

**Projet de cahier repère :**  
**« Accompagner les situations de vie et de handicap.**

**Tome I. Les aidants professionnels »**

**Pour une politique de la qualité de vie à domicile et dans la cité**

« Accompagner quelqu'un consiste à adjoindre ses forces aux siennes pour la réalisation d'une tâche ou d'un besoin qu'il ne peut réaliser seul ».

**Objectifs :**

Interroger et contribuer à la qualité de l'accompagnement des situations de handicap et de vie au travers des trois dimensions que sont les soins d'hygiène et de confort (nursing), les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement à la mobilité.

Proposer un référentiel de valeurs et de pratiques de l'accompagnement.

Proposer des pistes d'organisation, d'évolution et d'initiatives.

**1. Un état des lieux**

*- un travail pas réellement pris au sérieux*

On assiste depuis les années 2000, de la part des acteurs politiques et institutionnels en charge de ce secteur, à une succession de déclarations qui visent à faire du « maintien » au domicile des personnes en situation de dépendance, une *priorité*. Cette fabrication d'une politique de solidarité nationale se trouve renforcée, en période de chômage massif et durable, par la rhétorique du « gisement d'emplois non délocalisables répondant à une demande sociale ». Or, les transformations politico-économiques du champ de l'accompagnement à domicile, ont placé le travail des aides à domicile en bas de la hiérarchie professionnelle des intervenants de ce secteur.

*- des activités organisées selon une standardisation de type industriel*

A partir des années 2000, un « modèle standardisé » s'est diffusé, dont la création de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en 2002 et la loi de 2005 de développement des services à la personne (dite loi Borloo) peuvent être considérées comme deux des principaux accélérateurs de la diffusion de ce modèle. Ce modèle développe une offre de plus en plus standardisée et homogène de service, alors que se déploie dans le même temps, un discours argumentant de la nécessité d'individualiser de plus en plus ce service.

L'enjeu pour l'administration est de garantir une « qualité » de soin standard, par une mesure de la quantité de ressources à chaque acte réalisé (mesurées en temps passé). Il s'agit ainsi d'établir un coût, mais aussi de définir la production de services selon un modèle économique défini par l'administration.

Cette rationalisation et les nouveaux modes de management du personnel tendent à réduire leur autonomie, les empêchant ainsi d'exercer leur savoir-faire et de réaliser une évaluation souple du besoin d'accompagnement.

Cette standardisation tend donc à réduire la latitude des professionnels à domicile dans leur travail, pendant que les systèmes de pointage et de vérification au domicile de l'utilisateur, au travers du recours aux nouvelles technologies de contrôle, met les activités d'accompagnement dans une situation de double subordination.

Ce « modèle socio-libéral » repose, pour l'essentiel, sur la croyance à un ajustement concurrentiel, adossé au principe du « libre choix » des bénéficiaires, supposés savoir s'orienter entre plusieurs prestataires en concurrence, clé de voûte largement fictive.

*- des activités qui sont d'abord des services relationnels*

Les activités d'accompagnement appartiennent au champ des « services relationnels ». Ces services se caractérisent par le fait qu'ils sont basés sur une interaction directe entre la personne qui accompagne et la personne accompagnée. Autrement dit que l'activité d'accompagnement se fonde en grande partie sur la relation toujours singulière qui se noue entre ces deux personnes. Ainsi que sur le fait que la personne accompagnée, d'une manière ou d'une autre, participe à cet accompagnement, et en ce sens, on peut affirmer que l'activité d'accompagnement est toujours « coproduite » entre la personne qui accompagne et la personne accompagnée.

Aussi, toute standardisation des interventions d'accompagnement entre en conflit avec cette nécessaire coproduction du service qui ne peut se réaliser qu'« au cas par cas », au travers d'ajustements successifs, pour atteindre le résultat attendu de l'accompagnement.

*Encadré 1 prestataires/mandataires/gré à gré*

## **2. Accompagner : pour un référentiel de valeurs et de pratiques**

### **21. Soins d'hygiène et de confort**

Le soin peut se définir comme l'action de porter une attention particulière à quelqu'un et à son environnement humain et matériel. Accompagner une personne dans ses soins d'hygiène et de confort, c'est lui permettre de vivre en harmonie avec elle-même et son environnement, en apportant des réponses en soins personnalisés et adaptés à ses besoins, à ses attentes et en tenant compte de ses ressources. Autrement dit, ces soins et la manière de les réaliser se doivent d'être « négociés » entre la personne qui dispense ces soins et celle à qui ils sont destinés. En veillant particulièrement à mobiliser les capacités de la personne accompagnée dans une posture qui privilégie le « faire avec » plutôt que le « faire pour ».

L'accompagnement des soins d'hygiène doit surtout faire face et s'accommoder de la pudeur. Pudeur de la personne accompagnée, mais aussi de celle qui accompagne. La pudeur est cette gêne (ou la possibilité de cette gêne) à l'endroit du corps qui nous fait hésiter à paraître (où à voir pour la personne qui accompagne).

### **22. Accompagner les actes de la vie quotidienne**

*- Préserver l'intimité et la confidentialité*

Préserver l'intimité et la confidentialité de la personne accompagnée nécessite d'abord

de prendre en considération le fait que cet accompagnement se déroule dans le huis clos de son domicile. Ce qui signifie que la personne qui accompagne ne doit pas « investir » le domicile comme on investirait un lieu de travail ordinaire. Au domicile, comme le rappelle Bernard Quentin<sup>1</sup>, il peut y avoir un « chez-soi social », ouvert à tous ceux à qui on ouvre la porte ; mais aussi un « chez-soi discret » que la personne qui accompagne doit savoir apprivoiser ; ainsi qu'un « chez-soi secret » qui n'appartient qu'aux personnes occupant le domicile et qui devrait être inaccessible à la personne qui accompagne.

Préserver l'intimité et la confidentialité de la personne accompagnée nécessite ensuite que l'une et l'autre (celle qui « accompagne » et celle qui est « accompagnée ») s'identifient comme sujets dans une reconnaissance fondée sur l'égalité. Ce qui est problématique, dès lors que la différence ou l'asymétrie entre les sujets peut conduire à « une relation entre un sujet agissant et un sujet subissant ou même entre un sujet et un objet ». La dissymétrie des forces et des relations peut devenir une source de pouvoir et même d'abus de pouvoir : de la personne qui accompagne sur la personne accompagnée, mais aussi, parfois, inversement de la personne accompagnée sur la personne qui accompagne. Il s'agit là de situations maintes fois constatées et documentées.

Cette situation est parfois rendue encore plus délicate quand la personne accompagnée est l'employeur direct de la personne qui accompagne. Exercer l'autorité d'employeur au travers d'un lien de subordination dont on est le principal destinataire peut créer des difficultés relationnelles (place et rôle de chacun). Il manque là un possible tiers régulateur (que l'on pourrait interpeller en cas de besoin), rôle que pourrait jouer théoriquement un service mandataire, tout en conservant à la personne accompagnée le choix de demeurer employeur.

Préserver l'intimité et la confidentialité de la personne accompagnée nécessite un savoir-être de la personne qui accompagne. Elle peut accompagner à la vie quotidienne des personnes, devenir spectateur (à distance plus ou moins grande), soit l'accompagner **dans** sa vie quotidienne. Cette posture suppose du « tact », cette aptitude à ne pas mettre soi et les autres dans l'embarras. Le tact qui consiste à ne pas s'étonner des éventuels écarts à sa norme, à faire preuve de discrétion et, le cas échéant, à faire semblant de ne pas voir ce qu'on a vu...

### *Encadré 2 : rappel différence entre secret professionnel et confidentialité*

#### *- Gouverner son temps*

Pouvoir gouverner son temps chez soi est également une des garanties de l'effectivité de la vie à domicile, au travers de la possibilité de choisir et de décider du moment où l'on se lève, s'habille, s'alimente, sort ou rentre chez soi... En ce sens, les horaires imposés et variables (et au mieux négociés), du fait des contraintes d'organisation des services prestataires, conduisent le plus souvent à une programmation du temps des personnes accompagnées en rupture avec leur propre rythme de vie.

---

<sup>1</sup> in «L'habitat facteur de participation sociale. D'une intimité de coquillage à l'extériorité sans peur», Bulletin d'information du CREA Bourgogne, n°323, mars 2012

## 23. Accompagner à la mobilité

Accompagner à la mobilité, c'est permettre, en tant que de besoin, toutes les sorties hors du domicile que nécessite une vie : pour le travail, pour les démarches de la vie sociale, pour les sorties amicales et familiales, pour les loisirs, ainsi que pour les vacances...

Accompagner à la mobilité nécessite que la personne accompagnée et la personne qui accompagne se concertent et préparent en amont le déplacement (horaires, lieux, besoins spécifiques....) et qu'elles se coordonnent avec d'éventuels autres partenaires nécessaires au déplacement (chauffeur-accompagnateur...).

Là encore, préserver l'intimité et la confidentialité de la personne accompagnée doit être au coeur de la posture de la personne qui accompagne.

Certaines personnes sont en capacité d'utiliser le réseau de transport régulier, mais ne l'utilisent pas par méconnaissance de ces moyens de déplacement ou par appréhension de se retrouver dans des endroits inconnus ou encore parce qu'elles ne savent pas où trouver l'information. Ces situations peuvent être surmontées par la mise en place d'actions d'accompagnement au déplacement, ayant pour objectif une meilleure communication de l'offre existante sur le territoire, ainsi que l'apprentissage du réseau de transport.

## 24. Accompagner les accompagnants

Comme « services relationnels, ces activités d'accompagnement mettent en jeu bien plus que de simples gestes techniques : une charge émotionnelle, d'éventuels litiges ou conflits, des difficultés à assurer et conforter le bien-être, des rivalités entre collègues...

Ce qui nécessite l'accompagnement de ces professionnels par un tiers et/ou la proposition d'espaces d'analyse des pratiques et des difficultés rencontrées.

*Encadré 3 : besoin en formation analyse de pratiques, outil pour accompagner les accompagnants*

## 3. Repenser le financement de l'accompagnement

### 31. Constats

Le coût de revient d'un accompagnement de qualité n'est pas couvert aujourd'hui (que ce soit en mode prestataire ou en mode dit de gré à gré). Cette situation est due à la contraction des financements publics et des règles de financement appliquées de façon extrêmement variables d'un Département à l'autre.

Repenser le financement dans une finalité de qualité passe d'abord par la formulation de propositions de meilleurs statuts et de meilleurs revenus pour les professionnels de l'accompagnement à domicile : hausse des salaires, réduction des temps partiels, baisse de la pénibilité physique et morale, droit effectif à une formation ouvrant de vraies perspectives de carrière, reconnaissance sociale de l'ensemble de ces professionnels... apparaissent comme des mesures nécessaires.

Il ne s'agit pas simplement de revoir le modèle économique comme certaines fédérations s'évertuent à le rappeler. Il est nécessaire de prendre en compte la dimension humaine de l'accompagnement et la spécificité des services d'aide à domicile. A titre d'exemple : le coût d'une heure de prestation n'est pas le même pour un service travaillant composé de jeunes Agents à domicile effectuant des missions relevant de l'entretien du logement et un service assurant des prestations d'aide et accompagnement auprès de personnes sous aspirations endotrachéales avec des Auxiliaires de vie diplômées ayant 20 ans d'expériences. Pourtant le financeur est le même : le Conseil Départemental.

Le raisonnement économique appliqué au secteur aujourd'hui n'est pas le bon. Plusieurs éléments permettent d'expliquer cela : les années de références sont toujours prises en N-2, N-1, les faits observés dans certaines conditions sont généralisés tant bien que mal afin d'établir des bases de calculs pour les dotations, les règles établies concernant les pratiques sont définies à partir de critères très souvent obsolètes ou en décalages avec le vécu et les demandes des personnes accompagnées. Cela entraîne indéniablement des obstacles pour construire une politique financière adaptée et permettant d'assurer non seulement la continuité mais également le développement des services d'aide à domicile.

#### *Arrêter de sous-estimer le secteur*

Les difficultés de financement rencontrées ne datent pas d'hier. En effet, comme nous pouvons le remarquer déjà en 2014 Bernard Ennuyer dans son ouvrage "Repenser le maintien à domicile" faisait mention de la nécessité d'anticiper sur la question du financement des services d'aide à domicile :

*« Le 23 décembre 2009, le collectif des seize organisations du secteur associatif de l'aide à domicile fait état de l'extrême gravité de la situation économique et financière de nombreuses structures d'aide et de soins à domicile, dénonce un système à bout de souffle, tant du point de vue du financement des prestations que du point de vue de la tarification des structures et demande la création d'un fonds d'urgence.*

*Ces difficultés sont confirmées par le rapport IGAS-IGF de mai 2010 :*

*« Le secteur de l'aide à domicile à destination des publics fragiles fait aujourd'hui face à des difficultés financières. De nombreuses associations et entreprises sont menacées de cessation de paiement. » »<sup>2</sup>*

Il y a donc un véritable sujet lié au financement des SAAD et leur tarification. Nous sommes ici face à une question à la laquelle les autorités de contrôles et de tarification n'arrivent manifestement pas à trouver de réponse. Le traitement de fond attendu par les structures en place sur les territoires reste sans solution à l'heure actuelle. Tant

---

<sup>2</sup> Ennuyer, Bernard. « Chapitre 12. L'avenir du maintien à domicile », *Repenser le maintien à domicile. Enjeux, acteurs, organisation*, sous la direction de Ennuyer Bernard. Dunod, 2014, pp. 267-286.

que les instances de financement à travers notamment la branche Autonomie via la CNSA ne prennent pas acte de l'ensemble des caractéristiques du secteur et de son évolution en mettant les moyens à disposition, la situation est vouée à l'échec pour répondre aux enjeux du virage domiciliaire.

Comment un secteur tel que celui de l'aide à domicile peut se retrouver 10 ans après dans la même situation de fragilité financière alors que nous avons connaissance de la situation démographique et de ses besoins à venir ?

Une des raisons de cet échec réside dans l'absence de prise en compte des adaptations des structures sur le terrain par les autorités. Les études et réflexions menées sur le sujet de l'accompagnement des personnes à domicile sont nombreuses et alertent continuellement sur les besoins de prise en considération du contexte de réalisation des missions et des besoins, notamment financiers, liés à l'avenir de ce secteur.

Les pratiques sont cependant restées ancrées sur des bases jetées à l'époque par Monsieur Borloo qui a largement contribué à la libéralisation du secteur. Cette étape a contribué à la création et au développement de services dédiés dans des groupements au sein desquels la personne accompagnée et ses projets de vie ne sont plus au centre des réflexions. Cela pose sérieusement question lorsqu'il s'agit de « gérer » un service d'aide à domicile.

A ce jour, les autorités de contrôle et de tarification sont face à une telle diversité des formes et organisations au sein des structures que la phase de définition d'une ligne de conduite à tenir pour financer chacune d'entre elle est source de délibérations en interne.

Les dotations sous forme d'appels à projets conduisant les structures à répondre coûte que coûte aux différents critères tous plus éloignés les uns que les autres sont toujours bien en place. Cela amène des situations ubuesques avec d'un côté les autorités de contrôle et de tarification qui définissent des critères, envoient les appels à projets, analysent les réponses et répartissent tant bien que mal les fonds disponibles. De l'autre côté, nous avons les structures qui font face à des coûts incompressibles et dont l'activité consiste à accompagner des personnes dont les besoins sont vitaux, notamment pour les personnes en situation de handicap, à qui des annonces d'appel à projet sont présentées pour espérer obtenir des dotations financières permettant d'assurer la continuité de service.

L'équation est impossible à résoudre malgré l'urgence à trouver des solutions le constat est pourtant simple : **les autorités de financement doivent répondre aux besoins financiers du secteur afin de permettre aux structures de répondre à la demande grandissante d'aide et d'accompagnement des personnes à domicile.**

**- un financement des SAAD via une enveloppe globale négociée ?**

Eléments de cadrage :

*La Loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 a jeté les bases d'une refonte du modèle de financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) reposant*

sur **deux volets** :

- Le premier volet concerne le **tarif minimal de valorisation d'une heure d'aide à domicile** par le président du conseil départemental, applicable depuis le 1er janvier 2022 (« tarif plancher ») ;
- Le second volet correspond à la création d'une **dotation complémentaire** pour financer des actions répondant à des objectifs d'**amélioration de la qualité du service rendu** listés à l'[article L. 314-2-2 du CASF](#).

Cette dotation doit permettre un accompagnement à domicile des usagers, quel que soit leur **degré** de perte d'autonomie, sur des **horaires atypiques** (soir ou week-end), y compris dans les **territoires les plus difficiles d'accès**. Elle doit aussi permettre de financer des actions en faveur de la **qualité de vie au travail** des salariés ainsi que des actions visant à **lutter contre l'isolement** des personnes accompagnées et à **soutenir les proches aidants**.

Elle est attribuée par le président du conseil départemental dans le cadre d'un **appel à candidatures** et sous condition de la conclusion d'un **contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)**.<sup>3</sup>

Ces éléments révèlent le décalage entre les besoins sur le terrain et les institutions de contrôle et de tarification. En effet, alors que les structures déploient des moyens considérables pour répondre aux besoins d'aide et accompagnement des personnes à domicile, les négociations portent ici sur la définition d'un « tarif plancher » et la création d'une dotation complémentaire.

Autrement dit, alors même que le coût d'une heure de prestation d'un SAAD n'est pas assumé par les services de financement on parle de tarif plancher et de dotation complémentaire sous réserve de mise en place d'une démarche qualité. Cela représente, une fois de plus, des efforts supplémentaires pour les structures qui, pour rappel, ont pour raison d'être : l'accompagnement au quotidien des personnes vivants à domicile.

Un autre élément de cadrage apparaît comme centrale dans cette question des financements. La distinction des activités d'accompagnement de celles de soin. En effet, cette liée à la répartition des compétences des Conseils Départementaux (CD) d'une part et des Agences Régionales de Santé (ARS) d'autre part.

Pour situer le contexte :

*Pour les activités d'accompagnement :*

- La SAD habilités aide sociale percevront des tarifs horaires arrêtés par le Président du CD ;

---

<sup>3</sup> Financement des services à domicile : de nouveaux outils pour les gestionnaires et les départements - Ministère de la Santé et de la Prévention ([solidarites-sante.gouv.fr](http://solidarites-sante.gouv.fr))



- Les SAD non-habilités aide sociale percevront, en fonction des publics, soit l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), soit la prestation compensation handicap (PCH), pour couvrir tout ou partie du prix facturé par le service ;
- Enfin, que les SAD soient habilités aide sociale ou non, ils percevront en sus du Département une dotation globale finançant des actions améliorant la qualité du service rendu à l'utilisateur, à conditions d'avoir conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec le Conseil Départemental.

*Pour les activités de soins :*

- Les SAD recevront deux dotations globales fixées par le Directeur Général de l'ARS :
- L'une financera les soins, en fonction du niveau de perte d'autonomie et des besoins de soins des personnes accompagnées ;
- L'autre financera des actions garantissant le fonctionnement intégré de la structure et la cohérence de ses interventions auprès de la personne accompagnée.

La nécessaire coordination entre les CD et les ARS rends les échanges compliqués dans le triangle Structure-CD-ARS. Les compétences relevant du soin sont censées être financées par l'ARS ainsi que celles relevant de la coordination. L'aide humaine et sociale relève de la compétence des CD. Dans les faits, la réalité du terrain est plus ambiguë car si nous reprenons l'exemple d'une personne sous aspiration endotrachéales cité en amont : une auxiliaire de vie qui réalise une aspiration endotrachéale ainsi qu'une aide à la toilette complète pour une personne atteinte de la myopathie de Duchêne, relève uniquement des compétences du CD alors qu'au regard des données exposée il serait préférable l'ARS soit l'autorité de contrôle de tarification pour ces actes.

Il en est de même pour la collaboration entre l'Etat via la CNSA et les CD. Ces derniers se retrouvent dans des situations extrêmes de gestion de budget ne permettant pas d'anticiper et de garantir la pérennité des services d'accompagnement sur les territoires. Il y a une réelle incohérence entre les dispositifs institutionnels existants et les acteurs intervenants sur le terrain en réponse à la demande des personnes accompagnées.

*L'avenant 43 : Révision de la classification des emplois et du système de rémunération des salariés de la Branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile. Il est entré en vigueur le 1 octobre 2021.*

Il ne s'agit pas d'instaurer des mesures à l'image de celle de l'avenant 43 de la convention de la branche de l'aide à domicile. L'absence de concertation entre l'Etat et les Départements de France s'est traduite par des incohérences mettant à mal les structures sur les territoires. Aujourd'hui, cette situation suscite encore de vifs débats quant aux mesures de financements de cette augmentation de salaire. Celle-ci représente une véritable avancée pour le secteur et la reconnaissance des métiers. Cependant, les négociations en cours entre la CNSA et les CD ne s'orientent pas vers un terrain d'entente permettant



d'envisager un avenir serein pour les services.

Il est primordial, dans la réflexion à avoir sur l'amélioration de l'attractivité de ces métiers du « care », de repenser la place de l'Auxiliaire de vie dans le quotidien des personnes accompagnées. Cette dimension est d'autant plus importante vis-à-vis des autres professions d'ordre médical qui sont amenées à intervenir à domicile.

En effet, dans le cadre même de la définition des actes réalisés par les différents intervenants, on constate très vite les inadéquations entre les souhaits des personnes accompagnées, les « offres de services » proposées et les possibilités de réalisation.

Il existe un décalage constant entre les règles définies par les institutions et les pratiques mises en place en lien avec les personnes accompagnées. Ces dernières sont riches d'enseignement pour tout un chacun.

Pour répondre à la demande de manière cohérente et adaptée, il serait pertinent d'inverser les rapports entre soin et production, comme relevé dans le dernier né des articles sur le travail social paru dans la revue *Esprit* de octobre 2022. Dans ce contexte de crise sanitaire : « *Nous tenons parce que des gens tiennent à nous, établissent des relations de soin et font advenir un monde sans prédation* »<sup>4</sup>.

Le but de ce propos n'est pas de mettre dos à dos la partie médicale et la partie sociale. Il est question de la nécessité de considérer l'effectif médico-social dans son ensemble. L'étroite collaboration entre les intervenants participe activement à la réussite de l'accompagnement des personnes. Les Auxiliaires de vie à domicile doivent, bien entendu, faire partie intégrante de cet effectif médico-social au même titre que les kinésithérapeutes, les médecins, les infirmiers etc. C'est là toute la complexité car il s'agit d'un métier qui souffre d'une image très peu valorisante pour les professionnels.

Il faut redonner du sens aux métiers du « care » et cela commence par les considérer au même titre que l'ensemble des professionnels intervenant auprès des personnes à domicile.

### *Perspectives :*

Introduction de droit de la consommation pour les usagers. Volets droits de l'Union Européenne, normalement le gestionnaire au droit à un financement qui lui permet de mettre en œuvre l'intégralité des missions qui lui sont confiées.

Envisager une procédure d'infraction concernant ce manque de prise en compte financière ?

Côté médicosocial : peu de mobilisation des fédérations sur le plan financier et mise en place des droits effectifs des personnes

L'offre de service globalisée est une solution pratique de manière opérationnelle mais la spécificité des services liés à l'accompagnement de personnes en situation de handicap

---

<sup>4</sup> LE BLANC G., *Il était une fois le travail social*, dans la revue *Esprit*, Octobre 2022, Numéro 490, p.45.

à domicile nécessite de prendre la mesure des enjeux et des moyens consacrés.

Dans le cadre de la définition des politiques de financement, nous remarquons qu'il est important de préserver une attention particulière aux fonctions exercées par les services observés comme le montre cette étude réalisée par la Fédésap :

*“L'étude a cependant permis de démontrer (voire la partie analyse des coûts ci-après, IV-A) : - Un coût horaire moyen significativement plus élevé pour les services ne réalisant que des prestations PCH, avec une moyenne de 31,06€ / heure soit 7€ de plus que le coût moyen constaté pour tous les services de l'échantillon - Un coût horaire moyen légèrement supérieur (+1,67€) pour les services dont la part de bénéficiaires de l'APA en GIR 1 et 2 est supérieure à 20%.”<sup>5</sup>*

Dans cette étude, on peut également remarquer le caractère litigieux dans laquelle se déroule les prestation PCH. Comme indiqué, plus de 50% des prestations PCH sont composées d'heures d'entretien du logement alors même que cela est interdit dans le CASF. L'étude confirme que cela est réalisé en connaissance de cause par les SAAD.

Encore une fois, les services font preuve de pragmatisme quand les instances de contrôle s'enfoncent vers un manque d'humanité et de compréhension. Les services qui acceptent de réaliser ces missions dans le cadre de la PCH sont essentiellement des entités à but non lucratif.

Une explication réside dans le simple fait de vouloir répondre aux demandes des usagers selon leurs envies, leurs projets de vie. Dans le cadre de structures à but lucratif, ces activités liées à l'entretien du logement font l'objet de facturations supplémentaires.

Là où certains SAAD accompagnent des personnes à domicile dans le respect de leur choix de vie, d'autres y voient la possibilité de développer une activité rentable sur le dos du contribuable.

En effet, il y a un véritable non-sens concernant les financements des SAAD en France. Encore aujourd'hui, les CPOM permettant d'obtenir des soutiens financiers pour les SAAD, sont proposés sous formes d'appel à projet à l'ensemble des structures sur les territoires.

Cela sous-entend que des SAAD à but lucratif peuvent bénéficier des fonds des collectivités. Cela paraît aberrant mais ce n'est pas tout. Avant même de considérer l'aspect injuste de cette récupération financière, il y a un élément essentiel à prendre en compte. Nous parlons ici d'aider et d'accompagner des personnes en situation de handicap à domicile. Comment considérer que cela puisse être un seul instant une source de bénéfices financier. Comment une telle activité basée sur des missions relevant du droit commun pour les personnes, se retrouve aux mains de gestionnaires pro développement de nouvelles technologies ?

---

<sup>5</sup> Etude des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile et des facteurs explicatifs de leurs coûts. Mai 2016, CNSA et DGCS.

Quelques préconisations :

Il résulte de ces quelques éléments que pour pouvoir à la fois prendre en compte la dimension non standardisable, non formatable et non reproductible des interventions d'accompagnement des situations de vie et de handicap, qu'il s'agirait :

- 1) D'abandonner la référence horaire pour passer à un principe de forfait (afin de permettre d'ajuster les prestations en respectant les projets de vie personnalisés élaborés avec les personnes accompagnées.)  
Un tel modèle s'appuie sur la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre le Conseil départemental et le SAAD, il prévoit un objectif d'activité annuel, sur un territoire donné, ainsi que divers objectifs de qualité (la mise en place de formations pour les salariés, le suivi du taux de rotation du personnel, etc.). Les moyens alloués par le Conseil départemental pour la réalisation de ces objectifs sont regroupés dans une dotation globale qui comprend la totalité des charges engagées par la structure pour réaliser les objectifs fixés et peut également inclure le financement de missions d'intérêt général déléguées aux SAAD.
- 2) Déterminer un socle de règles nationales afin de garantir les droits des usagers sur l'ensemble du territoire national.
- 3) Relancer de véritables coopérations en instaurant des groupes de travail entre les services, les départements, les ARS et la CNSA afin de replacer les SAAD dans un rôle central permettant le lien entre les personnes (notamment les personnes en situation de handicap) et les institutions.

#### 4. Prospective : des pistes de réorganisation ?

##### 4.1. Des équipes locales autonomes ?

S'inspirant du modèle Buurtzorg© d'équipe de soins infirmiers, initié en 2007 par Jos de Blok aux Pays-Bas, l'organisation de ces équipes locales et autonomes de SAAD repose sur cinq principes, à savoir :

- une approche centrée sur la personne et ses aidants (réseau formel et informel) ;
- des équipes autonomes de petite taille, composées de huit à douze aides à domicile maximum, intervenant sur un territoire de proximité auprès d'un nombre défini et limité de personnes ;
- des coachs, positionnés sans hiérarchie et sollicitable par les équipes autonomes pour des besoins de conseil, de facilitation, de formation et d'animation ;
- un siège social réduit, centralisant certaines activités comme la comptabilité, l'informatique, les achats, le patrimoine, les contrats et les salaires ;
- une gouvernance partagée intégrant le personnel et tenant compte de la personne accompagnée dans la prise de décisions.

## 42. Rapprochement/fusion des SAAD, SSIAD et SPASAD

L'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 vise à renforcer les services à domicile, et à favoriser un accompagnement de qualité pour les personnes qui en ont besoin. Notamment par la restructuration du secteur dit du domicile en rapprochant/fusionnant les services existants (SAAD, SSIAD et SPASAD) pour former une catégorie unique de services autonomie à domicile qui répondront aux conditions minimales de fonctionnement définies par un cahier des charges. Et ceci à l'horizon 2023.  
[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/reforme\\_des\\_services\\_a\\_domicile\\_et\\_plfss\\_2022\\_-\\_notice\\_explicative.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/reforme_des_services_a_domicile_et_plfss_2022_-_notice_explicative.pdf)

## 43. Une organisation solidaire : l'exemple de l'association RESCOUSSE

A l'origine deux personnes ayant rencontré de grosses difficultés lors d'absences imprévues de leur aide de vie ont décidé de réfléchir au moyen de lutter contre cette précarité. Elles se sont entourées d'autres personnes confrontées aux mêmes réalités et ont décidé de créer une association pour procéder au recrutement d'une aide de vie assurant les remplacements immédiats des intervenants habituels des membres du groupe et ce, dans les meilleures conditions. Cette association ayant pour but de venir en renfort et d'apporter une aide rapide et efficace, il a été décidé de l'appeler RESCOUSSE. L'association Rescoussse a été créée en 1999 et a fonctionné grâce à la mutualisation du temps de travail de l'auxiliaire de vie et la solidarité au sein de ce groupe où chaque adhérent s'engageait à céder ses heures si un des membres était en difficulté suite à une absence inopinée de ses autres intervenants.

A partir de 2006, suite à la mise en place de la PCH aide humaine et d'un nombre d'heures attribuées correspondant mieux aux besoins des adhérents, le fonctionnement a changé.

Les adhérents voulant être acteurs de leur accompagnement, prennent part de façon active à celui-ci.

Ainsi chaque adhérent a le choix de son mode d'accompagnement : soit il confie au responsable administratif l'organisation de son accompagnement, soit il décide de s'impliquer dans l'organisation de celui-ci. Il participe alors au recrutement de ses intervenants et organise ses plannings qu'il transmet directement à ses auxiliaires. À la fin de chaque mois il envoie le récapitulatif de ses heures au responsable qui facture les heures au Département.

Cela permet de diminuer le nombre d'intervenants et d'avoir une plus grande stabilité dans son accompagnement ainsi qu'une plus grande liberté.

L'inconvénient est que les auxiliaires de vie étant attachées à une équipe ne peuvent pas intervenir chez une autre personne. L'association envisage d'embaucher une personne qui sera formée chez les adhérents qui le souhaitent afin de faciliter le remplacement d'un auxiliaire absent.

Et bien sûr cette organisation s'adresse plus particulièrement à des personnes en capacité d'organiser leur accompagnement.

