements publics et privés.

-Profils des participants et modalités de déroulement de la formation :

Ces personnes sont pour l'instant uniquement des femmes dont la motivation toujours très forte évolue vers un attachement particulier aux personnes âgées.

Les intéressées sont sélectionnées après un entretien de motivation avec les professeurs à la fois professionnels du sanitaire (infirmier) et du social (conseiller en économie sanitaire et sociale). Chaque formation assure un enseignement pour 12 élèves qui doivent être guidés chacun par un tuteur toujours très impliqué .Cet enseignement s'inscrit donc dans une démarche qualité. La grille de notation finale prenant en compte à la fois les compétences techniques et relationnelles en constitue une illustration.

Une évaluation de cette formation récente n'est pas encore possible mais est dorénavant déjà programmée.

Module interprofessionnel de santé publique – 2000 –

Thème n°20

LA QUALITE DE SERVICE AUX PERSONNES D'un enjeu de santé publique à un enjeu de formation

Résumé : Compte tenu du contexte démographique vieillissant et de la nouvelle volonté d'une politique vieillesse globale favorisant le maintien à domicile, la question de la qualité de service apporté aux personnes âgées se pose.

Or la qualité du service apporté et son adaptation aux besoins de la personne âgée dépendent essentiellement du professionnalisme des intervenants.

La formation est un facteur clef de cette professionnalisation, comme le souligne la Charte des Droits et Libertés de la Personne Agée réalisée par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité et la Fondation Nationale de Gérontologie dans son Article 10 : « *les soins et l'aide que requiert une personne âgée en perte d'autonomie doivent être dispensés par des intervenants formés et en nombre suffisant* ».

L'expansion du secteur de l'aide à domicile aux personnes âgées est le reflet de la réalité démographique et de la volonté politique. Son développement se heurte toutefois au manque de cohérence du système.

En effet, son financement est complexe et lacunaire tandis que l'offre de services est multiple et peu cadrée. Les structures concernées sont en effet diverses même si le secteur privé associatif domine. Leurs missions souffrent d'un manque de définition claire avec notamment une frontière floue entre les domaines du soin et de l'accompagnement à la personne.

Les formations sont organisées et dispensées par une multiplicité d'institutions ce qui induit des programmes de formation et des qualifications hétérogènes du fait d'un manque de concertation.

Les professionnels sont en quête de légitimité. Ils subissent un accès inégal à la formation et travaillent dans des conditions de précarité, avec une insuffisante valorisation de leurs tâches.

En tant que futurs professionnels du domaine sanitaire et social, nous préconisons trois évolutions pour une meilleure qualité de service aux personnes âgées : une prise en compte satisfaisante des besoins, l'harmonisation des formations avec dans l'idéal une seule institution référente et organisatrice, une professionnalisation accrue par la création de réseaux coordonnés de prise en charge gérontologique.