



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**PRÉSERVER LES LIENS SOCIAUX POUR FAVORISER LE
MAINTIEN À DOMICILE DES PERSONNES ÂGÉES**

Marjolaine AVICE

CAFDES

2007

Remerciements

Je tiens tout particulièrement à remercier ;

Monsieur Jean Louis MAGOGA, Directeur du CRF-PFD et son équipe pour leur soutien et encouragement.

Monsieur Robert GROWAS, pour la liberté d'approche qu'il m'a permis d'avoir.

Messieurs René COSTES et André LERUSSE pour m'avoir permis de suivre cette formation et l'ensemble de mes collègues de travail pour leur soutien.

Et enfin mon mari pour son aide en informatique et sa patience.

Sommaire

REMERCIEMENTS	1
SOMMAIRE	1
LISTE DES SIGLES UTILISES	1
INTRODUCTION.....	1
1 LES BESOINS ÉMERGENTS : DE L'AIDE À DOMICILE À L'AIDE À LA PERSONNE ÂGÉE, UNE ÉVOLUTION À PRENDRE EN CONSIDERATION	5
1.1 Les évolutions démographiques ; des anticipations qui interrogent sur l'avenir de l'accompagnement social des personnes âgées.....	5
1.1.1 Une population vieillissante.....	6
1.1.2 Une augmentation des personnes touchées par la dépendance et vivant seules.....	8
1.1.3 La vie sociale vulnérabilisée par la dépendance.....	10
1.2 La préservation des liens sociaux : Des sollicitations fréquentes, mais des formulations indirectes.....	11
1.2.1 Les demandes ouvertes.....	12
1.2.2 Les demandes indirectes	14
1.2.3 L'expression des besoins	16
1.3 Le secteur de l'aide à domicile : un acteur privilégié de l'accompagnement.....	20
1.3.1 Une proximité géographique et historique	20
1.3.2 Un acteur du quotidien.....	22
1.3.3 Une dynamique d'amélioration de ces services	24
Conclusion partielle :.....	26
2 DE L'AIDE MÉNAGÈRE A L'AUXILIAIRE DE VIE SOCIALE UNE RECONNAISSANCE DIFFICILE DE L'ÉVOLUTION DES MISSIONS.....	27
2.1 Personne âgée et société : des liens en mutation	27
2.1.1 Le lien social : une société qui s'interroge	28
2.1.2 Des mutations qui vulnérabilisent l'intégration sociale des personnes âgées.....	32
2.1.3 Des mutations qui dévalorisent l'image de la vieillesse	34

2.2	Entre action gérontologique et soutien à l'emploi : le maintien à domicile, un secteur à la croisée des chemins.....	36
2.2.1	Les mesures d'aide aux personnes âgées à domicile : la mise en place d'un droit à l'autonomie	36
2.2.2	L'entrée dans le secteur médico-social : une reconnaissance de l'aide aux personnes âgées	38
2.2.3	La problématique de l'emploi : Une tentation toujours présente.	41
2.3	Des dispositifs de prise en charge restrictifs	42
2.3.1	Des régimes d'accès aux services variés et complexes.....	43
2.3.2	Des outils d'évaluation des besoins parcellaires.....	44
2.3.3	Une modernité à double visage.....	46
	Conclusion partielle	47
3	LA RÉORIENTATION DU PROJET DE SERVICE : DÉPASSER LA MODERNISATION DES MOYENS POUR INNOVER DANS L'ACCOMPAGNEMENT.....	48
3.1	Le projet de service : le cadre d'une légitimité d'action à investir.....	49
3.1.1	Le projet de service : un droit d'action.....	49
3.1.2	Le projet de service : une inscription dans l'action médico-sociale.....	51
3.1.3	Le projet de service : une méthodologie de réponse.....	54
3.2	Favoriser l'expression des besoins : moderniser nos méthodes de travail.....	58
3.2.1	Construire une évaluation globale des besoins de la personne	59
3.2.2	Développer le travail en réseau pour pouvoir appréhender les différents facteurs agissant sur l'affaiblissement des liens sociaux.	61
3.2.3	Formation et accompagnement du personnel.....	64
3.3	Soutenir les initiatives engagées et en assurer le développement.....	66
3.3.1	Ecouter : du document individuel de prise en charge au projet de vie	67
3.3.2	Favoriser : du groupe d'expression à l'organisation d'activités adaptées	70
3.3.3	Prévenir : informer sur les risques.....	72
	Conclusion partielle	73
	CONCLUSION	75
	BIBLIOGRAPHIE	77
	LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

ACTP :	Allocation Compensatrice Tierce Personne
AFNOR :	Agence Française de Normalisation
AGGIR :	Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressource
AGIRabcd	Association Générale des Intervenants Retraités Actions de Bénévoles pour la Coopération et le Développement)
APA :	Allocation Personnalisée à l'Autonomie
CAFAD. :	Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile
CASF :	Code de l'Action Sociale et des Familles
CESU :	Chèque Emploi Service Universel
CIAS :	Commission Intercommunale d'Action Sociale
CNAV :	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
CNSA :	Caisse Nationale Solidarité Autonomie
CRAM :	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CROSMS	Comité régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
DEAVS :	Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DSD :	Direction Départementale de la Solidarité
ETP :	Equivalent Temps Plein
FMAD	Fonds de Modernisation de l'Aide à Domicile
FSE	Fonds Social Européen
GIR :	Groupe Iso Ressource
INSEE :	Institut National des Statistiques et Études Économiques
MSA :	Mutualité Sociale Agricole
PSD :	Prestation Spécifique Dépendance
SAAD :	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SSIAD :	Service de Soins Infirmiers à Domicile
UNA :	Union Nationale d'Aide et des services à domicile
VAE. :	Validation des Acquis de l'Expérience

INTRODUCTION

Depuis 1962 et le rapport Laroque, le maintien à domicile des personnes âgées est une orientation soutenue par la politique vieillesse. Cet élément, qui se fait l'écho du souhait des personnes âgées de pouvoir vieillir chez elles, trouve un de ses fondements dans le fait de participer à préserver l'identité sociale, fortement attachée au cadre de vie.

C'est ainsi dans l'objectif de permettre « leur maintien dans la société, en excluant toute ségrégation »¹ qu'a été construit le secteur du maintien à domicile.

Créée elle aussi en 1962, la « Commission Intercommunale d'Action Sociale » (CIAS), association loi 1901, dont j'assume l'encadrement, a été fondée dans cette orientation politique. Pour mener sa vocation sociale, notre association gère deux services d'aide à la personne âgée :

- Un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) d'une capacité de 20 lits
- Un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) qui intervient auprès d'environ 200 personnes âgées dans les actes de la vie quotidienne.

Les missions de ce second service sont variées. Elles recouvrent tout à la fois l'aide aux tâches ménagères et administratives, l'aide à la mobilité, l'aide à la préparation et la prise de repas ainsi que l'accompagnement à la vie sociale. Ce service intervient lorsque les capacités physiques et/ou psychiques des personnes ne leur permettent plus d'effectuer seules ces actes.

De 2000 à 2006, l'activité du SAAD a fortement augmenté, sous l'impulsion évidente de la mise en place de l'Allocation Personnalisée Autonomie (APA). Ce dispositif a alors permis à de nombreuses personnes d'accéder aux services qui leur étaient nécessaires.

¹. *Rapport de la commission d'études sur les problèmes de la vieillesse présidée par Pierre Laroque : politique de la vieillesse, 1962, Disponible sur Internet : < <http://infodoc.inserm.fr/serveur/vieil.nsf/397fe8563d75f39bc12563f60028ec43/e0f115ba61f787a5c12568c80041b17d?OpenDocument> >*

Cependant, alors que l'augmentation du nombre de personnes obtenant une aide marque un réel progrès dans ce maintien dans la société, que vise le maintien à domicile, elle s'est aussi accompagnée d'une prégnance plus significative de sollicitations qui viennent interroger le sens des réponses que nous apportons.

Ainsi, certains de nos usagers traduisent le besoin d'avoir des interventions « juste pour discuter », d'autres des activités, ou encore de pouvoir davantage sortir « pour voir du monde ».

Ces souhaits qui pourtant se formulent souvent de façons indirectes (appels incessants du service, refus de laisser partir l'aide à domicile) sont paradoxalement fréquents. Ils renvoient également à des besoins spécifiques, pourtant un lien évident apparaît : Celui de la rencontre à l'autre, du lien social et en trame de fond de la place et du rôle qu'il crée.

Ces attentes posent question et nous interpellent dans le fondement même de notre mission : Après la mise en sécurité « médicale » de la personne âgée et l'aide apportée pour lui permettre de vivre dans un environnement quotidien respectueux de sa dignité ; quelle place faisons-nous à la préservation de ces liens sociaux ?

Une question essentielle dans un contexte marqué par le vieillissement de la population et aux prises avec une mutation du lien social.

Une question qui induit aussi une posture d'approche différente de l'aide traditionnelle : En effet, si les soins et l'aide interviennent habituellement pour faire suite à une perte d'autonomie, aux fins de pallier, la question de la vie sociale se place quant à elle davantage dans le domaine de la prévention.

En somme, il s'agit de questionner une approche simplifiée selon laquelle le fait de pouvoir vieillir chez soi permettrait, de facto, de préserver les liens sociaux.

L'homme ne peut se suffire à lui-même, à quoi lui serait-il utile que l'aide soignante lui ait permis de faire sa toilette, l'aide à domicile son lit, le service de portage de repas de manger sinon dans une perspective de rencontre avec autrui ?

Cet élément nous amène à inverser alors cette logique traditionnelle, il s'agit plus de « tisser des liens sociaux pour aider à bien vieillir »². Cette réflexion n'a pas pour objet de remettre en cause les services existants, tant leur nécessité est évidente, ni de nous

² LAMOUREUX P., *Personnes âgées : restaurer le lien social, La santé de l'homme, INPES, , janvier-fevrier 2003, N° 363, disponible sur internet <: <http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/363/01.htm> >*

enfermer dans un débat stérile de poule et d'œuf, mais d'ouvrir notre activité aux interactions qui peuvent exister afin de les prendre en considération.

Ainsi, je présenterai dans une première partie l'émergence de ces besoins relationnels dans le contexte de l'activité de la CIAS et démographique française.

Puis j'analyserai les obstacles de leur prise en charge dans l'offre de service

Afin de présenter, en troisième partie, une réorientation du projet de service dans une approche « globale » de la personne âgée.

1 LES BESOINS ÉMERGENTS: DE L'AIDE À DOMICILE À L'AIDE À LA PERSONNE ÂGÉE, UNE ÉVOLUTION À PRENDRE EN CONSIDERATION

« C'est Mme LAURIE, je voudrais que vous me rappeliez pour me dire qui viendra demain, j'ai oublié »³ extrait d'un message téléphonique. Mme LAURIE avait déjà laissé un message plus tôt dans la soirée. Elle appelle le service en moyenne un jour sur deux, les jours où son aide à domicile n'intervient pas. Mme LAURIE n'a aucun trouble de la mémoire.

Davantage interpellés par nos usagers pour « se voir », discuter ou même « être utile à l'association », l'augmentation de l'activité de notre association s'est accompagnée de l'émergence de sollicitations directes et indirectes qui s'articulent autour d'un axiome commun « l'échange ». Alors que les évolutions démographiques mettent en évidence un vieillissement de la population, nos services d'aide à domicile sont interpellés dans l'accompagnement à initier pour répondre à ce besoin relationnel.

1.1 Les évolutions démographiques ; des anticipations qui interrogent sur l'avenir de l'accompagnement social des personnes âgées⁴

Les évolutions démographiques de ce début de siècle mettent en évidence une augmentation significative de la part des personnes âgées dans la population. Elles nous permettent d'anticiper que les questions du maintien à domicile vont devenir centrales, quelle place saurons-nous préparer aux 10 millions de personnes de plus 75 ans à l'horizon de 2040⁵ ?

³ Afin de préserver la discrétion des échanges, tous les noms qui seront mentionnés dans ce mémoire ont été anonymés.

⁴ Les tableaux et données qui seront exposés, sauf signalement par notes, dans ce sous-chapitre sont *tirés* de l'étude INSEE. Les personnes âgées. Insee Édition 2005. Disponible sur Internet : < <http://www.insee.fr/fr/ppp/sommaire/PERSAG05.PDF> >

⁵ DUEE M., REBILLARD C. La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040. Insee Édition 2006. Disponible sur Internet : < http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/DONSOC06zp.PDF >

1.1.1 Une population vieillissante

Alors que l'effectif des plus de 65 ans était de 4 727 milliers en 1950, il se situe à 9 947 milliers en 2005. L'augmentation prévisible du nombre de personnes âgées dans la population totale est rattachée à deux phénomènes conjoints : l'augmentation de l'espérance de vie et l'arrivée dans la retraite des générations du « baby-boom ».

Concernant l'espérance de vie des personnes âgées, celle-ci est en constante progression depuis 1950 : En effet, l'espérance de vie était de 14,6 ans à 65 ans en 1950 pour les femmes elle atteignait 21,3 ans en 2003. Cette évolution est fortement rattachée aux progrès médicaux et sociaux de la seconde moitié du XX^{ème} siècle.

Évolution par sexe de l'espérance de vie à divers âges

	en années								
	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2002p	2003p	2004p
Hommes									
Espérance de vie à la naissance	63,4	67,0	68,4	70,2	72,7	75,3	75,8	75,9	76,7
Espérance de vie à 15 ans	53,4	54,7	55,3	56,4	58,6	60,9	61,3	61,4	...
Espérance de vie à 65 ans	12,2	12,6	13,0	13,9	15,6	16,7	17,1	17,1	...
Femmes									
Espérance de vie à la naissance	69,2	73,6	75,9	78,4	81,0	82,8	83,0	82,9	83,8
Espérance de vie à 15 ans	58,4	60,9	62,5	64,4	66,7	68,3	68,5	68,4	...
Espérance de vie à 65 ans	14,6	15,6	16,8	18,2	19,9	21,2	21,4	21,3	...

Source : État civil, Insee.

Marquant ainsi une réelle amélioration des conditions sanitaires l'allongement de l'espérance de vie s'est également accompagné d'une augmentation de celle-ci sans incapacité.

Variation de l'espérance de vie avec et sans incapacité à 65 ans entre 1981 et 1991

	en années		
	1981	1991	Évolution
Hommes			
Espérance de vie	14,1	15,7	1,6
<i>dont avec incapacité sévère</i>	1,0	0,9	- 0,1
Espérance de vie sans incapacité sévère	13,1	14,8	1,7
<i>dont avec incapacité modérée</i>	4,3	4,7	0,4
Espérance de vie sans incapacité	8,8	10,1	1,3
Femmes			
Espérance de vie	18,3	20,1	1,8
<i>dont avec incapacité sévère</i>	1,8	2,0	0,2
Espérance de vie sans incapacité sévère	16,5	18,1	1,6
<i>dont avec incapacité modérée</i>	6,7	6,0	- 0,7
Espérance de vie sans incapacité	9,8	12,1	2,3

Lecture : la durée de vie avec incapacité s'obtient en additionnant les lignes Espérance de vie avec incapacité sévère et avec incapacité modérée.

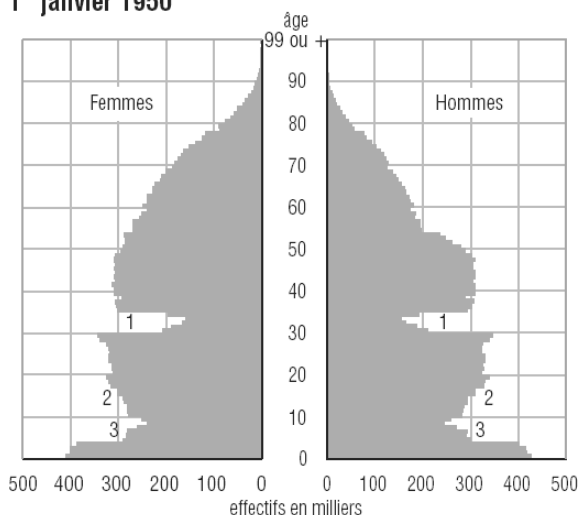
Sources : Insee, État civil, Recensements de la population et enquêtes sur la santé, et calculs de l'Inserm, Laboratoire d'épidémiologie et d'économie de la santé de Montpellier.

Cette seconde caractéristique moins connue marque un progrès social plus significatif encore : Ainsi de 1981 à 1991, l'espérance de vie sans incapacité s'est allongée de 1.3 année pour les hommes et de 2.3 années pour les femmes.

L'allongement de la durée de la vie permet ainsi de conserver une part plus importante de la population âgée dans la population totale. Un effet qui va s'amplifier avec le « papy-boom » annoncé.

Alors qu'actuellement les enfants du « baby-boom » d'après-guerre ne sont pas encore arrivés à des âges avancés, la structuration de la pyramide des âges permet d'anticiper une augmentation significative du nombre de personnes âgées en raison des effectifs importants des générations de 1945 à 1975.

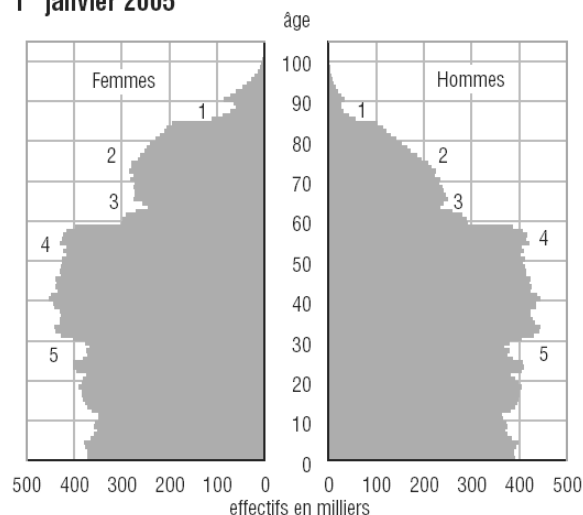
1 - Répartition de la population par sexe et âge au 1^{er} janvier 1950



1 : déficit des naissances dû à la guerre de 1914-1918 (classes creuses) ;
 2 : passage des classes creuses à l'âge de la fécondité ;
 3 : déficit des naissances dû à la guerre de 1939-1945.

Source : Insee, État civil.

2 - Répartition de la population par sexe et âge au 1^{er} janvier 2005



1 : déficit des naissances dû à la guerre de 1914-1918 (classes creuses) ;
 2 : passage des classes creuses à l'âge de la fécondité ;
 3 : déficit des naissances dû à la guerre de 1939-1945 ;
 4 : « baby-boom » ;
 5 : fin du « baby-boom ».

Source : Insee, État civil.

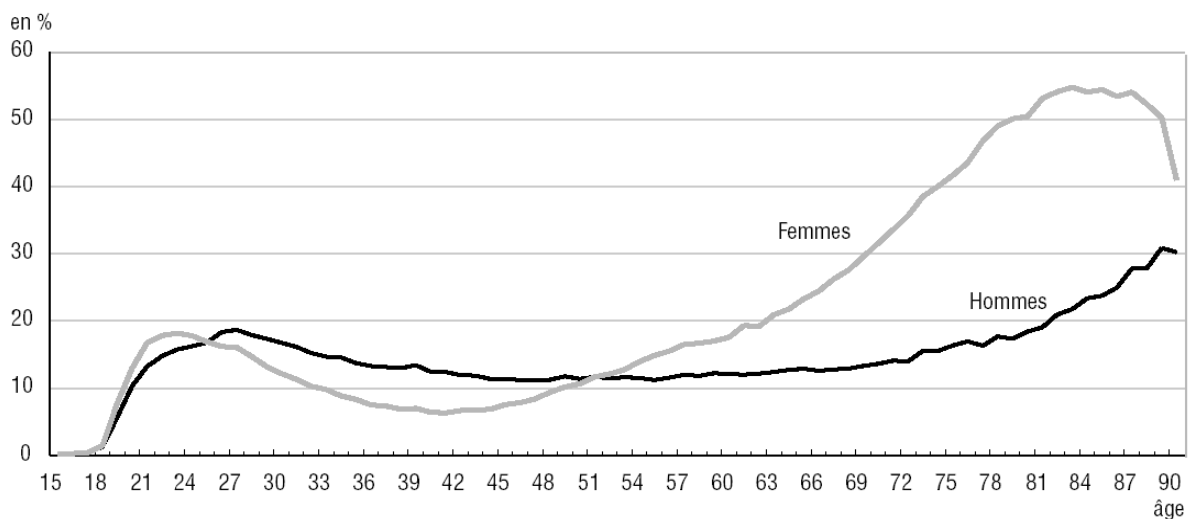
Ainsi, avec un effectif en augmentation et une espérance de vie en progression la part des plus de 65 ans devrait s'accroître significativement jusqu'en 2050 pour atteindre 29 % de la population contre 16 % observés en 2000. Face à l'augmentation de la part de la population concernée par les questions du vieillissement, il convient de chercher les modes de réponse sociale à leur soutien, d'autant plus que les caractéristiques de cette population mettent en évidence une hausse conjointe de leur vulnérabilité.

1.1.2 Une augmentation des personnes touchées par la dépendance et vivant seules.

L'augmentation de la part des personnes âgées dans la population totale, va accentuer la prégnance, des caractéristiques déjà observées de cette population : deux éléments sont notables en premier lieu la part des personnes vivant seules et le niveau de dépendance.

L'augmentation de l'espérance de vie s'est traduite par une augmentation du nombre de personnes vivant seules. En effet, l'on observe que la composition des ménages constitués d'une seule personne augmente avec l'âge. Celle-ci est particulièrement notable pour les plus âgées (80 ans). Elle s'explique par le veuvage et le fait que la cohabitation entre générations s'est réduite. Cette situation touche par ailleurs plus les femmes que les hommes, en raison de leur espérance de vie plus importante d'une part, mais aussi par les écarts d'âge entre les sexes qui composent le ménage. Les hommes étant en moyenne plus âgés que leur compagne.

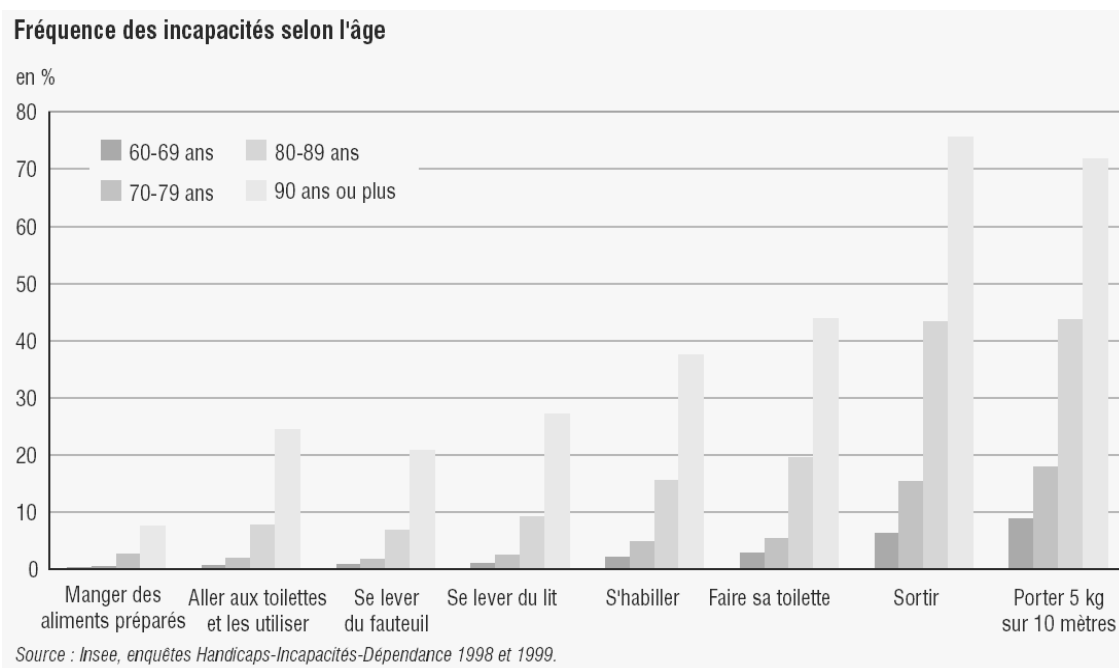
Proportion de personnes seules par sexe et âge en 1999



Source : Insee, Recensement de la population.

Ainsi, le nombre de personnes vivant seules devrait s'accroître avec le vieillissement de la population.

Un second élément corrélé à l'espérance de vie est le nombre de personnes touchées par la dépendance. On estime qu'elle devrait concerner 1 200 000 personnes en 2040 contre 800 000 actuellement⁶.



Cette augmentation numérique questionne alors, sur les modes de prise en charge. En effet, comme le notent Michel DUEE et Cyril REBILLARD « le nombre moyen d'aidants potentiels par personne dépendante devrait baisser d'ici 2040 ». Cette évolution s'explique par plusieurs facteurs. En premier lieu, l'augmentation de la durée de la vie et de l'espérance de vie sans incapacité, qui devraient conduire à une hausse des ruptures des couples. Or, le conjoint valide est le premier aidant familial. En second lieu, la diminution de la fécondité amène également à la baisse de la présence d'enfant aidant. Ainsi si les conditions de mise en œuvre de la solidarité familiale tendent à anticiper une diminution de celle-ci, la prise en charge collective, notamment par l'APA devrait augmenter de 50% hors inflation, mais sa portée sera fortement liée au mode d'indexation choisi.

Aussi, tout autant que l'accroissement du nombre de personnes âgées, les conditions de ce vieillissement nous amènent à devoir anticiper l'intégration sociale de cette population pour qui, les risques de vivre seule et d'être touchée par la dépendance augmentent. Deux facteurs qui vulnérabilisent des contacts sociaux.

⁶ DUEE M., REBILLARD C. *La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040*. Insee Edition 2006. Disponible sur Internet : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/DONSOC06zp.PDF <

1.1.3 La vie sociale vulnérabilisée par la dépendance

Avec la retraite, la structure et la fréquence des contacts sociaux des personnes âgées se modifient profondément. Ces données qui retracent le nombre d'interlocuteurs par semaine en fonction de l'âge et du sexe les mettent en perspectives.

Interlocuteurs des personnes d'au moins 55 ans au cours d'une semaine

Âge	Sexe	Famille	dont parenté proche	dont autre parent	Amis	Voisins	Collègues	Commerçants et services	Autres	Total des interlocuteurs
55-59 ans	F	2,5	1,8	0,7	1,9	1,4	1,0	1,2	1,7	9,7
	M	2,3	1,6	0,7	1,8	1,0	1,1	0,7	1,3	8,2
60-64 ans	F	2,5	1,8	0,7	1,7	1,2	0,3	1,0	1,5	8,2
	M	1,9	1,3	0,6	1,6	1,3	0,4	0,9	1,3	7,4
65-69 ans	F	2,9	2,0	0,9	1,8	1,3	0,2	1,0	1,4	8,6
	M	2,4	1,6	0,8	1,7	1,2	0,2	0,9	1,2	7,6
70-74 ans	F	2,1	1,5	0,6	1,3	1,3	0,2	0,9	1,0	6,8
	M	2,4	1,7	0,7	1,8	1,4	0,2	0,9	1,0	7,7
75-79 ans	F	2,1	1,4	0,7	1,3	1,3	0,1	0,9	1,0	6,7
	M	1,8	1,2	0,6	1,4	1,2	0,2	0,9	1,0	6,5
80 ans ou +	F	2,0	1,4	0,6	0,9	0,9	0,0	0,7	0,6	5,1
	M	1,9	1,3	0,6	1,0	0,9	0,1	0,7	0,7	5,3
Ensemble des 55 ans ou +		2,3	1,6	0,7	1,6	1,2	0,3	0,9	1,2	7,5

Lecture : les femmes de 60 à 64 ans ont en moyenne 8,2 interlocuteurs par semaine, dont 1,7 sont des amis.

Source : Insee, enquête PCV Relations de la vie quotidienne et isolement, mai 1997.

Entre 60 et 69 ans, la sortie du monde du travail se traduit par une diminution des contacts sociaux liés à une activité professionnelle, alors que les liens avec la famille et les voisins se maintiennent ou s'accroissent. L'arrivée des petits-enfants, la participation à des activités de loisir ou d'engagement associatif, permet de maintenir à des niveaux sensiblement stables le nombre de contacts de la personne.

Entre 70 et 80 ans, les contacts amicaux et avec la famille diminuent ce qui s'explique par la disparition des personnes et par la croissance des handicaps qui réduisent les possibilités de visites, ainsi la part des relations moins personnelles devient plus significative.

Enfin au-delà de 80 ans ce sont les relations de voisinage, avec les commerçants, qui diminuent également, alors que les contacts d'autres types continuent à se réduire. Liés à la perte d'autonomie (motricité, sensorielle), les contacts sont alors moins nombreux : Alors qu'à l'âge de 59 ans les femmes, rencontrent en moyenne 9.7 interlocuteurs par semaine, ce nombre est réduit de presque moitié à 80 ans et plus, avec seulement 5.1 interlocuteurs.

Ces données laissent ainsi envisager l'augmentation de la prégnance de la question des relations sociales des personnes âgées pour ces prochaines années. Alors que le nombre

et la part des personnes de plus de 65 ans sont en augmentation, ceux-ci se traduisent par une augmentation conjointe de la dépendance de cette population et des foyers d'une seule personne. Deux facteurs qui interviennent significativement dans la diminution des relations sociales.

Si ces estimations nationales nous interpellent sur la projection de cette question dans un avenir proche, les sollicitations autour de cette question sont déjà présentes dans nos services. Et au regard de ces éléments les messages de Mme LAURIE ne devraient pas diminuer.

1.2 La préservation des liens sociaux : Des sollicitations fréquentes, mais des formulations indirectes.

Revenons maintenant sur la situation exposée précédemment ; les appels répétés d'un usager. Après l'écoute des messages téléphoniques, la conversation s'ouvre dans le service.

La responsable de secteur : « Son aide à domicile, lui a conseillé de lire, faire de la peinture. Mme LAURIE lui a répondu qu'elle trouve à s'occuper, mais qu'elle avait toujours été bavarde ».

La secrétaire : « Bien, elle ne veut que des renseignements, je l'appelle ».

Cette conversation met en évidence différents aspects des demandes qui sont portés à notre attention :

En premier lieu, nous devons noter leur formulation. Alors que les sollicitations de Mme LAURIE sont fréquentes, sa demande n'est pas directement énoncée sur un souhait de discussion, mais repose sur des motifs détournés, en l'occurrence des demandes de renseignements.

Un second point est notable ; elle repose sur l'inadéquation de la proposition d'activité de son aide à domicile que la réponse rapportée de Mme LAURIE a mise en évidence : elle ne souhaite pas s'occuper, mais être en relation avec d'autres personnes. Les attentes de la personne sont donc à interroger.

Énoncées de façon détournée ou ouverte, les sollicitations de nos usagers semblent être confrontées à la recherche d'un mode de formulation qui puisse être socialement autorisé.

1.2.1 Les demandes ouvertes

Celles-ci sont formulées principalement lors des enquêtes de satisfaction et les interventions à domicile.

A) Les enquêtes de satisfaction

L'expression la plus directe que rencontre le service s'exprime à l'occasion des enquêtes de satisfaction. Dans le cadre de notre démarche qualité, nous réalisons des enquêtes auprès des usagers. Celles-ci se déroulent à leur domicile et sont réalisées par deux bénévoles membres du bureau de l'association.

Elles sont composées de questions fermées sur les engagements qualitatifs pris par notre service (le respect des horaires d'interventions, la disponibilité, la discrétion du personnel, etc.). Une seule question ouverte est posée en fin de questionnaire. Celle-ci interroge les usagers sur leurs propositions d'amélioration du service. Sur l'année 2005, 9 personnes sur 80 enquêtes, ont signalé vouloir plus de temps de rencontre. Ces demandes s'expriment principalement pour l'intervention de l'aide à domicile : « avoir plus de temps avec l'aide à domicile pour pouvoir parler », mais aussi pour le personnel de structure « voir plus souvent la responsable de secteur », « avoir plus de visites d'enquêtes ». Ce type de réponse est en outre d'autant plus prégnant que cette question est rarement renseignée.

Sans réponse	68
Demande de plus de contact : visites et interventions	9
Changement de la plage horaire d'intervention	2
Changement de l'intervenante	1
Total	80

Cette demande s'est ainsi traduite auprès d'un peu plus de 10% des usagers interrogés. Si l'expression en paraît aisée, nous devons noter que la nature du recueil, par la visite à domicile de bénévoles, y est propice, puisqu'elle vient établir ce contact.

B) Les interventions à domicile

Durant les interventions à domicile, les formulations ouvertes apparaissent également. Celles-ci transparaissent lors des réunions de coordination, lorsque les aides à domiciles remontent une difficulté majeure de leur mission : il s'agit de la gestion du temps de

l'intervention partagée entre les périodes consacrées aux tâches ménagères et celles à l'aide à la personne.

Pour expliciter davantage ce découpage, les tâches ménagères renvoient aux activités domestiques ; l'entretien du cadre de vie, du linge et la préparation des repas. Les activités d'aide à la personne, concernent les activités d'accompagnement dans les activités de loisirs ou de la vie quotidienne qui concourent à préserver leur autonomie et leur vie relationnelle⁷ :

Ainsi en 2005, plus d'une quarantaine de situations ont été remontées. Le personnel y expose alors les demandes qui leur sont adressées : les usagers les invitent à bavarder, prendre le café. Or, si ce temps d'échange est souvent nécessaire avant l'intervention, il devient problématique lorsqu'elles n'arrivent pas y mettre fin, notamment pour les tâches où la personne ne peut pas ou faiblement participer. La question est alors directe : « Vaut-il mieux que je m'occupe d'elle ou de la maison ? Elle pleure ! » Si l'entretien courant n'est pas fait, il pose également question sur le respect de la personne par la possibilité de vivre dans un environnement sain et digne.

Cette question est également fréquente lors de la gestion du temps hors du domicile. Elle est particulièrement importante pour la réalisation des courses où les usagers « aiment bien prendre le temps », mais se manifeste aussi pour les promenades « Ils souhaiteraient sortir plus souvent ».

Sur ces éléments, nous devons noter les difficultés de posture du personnel. Les aides à domicile, aux prises avec ces demandes, indiquent qu'elles ne peuvent pas, non plus, « être payées à ne rien faire ». Ainsi alors que l'accompagnement à la vie sociale est une de leur mission⁸, elles traduisent une certaine réticence lorsque celle-ci n'est pas adossée à une activité ménagère. Il paraît légitime d'accompagner la personne faire ses courses alors que pour les visites au voisinage, le personnel sollicite l'autorisation de l'encadrement.

Enfin, la question de la posture professionnelle est également interrogée lorsque les intervenantes témoignent de leur difficulté à quitter le domicile. Car c'est aussi au moment de cette séparation (marquant la fin de l'aide « formelle ») que les personnes manifestent le plus ces demandes. Ce qui n'est pas sans poser problème lorsque l'aide est attendue chez une autre personne. Mais aussi tout autant lorsqu'elle ne l'est pas : le temps et les

⁷ *Il est intéressant à ce propos de noter que la loi a également déplacé la sémantique de l'aide à domicile à l'aide à la personne : Loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne*

⁸ *Voir annexe 1 : Référentiel professionnel et de formation des auxiliaires de vie sociale (Annexes 1 et 2 de l'Arrêté du 26 mars 2002 relatif au diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale)*

petites activités « bénévoles » amènent à des difficultés de positionnement entre le rôle professionnel et personnel.⁹

Cette seconde formulation de la demande est plus fréquente. Il apparaît que celle-ci est plus aisée lors d'un contact plus familier. Elle a représenté environ 20% des usagers. Aussi, si nous les rapprochons des résultats des enquêtes de satisfaction nous pouvons estimer que 10 à 20% de ceux-ci ont formulé une demande directe auprès du service. Cette fourchette prenant en considération le risque de double compte. Si celle-ci peut paraître large, il faut noter la difficulté de quantification de ces éléments d'une part, car nous n'entretenons pas un recueil spécifique de ces données et d'autre part, parce qu'elles sont teintées d'une nette part de subjectivité.

A minima, ainsi, 10 % de demandes pourraient paraître marginales si elles n'étaient relayées par des expressions indirectes nombreuses.

1.2.2 Les demandes indirectes

Comme nous avons pu le souligner par l'exemple de Mme LAURIE les attentes qu'expriment les personnes se traduisent par un objet détourné. En l'occurrence des aspects de la vie du service. Deux modes de formulations sont notables, l'un par l'accueil téléphonique et physique, l'autre dans l'expression des réclamations

A) L'accueil téléphonique et physique

Le principal outil de recueil dont nous disposons sur ces aspects et celui qui en est la manifestation la plus fréquente est notre registre des messages téléphoniques. Ainsi sur une semaine de référence nous pouvons noter que le service a enregistré en moyenne 10 messages par jour. Ceux-ci traduisent une amplitude pouvant aller de 3 à 22. La plupart nécessite des rappels durant lesquels la conversation qui glisse, manifeste le besoin d'aller au delà du motif invoqué lors de l'appel.

De 2002 à 2006, le nombre de messages a progressé. Si ceci est une traduction de l'augmentation de l'activité de notre service d'aide, il est également à rapprocher de l'augmentation du niveau de dépendance de nos usagers comme nous l'aborderons ultérieurement. Enfin, il ne s'agit ici que des messages en dehors des périodes

⁹ Voir à ce sujet : RAGUENES R. *Aide à domicile : Rôle et méthodes de travail*. Paris : Éditions Frison-Roche, 1996

d'ouverture. Les appels du service sont également en croissance et nécessitent depuis 2005 l'affectation d'un agent pour l'accueil.

Une seconde illustration de ces demandes indirectes se manifeste par les visites aux bureaux. Celles-ci sont fréquentes. Nous avons ainsi des « habitués » qui viennent régulièrement dire « bonjour ». Il en est le cas de Mr PAUL qui aime rester assis dans le hall d'accueil pour voir passer les gens. Ces visites (une fois tous les 15 jours) durent en moyenne une heure.

Les aspects sont également notables pour les paiements. En effet un tiers de nos usagers viennent régler au siège. Alors que la secrétaire leur indique qu'il n'est plus nécessaire qu'ils se déplacent. Les réponses sont invariablement similaires : « Cela ne me dérange pas et ça permet de dire bonjour ». La courtoisie est alors le motif, le manifeste de ces déplacements. Qui là aussi ne dure plus en courtoisie qu'en objet.

Ainsi l'accueil téléphonique et physique peut être attaché pour une part importante à ce que nous avons appelé le besoin de garder le contact.

Un second mode d'expression est à noter ; elle s'exprime dans ce que nous avons intitulé « les situations difficiles »

B) Les situations difficiles

Pour rendre compte au mieux de ces manifestations, nous prendrons exemple sur le comportement de Mme ZELIA qui vit seule (veuve) âgée de 94 ans. Mme ZELIA a été orientée par les services de sa mairie qu'elle sollicitait pour avoir une aide. Après avoir monté avec elle une évaluation de ses besoins, la responsable de secteur effectue auprès de sa caisse de retraite une demande de prise en charge financière qui tarde à donner réponse. Mme ZELIA appelle régulièrement le service, manifeste son mécontentement sur ces lenteurs administratives, face à son état de santé qui se dégrade. Pourtant, Mme ZELIA refuse fermement toute intervention tant que cet accord n'est pas formalisé. Lorsque la notification de la caisse nous parvient, enfin, l'équipe met en place cette aide. Mme ZELIA estime que le nombre d'heures attribué est insuffisant. Enfin lorsque l'aide à domicile commence à « toucher à ses affaires », elle la congédie sèchement.

Après avoir changé l'intervenante, réalisé plusieurs visites, Mme ZELIA continue de refuser toute aide. Un mois plus tard elle sollicitait à nouveau nos services et ceux de la Mairie, pour des aides qu'elle refusera ensuite. Mme ZELIA semble craindre que la mise en place d'une aide ne la fasse tomber dans l'indifférence.

Cette situation illustre ces situations difficiles où les personnes « ne sont jamais satisfaites ». Si celles-ci nous interrogent sur le sens des réponses apportées ; Que

souhaite réellement Mme ZELIA ? Force est de constater que ces réclamations les place au centre de l'attention. Une attention qui ne pourrait exister que dans la plainte ?

Comme nous venons de le souligner les modes de formulation de ces demandes prennent des formes déviées. Ainsi si il est plus aisé d'appeler pour demander des renseignements ou se plaindre que pour signifier un besoin d'écoute, Mmes LAURIE et ZELIA nous rappellent qu'un cheminement est à construire entre le besoin et la demande socialement formulée.

1.2.3 L'expression des besoins

A) Forme

La théorie de A.H. Maslow¹⁰ met en évidence que le besoin « naît autant de la nécessité de (...) consommer certains objets pour vivre (...) que des expériences sociales de l'enfant et de l'environnement culturel de l'adulte »¹¹. Il est donc enraciné dans une base sociale et culturelle.

En mettant en évidence différents niveaux de besoins :

- 1 Les besoins physiques élémentaires
- 2 Les besoins de sécurité
- 3 Les besoins sociaux, d'amour et d'appartenance
- 4 Les besoins d'estime de soi
- 5 Les besoins de réalisation de soi

Il nous permet un éclairage sur cette situation, en effet l'expression des besoins sociaux peut s'opposer aux besoins d'estime de soi. On peut ainsi mieux comprendre les personnes âgées qui refusent de participer à un club du troisième âge (besoins sociaux) sur le motif, qui fait parfois sourire, qu'il n'y a que des « vieux » (besoin d'estime). Elles traduisent ainsi leur incapacité à se reconnaître dans ce groupe. Ces réactions interrogent alors sur l'image sociale du « vieux », si déplaisante, que ces « vieux » eux-mêmes ne peuvent s'y voir.

¹⁰ *Présentation dans BERNOUX P. La sociologie des organisations. Paris : Editions du Seuil, 1985. 382 p.*

¹¹ *BERNOUX P. La sociologie des organisations. Paris : Editions du Seuil, 1985. 382 p.*

La théorie de MASLOW, met également en évidence une hiérarchisation de ces besoins. Si ceux-ci peuvent s'exprimer indifféremment, leur satisfaction n'est possible que lorsque les besoins précédents ont été comblés. Nous pouvons alors avoir légitimement des craintes sur la satisfaction des besoins d'estime et de réalisation

La difficulté à verbaliser est donc un élément essentiel du constat à prendre en considération.

Pourtant, lorsque l'on questionne directement ces usagers pour connaître davantage leur mode de vie, ils nous exposent alors facilement les pertes qu'ils rencontrent et les difficultés qu'elles engendrent.

B) Le lien social : une notion comprenant différentes attentes

« Je suis seule », « ce que je voudrais, c'est sortir », « je suis clouée ici », « ce qui me manque c'est une conversation cohérente avec quelqu'un ».

Alors que nous l'avons vu, la formulation de ces demandes prend des formes variées, la nature des demandes est également hétérogène, ce qui est bien évidemment lié à leur support. Nous pouvons cependant regrouper en trois grandes catégories les difficultés qu'elles traduisent : la solitude, l'ennui et l'inutilité. Les éléments que j'exposerai sont basés sur une dizaine d'entretiens téléphoniques, les retours de la responsable de service et des aides à domicile. Elles n'ont donc pas pour vocation à traduire une réalité scientifique, mais à nous éclairer sur l'intention de ces messages téléphoniques.

a) *La solitude*

C'est ce que Mme LAURIE exprime, pourtant notre service intervient, et sa famille l'entoure. Mme LAURIE n'est pas coupée du monde. Elle n'est pas isolée et ne correspond pas à l'image type d'une personne qui habite un appartement dans une agglomération urbaine, ne pouvant plus sortir du fait de sa santé et dont les voisins auraient oublié l'existence. Au contraire, elle réside dans un village et est bien connue par les habitants. En effet, Madame LAURIE se promène souvent et interpelle les passants pour parler justement.

Lorsque l'on questionne Mme LAURIE sur son caractère « bavard », comme elle le décrit elle-même, elle nous explique alors qu'avant, elle tenait l'auberge du village, et elle parlait beaucoup avec les clients. Selon elle, il s'agirait d'une forme de déformation professionnelle. Par ces informations, elle indique la rupture avec son ancienne vie. Où

elle était « au centre » de la vie du village et rencontrait beaucoup de monde. Plus que l'entretien de relations professionnelles, le rôle de sociabilité que tenait Mme LAURIE et qui lui semble disparu la met en souffrance.

Si le métier qu'exerçait cette personne est évidemment particulier au regard de notre questionnement sur le lien social, il nous permet cependant d'entrevoir que le passé professionnel des personnes peut intervenir dans ce sentiment de solitude.

Cependant, les usagers qui manifestent le désir de se soustraire à la solitude expliquent plus fréquemment que celle-ci est liée à la perte de leur entourage. « Ils sont tous morts », « je n'ai plus personne », « il ne reste que moi ». La référence à la perte du conjoint est première, mais elle s'étend aussi à la fratrie ou aux collatéraux et aux amis. Concernant les enfants, l'éloignement géographique est souvent mis en évidence. Elles se présentent alors plus, comme des personnes orphelines, qu'abandonnées par leur entourage.

Traitant de la perte des liens familiaux, la notion de solitude semble alors autant attachée à la nature, la qualité, des liens qu'à la fréquence des contacts (le quantitatif).

En effet, il faut souligner que ces témoignages proviennent des personnes aidées par nos services, elles ont donc des contacts avec les aides à domicile ou les aides soignantes.

Or, quand une de nos bénéficiaires indique qu'elle voudrait des interventions « pour discuter », elle met en reliefs deux éléments : en premier lieu une forme de glissement de la demande qui nous est formulée. Alors qu'elle s'adresse, à une entité avec qui elle entretient des relations « formelles » sa demande s'oriente vers une demande de relation de type « informelle ».

En second lieu, en exprimant le désir d'avoir un temps spécifique pour parler, elle induit que cet aspect est insuffisant dans l'aide apportée. Mais comment pourrait-on aider une personne sans lui parler ? Cela remet en cause le rapport à la personne dans l'aide qu'elle reçoit ; est-elle un sujet ou un objet ?

b) L'ennui

Bien que j'ai opté pour cette formulation, les personnes n'ont pas beaucoup exprimé leur ennui en temps que tel. Il s'agit davantage de la douleur de pouvoir faire moins de choses. La plupart des personnes âgées explicitent ce qu'elles ne peuvent plus réaliser « avant j'allais me promener dans mon chemin maintenant je ne peux plus sortir » et ce qu'elles aimeraient faire ; « je voudrais avoir une discussion autour d'un livre ». La question des activités semble se poser à un double niveau. Les personnes y expriment les handicaps physiques et environnementaux qui limitent leur possibilité d'action : ne plus pouvoir conduire, ne pas bien entendre. D'autre part, les thèmes variés de ce que les usagers « aimeraient faire » traduisent leurs spécificités en qualité de personne à part

entière. Ces souhaits pour éviter l'ennui marquent donc plus un enjeu de reconnaissance de l'individu qu'un désœuvrement pathologique en quête d'activisme.

c) *L'inutilité :*

Cette thématique se traduit par des expressions comme « je ne suis vraiment plus bon à rien » formulées couramment à l'occasion d'une petite maladresse du quotidien. Elles interviennent également quand, pour remercier une intervenante à domicile la personne rajoute « vous, vous êtes utile, moi je ne sers plus à rien ». Ou bien encore, lorsque nos usagers nous précisent que s'ils peuvent rendre un service, il ne faut pas hésiter.

Ces expressions se formulent particulièrement dans la relation d'aide entre l'intervenante à domicile et la personne âgée. L'utilisateur qui reçoit un soutien et alors que celui-ci n'est pas bénévole, marque le souhait de rendre une aide à son tour. Marcel MAUSS¹², a mis en évidence que le double mouvement du don et du contre don, était une dynamique essentielle dans les relations sociales. Il explicite alors, qu'un individu dans l'impossibilité de rendre en retour, s'en trouvait aliéné. Cette situation peut l'amener aux actes les plus tragiques. Les positions des personnes âgées en dépendance d'autrui pour les actes essentiels de la vie courante, sont confrontées à cette difficulté à pouvoir restituer un contre don. Celle-ci conduit à une remise en cause de cette relation sociale exprimée par cette question de l'utilité.

Une utilité d'autant plus questionnée qu'elle contraste avec une période de vie antérieure, où la vie professionnelle et familiale conférait un rôle essentiel à tenir.

Exprimant des blessures portant sur la solitude, l'ennui, et l'inutilité, l'expression des attentes de ces personnes âgées, traduit des éléments distincts et complexes.

Si pour permettre une meilleure lecture de ceux-ci nous les avons abordés successivement, il convient de souligner qu'ils peuvent s'exprimer de façons conjuguées. Pourtant, un élément prédomine dans chaque formulation, toutes placent un questionnement dans le rapport aux autres et à la société, en somme, aux liens sociaux, et aux difficultés qu'amènent :

- La diminution des liens informels (la perte des amis source de solitude) ;
- La contrainte qu'entraîne la perte d'autonomie sur l'activation de ces liens (la démotorisation conduisant à l'ennui) ;

¹² MAUSS M *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques.. in Sociologie et Anthropologie (1ère édition 1925), PUF, 2004*

- La transformation de ces liens en relations d'aide ; la diminution des possibilités de rendre en retour amenant à un sentiment d'inutilité.

Ces éléments mettent en évidence l'émergence d'un besoin d'aide à la personne, c'est-à-dire centré sur l'acteur entretenant des liens sociaux avec son environnement.

Celui-ci englobe et dépasse alors la notion d'aide à domicile, autrement dit centrée sur le cadre de vie pour permettre un mieux vivre.

Une évolution qui interpelle l'accompagnement que la CIAS a initié.

1.3 Le secteur de l'aide à domicile : un acteur privilégié de l'accompagnement

La vocation de la CIAS est de venir en aide aux personnes âgées souhaitant vivre à domicile. Actrice de proximité, offrant un accompagnement au quotidien et s'inscrivant dans une dynamique d'amélioration, elle dispose d'atouts évidents pour répondre à ces nouvelles demandes.

1.3.1 Une proximité géographique et historique

Créée en 1962, la CIAS est implantée dans le département de l'Aveyron. Pourtant, notre zone d'intervention est loin de l'image bucolique du plateau du Larzac et ses brebis pâturent pour alimenter les fameuses caves de Roquefort.

Ici, l'usine est dans le pré. En effet, nous nous situons dans l'ancien bassin houiller de Decazeville. Ce foyer industriel ancien s'est construit depuis le 19^{ème} siècle autour de la production de charbon avec une mine d'extraction à Aubin et la mine à ciel ouvert « La découverte » de Decazeville, ainsi que grâce à la sidérometallurgie avec une importante usine de traitement du zinc et de l'acier à Viviez. C'est dans le cadre de l'action sociale de cette dernière, l'usine de la Vieille Montagne que notre association a été créée pour venir en aide aux vieux ouvriers.

Ainsi, elle intervient sur cinq villages où résidaient principalement les retraités de cette industrie. Le conseil d'administration de l'association regroupe les cinq maires des communes sur lesquelles elle intervient. C'est ce lien historique qui explique notre zone d'intervention, à cheval sur trois cantons, deux communautés de communes et qui regroupe des municipalités ayant des orientations politiques différentes.

Comme notre association en est une illustration, l'industrie locale jouait un rôle essentiel qui dépassait nettement sa fonction économique. L'intervention dans le domaine de

l'action sociale pour ses ouvriers était importante, c'est ainsi que dans une forme de gestion paternaliste, l'usine a contribué à la construction de nombreux logements très typiques des citées ouvrières, mais aussi une coopérative patronale ou bien encore a soutenu la célèbre équipe de rugby qui a été championne de France Honneur en 1937. Ainsi, la vie économique et sociale était organisée autour du pôle industriel.

Mais ce tissu économique a connu de profondes crises. Dans les années 60, la production de charbon souterraine est stoppée et donne lieu à de forts mouvements sociaux. En 1987 c'est la production du zinc brut à Viviez qui est touchée. La fin de cette activité entraînera la suppression de plus de 800 emplois industriels. Enfin en 2001 c'est la mine à ciel ouvert de Decazeville qui cesse définitivement son activité déjà fortement réduite depuis plusieurs années. 170 ans d'un passé sidérurgique s'éteignent. Ces crises économiques ont eu des répercussions sévères sur le bassin.

De 1968 à 1999 la population de Decazeville est passée de 10 532 habitants à 6 805 soit une diminution de l'ordre de 35%. Les premiers résultats du recensement de 2006 mettent en évidence la poursuite de ce mouvement puisqu'avec 6 294 habitants la population a encore diminué d'environ 7% depuis 1999. Dans le même temps, le taux de chômage a augmenté de 3 % . L'arrêt de l'activité industrielle a engendré un fort mouvement migratoire notamment des plus jeunes vers la région toulousaine. Pourtant, la mise en œuvre des mesures d'accompagnement social, d'incitations financières à l'installation de nouvelles entreprises, de reconversions des friches industrielles a permis de maintenir une activité industrielle et des initiatives locales tentent de valoriser ce patrimoine industriel. Dans un climat économique morose, cette zone est également marquée par un vieillissement de sa population qui s'observe aussi au niveau départemental.

La répartition par âge de la population des communes sur lesquelles intervient la CIAS, est encore plus caractéristique de la part grandissante que représente les plus de 60 ans dans la population totale, puisque sur toutes les communes leur part dépasse les 30%, variant de 31.7 % pour Boisse-Penchat, à 43.2% pour Livinhac-le-Haut.

Ainsi, la part des plus de 60 ans sur le territoire d'intervention de la CIAS est particulièrement importante au regard des distributions habituellement observées puisqu'elle s'élève à 37 % de la population totale de cette zone.

Zone géographique	Effectifs totaux	Part des plus de 60 ans dans la population totale.		Part des 60-74 ans		Part des 75 ans et +	
		Pourcentages	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages	Effectifs
Les Albres	331	38,7 %	128	24,8 %	82	13,9 %	46
Bouillac	424	37,1%	157	24,1 %	102	13 %	55
Boisse-Penchôt	509	31,7 %	161	19,3 %	98	12,4 %	63
Livinhac le Haut	1121	43,2 %	484	23,8 %	266	19,4 %	217
Viviez	1499	33,7 %	505	21,7 %	325	12 %	179
CIAS	3884	37 %	1436	22,5 %	874	14,5 %	561
France		21,3%		13,6 %		7,7 %	
Midi-Pyrénées		25,1%		15,5 %		9,6 %	
Aveyron		30,4 %		18,4%		12 %	

Données : INSEE recensement de 1999

L'histoire singulière de notre zone d'intervention n'est sans doute pas étrangère aux besoins que nous expriment nos usagers. En effet, le chômage a conduit à d'importants mouvements d'émigration ayant des impacts sur l'éloignement familial. Et nous l'avons vu, il correspond à un pôle prédominant dans l'activation des contacts sociaux.

Mais en plus de ce mouvement migratoire, nous devons noter également qu'avec l'arrêt de certaines grandes activités industrielles c'est un pan entier de la vie sociale locale qui s'est aussi arrêté. Non seulement la diminution de la population a conduit à un ralentissement de la dynamique locale touchant tous ses aspects, mais c'est aussi une organisation des relations sociales identitaires construite autour de l'usine dans une culture ouvrière forte qui a pris fin.

D'implantation ancienne sur ce territoire, notre association a connu et vécu ces transformations. Elle s'inscrit dans une proximité géographique et historique avec ses usagers, des niveaux d'action propices à la préservation des liens sociaux.

1.3.2 Un acteur du quotidien.

Pour remplir sa vocation sociale, la CIAS gère plusieurs services d'aide :

Un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) qui permet de répondre aux besoins de soins courants des personnes âgées. Ce service composé d'une infirmière coordinatrice et de 4 aides soignantes fait appel aux intervenants libéraux pour les actes infirmiers.

D'une capacité de 20 lits, il intervient sur prescription médicale. Son financement est assuré par la CRAM sous contrôle de la DDASS.

Un service d'aide à domicile mandataire. Ce service propose une aide au particulier employeur dans le recrutement de son personnel, l'établissement et le suivi du contrat de travail avec son employé de maison. De même, il réalise les formalités administratives qui en résultent (édition des bulletins de paie, déclaration URSSAF).

Un service d'aide et d'accompagnement à domicile, (SAAD) qui permet d'apporter un soutien dans les actes de la vie quotidienne des personnes, dans ce cadre il intervient en prestataire.

Le type de prise en charge des personnes est fonction du niveau d'autonomie évaluée par le Groupe Iso Ressource (GIR) : il s'agit d'une échelle de quantification d'une amplitude de 1 à 6 du niveau d'autonomie. Les personnes ayant un GIR élevé étant les plus autonomes.

Ce service intervient au titre de l'APA, pour les personnes ayant un GIR entre 1 et 4. Dans ce cadre, il est sous autorité tarifaire du Conseil Général, qui arrête le taux horaire sur la base du budget présenté par l'établissement. Les services du Conseil Général versent aux personnes âgées le montant de l'allocation qui leur est allouée, décote faite de leur participation. Par suite, le service facture aux personnes, le montant des prestations effectuées.

Il intervient également au titre de l'aide sociale facultative des caisses de retraite. Pour les personnes ayant un GIR égal ou supérieur à 4. Dans cette situation, le tarif du service est fixé par convention avec la caisse de retraite, qui participe à la prise en charge d'une partie des frais horaires versés cette fois directement au service.

Le service intervient également dans le cadre de l'aide sociale légale d'aide ménagère, ou dans le cadre d'accord avec des mutuelles et assureurs. Différents cadres d'action conditionnent les possibilités de recours à l'aide à domicile, la structure a su s'y adapter pour répondre aux besoins.

L'activité du service dont l'échelle est l'heure, n'est pas arrêtée. Elle est fonction du nombre d'heures attribuées par les services de l'APA ou des caisses de retraite, de la durée de présence des usagers à leur domicile et du besoin des nouvelles personnes accompagnées.

En terme de moyen humain, le personnel est composé de deux responsables de service. L'une encadre les services d'aide, l'autre le service de soins et de deux secrétaires. Les aides soignantes représentent 4 effectifs physiques et les aides à domicile sont 28. L'effectif total est d'environ 28 ETP¹³

Ainsi, composée d'un pôle médical et d'un pôle social, travaillant en complémentarité, l'offre de service de l'association nous permet de proposer une approche coordonnée de l'aide au quotidien des usagers. Intervenant au domicile de la personne les activités de nos services se situent à un niveau d'action stratégique dans la vie sociale des personnes.

Ils en sont acteurs : le passage de l'aide soignante est un moment d'échange attendu et d'autant plus important que si l'on a le temps il permet de retrouver le plaisir de se maquiller un peu. Ils en sont aussi un maillon : celui par exemple qui permet d'aller au marché du vendredi matin. Enfin et même si ce n'est pas un champ qui est réellement objectivé, ils en ont aussi une connaissance pragmatique assez fine : « La voisine du 1^{er} étage de Mme DALMUR lui apporte le pain tous les jours. Elle sera absente tout le mois de juillet. Penser à en prendre » extrait d'un cahier de transmission.

1.3.3 Une dynamique d'amélioration de ces services

Sous l'effet, de la nouvelle équipe du Conseil d'administration arrivée en 2000, les services de la CIAS ont été orientés dans une logique de modernisation : son siège a déménagé de ses anciens locaux vétustes. Les deux services ont été regroupés au sein d'un même bâtiment. Le système de gestion a été informatisé. L'équipe administrative a été complétée par mon embauche, pour accompagner la démarche qualité initiée et servant de fil rouge à cette volonté de modernisation. Une démarche qui a abouti en 2004 à la certification NF « service aux personnes à domicile » de notre structure. Cet engagement volontaire de notre association dans une démarche qualité n'est pas un fait isolé. Elle s'inscrit dans l'histoire de notre secteur qui en dehors du champ d'application

¹³ ETP : Équivalent Temps Plein

de la loi N°75-535 du 30 juin 1975 marquait alors sa volonté de structurer son action et de la faire reconnaître.

Ainsi, en 2000 des services mettaient en œuvre les prémices d'une démarche qualité sous l'initiative d'une convention pluriannuelle de la CRAM. Celle-ci définit des exigences simples d'organisation des services des règles de fonctionnement communes visant à assurer la qualité des prestations fournies. Cette initiative de la CRAM alors premier organisme financeur des services à domicile lui permet de s'assurer des modes opératoires de ses prestataires de services. Les associations disposent des premiers outils pour faire reconnaître le secteur de l'aide à domicile.

La mise en œuvre de démarche qualité est alors un moyen pour valoriser et faire reconnaître le sérieux de ces services pourtant faiblement encadrés réglementairement et principalement inscrits dans l'aide sociale facultative. Ainsi, sous l'impulsion des fédérations de l'aide à domicile des travaux sur un référentiel qualité sont élaborés. Souhaitant faire pleinement reconnaître cette initiative, elles s'associent à l'Association Française de Normalisation. En 2000, la norme NF X 50-056 « Services aux personnes à domicile » est validée et publiée au JO. Le choix du secteur de mener cette démarche dans le cadre d'un organisme indépendant, spécialisé dans la normalisation tel qu'AFNOR et son célèbre marquage « NF », marque toute l'ambition du secteur.

Ainsi, alors que le secteur médico-social s'interrogeait sur les « recommandations de bonnes pratiques » élaborées par le Conseil National de l'Évaluation, et les modalités d'évaluation internes et externes qui y sont associées, le champ de l'aide à domicile, l'un des derniers à intégrer le secteur disposait déjà d'une norme NF de modalité d'auto-évaluation et d'un organisme indépendant d'accréditation.

De même alors que les établissements pour personnes âgées recevaient le référentiel ANGELIQUE, comme un élément de la réforme du conventionnement tripartite, le domicile est entré volontairement dans cette démarche de normalisation.

Issus d'une volonté de professionnalisation et d'amélioration de l'aide apportée aux personnes âgées, le secteur de l'aide à domicile et l'action de notre association allaient alors se trouver en avance sur sa réglementation.

Parallèlement l'activité de notre service d'aide, a augmenté de plus de 40 % de 2002 à 2006. Si cette évolution est évidemment liée à la mise en place de l'APA, elle est également la conséquence d'une plus grande dépendance des personnes aidées puisque l'âge moyen est également en hausse alors que le GIR moyen diminue.

Évolution des heures de prestations effectuées de 2002 à 2005

	2002		2003		2004		2005	
APA	6815.75	33%	15731	60%	16544	62%	18157	63%
Aide des Caisses de Retraite	13597	67%	10295.8	40%	10256	38%	10585	37%
Total	20412.8	100%	26026.8	100%	26800	100%	28742	100%
Augmentation par rapport à l'année précédente	31%		28%		10%		10%	

Ainsi, sous l'effet de son orientation interne et de l'augmentation de son activité notre service a recomposé son organisation. Des mutations, qui allaient encore être favorisées par des modifications nombreuses de sa législation.

Aussi sa dynamique d'amélioration est un atout pour impulser un projet répondant aux besoins des personnes.

Conclusion partielle :

Alors que l'augmentation de la population âgée se traduit par une prise en considération de plus en plus importante des questions relatives au vieillissement, nos réponses sociales ne les abordent souvent qu'en tant que groupe distinct. Pourtant les attentes de reconnaissance que traduisent nos usagers, nous interpellent sur les liens que ce groupe entretient avec les autres composantes de la société. Des sollicitations qui, du fait des variables démographiques, devraient s'accroître.

Acteurs du quotidien et de proximité, offrant différents types de services et inscrits dans une dynamique d'amélioration de sa réponse sociale, les services du maintien à domicile sont des acteurs privilégiés pour accompagner ces demandes. Aussi, je m'attacherai maintenant à comprendre pourquoi la vie sociale des personnes âgées est un aspect trop souvent écarté dans nos réponses d'accompagnement.

2 DE L'AIDE MÉNAGÈRE A L'AUXILIAIRE DE VIE SOCIALE UNE RECONNAISSANCE DIFFICILE DE L'ÉVOLUTION DES MISSIONS.

Institué en 2002, le Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS), fondait l'objectif d'une réelle professionnalisation et reconnaissance du métier de l'intervenante à domicile. Se substituant ainsi à l'ancien Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile (CAFAD) il en rénovait la fonction et le nom.

L'aide à domicile devient l'auxiliaire de vie sociale. Cette nouvelle appellation met en évidence que la réponse à ces besoins autour du lien social, précédemment décrits, devient une mission affectée à cette fonction puisqu'elle en est dès lors, l'auxiliaire. Mais de la même façon, elle pointe que les personnes âgées ont besoin d'un professionnel pour « la vie sociale ».

Comment interpréter cette évolution, les solidarités informelles sont-elles en panne ? Un questionnement qui s'intègre évidemment à « la crise du lien social », que notre société traverserait.

Ainsi, ce changement de nom, met en évidence un changement important de cette fonction. Pourtant encore aujourd'hui ces métiers et services, sont communément désignés sous le terme « d'aide ménagère ». L'utilisation de cette terminologie ancienne n'est pas neutre, elle fait apparaître que l'évolution de la fonction ménagère à la mission d'auxiliaire sociale, n'est pas pleinement reconnue :

Une d'analyse à interroger au niveau des politiques du maintien à domicile et des systèmes de prise en charge pour comprendre les carences de l'accompagnement.

2.1 Personne âgée et société : des liens en mutation

La catastrophe de la canicule que nous avons connue en 2003, a soulevé beaucoup de polémiques sur la solidarité nationale envers nos aînés. Pointant alors les carences du système de prise en charge, les solidarités familiales étaient également mises en question. Cette catastrophe met en lumière que nos rapports sociaux ont profondément changé. Des changements qui entraînent de nouveaux modes d'exclusion contre lesquels nous devons proposer les réponses.

Nous nous attacherons ainsi à analyser les transformations du lien social que connaît notre société pour comprendre en quoi elles vulnérabilisent l'intégration sociale des personnes âgées.

2.1.1 Le lien social : une société qui s'interroge

A) Terminologie

Avant d'entrer davantage dans cet exposé, il me paraît opportun de définir le sens apporté aux notions que j'utiliserai pour aborder ce point :

Tout d'abord le « rôle social » : Il renvoie à la mission que l'individu remplit dans la société, celui-ci n'est pas exclusivement professionnel, il peut également être familial par exemple. « L'utilité sociale » quant à elle se réfère à l'importance qui est affectée au rôle social de l'individu. Enfin, le « statut social » est la place conférée à l'individu en fonction de ses rôles et des critères normatifs d'une société.

Ces différentes notions couramment employées pour traiter de la reconnaissance sociale mettent en évidence que différents facteurs sont à l'œuvre dans celle-ci. Ainsi, une femme au foyer conserve bien un rôle social, alors qu'elle n'occupe pas un emploi. Pourtant, les représentations dévalorisées de « la femme au foyer » traduisent que son utilité sociale n'est pas pleinement reconnue. Et alors même qu'elle peut avoir un statut social valorisé, si d'aventure, elle est l'épouse d'un Préfet.

De même, nous aborderons « les liens sociaux » à l'échelle des individus ou micro groupes en référence aux relations que ceux-ci partagent et « le lien social » renverra davantage à la relation qui noue les membres d'un groupe pour lui permettre de se définir en tant que tel. Enfin, nous entendrons « la vie sociale » comme activation des liens sociaux d'une personne.

Ayant ainsi distingué le lien social des liens sociaux, nous pouvons alors nous interroger sur les relations à établir entre ces deux notions.

Dans les sociétés traditionnelles, les personnes âgées ne sont pas considérées comme un groupe distinct et la cohabitation intergénérationnelle y est prépondérante. Ces caractéristiques contrastent avec notre organisation actuelle, où est construit le groupe social des personnes âgées dont l'âge de la retraite marque l'entrée.

Entre ces deux modèles, l'industrialisation et la division sociale du travail ont donc fondé une autre base au lien social.

B) Lien social et mutation du système de production

Émile Durkheim¹⁴, a mis en évidence que le lien social et la solidarité entre les individus étaient fonction de l'organisation sociale du travail, ainsi il distingue deux modèles :

Les sociétés traditionnelles où il y a peu de division du travail, chacun réalisant les mêmes tâches que l'autre dans un effort collectif. Dans ces organisations l'appartenance au groupe est prépondérante puisque c'est grâce à celui-ci que la production est assurée. C'est par la ressemblance alors que naît le lien social. Il la désigne comme une solidarité mécanique.

À celles-ci s'opposent, les sociétés modernes caractérisées par la « division du travail ». L'individu a une spécialisation importante. Dans ce second modèle la solidarité est dite « organique », car elle se fonde sur la nécessité de la coopération : chacun ayant une fonction spécialisée, les individus dépendent les uns des autres pour la satisfaction complète de leurs besoins.

Ainsi, l'industrialisation a modifié le rapport des individus les uns envers les autres, leur appartenance sociétale étant non plus liée à leur ressemblance, mais à leur spécialisation. Pourtant, la notion de « crise du lien social » est une notion plus récente.

Apparues avec la crise économique ces interrogations trouvent assurément une part de leur source dans les évolutions économiques ; en effet, avec la chute du keynésianisme un modèle d'intégration trouve sa fin.

Dans l'organisation keynésienne, l'État a occupé une place majeure dans le processus d'intégration. Notamment, par son rôle d'intermédiaire des dynamiques. Par sa régulation du marché, il a contribué à produire des normes communes et en outre, le compromis social. Ces interventions se sont traduites par la consolidation d'un statut salarial et le développement dans un cadre plus vaste du système de protection sociale qui ont élargi le droit des individus au-delà de leur droit civique.

Dans cet ancien modèle, c'est l'État qui édicte les normes et donne sa place à l'individu au sein de la nation. Ainsi, le progrès social a été longtemps défini comme une unification et une généralisation des mécanismes d'aide sociale, la création de la sécurité sociale en est la meilleure illustration.

¹⁴ *Emile DURKHEIME, De la division sociale du travail, 1922.*

Depuis la crise économique, ce modèle keynésien a été remis en cause : une de ses premières défaillances étant liée aux problèmes de financement. Le libéralisme a pris le relais amenant rigueur budgétaire et stabilité des prix, une rationalisation qui n'a pas su limiter les dégradations sociales, alors même que les imperfections du système de protection sociale se faisaient plus problématiques.

Les évolutions économiques expliquent nettement une part des remises en question des évolutions sociales : tout d'abord avec les dégradations économiques des ménages que celles-ci ont induites, ensuite par son action révélatrice des manques du système de protection sociale.

Pourtant, nous ne pouvons pas nous borner à une analyse économique. En effet, la croissance s'est ralentie et non pas arrêtée. Parallèlement, notre société semble marquée par l'abandon du champ du politique et au-delà de l'action collective. Un élément majeur qui, s'il n'a pas accentué la montée des inégalités, n'a pas permis de les limiter non plus.

C) L'individualisme

L'individualisme est ainsi mis en évidence pour expliquer ce que certains désignent comme « une crise du principe de solidarité », amenant à une remise en cause du système de protection sociale. Mais avant d'utiliser cet élément, il nous paraît important de souligner que l'individualisme et l'égoïsme sont des notions distinctes¹⁵. La question de l'individualisme et de ses conséquences est centrale dans la question de l'avenir du lien social.

Lipovetski¹⁶ met en avant deux révolutions majeures amenant à ce phénomène.

La première révolution à la fin du 19^{ème} est l'apparition en même temps de l'individu et de l'État avec la Révolution française. Le sujet social a alors des droits donnés par l'État et l'individu doit exprimer ces droits par la participation à la vie publique. Ainsi, l'espace public se met en place, faisant référence au projet politique, à l'avenir de la nation et à la possibilité de gestion du social via les progrès des sciences. Lipovetski désigne cette révolution de discipline (donne un nouvel ordre), révolutionnaire (changement) et conventionnel (organisation de la totalité ; la liberté attribuée est régulée dans un but

¹⁵ Voir à ce sujet : DE TOCQUEVILLE A. *De la démocratie en Amérique*. Paris : C. Gosselin, 1836.

¹⁶ LIPOVETSKY G. *L'ère du vide : Essais sur l'individualisme contemporain*. Gallimard, 1989. 313 p.

particulier ; organiser rationnellement la vie). On y retrouve un projet rationaliste qui va canaliser la liberté soumise à l'intérêt global de la nation.

La seconde révolution se manifeste en l'individu qui s'empare de sa liberté et l'impose à la société. L'individu ne reconnaît plus la liberté qui lui était donnée, mais une liberté radicale qu'il prend. Il en détermine lui-même son but, son utilité. Il explique cette seconde révolution par le début de la consommation de masse : accessible à tous, la liberté n'est plus contrainte. Ainsi, les buts et les désirs sont propres à l'individu et non plus imposés par l'extérieur.

Tout devient objet de désir, il n'y a plus de limite, le sujet devient le centre de ses propres aspirations et ne supporte plus que l'on les lui impose. De ce fait, si l'individu devient central, la collectivité passe au second plan. Les institutions sociales cherchent à séduire l'individu, mais se heurtent à une multitude de désirs qu'elles cherchent à récupérer. C'est alors l'exemple de la télévision qui aux mains du gouvernement a été un mode de diffusion de l'idéologie. Maintenant, on cherche à retenir l'intérêt de l'individu. L'individu n'a plus de programme imposé, il zappe, choisit librement. Le sujet social impose son attente. Les programmes télévisuels s'annexent au désir de l'individu.

Au niveau politique on note l'absence de projet général : C'est l'ère du vide. Il n'y a plus de projet collectif, les institutions ne cherchent plus qu'à séduire l'individu dans l'immédiateté. Le rapport qu'a l'individu avec la société est un rapport psychique d'opposition ou d'adhésion. Pour l'individu c'est le repli sur le privé et la question de ses désirs, incapable de les hiérarchiser, il devient indifférent au monde extérieur. L'analyse de Lipovetski est inquiétante.

L'individualisme ainsi agissant dans un contexte social dégradé pose inéluctablement la question de l'avenir du développement social : il s'agit alors d'aborder le thème de la politique (c'est-à-dire l'établissement d'un projet) social (orientée vers autrui), dans un contexte de replis sur la sphère privée (abandon du politique) et d'atomisation de l'individu (perte de légitimité du principe de solidarité). Il s'agit certes d'une problématique large qui pose tout à la fois la question de la mobilisation et celle de l'établissement d'un projet commun de société.

C'est dans ce cadre aux relations sociales en mutation que nous devons penser à la personne âgée. En quoi celles-ci peuvent-elles être source d'exclusion ?

2.1.2 Des mutations qui vulnérabilisent l'intégration sociale des personnes âgées

Ainsi, les mutations économiques ont eu une incidence importante sur le rapport que les individus entretiennent dans la société. De nouvelles règles du jeu, face auxquelles, les personnes âgées n'ont pas toujours les moyens de s'adapter.

A) Vieillesse et rationalité économique

Comme le met en évidence l'analyse durkheimienne, ce n'est plus dans le principe de ressemblance, que se fonde le lien social, mais dans sa spécialisation au regard de la division sociale du travail. Alors que le modèle libéral a valorisé la rationalité économique de l'acteur qu'en est-il alors de ceux qui ne sont plus « spécialisés » dans ce système ?

L'entrée à l'âge de la retraite, comme de nombreuses études l'ont mis en évidence, marque une rupture importante dans la vie des individus. Sortis de l'activité économique traditionnelle, il est fréquent que ceux-ci se demandent à quoi ils vont servir, tant la rationalité économique de l'agent est valorisée dans la définition de l'utilité sociale.

Ainsi, une société qui lie les individus par leur interdépendance, ne peut être qu'excluante pour ces « dépendants ». La sortie du monde du travail est donc la première source de stigmatisation des personnes âgées qui dans leurs liens aux autres ne sont plus perçues comme des acteurs économiques, mais une charge. C'est d'ailleurs dans ce rapport que les problèmes de la vieillesse sont souvent exposés : l'avenir des retraites, l'augmentation des dépenses de santé.

Pourtant, grâce à l'augmentation du niveau des retraites, ce modèle rationaliste a aussi trouvé une utilité à la vieillesse dans le système de production : soutenir la consommation. C'est ainsi que l'on voit se développer le modèle de la retraite loisir où les individus sont incités à voyager, faire des activités. Le lien qu'entretiennent les personnes âgées avec la société est valorisé par leur capacité de consommation, ils participent ainsi à la vie économique en l'alimentant. Ce modèle exclut bien évidemment les personnes aux revenus les plus modestes.

Dans la même logique, le vieillissement de la population est également valorisé par la création de nouveaux marchés, c'est ainsi que l'on voit la domotique, s'orienter vers les besoins du maintien à domicile. Il est maintenant perçu comme créateur d'emploi grâce à l'aide humaine qu'il va nécessiter. La vieillesse ne va donc trouver son rôle que dans la dépendance ?

Ainsi, la rationalité économique tend à substituer un rôle de « participant » à l'activité des personnes âgées par celui de « l'alimentant » : un modèle qui n'est pas sans poser

problème d'une part, parce qu'il écarte les personnes à faibles revenus, d'autre part parce qu'il ne règle pas la question du «contre don » si essentiel dans la relation d'aide, comment les personnes âgées pourraient considérer leur rôle social dans le seul fait d'être à l'origine de créations d'emplois ? Il s'agit d'une vision parcellaire de l'utilité qui ne peut fonder son lien et son rôle dans l'ensemble.

B) L'individu âgé

Si l'individu est devenu la référence, M. Maffesoli¹⁷ met en évidence qu'il construit son rôle social, son identité, par l'appartenance à différents groupes sociaux qu'il choisit : de ce fait, l'individu ne se reconnaît plus par son groupe social d'origine, mais par les différents masques qu'il revêt : membre d'un club de foot, chasseur..., ces différentes tribus ayant également fonction de refuge.

Après la retraite « mort sociale » Anne Marie Guillemard¹⁸ met en évidence l'apparition d'un nouveau modèle : la « retraite solidaire » traduisant l'importance que les plus de 60 ans ont pris dans le monde associatif et non marchand. Sortis du monde du travail, ils traduisent la volonté d'être utiles à la société dans un nouveau rapport qui dépasse leur rationalité économique et le modèle de la retraite consommation. C'est ainsi que l'on a vu se développer des associations de retraités souhaitant faire bénéficier les autres composantes de la société de leur expérience. L'association AGIRabcd (Association Générale des Intervenants Retraités Actions de Bénévoles pour la Coopération et le Développement) en est une nette illustration.

Si ce modèle répond aux carences d'une vision rationaliste, il traduit également une des tribus, que ces retraités ont su intégrer.

Pourtant, avec l'arrivée de la perte d'autonomie et la diminution des capacités physiques et psychiques la personne âgée voit ses possibilités de participation à ces groupes diminuer : on ne peut plus aller au club, être bénévole à la maison de retraite.

La perte peut se situer à deux niveaux : d'une part, elle va réinterroger la question du rôle, d'autre part parce qu'elle va réduire le réseau de socialisation de la personne

¹⁷ MAFFESOLI M. *Le temps des tribus : Le déclin de l'individualisme dans les sociétés postmodernes*. Table Ronde, 2000. 352 p.

¹⁸ GUILLEMARD A.M. De la retraite mort sociale à la retraite solidaire. *Gérontologie et Société*. Fondation Nationale de Gérontologie, Septembre 2002. n°102. pp. 53-65.

Se référant à l'utilité économique et nécessitant de la part des individus la capacité de se définir par de multiples casquettes, les mutations du lien social ont amené à la mise en place de relations qui ne favorisent pas leur intégration sociale.

Dans le même mouvement, ces mutations ont contribué à valoriser les images sociales opposées aux représentations sociales de la vieillesse, sources d'exclusion.

2.1.3 Des mutations qui dévalorisent l'image de la vieillesse

Henri Mendras¹⁹, expose ces transformations. Ainsi traitant de l'après-guerre : « Nous avons assisté à un extraordinaire rajeunissement qui a coïncidé avec l'expansion économique (...) ce rajeunissement s'accompagnait comme il est naturel, d'une valorisation de la jeunesse. Le jeune cadre dynamique et le jeune paysan moderniste étaient des figures de proue qui bousculaient allégrement la gestion rigoureuse et précautionneuse de la vieille sagesse bourgeoise et paysanne » et de rajouter « Depuis 1965 et surtout depuis 1970(...) La France recommence à vieillir. Du coup renaît la vieille anxiété ; un pays vieux serait languissant et tourné vers le passé »

On peut noter que la valorisation de la jeunesse et maintenant l'anxiété de la vieillesse soient liées aux bouleversements démographiques qu'ont amenés de mêmes générations, ces « baby-booms » devenus « papy - booms ».

Ce rajeunissement dans le cadre de l'économie de marché a ainsi conduit à une valorisation du dynamisme, la rapidité, la compétitivité, l'adaptabilité, la force, la beauté des traits qui s'opposent à la vieillesse. Dans une société en crise économique, le plus âgé était sommé de « laisser la place au jeune » avec la généralisation des départs en préretraites.

Une vieillesse dont les représentations ne sont plus associées à la sagesse, la connaissance dans un contexte où la maîtrise des nouvelles technologies est devenue une référence essentielle. Elle est donc définie par la perte, la dépendance, la mort.

Dès lors, il faut en masquer les stigmates : la personne âgée ne peut plus être un « vieux » (terme devenu dégradant) c'est un « senior » avec une référence évidente au domaine sportif, il traduit la nécessité de garder le lien avec une notion de performance.

¹⁹ MENDRAS H. *La seconde Révolution française 1965-1984*. Éditions Gallimard, 1988.

Ces représentations sont doublement excluantes, au niveau de la société elles mettent de côté ceux qui en sont touchés, de l'autre elles ne permettent pas à la personne de fonder une image positive d'elle-même.

Ainsi, J. Maisondieu²⁰ met en exergue que ce **double déni** de la société envers le vieux « dans un monde qui n'a d'yeux que pour la jeunesse le dégoût remplace le désir quand apparaît la vieillesse ». Et de la **personne envers elle-même** « lui même qui se voit devenir vieux éprouve une certaine répugnance » peut amener à une fuite dans la démence, ou la mort (le suicide). Un drame silencieux, car : « Comment pourrait t-il revendiquer son droit absolu d'être reconnu comme un semblable digne de respect alors que lui-même ne veut pas se reconnaître dans ce qu'il est devenu et qui ne lui plait pas » Une illustration très significative de ce déni et très locale par ailleurs se manifeste dans le nom qu'a choisi le club du troisième âge de la commune de Livinhac-le-Haut où nous intervenons : « Les toujours jeunes ».

Ainsi, les mutations sociales sont fortement impliquées dans les sollicitations qu'expriment nos usagers.

D'une part, elles en sont la cause, puisqu'elles ont établi des modes de socialisation qui basés sur la rationalité économique excluent ceux qui sont considérés comme non performants. Très localement, encore rappelons que l'histoire industrielle de notre bassin houiller a fortement valorisé la valeur travail. Et l'évocation du passé est d'autant plus douloureuse que la mine ou l'usine qui faisaient naguère les richesses du pays en seraient maintenant le point noir : la friche à reconvertir.

D'autre part, ces mutations amènent à l'impossibilité de formuler une demande : une vulnérabilité que l'individu ne peut pas reconnaître.

Ainsi, on comprend davantage la difficulté de nos usagers d'exprimer nettement ces attentes. Mais aussi pourquoi il est préférable parlant de l'aide à domicile de conserver des représentations du métier plus proche de « la femme de ménage » à laquelle toutes les classes d'âge peuvent avoir accès, plutôt que celle de « l'auxiliaire de vie sociale » qui fait référence aux besoins amenés par la dépendance.

Face à ces mutations, les politiques sociales ont mis en place des dispositifs pour éviter ces exclusions et assurer une solidarité envers ses aînés. Pourtant, elles se trouvent

²⁰ MAISONDIEU J. La vieillesse est-elle synonyme d'exclusion ? *Gérontologie et Société*. Fondation Nationale de Gérontologie, Septembre 2002. n°102. pp. 227-236.

confrontées à la conciliation difficile d'objectifs économiques et démographiques de son environnement.

2.2 Entre action gérontologique et soutien à l'emploi : le maintien à domicile, un secteur à la croisée des chemins

Constitués par la reconnaissance progressive du droit à l'autonomie des personnes âgées et la volonté de rationaliser un secteur au fort potentiel de création d'emploi, le maintien à domicile et ses services se trouvent à la confluence de différentes logiques. Une croisée des chemins où la prise en considération de la « personne » âgée est interrogée.

2.2.1 Les mesures d'aide aux personnes âgées à domicile : la mise en place d'un droit à l'autonomie

La question du maintien à domicile est apparue en même temps que ces mutations d'organisations sociales. C'est-à-dire lorsque l'industrialisation, le développement urbain, le travail des femmes et les mobilités géographiques n'ont plus permis de maintenir la personne âgée au sein de la cellule familiale. En effet, c'est lorsque la cohabitation intergénérationnelle a diminué et l'espérance de vie augmentée qu'est apparue avec force l'émergence de ces nouveaux besoins. C'est ainsi qu'en 1905, on a fondé une « assistance aux vieillards infirmes et incurables ».

Pourtant, ce n'est qu'en 1962 que la commission, présidée par Pierre LAROQUE, va fonder les bases d'une réelle politique de la vieillesse où le maintien à domicile préconisé, va trouver les bases de sa structuration.

L'aide ménagère légale est alors cr e e, cette aide en nature est financée par les Conseils Généraux. La Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse mettra quant à elle en place la prestation d'aide ménagère en 1965.

Ceci aboutit à deux régimes : l'aide sociale légale et l'aide sociale facultative. Cette dernière, bien que non obligatoire est soutenue par les régimes des caisses de retraite alors que l'aide légale est constituée. Or, c'est grâce à cette aide facultative que le plus grand nombre des personnes âgées peuvent bénéficier d'une aide pour leur soutien à domicile. L'aide sociale légale n'intervenant que dans les situations où les ressources sont très faibles. Après l'aide sociale, l'action sociale contribue à compléter les aides existantes.

En 1975 l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) est créée, alors que c'est la personne handicapée qui est désignée, elle est couramment employée pour les personnes âgées en raison notamment d'une définition floue des bénéficiaires.

C'est ainsi que la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) va être créée, distinguant nettement les ressortissants de l'ACTP et ceux de la PSD. Cela se traduit par un critère d'âge et un principe de non-cumul.

Cette allocation se fonde sur une évaluation de la dépendance des personnes âgées. La grille AGGIR est mise en place, mais celle-ci qui devait être réévaluée est toujours en fonction. Rapidement, les mécanismes à contre-emploi de cette prestation vont être dénoncés : en effet, les critères des aides accordées par les Conseils Généraux n'étant pas fixés de grandes disparités apparaissent sur le territoire. D'autre part, placée sous le régime du retour sur succession, elle est peu sollicitée, les personnes marquant la volonté de pouvoir transmettre à leur descendant.

En 2001, la création de l'APA, Allocation Personnalisée Autonomie vient combler les lacunes de la PSD. Fondant un véritable droit à l'autonomie elle se veut universelle.

S'il y perdure le retour sur succession et des niveaux de ressource, les plafonds sont fixés à des montants élevés permettant de l'ouvrir au plus grand nombre. Les critères d'attribution ainsi que les montants des aides sont définis au plan national. Même si c'est le département qui en garde le financement, cette mesure a permis de réduire les inégalités territoriales.

En outre, elle se traduit par la prise en considération des niveaux de dépendance de 1 à 4 dans les critères de la grille AGGIR, qui elle, n'est pas rénovée. C'est donc un nombre plus important de personnes qui peut en bénéficier puisque la PSD ne retenait que les niveaux 1 à 3. Cette aide attribuée par une équipe pluridisciplinaire du Conseil Général est versée aux personnes, qui peuvent alors faire appel aux services de leur choix et sous le mode de leur choix également (prestataire ou mandataire) même si le recours à l'aide en prestataire est favorisée. Dans le même temps, le Fond de Modernisation de l'Aide à Domicile (FMAD) est créé. Il vise à soutenir le secteur pour la formation, l'informatisation, et l'amélioration de ses services

Ainsi entre la volonté manifeste de favoriser le maintien à domicile et la constitution d'une aide de solidarité nationale permettant aux personnes de bénéficier des ressources nécessaires à celui-ci, 40 ans se sont écoulés.

La mise en place de l'APA permet de lever des freins importants à l'appel à l'aide sociale et fait apparaître des besoins jusque-là sous-estimés. La demande des personnes âgées augmente et les droits ouverts de même. L'activité des services d'aide à domicile connaît

une croissance importante et rapide, l'aide sociale légale devient alors le régime d'appartenance principal des personnes qui font appel à ces services, remplaçant le système de l'aide sociale facultative des caisses de retraite.

Dans ce contexte, l'intégration des services d'aide à domicile au champ du médico-social s'entend comme une suite logique voir évidente ; il s'agit de placer un cadre réglementaire clair pour cette activité qui a pris une place prépondérante dans les dépenses de solidarité départementale.

2.2.2 L'entrée dans le secteur médico-social : une reconnaissance de l'aide aux personnes âgées

Si l'aide sociale légale dépend des Conseils Généraux, ils n'en organisent pas le service, le plus souvent assuré par des organismes privés à but non lucratif qu'ils habilitent. De même, les caisses de retraite passent convention avec ces services. Leurs critères de fonctionnement sont donc principalement définis par les conditions de ces habilitations et conventionnements et non par une réglementation spécifique, ces services n'entrent en effet pas directement dans la loi cadre du 30 juin 1975.

Dans les années 80, le maintien à domicile trouve son essor. Deux éléments notables viennent le structurer : rattachés à l'action sanitaire, les SSIAD sont constitués par décret en 1981. En 1983, la première convention collective des organismes de maintien à domicile est constituée. On note que dans le champ social ce sont les intervenants eux-mêmes qui vont définir la structure de leur action, c'est ainsi que l'on trouve la première définition officielle du métier de l'aide à domicile, celle-ci sera par la suite consolidée par la création du CAFAD (certificat d'Aptitude aux fonctions d'Aide à Domicile).

1996 va marquer un tournant important dans les mesures relatives au maintien à domicile. Mr Jaques BARROT, alors Ministre du Travail, tend à y fonder une politique de soutien à l'emploi, c'est ainsi que des mesures de soutien sont mises en place pour favoriser les services aux particuliers. La notion d'âge passe alors au second plan, considéré comme un secteur à forte potentialité. Il entend solvabiliser la demande, par la création de mesure sociale d'allégement. Mais aussi rationaliser l'offre par des simplifications administratives d'accès au service (titre emploi service). Ces dispositions soutiennent le développement de l'emploi direct et le développement des services mandataires. Il est institué un système d'agrément des services sous contrôle des directions départementales et régionales de l'emploi. Les services devant être agréés pour que leurs usagers et eux-mêmes puissent bénéficier de dispositions d'allégement.

C'est ainsi que le premier cahier des charges applicable aux services d'aide à domicile est rattaché au ministère du Travail. Les critères y sont principalement fondés sur des éléments d'ordre fiscal (transmission d'une facturation, attestation de fin d'année).

Aussi alors que l'APA été constituée, le cadre des services devant apporter cette aide n'était pas fondé dans le domaine de l'action sociale. Une question d'autant plus cruciale qu'elle contraste avec le niveau de dépendance des personnes à domicile.

Peut-on laisser l'organisation de l'assistance d'une personne atteinte de démence à un service sur ce seul critère de cet agrément ?

Et ce d'autant plus que ces services peu professionnalisés renvoient à des organisations très disparates.

Face à ce manque de référence, et les incitations à la modernisation par les pouvoirs publics, le secteur s'organise. En 1999, la CNAV et les services d'aide à domicile s'engagent dans une réflexion sur la qualité des services. En 2000 la norme AFNOR NF X50-056 « Service aux personnes à domicile » est créée. L'objectif est triple :

- Donner un référentiel à ce domaine d'activité ;
- Professionnaliser le secteur, en assurant un niveau de qualité commun ;
- Faire reconnaître ces activités (le choix de placer l'évaluation à un organisme extérieur n'est pas neutre).

Mais si cette initiative a l'intérêt de marquer un engagement des acteurs, elle ne peut donner un fondement légal à ces services : un élément qui sera bientôt revu.

En 2002, le secteur de l'aide à domicile pour personnes âgées est entièrement redéfini un seul mot d'ordre alors ; la professionnalisation. Une révolution pour ce secteur pourtant ancien qui, en à peine 4 mois, aura vu l'ensemble de ses textes fondateurs refondus.

Le décret du 26 mars 2002, a été une première étape de cette construction avec l'instauration du Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale. Le DEAVS remplace ainsi le CAFAD. La réforme de ce diplôme modifie de façon conséquente la formation et l'accès à la qualification des aides à domicile. Le temps de formation passe alors de 400 à 1060 heures et son accès s'ouvre à la formation initiale. Le métier de l'aide à domicile bénéficie ainsi d'une reconnaissance avec un diplôme d'État dont le volume horaire est semblable à celui d'une aide soignante.

En second lieu, le 29 mars 2002, les partenaires sociaux signent un accord de branche relatif aux rémunérations. Faisant suite à son agrément et son extension qui fut plus périlleuse les salaires conventionnels sont revalorisés progressivement de 20%, sur une période de 3 ans. Une seconde révolution encore, en effet la convention antérieure de 1983 n'avait pratiquement pas évolué. À titre indicatif, une aide à domicile non qualifiée gagnait après 21 ans de carrière à peine 1.4 euro de plus à l'heure qu'à ses débuts. Bien

évidemment, l'immobilisme des grilles de rémunérations avait amené à des salaires conventionnels inférieurs au niveau du SMIC, en 2003, il fallait un peu plus de 10 ans d'ancienneté à une aide à domicile diplômée, pour que son salaire conventionnel rattrape le SMIC. La mise en place de cet accord revalorisant particulièrement la qualification et l'ancienneté permet de faire sortir cette activité des petits boulots d'appoint et pour le positionner comme un métier permettant une réelle carrière professionnelle. Cette réforme a été majeure dans le processus de professionnalisation puisqu'elle a donné au secteur les moyens de fidéliser le personnel et de le rendre plus attractif.

Enfin, la loi du 02 janvier 2002 et ses multiples décrets d'application ont introduit les services d'aide à domicile dans le secteur médico-social. Outre la révision de leur mode de fonctionnement et la demande d'autorisation que tous les services devaient alors déposer pour poursuivre leur activité, le mode de financement de ces activités a également été entièrement restructuré. Il est passé d'un financement basé sur un tarif horaire établi conventionnellement à un financement basé sur un tarif horaire issu du budget réel de fonctionnement de l'établissement, cet élément devant donner plus de stabilité à cette activité. Pourtant, cette mise en place n'est pas évidente et bon nombre de structures ne sont pas encore tarifées. L'entrée dans le secteur, concerne alors l'aide en prestataire intervenant auprès des publics fragiles. L'emploi direct (service mandataire) et les services aux personnes non vulnérables ne sont pas concernés. Ils restent régis par la réglementation de l'agrément. L'entrée dans l'action médico-sociale marquait alors la reconnaissance de son action et c'est pourquoi la distinction entre les structures agréées (rappelons-le par la DDTEFP) et les structures autorisées marque alors une distinction essentielle dans le cadre politique de l'action qu'elles entendent mener

Qualification, rémunérations, entrée dans le secteur médico-social et révision du mode de financement, ce bref rappel met en évidence l'importance et la rapidité des mutations de l'aide à domicile. Une structuration qui allait encore être renforcée par la création de la Caisse Nationale Solidarité Autonomie et le décret d'organisation des services d'aide et d'accompagnement à domicile.

Plus qu'une mesure principalement financée par les dispositions facultatives, et principalement reconnue en terme d'acteur dans le domaine de l'emploi, l'aide à domicile a donc connu de 2001 à 2004 la constitution de son secteur : son rattachement au social par la loi 2000-02, la reconnaissance de la qualification nécessaire à l'accompagnement du grand âge (le DEAVS), la structuration sociale de son financement (la CNSA).

Pourtant, face aux problèmes que soulève la question du chômage, le secteur de l'aide à domicile est de nouveau au centre de mesures de soutien à l'emploi. Des mesures qui interrogent l'accompagnement social que l'on souhaite apporter.

2.2.3 La problématique de l'emploi : Une tentation toujours présente.

Soutenu par des mesures d'accompagnement à l'emploi, le secteur de l'aide à domicile a bénéficié de ce rapprochement : face aux manques de personnel, des mesures d'accompagnement et de formation ont été et sont mises en place. Pourtant, l'évolution des besoins de prise en charge de nos usagers, notamment leur vulnérabilité remet en question ces relations ambivalentes qui peinent à trouver un cadre clair.

La loi du 26 juillet 2005, N° 2005-841, relative au développement des services à la personne, met en application le Plan BORLOO, visant à soutenir la création d'emploi dans ce secteur. Les principales dispositions sont :

- La réforme du dispositif de l'agrément et l'ouverture au secteur marchand ;
- La création du Chèque Emploi Service Universel (CESU) ;
- La création de l'Agence Nationale des Services à la Personne ;
- Des avantages fiscaux pour le secteur prestataire, mandataire et l'emploi direct.

En premier lieu, il convient de préciser que ces mesures s'adressent aux services tels que définis par les mesures de Mr BARROT en 1996 et mentionnés au L 129-1 du Code du Travail. Or depuis 2002, une partie de celles-ci sont maintenant intégrées au médico-social, ceux s'adressant aux personnes vulnérables.

Ces mesures visent à favoriser l'accès de tous aux services à la personne grâce à l'agence nationale dont l'objet est la promotion et le développement de ces activités. De même, le CESU qui remplace les divers titres existants a pour objet de faciliter également le recours aux services. La demande est solvabilisée une fois de plus par une diminution de coût réalisé sur des avantages fiscaux. Ainsi, alors que l'on croyait la distinction établie : les services s'adressant aux personnes vulnérables placées dans le cadre de la loi sociale et les autres dans le régime d'agrément, cette distinction est balayée.

En effet, si ce plan tend à favoriser l'ouverture du secteur à de nouveaux entrepreneurs, les dispositions du régime de l'autorisation ne sont pas facilitantes. Aussi, après plusieurs mois de controverse, l'ordonnance n° 2005-1477 du 1^{er} décembre 2005, mettait en place le droit d'option pour les services prestataires intervenant auprès d'un public fragile entre le régime de l'agrément et celui de l'autorisation. L'entrée dans le secteur médico-social n'est donc pas fonction des caractéristiques des personnes, mais optionnelle en fonction des priorités d'emploi.

Si cette mesure a heureusement été accompagnée par une révision profonde des critères d'attribution de l'agrément et du renforcement des contrôles, elle pose une question essentielle, au regard de notre problématique. L'aide et au-delà la personne âgée, est-elle d'abord rattachée à notre société par la solidarité ou par le travail ? Des interrogations qui ne sont pas sans nous rappeler celles que ces personnes nous posaient « À quoi je sers ? »

Ils interrogent aussi sur la fonction des services d'aide à domicile : ont-ils vocation première d'être un promoteur d'emploi ou un soutien à ceux qui n'en ont plus ?

Face à ces questions qui ne sont toujours pas résolues, on comprend mieux, les difficultés de notre service à dépasser sa fonction matérielle, ménagère, pour aborder sa mission sociale puisqu'elle ne lui est pas pleinement reconnue.

En 2002, l'augmentation de nos activités et les réformes du secteur m'avaient permis d'augmenter le temps de travail des aides à domicile. Si j'ai eu recours à de nouvelles embauches, j'ai privilégié l'augmentation d'activité des salariées déjà en poste. Mon objectif était de fidéliser le personnel et de l'engager dans une démarche de professionnalisation. En effet, de nombreuses salariées ne travaillaient que quelques heures par semaines dans notre structure. Or, il était essentiel de sortir l'activité d'aide à domicile de ce rôle de petit job d'appoint pour le conduire à celui d'un véritable emploi contribuant au revenu du foyer. J'ai associé cette augmentation d'activité à des mesures de formation qualifiante et ou diplomate notamment grâce au fonds de modernisation de l'aide à domicile. Enfin, la démarche qualité m'a permis de mener avec le personnel des travaux de réflexion sur le rôle et l'activité de ces professionnelles. L'ensemble de ces actions nous a permis de constituer une culture du métier de l'aide à domicile. Ce positionnement en terme de professionnel de l'action sociale des intervenants à domicile n'est pas neutre dans la prise en compte de ces nouveaux besoins. Ce sont elles qui au quotidien et dans l'espace privé des domiciles repèrent ces attentes. Ce sont elles encore qui nous interpellent sur leur prise en compte. Une femme de ménage qui vient faire quelques heures de repassage n'aura assurément pas la même posture.

La construction du secteur de l'aide à domicile a de ce fait revêtu des enjeux dans le type même d'aide qu'il pouvait apporter. Mais de plus, cette structuration par vague a également abouti à des conditions d'organisation complexes qui constituent un obstacle évident à une approche globale de la personne âgée.

2.3 Des dispositifs de prise en charge restrictifs

Alors que la prise en considération des liens sociaux des personnes âgées ne peut s'inscrire que dans une approche globale de sa personne ; c'est-à-dire son autonomie et

sa santé, mais aussi son histoire, son cadre de vie et les relations qu'elle continue à entretenir, les outils, les méthodes et les dispositifs mis en place ne permettent d'aborder qu'un aspect tronqué de ses besoins.

2.3.1 Des régimes d'accès aux services variés et complexes

« Je voudrais que l'aide à domicile vienne, plus souvent », si cette requête est souvent formulée au service, la réponse est également la même « Vous êtes à quelle caisse de retraite ? » ; Alors que le sens commun aurait sans doute questionné « pourquoi ? ».

Ce type de réponse traduit deux difficultés :

D'une part, le système de réponse sociale est fortement rattaché au dispositif de prise en charge ;

D'autre part, la complexité de ces dispositifs n'amène pas à une réponse homogène aux usagers. La question du mode de prise en charge prime sur le besoin.

Cette variété amène à une complexité des prises en charge. Nous pouvons rappeler qu'elles dépendent :

- D'une part, du mode de financement :
Aide sociale légale - Aide des caisses des retraites CRAM, MSA, Secours minier, etc.. -
APA - Sans prise en charge - Mutuelle et assureur ;
- D'autre part, du type de service :
Prestataire - Mandataire - Emploi direct.

Chaque croisement amenant à un champ des possibles différents et des modalités d'organisation distinctes. Ainsi pour répondre à cette demande encore faut-il savoir si la personne est l'employeur ou non de son intervenante, auquel cas s'il y a un tiers financeur, quel est-il ? Comment doit être formulée la demande, si la personne entre dans un programme par un régime spécial, quels sont ses revenus, quel est son GIR.

On comprend ainsi que dans ce système, la réponse ait pris les mauvais plis de cette complexité de la structure administrative, plaçant la nature du besoin après la possibilité de réponse financière. Elle traduit aussi l'histoire du secteur et ses moyens limités amenant à une réponse d'abord orientée vers le mode de solvabilité. Ceci se traduit aussi par des glissements d'objet. Par exemple, pour dire qu'une nouvelle personne a demandé de l'aide, on s'exprimera par « j'ai monté un nouveau dossier » ce qui signifiera : nous attendons la réponse du financeur pour pouvoir l'aider.

Une solvabilité derrière laquelle « l'usager » ou plutôt la « personne âgée » s'efface. Il vaut en effet mieux utiliser ce terme générique. Car rappelons que dans les méandres de cette structuration, pour s'avoir si nous devons le considérer comme un « usager », un « bénéficiaire », un « particulier employeur », ou un « client », il nous faudrait d'abord connaître, son régime d'accès, son GIR, ses revenus et surtout s'il fait appel à un service ou pas, si celui-ci est autorisé, s'il est agréé, s'il a une vocation lucrative, etc. Si cette variété terminologique peut paraître anecdotique, elle soulève en fait un élément de fond. La réponse sociale organisée pour les personnes âgées à domicile dépend tout autant des caractéristiques qui leurs sont propres : le degré d'autonomie, les revenus que du type d'aide auquel ils recourent. Une personne ayant GIR 1 sera alors soit un usager soit un employeur, deux statuts aux droits, mais surtout aux devoirs bien différents.

Cette structuration induit donc déjà un premier filtre quand le besoin relationnel s'exprime : quel est son régime ?

Mais qu'en est-il de la méthode d'évaluation qui lui a permis d'accéder à ce régime ?

2.3.2 Des outils d'évaluation des besoins parcellaires

Parmi les éléments de structuration de cette organisation, l'évaluation du degré d'autonomie tient une place prépondérante. Si nous savons maintenant que celui-ci n'est pas important au regard de l'appartenance au secteur médico-social, il fonde tout de même la base d'accès aux dispositifs d'aide.

Il convient alors de s'arrêter sur cette grille d'évaluation, (présentée ci-après) : celle-ci propose une évaluation de l'autonomie en fonction de la capacité à faire. Regroupées sous huit items, les facultés sont estimées sur une échelle à trois degrés.

SITUATION AU REGARD DES ACTES ESSENTIELS ET ORDINAIRES DE LA VIE

VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE	
COHÉRENCE : converser et / ou se comporter de façon sensée	
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut
	Bas
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut
	Moyen
	Bas
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	Se servir
	Manger
ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire
	Fécale
TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir	
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...	
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme ...	
VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE	
GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens	
CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis	
MÉNAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers	
TRANSPORT : prendre et / ou commander un moyen de transport	
ACHATS : acquisition directe ou par correspondance	
SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin	
ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps	

A : fait seul, totalement, habituellement, correctement
 B : fait partiellement, non habituellement, non correctement
 C : ne fait pas.

Cette grille marque l'intérêt de ne pas s'arrêter à une vision médicalisée de la personne puisque ses variables illustratives s'inscrivent dans les actes du quotidien. Pourtant, elle ne prend cependant pas en considération l'environnement de la personne.

Ainsi à GIR égal, la réalité des usagers peut varier sensiblement en fonction de leur entourage relationnel. Une personne dont la famille vit à proximité, a des besoins sensiblement différents d'une autre dont la famille est éloignée. Aussi, dans ces deux situations, les personnes peuvent être en capacité de réaliser des activités de temps libre tel que décrit. Mais leurs besoins peuvent cependant être différents. De la même façon, son environnement n'est pas interrogé. Pourtant, les conditions de l'habitat et l'implantation géographique sont également essentielles. Être dans l'incapacité de prendre un moyen de transport ne traduira pas le même besoin que l'on vive dans une maison individuelle en pleine campagne ou dans le centre d'un village.

De plus, le degré d'évaluation est basé sur la « capacité » à faire, et non pas sur la « potentialité », ou là encore, l'environnement peut tenir un rôle important. Cette grille ne s'inscrit pas dans une approche dynamique.

Enfin, elle aboutit à une réduction en 6 niveaux de l'autonomie. Les personnes sont donc classées en fonction de cette cotation. Pourtant entre deux « GIR 1 » le niveau de

dépendance traduit peut renvoyer selon ces critères à des situations bien distinctes, où l'autonomie psychique et l'autonomie physique sont masquées derrière la même « note ».

Ainsi, alors que le régime d'affiliation, nous renvoie déjà à un premier filtre sur la demande de la personne, son GIR en est un second dans l'approche de l'aide à mettre en place. En effet, il ne prend pas en considération ni son histoire et ni son environnement. Les besoins sont traduits en capacité à faire ou à ne pas faire, et négligent l'importance que les personnes y placent.

Une vision cloisonnée de l'évaluation des besoins de la personne qui peut induire aussi une approche cloisonnée des dispositifs de réponse.

2.3.3 Une modernité à double visage.

Comme nous l'avons mis en évidence, les modifications qu'a connues le secteur de l'aide à domicile ont été particulièrement nombreuses et rapides au cours de ces dernières années. Sur 5 ans, l'ensemble de ses textes constitutifs a été révisé. Amenant à des modifications rapides des services :

Tout d'abord, la CIAS s'est volontairement orientée vers une démarche qualité qui a vite mis en évidence les adaptations nécessaires qu'elle devait conduire.

Puis les réformes successives de ces textes ont amené à des mutations encore plus rapides qu'elles touchaient à la pérennité financière de l'association :

Ainsi, pour l'autorisation s'y cristallisait aussi l'enjeu du financement à très court terme, et nos services ont dû déposer leur dossier au CROSMS, avant même que tous les textes d'application ne fussent précisés (en fin 2003).

La mise en place de la réforme et de sa tarification n'a pas été accueillie avec enthousiasme et le mécanisme de reprise du déficit n'est pas encore certain.

Le financement de l'accord de branche n'est pas encore pris pleinement en compte dans les tarifs conventionnels de l'aide sociale facultative.

Ces éléments et les autres ont amené à des « luttes de survie » pour les services. Dans cette période d'insécurité, une réflexion sur la nature de l'accompagnement n'est pas favorisée.

D'autre part, la mise en place de ces réformes a conduit à une augmentation sensible du coût de nos services qui se traduit dans une hausse des tarifs. Dès lors, des mécanismes à contre-emploi se sont mis en œuvre. Les personnes les plus fragiles, c'est-à-dire nécessitant le plus grand nombre d'heures de soutien, se sont orientées vers l'emploi

direct et vers les services mandataires dont les tarifs sont plus faibles. Dans ces cas de figure, les personnes âgées sont l'employeur avec l'ensemble des responsabilités que cela implique. Or, on ne peut pas déceimment imposer à une personne vulnérable psychiquement de tenir ce rôle. Cette orientation pose également la question de la qualification de l'intervenant. En effet, les grilles de rémunérations plus attractives, la valorisation du diplôme et les besoins de personnel ont naturellement permis d'attirer les personnels ayant le plus de qualification au sein des services prestataires. Le statut des « employés de maison », étant très peu protecteur (dérogatoire) et faiblement rémunéré, n'est pas incitatif. Aussi les personnels d'intervention dans le cadre de l'emploi direct ont souvent un niveau de qualification plus faible. Enfin et surtout, ces dispositifs d'emploi direct sont par définition dépourvus d'intermédiaires, de tiers, dans le rapport aidant aidé. La personne âgée et l'employé sont donc dans une relation de tête à tête. Une relation bien évidemment déséquilibrée et pour laquelle, la possibilité d'organiser les dispositifs afin de garantir le respect des règles déontologiques paraît délicate. Ainsi, ce sont les personnes les plus vulnérables qui sont parfois contraintes à recourir aux interventions offrant le moins de gages de qualité. Un lien difficile à établir.

Conclusion partielle

Ainsi, nous l'avons vu, les mutations du lien social et le contexte particulier de notre intervention peuvent expliquer l'émergence de ces nouveaux besoins d'accompagnement. Pourtant, répondre à la question de Mme Zelia n'est pas aisé.

En premier lieu, nous nous heurtons à une certaine image dévalorisée de la vieillesse où le sens du rapport à l'autre est souvent questionné et la légitimité même de pouvoir demander une aide pour pouvoir entretenir des relations sociales n'est pas évidente

En second lieu, si la légitimité de la demande n'est pas aisée celle de la réponse ne l'est pas davantage ; la reconnaissance de la mission d'accompagnement social des services est récente et pose encore débat. Enfin, la prise en compte de ces besoins met en évidence les carences de nos outils et dispositifs.

Ces différents obstacles mettent en évidence que nous ne pourrions pas répondre à ces attentes par l'organisation de simple activité ponctuelle ; c'est la posture même de notre travail qui est questionnée et c'est dans notre projet de service que nous pourrions y répondre.

3 LA RÉORIENTATION DU PROJET DE SERVICE : DÉPASSER LA MODERNISATION DES MOYENS POUR INNOVER DANS L'ACCOMPAGNEMENT.

La mise en place en 2003 du premier projet de service de notre activité d'aide à domicile s'inscrivait dans l'actualité que notre secteur traversait : la modernisation et la professionnalisation des services. Les grands axes de travail qui étaient retenus en témoignent ; développement de la formation, mise en place de la démarche qualité, information des outils de gestion.

Conjointement, notre service a pu proposer son aide à un plus grand nombre de personnes âgées. Aussi, si par le passé les demandes s'orientaient vers la possibilité de créer de nouvelles passerelles pour accéder au service, la mise en place de l'APA semble avoir satisfait à celles-ci. L'aide est dès lors plus accessible et gérée de façon plus satisfaisante. Ce double mouvement a contribué à faire émerger de nouvelles attentes.

Dans la modernisation de son fonctionnement, la CIAS a mis en place une organisation favorisant l'écoute des personnes âgées et de leur besoin en bouleversant son organisation et ses logiques de pensées. La professionnalisation du métier de l'aide à domicile a permis d'initier une nouvelle posture d'accompagnement plus complète. La mise en œuvre de la démarche qualité à impulser un changement dans ses relations avec les usagers en passant d'une représentation de « bénéficiaire » à celle d'un « acteur ». Se faisant, elle a participé à faire apparaître « la personne » (mais aussi « l'individu ») âgée. La reconnaissance des droits de l'usager et de sa citoyenneté dans la loi de rénovation sociale marque ce même mouvement.

Un mouvement social général ambivalent puisqu'il permet tout à la fois l'expression de leur individualité et conduit à les stigmatiser dans des représentations dévalorisées notamment quand les handicaps liés à l'âge réduisent leur possibilité d'action.

Aussi, si cet individu a pu émerger, que nous dit-il de cette aide ? La notion de domicile et la couverture des besoins primaires qui y est associée (l'entretien du logement) paraissent laisser place à un besoin plus large, celui de la personne à domicile et qui recouvre ses besoins relationnels. Dans ce cadre, de nouveaux ponts sont à créer afin de préserver les liens sociaux de la personne âgée. Pourtant, notre géographie sociale n'est pas évidente d'un côté, notre service en mutation doit investir sa légitimité d'action dans ce domaine. De l'autre, la demande des usagers se heurte à des difficultés sociales d'expression. Enfin devant l'expression d'individualités distinctes c'est une réponse sociale qu'il reste à inventer. C'est parce qu'il permet d'aborder ces trois éléments que j'ai choisi d'axer ce travail dans le cadre de la réorientation du projet de service de la CIAS.

3.1 Le projet de service : le cadre d'une légitimité d'action à investir

3.1.1 Le projet de service : un droit d'action

En 2002, l'aide à domicile devenait l'auxiliaire de vie sociale, pourtant 5 ans après nos intervenantes sollicitent encore l'autorisation de leur responsable de secteur avant de s'autoriser à agir dans le domaine de la vie sociale des personnes âgées. Cette situation nous l'avons vu est liée à divers facteurs : les revirements de législation, les représentations sociales du métier et celles sur les personnes âgées. Cependant, ce constat met en lumière que l'ensemble des aides à domicile n'a pas pleinement investi le cadre de ses missions d'accompagnement social. Pourtant si j'ai choisi ce sujet de mémoire c'est bien parce que ces mêmes professionnelles ont su mettre en évidence les besoins relationnels des personnes auprès desquelles nous intervenons.

Notre association est donc dans une phase de transition.

La loi n° 2002-02 a placé notre secteur dans le cadre du médico-social. Le décret n° 2004-613 a fondé notre légitimité d'action dans l'accompagnement social. Les éléments de droit sont donc posés. Mais le regard que portent les acteurs sur leur métier ne se transforme pas par décret. Aussi pour répondre à ces nouvelles demandes j'aurais pu envisager de monter diverses actions dans le domaine de la vie sociale des personnes âgées ; rencontres intergénérationnelles, ateliers mémoire. Dans le cadre de mon service, celles-ci auraient été prématurées. En effet, si j'ai qualifié ces besoins « d'émergents », c'est qu'il reste encore à mieux les cerner pour ne pas se tromper de réponse. En second lieu, ce n'est pas parce qu'une rencontre avec les écoles se tiendra que l'aide à domicile pourra pour autant s'autoriser à y accompagner, Mme LAURIE. Ni davantage qu'elle aura les moyens de repérer au mieux, quel usager il serait tout particulièrement pertinent d'associer à cette manifestation. Concernant les changements de posture du métier, c'est grâce aux outils de modernisation et de professionnalisation notamment la formation et la démarche qualité que nous avons su faire évoluer nos services. Cette phase n'est donc pas pour autant derrière nous. Ainsi tout autant que la création de nouveaux services, c'est la posture d'accompagnement qu'il me faut travailler. En ce sens, la mise en place de cette culture médico-sociale est un axe stratégique essentiel pour répondre aux besoins de nos usagers. C'est pourquoi j'ai choisi de d'abord placer la réponse aux besoins sociaux des personnes âgées en la situant au cœur d'une réorientation du projet de service de la CIAS.

Alors que l'association a connu et s'apprête encore à connaître des mutations importantes, mon action doit conduire à penser ces transformations. Il s'agit de mobiliser le personnel autour du sens commun à l'action tout en lui permettant de trouver sa place dans un accompagnement des personnes âgées qui doit savoir évoluer encore. C'est pourquoi ce travail doit s'inscrire dans une vision globale de l'activité du service afin de proposer un fondement de référence à l'action de chacun dans cette finalité. Traiter des besoins sociaux des personnes dans le cadre du projet de service permet d'en référer à la mission première de l'association. Permettre le maintien à domicile tout en l'interrogeant sur les différentes logiques en action ; celle de la réponse sociale, celle de la posture d'aide, celle de la réponse administrative et de gestion. De plus, le projet de service permet d'associer le service de soins et les aides soignantes afin de constituer une base conjointe au projet des services ainsi que leur logique de rencontre et de coordination. Ce travail est nécessaire pour pouvoir fonder une approche commune de la globalité des personnes, tout en distinguant les missions spécifiques que chacun a dans cet accompagnement.

Aborder les besoins sociaux par le projet de service est donc à la fois un outil de questionnement et de proposition de réponse en lui-même, car il permet d'accompagner les professionnels à investir cette dimension de leur mission.

Enfin, aborder la question de la vie sociale des personnes âgées par le projet de service permet de lever deux risques inhérents à cette thématique et à nos modes de réponses. Le risque que la question sociale des personnes soit réduite au caractère individuel de celui qui exprime un besoin et le risque de s'enfermer dans une approche de moyen en fonction des régimes spécifiques de chaque usager. En ce sens, le travail de ces éléments dans le cadre du projet de service prend tout son sens :

En premier lieu, il s'agit d'un mode de gestion collective à des attentes qui s'expriment souvent dans la relation interpersonnelle que nous lions avec les usagers. Se plaçant ainsi à un autre niveau, il permet de prendre le recul nécessaire pour permettre aux aides à domicile de se positionner dans une posture professionnelle. En effet, il est essentiel de proposer une réponse de structure afin de pouvoir soutenir le personnel d'intervention. L'objet est d'éviter de personnaliser l'expression de besoins généraux ; ainsi, j'entends à ce que Mme Laurie qui nous témoigne tant son besoin d'échange, ne soit pas simplement perçue comme une « bavarde », mais que les besoins qu'elle exprime soient étudiés sur des critères qui dépassent le normatif.

Le second élément qui fonde l'utilisation du projet de service réside dans les biais que la complexité des régimes de prise en charge amène : la restriction de l'approche de la personne aux possibilités d'action offerte par son régime. Notre service doit ainsi répondre en prenant comme référence la personne âgée et non le bénéficiaire d'un

régime spécifique. En effet, même si les personnes les plus dépendantes sont plus souvent exposées au risque de rupture, il est pourtant certain, que pour pouvoir intervenir en prévention de leur l'affaiblissement, notre action doit intervenir en amont. Au risque de nous limiter à une logique de palliation plus que de prévention. Ainsi le projet de service se construisant pour l'ensemble des usagers et là aussi, un niveau favorable à l'action.

En définitive, la prise en considération des besoins sociaux des personnes âgées est confrontée à un obstacle essentiel : le droit que les professionnels se donnent à intervenir dans ce domaine. C'est donc une stratégie d'investissement de cette question que j'ai privilégiée. En choisissant d'inscrire la question de la vie relationnelle des personnes comme un axe de travail du projet de service, je permets d'ouvrir un droit d'action. Mais comme tout droit comporte des devoirs, celui qui m'interpelle au premier chef est que cette réorientation ne mette pas en danger notre activité.

3.1.2 Le projet de service : une inscription dans l'action médico-sociale

Choisir de répondre à ces nouvelles questions dans le cadre de projet de service n'est pas neutre. En effet, c'est d'abord un outil du médico-social en ce sens c'est aussi un choix d'appartenance puisque nous disposons d'un droit d'option. Mais, au-delà du positionnement politique, il s'agit également, d'un positionnement stratégique. En effet dans le panel de l'offre de service à domicile, notre association est en concurrence avec deux nouveaux types d'acteur : l'emploi direct et les sociétés de services à but lucratif. Des concurrents qui affichent des tarifs plus bas. Dans mon domaine d'activité où la personne reçoit directement une aide financière et choisit librement le type de service, je ne peux pas faire abstraction de cette dimension. D'autant plus que, comme je l'énonçais précédemment, notre mouvement de professionnalisation n'est pas achevé et doit se poursuivre, pour que nous soyons en mesure de répondre justement à ces nouveaux besoins. Or, c'est ce même mouvement qui nous a conduits à ne pas être le choix de service le plus rationnel, économiquement parlant, bien sûr.

Aussi, choisir de répondre à ces nouvelles demandes induit bien évidemment un risque : celui de faire augmenter nos charges de fonctionnement, nos tarifs et de voir un taux de fuite important de nos usagers vers nos concurrents. Pourtant, ce n'est qu'en prenant ce risque que nous pourrions fonder l'avantage concurrentiel évident de nos services : celui de la solidarité aussi paradoxal soit-il.

En premier lieu, concernant notre intervention en prestataire, il est certain que le fait de rémunérer un service intermédiaire entre la personne âgée et l'intervenant amène à un

coût supplémentaire à celui de l'emploi direct. Mais c'est aussi cet intermédiaire qui nous permet d'être plus compétitifs. En effet, par cette situation nous pouvons centraliser les différents besoins qui s'expriment individuellement et amener à organiser des réponses sociales. Aussi, par la réorientation du projet de service, je souhaite également mettre en place un fonctionnement favorisant encore les remontées d'information. Il s'agit de valoriser notre position de prestataire par notre capacité à organiser des services innovants répondant aux besoins des usagers et à l'écoute de leurs attentes.

En second lieu, en répondant aux besoins relationnels des personnes, j'aborde un élément qui a de faibles débouchés économiques. À moins bien sûr de monter une agence de voyage ou de rencontre « seniors ». De ce fait, nous pouvons prendre là aussi un avantage certain sur le lucratif. Il s'agit d'agir dans des domaines qui ne sont pas investis par ces acteurs afin de valoriser une offre de service qui dépasse le simple rapport marchand et aborde la personne dans ses multiples dimensions.

En ce sens, l'innovation solidaire est aussi un choix stratégique pour la CIAS. Elle s'inscrit dans les valeurs de notre association et peut ouvrir une autre pérennité à nos activités. Aussi axer mon travail dans le cadre du médico-social fonde aussi une légitimité économique même si elle n'est pas première dans notre action.

Bien évidemment, le fait de se saisir de cette question par un outil médico-social n'est pas fortuit. Ce n'est que dans ce cadre que notre possibilité de réponse est pleinement reconnue. Pourtant si j'ai choisi de favoriser la mise en œuvre de cette dynamique, il faut de la même façon que les actions conduites soient légitimes dans le cadre des politiques sociales.

La prise en compte de la vie sociale des personnes par la réorientation du projet de service vise un double objectif : mettre en œuvre un fonctionnement de structure qui favorise l'écoute des besoins des usagers et l'innovation sociale et promouvoir la vie sociale des personnes âgées.

Concernant le premier objectif, il s'agit de moderniser nos modes de gestion pour proposer de nouveaux services. Le plan solidarité « grand âge », présenté le 27 juin 2006 par Monsieur Philippe Bas, vise à préparer l'accompagnement des personnes âgées dépendantes pour les cinq prochaines années en se basant sur le constat d'une révolution de la longévité. Une réforme en cinq axes est proposée et notamment de donner aux personnes âgées le libre choix de rester chez elle. Cet axe se décline lui-même en quatre mesures : être soigné à la maison, créer un droit au répit pour les aidants familiaux, créer de nouvelles formes de logement, mais surtout avoir plus de service à domicile. Notre projet s'inscrit dans cette ligne politique dont l'objectif est de

développer les services d'aide à domicile, étendre la palette de services offerts et améliorer la gestion des aides pour mieux répondre aux besoins de personnes âgées.

Des premières mesures sont aussi annoncées, augmentation de l'enveloppe CNAV, mise en place d'un plan d'action personnalisé et formation des professionnels à l'évaluation des signes avant-coureurs de la dépendance.

De ce fait, les premières mesures retenues devraient nous permettre d'améliorer nos outils pour mieux appréhender ces nouveaux besoins de personnes grâce au soutien à la formation dans le domaine de l'évaluation et la mise en place des projets de vie.

En second lieu, en visant à mieux répondre aux besoins sociaux des personnes âgées, notre action vise à favoriser l'exercice des droits des usagers : la citoyenneté, la vie sociale. Dans ce cadre, il s'inscrit pleinement dans la finalité des politiques sociales. De plus, concernant tout particulièrement notre thème de travail, il fait partie des actions encouragées dans le programme « bien vieillir ». Depuis 2005, la Direction Générale de la Solidarité (DGS), la Direction Générale des Affaires Sociales (DGAS) et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) lance un appel annuel destiné à cofinancer des actions innovantes s'inscrivant dans les objectifs du plan national « Bien vieillir »²¹. Dans ce cadre le plan 2007-2008 vise à inciter les seniors à adopter des attitudes positives pour un vieillissement en bonne santé. Il a notamment pour objectif de promouvoir «le rôle social des seniors en favorisant leur participation à la vie sociale (bénévolat, tutorat, créations d'associations ou d'entreprises), en valorisant leurs réalisations (œuvres artistiques, transmissions de savoir-faire, de patrimoine ou de mémoire...) et en consolidant les liens entre générations et la solidarité intergénérationnelle en les enracinant dans le contexte local et l'animation des territoires ».

Aussi notre double objectif est en cohérence avec les politiques sociales de notre champ d'intervention. Enfin bien évidemment, il est enraciné dans la loi-cadre de notre secteur. En mettant en œuvre les moyens de dépasser les logiques d'actions traditionnelles de notre secteur, notre initiative s'engage ainsi dans la recherche de nouveaux modes de réponse sociale. Une posture d'innovation sociale qui est soutenue et incitée dans la loi du 2 janvier 2002. D'autre part, en agissant plus largement dans le cadre de la préservation de la participation des personnes âgées à la vie sociale, nous conduisons à la promotion de ses droits ce qui fonde le rôle de notre secteur.

²¹ en ligne sur le site de la CNSA : <http://www.cnsa.fr/article277.html>

Ces éléments mettent en évidence que notre projet s'inscrit pleinement dans des axes majeurs des politiques sociales ; un positionnement qui en fonde la cohérence et permet d'envisager différents soutiens nécessaires à son développement (pertinence des nouvelles mesures dans le cadre du budget, aides financières au développement des projets, renforcement de notre avantage concurrentiel).

Aussi, si la réorientation de notre projet de service est l'outil, tout d'abord, pour mettre en place les conditions nécessaires pour répondre aux nouveaux besoins, la méthodologie associée à cette réorientation est assurément capitale.

3.1.3 Le projet de service : une méthodologie de réponse

J'ai choisi de répondre aux demandes des personnes âgées par une réorientation du projet de service afin de permettre dans un premier temps aux professionnels et notamment aux aides à domicile d'investir leur mission d'accompagnement social. La méthode doit donc favoriser le renforcement de cette posture professionnelle. Ainsi, j'ai décidé de l'inscrire dans une logique de participation étendue comme source de mobilisation et de reconnaissance.

D'autre part, la réorientation du projet de service a pour but de favoriser la préservation des liens sociaux comme base de la reconnaissance sociale, la méthode de construction doit également permettre de créer ce liant entre ces différents protagonistes

- Les personnes âgées à partir desquelles elle s'initie et auxquelles elle s'adresse
- Les professionnels et bénévoles de la CIAS, par qui l'action est menée
- Les pouvoirs publics : dans le sens des politiques qu'ils définissent et financent.

Aussi, afin de croiser ces deux aspects j'ai basé notre méthode d'élaboration du projet de service autour de groupes de travail pour associer ces différents niveaux

A) Les différents acteurs

Les groupes seront organisés par :

- Des groupes d'opérationnalité. Organisés sous trois pôles d'action :
 - Le groupe des intervenantes à domicile ;
 - Le groupe des responsables de service ;
 - Le groupe des usagers (représentant également leur environnement).

Le groupe des intervenantes à domicile : constitué d'aides à domicile et d'aides soignantes animé par un responsable, il sera particulièrement prépondérant dans la constitution des propositions de réponse. Comme nous l'avons vu la reconnaissance de leur fonction d'accompagnantes du lien social, leur est difficilement reconnue. Ainsi, leur

participation marque un double objectif, d'une part la pertinence de la réponse, bien évidemment, mais aussi l'assise de leur posture professionnelle.

Le groupe des responsables de service : celui-ci sera composé des deux responsables de service (SAAD et SSSIAD) et du personnel qui les assiste. Il sera particulièrement mobilisé afin de travailler aux techniques d'opérationnalisation qui seront nécessaires dans la vie au quotidien du projet de service. Il s'agit là, de soutenir la construction de leur expertise technique sur la prise en considération de ces nouvelles questions.

Le groupe des usagers : Celui-ci sera composé des membres du groupe d'expression de la CIAS et des personnes qui ont manifesté directement leur souhait de participer à l'action . Ils seront ainsi sollicités à participer à l'initiative. Un angle essentiel pour que le projet permette leur écoute et la reconnaissance de toute leur place dans l'action. Deux éléments au cœur de leurs attentes. C'est pour cela que nous les associons au montage même des réponses et non pas dans une simple conception consultative.

- Un comité de pilotage composé d'un représentant de chaque commission de travail et de l'équipe de direction. Sa fonction sera l'animation du projet et la diffusion de l'information sur l'état d'avancement des travaux entrepris, aux partenaires politiques et à l'ensemble des acteurs. Le comité de pilotage assurera ainsi : la coordination de la dynamique des groupes, l'étude des conditions de mise en œuvre des propositions au regard de la politique de l'association et de celle de l'action sociale, la valorisation de la pertinence des réponses auprès des décideurs politiques et des représentants des services de l'État.

D'autre part, si les différents groupes permettent de prendre en considération les différents acteurs il faut évidemment prendre aussi en considération les différentes données de la question. Face à la solitude, l'ennui, et l'inutilité qui s'expriment dans les sollicitations diverses et nombreuses de nos usagers, notre service doit pouvoir proposer des réponses :

- D'écoute et d'évaluation de ces nouveaux besoins
- De préservation des liens sociaux
- De promotion et d'incitation à la constitution de nouveaux liens

Ainsi, chaque groupe étudiera ces thématiques dans les domaines qui sont les siens le groupe des usagers sera un relais de connaissance de ces différents liens et des éléments qui peuvent les affaiblir. Ils auront un rôle important de validation des propositions de réponse et de préconisation d'action favorisant la vie sociale et la participation des usagers au sein de la vie associative. Le groupe des intervenantes pourra situer ces différentes missions dans leur activité afin de mettre en évidence les limites de leurs actions et émettre des propositions de réponses. Le groupe des responsables aura un rôle d'accompagnement des aides à domicile et de construction

des méthodes et outils de travail. Le comité pilote veillera au respect de la réglementation, à la recherche de financement et à l'intégration des actions dans les domaines des politiques du secteur. Ainsi, cette participation des différents acteurs est essentielle nous devons penser un lancement de l'action et une organisation qui favorise cette participation.

B) Constitution et coordination des groupes de travail

a) *La présentation de la démarche*

Elle s'effectuera par une réunion de présentation aux usagers, au personnel et partenaires, des questions soulevées par des échanges autour de l'accompagnement et ses nouveaux besoins. Il s'agira dans ce premier temps d'ouvrir la question, qui comme nous l'avons vu marque des douleurs et de favoriser l'expression des besoins.

Celle-ci devra être menée par les membres du conseil d'administration de l'association pour fonder le sens politique du projet. Notre méthode d'approche devra s'inscrire dans une logique visant à éviter les marques de stigmatisation qui se traduisent dans les représentations de la vieillesse : l'inutilité, la décrépitude et surtout s'agissant des relations sociales, de celle du vieux abandonné sur sa banquise. Celle-ci devra être réalisée dans un climat de convivialité, celle d'une démarche d'amélioration du service en évitant d'aborder ces questions sous l'angle, trop facile et réducteur, de la dramatisation : le manque de solidarité en agitant les clichés de l'égoïsme croissant, puisque comme nous l'avons vu cette question n'est pas liée à l'inexistence de solidarités, mais leurs nécessaires besoins d'accompagnement face à la dépendance. Ainsi, nous proposons qu'elle soit rattachée à l'évocation d'un événement marquant un lien entre les différents partenaires, et qu'une collation y soit prévue. Le nom de cette rencontre sera en ce sens à travailler : « la CIAS va avoir 45 ans : Discussions et échanges sur l'aide et les nouveaux besoins » peut être une proposition.

b) *La constitution des groupes :*

Les membres de l'association marquent un engagement commun à trouver des réponses aux sollicitations qu'ils rencontrent. Des initiatives personnelles ont déjà été menées. Aussi le sens apporté à ce travail, devrait permettre une mobilisation facilitée pour la construction des groupes de travail, nous permettant de les constituer par l'appel au volontariat notamment pour les groupes des usagers et des représentants des intervenants à domicile. Concernant le groupe des responsables, celui-ci est composé de fait par leur fonction. La prise en considération de l'intérêt, de mener une telle démarche dans le service est nouvelle. L'initiative devra être fortement soutenue par le conseil d'administration et moi-même afin de matérialiser la légitimité de ce type de travail dans le cadre du service, trop souvent mobilisé pour s'inscrire dans des réponses en terme

d'activités pratiques et directes. Ainsi, une seconde présentation de la démarche devra être organisée. Celle-ci, plus orientée vers le personnel présentera la finalité de l'action, mais aussi la méthode retenue, ces différentes étapes et l'information qui en sera transmise. Plus précisément, le mode de fonctionnement des groupes de travail devra être explicité : chaque séance doit faire l'objet d'un ordre du jour, proposant l'étude d'une thématique à travers ces caractéristiques et les propositions de réponse que l'on peut y apporter.

c) *La communication et la coordination :*

La période de montage du projet doit s'inscrire dans les différents objectifs que j'énonçais précédemment, aussi il est nécessaire de prendre en considération la communication interne afin que les personnes qui ne participent pas directement à sa réalisation puissent en suivre la progression et y soit associées. Il faut donc considérer la diffusion auprès des usagers et de l'ensemble des personnels. Pour les usagers nous venons de créer le « petit journal de la CIAS », ce nouveau support de communication sera privilégié, les différents thèmes et propositions de réponses des groupes y seront présentés. À l'attention des personnels, il s'agit des intervenantes qui ne participent pas aux groupes de travail. Il leur est également diffusé le journal, cependant nous compléterons cette diffusion par la transmission des comptes rendus du groupe des intervenantes afin qu'ils puissent davantage s'associer à la réflexion du groupe. Concernant la communication externe maintenant, elle s'effectuera auprès des acteurs de proximité par le petit journal. Pour les acteurs institutionnels, une information retraçant le sens et l'avancement de la démarche sera réalisée par l'équipe de direction participant au comité de pilotage. Au regard des besoins de coordination et de mise en réseau que l'approche de cette question induit, cette diffusion, tout en restant cohérente devra s'élargir vers les professionnels et acteurs au secteur d'activité en corrélation (service des tutelles, club du 3ème âge) afin de favoriser les partenariats éventuels à mettre en place. Concernant la coordination d'élaboration du projet de service, elle sera réalisée par le comité de pilotage. La composition du comité favorisera cette corrélation. En effet, chaque sous-groupe y est représenté. Cette organisation permet d'étudier l'état d'avancement des différents travaux, mais aussi d'assurer la transversalité des réponses proposées et leur complémentarité. C'est aussi le comité qui sera chargé de proposer une formulation au projet de service

d) *La restitution*

Elle s'effectuera aux différents niveaux. En préalable la proposition de formulation du comité de pilotage devra être validée par les différents groupes techniques de son montage. Dans un second temps, elle sera soumise à validation du Conseil d'Administration. Ces premiers éléments de validation menés, le projet de service devra

être diffusé à l'ensemble des usagers, personnels, partenaires et institutionnels associés à la démarche. Enfin aux fins de marquer l'engagement de la structure une séance de restitution devra être organisée. Celle-ci devra prendre une forme proche de celle de la présentation générale du projet. De la même façon, une séance de présentation au personnel est également à prévoir. Cette restitution permettant de présenter et fonder le sens de l'action qui sera développé par le service. D'autre part, la restitution s'effectuera aussi grâce aux éléments d'évaluation qui seront recueillis. Pour l'évaluation, elle aussi doit être considérée à différents niveaux. Tout d'abord, au niveau des usagers sur le sens du projet construit. Il s'agira d'estimer la mesure de la prise en considération de leurs besoins. Ensuite, sur l'intérêt des actions mises en œuvre, traitant plus de l'opérationnalité des réponses apportées. Cette évaluation sera à intégrer aux enquêtes de satisfactions. De plus, une question ouverte sur les aménagements souhaités sera à prévoir afin d'inscrire cette proposition dans une perspective d'évolution. Enfin, elle nécessite aussi un retour vers le personnel d'intervention sur leur travail dans le projet afin d'apprécier si les éléments mis en place favorisent leur exercice professionnel dans cet accompagnement social.

Mais si la méthode d'élaboration du projet de service est un axe stratégique de réussite, les éléments étudiés par les différents groupes sont bien sûr centraux. Ce sont ces éléments que je développerais maintenant. Comme j'ai tenté de le mettre en évidence, deux aspects doivent être abordés pour pouvoir promouvoir la vie sociale de nos usagers. En premier lieu il s'agit de favoriser l'expression des besoins afin de mieux les appréhender. Cet aspect renvoie à la poursuite de notre démarche de modernisation et de professionnalisation. En second lieu, il s'agit d'élaborer des propositions de réponse pour que cette professionnalisation puisse s'exprimer en acte et en sens.

3.2 Favoriser l'expression des besoins : moderniser nos méthodes de travail.

Mme Laurie appelle le service un jour sur deux. Si son aide à domicile s'interroge sur sa posture, force est de constater que les modes de formulation des besoins relationnels de nos usagers souvent indirects, ne facilitent pas la construction des propositions de réponse. Favoriser l'expression des différentes attentes est donc primordial pour en permettre une meilleure prise en compte. Cette posture implique que nous soyons en capacité de construire une évaluation globale de ses besoins en y intégrant sa dimension relationnelle. De la même façon, il nous faut développer le travail en réseaux pour pouvoir appréhender les différents facteurs agissant dans l'affaiblissement de ces liens. Enfin si

placer notre réponse à ces demandes au cœur de la réorientation du projet de service permet de faire reconnaître aux différents professionnels leur mission d'accompagnement, cette posture doit également être accompagnée d'autres moyens de soutien. Trois conditions préalables qui impliquent de moderniser les outils de gestion du service. Une étape importante pour que nous puissions aller vers nos usagers avant qu'ils n'aient pour seul recours que d'appeler le service : un jour sur deux.

3.2.1 Construire une évaluation globale des besoins de la personne

Laisser à penser que nous n'avons qu'une vision par GIR ou par caisse de la personne âgée aidée par le service serait bien évidemment une aberration : De localisation ancienne, les services de la CIAS sont proches des habitants et des personnes qu'ils aident. Ainsi, nous intervenons auprès de plusieurs anciennes aides à domicile. Le personnel est principalement issu de cette zone géographique. Or ces personnes âgées sont toujours les parents de l'un ou les anciens voisins de l'autre. Ainsi alors que la connaissance des personnes et de leur histoire est souvent très nette, les outils dont nous disposons pour regrouper ces données sont très peu formalisés. Les seuls éléments mis en place sont comme nous l'avons vu trop parcellaires. Il existe cependant un recueil, que nous nous sommes constitués, lors de la mise en place de l'APA. En effet, il faut noter que pour les personnes prises en charge, dans ce dispositif, l'évaluation est réalisée par une équipe externe. Mais la mise en place d'une aide humaine nécessite évidemment rencontre et échange. Aussi nous avons construit notre outil sur la base des modèles des fiches d'évaluation des caisses retraites. Il faut souligner également que ces évaluations sont de formes très disparates puisqu'elles sont construites par les différents régimes d'affiliation. De plus, elles renseignent sur des données utiles pour une ouverture de droit. Elles ne sont donc pas dynamiques. Pourtant, la prise en compte des besoins sociaux des personnes dépend évidemment de la connaissance que l'on en a.

Dans ce cadre, deux éléments sont à travailler : l'outil et son utilisation.

Concernant l'outil, nos modes de recueil d'information issus des dispositifs des différents régimes d'ouverture de droit montrent toutes leurs limites quand nous les employons, non pas pour ouvrir un droit, mais, construire une réponse. Dans le cadre des travaux de notre fédération,²² une démarche de réflexion et de mobilisation autour de l'évaluation des situations individuelles a été initiée. Un outil informatique a été construit. Celui-ci est intéressant à différents niveaux. D'une part, il intègre la dimension relationnelle des

²² l'UNA : L'Union National d'Aide et des services à domicile.

usagers, d'autre part il s'axe sur les propositions de réponse et l'élaboration de projets individuels. Dans le cadre de cette initiative, notre responsable du service d'aide a déjà participé à différentes journées d'information et de sensibilisation. Son expertise sera un atout pour aborder cet axe de travail. Évaluer les besoins des personnes dans le domaine de la vie sociale est une première étape indispensable au montage de réponse. Je l'ai donc défini comme le premier thème de travail des différents groupes. Afin de leur permettre d'avoir une base pour aborder cette thématique, j'ai décidé de lancer une expérimentation de la grille proposée par l'UNA. Il s'agira d'un point d'entrée à partir duquel, les aides à domicile et l'encadrement seront chargés d'émettre des avis et propositions afin d'adapter nos moyens actuels.

D'autre part, l'évaluation est souvent associée à l'ouverture de droit. Une question essentielle dans l'histoire de notre secteur. Aussi pour que l'évaluation s'intègre avant tout dans la nature de l'aide à organiser, il nous faut y associer une utilisation plus dynamique. Le rôle de cet outil doit être re-questionné. Dans le cadre particulier de notre association fortement impliquée dans la démarche qualité, les groupes de travail des aides à domicile et de l'encadrement seront également chargés d'élaborer le processus et les procédures des pratiques associées à l'utilisation de cet outil. Cette méthode s'inscrit dans nos habitudes de travail et permet d'accompagner ce re-questionnement. Aussi plusieurs aspects seront à étudier :

Tout d'abord le « Quoi » : penser la vie sociale de nos usagers dans l'évaluation, nécessite de repérer les différents liens sociaux qui la composent. Par leur histoire, leurs habitudes de vie. Mais il faut aussi pouvoir en connaître l'importance et où se situent les principaux risques d'isolement. Sur ces aspects l'avis des usagers et de leur famille devra être sollicité.

Puis le « Quand ». L'évaluation approfondie des besoins intervient le plus souvent au moment de l'entrée dans le service. Les évaluations qui sont réalisées par la suite ont souvent pour objet d'effectuer un suivi. La périodicité de celles-ci reste souvent attachée aux dispositifs financiers ou aux situations d'urgence (retour d'hospitalisation). Pourtant, l'évolution des besoins des personnes suit sa propre logique. L'aggravation d'une surdité par exemple, a des répercussions importantes pour celui qui ne peut plus alors utiliser son téléphone. Le repérage des éléments pertinents pour le suivi des évaluations sera donc étudié.

Le « Comment » : Ce point renvoie à l'outil qui sera lui-même l'objet d'une analyse approfondie. Mais il fait référence aussi au « mode d'emploi » de celui-ci. Il s'agira de lever les questions d'interprétation que son utilisation peut amener.

« Par qui ». Actuellement, notre responsable de secteur est en charge de l'évaluation. Pourtant, l'évolution de la situation des personnes et les multiples dimensions de celle-ci conduisent à une nécessaire prise en charge de cette question par les différents acteurs.

Le rôle et les relations à établir avec les aides à domicile seront des premiers éléments à développer de même que celui du réseau informel des personnes (famille, voisinage).

D'autre part, nos besoins à recourir à d'autres professionnels (ergothérapeute, psychologue), seront à définir.

Enfin et surtout le « Pourquoi » : l'évaluation doit permettre aux professionnels de repérer les principaux liens sociaux de l'utilisateur afin de construire les actions de préservation, de stimulation ou d'incitation à mettre en œuvre. Celle-ci doit donc conduire à l'élaboration d'une synthèse de plan d'aide fonctionnel.

Ainsi par ce double travail sur l'outil et sa mise en œuvre nous pourrions mettre en œuvre une organisation favorisant l'expression de ces besoins particuliers, en allant à leur rencontre. Il s'agit d'inverser nos logiques de pensée afin de concevoir l'évaluation non seulement comme une mesure des éléments à pallier, mais surtout comme le repérage des aspects à préserver. Pourtant, nous l'avons vu, la coordination dans l'appréciation des besoins doit, pouvoir aussi s'inscrire dans le cadre d'une réponse en réseaux.

3.2.2 Développer le travail en réseau pour pouvoir appréhender les différents facteurs agissant sur l'affaiblissement des liens sociaux.

Les mécanismes amenant à une diminution des socialisations sont liés à différents facteurs, notamment la santé, l'adaptation du logement, la nature et la fréquence des relations sociales aussi, si l'évaluation doit prendre en considération ces différents aspects, la mise en place de l'aide également. Au niveau de la programmation, des interventions de l'aide à domicile ou de l'aide soignant différents aspects sont relativement bien connus. Ainsi, les horaires de visite du personnel sont déjà fonction de leur rythme de vie, des loisirs, les jours où elle part au club, des moments où passe l'infirmier.

Pourtant là encore, aucun élément de support n'est constitué. Ce faisant, cette coordination est dépendante des informations particulières qu'a individuellement chaque acteur. Cela en fait un élément particulièrement disparate. Il existe alors un réseau informel, mais nous n'en avons qu'une connaissance partielle, aussi il n'est pas toujours mobilisé dans sa globalité. Le même constat peut être malheureusement mené pour le réseau des professionnels.

Pourtant, ces autres professionnels de l'aide et des soins comme les relations informelles des personnes (famille, voisins, amis) interviennent tout particulièrement dans la question des liens sociaux. Ce sont nos rapports avec ces deux grands groupes qu'il nous faut mieux appréhender.

Concernant les acteurs informels, la connaissance de ceux-ci et de la place qu'ils ont dans l'aide comme nous l'avons vu n'est pas recensée ou est souvent réduite à leur aspect pratico-pratique (penser à aller prendre le pain lors de l'absence de la voisine). Les éléments que nous avons vus précédemment sur l'évaluation permettront d'établir une base commune de connaissance et de positionnement afin d'organiser une aide qui puisse systématiquement les associer et permettre d'adapter nos interventions à cet environnement : en effet, pendant l'absence de la voisine il faut non seulement penser à acheter le pain, mais aussi tenir plus informée la personne de la vie du village puisque son relais d'information habituel n'est pas là. Dans les aides informelles, la famille tient une place prépondérante. Notre coordination avec la famille est essentielle puisque c'est avec elle, que même éloignée la personne garde le plus important lien affectif. Assurer notre fonction de relais est donc un élément de prévention. Aussi nous devons davantage l'associer dans le mode de fonctionnement du service.

L'aide aux familles que l'on peut proposer s'effectue bien évidemment par l'accompagnement du parent âgé, mais il nous faut aussi intégrer cette aide, dans une approche plus globale de l'aidant. Nous ne pouvons occulter les freins psychologiques qui sont à l'œuvre dans l'acceptation de l'aide. Il nous faut donc penser à la déculpabilisation de l'aidant par :

- Un positionnement et une présentation en terme de relais du service, l'enjeu étant que l'aidant y voit non seulement une aide pour lui même, mais également pour son parent et leur relation. Nous pourrions développer ce point grâce à leur plus grande prise en compte dans l'élaboration de l'évaluation des besoins et des propositions de service.
- L'organisation formelle ou informelle de groupe de parole d'aidant, afin de leur permettre de rencontrer d'autres personnes qui se posent les mêmes questions, et de sortir ainsi de situation d'enfermement. Pour cet aspect, nous pouvons noter qu'il n'existe par exemple pas d'antenne de France Alzheimer sur notre zone d'intervention. Nous pouvons ainsi leur proposer d'organiser des rencontres avec l'antenne la plus proche.
- Proposer une participation plus importante à la vie du service (participation au groupe d'expression par exemple) leur donner un retour plus fréquent sur le déroulement des interventions. Leur participation à l'élaboration du projet de service peut alors permettre de poser les bases de ces liens à développer

Sur ces différents points, nous associerons bien évidemment le groupe des usagers et de leur famille afin de leur soumettre nos propositions d'amélioration, recueillir leur avis sur les conditions de réussite de celles-ci et valider leurs organisations.

La définition de ces nouvelles initiatives et l'adaptation de notre organisation devraient ainsi nous permettre d'améliorer notre coordination avec ce réseau informel, mais notre champ d'action avec les professionnels reste également à être renforcé.

Sous l'initiative de l'hôpital, les bases d'un réseau gérontologique tentent de se mettre en place, mais cette initiative n'arrive pas à aboutir en raison de conflits d'institution. Pourtant, la mise en œuvre de l'aide auprès des personnes nous conduit à avoir des contacts fréquents avec différents acteurs ; l'assistante sociale de l'hôpital, les maisons de repos et de convalescence, les praticiens libéraux (médecins, infirmiers, pédicures), les assistantes sociales du secteur, les services communaux de portage de repas. Aussi nous ne pouvons pas considérer qu'il n'existe pas de coordination, mais là encore, celle-ci est informelle ce qui amène à une géographie variable de son activation.

Afin d'améliorer ce point, je demanderai aux responsables de recenser ces acteurs dans un premier temps. Il s'agira de mettre en commun la connaissance que chacun en a. Dans un deuxième temps, nous étudierons les supports de communication que nous avons mis en place à ces différents niveaux : fiches de transmission, utilisation du cahier de liaison, relations informelles. Enfin, nous inciterons des rencontres avec ces intervenants en proposant d'améliorer nos outils de transmission. Ces rencontres permettront en outre, d'améliorer et d'approfondir notre connaissance de ces différents acteurs : leurs logiques internes et les axes de rencontre de nos activités. Sur ce premier point, il s'agit donc de valoriser les coordinations implicites qui sont déjà à l'œuvre. Nous nous appuierons sur la base de nos modes de transmission de l'information. Le choix du support lié à ces rencontres est évidemment stratégique dans notre questionnement. En premier lieu, il permet de croiser nos approches sur les situations individuelles de nos usagers. En second lieu, en nous basant sur nos outils de transmission nous nous recentrons sur les cœurs de métier. Si cette approche reste, il est vrai, très pragmatique, elle permet de lever des freins liés aux approches plus institutionnelles ou politiques. Dans ce cadre, la restitution en interne et notamment auprès des intervenantes à domicile sera particulièrement importante. Afin de le faciliter, nous constituerons un support recensant ces différents protagonistes. Ainsi en travaillant sur le recensement de ces acteurs et en favorisant nos échanges par une réflexion sur nos outils de transmission je souhaite mettre en place les bases nécessaires à l'amélioration de ce travail en réseau. Dans le même temps, je constituerai des conventions de coordination avec les acteurs institutionnels de notre zone d'intervention afin de pallier ces limites dans la perspective que la mise en place du réseau devrait pouvoir aboutir.

Il s'agit bien sûr d'une première étape, car ces éléments d'échange se basent sur les contacts qui sont nécessaires à la réalisation des missions des différents acteurs professionnels, sur un aspect lui aussi pratico-pratique : nos outils de transmission. Pourtant, la réponse aux besoins sociaux nécessite aussi de créer des liens avec des acteurs avec lesquels nous ne sommes pas, par nos logiques institutionnelles en lien direct. C'est le cas par exemple pour les clubs du troisième âge. Pour ce deuxième point, je demanderai, lorsque les situations d'évaluation mettront en évidence les limites directes

de notre service, que les orientations que nous effectuons, vers ces autres professionnels privés ou publics pouvant être sollicités, soient elles aussi systématiquement recensées. Ces éléments nous permettront d'établir un guide incluant aussi ces autres adresses utiles. Puis, de la même façon, nous irons à la rencontre de ces intervenants afin de mieux les connaître et pouvoir davantage les solliciter. La constitution de ces réseaux ne pourra pas bien sûr s'effectuer sur le même calendrier que l'élaboration du projet de service, mais j'entends par ces démarches construire un mode de réponse qui soit davantage ouvert vers ces autres intervenants en les pensant dans l'élaboration même de nos propositions de réponse. Pour ce faire, notre premier objet de travail sera de favoriser la mise en contact, en s'appuyant sur la construction de ce guide interne des contacts utiles et leurs sollicitations dans nos propositions de réponses. Bien évidemment dans notre contexte ce point est autant crucial que délicat.

Enfin, mettre en place les dispositions favorisant le travail en réseau est à relier avec une plus grande sensibilisation et formation du personnel.

3.2.3 Formation et accompagnement du personnel

Comme nous le soulignons, la fonction d'accompagnant social de l'aide à domicile n'est pas pleinement reconnue et les appellations d'aide ménagère le traduisent. Pourtant, cet aspect de la mission est également, celle des plus délicates à gérer, elle nécessite un temps que les aides n'ont pas ou plus.

Face à ces éléments, je demanderai au groupe d'encadrement d'organiser pour les aides à domicile travaillant auprès des personnes les plus fragiles des séances de travail. Celles-ci auront pour objet d'étudier les situations auxquelles elles renvoient afin de les interroger sur la base commune, leur outil d'évaluation. Il s'agira en définitive d'accompagner tout particulièrement ces intervenantes à objectiver la demande de la personne, car comme nous l'avons vu les sollicitations sont aussi marquées d'une charge émotionnelle que l'on ne peut pas négliger (pleurs, attitude de prostration, agressivité). L'objet est de définir pour chaque personne si ces sollicitations peuvent être liées à un affaiblissement de sa vie relationnelle. Si l'aide peut apporter un soutien dans la restauration ou le maintien de celle-ci. Si l'environnement de la personne a noté les mêmes éléments et comment l'interprètent-ils ? Si la nature de l'attente formulée peut être comblée par une intervention informelle. En définitive à analyser sa demande dans son contexte tout en y intégrant la posture professionnelle de l'aide à domicile. Le but est alors de traduire cette difficulté dans des termes de réponses professionnelles afin de l'aider à se dégager de l'affectif.

Ce point renvoie à la même posture générale que nous avons notée pour l'évaluation des besoins cependant lors de l'accompagnement des personnes les plus fragiles (fin de vie, maladie d'Alzheimer), cette attention doit pouvoir être davantage soutenue. En effet, l'intervenante à domicile, effectuant sa mission le plus souvent seule au domicile des personnes, se trouve dans une proximité et une solitude dans la relation d'aide. Aussi elle peut être marquée par une usure professionnelle également. Un aspect qu'il faut prendre en considération. Le groupe de l'encadrement sera ainsi chargé de travailler à l'organisation de ces séances et leur intégration au fonctionnement des services. Le groupe des aides à domicile sera sollicité afin d'initier une réflexion sur les risques liés à l'usure de la relation d'aide, pour permettre notamment de favoriser le dialogue sur ce point entre les aides à domicile et permettre un échange sur les pratiques afin de construire un mode de réponse collectif à ces difficultés. Ces travaux internes seront d'autre part soutenus par la conduite du plan de formation. En effet, la mise en perspective de ces divers thèmes nécessite également un apport complémentaire. L'intervention d'un tiers, qui ne soit pas dans un rapport hiérarchique (l'encadrement) ou identitaire (les collègues) pour permettre d'approfondir les différents aspects abordés dans les outils de réforme du projet de service.

Dans le domaine de la formation continue, la mise en œuvre de nos démarches de professionnalisation et la qualité ont institué des habitudes de travail favorisantes qui en font un atout dans la conduite de projet. En premier lieu si avant 2000 les actions étaient marginales, elles sont maintenant intégrées au fonctionnement du service. Les freins et résistances à l'inscription du personnel dans les actions de formations sont levés ce qui en fait un outil privilégié. D'autre part, nous élaborons les plans de formation sur la base des besoins qui sont mis en relief lors des entretiens annuels individualisés du personnel. Cette pratique permet et nous permettra d'étudier les besoins individuels et les axes collectifs qui nécessitent la construction d'action de soutien. Je m'appuierai sur ces éléments pour employer les actions de formation comme un moyen évident de soutien de la réorientation du projet de service. Dans ce cadre, les trois axes de travail du projet seront abordés au cours de l'entretien annuel. Il s'agit de :

- L'évaluation et du rôle de l'aide à domicile dans cette étape de l'élaboration de l'aide notamment dans son évolution et son suivi.
- Le travail en réseau : le repérage des acteurs formels et informels et leur rôle dans l'aide auprès de la personne.
- Enfin l'implication dans les missions d'accompagnement social.

Sur la base des entretiens croisés ainsi avec les objectifs de travail de la réorientation du projet de service, nous pourrons définir les actions de formations sur les thèmes et points particuliers qui le nécessiteront.

D'autre part, nous sommes engagés dans des programmes de qualification du personnel d'intervention. C'est une orientation déjà mise en œuvre que je poursuivrai afin de soutenir le niveau de formation de ces professionnels et la valorisation de leur métier. Enfin, l'élaboration de cette réorientation va nécessiter une implication importante des responsables. C'est un élément que nous soutiendrons par la mise en œuvre d'actions de formation d'abord orientées vers le management et la conduite de projet pour ce groupe. Dans ces actions de formation, nous retrouvons les premiers éléments qui ont permis à notre secteur de se moderniser. Pourtant si les applications peuvent en paraître de prime abord identiques leur utilisation en est différente. Dans les premiers éléments de modernisation que nous avons mis en place, la logique d'action du secteur s'apparentait à une forme de « mise à niveau » : passer du stylo à l'ordinateur, donner au personnel des connaissances de base en gérontologie, constituer un véritable métier du domicile, formaliser et organiser nos modes d'action par une démarche qualité. Les mouvements que nous organisons maintenant par la réforme de nos outils induisent une logique qui dépasse cette simple mise à niveau, mais touche à la posture de travail et à l'offre de service. En définitive maintenant que le niveau est atteint c'est l'accompagnement de ce que nous en faisons que nous avons étudié. Une seconde étape tout aussi importante pour être en mesure d'améliorer nos prises en charge.

Ainsi, l'évaluation des besoins des personnes âgées, la coordination et l'accompagnement au personnel d'intervention sont les trois priorités de travail sur lesquelles j'inviterai les différents acteurs à engager les premiers axes de réorientation du projet de service. Mais si le fait de poser la prise en compte de la vie sociale des personnes âgées dans le projet de service permet d'ouvrir des possibilités d'action et de mettre en perspective la légitimité de se saisir de cette problématique. Cette posture a d'abord pour objet de lever un frein. De même, moderniser notre approche en questionnant nos outils d'évaluation, de coordination et de soutien du personnel permet de lever les divers obstacles à l'expression des besoins de nos usagers. Si ces deux phases sont indispensables dans notre contexte, elles ne pourront fonder leur sens que dans les propositions de réponse que nous mettrons en œuvre.

3.3 Soutenir les initiatives engagées et en assurer le développement

Pour conduire à son terme la logique de réorientation du projet de service, je dois définir les axes de travail des propositions de réponses que les différents groupes auront à construire. Un choix délicat : À mon niveau, j'ai connaissance des actions particulièrement soutenues par les appels à projet de diverses fondations ou organismes publics. Pourtant

si je les définis comme étant les solutions à mettre en œuvre je balaye tout le travail de diagnostic (appropriation de la question) et de proposition de réponse (modification de la posture professionnelle) que nous avons préalablement mis en place. Or, ces étapes comme j'espère que nous l'avons suffisamment mis en valeur, n'ont rien de facultatives ou d'optionnelles. Il ne s'agit plus d'imposer l'utilisation de l'informatique.

D'un autre côté si je n'oriente pas ces éléments, j'induis un double risque. Celui que des propositions concrètes n'arrivent pas à aboutir et donc mettent en échec le projet. Ou bien que les propositions ne s'inscrivent pas dans les orientations des politiques sociales et perdent toute légitimité.

Dans cette équation, j'ai là aussi choisi de m'inscrire dans une action d'accompagnement et d'orientation : face aux sollicitations de nos usagers, des initiatives aux frontières de notre activité directe se sont mises en place. Ce sont ces éléments sur lesquels j'ai décidé d'appuyer le projet de service. Ainsi, en favorisant ces actions, issues d'éléments de diagnostic interne, cela permet de valoriser les démarches qui les ont constituées et que nous tentons de développer. D'autre part, ces prémices d'action sont cohérentes au regard des politiques de notre secteur. Il s'agit donc de soutenir leur développement afin que celles-ci ne soient pas aux marges, mais faisant partie intégrante du mode de fonctionnement. Tout comme, la modernisation de nos outils visés à renforcer l'écoute (l'évaluation), la préservation (le renforcement de la posture d'accompagnant social des intervenants) et l'incitation (création d'un réseau d'aide) je définirai ces trois aspects comme les thèmes de travail des groupes. Pour chaque thème, nous favoriserons le développement d'une action en y intégrant, les propositions de réponse des différents participants. D'autre part, pour chaque thème les groupes de travail seront aussi invités à émettre d'autres actions de réponses ou des activités connexes afin de valoriser les éléments de diagnostics qui auront été mis en lumière.

3.3.1 Ecouter : du document individuel de prise en charge au projet de vie

Dans le cadre de notre démarche qualité, nous avons mis en place des documents d'offres de service, devis et contrats des éléments qui allaient être repris lors de la mise en œuvre des outils définis par la loi du 2 janvier 2002 et la constitution des documents individuels de prise en charge. Ces outils ont pour fonction de notifier les éléments relatifs à la prise en charge et le cadre des relations entre le service et l'utilisateur. Ce faisant, ils permettent de positionner l'utilisateur comme un acteur et non un bénéficiaire de service. Pourtant, divers points d'amélioration ont fait l'objet de remontées d'informations.

En premier lieu, ces documents à visée contractuelle sont d'abord établis entre l'utilisateur ou son représentant et la structure. Les intervenantes n'y ont pas un accès légitime

En second lieu si la nature, la fréquence et l'objet des interventions y sont repris, les objectifs particuliers des prises en charge et leurs diverses déclinaisons en mode opératoire n'y sont pas assez détaillés. Sur la base de ces remarques, la responsable de service a commencé l'élaboration d'un nouvel outil qui dans le service, a été intitulé « le projet de vie ». Cette initiative n'est qu'un avant projet aussi je l'inscrirai comme un premier axe de travail dans le montage des propositions de réponses du projet de service. En effet, cette action permet de mettre en œuvre diverses ouvertures aussi elle doit être développée. Ce mode de réponse s'oriente vers l'organisation de solution en interne en adaptant davantage nos interventions afin de permettre une meilleure prise en compte des besoins des personnes et leur résolution. Cet aspect favorise la mise en œuvre des missions d'accompagnement social du service en les mettant plus en perspective.

Afin de mener à bien cette action, nous solliciterons les différents groupes sur trois points particuliers.

En premier lieu, le partage de l'information. En effet, si notre action est d'accompagner le projet de vie des usagers, les différents acteurs et en premier lieu les auxiliaires de vie, doivent y avoir accès puisqu'il fixe les objectifs individuels associés à leurs interventions. Ainsi, des particularités personnelles des usagers doivent pouvoir y être mentionnées sans que celles-ci trahissent des éléments de confidentialité. Ce premier élément met en évidence toute la nécessité de constituer un support distinct de nos documents actuels. Un travail sur les éléments pouvant être échangés sera donc à mener. Celui-ci abordera notamment, la nature des informations qui peuvent faire l'objet d'un partage, les conditions d'accès au document, l'archivage et enfin les conditions d'élaboration des documents notamment l'association des usagers et de leur famille dans l'appréciation de la transmissibilité des données

En second lieu la nature des informations. Le projet de vie doit pouvoir s'éclairer sur la base de l'histoire de vie, des pratiques, des goûts et loisirs des usagers, tout autant que sur les risques ou difficultés à faire. Il s'agit en définitive de décrire les attentes des personnes concernant l'intervention du service, mais aussi d'inscrire notre action particulière dans le cadre plus vaste de son projet de vivre à domicile. Ainsi, les différents liens sociaux ou ceux devant faire l'objet d'une vigilance toute particulière doivent y être mentionnés afin de mettre en œuvre une démarche coordonnée et inciter cette aide en réseau.

Enfin, en appui du projet de vie notre service doit répondre en projet d'intervention. Cet élément doit être un outil facilitant la traduction opérationnelle des activités de l'auxiliaire de vie dans un projet individuel de prise en charge. Ainsi, j'appuierai tout particulièrement sur le fait de construire un document de support qui permette de détailler les différentes missions de l'intervenante, mais surtout qui les renvoie systématiquement aux données particulières de l'usager, ceci dans un double objectif. D'abord, mettre en évidence les actions d'accompagnement social qui sont souvent difficilement repérées. Mais aussi en donner des exemples d'exercices très pratiques pour que le personnel puisse facilement y situer son rôle. Ainsi, l'item général qui serait « favoriser les relations de voisinage » sera complété par des mentions données à titre indicatif du type : « la voisine du premier étage lui amène le journal tous les jours. Proposer de profiter de l'intervention pour inviter cette voisine à prendre le thé, sachant que seul l'usager ne peut pas servir, desservir ou faire la vaisselle ».

D'autre part, il s'agit également de mettre en perspective le lien entre les fonctions ménagères et le projet de vie des personnes. Par exemple, le fait de faire la cuisine est à relier avec les goûts ou l'histoire de la personne et sa situation de santé. L'ensemble de ces éléments doit mettre en lumière le rôle d'accompagnement social réalisé ou à mettre en œuvre par les aides à domicile.

Afin d'associer plus largement le personnel, le support issu de ces travaux sera expérimenté dans le service et fera l'objet d'une évaluation collective.

Enfin, l'outil du projet de vie peut également être un atout important dans la mise en œuvre d'une aide plus ouverte sur l'environnement des usagers. En effet, il peut être un outil de coordination pour les différents professionnels qui y trouvent des objectifs communs à leurs actions. D'autre part, il peut contenir des aspects de promotion de la vie sociale. En effet en mettant en évidence les centres d'intérêt des personnes : activités artistiques ou de loisirs, il peut y être associé un travail de mise en relation avec le secteur associatif riche de notre zone d'intervention. Des pistes de travail sur lesquelles nous engagerons aussi ces différents acteurs à mener leur étude.

Ainsi, la mise en œuvre des projets de vie permet la construction d'une réponse opérationnelle à la prise en compte des liens sociaux des personnes âgées dans l'activité quotidienne du service. Mais cette proposition de réponse peut être également complétée par les bases des activités d'animation que notre groupe d'expression a mises en œuvre.

3.3.2 Favoriser : du groupe d'expression à l'organisation d'activités adaptées

Cette instance a été mise en place dans le cadre de la loi 2002-02. Si les textes d'application allaient préciser que pour nos services ce mode de consultation des usagers pouvait être mené par les enquêtes de satisfaction, l'initiative de cette participation directe me paraissait complémentaire et essentielle. Ainsi, après avoir informé nos usagers de la mise en œuvre de ce groupe et organisé une réunion d'information, le groupe d'expression des usagers a été mis en place.

Les premières réunions ont été centrées sur les difficultés opérationnelles qui apparaissaient, pour que cette instance puisse normalement remplir son rôle. Ainsi, il a particulièrement été relevé le manque de relations entre nos différents usagers. En effet, comment s'assurer la légitimité des membres du collège des usagers, leur représentativité sur l'avis des services rendus alors qu'ils entretiennent peu de contacts entre eux? Ils ne peuvent ainsi que faiblement se concerter sur la qualité du service rendu. Pour répondre à cette difficulté, différentes dispositions ont été mises en œuvre, parmi elles, une retient notre attention au regard de cette problématique.

En effet, il est apparu la nécessité d'organiser des événements de rencontre entre les usagers et de développer en somme la « tribu » CIAS. L'objectif étant que ces services ne soient pas perçus uniquement dans un rapport d'individualité, mais dans leur forme collective. Les membres du groupe ont alors considéré cet aspect comme une de leur fonction essentielle. Ainsi, le groupe des usagers est aujourd'hui une instance de consultation, mais aussi un groupe d'animation. Il souhaite « être utile » à l'association et « améliorer » le quotidien des personnes aidées. On peut alors noter que les usagers s'inscrivent dans ce rapport de la retraite solidaire alors qu'eux-mêmes sont aidés par la structure.

Dans ce cadre il a été noté la nécessité d'organiser des activités de rencontre conviviale. C'est ainsi que fin 2005 était organisé le premier loto de l'association. Celui-ci a connu un net succès. Les usagers ont témoigné leur intérêt pour ce type d'activité. Les quines étant localement une activité très appréciée. D'autre part, ils traduisaient que leur participation au loto était une façon de « soutenir l'association ». Le fait de pouvoir rendre en retour, était valorisé dans ces témoignages, ce qui nous a surpris par ailleurs, car dans le montage de l'initiative son rapport économique était marginalisé.

En 2006, le groupe a pris contact avec une troupe de théâtre et a organisé la tenue d'une représentation pour les usagers de l'association. Ceci grâce aux fonds que l'activité loto a dégagés. Quant au deuxième loto il a eu lieu en début d'année là encore le succès a été au rendez-vous.

Actuellement nous organisons un spectacle de danses folkloriques autour d'un goûter offert aux usagers. Les premières activités du groupe ont permis de mettre en évidence les difficultés des personnes liées au transport. Afin de pallier cette difficulté, nous avons associé le passage d'un bus sur les différentes communes. À ce stade nous n'avons pas encore de retour sur cette disposition puisque l'activité aura lieu en octobre. Cependant, cette première approche a permis aux membres du groupe de mettre en perspective à la fois tout l'intérêt de nos usagers pour ces activités de rencontre et à la fois toutes les difficultés que les problèmes de mobilité induisent dans la participation à la vie sociale.

Ainsi, l'organisation d'un pôle « animation » est en cours d'élaboration. Celui-ci est organisé à partir des usagers du groupe d'expression ce faisant, il participe directement aux activités conduisant à cette dynamique de lien social. D'une part, elle permet de proposer des activités, d'autre part elle valorise le rôle des personnes aidées.

Aussi il me paraît essentiel de soutenir cette initiative pour cela :

Il faut permettre l'ouverture de cette participation, notamment pour l'organisation des animations à l'ensemble des usagers de l'association, dans un esprit de coopération. Le but étant que celle-ci ne soit pas exclusivement attachée à la participation au groupe d'expression. Ce faisant, elle permettra d'éviter la confusion entre la fonction de représentation des usagers, et celle d'animateur solidaire. Dans ce cadre les possibilités d'ouverture au personnel et aux autres associations locales doivent être étudiées (club du 3ème âge) afin de lui permettre également d'inscrire ces initiatives dans leur environnement.

C'est pourquoi j'inviterai les membres du groupe d'expression à étudier les conditions de faisabilité d'ouverture. Il s'agit également de trouver des aides dans la tenue de ces actions afin de favoriser leur pérennité.

D'autre part, il paraît également essentiel d'apporter un soutien logistique plus important à ces initiatives afin d'encourager leur développement c'est pourquoi nous étudierons les possibilités de construction d'un soutien professionnel à l'animation.

Enfin, nous devons être vigilants à ce que ces activités puissent prendre des formes qui n'excluent pas les personnes les plus fragiles. En ce sens, nous pouvons noter que cette question renvoie à deux principales considérations. En premier celle liée à la mobilité et aux fonctions motrices, en effet les personnes exprimant le plus ce besoin d'animation sont également celles qui éprouvent le plus de difficultés sur ces aspects. Notre proximité avec les services municipaux devrait nous permettre d'organiser d'autres solutions de transport collectif pour les personnes ne pouvant plus conduire. Pour les personnes ayant besoin d'un accompagnement humain, et en raison de leurs capacités physiques ou psychiques, il faudra organiser les actions conjointes avec les auxiliaires de vie sociale. Ces éléments renvoient aux premières mesures que nous avons mises en œuvre, des

axes qu'il nous faut développer pour que les activités de l'association puissent particulièrement répondre aux personnes les moins valides et proposer une alternative aux réponses d'animations traditionnelles (club)

En second lieu, dans le cadre de la constitution de ces activités adaptées, de l'animation se déroulant au domicile des personnes doit être pensée pour les usagers dont l'état de santé ne permet pas les déplacements à l'extérieur. Celle-ci pourra prendre appui :

- Sur les usagers en créant un réseau de visiteurs à domicile,
- Sur le personnel par l'action conjointe des aides à domicile et éventuellement du poste d'animateur à créer.
- Sur l'environnement par l'association des réseaux informels et des associations locales (la bibliothèque sonore en est un exemple).

Ces différentes propositions se basant sur l'expérience déjà acquise de la structure seront étudiées dans le cadre de la réorientation du projet de service, l'organisation d'activités adaptées aux handicaps constituera ainsi, la deuxième proposition de réponse mise en œuvre dans la réorientation du projet de service.

3.3.3 Prévenir : informer sur les risques.

Faisant suite au plan canicule, aux risques d'épisode de la grippe aviaire, nous avons renforcé le rôle de notre SSIAD dans les domaines de la prévention médicale. Ainsi le personnel médical a largement contribué à la rédaction de fiches pratiques à l'attention des aides à domicile et de fiches-conseils pour les usagers.

Cette initiative se poursuit par ailleurs dans la création d'une rubrique « conseil santé » du journal de l'association qui se propose de sensibiliser les usagers à différents thèmes en les abordant de façon ludique.

Or comme nous l'avons vu, la dépendance et la diminution des contacts sociaux sont des facteurs corrélés, aussi il me paraît important de développer ce travail afin de pouvoir l'aborder sous ses différents aspects.

Dans ce cadre, je demanderai au SSIAD de poursuivre son action, en étendant le travail de fiche aux autres aspects de prévention des problèmes du vieillissement à domicile : notamment la prévention des chutes, l'alimentation, la stimulation de la mémoire.

En effet ces travaux ont également contribué à mettre en place une dynamique favorable à la conduite du projet. D'une part, ils ont favorisé le rôle préventif du travail des aides soignantes et des aides à domicile dans leur mission au quotidien. D'autre part, ils ont

amené les deux services et notamment leurs responsables à mettre en oeuvre des actions conjointes et développer la coordination interne, ce qui est bien évidemment essentiel dans la réussite du projet de maintien à domicile des personnes.

De plus, ce travail de prévention dans le domaine de la santé doit cependant être relié aux activités d'animation. En effet, il s'agit d'en développer la coordination et la mise en évidence de la globalité du projet. Ainsi, je demanderai à ce que l'infirmière coordinatrice qui participe au groupe d'expression, formule des propositions en ce sens :

Des activités d'atelier mémoire ou de «gym douce», par exemple, semblent être des pistes intéressantes. De même, la commission départementale des retraités et personnes âgées a mené une campagne relative à l'alimentation. Si nous avons soutenu celle-ci, avec la diffusion auprès de nos usagers des dépliants qu'elle a réalisés, nous pouvons envisager des actions communes. En effet, cette institution qui s'inscrit dans des actions de prévention, a également une action de représentation des personnes âgées. Ce rapprochement ouvrant alors un autre champ à l'expression de la citoyenneté des personnes âgées.

D'autre part, la prévention médicale doit s'inscrire dans une approche élargie des acteurs y participant. Ainsi, il s'agira d'ouvrir ces actions, à son environnement en créant des contacts et partenariats avec les autres acteurs institutionnels intervenant dans les différents domaines qui y sont corrélés (l'aménagement de l'habitat par exemple) et associés comme para médical (orthophonie, psychologue).

Ainsi, ce projet soutiendra les initiatives engagées dans les domaines de la constitution des projets de vie, de l'animation et de la prévention médicale que les différents membres de la CIAS ont initiées. Nous basant sur les besoins des personnes âgées et une volonté manifeste des différents professionnels et bénévoles de la CIAS, nos axes de réponse disposent de bases certaines pour permettre leur développement.

Conclusion partielle

Si l'inscription des services de la CIAS, dans une dynamique de modernisation, a permis de mieux cerner les besoins émergents des personnes âgées, elle se trouve dans la nécessité de re-questionner ces propositions de réponse pour pouvoir les prendre en considération et finaliser le sens de la démarche qu'elle a entrepris.

Ainsi face à l'aspect multidimensionnel des liens sociaux des personnes âgées, leur préservation ne peut s'inscrire que dans une approche globale de ses besoins. De la

méthodologie de montage de projet doit favoriser la participation des différents acteurs pour permettre une vision croisée des propositions de réponses apportées et participer à préserver ces liens qu'elle entend défendre.

Accompagnant la personne à maintenir ces liens avec son environnement l'auxiliaire de vie contribue à préserver son identité âgée, et dans le même temps elle fonde sa place dans les politiques sociales. Un mouvement réciproque de reconnaissance indispensable pour que, au domicile la vieillesse soit pleinement gage d'intégration sociale.

CONCLUSION

Le souhait de la plupart des personnes âgées et de pouvoir continuer à vivre chez elle malgré la diminution de leur autonomie. Un chez-soi, rempli d'histoires, d'habitudes de vie et de relations.

Pourtant, alors que plus de personnes peuvent bénéficier d'une aide, grâce à la mise en place de l'APA, alors que cette aide permet un accompagnement de plus en plus long, alors que le principe fondateur du maintien à domicile est de préserver l'intégration sociale, tous les jours nos services sont confrontés à l'expression de souffrances.

Des souffrances d'autant plus vives qu'indicibles, elles disent tout. D'autant plus sérieuses que dans l'anecdotique elles interrogent leur humanité.

Dans une société qui valorise la jeunesse, et la rationalité économique, le vieux comme le mot sont bannis. Il ne peut plus se reconnaître le droit à la vieillesse. Une vieillesse stigmatisée dans l'image de la mort, qui n'est étudiée que comme une nouvelle charge économique, ou convoitée que comme une nouvelle part de marché.

Pourtant, ces « vieux » nous interrogent « A quoi je sers ? ».

Une question qui ne semble pas trouver d'échos. La place de la vieillesse, dans la société serait-elle devenue une question, un tabou ?

Le vieillissement est donc marqué par des représentations sociales dégradées pourtant, cet ami, ce voisin, ce parent âgé continu d'être.

Tous les jours aussi, nous sommes témoins de l'existence de ces aides informelles qui mettent en lumière que la « personne » n'est pas rejetée, même si le fait d'être « âgée », n'est plus socialement correct.

Il s'agit donc d'une situation, plus complexe, que celle qui tend à dire que les vieux sont abandonnés et que la solidarité intergénérationnelle est morte. Notre objet n'est donc pas d'y substituer une aide formelle, mais de la soutenir.

Dans ma posture de direction, cette situation m'a interrogée. Tout d'abord, comment aborder un problème social, qui par nature ne peut pas se dire. ? La légitimité de cette action ne peut pas se baser sur une revendication quantifiable, mais se fonde dans le respect des droits fondamentaux.

Comment la traiter ensuite ? Alors que différents appels à projet sont arrivés sur mon bureau ; accueil de jour, garde itinérante de nuit, il aurait été tentant de répondre directement par la mise en oeuvre de mesures spécifiques, pour pallier des dispositifs manquants.

Pourtant, la question que posent les usagers de la CIAS n'est pas là. Ils ne nous sollicitent pas sur une mesure particulière, mais nous interrogent sur leurs rapports aux autres. C'est pourquoi j'ai décidé d'aborder notre réponse sur une réflexion de nos rapports « à eux », par la mobilisation de l'équipe sur notre projet de service.

Un élément indispensable de positionnement avant d'envisager les actions à mettre en place. En effet, comment préserver des liens, si nous ne nous donnons pas, en amont le temps de les repérer (l'évaluation), ni de les mettre en perspective avec l'aide mise en place (la coordination).

Une étape également nécessaire, au regard de notre secteur dont l'entrée le médico-social est optionnelle et dont le personnel est encore assimilé à des « femmes de ménage ». Il a donc également besoin d'être soutenu pour agir (la formation).

Aussi, si les pistes d'action que nous entrevoyons sont nombreuses : animation, prévention, aide aux aidants, aide aux transports, il s'agit avant tout d'accompagner notre regard sur la nature de l'action. Une nécessité pour passer de l'aide à domicile à l'accompagnement de la personne.

Un rôle essentiel dans ma fonction de direction, pour que, au-delà de son aide à faire, l'auxiliaire de vie sociale, soit aussi une aide, pour être, sous le regard de l'autre. Cet autre, qui nous permet d'être reconnus comme semblables et dignes de respect.

Bibliographie

Ouvrage

- ARGOUD D. *Politique de la vieillesse et décentralisation : Les enjeux d'une mutation*. Ramonville Saint-Agne : Editions Erès, 1998. 225 p.
- ARGOUD D., LE BORGNE-UGUEN F., MANTOUANI J. et al. *Prévenir l'isolement des personnes âgées : Voisiner au grand âge*. Paris : Dunod, 2004. 180 p.
- BERNOUX P. *La sociologie des organisations*. Paris : Editions du Seuil, 1985. 382 p.
- DE JAEGER C. *La gérontologie*. Paris : Presses Universitaires de France, 1992. 127 p.
- DE TOCQUEVILLE A. *De la démocratie en Amérique*. Paris : C. Gosselin, 1836.
- DHERBEY B., PITAUD P., VERCAUTEREN R. *La dépendance des personnes âgées – Des services aux personnes âgées aux gisements d'emploi*. Ramonville Saint-Agne. Erès, 1999. 174 p.
- Emile DURKHEIME, *De la division sociale du travail*, 1922.
- GUIDE DU SOUTIEN A DOMICILE EN DORDOGNE. *Référentiel des intervenants auprès des personnes âgées et/ou handicapées* [en ligne]. Conseil général de Dordogne, Février 2006. Disponible sur Internet : < http://www.cg24.fr/modules/FCKeditor/upload/File/pdf/social/guide_soutien_domicile.pdf >
- HERVY B. *Propositions pour le développement de la vie sociale des personnes âgées*. Rennes : Editions ENSP, 2003. 159 p.
- LIPOVETSKY G. *L'ère du vide : Essais sur l'individualisme contemporain*. Gallimard, 1989. 313 p.
- MAFFESOLI M. *Le temps des tribus : Le déclin de l'individualisme dans les sociétés postmodernes*. Table Ronde, 2000. 352 p.
- MAUSS M *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques..* in *Sociologie et Anthropologie* (1ère édition 1925) , PUF, 2004.
- MENDRAS H. *La seconde Révolution française 1965-1984*. Editions Gallimard, 1988.
- ORY-LAVOLLEE B. *Richesses invisibles : Que nous apporte la culture ?* Paris : Editions Générales First, 1998. 422 p.
- PELLETIER C. *Démarches qualité et services aux personnes à domicile* . Paris : Dunod, 2005. 156 p.
- RAGUENES R. *Aide à domicile : Rôle et méthodes de travail*. Paris : Editions Frison-Roche, 1996.

- RECHERCHES ET REALISATIONS. *Santé publique et Gérontologie*. Paris : SERDI, 1995. Tome IV. 941 p.
- THIEBAUD D. *Les personnes âgées et la désorientation*. Issi-les-Moulineaux : ESF éditeur, 2000. 107 p.
- VERCAUTEREN R, BABIN N. *Un projet de vie pour le maintien à domicile des personnes âgées*. Ramonville Saint-Agne : Editions Erès, 1998. 152 p.

Actes de congrès.

- ARMI F., GUILLEY E. *Articulation entre réseaux formels et informels en association avec le statut de santé de la personne âgée*. Genève Lille : Université de Liège, mars 2005. Disponible sur Internet : < <http://perso.numericable.fr/~sitedurtf7/downloads/JE/jetxtarmigulley.pdf> >
- CASMAN M.T. *L'Accompagnement de la vulnérabilité au grand âge : Politiques publiques, configurations d'aide et dynamiques d'échanges*. Lille : Université de Liège, mars 2005. Disponible sur Internet : < <http://perso.numericable.fr/~sitedurtf7/downloads/JE/jetxtcasman.pdf> >
- CHAMAHIANA A. *De l'Université du Troisième Age de Toulouse aux Universités Tous Ages : retour sur le mouvement de constitution des UTA en France*. Bordeaux : Association Française de Sociologie - 2^e congrès, septembre 2006. Disponible sur Internet : < <http://perso.numericable.fr/~sitedurtf7/downloads/CG/cgxtchamahian.pdf> >
- LUXEMBOURG N *Vieillir dans sa maison individuelle : au péril des sociabilités ? Logiques, enjeux, stratégies*. Bordeaux : Association Française de Sociologie (2^e congrès), septembre 2006. Disponible sur Internet : < <http://perso.numericable.fr/~sitedurtf7/downloads/CG/cgxtluxembourg.pdf> >
- MEMBRADO M. *L'aide : déconstruction d'une catégorie (dans le champ du vieillissement et de « l'aide informelle »)*. Toulouse : Université de Toulouse II Le Mirail – CIRUS-Cieu, 2005. Disponible sur Internet : < <http://perso.numericable.fr/~sitedurtf7/downloads/JE/jetxtmembrado.pdf> >
- NOWIK L.O, MOREL G. *Engagement associatif : ces retraités qui veulent être utiles aux autres*. Bordeaux : Communication au congrès de l'Association Française de Sociologie, septembre 2006. Disponible sur Internet : < <http://perso.numericable.fr/~sitedurtf7/downloads/CG/cgxtnowikmorel.pdf> >

Revues- Etudes

- ACTON C. La politique de maintien à domicile en Angleterre. *Documents-CLEIRPPA*. Juillet 2003. n°11. pp. 25-27.
- ALIAGA C. L'aide à domicile en faveur des personnes âgées. *INSEE PREMIERE* [en ligne]. Octobre 2000 [visité le 11.09.2006]. N°744. Disponible sur Internet : < http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP744.pdf >
- BLANPAIN N., PAN KE SHON J.L. La sociabilité des personnes âgées. *INSEE PREMIERE* [en ligne]. Mai 1999 [visité le 11.09.2006]. N°644. Disponible sur Internet : < http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP644.pdf >

- BONNET C., BUFFETEAU S., GODEFROY P. Retraite: vers moins d'inégalités entre hommes et femmes ?. *Population & Sociétés* [en ligne]. Mai 2004 [visité le 11.09.2006]. n°401. Disponible sur Internet : < http://www.ined.fr/fichier/t_publication/156/publi_pdf1_pop_et_soc_francais_401.pdf >
- CARADEC V. *Les transitions biographiques, étapes du vieillissement*. Prévenir, 2e semestre 1998. n°35. pp. 131-137. Disponible sur Internet : < <http://perso.numericable.fr/~sitedurtf7/downloads/VEILLISSEMENTPrevenir.pdf> >
- CHALEIX M Recensement de la population de 1999 : 7,4 millions de personnes vivent seules en 1999. *INSEE PREMIERE* [en ligne]. Juillet 2001 [visité le 11.09.2006]. N°788. Disponible sur Internet : < http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP788.pdf >
- DAVID M.G, STARZEC C. Aisance à 60 ans, dépendance et isolement à 80 ans. *INSEE PREMIERE* [en ligne]. Avril 1996 [visité le 11.09.2006]. N°447. Disponible sur Internet : < http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP447.pdf >
- DELBES C., GAYMU J., SPRINGER S. Les femmes vieillissent seules, les hommes vieillissent à deux : Un bilan européen. *Population & Sociétés* [en ligne] Janvier 2006 [visité le 11.09.2006]. n°419. Disponible sur Internet : < <http://www.fep.umontreal.ca/violence/documents/bilaneuropeen.pdf> >
- DRESS. Allocation personnalisée d'autonomie à domicile : une analyse des plans d'aide. *Etudes et Résultats* [en ligne]. Février 2004 [visité le 11.09.2006]. n°293. Disponible sur Internet : < <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er293.pdf> >
- DRESS. Le personnel des services d'aide à domicile en 1999. *Etudes et Résultats* [en ligne]. Mars 2004 [visité le 11.09.2006]. n°297. Disponible sur Internet : < <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er297.pdf> >
- DRESS. Les bénéficiaires des services d'aide aux personnes à domicile en 2000. *Etudes et Résultats* [en ligne]. Mars 2004 [visité le 11.09.2006]. n°296. Disponible sur Internet : < <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er296.pdf> >
- DUEE M., REBILLARD C. *La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040*. Insee Edition 2006. Disponible sur Internet : < http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/DONSOC06zp.PDF >
- Gérontologie et Société. Age et exclusions. Paris : Fondation Nationale de Gérontologie, Septembre 2002. n°102. 291 p.
- GRILLON L. Les représentations sociales sur la vieilleuse. *Documents-CLEIRPPA*. Juillet 2003. n°11. pp. 29-31.
- GUILLEMARD A.M. De la retraite mort sociale à la retraite solidaire. *Gérontologie et Société*. Fondation Nationale de Gérontologie, Septembre 2002. n°102. pp. 53-65.
- INSEE. *Les personnes âgées*. Insee Edition 2005. Disponible sur Internet : < <http://www.insee.fr/fr/ppp/sommaire/PERSAG05.PDF> >

- LAMOUREUX P., Personnes âgées : restaurer le lien social, *La santé de l'homme*, INPES, , janvier-fevrier 2003, N° 363, disponible sur internet <: <http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/363/01.htm> >
- *Les personnes ,âgées entre aide à domicile et établissement*. Paris : Dossiers solidarité et santé, janvier-mars 2003 . Disponible sur Internet : < <http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/200301.htm> >
- MAISONDIEU J. La vieillesse est-elle synonyme d'exclusion ? *Gérontologie et Société*. Fondation Nationale de Gérontologie, Septembre 2002. n°102. pp. 227-236.
- MARTIN C. *Le genre des politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes*. Travail, genre et sociétés, 2001. n°. pp. 83-103. Disponible sur Internet : < <http://perso.numericable.fr/~sitedurtf7/downloads/Travail%20genre%20et%20soci%E9t%E9.pdf> >
- MICHAUDON H. Le cadre de vie des plus de soixante ans. *INSEE PREMIERE* [en ligne]. Février 2001 [visité le 11.09.2006]. N°760. Disponible sur Internet : < http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP760.pdf >
- PAN KE SHON J.L. Isolement relationnel et mal-être. *INSEE PREMIERE* [en ligne]. Novembre 2003 [visité le 11.09.2006]. N°931. Disponible sur Internet : < http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP931.pdf >
- PAUGAM C. Un centre social à la rencontre des habitants âgés – Grenoble. *Documents-CLEIRPPA*. Juillet 2003. n°11. pp. 18-20.
- Usages et besoins des personnes âgées vivant à domicile. *Revue du soignant en gériatrie*. Mai-Juin 2004. n°10-11. pp. 10-13.
- VANKEMMEL A. *Retraite et recomposition des temps de vie et des identités : le cas de retraités du milieu associatif*. Bordeaux : Association Française de Sociologie (2^e congrès), septembre 2006. Disponible sur Internet : < <http://perso.numericable.fr/~sitedurtf7/downloads/CG/cqtxtvankemmel.pdf> >
- VINOT J., BROUSSE G., GALLAND F. et al. Dépression du sujet âgé. *Revue du soignant en gériatrie*. Mars 2004. n°8. pp. 20-21.

Rapport

- Rapport de la Cour des comptes. *Les personnes âgées dépendantes*. Paris : Direction des journaux officiels, 2005. 447 p. Disponible sur Internet : < http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/cgi-bin/brp/telestats.cgi?brp_ref=054000746&brp_file=0000.pdf >
- Rapport de la cours des comptes. *Les conditions de mise en place et d'affectation des ressources de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie*. Paris : Direction des journaux officiels, 2006. 57 p. Disponible sur Internet : < http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/cgi-bin/brp/telestats.cgi?brp_ref=064000555&brp_file=0000.pdf >

- Rapport de la commission d'études sur les problèmes de la vieillesse présidée par Pierre Laroque : politique de la vieillesse, 1962, Disponible sur Internet : < <http://infodoc.inserm.fr/serveur/vieil.nsf/397fe8563d75f39bc12563f60028ec43/e0f115ba61f787a5c12568c80041b17d?OpenDocument> >

Textes légaux et réglementaire

- Loi du 14 juillet 1905 portant assistance aux vieillards infirmes et incurables.
- Loi n° 68 - 5 du 3 janvier 1968 relative à la protection des personnes.
- Loi n° 75 – 535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.
- Loi n° 97 – 60 du 24 janvier 1997 relative à la création de la Prestation Spécifique Dépendance.
- Loi n° 2001 – 647 du 20 juillet 2001 relative à la Création de l'allocation Personnalisée à l'Autonomie.
- Loi n° 2002 – 02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- Loi n° 2004 – 809 du 13 août 2004 relative aux responsabilités locales.
- Loi du 26 juillet 2005 relatif au développement des services à la personne.
- Décret n° 81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées
-
- Décret n° 2002-410 du 26 mars 2002 portant création du diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale.
- Décret 2002-615 du 26 avril 2002, relatif à la Validation des Acquis de l'Expérience pour la délivrance d'une certification professionnelle .
- Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des service polyvalent d'aide et de soins à domicile.
- Arrêté du 26 mars 2002 relatif au diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale.
- Arrêté du 2 mai 2002, relatif aux modalités de l'expérimentation de validation des acquis de l'expérience pour le Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale
- Circulaire n° DGAS/DGEFP/2002/99 du 19 février 2002, relative au développement de l'emploi dans le secteur de l'aide à domicile
- *Circulaire n°DGAS/DGS/CNSA/2006/278*. Paris : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, 23 juin 2006. Disponible sur Internet : < www.personnes-agees.gouv.fr/dossiers/bien_vieillir/c_278_2006.pdf >

Liste des annexes

- **Annexe 1** : Référentiel professionnel et de formation des auxiliaires de vie sociale (Annexes 1 de Arrêté du 26 mars 2002 relatif au diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale)

(Page II)

- **Annexe2** : Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des service polyvalent d'aide et de soins à domicile.

(Page VII)

ANNEXE 1 :

**REFERENTIEL PROFESSIONNEL ET DE FORMATION DES AUXILIAIRES DE VIE SOCIALE
(ANNEXES 1 DE ARRETE DU 26 MARS 2002 RELATIF AU DIPLOME D'ÉTAT
D'AUXILIAIRE DE VIE SOCIALE)**

ANNEXE I

Référentiel professionnel des auxiliaires de vie sociale CADRE DE L'INTERVENTION

1. Le champ de l'intervention : l'aide à domicile

Le champ de l'aide à domicile, relevant de la loi sur l'organisation des institutions sociales et médico-sociales, se caractérise par une intervention auprès des personnes à leur domicile ou à partir du domicile dans la continuité du service.

Le domicile, lieu de l'intervention, est la résidence privative des personnes aidées, principale ou secondaire, habituelle ou temporaire.

L'intervention à domicile vise à répondre à un état de fragilité, de dépendance ou de difficultés passagères dû à l'âge, la maladie, le handicap ou les difficultés sociales.

Elle s'adresse à ce titre aux familles, aux enfants, aux personnes âgées, aux personnes malades et aux personnes handicapées, pour une aide dans la vie quotidienne des familles, le maintien à domicile, la préservation et la restauration de l'autonomie des personnes, leur insertion sociale et la lutte contre les exclusions.

L'intervention à domicile est un accompagnement et un soutien des personnes dans leur vie quotidienne : actes essentiels, activités de la vie ordinaire et activités sociales.

2. L'auxiliaire de vie sociale

La dénomination « auxiliaire de vie sociale » désigne les professionnels identifiés aujourd'hui notamment sous le vocable, aide à domicile, aide ménagère, auxiliaire de vie, auxiliaire familiale et exerçant les fonctions telles que définies dans le référentiel professionnel.

2.1. Les logiques d'intervention et les missions

L'auxiliaire de vie sociale a une fonction sociale et s'inscrit au premier niveau d'une filière professionnelle.

Il concourt au maintien à domicile d'une personne en situation de besoin d'aide dans le respect de ses choix de vie, dans l'objectif de maintenir et/ou restaurer et/ou stimuler son autonomie.

En fonction des potentialités et des incapacités constatées de la personne en situation de besoin d'aide, il décline ses fonctions selon deux logiques d'intervention :

- aider à faire (stimuler, accompagner, soulager, apprendre à faire) ;
- faire à la place de quelqu'un qui est dans l'incapacité de faire seul.

L'auxiliaire de vie sociale développe des compétences techniques et relationnelles pour :

- un accompagnement et une aide aux personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne (aide directe à la personne) ;
- un accompagnement et une aide aux personnes dans les activités ordinaires de la vie quotidienne (aide à la personne à partir des activités quotidiennes) ;
- un accompagnement et une aide aux personnes dans les activités de la vie sociale et relationnelles ;
- des fonctions transversales :
- le diagnostic de la situation et l'adaptation de l'intervention ;
- la communication et la liaison.

2.2. Les principes directeurs de son intervention

2.2.1. Une intervention globale et individualisée

L'auxiliaire de vie sociale :

- assure une prestation individualisée en prenant en compte l'ensemble des besoins de la personne à partir de l'évaluation individuelle et dans le cadre des missions confiées par le service ;
- organise et ajuste son intervention, en collaboration avec la personne aidée et l'encadrant, en fonction du projet d'aide initialement déterminé, des souhaits de la personne aidée et des évolutions constatées au quotidien.

2.2.2. La dimension éthique, déontologique et relationnelle

Le domicile est un lieu privé qui abrite l'existence familiale et intime des personnes aidées. Les interventions à domicile font coexister l'espace privé de ces personnes et l'espace de travail, ce qui implique un positionnement éthique et déontologique de l'intervenant.

L'auxiliaire de vie sociale :

- établit une relation de confiance et de dialogue avec la personne aidée et son entourage familial et social ;
- sollicite son accord sur l'action à entreprendre et sa collaboration ;
- adopte une attitude générale de respect impliquant réserve et discrétion à tout moment de l'intervention :
- respect de la personne, de ses droits fondamentaux ;
- respect de ses biens ;
- respect de son espace de vie privée, de son intimité ;
- respect de sa vie privée ;
- respect de sa culture, de son choix de vie ;
- respect des choix éducatifs des parents.

2.2.3. Une inscription dans un réseau de services et d'intervenants

L'auxiliaire de vie sociale :

- travaille en équipe au sein du service ;
- contribue à l'amélioration de la qualité du service ;
- est un agent de liaison avec les autres intervenants au domicile, les services sociaux et médico-sociaux ;
- connaît et respecte les compétences des autres intervenants ;

- participe à des actions préventives en matière d'hygiène et de santé en collaboration avec les services de soins ;
- participe à la liaison avec les aidants naturels.

Référentiel d'activités

FONCTIONS CLÉS D'AIDE AUX PERSONNES	ACTIVITÉS
Accompagnement et aide aux personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne	<p>Stimule les activités intellectuelles, sensorielles et motrices par les activités de vie quotidienne Aide à la mobilisation, aux déplacements et à l'installation de la personne. Aide à l'habillage et au déshabillage.</p> <p>Aide seule à la toilette lorsque celle-ci est assimilée à un acte de vie quotidienne et n'a pas fait l'objet de prescription médicale.</p> <p>Aide une personne dépendante (par exemple confinée dans un lit ou dans un fauteuil) à la toilette, en complément de l'infirmier ou de l'aide soignant, selon l'évaluation de la situation par un infirmier, le plus souvent à un moment différent de la journée.</p> <p>Aide, lorsque ces actes peuvent être assimilés à des actes de la vie quotidienne et non à des actes de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à l'alimentation ; - à la prise de médicaments lorsque cette prise est laissée par le médecin prescripteur à l'initiative d'une personne malade capable d'accomplir seule et lorsque le mode de prise, compte tenu de la nature du médicament, ne présente pas de difficultés particulières ni ne nécessite un apprentissage ; - aux fonctions d'élimination.
Accompagnement et aide aux personnes dans les activités ordinaires de la vie quotidienne	<p>Aide à la réalisation ou réalise des achats alimentaires. Participe à l'élaboration des menus, aide à la réalisation ou réalise des repas équilibrés ou conformes aux éventuels régimes prescrits.</p> <p>Aide à la réalisation ou réalise l'entretien courant du linge et des vêtements, du logement.</p> <p>Aide à la réalisation ou réalise le nettoyage des surfaces et matériels.</p> <p>Aide ou effectue l'aménagement de l'espace dans un but de confort et sécurité.</p>
Accompagnement et aide aux personnes dans les activités de la vie sociale et relationnelles	<p>Participe au développement et/ou au rétablissement et et/ou au maintien de l'équilibre psychologique.</p> <p>Stimule les relations sociales.</p> <p>Accompagne dans les activités de loisirs et de la vie sociale.</p> <p>Aide à la gestion des documents familiaux et aux démarches administratives.</p>
FONCTIONS TRANSVERSALES	ACTIVITÉS
Diagnostic de la situation et adaptation de l'intervention	<p>Observe et participe à l'analyse de la situation sur le terrain.</p> <p>Fait preuve en permanence de vigilance et signale à l'encadrant et aux personnels soignants, tout état inhabituel</p>

	<p>de la personne aidée. Organise et ajuste son intervention, en collaboration avec la personne aidée et l'encadrant, en fonction du plan d'aide initialement déterminé, des souhaits de la personne aidée et des évolutions constatées au quotidien.</p>
Communication et liaison	<p>Ecoute, dialogue, négocie avec la personne en situation de besoin d'aide et les aidants naturels. Sécurise la personne en situation de besoin d'aide. Travaille en équipe. Rend compte de son intervention auprès des responsables du service, fait part de ses observations, questions et difficultés avec la personne aidée. Repère ses limites de compétences et identifie les autres partenaires intervenants à domicile à solliciter. Intervient en coordination avec les autres intervenants au domicile.</p>

Référentiel de compétences

Ensemble des savoirs, savoirs faire et savoirs être pour exercer le métier d'auxiliaire de vie sociale :

1. Domaine de la connaissances des publics

Situer la personne aidée dans son contexte socio-culturel.

2. Domaine des pathologies - processus invalidants

Appréhender les conséquences des pathologies et déficiences dans la vie quotidienne des personnes.

3. Domaine de l'ergonomie

Aider à la mobilisation, aux déplacements, à l'installation, à l'habillage et au déshabillage de la personne en respectant et en stimulant son autonomie.

4. Domaine de santé et de l'hygiène

Aider, lorsque ces actes peuvent être assimilés à des actes de la vie quotidienne et en respectant les limites de ses compétences et l'intimité de la personne :

- à l'alimentation ;
- à la prise de médicaments ;
- à la toilette ;
- aux fonctions d'élimination.

5. Domaine de l'alimentation et des repas

Réaliser des achats alimentaires et participer à l'élaboration des menus.

Réaliser des repas équilibrés ou conformes aux éventuels régimes prescrits.

Motiver la personne aidée à manger et boire suffisamment.

6. Domaine de l'entretien du linge et du cadre de vie

Réaliser l'entretien courant du linge et des vêtements.

Assurer le nettoyage des surfaces et matériels du logement.

Aider à l'aménagement de l'espace dans un but de confort et sécurité.

7. Domaine de l'action sociale et ses acteurs

Identifier les principaux dispositifs sociaux afin d'orienter la personne aidée vers les acteurs compétents.

Aider à la gestion des documents familiaux et aux démarches administratives.

8. Domaine de l'animation dans la vie quotidienne

Stimuler les capacités intellectuelles, sensorielles et motrices par les activités de vie

quotidienne.

Favoriser les relations sociales.

Accompagner dans les activités de loisirs et de la vie sociale.

9. Domaine de l'exercice professionnel, de la responsabilité et de la déontologie

Positionner son métier dans le champ de l'action sociale.

Définir et faire respecter ses propres limites dans un cadre professionnel.

Adopter des comportements qui manifestent le respect de la personne et de son lieu de vie.

10. Domaine de la mise en oeuvre de l'intervention

Identifier et comprendre les modifications de la situation de la personne et du contexte de travail.

Proposer des solutions alternatives adaptées.

Adapter son attitude et des techniques aux évolutions contextuelles.

S'organiser dans l'espace et dans le temps.

11. Domaine de la communication et de la relation d'aide

Etablir une relation de confiance.

Articuler les aspects relationnels et techniques.

Travailler en coopération avec l'équipe (collègues, personnes aidées, famille, et autres partenaires).

supprimé pour essai voir PF problème sur Supplément

ANNEXE2 :

DECRET N° 2004-613 DU 25 JUIN 2004 RELATIF AUX CONDITIONS TECHNIQUES D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT DES SERVICES DE SOINS INFIRMIERS, DES SERVICES D'AIDE ET D'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE ET DES SERVICE POLYVALENT D'AIDE ET DE SOINS A DOMICILE.

Décrets, arrêtés, circulaires Textes généraux Ministère de la santé et de la protection sociale

Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile

NOR: SANA0421055D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé et de la protection sociale,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 232-13, L. 311-7, L. 311-8, L. 312-1, L. 312-7, L. 313-1, L. 313-12 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 322-3 ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6321-1 ;

Vu le code du travail, notamment ses articles L. 129-1 et D. 129-7 ;

Vu le code rural ;

Vu le code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;

Vu la loi n° 66-509 du 12 juillet 1966 modifiée relative à l'assurance maladie maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles ;

Vu le décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier ;

Vu le décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, et des établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique ;

Vu le décret n° 2003-1135 du 26 novembre 2003 relatif aux modalités d'autorisation, de création, de transformation ou d'extension d'établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

Vu l'avis de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale en date du 4 février 2004 ;

Vu l'avis du comité interministériel de coordination en matière de sécurité sociale en date du 17 février 2004 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 5 mars 2004 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés en date du 7 avril 2004,

Décrète :

TITRE Ier

DISPOSITIONS RELATIVES AUX CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT DES SERVICES DE SOINS INFIRMIERS À DOMICILE

Article 1

Conformément aux dispositions des 6° et 7° du I de l'article 312-1 du code de l'action sociale et des familles, les services de soins infirmiers à domicile assurent, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels, auprès :

- a) De personnes âgées de soixante ans et plus, malades ou dépendantes ;
- b) De personnes adultes de moins de soixante ans présentant un handicap ;
- c) De personnes adultes de moins de soixante ans atteintes des pathologies chroniques mentionnées au 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou présentant une affection mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale.

Article 2

Les services mentionnés à l'article 1er interviennent à domicile ou dans les établissements non médicalisés pour personnes âgées et pour personnes adultes handicapées mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et dans les établissements mentionnés aux II et III de l'article L. 313-12 de ce même code.

Article 3

Les interventions mentionnées à l'article 1er sont assurées par :

- 1° Des infirmiers qui exercent les actes relevant de leur compétence, organisent le travail des aides-soignants et des aides médico-psychologiques et assurent, le cas échéant, la liaison avec les autres auxiliaires médicaux ;
- 2° Des aides-soignants qui réalisent, sous la responsabilité des infirmiers, les soins de base et relationnels et concourent à l'accomplissement des actes essentiels de la vie correspondant à leur formation et des aides médico-psychologiques ;
- 3° Des pédicures podologues, des ergothérapeutes et des psychologues, en tant que de besoin. Le service de soins infirmiers à domicile doit comprendre un infirmier coordonnateur salarié.

Article 4

Tout service de soins infirmiers à domicile dispose de locaux lui permettant d'assurer ses missions, en particulier la coordination des prestations de soins et des personnels mentionnés à l'article 3.

Ces locaux peuvent être organisés sous forme de plusieurs antennes.

Article 5

Afin de garantir la continuité des soins et leur bonne coordination, les services de soins infirmiers à domicile

assurent eux-mêmes, ou font assurer, les soins mentionnés à l'article 1er, quel que soit le moment où ceux-ci s'avèrent nécessaires.

Article 6

Les fonctions de l'infirmier coordonnateur comprennent :

1° Les activités de coordination du fonctionnement interne du service, notamment :

- a) L'accueil des personnes mentionnées à l'article 1er et de leur entourage ;
- b) L'évaluation des besoins de soins de ces personnes au moyen de visites à leur domicile, afin d'élaborer et de mettre en oeuvre les projets individualisés de soins ;
- c) La coordination des professionnels mentionnés à l'article 3 ;

2° Le cas échéant, les activités d'administration et de gestion du service ;

3° La participation du service aux activités conduites par le centre local d'information et de coordination mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 232-13 du code de l'action sociale et des familles ;

4° Le cas échéant, les activités de coordination du service avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux, les établissements de santé et les professionnels de santé libéraux concernés, notamment en participant :

- a) Aux formules de coopération sociale et médico-sociale mentionnées à l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles ;
- b) Aux formules de coopération sanitaire mentionnées au titre III du livre 1er de la sixième partie du code de la santé publique ;
- c) Aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique ;

5° En tant que de besoin, des activités de soins auprès des usagers du service.

Article 7

Les infirmiers et pédicures-podologues libéraux peuvent exercer au sein d'un service de soins infirmiers à domicile, sous réserve d'avoir conclu une convention avec l'organisme gestionnaire de ce service.

Cette convention comporte au moins les éléments suivants :

1° L'engagement du professionnel exerçant à titre libéral à respecter le règlement de fonctionnement et le projet de service respectivement mentionnés aux articles L. 311-7 et L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles ;

2° Les modalités d'exercice du professionnel au sein du service, visant à garantir la qualité des soins, et notamment :

- a) Sa collaboration avec l'infirmier coordonnateur mentionné à l'article 3 du présent décret ;
- b) La tenue du dossier de soins des personnes auprès desquelles il intervient ;
- c) Sa contribution à l'élaboration du relevé prévu au second alinéa de l'article 9 du présent décret.

Article 8

La praticien-conseil du régime d'assurance maladie dont relève l'assuré est informé par l'organisme gestionnaire du service de soins infirmiers à domicile, dans un délai de cinq jours ouvrables, de toute admission dans le service. Il reçoit alors copie de la prescription établie par le médecin de l'assuré. Il est également informé des modifications apportées au traitement et de toutes les prolongations de prises en charge au-delà du trentième jour et tous les trois mois ensuite.

Article 9

A la clôture de l'exercice, le rapport d'activité du service est établi par l'infirmier coordonnateur, selon un

modèle et des modalités de transmission à l'autorité mentionnée au b de l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles fixés par arrêté du ministre chargé des affaires sociales.

Le service de soins infirmiers à domicile tient le relevé, pour chaque personne bénéficiant de soins visés à l'article 1er, des périodes d'intervention du service, des prescriptions et des indications thérapeutiques qui ont motivé ces interventions, ainsi que de la nature de ces dernières. Ce relevé est tenu à la disposition du médecin inspecteur de santé publique de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales et du contrôle médical des organismes d'assurance maladie ainsi que, le cas échéant, du médecin de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel.

TITRE II

LES SERVICES D'AIDE ET D'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE

Article 10

Conformément aux dispositions des 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, les services d'aide et d'accompagnement à domicile agréés au titre de l'article L. 129-1 du code du travail qui interviennent auprès des personnes mentionnées à l'article 1er concourent notamment :

- 1° Au soutien à domicile ;
- 2° A la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne ;
- 3° Au maintien ou au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.

Article 11

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile assurent, au domicile des personnes ou à partir de leur domicile, des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie et les actes essentiels lorsque ceux-ci sont assimilés à des actes de la vie quotidienne, hors ceux réalisés, sur prescription médicale, par les services mentionnés à l'article 1er.

Ces prestations s'inscrivent dans un projet individualisé d'aide et d'accompagnement élaboré à partir d'une évaluation globale des besoins de la personne.

Article 12

La personne morale gestionnaire du service est responsable du projet de service mentionné à l'article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles, notamment de la définition et de la mise en oeuvre des modalités d'organisation et de coordination des interventions mentionnées à l'article 10.

Les prestations définies à l'article 11 sont réalisées par des aides à domicile, notamment des auxiliaires de vie sociale.

Article 13

Tout service d'aide et d'accompagnement à domicile dispose de locaux lui permettant d'assurer ses missions, en particulier la coordination des prestations et des personnels mentionnés à l'article 12.

Ces locaux peuvent être organisés sous forme de plusieurs antennes.

Article 14

Afin de garantir la continuité des interventions et leur bonne coordination, les services d'aide et d'accompagnement à domicile assurent eux-mêmes, ou font assurer, les prestations mentionnées à l'article 10, quel que soit le moment où ceux-ci s'avèrent nécessaires.

TITRE III

LES SERVICES POLYVALENTS D'AIDE ET DE SOINS À DOMICILE

Article 15

Les services qui assurent, conformément aux dispositions des 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, les missions d'un service de soins infirmiers à domicile tel que défini à l'article 1er et les missions d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile défini à l'article 10 sont dénommés services polyvalents d'aide et de soins à domicile.

Article 16

L'élaboration d'un projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins, sur la base d'une évaluation globale des besoins de la personne, est conduite par une équipe pluridisciplinaire composée des personnels mentionnés aux articles 3 et 12 et coordonnée par un personnel salarié du service.

Article 17

Sont applicables aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile les dispositions des articles 5 et 14 du présent décret.

TITRE IV

DISPOSITIONS DIVERSES ET TRANSITOIRES

Article 18

L'article D. 129-7 du code du travail est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa, après les mots : « sur proposition du directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle », la fin de la phrase est supprimée ;

2° Le troisième alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Dans le cas des services prestataires organisant l'aide et l'accompagnement à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées, l'agrément est subordonné à la délivrance de l'autorisation prévue à l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles.

Dans le cas de services portant sur la garde d'enfants de moins de trois ans ou de services mandataires organisant l'aide et l'accompagnement à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées, l'agrément est délivré après avis du président du conseil général. Cet avis porte sur la capacité des associations, entreprises et établissements publics hébergeant des personnes âgées demandant l'agrément à assurer une prestation de qualité, notamment en se dotant des moyens humains, matériels et financiers proportionnés à cette exigence. »

Article 19

Les services mentionnés aux titres Ier et II doivent satisfaire aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement prévues par le présent décret dans un délai de trois ans à compter de sa publication.

Article 20

Le décret n° 81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées est abrogé.

Article 21

Le ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, le ministre de la santé et de la protection sociale, le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales, le ministre délégué à l'intérieur, porte-parole du Gouvernement, le ministre délégué aux personnes âgées, le secrétaire d'Etat au budget et à la réforme budgétaire et la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 25 juin 2004.

Jean-Pierre Raffarin

Par le Premier ministre :

Le ministre de la santé
et de la protection sociale,
Philippe Douste-Blazy

Le ministre d'Etat, ministre de l'économie,
des finances et de l'industrie,
Nicolas Sarkozy

Le ministre de l'intérieur,
de la sécurité intérieure
et des libertés locales,
Dominique de Villepin

Le ministre de l'agriculture, de l'alimentation,
de la pêche et des affaires rurales,
Hervé Gaymard

Le ministre délégué à l'intérieur,
porte-parole du Gouvernement,
Jean-François Copé

Le ministre délégué aux personnes âgées,
Hubert Falco

Le secrétaire d'Etat au budget
et à la réforme budgétaire,
Dominique Bussereau

La secrétaire d'Etat aux personnes handicapées,
Marie-Anne Montchamp