

RAPPORT D'ETUDE

# "ET NOS VOISINS EUROPÉENS, COMMENT FONT-ILS ?"

Etude des pratiques d'accompagnement  
des personnes en situation de handicap  
et de perte d'autonomie

**Belgique - Italie / Septembre 2018**



**PÔLE SERVICES  
À LA PERSONNE**

Provence-Alpes-Côte d'Azur

Le réseau des structures de services aux domiciles

## Table des matières

Résumé du projet.....	3
<b>1 La mission d'étude : contexte et objectifs.....</b>	<b>4</b>
1.1 Contexte .....	4
1.2 Enjeux et objectifs de l'étude .....	5
1.3 Les contextes de prise en charge en Belgique et en Italie .....	5
<b>2 Les dispositifs étudiés.....</b>	<b>11</b>
2.1 Belgique .....	11
2.2 Italie .....	19
<b>3 Comparaison avec la France et recommandations pour une prise en charge de qualité de la dépendance à domicile .....</b>	<b>28</b>
3.1 La coordination des services .....	28
3.3 Le financement .....	32
3.4 La gestion des ressources humaines.....	33
<b>4 Retour d'expérience .....</b>	<b>36</b>
4.1 Enseignements tirés.....	36
4.3 Analyse critique de la mission .....	37
4.2 Suites envisagées et pistes d'approfondissement .....	39
<b>5 Conclusion.....</b>	<b>42</b>
<b>6 Annexes.....</b>	<b>44</b>
6.1 Méthodologie .....	44
6.2 Bibliographie .....	52
6.3 Glossaire .....	54

## RESUME DU PROJET

Le projet a consisté à réaliser une étude collective sur les organisations territoriales pour le maintien à domicile de personnes très dépendantes, à l'échelle européenne. Pour réaliser cette étude, un groupe composé de professionnels du secteur médico-social de la région Provence-Alpes-Côte-D'azur (structures d'aide et d'accompagnement à domicile), du Pôle Services à la Personne PACA, du Laboratoire d'Economie et de Sociologie du Travail d'Aix en Provence et d'un financeur du territoire (AG2R La mondiale), ont réalisé 2 voyages d'étude (Belgique et Italie). Lors de ces voyages, le groupe a été accueilli par des structures locales prenant en charge des personnes très dépendantes.

Lors de ces deux missions, des temps d'échanges et de travail collectifs ont permis au groupe de récolter des données sur deux thématiques en particulier :

- la **coordination** des acteurs médico-sociaux et des collectivités sur un territoire donné (lien entre aides et soins à domicile / articulation entre les prises en charge à domicile et en établissement) ;
- l'**organisation** interne des services d'aide à domicile (adaptation de l'accompagnement et des types de services à l'évolution des besoins des personnes très dépendantes).

L'enjeu final de l'étude vise à améliorer les pratiques des structures d'aide et d'accompagnement à domicile impliquées dans le projet en direction de leurs bénéficiaires les plus dépendants. Une analyse comparative des pratiques (freins et leviers à un accompagnement de qualité) nous a conduit à une réflexion collective sur les améliorations possibles et les innovations sociales à développer dans le contexte français.

## 1 LA MISSION D'ÉTUDE : CONTEXTE ET OBJECTIFS

### 1.1 Contexte

L'un des enjeux forts de l'adaptation de l'offre de services aux besoins des publics dépendants au domicile réside dans la capacité des établissements et structures du secteur médico-social à se décroiser, coopérer et se coordonner. En effet, le recentrage des aides autour du bénéficiaire et de son projet de maintien au domicile rend de plus en plus nécessaire une intégration des différents services permettant d'offrir une prise en charge globale et simplifiée aux usagers.

En France, les politiques publiques encouragent une meilleure coopération entre les acteurs des secteurs sanitaires et médico-sociaux à travers les schémas départementaux et régionaux. À l'image des expérimentations SPASAD, ce sont les aides et les soins qui ont vocation à être intégrés afin d'offrir une prise en charge globale des personnes âgées dépendantes. Dans le champ du handicap, des études démontrent l'utilité de la création d'une synergie entre les services d'aide à domicile et les services d'accompagnement à la vie sociale (intégrant ou non un volet médical). Cela passe par une organisation et un fonctionnement intégrés qui assurent une plus grande mutualisation des organisations et des outils. Cette intégration des prestations se fait au bénéfice de la qualité de l'accompagnement global de la personne et de la promotion de la bientraitance. La valorisation de la notion de plateaux techniques (ouverture des établissements et soutien aux services intervenants à domicile) devrait permettre une meilleure continuité des interventions au domicile.

Ces nouveaux formats de services doivent encore être approfondis et élargis. Ils nécessitent une réelle acculturation de la part des professionnels (intervenants à domicile, encadrants, responsables de services et dirigeants de structures) et une amélioration sensible de la connaissance réciproque des acteurs du domicile et des établissements (coopération / coordination, échanges, outils partagés, intégration, culture commune...). Cette structuration du travail pluridisciplinaire conduit les services à adapter leur propre organisation afin qu'elle puisse répondre aux exigences de qualité de l'accompagnement des publics les moins autonomes.

Le maintien à domicile des personnes très dépendantes pose donc la question de l'organisation de la prise en charge. En Europe, il existe une variété de modèles coopératifs et d'innovations sociales permettant la mise en place d'une offre de services adaptée. Les voyages d'étude organisés ont donc eu pour objectif d'identifier, à travers un partage d'expertise et un processus d'apprentissage participatif, les pratiques qui pourront être intégrées au contexte français, dans le respect des exigences et obligations nationales.

#### Le porteur de projet

Le **Pôle Services à la Personne PACA** est une association qui a pour objectif de rassembler les organisations sanitaires, sociales, médico-sociales et de services à la personne autour de la construction d'un parcours de soins et de services aux domiciles. Il s'agit d'un cluster régional dont l'objectif est à la fois de favoriser la croissance et l'innovation des organisations et de créer/consolider l'emploi dans le secteur des services à domicile. Pour accompagner ses adhérents, le Pôle propose des appuis individuels et spécialisés à ses adhérents (démarche qualité, gestion des ressources humaines, stratégie, numérique, démarche RSE, etc.) mais aussi des actions collectives pour créer ou renforcer les liens entre ses membres et favoriser des dynamiques collectives d'innovation au service de la qualité de l'accompagnement des publics au domicile.

A travers l'organisation du projet, l'objectif pour le Pôle était d'offrir à ses adhérents (structures d'aide et d'accompagnement à domicile) l'opportunité de prendre du recul vis-à-vis de leurs pratiques et de découvrir quels étaient les enjeux de leurs homologues européens concernant la question de la prise en charge de la dépendance à domicile.

Au-delà du caractère analytique de ces voyages d'étude, les déplacements ont été l'occasion pour les membres du groupe d'échanger sur leurs propres problématiques et les solutions qu'ils mettent en place pour y faire face.

## 1.2 Enjeux et objectifs de l'étude

L'étude vise à améliorer les pratiques des structures d'aide et de soin à domicile impliquées dans le projet en direction de leurs bénéficiaires les plus dépendants. Une analyse comparative des pratiques (freins et leviers à un accompagnement de qualité) a conduit à une réflexion collective sur les améliorations possibles en termes de pratiques, de politiques publiques et d'innovations sociales. Un focus sur la coordination des acteurs médico-sociaux et des collectivités sur un territoire donné et sur l'organisation interne des services d'aide à domicile a permis de récolter des éléments de réponse à la question suivante :

- Quels types d'innovations sociales (coordination, organisation) peuvent favoriser le maintien à domicile des personnes très dépendantes ?

Le projet consiste à réaliser une étude comparative, sur la base de deux enquêtes de terrain, des modèles coopératifs et organisationnels de structures d'aide et de soin à domicile proposant leurs services à des publics très dépendants. Les missions d'observation ont été structurées autour de deux grands questionnements :

- 1) Quels modes d'organisation des coopérations entre les acteurs dans les réseaux médico-sociaux permettent une meilleure prise en charge de la dépendance à domicile ?
- 2) Quels types d'organisations internes permettent une prise en charge de qualité au domicile des personnes très dépendantes ?

## 1.3 Les contextes de prise en charge en Belgique et en Italie

### La Belgique

**Observation** : en Belgique, une personne est considérée comme « âgée » et peut bénéficier d'aides dédiées aux personnes âgées à partir de 65 ans.

#### Quelques données démographiques sur la Belgique

Comme ses voisins européens, **la Belgique fait face à un vieillissement de sa population.**<sup>1</sup>

Au 1er janvier 2017, la Belgique comptait environ 11 322 000 habitants dont 2 100 000 personnes âgées de plus de 65 ans. En 10 ans, la population de personnes âgées de plus de 65 ans a augmenté de 15,8% alors que, dans le même temps, la population belge dans son ensemble n'a augmenté que de 6,9%.

Parmi ces personnes, le nombre d'allocataires de l'allocation d'Aide aux Personnes Âgées (APA) était en

<sup>1</sup> Direction générale Statistique - Statistics Belgium

2012 de 152 159. Cette aide est allouée en cas de situation de dépendance pour une personne âgée de plus de 65 ans.

D'après la sécurité sociale belge, en 2017, environ 275 500 adultes de 21 à 65 ans sont reconnus comme handicapés et 57 000 enfants.

## Le contexte institutionnel belge et la répartition des compétences

**La Belgique est un pays complexe au niveau institutionnel.** Le pays est composé d'un état fédéral, de trois régions (Bruxelles-Capitale, Flandre, Wallonie) et de trois communautés linguistiques (française, flamande et germanophone), chacun ayant son gouvernement et son parlement (à l'exception de la Région flamande et de la Communauté flamande qui ont formé un gouvernement flamand). Il y a donc 6 gouvernements et 6 parlements (ou conseils régionaux).

Les compétences sont réparties entre trois niveaux de pouvoir législatif et exécutif : fédéral, communautaire et régional. Les domaines de compétences relatifs à la vie des personnes, appelés les « matières personnalisables » dans les textes législatifs, dont l'aide aux personnes, relèvent des instances communautaires. L'Etat, à travers le système de sécurité sociale, garde néanmoins un rôle important en matière de santé et d'aide sociale. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015, l'organisation des services d'aide à la personne est gérée par les régions.

Cette complexité institutionnelle forte se traduit par une fragmentation des responsabilités et des financements ainsi que par des disparités régionales.

## Le financement des politiques à destination des personnes très dépendantes à domicile

### → Concernant les services d'aide à domicile

Une personne âgée en perte d'autonomie désirant rester à domicile a le droit, comme en France, à une aide financière : l'APA (Allocation pour l'aide aux personnes âgées). **Elle était jusqu'au 1er Janvier 2017 une compétence fédérale, elle est en cours de transfert vers les régions.**

Le montant de cette allocation dépend des revenus de la personne et de son degré de dépendance ; il peut fortement varier d'un individu à un autre. Le degré de dépendance est évalué par un médecin de la sécurité sociale ; il existe 6 niveaux de dépendance.

**Les personnes handicapées** bénéficient de deux dispositifs d'aide :

- L'allocation d'intégration : pour les personnes de 21 à 65 ans. Le dispositif est semblable à celui de l'APA, il est du ressort de la sécurité sociale. Le diagnostic est réalisé par un médecin de la sécurité sociale selon la même grille. Le montant de l'allocation dépend des revenus et du degré de perte d'autonomie de la personne.
- L'allocation de remplacement de revenu : pour le même public, elle est destinée aux personnes dont la capacité productive est faible en raison du handicap. Le montant de cette allocation dépend avant tout du montant total des revenus du ménage dans lequel il vit. Le handicap doit être reconnu par un médecin de la sécurité sociale.

**L'acteur public subventionne également la demande via le dispositif de « titre service »**, introduit par la loi du 20 juillet 2001 visant à favoriser le développement de services et d'emplois de proximité<sup>2</sup>. Les services pouvant être prestés dans le cadre de ce dispositif sont : l'aide-ménagère à domicile et la préparation des repas, les courses, le transport de personnes à mobilité réduite et le repassage hors du

---

<sup>2</sup> [http://www.etaamb.be/fr/loi-du-20-juillet-2001\\_n2001012803.html](http://www.etaamb.be/fr/loi-du-20-juillet-2001_n2001012803.html)

domicile. Ces titres sont subventionnés par les régions. Ils sont émis par des sociétés agréées, s'achètent 9 euros et donnent le droit à une heure de prestation et à 30% de réduction fiscale. La société prestataire qui reçoit ce titre comme paiement l'envoie à la société émettrice qui lui rembourse 22,4 euros. Les régions paient donc directement 13,40 euros sur les 22,4 dépensés.

→ **Concernant les services de soins à domicile**

Ils sont entièrement **pris en charge par l'Etat via le système de sécurité sociale national.**

→ **Concernant la coordination de ces services**

Pour faciliter la coordination des différents types d'interventions à domicile, depuis les années 1980, les pouvoirs publics ont encouragé le développement de structures de coordination : **les centres de Coordination Aide et Soins à Domicile (CASD)**. Ils reçoivent des **subventions structurelles de la part des régions. Leurs critères de financement sont doubles : la couverture territoriale** (pourcentage du nombre de personnes âgées sur la zone géographique) **et l'activité** (nombre de bénéficiaires et nombre de nouveaux dossiers ouverts chaque année). Il existe également des financements pour les réunions multidisciplinaires qui s'opèrent au sein de ces structures. Toutes les activités de coordination font l'objet d'un reporting informatique obligatoire transmis aux pouvoirs publics. Ce service est totalement gratuit pour le bénéficiaire.

### **Le profil des intervenants auprès de personnes très dépendantes à domicile**

**Aide-soignant** : L'aide-soignant est un professionnel de santé qui est spécifiquement formé pour assister l'infirmier en matière de soins et d'éducation des patients, dans le cadre des activités coordonnées par l'infirmier dans une équipe structurée. Pour devenir aide-soignant il faut être titulaire d'un Certificat de l'Enseignement Secondaire Inférieur (CESI) puis suivre une formation spécifique d'un an. Ce métier est aussi accessible par la formation « de promotion sociale » (formation continue) via le diplôme d'auxiliaire polyvalent(e) des services à domicile et en collectivité.

**Infirmiers** : Deux types d'études d'infirmier sont actuellement organisés en Belgique :

- Le baccalauréat en soins infirmiers : organisé dans les hautes écoles (durée 4 ans) ;
- Le brevet d'infirmier(ère) hospitalier(ère) : organisé dans l'EPSC (enseignement professionnel secondaire complémentaire) (durée 3 ans et demi).

Les deux formations répondent aux prescrits européens redéfinissant la formation infirmière en Europe.

**Aide-ménagère sociale** : ce sont des aides ménagères formées à l'accompagnement de personne malades, vieillissantes, dépendantes ou ayant des problématiques sociales.

**Aide familiale** : pour devenir aide familiale il faut avoir suivi un enseignement secondaire parmi les formations suivantes : auxiliaire familiale et sanitaire, puéricultrice, aspirante en nursing. Il est également possible de passer par la formation de « promotion sociale » (continue) en obtenant le diplôme d'auxiliaire polyvalent(e) des services à domicile et en collectivité, En cas de réussite elle permet l'accès à une attestation de capacité au métier d'aide familiale.

### **Encadrement des interventions ou référentiels des pratiques<sup>3</sup> :**

A Bruxelles, la Communauté française a transféré la politique du troisième âge à la commission communautaire française (COCOF). La **COCOF exerce la compétence législative pour la politique des personnes âgées** qui concerne les institutions francophones à Bruxelles, tandis que la Communauté flamande exerce cette même compétence pour les institutions néerlandophones bruxelloises. La commission communautaire commune (COCOM), exerce enfin la compétence législative pour les institutions bilingues, les plus nombreuses à Bruxelles.

A Bruxelles, la **COCOF agréée et subventionne les services d'aide aux personnes âgées et aux familles.** Le

---

<sup>3</sup> « Les services de proximité en Belgique : contextes, acteurs et instruments » - Fanny Cools - 2012

décret du 27 mai 1999 relatif à l'agrément et à l'octroi de subventions aux services d'aide à domicile régit ces activités. Ce décret concerne tant l'aide-ménagère que l'aide familiale. Les services d'aide aux familles et aux personnes âgées sont prestés, soit par des organismes publics (CPAS, intercommunales, etc.), soit, dans le cadre de l'économie sociale, par des associations sans but lucratif (ASBL) ou des fondations privées. Par ailleurs, les ASBL ont souvent été les premières à offrir des services de proximité. Pour les structures bilingues, l'arrêté du 25 octobre 2007 de la COCOM, relatif à l'agrément et au mode de subventionnement des services d'aide à domicile régit le secteur.

## L'Italie

**Observation** : en Italie une personne est considérée comme « âgée » et a le droit aux aides dédiées aux personnes âgées à partir de 65 ans.

### Quelques données démographiques sur l'Italie et le territoire visité

L'Italie compte l'une des populations d'Europe les plus âgées<sup>4</sup> : 21,7% des citoyens ont plus de 65 ans (13 219 074 habitants), dont 2,5 millions ont besoin d'une assistance à temps plein ou à temps partiel (NNA, 2015). Selon une récente enquête de l'ISTAT (2011) en Italie, 3 330 000 personnes âgées de 15 à 64 ans prennent soin de personnes âgées ou handicapées (NNA, 2015).<sup>5</sup>

La région Friuli Venezia Giulia (nord-est de l'Italie) est divisée en 18 intercommunalités. Les visites ont eu lieu dans l'intercommunalité de Pordenone. Elle compte 94 000 habitants dont 24,48% de la population a plus de 65 ans.

### La gouvernance des politiques de prise en charge des personnes très dépendantes à domicile

Le système de soins de longue durée (SLD) en Italie est caractérisé par un haut niveau de fragmentation institutionnelle en raison de sources de financement, de gouvernance et de gestion qui sont réparties entre les collectivités locales (en premier lieu les municipalités) et régionales. Les offres d'aide et de soin sont très variables selon les régions<sup>6</sup>.

Les compétences sanitaires sont du ressort des régions qui organisent le système de santé par le biais des Autorités Sanitaires Locales (ASL). Celles-ci sont divisées en districts et coordonnent l'offre de soin. L'ASL peut salarier directement des professionnels de santé ou signer avec eux des conventions.

Les compétences d'accompagnement des personnes dépendantes à domicile dans la réalisation de tâches quotidiennes relèvent de la commune. La commune peut réaliser directement les prestations et/ou autoriser des prestataires privés. Ces derniers sont des coopératives sociales de type A, structures non lucratives qui gèrent des services sociaux, sanitaires ou éducatifs. Ces coopératives mènent des activités principalement dans le secteur des services tels que l'assistance à domicile, les maisons de repos, les crèches. Leurs publics sont les personnes âgées, les personnes handicapées, les mineurs mais aussi les toxicomanes, malades psychiatriques et malades du sida. Ces coopératives gèrent près de la moitié des services sociaux.

---

<sup>4</sup> [www.istat.it](http://www.istat.it)

<sup>5</sup> Report on practices and skills identification of caregivers (2017), rapport pour le projet ERASMUS + n°2015-1-EL01-KA202-014051/i-Car, I Care, 145 pages.

<sup>6</sup> Ibid

## La loi sur le vieillissement actif et en bonne santé

La région autonome Friuli Venezia Giulia a adopté en 2014, une loi régionale pour la promotion du vieillissement actif. Elle a ensuite défini un programme triennal 2016-2018 et des plans annuels correspondants. Ce programme contient les interventions mises en œuvre pour la promotion du vieillissement actif : le soutien aux responsabilités familiales, le soutien à la formation, le soutien à l'investissement citoyen et la participation à la vie en communauté, la culture et le tourisme social, les transports sociaux, la santé et le bien-être et l'habitat, l'accès à l'information et aux nouvelles technologies. Le plan annuel identifie les bénéficiaires, les sources de financement et la période de réalisation pour chaque domaine d'intervention.

### Le financement des politiques de prise en charge des personnes très dépendantes à domicile

Les soins à domicile sont intégralement pris en charge par la sécurité sociale nationale et ne donnent pas lieu à des restes à charge pour le bénéficiaire.

La principale mesure politique liée au maintien à domicile des personnes dépendantes est l'*indennità di accompagnamento*<sup>7</sup>. Il s'agit d'une mesure nationale, financée par les impôts et mise en œuvre par les régions. Cette aide est à disposition des personnes âgées et handicapées qui ont besoin de soins continus, qu'elles vivent à leur domicile ou en institution. Le montant et l'attribution de l'allocation sont indépendants de l'âge ou du niveau de revenu de la personne. Le montant en 2018 est de 515 euros par mois pendant 12 mois, son usage ne nécessite aucune justification est conçue comme un revenu supplémentaire pour le ménage (ménage au sens « famille / lieu de vie »). Pour pouvoir prétendre à cette aide il faut une validation des Autorités Sanitaire Locales (ASL) après une évaluation par leurs équipes médicales.

Concernant les prestations d'aide à domicile, la compétence étant municipale ou intercommunale, il existe de nombreuses disparités selon les territoires. A Pordenone la municipalité peut soit allouer des aides aux personnes dépendantes à domicile, soit réaliser directement des prestations à domicile.

L'allocation provient du Fond pour l'Autonomie Possible (FAP) de la région Friuli Venezia Giulia et a été créée pour initier une régulation du secteur. Son montant s'élève au maximum à 500€ par mois, en fonction du niveau de dépendance de la personne et des revenus de la cellule familiale. La moitié des dépenses doit être justifiée par des aides techniques ou des aides humaines. Une personne dépendante a donc trois possibilités pour son maintien à domicile :

- Avoir recours au service d'aide à domicile de la commune
- Avoir recours à un prestataire de service agréé par la commune
- Bénéficier du FAP et embaucher elle-même une assistante familiale

### Le secteur informel

Le travail non déclaré en Italie représente une part importante du marché de l'aide à domicile. Ces travailleurs sont souvent des femmes venues des pays de l'est ou des migrants.

---

<sup>7</sup>: « La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France et en Italie. Familiarisation ou défamiliarisation du care1 ? » - Barbara Da Roit et Blanche Le Bihan 2009

## Le profil des personnels intervenants

En Italie, la prise en charge des personnes dépendantes à domicile est culturellement associée au rôle de la famille. Elle joue encore aujourd'hui un rôle prépondérant en la matière. Une personne dépendante reste rarement à domicile sans le soutien d'un proche aidant.

Les principaux intervenants à domicile sont :

- **Les assistants familiaux** : il n'existe pas de cadre réglementaire national concernant les missions et la formation professionnelle des assistants familiaux. Chaque région a son propre cadre réglementaire. Beaucoup de ces travailleurs sont employés sur le marché au noir et sont souvent d'origine immigrée. Ce sont néanmoins les personnes rémunérées les plus présentes au domicile. Concrètement les assistants familiaux réalisent toutes les tâches d'aide à domicile, de la simple compagnie au ménage ou à l'administration de médicaments.
- **Infirmières diplômées** : Les infirmières sont à la fois les professionnelles les plus qualifiées impliquées dans les SLD et celles qui consacrent le moins de temps aux soins à domicile car elles travaillent principalement dans les hôpitaux et les unités locales et de santé (ASL)
- **Opérateur socio-sanitaire (OSS)** : L'OSS est une profession réglementée au niveau national, dont les tâches sont redéfinies au niveau régional. Ces professionnels qualifiés de soutien à l'équipe médicale suivent une formation de 1 000 heures. Leur mission est de satisfaire les besoins primaires de la personne et de favoriser leur bien-être et leur autonomie. Ils réalisent des tâches telles que la toilette, les manipulations, la prévention des escarres, l'aide à la prise de repas, à l'habillage, ou encore la surveillance de l'état de santé.

## Encadrement des interventions ou référentiels de pratiques

La gouvernance des services d'aide et d'accompagnement à la vie quotidienne étant établie au niveau communal il n'existe pas de cadre législatif de référence en Italie. Ce sont les communes qui délivrent un agrément aux organisations prestataires de services à la personne. Il n'a pas été possible d'accéder aux critères d'obtention de l'agrément à Pordenone.

## 2 LES DISPOSITIFS ETUDIÉS

**Avertissement** : les dispositifs observés en Italie et en Belgique n'ont pas vocation à être représentatifs des pratiques et des modes de prises en charge dans l'ensemble du pays. Nous nous sommes attachés, lors des déplacements, à récolter des données sur des pratiques concrètes auprès de professionnels de terrain et à comprendre les enjeux de ces pratiques sur un territoire donné. Nous utiliserons, par facilité d'usage, le nom du pays concerné pour décrire des pratiques observées sur des territoires bien circonscrits en Belgique et en Italie. Par ailleurs, les données recueillies sont le fruit d'échanges entre le groupe d'étude français et les partenaires belges et italiens qui l'ont accueilli. Ces descriptions sont donc le reflet de l'intérêt que les professionnels français ont porté à ces dispositifs puisque les échanges ont permis d'enrichir les données disponibles sur certains dispositifs tandis que d'autres ont suscité une collecte de données plus succincte. Ces descriptions reflètent également la qualité et la quantité des informations qui ont été fournies par les délégations d'accueil et la façon dont les professionnels ont eux-mêmes présenté l'organisation de leurs activités.

La présentation des dispositifs étudiés suit le modèle suivant :

- Observation (description des perceptions) ;
- Objectifs (du dispositif) ;
- Public visé ;
- Limites ;
- Impacts ;
- France (comparatif synthétique avec la France).

### 2.1 Belgique

#### Dispositifs observés :

##### Les centres de coordination (CASD)

**Observation** : Le centre de coordination visité était rattaché à la Fédération de l'aide et des soins à domicile (FASD) rencontrée à Bruxelles. Ces centres de coordination sont intégrés à certaines organisations prestataires de services à la personne. Ils sont ouverts sur agrément et selon un cahier des charges (*Ex : définition claire du service attendu dans le cadre du service « informer » ou « orienter »*). La prise en charge par les centres de coordination n'est activée qu'en cas de prise en charge multiple (qui nécessite le recours à au moins 2 types de services distincts) et sur validation du bénéficiaire. Les personnes en charge de la coordination (coordinateurs) ont des profils d'assistants sociaux et peuvent être des infirmiers en santé communautaire. Il est nécessaire que les coordinateurs connaissent parfaitement le réseau médico-social local. En test à l'époque de la visite, les assistants sociaux expérimentent le « BelRAI screener » comme outil d'inclusion.

Les missions du centre de coordination sont de :

- réunir tous les intervenants ;
- clarifier leurs rôles ;
- informer tous les intervenants de la situation de la personne et des missions de chacun ;
- mettre en œuvre les services adéquats (minimum : soins infirmiers + aide à la vie journalière + repas) ;
- coordonner les interventions à domicile ;
- accompagner les évolutions de la situation de dépendance (assurer le suivi) ;
- réponse 24h/24 et 7j/7.

Cette coordination se matérialise par des réunions multidisciplinaires, en général mensuelles, dans lesquelles sont mutualisées les informations relatives à chaque bénéficiaire du service. De plus, les coordinatrices organisent les plannings des intervenants et sont le point de référence unique entre les bénéficiaires et les différents services intervenant à domicile. Le déroulement de l'accompagnement suit le Plan de Soutien Personnalisé (PSP) édité et validé avec le bénéficiaire au départ de la prise en charge (ouverture du dossier informatisé).

Le centre de coordination cesse d'intervenir en fonction des conclusions de la réévaluation annuelle (exemple : la personne n'a plus besoin de soins infirmiers et ne bénéficie plus que d'aide-ménagère à domicile). En **Wallonie**, le financement est pondéré en fonction du pourcentage de personnes âgées sur la zone et en fonction des dossiers aboutis et non aboutis.

### Objectifs :

- Analyser la situation d'un bénéficiaire et construire un plan d'aide, le planifier et l'évaluer périodiquement. Le plan d'aide doit permettre de préserver l'autonomie du bénéficiaire. Le CASD doit aussi jouer le rôle de médiateur dans l'intérêt du bénéficiaire, effectuer des concertations multidisciplinaires et orienter le bénéficiaire en cas de passage en établissement.
- Eviter au bénéficiaire en perte d'autonomie et à son entourage d'avoir à gérer la coordination des différents services auxquels ils font appel. Simplifier les démarches grâce à la présence d'un interlocuteur unique. Améliorer la qualité de service en informant chaque salarié, quel que soit son poste, des observations réalisées par les autres intervenants à domicile auprès d'un même bénéficiaire.

**Public visé** : personnes dépendantes nécessitant l'intervention de plusieurs services à domicile.

**Limite** : Le mode de financement de l'activité, basé en partie sur le nombre de nouveaux dossiers ouverts, peut être questionné. Est-il le moteur, pour certaines fédérations, d'une logique de rendement qui les pousserait à ouvrir de nouveaux dossiers pour capter les fonds dédiés à la coordination ?

Limite secondaire : la coordination repose en grande partie sur l'expertise du coordinateur vis-à-vis du réseau médico-social de son secteur. En cas de départ de l'organisation, les compétences du professionnel et le réseau qu'il a su constituer sur le territoire sont difficiles à remplacer.

**Impact** : Ce dispositif semble faciliter les démarches de l'utilisateur qui a un interlocuteur unique en cas de problème. Le CASD fait office de « courroie de transmission » de l'information entre les différents professionnels et le bénéficiaire. Les réunions multidisciplinaires permettent aux salariés d'être mieux informés sur la situation des bénéficiaires. Le bénéficiaire peut s'appuyer sur un réseau local d'associations afin de garantir le meilleur accompagnement possible (offre plus large que celle d'un seul prestataire). Le dispositif est en place depuis plus de 30 ans et n'est pas remis en cause, ce qui laisse penser que l'impact positif sur la qualité de service est avéré.

**France** : Sur « autorisation », il n'existe pas de service totalement similaire en France. Seuls, les réseaux de santé financés depuis 1996 sur enveloppes financières non pérennes et expérimentales assurent en France des missions similaires :

- **Equipes Mobiles** (soins palliatifs, gérontologie, psychiatrie, etc.) en ville, en structure – financement expérimental.
- **MAIA** – Gestionnaire de cas (+ 60 ans) – Financement CNSA

En ambulatoire, des forfaits pour les libéraux sont cotables :

- **Médecin généraliste**  
Acte rémunéré : le forfait hors ALD rémunère le médecin traitant pour sa fonction de coordination des soins pour chaque patient. Son montant, par an et par patient, varie selon l'âge du patient.
- **IDE Libéral (en ville)**  
Acte rémunéré : le forfait de coordination actuel peut correspondre à la Majoration de Coordination Infirmière, 5 euros par intervention au domicile du patient, et ne peut s'appliquer que dans le cas de patients en soins palliatifs et la prise en charge de plaies complexes.

En dehors de ces deux types de financement, la fonction de coordination n'est pas directement financée et elle est supportée par les structures (exemple en hôpital : Infirmiers coordinateurs en oncologie issus des financements liés au dispositif d'annonce).

Dans le champs Médico-Social, les aides accordées aux structures expérimentant les SPASAD doivent théoriquement couvrir les frais de coordination mais ces financements sont restreints.

#### Points importants :

- dans le cadre de ces financements (Fond d'Intervention Régional – FIR pour la France / Protocole 3 pour la Belgique), un principe structurel fort et qui marque une réelle différence entre les deux pays est qu'en Belgique, les fonds expérimentaux sont versés au porteur (principalement l'établissement) à charge de ce dernier de négocier avec les autres acteurs ou prestataires de soins le montant de leur rémunération (ex : si un service sort un patient demandant une intervention anticipée plus tôt d'un SSIAD, le SSIAD devra négocier avec la structure le montant de sa rémunération). Ce fonctionnement permet de valider plus rapidement les modèles évalués comme efficaces et surtout que la structure support.
- En Belgique, la validation est laissée au bénéficiaire, ce qui, pour le champ sanitaire, est à l'opposé du modèle culturel français (pour exemple, les Plan Personnalisé de Soins sont signés par le médecin, la validation du bénéficiaire est de l'ordre du simple accord).

### La construction du plan d'aide

**Observation** : le plan d'aide est élaboré à partir de **la grille Katz pour les soins infirmiers et de la grille APA pour l'aide à la vie quotidienne**.

Pour les profils de grande dépendance, ce sont des salariés du centre de coordination, en collaboration avec le médecin (pour le volet soin) et l'utilisateur qui vont construire le plan d'aide. L'évaluation va prendre la forme d'une visite à domicile à l'aide des outils cités ci-dessus. Une fois le plan élaboré il est soumis au bénéficiaire pour acceptation. Le bénéficiaire accepte tout ou partie du plan d'aide en fonction de ses moyens et de ses besoins. Il choisit ensuite les prestataires. Le libre choix de l'utilisateur est inscrit dans la loi.

**Public visé** : personnes âgées nécessitant l'intervention de plusieurs services différents.

**Limite** : la principale limite de ce système est le fait que les prescripteurs soient aussi les prestataires potentiels ce qui pose une question de rôles, et éventuellement de conflit d'intérêt. En raison de reste à charge trop importants, certains bénéficiaires refusent une partie du plan d'aide et ne reçoivent donc pas les prestations dont ils auraient besoin. Une logique similaire est observable en France.

**France** : en France les soins infirmiers sont prescrits par le médecin et le plan d'aide est défini par le département sans qu'il y ait de collaboration dans la construction du plan. La grille utilisée est la grille AGGIR.

### Le « case manager » : un coordonnateur des services sanitaires

**Observation** : au sein de la FASD, qui nous a reçu à Bruxelles, le « case manager » coordonne tous les services sanitaires s'opérant au domicile. Il a un profil d'infirmier en santé sociale. En Belgique (à Bruxelles et en Wallonie), ce statut n'est pas reconnu d'un point de vue institutionnel. Toutefois, la FASD propose une formation de case manager, soit de coordonnateur spécialisé dans les services sanitaires.

**Objectif** : coordonner les différents professionnels de santé qui interviennent au domicile, s'assurer que l'information circule entre eux.

**Public visé** : personnes dépendantes nécessitant des soins à domicile.

**Limite et impact** : Concernant l'impact global de ce dispositif il n'y a pas eu d'échanges spécifiques à ce sujet. Toutefois, l'étude d'impact d'un projet de soutien psychologique à domicile (dispositif présenté plus loin) démontre statistiquement que le case-manager apporte une plus-value lors de l'accompagnement. Cette étude a été rapportée oralement.

**France** : son rôle se rapproche de la mission de l'infirmier coordinateur d'un SSIAD.

### Le petit nid d'Houyet : un habitat évolutif

**Observation** : le petit nid d'Houyet est un immeuble avec 5 appartements dont 3 sont adaptés pour accueillir des personnes en situation de dépendance. Il se situe sur la commune d'Houyet, village rural belge. Le projet a été pensé et réalisé par le service provincial d'aide familial de Namur (SPAF).

Deux des appartements sont prévus pour de jeunes ménages, avec l'idée que les ménages jeunes puissent « rendre service » si un de leurs voisins dépendant en manifeste le besoin. Les loyers y sont de 690€ par mois (charges non comprises) pour environ 80 mètres carrés. Les personnes y vivant peuvent recevoir des aides à la vie quotidienne qui ne sont pas forcément prestées par le SPAF ; elles sont « chez elles ». L'immeuble se situe à proximité du « centre-ville » et des services. Le projet a été monté sur fond propre.

**Objectif** : proposer une offre de logement alternative entre un domicile non adapté à une personne en perte d'autonomie et un établissement destiné aux personnes très dépendantes. Retarder l'entrée en établissement et faciliter la vie quotidienne à domicile grâce à des équipements adaptés et l'entraide citoyenne.

**Public visé** : personnes âgées dont le domicile n'est plus adapté au degré d'autonomie mais dont la situation ne nécessite pas encore un placement en établissement.

**Limite :** l'investissement financier permettant de développer ce type de projet est élevé. L'étude de marché préalable doit pouvoir démontrer des besoins avérés sur le territoire et le soutien d'acteurs locaux (ex : la commune pour la mise à disposition du terrain) reste une clé de succès.

**Impact :** Le projet a remporté le prix de l'innovation sociale en Wallonie en 2014. Le taux d'occupation est de 100% ce qui est un indicateur de la satisfaction d'un besoin social dans le secteur. Le SPAF projette désormais de reproduire ce type de projet (en le faisant évoluer) à l'échelle d'un petit quartier.

**France :** Il existe de nombreux projets de logements alternatifs/évolutifs/adaptés destinés aux personnes dépendantes à domicile. La question de la disponibilité foncière représente toutefois un frein récurrent à la mise en œuvre de ces projets, notamment en région PACA.

### Le Service ACADAL : un dispositif d'accompagnement pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

**Observation :** Le service ACADAL pour « Accompagnement à domicile Alzheimer » est un service développé par le SPAF et qui est proposé uniquement dans cette structure pour le moment. Ce service consiste à proposer des gardes à domicile pour les personnes atteintes d'Alzheimer. Les salariés qui réalisent ces prestations, les « accompagnateurs à domicile Alzheimer » ont une formation initiale d'aide familiale (équivalent des auxiliaires de vie en France) à laquelle s'ajoutent 70 heures de formations spécifiques au service ACADAL et des formations continues tout au long de leur période d'emploi. Ces salariés travaillent à temps partiel pour éviter l'usure professionnelle, d'après les partenaires rencontrés. Pour les soutenir, ils sont équipés d'une « mallette communicationnelle » et d'un « carnet de vie ». Ils sont formés à l'utilisation de ces outils et aux spécificités liées à la prise en charge d'une personne atteinte d'Alzheimer. Le service est financé par les bénéficiaires et le coût des prestations dépend des plages horaires auxquelles elles sont assurées.

**La mallette communicationnelle :** La valise ACADAL cible les personnes atteintes d'Alzheimer. Créée par des ergothérapeutes, elle regroupe des fiches de formations à destination des intervenants ainsi que des supports pour réaliser des activités stimulantes. Les formations sont fournies par des ergothérapeutes à destination d'accompagnateurs Alzheimer, qui peuvent ensuite pratiquer des activités stimulantes avec les bénéficiaires.

**Le carnet de vie :** le carnet de vie est un outil coconstruit avec l'utilisateur ou un proche aidant. Il l'accompagne, s'il le souhaite, tout au long de sa vie. L'objet est de retracer la vie d'une personne atteinte d'Alzheimer afin que chaque intervenant puisse se référer à ce carnet pour connaître la personne et stimuler sa mémoire en lui parlant de choses vécues.

**Objectifs :** Le service a un double objectif : soulager les proches aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et retarder la dégénérescence en stimulant la personne malade.

**Public visé :** personnes atteintes d'Alzheimer, proches aidants de personnes atteintes d'Alzheimer.

**Limite :** Pour la direction du SPAF, la principale difficulté réside dans le recrutement de profils adaptés au poste (qui requiert des compétences sociales et pédagogiques spécifiques). De plus, les salariés suivent une formation complète avant de débiter les accompagnements et ne peuvent donc pas être directement opérationnels suite au recrutement. Le temps partiel obligatoire (10 à 24h/semaine) peut également représenter une contrainte pour certains salariés.

**Impact** : le service répond à un besoin social existant puisque chaque année le SPAF reçoit davantage de demandes de prise en charge. Il n'est pas toujours en capacité de répondre aux demandes. En 2017 le service ACADAL a presté 17 372 heures (pour 74 personnes aidées) ce chiffre est en évolution permanente depuis 2013.

**France** : En France, les ESA (Equipes Spécialisées Alzheimer) réalisent des prestations comparables. Toutefois, 4 modalités de mise en œuvre permettent de distinguer ces 2 dispositifs :

- **le mode de prescription.**

Pour bénéficier de l'intervention d'une ESA, il est nécessaire d'obtenir une prescription médicale. Le dispositif belge observé ne relève pas du champ sanitaire et peut être mis en place sur simple demande auprès du service d'aide à domicile.

- **la prise en charge financière.**

Le coût des interventions de l'équipe spécialisée Alzheimer est intégralement pris en charge par l'Assurance maladie. En revanche, le service Acadal ne bénéficie pas d'une prise en charge dédiée.

- **le rythme et la périodicité des visites à domicile.**

En France le dispositif est ponctuel. Les ESA interviennent auprès d'un bénéficiaire pour une série de 12 à 15 visites réparties sur 3 mois par an. En revanche, la solution développée par le SPAF permet un accompagnement sur le long terme, au même titre que les autres prestations d'aide humaine. Le rythme de l'accompagnement est adapté aux besoins et attentes des familles. En 2017, un bénéficiaire du service recevait en moyenne 5h d'accompagnement/semaine dans le cadre du service Acadal.

- **le profil des intervenants.**

Dans le cadre des ESA, en début d'accompagnement, un psychomotricien ou un ergothérapeute réalise une évaluation des capacités de la personne à accomplir des activités de la vie quotidienne. Des assistants de soins en gérontologie prennent ensuite le relais pour mettre en œuvre le programme d'accompagnement. Ce sont des aides-soignants ou des AMP (aides médico-psychologiques) qui ont suivi une formation spécifique pour accompagner des personnes atteintes de maladies neurodégénératives. A l'issue de l'accompagnement, l'ergothérapeute ou le psychomotricien fait un bilan des activités réalisées. Ce bilan est transmis au médecin qui a prescrit l'intervention d'une ESA. Concernant le dispositif observé en Belgique, ce sont des intervenants de la structure qui ont été formés à ce type d'accompagnement et qui se spécialisent pour n'intervenir qu'auprès de personnes atteintes de la maladie. Ce sont elles qui élaborent le plan d'intervention avec le support de travailleurs sociaux (infirmières ou assistantes sociale). Les ESA sont rattachés à des SSIAD tandis que les accompagnateurs Alzheimer Acadal sont rattachés à une structure d'aide à domicile.

## Le projet de quartier intégré en milieu rural

**Observation** : le quartier intégré adapté aux seniors sera construit sur un terrain de 70 hectares mis à la disposition du SPAF par la commune d'Anhée. En contrepartie de cette mise à disposition, la commune demande qu'une crèche soit intégrée au projet. Le quartier comportera 10 maisons de plein pied. Les logements seront équipés de manière à favoriser le maintien à domicile de personnes en perte d'autonomie (sur le modèle du nid d'Houyet). En plus des maisons et de la crèche, seront construits, sur le terrain, un accueil de jour (objectif : faire sortir la personne malade de son domicile pour « rendre » le domicile au proche aidant), un physio-parc, un jardin partagé et un poulailler partagé. Un service de conciergerie sera également disponible sur le site. Le terrain est situé à proximité du centre du village de façon à encourager les sorties les jours de marché ou lorsqu'un restaurant éphémère s'installera.

L'agencement du quartier est prévu pour faciliter un ramassage collectif en transport adapté de façon à ce que les personnes les plus dépendantes puissent sortir lorsqu'il y a une animation sur le territoire.

**Objectif** : retarder l'entrée en établissement, faciliter la vie au domicile, prévenir l'isolement et la perte d'autonomie.

**Publics visés** : personnes âgées de la commune d'Anhée.

**Impact** : le projet est en cours d'élaboration.

**Limite** : le coût de l'investissement et la nécessité d'être appuyé par la municipalité.

**France** : de nombreuses solutions d'habitats alternatifs dédiés aux personnes âgées sont proposées ou en cours d'expérimentation (habitats adaptés, collectifs, inclusifs, évolutifs). Toutefois ces solutions sont généralement pensées en termes d'unité d'habitation dédiées aux seniors (résidences, villages, maison, etc.). Des projets d'habitats diffus adaptés se développent également mais le concept de quartiers intégrés, en milieu urbain ou en milieu rural, permettant une inscription forte des seniors dans la vie citoyenne, à proximité des services, est plus rarement étudié.

#### Le soutien psychologique à domicile, le projet « à l'écoute du bien-être à domicile »

**Observation** : Le projet « à l'écoute du bien-être à domicile » est une expérimentation menée dans la province de Namur. Elle a vu le jour grâce à des fonds spécialement dédiés aux pratiques innovantes en matière de soins et en lien avec le maintien à domicile (« protocole 3 », financé par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité-INAMI).

Une équipe pluridisciplinaire (psychologue et infirmière auxquelles peuvent s'ajouter un ergothérapeute ou une infirmière conseil en soins esthétiques) met en place des consultations au domicile des patients en lien avec des problèmes comportementaux (anxiété, refus d'être aidé dans le cas présenté).

La demande de soutien psychologique est transmise à ce service par les centres de coordination ou un autre professionnel de l'aide à domicile. Une première visite est organisée à domicile pour vérifier les besoins du patient et les différents professionnels qu'il faudra faire intervenir. Les prestations sont ensuite mises en place après accord du médecin traitant. Le plan d'aide fait l'objet d'une réévaluation très régulière lors des réunions hebdomadaires de l'équipe pluridisciplinaire ou par une visite à domicile. La prise en charge est formalisée par une « fiche de liaison » qui centralise toutes les informations et qui est transmise à la coordinatrice. La fin des interventions fait l'objet d'une « lettre de sortie » retraçant tout ce qui a été réalisé. Elle est coconstruite avec le patient et validée par celui-ci. Les interventions de la psychologue et de l'ergothérapeute se font à hauteur d'une visite toutes les deux semaines, pour les autres professionnels cela dépend des cas. Ces professionnels s'insèrent dans un plan d'aide lorsqu'il est déjà établi. Le suivi psychologique dure en moyenne une année.

**Objectif** : retarder l'institutionnalisation des personnes âgées

**Public visé** : personnes de 60 ans ou plus en perte d'autonomie rencontrant des difficultés psychologiques, aidants de personne dépendante. Ces personnes doivent vivre dans le Brabant Wallon.

**Limite** : la mise en œuvre du service est coûteuse car il mobilise 5,25 ETP pour une expérimentation ayant une portée limitée (moins de 10 cas suivis chaque année). Le public cible pourrait être élargi (volonté des financeurs de limiter le nombre de cas suivis).

**Impact** : Une évaluation d'impact du dispositif, réalisée par les équipes, montre que l'apport positif du suivi réalisé par la psychologue, le case-manager et l'ergothérapeute est avéré. L'évaluation conclut à une amélioration globale de la situation des bénéficiaires tout en listant des pistes d'amélioration possibles :

- Une meilleure formation des intervenants en vue d'améliorer l'accompagnement des publics atteints de troubles mentaux,
- L'élargissement du public cible et des portes d'entrée dans le service,
- La mise en place de supervisions d'équipe,
- La responsabilisation plus marquée du patient,
- Une intensification des co-interventions.

**France** : ce type de dispositif existe en France à l'image du service de soutien psychologique à domicile proposé par l'association [ADIAM](#) (service d'aide et de soin à domicile) mais ce type de pratique est peu répandu. L'association Adiam propose des consultations à domicile pour les personnes âgées, fragilisées, handicapées ou atteintes de maladies invalidantes, ayant une mobilité réduite. Ces consultations sont assurées par des psychologues cliniciens, diplômés d'état, et ayant une expérience dans le domaine de la gérontologie ou du handicap.

### Des reportages vidéo pour présenter/valoriser les métiers

**Observation** : pour présenter ses services, le SPAF utilise notamment le format vidéo. Ces vidéos présentent les métiers présents au sein du SPAF en donnant la parole aux salariés ainsi qu'aux bénéficiaires. Elles peuvent être réalisées sous forme de reportage d'investigation. Dans le cas observé, les services du SPAF ont été présentés avec l'aide d'un journaliste belge connu du grand public.

**Objectif** : communiquer sur l'organisation et les métiers proposés au sein d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile. Valoriser les métiers et les services proposés.

**Public visé** : Professionnels du secteur et grand public.

**Limite** : les coûts, il faut posséder les compétences en interne ou faire appel à un prestataire.

**Impact** : Aucune étude d'impact directe ne nous a été présentée par rapport à ce dispositif. Cependant l'outil a beaucoup intéressé les membres du groupe de professionnels français qui ont estimé qu'il s'agissait d'un outil de communication efficace : à la fois ludique et pertinent.

**France** : des projets de valorisation des métiers de l'aide à domicile par les vidéos existent, mais ils sont la plupart du temps réalisés par le ministère, les branches ou encore Pôle Emploi. Les structures elles-mêmes mobilisent peu cet outil de communication.

## 2.2 Italie

**Point d'attention méthodologique :** Lors du déplacement en Italie, il a été plus difficile d'observer des dispositifs directement liés à la prise en charge des personnes dépendantes à domicile. Cette difficulté est directement liée au contexte de prise en charge italien. En effet, comme nous l'avons explicité plus tôt dans la note de contexte, la place de la famille et du secteur informel dans la prise en charge des personnes dépendantes à domicile restreint celle des services institutionnalisés. Pour preuve, les évaluations réalisées à domicile afin d'identifier le niveau de dépendance et les aides dont peuvent bénéficier les personnes prennent en compte à la fois leurs capacités et besoins mais aussi la capacité de la famille à prendre en charge la personne (PEC) dépendante. Le critère d'évaluation qui conditionne l'allocation d'aides ne prend donc pas en compte les situations individuelles mais celles d'une cellule familiale. Pour observer la réalité de la PEC de la grande dépendance à domicile, il aurait donc fallu se rapprocher des particuliers et du secteur informel qui représentent la majorité des acteurs du domicile. Dans ce contexte, nous avons choisi de rencontrer une coopérative sociale de type A (la FAI) qui prend en charge une partie de cette réalité et qui développe des solutions alternatives entre le domicile et les établissements médicalisés. La FAI nous a elle-même mis en contact avec les acteurs d'une municipalité, qui prend en charge une autre partie de cette réalité, pour mieux cerner les enjeux locaux de la prise en charge de la perte d'autonomie sur ce territoire.

### La coordination sanitaire et sociale par le Point Unique d'Accès et les commissions multidisciplinaires

**Observation :** L'Autorité Sanitaire Locale rencontrée gère plusieurs services, et parmi eux : un centre de santé, un service infirmier à domicile, un service de réhabilitation à domicile, un service de soins palliatifs à domicile, de l'information sur l'accès au droit, des formations pour l'ensemble des professionnels, un programme de radiologie à domicile pour éviter des transferts inutiles, et un Point Unique d'Accès (PUA). Ce dernier est un service qui gère les demandes de prise en charge du territoire. Lorsqu'il s'agit de cas simples, le district oriente vers le service adéquat. En revanche, lorsqu'il s'agit de cas complexes, le district évalue les besoins et convoque une commission multidisciplinaire composée de plusieurs professionnels sanitaires et sociaux : médecin, infirmier, assistant social, famille, psychiatre, kinésithérapeute, bénévoles. L'évaluation des besoins est réalisée par le médecin, l'infirmier ou un assistant social à partir des grilles VALGRAF ou KATZ, en fonction des problématiques de la personne (une grille pour classer le dommage, une grille pour mesurer la charge). La commission se compose d'une équipe fixe (médecin, infirmier ...) et d'une autre partie variable (assistant social, famille, bénévole...). C'est lors de ces commissions que se décide qui prend en charge quel service entre l'ASL et la municipalité. C'est également lors de ces commissions que l'orientation du patient est déterminée : hôpital, RSA (Résidence Socio-Assistance, équivalent aux EHPAD) ou domicile. Afin de respecter le libre choix de la personne, elle est invitée à la commission (ou son représentant légal), et le Plan d'Assistance Individuel (PAI) à mettre en place lui est présenté afin d'avoir son accord. En fonction de la dominante sociale ou sanitaire du PAI, on détermine le « Case Manager » : assistante sociale ou infirmier.

Dans le cas particulier d'une sortie d'hospitalisation, l'hôpital doit faire le signalement au PUA au moins 5 jours avant la sortie, pour que le district puisse s'organiser. Les professionnels qui devront être mobilisés en fonction du signalement fait (coordinateur infirmier, médecin...) rencontrent le patient à l'hôpital et organisent ensuite les services à mettre en place. L'assistant social, vérifiera la possibilité pour la famille de prendre en charge le patient à domicile. Dans le cas contraire, il oriente le patient vers une maison de repos. En cas de choix du domicile, un procès-verbal est signé par les parties afin de s'engager à ne pas placer le bénéficiaire. Tous les 3 ans, la commune fixe un plan comprenant des objectifs de coordination.

**Publics visés** : personnes dépendantes nécessitant une prise en charge complexe.

**Objectifs** : construire un plan d'aide et de soin adapté à chaque situation, permettre une meilleure coordination des intervenants à domicile, assurer un suivi des prestations.

**Impact** : permet de définir un plan d'aide et de soin en équipe multidisciplinaire et en accord avec le bénéficiaire, réunit des acteurs des champs médicaux et sociaux, permet le partage d'informations et le suivi de plans en cours.

**Limite** : la procédure semble lourde et la réactivité limitée (prévenir 5 jours avant en cas de sortie d'hôpital). Le bénéficiaire peut également refuser le plan d'aide au profit d'un plan alternatif, le partage des frais est négocié et ne fait pas l'objet d'une méthodologie claire.

**France** : le PUA s'apparente à la fois au rôle joué par le département à travers ses CLIC sur le volet information et le service APA au niveau de la définition des droits. Les structures d'évaluation sont éclatées en France à travers les réseaux pérennisés ou non ainsi que les MAIA. Reste que la France ne présente pas de dispositif centralisant l'ensemble des demandes même si la création récente des PTA pourra y subvenir.

### L'accueil de jour : un dispositif intermédiaire entre le domicile et l'établissement

**Observation** : l'accueil de jour se situe sur la commune de Porcia, limitrophe à celle de Pordenone. Ce service a pour mission de soutenir la famille dans le soin et l'assistance du bénéficiaire et a pour objectif principal de développer ou de maintenir les capacités physiques et mentales de la personne. Il vise également à prévenir le risque d'isolement. Le centre propose différents services : les soins d'hygiène (la toilette est réalisée tous les matins par un infirmier), l'animation de temps collectifs et récréatifs, les repas, le transport domicile – accueil de jour.

Le centre est ouvert du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00. Il peut accueillir jusqu'à 30 bénéficiaires et l'équipe se compose de 5 OSS, 1 coordonnateur et 2 infirmiers qui assurent une présence d'1h30/jour. La tarification est de 25€/jour pour les résidents de Porcia et de 45€/jour pour les non-résidents. La Région peut prendre en charge une partie des frais pour les personnes dépendantes, en fonction du niveau de revenus et du niveau d'autonomie déterminé par la grille de VALGRAF. Les personnes peuvent être accueillies le matin, l'après-midi ou toute la journée au centre. Un projet est en cours avec l'agence sanitaire et de kinésithérapie pour le maintien des capacités motrices. Une évaluation a été réalisée et des activités physiques légères sont proposées en semaine.

**Objectifs** : prendre en charge des personnes qui ont besoin d'un accompagnement spécifique ou ne pouvant pas rester seules.

**Public visé** : personnes âgées de plus de 65 ans en perte d'autonomie, qui ne trouvent pas de réponses au sein de leur famille et dont le niveau de dépendance n'est pas assez élevé pour entrer en établissement.

**Impact** : le dispositif permet aux publics d'être entourés de professionnels pour réaliser des soins ou des tâches de la vie quotidienne, réaliser des activités de prévention de la perte d'autonomie, entretenir des liens sociaux avec différents publics.

**France :** les accueils de jour existent en France, mais ils sont généralement dédiés à des personnes atteintes de maladies neurodégénératives, et envisagés comme des dispositifs de répit pour les aidants. Le dispositif italien, s'apparente plus à une « crèche » pour les personnes âgées dépendantes, et dont la famille travaille.

### Les activités pour les seniors de la commune de Pordenone

**Observation :** En plus des services sociaux, la commune de Pordenone propose des services « annexes » ou « complémentaires » à destination des seniors. Ces services sont gérés par la municipalité et prestés par des associations de bénévoles, pour maintenir en bonne santé, et développer le lien social.

La commune a mis en place **les sentinelles de quartier** qui reposent sur des associations et des personnes volontaires (essentiellement des retraités). Il s'agit d'assurer un contrôle social et de petites activités de la vie quotidienne qui ne requièrent pas de qualification particulière (courses, etc.). Dans les centres sociaux ou accueils de jour, les personnes se retrouvent pour faire des activités - elles ne sont pas totalement autonomes pour tout faire toutes seules. L'idée est de créer des parcours dans les quartiers avec des centres dans lesquels les personnes âgées peuvent se rendre pour réaliser des activités de groupe, maintenir leurs capacités physiques, rencontrer des coiffeurs qui leur expliquent comment se coiffer tout seul, etc.

Un autre projet de la commune, « **Colore al tuo tempo** » (*couleurs à ton temps*) s'adresse aux personnes de plus de 65 ans en vue de favoriser le vieillissement actif et en bonne santé. Ce projet propose différentes activités :

- **Ateliers de sport adapté**
- **Sorties culturelles en groupe** : par exemple le projet « cinéma zéro » qui organise des rencontres intergénérationnelles autour du cinéma. Ils organisent aussi des sorties dans des lieux historiques de la commune et y réalisent des activités de groupe.
- **Sorties de groupe vers des centres thermaux** : en collaboration avec l'ASL et une association.
- **Ateliers de prévention contre les escroqueries** : une agence sensibilise les personnes âgées aux escroqueries. Une permanence hebdomadaire est également tenue par un avocat dans chaque quartier pour informer les personnes âgées. Ils proposent également des cours de « défense active » aux personnes âgées en leur apprenant à être vigilent face à d'éventuelles agressions.
- **Ateliers de danse** : des cours de danse ont lieu certains matins dans les gymnases de la ville. La communication se fait par SMS. Environ 160 personnes y participent. Il n'y a pas de critères de revenus pour accéder aux services car il y a une volonté de faire participer le plus grand nombre de personnes et de développer la mixité sociale.

**Objectifs :** prévenir la perte d'autonomie et lutter contre l'isolement social.

**Public visé :** personnes âgées vivant sur la commune sans distinction.

**Impact :** pas d'accès à d'éventuelles mesures d'impact ; l'augmentation continue du nombre de personnes inscrites représente un indicateur de succès du dispositif.

**France :** ce type de services existe en France mais l'offre est plus éclatée (clubs du 3<sup>ème</sup> âge, Maisons du bel âge (13), CCAS...). Or, en Italie, toutes les offres à destination des seniors sont concentrées autour d'un seul opérateur : la commune.

## La construction du plan d'aide

**Observation :** Pour une première prise en charge par le service d'assistance à domicile (SAD), une évaluation des besoins est effectuée. Celle-ci intervient à la suite d'une demande formelle, et elle est réalisée par l'assistante sociale des services sociaux de la commune qui remplit la grille d'évaluation et identifie les activités pour lesquelles la personne a besoin d'être aidée. L'évaluation de la personne et de ses problématiques se fait en fonction de 10 critères (logement, dépendance, famille, instruction-scolarité, travail, argent...) subdivisés en 56 items. Pour chaque item, le problème est évalué sur une échelle de 1 à 5 (capacité d'y faire face : bonne, moyenne, limitée). Un indicateur global de prise en charge est déterminé à la suite de cette évaluation.

L'assistante sociale définit ensuite un Plan d'Accompagnement Individualisé (PAI) qui contient les mesures accordées.

Pour les prestations au domicile, il existe 32 types de prestations différentes réparties en 6 catégories (soins de la personne, activation de collaborations, suivi/contrôle/surveillance, entretien de la maison, relationnel...). Seuls 3 catégories peuvent être prises en charge uniquement par des Opérateurs Socio-Sanitaire (OSS). Les autres peuvent être confiées à des bénévoles ou d'autres services. Ce PIA est saisi sur format numérique afin de produire des rapports et diagnostics territoriaux.

La mise en œuvre de ce PIA peut être réalisée par deux opérateurs : le service d'assistance à domicile municipal ou un prestataire agréé par la commune. A ce jour, seuls des organismes non lucratifs sont agréés et ont généralement le statut de coopérative.

Les assistantes sociales se déplacent au domicile de la personne tous les ans, et plus fréquemment s'il y a des difficultés qui leur sont signalées.

**Publics visés :** les personnes dépendantes qui en font la demande, prioritairement des personnes seules et/ou avec peu de moyens.

**Limite :** il y a une clientèle fidélisée, ce qui ne permet pas de faire rentrer d'autres bénéficiaires et n'est donc pas équitable. La diminution de la capacité des services à prendre en charge les typologies de publics, les a poussés à l'externalisation des services.

**France :** La construction du plan d'aide, et les critères d'évaluation de la dépendance et d'attribution des allocations est défini au niveau national. Les tâches ne sont pas détaillées, ni saisies sur informatique ce qui ne permet pas la production de statistiques générales. La répartition des tâches entre travailleurs qualifiés et non qualifiés n'existe pas, et relève du choix de la structure. Le suivi des personnes accompagnées n'est pas réalisé aussi souvent, et est de la responsabilité de la structure prestataire annuellement, sauf que dans les faits très peu réussissent à réaliser ces visites à ce rythme.

## Le service d'aide à domicile de la commune de Pordenone

**Observation :** Le Service d'Assistance à Domicile (SAD) compte environ 250 bénéficiaires (pour le service public et les services agréés) et une vingtaine d'OSS.

Le service organise ses interventions sous forme de tournées. Les OSS sont embauchés à temps plein, travaillent environ 7 heures par jour, et réalisent des interventions qui durent en moyenne 50 minutes. Ils récupèrent une voiture le matin au siège et partent toute la journée faire leur tournée.

L'équipe connaît très peu de turn-over et le personnel est fidélisé depuis 20 ans. Le planning est réalisé de façon hebdomadaire et les OSS ont un téléphone sur lequel ils reçoivent leur programme journalier.

Des réunions hebdomadaires de supervision sont organisées et des formations continues pour que le personnel se sente soutenu, mais également pour « attirer » des candidats sur ces métiers.

Une attention particulière est portée aux conditions de travail des salariés :

- La prévention des risques : il existe des normes sur la sécurité (les poids qui peuvent être soulevés, les actes qui nécessitent 2 personnes, des procédures dans des cas particuliers, lorsque la personne est agressive par exemple)
- La prévention de l'usure professionnelle : il est possible de proposer une évolution professionnelle ou une année de coupure. Dans ce cas, le salarié passe une année en dehors du service pour intégrer des fonctions administratives dans le service. Cela permet au salarié de se reposer et de comprendre le système dans lequel il évolue.

Il n'y a pas de travailleurs non qualifiés sur les services sociaux de la commune.

**Impact :** cette organisation semble particulièrement efficace en termes de Gestion des Ressources Humaines, puisque d'après nos interlocuteurs, le personnel est fidélisé depuis 20 ans.

**Limite :** la taille du service qui facilite ce type de fonctionnement et qui peut être difficile de déployer à grande échelle.

**France :** l'organisation du service se rapproche du fonctionnement d'un Service de Soins Infirmier A Domicile (SSIAD), de par le profil des intervenants et des tâches qu'ils réalisent, le soutien apporté à l'équipe et l'organisation des prestations en tournée.

### Une maison communautaire : Casa Colvera

**Observation :** Casa Colvera est un logement communautaire inséré dans le réseau des services sociaux de la municipalité de Pordenone. Il s'agit de la première expérimentation de ce type dans la région. La gestion a été confiée à la coopérative sociale FAI (Famiglia, Anziani Infanzia).

Les personnes disposent d'une chambre individuelle, d'espaces communs au rez-de-chaussée et d'un jardin avec terrasse. Elles y prennent les repas collectivement. Ces repas sont préparés sur place par les salariés, parfois soutenus par des bénévoles (un cuisinier professionnel vient régulièrement, une bénévole vient également y faire des ateliers de cuisine végétarienne avec les résidents). Pour accéder à ce service il faut faire la demande de placement en établissement. Une évaluation du degré de dépendance est effectuée et les personnes les moins dépendantes accèdent à la liste d'attente.

Les loyers payés par la quinzaine de résidents couvrent les frais généraux principalement représentés par les salaires des personnes qui y travaillent. L'équilibre financier est atteint sans subventions de fonctionnement. Le personnel de Casa Colvera se compose de sept salariés, principalement des OSS.

Une association « les amis de Casa Colvera » a été créée avec comme objectif de développer des liens entre les résidents et la société civile.

Le projet était initialement purement résidentiel, il propose aujourd'hui également un accueil de jour. Dernièrement un projet intergénérationnel a été mis en place pendant les vacances scolaires : les enfants des salariés viennent faire des activités avec les personnes âgées.

Le réfectoire, le plus grand espace commun du bâtiment, sert également de « lieu de vie » où sont régulièrement organisées des activités stimulantes.

**Objectif** : proposer une offre alternative de logement entre maisons médicalisées et domicile pour retarder l'entrée en établissement, et lutter contre l'isolement.

**Public visé** : personnes âgées autonomes ou partiellement autonomes. Il est à noter que la définition de « personne autonome » n'est pas la même en Italie qu'en France. Les résidents rencontrés à Casa Colvera, bien que considérés comme « autonomes », semblaient être à un niveau de dépendance équivalent à des GIR 3 ou 4 en France.

**Impact** : l'offre répond à un besoin puisqu'il existe une liste d'attente pour intégrer Casa Colvera.

**France** : de nombreuses formes de logement alternatifs existent et se développent dont des logements communautaires. Sur le principe le dispositif se rapproche de l'habitat inclusif.

### Les thérapies non médicamenteuses

Trois dispositifs de thérapies non-médicamenteuses à destination de personnes atteintes de démences ont été observés. Il faut noter que ces thérapies ne remplacent pas les traitements médicamenteux mais les complètent et les allègent.

- **La chambre multi-sensorielle** : C'est un concept déjà répandu d'origine néerlandaise qu'a mis en place l'établissement Casa Serena. Le principe est de communiquer à travers les sens. Concrètement, il s'agit d'une chambre équipée de multiples outils stimulants. On y trouve un matelas à eau, de multiples éclairages dont les couleurs et la densité sont réglables, un projecteur d'images au mur, des enceintes projetant des sons relaxants, un diffuseur de parfum et autres outils stimulants les sens. En fonction des préférences du patient la salle s'adapte. L'idée est d'y placer, pour au moins 45 minutes, un patient angoissé ou ayant un comportement agressif. Son efficacité augmente avec le temps au fur et à mesure que le patient assimile le lieu à la relaxation. Les patients y sont placés à l'initiative de l'équipe soignante et l'utilisation de la salle peut varier selon le professionnel.

**Objectif** : calmer un résident stressé ou agité, favoriser son bien-être en stimulant ses sens.

**Impact** : la chambre multi-sensorielle rencontre un vrai succès chez les salariés qui l'utilisent régulièrement. Elle est de plus en plus efficace avec le temps lorsque le patient l'assimile à un lieu de détente.

**Limite** : Le coût de mise en place du dispositif, l'obligation de former les salariés à son utilisation, ne peut pas être utilisée pour deux personnes à la fois.

**France** : ce type de dispositif existe dans certains EHPAD mais n'est pas généralisé.

- **La méthode de Validation® de Naomi Feil**: le développement de cette méthode part d'un constat : les personnes ayant des troubles du comportement ont souvent des problèmes de mémoire et des difficultés à interagir avec leurs émotions. Elle propose donc de travailler avec eux sur leur mémoire émotionnelle.

La thérapie par la validation consiste principalement à avoir une posture très empathique vis à vis du patient. Il faut pour cela s'intéresser à lui, le stimuler émotionnellement à l'aide de discussions ou de chansons. L'exemple, présenté sous forme de vidéo, était celui d'une dame âgée ne communiquant plus qu'en tapant sur une table et n'ouvrant presque jamais les yeux. Grâce à un comportement empathique et une musique que lui chante la professionnelle, on observe la patiente ouvrir les yeux, exprimer des émotions sur son visage et taper en rythme avec la chanson. Des équipes de professionnels réalisent ce type d'intervention et forment les familles. Ce service a déjà été mis en place à domicile de façon expérimentale et est pris en charge soit par la commune, soit par la famille.

**Objectif** : favoriser le bien-être de la personne atteinte de troubles mentaux.

**Limite** : les salariés doivent y être formés, l'application de cette méthode demande beaucoup plus de temps (principal reproche des OSS qui travaillent en établissement), nécessite des savoir-être initiaux pour adopter cette approche.

**France** : pas d'informations sur l'utilisation de cette méthode ou si elle est intégrée aux contenus des formations sur les maladies neurodégénératives.

→ **La Doll thérapie** (thérapie de la poupée) : le postulat de départ de cette thérapie est que l'être humain a besoin d'être lié à quelque chose, le fait d'avoir un objet peut permettre de se sentir mieux, et la poupée met en pratique des habitudes de maternage ou de paternage qui furent vécues dans le passé. Ainsi, la poupée représente un objet qui permet aux patients de calmer leurs moments d'angoisse ou de violence. Ivo Cilesi, psycho-pédagogue italien, a créé une poupée aux caractéristiques bien précises : le poids, la position des bras et des jambes, la taille, la direction de la pupille (pas de regard fixe), la position de la bouche (mi-sourire), le matériel (besoin d'être lavée), le cou mobile. On peut ensuite changer la couleur des cheveux, des yeux de la poupée et ses habits, en fonction de l'histoire de la personne. Elle est donnée aux patients lors de moments angoissants, et son efficacité dépend de la manière dont le patient se l'approprié. Elle a cependant été reconnue par les services publics italiens et la poupée peut être prescrit par un médecin et pris en charge par la sécurité sociale.

**Objectif** : calmer une personne agitée, stressée ou violente, relaxation du patient, réduction du « vagabondage ».

**Impact** : la plus-value du dispositif a été prouvée par des études scientifiques. Elle peut être prescrite par des médecins en Italie.

**Limite** : cette thérapie ne fonctionne pas chez tous les patients, certains n'en veulent pas ou l'ignorent, les salariés et la famille doivent être formés à son utilisation, elle doit être utilisée à bon escient (environ une heure par jour) pour ne pas qu'elle devienne source de responsabilité et donc d'angoisse. Malgré ses avantages potentiels, la thérapie rencontre des interprétations éthiques négatives de sa pratique et une dénonciation du risque d'infantilisation des personnes âgées, par des comportements nuisibles à leur dignité.

**France** : cette thérapie est utilisée par certains EHPAD mais avec des poupons simples d'enfants.

## Une start-up qui propose des solutions innovantes pour faire face à la dépendance

### Les logements adaptés de Soluz'iona

**Observation** : l'entreprise a créé un showroom, qui est une maison classique en apparence, mais où tout le mobilier est adapté pour accueillir une personne en fauteuil roulant ou en perte d'autonomie : les meubles de cuisine se baissent, les plans de travail aussi, les prises sont à hauteur adaptée, l'électroménager se rehausse, le lit se baisse ou se remonte à l'aide d'une télécommande... La particularité de cette innovation est l'attention toute particulière apportée à l'esthétique. En effet, à première vue, les pièces ressemblent à des logements classiques au design moderne. Le concept est de permettre à une personne dépendante de vivre dans un logement adapté dont l'esthétique ne le ramène pas à sa situation de dépendance au quotidien. Bien que ce showroom soit un prototype l'entreprise réalise des aménagements de ce type auprès de particuliers faisant appel à leurs services.

**Objectif** : permettre à des personnes dépendantes de se rapprocher d'une vie ordinaire

**Public visé** : personnes dépendantes vivant à domicile

**Limite** : Le coût d'un tel aménagement de logement est élevé et non pris en charge par les pouvoirs publics.

**France** : de nombreux équipements adaptés à la dépendance existent en France. L'importance apportée au design semble cependant être novateur.

### Le service de capteurs à domicile

**Observation** : l'entreprise vend, à destination de particuliers, un système de surveillance du domicile à distance. Le concept consiste à installer des capteurs à des endroits stratégiques du logement (porte des toilettes, porte d'entrée, réfrigérateur...) afin d'accumuler des données sur les habitudes de l'utilisateur. En cas de « signalement », par exemple si la personne n'est pas sortie de chez elle alors qu'elle en a l'habitude vers une heure précise, un opérateur téléphone à l'utilisateur pour être sûr que tout va bien et prévient sa famille en cas de problème. Cet outil est vendu plus cher que les prix moyens du marché, car il y a un opérateur constamment présent pour répondre au téléphone ou détecter les alertes.

**Public visé** : personnes dépendantes vivant à domicile, proches aidants.

**Impact** : permet aux personnes (aidants) utilisant ce service d'être rassurées au quotidien et d'être averties en cas de problème.

**Limite** : le service coûte plus cher que les dispositifs concurrents sur le marché.

**France** : de nombreuses offres similaires existent sur le marché français.

### Le rôle important du bénévolat :

**Observation** : la place du bénévolat est très importante et intégrée à l'offre de service de la commune et aux activités des établissements. En effet, tout au long de nos visites, les bénévoles ont été cités par nos partenaires : le service de sentinelles de quartier, qui fait partie du plan d'aide individualisé du bénéficiaire attribué par l'assistante sociale, les dentistes à Casa Serena, le cuisinier et l'association des amies de Casa Colvera.

**Publics visés** : les publics seniors et dépendants quel que soit leur lieu de résidence.

**Limite** : les compétences et la formation des bénévoles ne sont pas toujours garanties, pour intervenir auprès d'un public fragile. Les bénévoles ne sont pas toujours une ressource stable dans le temps

**France** : des dispositifs de mise en relation entre bénévoles et personnes dépendantes existent. Ils sont, en général, centrés sur la création de lien social (ex : les petits frères des Pauvres, ADMR). Le recours au bénévolat est moins courant en France, et ne fait pas l'objet de prescription dans les plans d'aide.

### 3 COMPARAISON AVEC LA FRANCE ET RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITE DE LA DEPENDANCE A DOMICILE

#### 3.1 La coordination des services

On observe en Belgique, comme en Italie et en France, un cloisonnement entre le secteur sanitaire et celui de l'aide à domicile. Les différents acteurs du domicile ne se connaissent pas assez pour collaborer et il existe un déficit de communication entre les secteurs médicaux et médico-sociaux. Les solutions trouvées semblent principalement s'orienter autour du financement de centres de coordination. Le financement de temps en commun permet également de renforcer la coopération entre les acteurs. Il existe des financements pour les concertations multidisciplinaires et pour l'évaluation et la réévaluation d'une situation.

##### *L'intégration de l'aide et du soin dans les paniers de services*

En **Belgique**, l'aide et les soins sont intégrés dans un panier de services proposé aux personnes dépendantes à domicile par le biais d'un centre de coordination. Ces « centres de coordination » sont rattachés à une fédération proposant des services d'aide et de soins à domicile. Cette fédération est elle-même traditionnellement liée à une mutuelle (branche de la sécurité sociale). Le centre de coordination n'intervient que pour les prises en charge « complexes » au sens où plus de deux services sont sollicités. Les fédérations fournissent des aides à domicile et des soins infirmiers, soit par le biais de services intégrés soit par le biais d'intervenants extérieurs avec lesquels ils signent une convention. La mission des centres de coordination est bien sûr de coordonner les interventions en respectant le « libre choix » des usagers (dans le choix du prestataire). Pour cela il doit réunir tous les intervenants et clarifier leurs rôles et informer tous les intervenants sur la situation de la personne. Le service de coordination est gratuit pour l'utilisateur.

La coordination est financée par des financements structurels, elle n'est ni à la charge de l'utilisateur, ni à celle de la fédération. Les centres de coordination fonctionnent de manières différentes selon les centres, il n'y a pas de procédure commune.

Parmi leurs missions, ils doivent également s'occuper de l'évaluation des besoins de l'utilisateur et de la mise en place d'un plan d'aide. Ce qui peut sembler paradoxal car ils sont à la fois prescripteurs et prestataires. Néanmoins, les enveloppes d'heures attribuées aux structures étant calculées sur l'année, cela participe à réguler les formes d'inflation des besoins.

L'aide et les soins sont gérés par des services distincts en **Italie** mais qui sont tous financés par la Région. En revanche, le soin est un service déconcentré de la Région, alors que l'aide est un service décentralisé, c'est-à-dire dont la compétence revient à la commune mais qui est elle-même financée par la Région. Nous n'avons pas observé en Italie de services intégrés tels que nous pouvons les connaître en France à titre expérimental sous la forme de SPASAD. Toutefois, l'intégration de l'aide et du soin dans les paniers de services semble facilitée par l'existence du poste des OSS qui réalisent des tâches qui relèvent à la fois de l'aide et du soin. La coordination se fait ensuite par des commissions multidisciplinaires.

En **France**, le développement des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) vise une meilleure coordination entre les activités de soins, d'aide et d'accompagnement à domicile. Ils accompagnent prioritairement et suivent de manière intégrée les personnes requérant à la fois des prestations d'aide et de soins à domicile. Ils doivent également proposer des actions de prévention (nutrition, isolement, activité physique, etc.). Les objectifs et les moyens mis en œuvre pour

l'organisation intégrée du SPASAD peuvent être un accueil intégré, des modalités de coordination des prestations d'aide et de soins, un système d'information et des outils partagés.

L'évaluation de ces services est basée sur des données statistiques fournies à l'ARS et au Département. Toutefois, ces données sont purement quantitatives et, certaines structures qui portent ce dispositif estiment qu'elles ne reflètent que partiellement la réalité et l'impact de ce dispositif. Elles estiment d'une part que les données statistiques sont difficiles à récolter, par exemple lorsque les intervenants à domicile qui exercent dans le cadre du SPASAD exercent également hors de ce dispositif dans la structure, les données concernant les RH du SPASAD sont compliquées à isoler. D'autre part, une grande partie de l'impact du SPASAD ne peut s'évaluer que qualitativement (quels sont les impacts concernant le dialogue et la reconnaissance mutuelle qui se créent entre les salariés du SSIAD et du SAAD, quels sont les bénéfices en termes de lisibilité du système de prise en charge pour les bénéficiaires, etc.).

Par ailleurs, la comparaison internationale des modes de coordination questionne sur l'échelle de coordination à privilégier et l'impact du statut du coordinateur. En effet, la centralité de la problématique concerne l'accès à l'information pour les personnes qui ont besoin d'aides. Une coordination assurée par une municipalité peut potentiellement faciliter l'accès à l'information (en comparaison avec une coordination assurée par une coopérative, une association ou une fédération).

**Tableau 1 : Comparaison des structures de coordination dans les 3 pays**

	France	Belgique	Italie
Structure d'orientation	CLIC (Pôles infos Senior dans le 13 – information, orientation)	Centre de coordination (CASD)	Point unique d'accès
Structure dédiée de coordination	PTA / PAERPA	Centre de coordination (CASD)	Commission pluridisciplinaire (ASL/Municipalité)
Statut	Expérimental et institutionnalisé pour MAIA et PTA	Généralisé pour les cas complexes	Généralisé pour les cas complexes
Financement de la coordination	Par les structures elles-mêmes	Subvention structurelle des régions	Région et municipalité
Prestations coordonnées	Aide à domicile Soins infirmiers	Evaluation Orientation Aide à domicile Soins infirmiers	Aide à domicile Accueil de jour Accueil en établissement Soins infirmiers

**Recommandation** : Evaluer l'impact du dispositif SPASAD en réalisant une étude approfondie, mobilisant à la fois une approche qualitative et quantitative de collecte des données, afin d'analyser finement les résultats de l'expérimentation en vue de sa généralisation.

Il semble qu'en **Belgique** il y ait peu de coopération entre ces deux types d'acteurs. Des initiatives sont prises localement. Il est possible d'évoquer l'hospitalisation à domicile dans le cas de cette problématique. Il est important de rappeler qu'en Belgique, l'hospitalisation à domicile est en phase d'expérimentation (elle se concentre sur les perfusions, l'antibiothérapie et les soins de plaies). Nous avons cependant observé la pratique suivante : lorsque des services de HAD sont dispensés, l'hôpital « détache » une infirmière qui interviendra au domicile du patient. L'organisation paye l'hôpital (tarif négocié entre les deux organisations) et l'usager paye l'organisation. Cette pratique a été observée mais n'est cependant pas généralisée.

En **Italie**, les acteurs du domicile et des établissements sont très liés, car ce sont souvent les mêmes entités qui gèrent les différents services (commune et/ou coopérative). Il existe donc des modes de coopération en termes de détachement du personnel, puisqu'un professionnel rattaché normalement à un établissement peut être détaché pour effectuer un service à domicile. Une autre forme de coopération existe sur la prise de repas. Une personne à domicile peut bénéficier d'une prestation pour prendre ses repas à la maison de retraite plutôt que de se les faire préparer ou livrer.

En **France**, parmi les membres du groupe d'étude, quelques initiatives communes ont pu être recensées : mise en place de conventions avec des établissements afin de proposer des services hors Ehpad à des résidents ou bien des activités en Ehpad pour des bénéficiaires d'un SAAD. Toutefois, à l'image du cloisonnement entre acteurs de l'aide et du soin, les acteurs du domicile et des établissements peinent à coopérer.

**Recommandation** : construire, développer et formaliser (par des conventions) les relations et développer des procédures / outils partagés

**Recommandation** : développer des projets communs pour lutter, par exemple, contre l'isolement des PA (qu'elles résident en établissement ou à leur domicile) et pour favoriser le succès des actions de prévention. Par la typologie du financement, « obliger » les structures de secteurs et de champs différents.

*Par ex : permettre aux PA d'un territoire de prendre des repas dans les établissements de ce même territoire ou à l'inverse, permettre aux résidents d'un établissement de prendre leur repas à l'extérieur, dans des lieux tiers, avec des personnes âgées vivant à leur domicile. Une bonne coopération entre les intervenants à domicile d'une même structure pourrait également permettre l'organisation de repas en commun pour les bénéficiaires suivis. Le frein au développement de ce type de projet réside dans l'organisation des déplacements des personnes dépendantes et donc dans la question de la prise en charge logistique et financière de ces déplacements.*

### *Coopération et informations aux bénéficiaires*

En **Belgique**, les établissements hospitaliers ciblent naturellement les centres de coordination comme interlocuteurs lorsqu'un de leurs patients envisage un retour au domicile.

Les centres de coordination disposent d'une très bonne connaissance des acteurs du secteur médico-social qui se trouvent sur leur territoire. Ils peuvent donc informer les usagers sur l'offre locale, les orienter vers ces acteurs, voire les contacter s'ils ne peuvent pas répondre aux demandes des usagers.

En **Italie**, le fait que la municipalité joue le rôle de guichet unique en matière de prise en charge à domicile des publics dépendants permet d'offrir une vision globale aux particuliers sur tous les dispositifs d'accompagnement existants. Cela facilite la compréhension de la complémentarité entre les divers dispositifs pour les personnes âgées et leur famille.

Au niveau sanitaire : les ASL, divisées en districts, regroupent toutes les offres de soins qui se trouvent sur le territoire. En ce sens, si un bénéficiaire a besoin d'informations concernant des services sanitaires il peut se rapprocher de son ASL, et son Point d'Accès Unique (PUA). Travaillant en collaboration avec les communes, elles sont également en capacité d'orienter une personne souhaitant bénéficier de prestations à domicile vers le service de sa commune qui y est dédié.

Au niveau social : la commune a, dans ses compétences, la gestion de tous les services sociaux qu'elle propose directement ou auxquels elle fournit un agrément. Elle est donc le meilleur interlocuteur pour orienter une personne vers un service. C'est l'assistante sociale qui se charge de cette mission. De plus, elle peut allouer des aides financières à une personne dépendante qui en fait la demande. Elle peut être considérée comme le « PUA » du social.

Ces deux institutions s'orientent mutuellement des demandes si elles ne relèvent pas de leurs compétences et les professionnels se rencontrent lors des commissions pluridisciplinaires (cas complexes). Il s'agit de se répartir les missions et de déterminer qui sera le « Case Manager » du Plan d'Assistance Individuel (PAI), assistant social ou infirmier, en fonction de la dominante sociale ou sanitaire du plan.

En **France**, l'éclatement de l'offre complexifie cette lisibilité des offres de services et de leur complémentarité. De plus, une coordination centralisée des dispositifs de prise en charge à domicile des publics dépendants permettrait d'accroître les possibilités de mobilité pour les salariés et donc la fidélisation des ressources humaines. Par ailleurs, l'existence de guichets uniques polyvalents (médicaux, sociaux et médico-sociaux) faciliterait la gestion des sorties d'hospitalisation qui est à l'heure actuelle une lourde charge pour les personnels hospitaliers et pour les proches.

**Recommandation** : Le développement des guichets uniques est à privilégier pour simplifier l'accès à l'information. Une bonne coordination des modes de prise en charge permet une meilleure vision des flux et entraîne donc un rééquilibrage des moyens et une meilleure compréhension des modalités de passage d'un mode de prise en charge à l'autre. Structurellement, la place du bénéficiaire peut-être un levier intéressant pour s'assurer de la réalisation des plans d'aide (social ou médical).

### *Les temps d'échanges et les études de cas*

Le service d'aide à domicile **belge** du SPAF organise une fois par mois une réunion de coordination durant laquelle les salariés intervenants au domicile d'un même bénéficiaire font le point sur la situation et son évolution.

Ces temps de communication interprofessionnels ont lieu entre les salariés de la structure. Ils servent à faire remonter les informations et à décider de la mise en place ou non de prestations supplémentaires selon la situation. Tous les salariés intervenants au domicile participent à ces temps d'échange, les aides à domicile au même titre que l'ouvrier polyvalent (dans le cas observé) lorsqu'il est nécessaire d'installer des équipements au domicile (par exemple une barre dans la salle de bain pour éviter les chutes, faciliter la sortie).

Un autre dispositif belge permet d'observer les bienfaits d'un modèle de coordination intégré et du bienfait des temps d'échange de pratiques intersectoriels. Créées dans les années 1970, les maisons médicales sont aussi une référence en matière d'auto-organisation. Les maisons médicales sont « des associations autogérées qui dispensent des soins de santé primaires. Y travaillent en équipe des médecins généralistes, des kinésithérapeutes, des infirmiers, des paramédicaux, des travailleurs

sociaux, des accueillants, des professionnels de la santé mentale. Petites structures proches de la population, elles s'insèrent dans leur quartier dont elles connaissent les spécificités et les problèmes. Dans les maisons médicales, la place centrale revient à l'utilisateur : la sauvegarde et le développement de son autonomie constituent un objectif prioritaire »<sup>8</sup>. Des réunions d'étude de cas et des réunions sectorielles y sont organisées, en général de façon hebdomadaire. La coordination se fait aussi à l'aide d'un dossier médical unique pour tous les professionnels. La coordination est globalement assurée par les infirmières.

En **Italie**, l'autorité sanitaire locale (ASL) met en place des formations communes pour l'ensemble des professionnels. Cette pratique a comme objectif de permettre à tous les professionnels d'utiliser le même langage : médecin, infirmier, assistant social, aide-soignant... Le service d'assistance à domicile de la commune réalise des réunions hebdomadaires de supervision pour leurs intervenants.

En **France**, les structures d'aide à domicile éprouvent des difficultés à mettre en œuvre et à faire perdurer les séances d'échanges de pratiques et d'étude de cas. Leur organisation est facilitée lorsqu'elles s'inscrivent dans un programme de formation spécifique qui est financé dans le cadre du plan de formation. En dehors de ce type de dispositif, les structures peinent à mobiliser les financements qui leur permettrait de prendre en charge ces temps d'échanges. Les résultats d'une enquête que le Pôle a menée auprès de la fédération ADMR des Alpes-Maritimes<sup>9</sup> montrent pourtant qu'au sein d'une structure d'aide et de soins à domicile, les échanges de pratiques incluant une mixité hiérarchique et sectorielle avaient des effets particulièrement bénéfiques sur l'esprit d'équipe et le sentiment d'appartenance, et par conséquent, sur la qualité du service délivré aux bénéficiaires.

**Recommandation** : mener une réflexion globale sur les modes de financements possibles des sessions d'échange de pratiques et d'étude de cas dans le secteur de l'aide à domicile, afin de légiférer sur leur généralisation. En effet, cela pourrait répondre à la difficulté de recrutement du secteur. La généralisation de ce type de réunions permettrait de réduire l'isolement dans lequel se trouvent les intervenants, d'intensifier les échanges entre collaborateurs, de faciliter les prises de décision au domicile et ainsi de rendre le métier plus attractif et moins pénible.

### 3.3 Le financement

En termes de financement, les observations réalisées lors des voyages d'étude nous ont menés à adopter une posture réflexive sur les solutions qui s'offrent aux porteurs de projets français. Il ne s'agit pas ici de remettre en question l'ensemble du modèle organisationnel français de la prise en charge de la dépendance à domicile. Nous souhaitons mettre en avant un dispositif qui permet de faire évoluer le mode de financement des dispositifs français au service du décloisonnement des secteurs sanitaires et sociaux.

#### L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale

En **France**, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2018 a introduit, avec l'article 51, un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits.

<sup>8</sup> <https://autogestion.asso.fr/app/uploads/2012/05/Free-clinic.pdf>

<sup>9</sup> [http://www.pspaca.fr/IMG/pdf/guide\\_qualite\\_de\\_vie\\_au\\_travail\\_et\\_numerique\\_dans\\_les\\_services\\_a\\_domicile.pdf](http://www.pspaca.fr/IMG/pdf/guide_qualite_de_vie_au_travail_et_numerique_dans_les_services_a_domicile.pdf)

Ce dispositif veut répondre à trois constats :

- ▶ Le système de santé dispose de nombreuses ressources qui ne sont pas toujours utilisées de façon pertinente : de fait il existe des déséquilibres de prise en charge entre les patients.
- ▶ Les ressources ne sont pas toujours bien coordonnées : de fait il y a un cloisonnement fort entre les soins de ville, les soins qui relèvent des établissements de santé et les accompagnements du médico-social.
- ▶ Les professions paramédicales ne sont pas bien incluses dans le système de santé alors même qu'il y a de plus en plus de maladies chroniques et de personnes âgées.

Le but est de réorganiser le système de santé pour mieux adapter les ressources aux besoins des patients et ne plus réfléchir de façon cloisonnée « par structure », « par mode de financement » ou « par métier ».

L'Article 51 ouvre la possibilité de déroger aux modes de fonctionnement actuels qui fixent le cloisonnement précédemment évoqué. L'article 51 de la LFSS de 2018 permet notamment des dérogations aux règles de facturation et de tarification pour tous les offreurs de soins, ainsi que des dérogations au panier de soins remboursables. Par exemple, l'article 51 permettra de sortir du financement « à l'acte » pour aller vers un financement « à l'épisode de soin » qui prendrait en compte tous les actes liés à une action sanitaire. Ces expérimentations pourront être mises en œuvre sur une durée de 5 ans à partir de début 2019.

Les possibilités offertes par cet article rappellent la pratique de certains hôpitaux, en **Belgique**, qui peuvent rémunérer des infirmiers intervenants à domicile après une sortie d'hôpital pour assurer la transition.

**Recommandation** : communiquer sur les possibilités offertes par l'article 51 de la LFSS en faveur de l'expérimentation de nouveaux modes de financement et accompagner les structures pour qu'elles se saisissent de ces opportunités.

### 3.4 La gestion des ressources humaines

#### *La qualification et la formation des intervenants*

En **Belgique**, les plans de formation sont importants car les structures sont tenues, légalement, d'allouer 3% à 5% du volume horaire des salariés à la formation. L'offre en termes de parcours professionnel semble plus aboutie. Premièrement le volume de formation permet aux salariés d'améliorer en continu leurs compétences et leurs qualifications. De plus, la « professionnalisation par la spécialisation » permet des évolutions de carrières facilitées par rapport à ce qu'on peut observer en **France**. Ces évolutions sont effectives tant au niveau des postes occupés que de la rémunération. Cela a pour principale conséquence un turn-over des effectifs bien moins important qu'en France. Le turn-over se situe aux alentours de 5,5% au SPAF. Les perspectives d'évolution rendent ces métiers « difficiles » plus attractifs.

Tableau 2 : Comparaison des métiers du soin et de l'aide à domicile

	France	Belgique	Italie
Métiers du soin	Infirmière Aide-soignante	Infirmière ; Aide-soignante ; case- manager (formé par la FASD)	Infirmière
Métiers de l'aide à domicile	Auxiliaire de vie sociale	Aide-ménagère sociale Aide familiale Spécialisation : Garde à domicile Alzheimer	Assistants familiaux non qualifiés
Métiers mixtes	Non	Non	Opérateur socio- sanitaire

**Recommandation** : pour traiter la question centrale du turn over des ressources humaines dans les structures françaises plusieurs solutions peuvent être expérimentées pour faire évoluer les postes traditionnels :

- Créer des postes d'auxiliaires de vie référentes, dont les missions peuvent être en partie dédiées au tutorat ou au déblocage des situations complexes au domicile.
- Faire évoluer des salariés à temps partiel sur du temps plein en intégrant des tâches administratives (type courrier, accueil téléphonique, saisie...) ce qui permettrait à la fois de mieux comprendre le fonctionnement du service et de diminuer la pénibilité du travail.
- Créer des postes d'encadrement intermédiaire de coordination. Ces postes pourraient permettre à des auxiliaires de vie de dégager une partie de leur temps de travail pour réaliser des tâches permettant de faire le lien entre les responsables de secteur et les intervenants de terrain (réévaluation des besoins de bénéficiaires, diffusion des informations entre le siège et le terrain, etc.).
- Permettre, via la formation, à des intervenants à domicile de se spécialiser (ex. Alzheimer, handicap psy, fin de vie).

Par la création de nouvelles strates dans l'organisation (postes de coordination entre l'administration et le terrain) et de postes spécialisés, le secteur pourrait devenir plus attractif pour les salariés (possibilité d'évolution professionnelle au sein de la structure) et les prestations à domicile gagneraient en qualité (réévaluations plus fines et plus fréquentes de la situation). La valorisation financière de ces nouveaux postes reste une question à traiter en profondeur. La modélisation des impacts positifs à long terme pourrait par exemple permettre de mettre en évidence les économies que la structure réaliserait grâce à la diminution du taux de turn over.

### La question du glissement des tâches

En **Belgique**, il existe une distinction entre le métier d'aide-ménagère (qui ne travaille que chez des actifs), les aides ménagères sociales (qui ne travaillent que chez des personnes dépendantes), les aides familiales (qui font de l'accompagnement dans les tâches quotidiennes auprès de personnes dépendantes) et les gardes à domicile Alzheimer (qui accompagnent les personnes atteintes de la maladie dans les tâches quotidiennes et organisent des activités stimulantes). Cette distinction entraîne une séparation des tâches plus importante. Nous avons pu observer que cette séparation des tâches était également fortement contrôlée dans le cas du SPAF et que les écarts étaient sanctionnés.

Il n'existe pas, en **France**, une si large gamme de métiers dans l'aide à domicile. Les intervenants principaux sont salariés comme « aide-ménagère » ou « auxiliaire de vie sociale » (AVS). Les échanges

entre le groupe d'étude français et leur homologue belge nous a permis de constater qu'en **France**, la distinction des statuts et des missions segmentait les tâches relevant du sanitaire et celles relevant du médico-social mais que, dans les faits, il existait un « glissement des tâches » important et peu contrôlé pour répondre à la réalité des besoins des personnes dépendantes.

Enfin, le modèle **italien** intègre quant à lui ce « glissement des tâches » dans le modèle même de l'organisation de ses RH. En effet, les OSS, qui sont les opérateurs « techniques » les plus qualifiés des salariés travaillant auprès de personnes âgées dans l'accomplissement des tâches du quotidien ont des missions qui relèvent à la fois de l'aide à domicile et du soin. Ils peuvent effectuer des soins (aider à la prise de médicament, prévenir les ulcères de pression, mettre en place des interventions de premiers soins...) et des actes de la vie quotidienne (réaliser une assistance de base telle qu'aider les patients totalement ou partiellement dépendants dans les activités de la vie quotidienne).

De la Belgique à l'Italie en passant par la France, on observe une formalisation du décloisonnement entre aide et soin, à travers les postes qui existent dans les structures d'aide à domicile et les missions qui y sont attachées. En Belgique la distinction est stricte entre les tâches relevant de l'aide et du soin, en France elles le sont en théorie mais, dans les faits, un glissement de tâches, difficilement contrôlable, existe entre les deux champs et, enfin, en Italie le décloisonnement entre le sanitaire et le social est formalisé par les missions des OSS, qui relèvent des 2 champs.

**Recommandation** : pour certains des professionnels français, le statut des OSS (dont les missions relèvent à la fois de l'aide et du soin) est l'une des clés du décloisonnement entre les champs sanitaires et médico-sociaux. Il simplifie l'organisation et participe à l'attractivité des métiers.

## 4 RETOUR D'EXPERIENCE

### 4.1 Enseignements tirés

**Méthodologie** : Afin de recueillir les observations des professionnels français nous avons organisé, lors des déplacements, des séances de debriefing « à chaud » (échange collectif sur les dispositifs observés) et nous les avons recontactés la semaine suivant leur retour (enquête téléphonique « à froid »). Un troisième temps de recueil d'informations sera organisé avant janvier 2019 afin que les participants puissent, après la lecture du rapport final, nous faire un dernier retour sur les changements et les ajustements organisationnels ou pratiques qu'ils ont opérés dans leur structure suite aux voyages d'étude.

Certains participants ont été marqués par l'organisation globale de la prise en charge en Belgique et la qualité perçue des conditions de travail pour les salariés. Conscients du fait que ce modèle n'était pas transposable dans sa globalité (en raison notamment de l'écart de moyens alloués à la prise en charge entre les deux pays), ces participants ont apprécié la **posture réflexive vis-à-vis du modèle français** que cette observation leur offrait. Il est intéressant de mesurer les écarts de pratique entre les pays et le Pôle Services à la Personne, en collaboration avec des acteurs telle que l'ONG Age Platform, pourrait endosser ce rôle de référenteur des initiatives et de valorisation des bonnes pratiques.

Nous avons également perçu un fort intérêt des professionnels pour **des dispositifs directement transposables** (valise ACADAL par exemple). Cette observation a permis aux professionnels français eux-mêmes de réfléchir à l'intérêt pour eux de s'interroger sur des services qui peuvent être mobilisés par d'autres structures en suivant un cahier des charges bien spécifique, voire à celui de développer un label spécifique au secteur, de solutions « transférables » clés en main au service de la prise en charge de la dépendance à domicile. Il s'agit d'une dynamique qui pousserait les SAAD à valoriser leurs pratiques innovantes et qui permettrait au secteur de démontrer sa vitalité.

La **valorisation des métiers** en Belgique apparaît comme un point marquant pour certains participants. Ils l'expliquent en partie par la valorisation financière des missions des salariés, par la spécialisation de certains postes et par la bonne articulation entre aide et soin à travers les organes de coordination. Toutefois, ils estiment que ces facteurs de valorisation sont difficilement transposables en France.

Pour certains c'est l'exercice comparatif lui-même qui fut difficile à opérer, notamment en raison des **différences d'échelles d'intervention** entre les structures visitées et leurs propres structures.

Des adhérents ont apprécié le fait de pouvoir **observer des dispositifs** qu'ils avaient pensé développer dans leur structure mais pour lesquels ils projetaient des difficultés en termes d'acceptation de la part de leurs salariés. C'est par exemple le cas pour un modèle proche de celui des mallettes communicationnelles développées en Belgique par le SPAF. Le fait d'avoir pu avoir un retour de la part des professionnels sur la mise en œuvre opérationnelle d'une telle solution a motivé ces adhérents à concrétiser des projets parfois avortés faute de retour d'expérience de confrères. En effet, les directrices et directeurs impliqués dans le projet projettent parfois leurs propres représentations sur leurs collaborateurs ce qui freine le développement de projets innovants (« il ne sera pas possible de développer ce nouveau service, une valise communicationnelle pour les malades Alzheimer, car les intervenants à domicile n'accepteront pas d'utiliser ce type d'outils »). Le fait d'observer la réception qui est effectivement faite par les salariés d'autres structures vis-à-vis de dispositifs similaires participe à relativiser ces représentations erronées au profit de la mise en œuvre des projets.

Le succès des dispositifs développés à **l'échelle communale** dans les pays visités a donné à penser aux participants que cette échelle était peut-être la plus efficace pour monter des projets innovants et viables sur le long terme.

Que ce soit en Belgique avec les plus hautes autorités à l'échelle nationale (plus accessibles qu'en France) ou en Italie avec les municipalités, il semble que le dialogue et la proximité avec les acteurs politiques au niveau local favorise le développement de projets innovants. Les professionnels français regrettent la distance qui les sépare des élus sur leurs propres territoires et soulignent souvent un manque de dialogue avec les équipes techniques à l'échelle du département.

Les dispositifs qui prennent en compte différents publics ont été particulièrement appréciés par le groupe d'étude. Ils ont estimé que le volet **intergénérationnel** était intéressant à intégrer dans un plus grand nombre de projets et d'activités proposés par leurs structures.

L'observation de 2 modèles de prise en charge très différents (Belgique et Italie) a permis aux professionnels d'étudier une **grande variété de dispositifs** et de situer les dispositifs français qu'ils connaissaient dans cet éventail de solutions.

Une préoccupation de certains membres du groupe d'étude, partagée avec les structures visitées fut celle de la **tension** qui existe entre la volonté de **se développer** rapidement et celle de **préserver la qualité** de leur accompagnement à domicile auprès des publics fragiles.

### 4.3 Analyse critique de la mission

#### LE RYTHME DES VISITES ET L'IMPORTANCE DES TEMPS D'ÉCHANGES INFORMELS

Les retours des participants et nos propres observations critiques de la mission nous ont permis de mettre en perspective l'enjeu des modalités de mise en œuvre de l'échange d'information comme central. En effet, lors des missions d'étude, l'enjeu était à la fois de proposer l'observation de plusieurs dispositifs (varier les approches pour que chaque participant puisse trouver matière à réflexion en fonction de son contexte et de ses appétences) tout en favorisant la multiplication de temps d'échanges informels. Lors de la réunion de préparation au voyage d'étude en Belgique, il a été proposé aux participants 2 alternatives : l'une plus dense permettant de visiter un plus grand nombre de structures et l'autre moins dense. Le choix des participants s'est porté sur l'option la plus dense mais ils ont finalement regretté une forme de « consommation de l'information » au détriment d'échanges plus informels avec les partenaires nous accueillant, faute de temps disponible. Cela a été pris en compte dans l'organisation du second voyage d'étude en Italie.

En effet, ces temps d'échanges informels ont plusieurs fonctions, qui ne doivent pas être sous-estimées. Tout d'abord, ils permettent des échanges en dehors du cadre strict des visites organisées par le porteur de projet et ses partenaires dans les pays visités. Cela permet à chacun d'échanger avec ses homologues européens sur des questions qui n'ont pas été abordées lors des temps communs et d'approfondir, sur la base d'affinités électives. Ces temps sont aussi un moyen de neutraliser ou de dépasser le discours promotionnel des acteurs sur les dispositifs qu'ils portent, les structures qu'ils gèrent. L'une des solutions face à cette tendance est de multiplier et de rallonger les temps off pour faire tomber les barrières d'un discours parfois trop maîtrisé. Une autre solution pourrait être d'intégrer les bénéficiaires dans les visites, leurs retours sur les dispositifs en question permettraient d'objectiver davantage leurs impacts (ou bien d'avoir accès à une autre forme de subjectivité vis-à-vis de ces dispositifs).

#### Recommandation méthodologique :

- Multiplier et rallonger les temps d'échanges informels entre le groupe de professionnels français et leurs homologues européens en complément des échanges structurés ;
- Prévoir durant ces échanges du temps pour que les français puissent aussi présenter leur système aux partenaires européens, qui sont très demandeurs ;
- Favoriser des visites de structures ou des présentations de dispositifs en présence des usagers.

#### LA MOBILISATION DES ACTEURS

Un retour réflexif sur la méthodologie adoptée lors des voyages d'étude nous a permis d'apprécier la **diversité des statuts des professionnels** français investis dans le projet. Les acteurs impliqués représentaient à la fois le secteur privé lucratif et le secteur privé non lucratif de l'aide et de soin à domicile et occupaient des postes de direction, d'administrateur, de cadre ou de présidence, ce qui a permis d'accéder à un large spectre de point de vue sur les dispositifs observés. Dans le même sens, le format de voyage d'étude conduit les participants à sortir de leur contexte professionnel habituel, tout en restant dans un cadre structuré, et favorise ainsi une prise de recul sur leurs propres pratiques. De plus, la **présence de chercheurs auprès de ces professionnels** a grandement facilité la compréhension des contextes nationaux et locaux lors des déplacements et a parfois permis une forme de traduction de l'impact des politiques publiques évoquées et appliquées au secteur. Enfin, le partenariat entre les chercheurs du LEST et l'équipe technique du cluster PSP PACA a permis une analyse croisée des données. Il nous semble que cette collaboration a permis une mise en perspective plus équilibrée, entre la théorie et la pratique, des enjeux analytiques mais aussi stratégiques des observations menées.

En revanche, nous avons regretté le **manque d'implication des financeurs** et notamment celui des Départements lors de la mission d'étude malgré les sollicitations qui leur ont été faites. Les réponses que nous avons reçues, variables selon les institutions, vont des difficultés organisationnelles (disponibilité du personnel), des prises de décision (délais du projet trop courts) jusqu'à l'absence de réponse. Leur présence dans le groupe d'étude aurait favorisé un dialogue constructif sur les modes d'adaptation possibles des solutions et des bonnes pratiques observées en Belgique et en Italie dans le contexte français, au niveau des politiques publiques locales. Une seconde difficulté fut rencontrée lors de la **mobilisation des partenariats en Italie**. Nous l'expliquions plus tôt, le secteur du domicile est beaucoup moins institutionnalisé sur ce territoire et il a été difficile d'identifier les interlocuteurs les plus pertinents afin de comparer les pratiques en matière de prise en charge à domicile.

#### Recommandation méthodologique :

- Favoriser la constitution d'un groupe mixte (fonction des professionnels et statut de leur structure) ;
- Créer une dynamique entre monde de la recherche et monde de l'entreprise.

#### OUTILS D'ANALYSE ET LOGISTIQUE

En Italie, la nécessité d'une **traduction** a fortement limité les temps d'échanges informels, pourtant cruciaux pour collecter des informations de qualité sur les dispositifs observés. L'une des solutions aurait été de consacrer un budget plus important aux traducteurs afin qu'ils soient également présents lors de ces temps off.

Nous avons également pu observer une tendance naturelle, de la part des membres du groupe d'étude français, à la **comparaison en termes d'« avance » ou de « retard » des dispositifs** observés sur le modèle et les pratiques qu'ils connaissaient en France. Les outils d'observation proposés avaient pourtant

comme objectif de neutraliser, au moins en partie, cette tendance. Dans le cas d'une nouvelle mobilisation de ces outils, de nouvelles solutions devront être trouvées afin de favoriser une observation du mécanisme et de l'impact de ces dispositifs sur les usagers.

L'organisation des voyages (la construction, l'animation des échanges et la production des livrables) exige un temps de travail conséquent. La capacité des professionnels à assumer seuls ces fonctions est limitée par leurs obligations et responsabilités quotidiennes. La mise à disposition d'un budget, même limité, sur ces tâches dans le cadre de l'appel à projet, aurait été opportune.

Enfin, certains participants auraient aimé pouvoir observer davantage d'**outils concrets** ou techniques tels que les outils de gestion utilisés par les dirigeants de structures dans les pays visités (notamment outils informatiques : logiciels de gestion, de télégestion etc.). Certains quant à eux se sont questionnés sur le **caractère représentatif des cas observés localement**, à l'échelle nationale. Il a dans ce cas fallu réexpliquer l'intérêt d'observations localisées dans le cadre d'une étude comparative sur les innovations sociales et l'importance de contextualiser ces données. Une présentation des contextes nationaux avant chaque visite a d'ailleurs été réalisée dans cette perspective (cf. démarche méthodologique ci-dessous).

#### **Recommandation méthodologique :**

- Prévoir une ligne budgétaire pour la traduction permettant la présence de traducteurs lors des temps informels ;
- Ouvrir une ligne budgétaire pour la construction, l'animation du projet et la production des livrables ;
- Créer des outils d'observation qui aident à limiter la tendance naturelle à la comparaison en termes « d'avance » ou de « retard » pour favoriser une comparaison en termes de fonctionnement ;
- Prévoir l'observation d'outils concrets (notamment informatique).

#### **L'INTERET DE CE TYPE DE PROJET POUR UN RESEAU**

Du point de vue des membres du groupe d'étude, le projet fut une véritable réussite en premier lieu d'un point de vue humain. Une véritable dynamique a pu émerger du groupe et servir les échanges entre ses membres et les acteurs rencontrés dans le cadre des dispositifs présentés en Belgique et en Italie. Le projet a permis de créer ou de renforcer les liens existants entre les membres du réseau du PSP PACA (adhérents et partenaires). Les échanges de bonnes pratiques se sont donc déroulés à deux échelles : entre les membres du groupe d'étude français qui ont pu, grâce aux temps de transports et aux différents temps d'échanges informels, apprendre à mieux se connaître et échanger sur les solutions qu'ils mettent en place dans leurs structures pour améliorer leurs services et entre les membres du groupe français et les partenaires européens.

Pour le Pôle, l'organisation des voyages d'étude a été l'occasion de créer des liens avec de nouveaux acteurs (ex : AGE plateforme) et de renforcer ses liens avec ses partenaires (ex : Commune de Pordenone, équipe Wisdom de l'université de Louvain...).

#### **4.2 Suites envisagées et pistes d'approfondissement**

Suite au voyage en Belgique, nous avons reçu la visite de M. Dubois (directeur du SPAF) en région PACA. Le Pôle s'est chargé d'organiser des rencontres et des visites entre M. Dubois et certains membres du groupe de professionnels français, particulièrement intéressés par les solutions développées dans la province de Namur. Ces 2 jours de visites lui ont permis de se rendre dans 2 structures, l'une à Aix-en-Provence et l'autre à Marseille. Une prochaine visite est prévue dans une

structure sur Avignon. Il a également pu rencontrer des adhérents du Pôle intéressés par la solution de la valise communicationnelle ACADAL, lors d'une présentation et d'un temps d'échange au Pôle.

### **Programme de visite de M. Dubois (Directeur du SPAF) en France les 15 et 16 mai 2018**

#### **Visite du 15/05 de Mr Dubois chez Stella Aide aux familles (14h-17h)**

- Accueil café, présentation
- Présentation des activités de Stella Aide aux familles par Michèle Volpé et Nicole Long-Martel
- Observation et échanges autour de l'atelier « bouger âgé » mis en place ce jour (participation d'un animateur sportif)
- Présentation du service ACADAL par Mr Dubois (présence des responsables de secteur)

#### **Réunion du 16/05 au pôle service à la personne (10h – 12h)**

- Présentation en vidéo du service ACADAL (Accompagnement A Domicile Alzheimer) par Mr Dubois (Temps commun avec la réunion Marseille Géront'info – acteurs de la coordination du territoire de Marseille : MAIA, Pôles infos seniors, CCAS, Uriopss, Centre gérontologique départemental)
- Échanges sur les conditions techniques et financières d'une expérimentation du service ACADAL en France

#### **Visite du 16/05 de Mr Dubois chez Adar Provence (14h-17h)**

- Accueil et visite des locaux du siège d'ADAR Provence Service à Aix-en-Provence
- Présentation du service ACADAL et des projets d'expansion par Mr Dubois
- Présentation des activités d'ADAR par Rémi Cabon, directeur
- Echanges de pratiques et de contextes entre la France et la Belgique

### **L'expérimentation du service Acadal en France :**

Nous l'avons vu plus tôt, la solution Acadal a été pensée pour être utilisée clé en main. Pour comprendre la démarche engagée et la reproduire, toute la méthodologie pour mettre en place le service est résumée dans deux carnets. Dans ces carnets, sont expliqués tous les modes de fonctionnement des outils de la valise communicationnelle ainsi que les formations à mettre en place pour les salariés. Le développement de la solution est imaginé dans le cadre de la création d'un réseau de partenariats européens. Dans le cadre de ce réseau, chaque prestataire de service utilisant la solution pourrait faire des retours d'expériences nationaux permettant de faire évoluer le dispositif. Des programmes européens seront examinés pour un éventuel soutien financier à l'expérimentation.

Peu après le retour du groupe d'étude en France, le Pôle a également été contacté par la FASD (Bruxelles) et nous avons rédigé un article sur le projet qui est paru dans le magazine de la Fédération.

### **Un voyage « retour » des partenaires italiens en région PACA**

Des partenaires italiens (Commune de Pordenone) ont également sollicité le Pôle pour imaginer un voyage d'étude permettant aux professionnels français de recevoir, sur un modèle similaire, les partenaires italiens qui ont été particulièrement séduits par le format de cet échange. Ils souhaitent organiser ce voyage début 2019.

## **Des voyages d'étude locaux**

Le Pôle souhaite s'inspirer de la méthodologie utilisée lors de l'organisation des voyages d'étude européens pour développer des projets à l'échelle régionale. En effet, certains professionnels du réseau, qui ont été particulièrement inspirés par les dispositifs présentés lors des voyages d'étude européens, se sont étonnés de ne pas connaître certains dispositifs pourtant déployés sur leur propre territoire. Pour répondre à cet enjeu de développement d'une meilleure interconnaissance locale, le Pôle travaille actuellement à la transposition du projet à l'échelle départemental et interdépartemental en région PACA. Les recommandations méthodologiques seront appliquées à cette échelle pour favoriser la richesse des échanges qui auront lieu dans ce cadre (temps informels, transport en commun, observations de dispositifs concrets, mixité du groupe, etc.)

## **Poursuivre le projet dans d'autres pays européens**

Enfin, plusieurs participants nous ont fait part de leur intérêt pour le modèle scandinave en matière d'aide et d'accompagnement à domicile. Le Pôle espère pouvoir créer de nouveaux partenariats (techniques et financiers) afin de mettre en place des voyages d'études sur ces territoires.

## **La valorisation des résultats (colloques et séminaires)**

Une valorisation des résultats des projets mis en œuvre dans le cadre de l'appel à projet thématique 2017 de la CNSA est prévue en janvier 2019 à Paris. Le Pôle a également été retenu pour présenter une communication sur le projet lors d'un séminaire organisé par le groupement de Coopération Sanitaire pour un Parcours Gérontologique dans l'Agglomération Marseillaise (GCS PGAM) « 15h pour la Santé, Construisons le Parcours » qui aura lieu le 15 novembre 2018 à Marseille. Enfin, en collaboration avec le LEST, nous souhaitons soumettre une autre communication pour présenter les résultats du projet lors d'un colloque académique et professionnel sur le thème de la santé et du territoire qui se déroulera à Clermont-Ferrand en avril 2019.

## 5 CONCLUSION

La comparaison des modes de prise en charge de la dépendance à domicile entre ces trois pays européens que sont la Belgique, la France et l'Italie met largement en lumière l'importance des contextes historique et institutionnel de l'intervention publique et de l'offre de services dans l'analyse que l'on peut faire des systèmes locaux. Ces particularités territoriales rendent difficile la transposition, sans adaptation, de dispositifs et de pratiques pensés en cohérence avec des enjeux locaux.

Nous avons pu en effet observer une **diversité de régimes** de *care*. En Belgique, un compromis semble avoir été établi entre l'Etat et le monde associatif puisque, si le poids de la puissance publique est important, celle-ci fonctionne par une délégation de services aux associations. Le rôle de coordinateur leur est délégué mais il est financé par les pouvoirs publics. En Italie le poids de la famille et de l'offre informelle reste dominant ; même si le rôle de l'Etat dans le financement et des autorités locales dans l'organisation des services est important. La famille représente l'élément central de l'aide à domicile. Nous avons également été frappés par une **complexité institutionnelle** commune aux trois pays observés. L'articulation entre les niveaux fédéral, régional, local selon des modalités différentes est complexe et source de fragmentation des responsabilités, de manque de visibilité pour les bénéficiaires et de disparités régionales. Toutefois, si ce sont en premier lieu des différences qui ont été observées dans ces trois contextes, elles ont permis de formuler des orientations souhaitables pour favoriser, en France, une prise en charge de qualité des personnes dépendantes à leur domicile. Ces orientations peuvent être résumées en 4 points prioritaires :

### **1. Réfléchir à de nouvelles modalités de prise en charge des personnes dépendantes**

- Prévoir une réévaluation régulière du plan d'aide par des équipes pluridisciplinaires pour ne pas prendre en compte que les critères sanitaires ;
- Faire un état des lieux des services manquants ou insuffisamment développés sur les territoires ; par exemple, la question du transport et de la mobilité des aînés est cruciale, la question de l'habitat ;
- Créer de « nouveaux » outils pédagogiques pour améliorer la prise en charge de la dépendance (mallette ACADAL, récits de vie, chambre multisensorielle, poupées, etc.) ;
- Encourager les échanges de bonnes pratiques entre pays européens mais aussi au sein de son propre pays.

### **2. Faire valoir le rôle essentiel de la coordination**

L'étude permet d'observer une coordination plus forte en Belgique (par les associations) et en Italie (par les autorités locales) qu'en France où les solutions en sont à un stade plus expérimental. Pourtant, la coordination devient indispensable pour les cas complexes : coordination entre services, coordination pour faciliter les transitions mais aussi au sein d'une structure entre les équipes (encourager la complémentarité, éviter l'isolement des intervenants). Face à ce constat, il serait intéressant d'encourager la création de guichets uniques permettant une meilleure visibilité et un meilleur accès aux services pour les bénéficiaires.

### **3. Valoriser les métiers et investir dans la formation (investissement social)**

L'étude a également permis d'identifier le rôle majeur de la formation, de la reconnaissance des différents métiers et de la spécialisation à des pathologies spécifiques (Alzheimer) pour améliorer la qualité du service fourni, réduire le turnover et offrir des perspectives de carrière aux intervenants. Toutefois, il existe une tension entre une tendance au renforcement de la polyvalence des salariés (pour pouvoir répondre aux besoins de la personne âgée au quotidien) et cette piste de la spécificité des tâches selon le métier.

Le numérique est également un champ qui participe à améliorer les conditions de travail et les acteurs français ont pu constater que la France avait su se saisir précocement de cet enjeu. Enfin, le financement de réunions collectives et de temps d'échanges entre intervenants semble être l'une des clés, à la fois pour améliorer la qualité des relations entre les professionnels, l'esprit d'équipe mais aussi l'accompagnement proposé aux bénéficiaires.

#### **4. Investir dans l'habitat : repenser le « vivre ensemble »**

En Belgique comme en Italie, le groupe d'étude a pu noter un intérêt marqué des acteurs pour les innovations sociales autour du logement et de l'habitat (projets à l'échelle d'un quartier). Ces projets suivent différents objectifs :

- Prévenir la perte d'autonomie (logement adapté) ;
- Maintenir au domicile le plus longtemps possible (logement adapté) ;
- Ne pas enfermer la personne dépendante à son domicile (accès aux commerces, au marché, aux transports en commun et accompagnement dans les déplacements, restaurant, etc.) : aménager la ville pour que les seniors puissent continuer à être actifs ;
- Encourager les échanges intergénérationnels, (par exemple en prévoyant une crèche dans le quartier et en prévoyant des activités avec cette crèche) ;
- Proposer des activités dans une optique de « vieillissement actif » et de participation citoyenne des « aînés ».

En France, le développement de ce type de projet passe nécessairement par le renforcement d'une logique de partenariat public-privé car il suppose des investissements lourds que les structures d'aides et de soins à domicile peuvent difficilement assumer seules.

## 6 ANNEXES

### 6.1 Méthodologie

#### a. Composition du groupe

Le groupe d'étude était composé de 11 structures d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) ayant une offre de service à destination de publics très dépendants. 5 structures proposent également des services de soins infirmiers à domicile. Ces structures sont des entreprises et associations adhérentes au Pôle Services à la Personne PACA<sup>10</sup>. Les participants au projet, qui représentent ces structures, sont tous des directeurs ayant une vision transversale de l'activité et qui sont en mesure d'analyser les observations à 2 échelles : la coopération territoriale et l'organisation interne (dans la structure participante et dans les structures visitées).

Ce groupe de professionnels du secteur médico-social fut complété par quatre autres types de partenaires :

- le Pôle Services à la Personne PACA qui sera chargé de la coordination et de l'organisation du projet ;
- le laboratoire de recherche académique LEST (Laboratoire d'Economie et de Sociologie du Travail) qui se chargera des travaux de recherches et du soutien à l'analyse des résultats ;
- un financeur territorial (AG2R La Mondiale, caisse de prévoyance) ;
- un réseau d'intervenants libéraux et hospitaliers sur le territoire (réseau ILHUP).

#### Liste détaillée des participants :

Structure	Nom	Activités	Statut	Nombre
ABCD-St Joseph	V. Rippert, directrice	SAAD	Association	1
Abeille à domicile	C. Alline, directrice	SAAD	Association	1
ADAR Provence	R. Cabon, directeur	SAAD/SSIAD	Association	1
Arcade	P. Agati, directeur	SAAD/SSIAD	Association	1
Fédération ADMR 84	G. Piazza, directeur	SAAD/SSIAD	Association	1
Home Services	S. Dalbies, directeur	SAAD	Association	1
Provence Aide Service	L. Malfant, directeur	SAAD	Entreprise	1
Stella Aide aux familles	N. Long-Martel, directrice	SAAD	Association	1
Varsef	B. Blanchet, directeur	SAAD	Association	1
Vanikoro	M. Turbatte, directrice	SAAD	Entreprise	1
Fédération ADMR 06	C. Riboldi, Président	SAAD/SSIAD	Association	1
AG2R La Mondiale/ ADMR06	D. Lelaurain	SAAD/Financeur		1
Réseau ILHUP	X. Barbaud, Responsable qualité	-	-	1
PSP PACA	J. Piedallu/L. Cloarec/F. Icard/F. Bajric	-	-	4
LEST (université Aix-Marseille)	F. Petrella/C. Baret, Enseignants-chercheurs	-	-	2
	<b>Total</b>			<b>19</b>

<sup>10</sup> Ces structures adhérentes au PSP PACA se sont engagées à respecter 4 principes (localisation, démarche qualité, respect de la réglementation et politique de développement RH) détaillés en annexe.

## *b. Démarche méthodologique*

### **Le protocole d'observation et les outils**

Pour réaliser l'étude et atteindre les objectifs de la mission précitée, nous avons adopté une approche internationale comparative reposant sur une enquête qualitative. L'avantage analytique de cette approche consiste à prendre en compte les pratiques des SAAD participants et de les comparer à celles des structures visitées. Un travail de capitalisation a permis ensuite, sur la base de cette étude comparative, de formuler des recommandations plus générales sur les pratiques, améliorations et innovations sociales permettant une meilleure appréhension des problématiques liées au maintien à domicile des personnes très dépendantes en France.

L'enquête de terrain a été réalisée selon une approche méthodologique située à **deux échelles** d'observation des pratiques (description fonctionnelle des dispositifs) pour une prise en charge de qualité des personnes très dépendantes à domicile :

- une échelle **méso-sociale** (acteurs institutionnels, acteurs collectifs, réseaux médico-sociaux)
  - > Prise en compte des modes de coopérations à l'échelle d'un territoire.
- une échelle **microsociale** (acteurs individuels : professionnels)
  - > Prise en compte des dispositifs organisationnels à l'échelle d'un service.

Une analyse des cadres réglementaires qui organisent ces dispositifs a été effectuée pour chaque sous-partie.

#### Les outils :

Afin de laisser une dynamique d'échange libre entre les participants et les délégations d'accueil, il a été décidé collectivement de favoriser une prise de note continue mais individuelle de la part des participants. Le Pôle a ainsi construit un outil, le **carnet d'observation**, qui a été remis à tous les participants afin de les guider dans leurs observations et dans l'analyse de celles-ci. Les participants se sont appuyés sur ces notes lors des séances de travail collectives.

Les carnets ont été élaborés sur la base des résultats des **auto-analyses** produites par les membres du groupe d'étude. Ils abordaient les **thématiques** suivantes :

- La coordination
- La gestion des RH
- Les innovations en lien avec la dépendance à domicile
- Les liens avec les autres organisations/partenariats
- Les modalités de la prise en charge de la grande dépendance à domicile
- Les autres points d'intérêts

### **Le protocole de travail et d'analyse avant et pendant le déplacement**

#### Avant le déplacement

Le travail collectif et participatif de préparation de l'étude a débuté lors d'une **réunion de lancement** du projet organisée au Pôle Services à la Personne (Marseille), le 18 décembre 2017. Les structures participantes, les chercheurs du LEST et les équipes du PSP ont détaillé, à cette occasion, les

objectifs du projet, ses principes méthodologiques et les contextes nationaux de prise en charge de la dépendance.

Ce travail collaboratif s'est poursuivi avec l'élaboration, par le Pôle, d'un questionnaire d'**autoanalyse**<sup>11</sup> à l'attention des dirigeants des structures participantes. Le Pôle a ainsi demandé à chaque structure participante d'élaborer une brève analyse de ses propres pratiques en matière de prise en charge de la dépendance à domicile. Cette auto-analyse a permis aux membres du groupe d'étude de comparer leurs points de vue (lors de la réunion de préparation au déplacement en Belgique) et de construire des axes de questionnements à aborder lors des échanges avec les structures visitées en Belgique et en Italie.

Les réponses à ces outils ont permis de préparer et d'animer la **séance de travail et de préparation au 1<sup>er</sup> déplacement** qui s'est tenue au Pôle le 15 janvier 2018.

### Pendant le déplacement

Pendant le déplacement le protocole de travail et d'analyse s'est construit selon **2 méthodes complémentaires** de collecte de données :

- Un carnet individuel à compléter au fil des visites par les participants. L'analyse des notes individuelles inscrites dans ces carnets, a permis d'avoir un aperçu à la fois des données issues des moments d'échanges collectifs et formels, du point de vue des participants, et des données issues de discussions informelles tout au long du déplacement.
- Une prise de notes lors des présentations et échanges collectifs formels. Ces prises de note ont été prises en charge par les équipes du PSP et du LEST (contenu des présentations, réactions, questions, réponses, etc.).

Les **débriefings** et **réunions de travail** ont permis une mise en commun des notes et observations individuelles et de la prise de note du PSP/LEST. L'analyse de ces observations a donné lieu à la formalisation :

- D'un rapport étonnement ;
- Des principales pratiques inspirantes ;
- Et de leurs conditions de transfert.

### *c. Outils de recueil d'information*

#### **Questionnaire d'auto-analyse des participants**

Dans le cadre de l'étude comparative de la **prise en charge (PEC) de la grande dépendance à domicile** en Europe, projet porté par le Pôle et soutenu par la CNSA, il est demandé à chaque structure participante d'élaborer une **brève analyse de ses propres pratiques en la matière**. Cette auto-analyse permettra aux membres du groupe d'étude de comparer leurs points de vue lors de la prochaine réunion (15 janvier 2018) et de construire des axes de questionnements à aborder lors des échanges avec les structures visitées en Belgique et en Italie.

<b>A//</b> La question de la PEC de la grande dépendance à domicile
---

<sup>11</sup> Le questionnaire d'auto-analyse et la synthèse des résultats sont annexés au présent rapport (cf. Annexe 2).

De votre point de vue, quels sont **les problèmes posés par la PEC de la grande dépendance à domicile** ? (coordination, financement, compétences des intervenants, usure professionnelle, etc.)

- Quels sont ceux que vous voudriez **traiter en priorité** dans le cadre de l'étude ?

**B//** Les types d'organisations internes permettant une PEC de qualité au domicile des personnes très dépendantes

- 1) Considérez-vous qu'il existe des **besoins spécifiques à la grande dépendance** en termes de PEC (du point de vue des services à développer) ? *Si oui* :
    - Lesquels ?
  - 2) Considérez-vous que vous **adaptez vos services** aux publics les plus dépendants (si oui, de quelle manière) ?
  - 3) De quelle manière l'**évolution des besoins** des bénéficiaires (entrant progressivement dans la grande dépendance) sont-ils pris en compte par votre structure ? (*ex : adaptation des plans d'aide aux nouveaux besoins*)
  - 4) Connaissez-vous ou avez-vous vous-même développé des **projets innovants** permettant une meilleure PEC de la dépendance à domicile ?
- Quelles sont les questions que vous souhaiteriez poser à vos homologues européens concernant les innovations sociales pouvant favoriser le maintien à domicile de ces publics dans les pays visités ?

**C//** Les modes d'organisation des coopérations entre les acteurs dans les réseaux médico-sociaux pour une meilleure PEC de la dépendance à domicile

- 1) Comment votre structure prend-elle en compte **les besoins en coordination** des acteurs dans la PEC de la grande dépendance à domicile ?
    - Quelles sont les **difficultés** que vous rencontrez pour rendre effective cette coordination ?
    - Quelles **solutions** avez-vous trouvées/souhaitez-vous mettre en œuvre pour favoriser la coordination des acteurs autour des personnes très dépendantes à domicile ?
  - 2) **L'aide et le soin** sont-ils intégrés au panier de services que vous proposez ?
    - Si oui, de quelle manière ?
  - 3) Avez-vous développé des modes de **coopérations avec des établissements** ?
    - Si oui, de quelle manière et pour quelle raisons ?
- Quelles sont les questions que vous souhaiteriez poser à vos homologues européens concernant l'organisation de la coordination dans les pays visités ?

Pour terminer, quels sont les **points non mentionnés que vous souhaiteriez aborder** lors des voyages d'étude ?

Photos à associer en fonction de la thématique abordée

**La coordination**

Sujets	Observations/pratiques inspirantes	Conditions de transferts dans le contexte français
- Financement de la coordination		
- Coordination des prestations des intervenants liés à la structure		
- Coordination avec les professionnels externes à la structure		
- Autres points d'intérêt		

**La gestion des ressources humaines**

Sujets	Observations/pratiques inspirantes	Conditions de transferts dans le contexte français
- Recrutement des intervenants		
- Formation des intervenants		

- Valorisation des métiers d'intervenants à domicile		
- Autres points d'intérêt		

### Les innovations en liens avec la dépendance à domicile

Sujets	Observations/pratiques inspirantes	Conditions de transferts dans le contexte français
- Innovations sociales (mode d'organisation, pratiques mise en place, services innovants...)		
- Innovations technologiques		
- Autres points d'intérêt		

### Les liens avec les autres organisations/groupes de personnes

Sujets	Observations/pratiques inspirantes	Conditions de transferts dans le contexte français
- Les liens avec les autres structures/organisations dans le champ du médico-social		

- Les liens avec les acteurs médicaux		
- Les liens avec les aidants familiaux/de proximité		
- Autres points d'intérêt		

### La prise en charge

Sujets	Observations/pratiques inspirantes	Conditions de transferts dans le contexte français
- La définition de la « grande dépendance » : indicateurs objectifs ?		
- La construction du projet de soin/projet de vie		
- La réévaluation des besoins de l'utilisateur		
- Profil des intervenants		
- Création de lien social avec l'utilisateur		

- Autres points d'intérêt		
---------------------------	--	--

### Autres points d'intérêt

Sujets	Observations/pratiques inspirantes	Conditions de transferts dans le contexte français

## 6.2 Bibliographie

- ANAP - Présenté par Dupont.X, Leost.H, Maret.MC - « *Le secteur médico-social, comprendre pour agir mieux* » - 2015
- Annuaire action sociale.org - *Répartition des SPASAD par Région* - 2017 - URL: <http://annuaire.action-sociale.org/etablissements/readaptation-sociale/service-polyvalent-aide-et-soins-a-domicile--s-p-a-s-a-d---209/Repartition.html>
- ANESM - Accompagnement des aidants non-professionnels - URL: [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Cadrage\\_RBPP\\_Accompagnement\\_des\\_aidants\\_non\\_professionnels\\_a\\_domicile.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Cadrage_RBPP_Accompagnement_des_aidants_non_professionnels_a_domicile.pdf)
- Artoisenet.C, Pacolet.J, Delière.D, Cattaert.G, Coudron.V, Leroy Annick Peetermans.X, Swine.C- *Vieillesse, aide et soins de santé en Belgique*- 2005
- Baradon.A - *Le maintien à domicile des personnes âgées favorisé en Europe* – 2014
- Baret.C- Résumé du rapport pour le projet ERASMUS + n°2015-1- EL01-KA202- 014051/i-Car – 2017
- Bertrand.D, Falinower.I - *Les services de soins infirmiers à domicile en 2008- 2011-* <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat160.pdf>
- Bocquet.H, Grand.A, Clément.S – *Mesurer l'aide informelle : synthèse des pratiques européennes et nouvelle proposition* – 1997
- Campéon.A, Le Bihan-Youinou.B, MartinC - *La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Europe: Le vécu des aidants familiaux-* P111 à 127 – 2012
- CNSA - *Etude des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile et des facteurs explicatifs de leurs coûts* – 2016
- Cresson.G - *La production familiale de soins et de santé. La prise en compte tardive et inachevée d'une participation essentielle* - p. 6-15 – 2006
- DARES – *Résultats : Les services à la personne en 2015* – 2015
- Da Roit.B et Le Bihan.B - « La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France et en Italie. Familialisation ou défamilialisation du care ? » - 2009
- Deboosere.P, Van Oyen.H, Lorant.V, Charafédine. R- *Les inégalités sociales de santé en Belgique* – 2011
- Destrez-Ostrowski.V - *La dépendance en Europe, un chantier inachevé* – 2017
- Direction générale des entreprises - "Les acteurs des services à la personne" - 2017 - URL: <https://www.entreprises.gouv.fr/services-a-la-personne/acteurs>

- DRESS- Travaux coordonnés par Virginie Gimbert et Christophe Malochet - *Les défis de l'accompagnement du grand âge* – 2011
- Dress - Blanche le Bihan - La prise en charge des personnes dépendantes en Allemagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède : Une étude de cas type – 2002
- Dubourg.D - « *Les services pour les personnes âgées en Wallonie, offre et utilisation* » - 2014
- Duée.M, Rebillard.C - *La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040* – 2006
- Duée.M , Rebillard.C , Pennec.S - *Les personnes dépendantes en France : Evolution et prise en charge* – 2005
- Eurodiaconia - *Guidelines on homecare services* – 2015
- FEHAP - *Les SSIAD, Services de Soins Infirmiers à Domicile* - 2011 - URL: <http://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2013-01/ssiad.pdf>
- Gilain.b, Nyssens.M- *Histoire d'un partenariat associatif/public* – 2001
- Genet.N, Boerma.W, Kroneman.M, Hutchinson.A, Saltman.R - *Homecare across Europe, current structure and current challenges* – 2012
- Gori.C - *Les disparités territoriales : l'exemple italien- p. 251-268* – 1999
- Gucher.C - *Des fondements aux enjeux contemporains des politiques publiques du handicap et de la vieillesse : divergences et convergences* - p. 105-114 - 2008 URL : <https://www.cairn.info/revue-empan-2008-2-page-105.htm>
- Ishii.K - Thèse Pour le Doctorat en Sciences Economiques présentée et soutenue publiquement sous la direction de Pierre Ralle et Jérôme Wittwer - 2015
- Kamette.F - *La prise en charge de la dépendance dans l'union européenne* - 2011
- Lethbridge.J - *Prise en charge des personnes âgées en Europe: Le défis pour les travailleurs* - 2011 - [www.epsu.org/a/7431](http://www.epsu.org/a/7431)
- Le Bihan-Youinou.B et Martin.C - *Comparer les paniers de services aux personnes âgées dépendantes en Europe* - 2003
- Martin.C - *La dépendance des personnes âgées : Quelles politiques en Europe?* - 2003
- Martin.C - *Les politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes* - Travail, genre et sociétés – 2001
- Nasaut.S, Nyssens.M et Vermet.MC - *Les effets d'une coexistence de différents modes de régulation, suite à la création d'un quasi marché dans le secteur belge de l'aide à domicile* – 2008
- Observatoire pour le développement socio-économique en Europe - *Eldercare Services in Europe: Home Care, Family Support and Domestic Services for Older People* – 2011
- Ravaud.JF, Ville.I - *Les disparités de genre dans le repérage et la prise en charge des situations de handicap* - Revue française des affaires sociales, p. 225-253 – 2003

- Réseau Social européen - Services for older people in Europe Facts and figures about long term care services in Europe – 2008
- Rosso-Debord.V - *Rapport d'information déposé par la commission, européenne sur la prise en charge de la dépendance en Europe* – 2011
- Stabel, Direction Générale des statistiques - *Pyramide des âges* - 2017- URL: <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/structure-de-la-population#figures>
- Servicepublic.gouv - *Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches* - 2017- URL: <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-domicile/amenager-son-logement>)
- Service public fédéral, Sécurité Sociale- *Rapport annuel 2015 de la direction générale personnes handicapées* - 2015- URL: <http://handicap.belgium.be/docs/fr/rapport-annuel-2015-fr.pdf>
- Servicepublic.fr - *Prestation compensation du handicap* - 2017- URL: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14202>
- Service public fédéral- Sécurité Sociale-Direction générale des personnes handicapée- 2018- URL: <http://handicap.belgium.be/fr/mes-droits/index.htm>
- Silver Economie Commenter - *Un tiers des européens pensent que la prise en charge des personnes âgées est mauvaise* - 2013
- Tarricone.R, Tsouros.AD - *The sold facts, home care in Europe* – 2008

### 6.3 Glossaire

ACADAL : Accompagnement à domicile Alzheimer

AMP : Aide médico-psychologique

ARS : Agence régionale de santé

ASBL : Association sans but lucratif

ASL : Autorités Sanitaires Locales

AVS : Auxiliaire de vie sociale

CASD : Coordination aide et soins à domicile

CESI : Certificat de l'Enseignement Secondaire Inférieur

CLIC : Centre local d'information et de coordination

COCOF : commission communautaire française

COCOM : commission communautaire commune

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ESA : Equipe spécialisée Alzheimer

FASD : Fédération de l'aide et des soins à domicile

FAP : Fond pour l'autonomie possible

GCS-PGAM : Groupement de Coopération Sanitaire pour un Parcours Gériatrique dans l'Agglomération Marseillaise

HAD : Hospitalisation à domicile

LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale

MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

OSS : Opérateur socio-sanitaires

PA : Personnes âgées

PAI : Plan d'Assistance Individuel

PEC : Prise en charge

PSP : Plan de Soutien Personnalisé

PUA : Point Unique d'Accès

RSA : Résidence socio-assistance

SAD : Service d'assistance à domicile

SAAD : Service d'aide et d'accompagnement à domicile

SLD : Soins longue durée

SPASAD : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

SPAF : Service provincial d'aide familial de Namur