

Atelier prospectif de l'Observatoire des emplois de la famille

Lundi 25 mars 2019

**ACCOMPAGNER DEMAIN LE VIEILLISSEMENT
ET LE HANDICAP À DOMICILE : QUELLES
ATTENTES, QUELS MÉTIERS, QUELLES
COMPÉTENCES ?**

Les actes



Les propos recueillis sont issus des interventions des participants à l'atelier prospectif de l'Observatoire des emplois de la famille organisé le 25 mars 2019 à la FEPem, à Paris.

Cette action est financée dans le cadre du Plan d'investissement dans les compétences et bénéficie de l'expertise du ministère en charge du travail, dans le cadre de l'EDEC pour les branches des salariés du particulier employeur et des assistants maternels du particulier employeur.

Un accord-cadre national d'engagement de développement de l'emploi et des compétences pour les deux branches du particulier employeur a été signé le 10 octobre 2018 pour une durée de 2 ans, entre la FEPEM, les organisations syndicales de salariés et Iperia.

L'organisation de cet atelier prospectif s'inscrit dans l'axe 3 portant sur le développement de la vision prospective des métiers et des compétences dans le secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile.

Table ronde n°1 : L'évolution des attentes des personnes âgées et handicapées à domicile

Animée par Stéphanie Queval, chargée d'études senior à l'Observatoire des emplois de la famille.



La table ronde n°1 met en discussion les incidences sur les métiers liés à l'accompagnement du vieillissement à domicile, de l'évolution des attentes des personnes âgées et handicapées et de leurs proches à l'égard des intervenant(e)s à domicile. Ces attentes sont plurielles du fait de la grande hétérogénéité des caractéristiques sociodémographiques des personnes vivant à domicile, de leur état de santé, de leurs aspirations, de leur niveau de vie... Au-delà de ces différences, quel pourrait être le profil-type du(de la) salarié(e) à domicile qui accompagnera à l'horizon 2030 les personnes âgées à domicile ? Comment évoluera le contenu de son travail, notamment sur les plans organisationnel et émotionnel ? Quelles seront les compétences attendues ? Dans quels types de domiciles et au sein de quelles configurations d'aide travaillera-t-il(elle) ?

Personnes présentes autour de la table ronde :

Aurélia Bire, architecte d'intérieur, designer et mère d'une jeune fille porteuse de la trisomie 21 ;

Leïla Boudra, chercheuse en ergonomie, enseignante à l'université Paris 8, anciennement collaboratrice de l'Observatoire des emplois de la famille ;

Assia Diallo, assistante de vie de Mme Lesage ;

Bernard Jouandin, membre de l'association Hal'âge, porteur de projets ;

Anne Lesage, membre de la commission handicap de la FEPEM ;

Estelle Marchand, cheffe de projets Innovation sociale à la Compagnie des aidants ;

Natalie Orange, responsable de développement de formation, Maison familiale rurale de Forges-les-Eaux ;

Audrey Piton, responsable de la filière handicap-dépendance à la FEPEM ;

José Puig, Directeur INSHEA (Institut national supérieur formation et recherche handicap et enseignements adaptés) ;

Mélanie Tocqueville, responsable de la direction scientifique d'Ipéria l'Institut.

Compétences techniques et relationnelles des intervenant(e)s à domicile

Lorsque l'on cite l'accompagnement à domicile, il est souvent fait référence au métier d'assistante de vie qui compte 4 niveaux de qualification dans la grille des métiers de la branche des salariés du particulier employeur. Au-delà de ces qualifications reconnues, d'autres compétences concernant le savoir-être (le bon sens, la bienveillance par exemple) apparaissent comme étant tout aussi importantes. Ce savoir-être peut être appris ou acquis. Les avis divergent sur cette question des savoir-être appris ou acquis, sur l'existence ou non d'une vocation à exercer ce métier ou encore sur le choix des termes : s'agit-il de savoir-être ou de savoir relationnel ?

Natalie Orange : *« J'aurais davantage parlé de savoir relationnel qui rend compte du fait d'entrer en relation avec une personne qui n'est jamais la même quels que soient l'heure, l'état de santé ».*

Certain(e)s intervenant(e)s estiment que ce savoir-être doit s'apprendre de façon formalisée.

Par rapport au handicap, les attentes des personnes aidées sont très claires sur un point : pas de pitié, pas de misérabilisme. Il est attendu de l'intervenant(e) un comportement professionnel et bienveillant.

5

Face au manque de personnel formé, il est rappelé qu'aux domiciles, chaque famille, chaque personne aidée forme son(ses) intervenant(e)s aux besoins de la personne accompagnée. Il y a ainsi un essaimage de pratiques acquises par les salariés auprès d'un particulier, lorsqu'il (elle) se rend chez un autre particulier ou dans une autre structure.

Anne Lesage : *« Une nouvelle salariée qui arrive chez moi sera formée par d'autres salariées plus anciennes, elles ne démarrent jamais toute seules, elles ont deux ou trois matins où elles sont formées par une auxiliaire de vie. »*

Ce qui fait consensus, c'est la complémentarité entre les compétences techniques et les compétences relationnelles. Les deux sont considérées comme étant indispensables à un accompagnement à domicile de qualité.

José Puig : *« Ils doivent acquérir (les professionnels) un certain nombre de capacités, contrôler leurs émotions, analyser leur propre comportement, leurs discours. C'est une compétence qui s'apprend, qui se construit, se rationalise plutôt qu'un don, une vocation ou du savoir-être inné. »*

Les intervenant(e)s à domicile pourraient aussi devenir des facilitateurs d'accès à internet, pour permettre à la personne accompagnée de communiquer plus facilement avec sa famille, de faire des achats en ligne. Mais la réticence des intervenant(e)s est encore aujourd'hui assez forte dans la mesure où pour eux(elles) ce n'est pas perçu comme un vrai travail. De la même façon, la réticence à se former à distance est encore très présente. La formation en présentiel est très souvent la seule occasion d'échanger entre professionnel(le)s.

Une personne qui doit être accompagnée dans un environnement social, économique, familial

Autre point à prendre en compte : la vision holistique de la personne, qui consiste à ne pas se limiter à un seul point de vue médical, pour la considérer dans son environnement global (familial, social...) et répondre de façon personnalisée à ses besoins.

Le partage d'expériences, la formation entre pairs

Si chaque handicap, chaque situation de perte d'autonomie est spécifique, il y a aussi des points communs, des problématiques communes entre le handicap et la vieillesse. Plusieurs idées sont proposées, par exemple la création de centres référents dans lesquels l'accompagnant(e) pourrait être guidé(e) pour faire évoluer ses pratiques, pour enrichir ses connaissances.

L'intervenant(e) est souvent isolé(e), dans un domicile dépourvu de collectif de travail. Rompre cet isolement est primordial, et cela peut se faire à travers la création de lieux permettant aux intervenant(e)s de prendre du recul sur leurs pratiques professionnelles, comme les relais assistants de vie par exemple.

Il pourrait aussi être intéressant de développer un système d'accompagnement de l'intervenant(e) à domicile par une personne plus expérimentée, qui jouerait un rôle de « superviseur ».

Autre idée, la création d'un réseau national d'assistants de vie pourrait permettre une mise en relation, un échange de pratiques, de connaissances entre les professionnel(le)s. Ce réseau pourrait s'élargir à des bénévoles, notamment pour intervenir auprès des proches aidants en tant que relais temporaire mais aussi afin de leur ouvrir un lieu d'échanges.

Une formation adaptée aux évolutions de l'accompagnement

L'une des difficultés réside dans le manque de formation des intervenant(e)s à domicile et le manque de temps dont ils(elles) disposent auprès des personnes accompagnées. Certain(e)s interviennent au domicile de personnes en fin de vie ou de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer sans avoir suivi au préalable de formation spécifique sur la prise en charge des personnes atteintes de ces pathologies. Leur activité est généralement focalisée sur l'hygiène et le repas.

Ils(elles) sont aussi souvent confronté(e)s à des situations nouvelles parce qu'ils(elles) accompagnent des personnes dont l'état de santé évolue. Il est donc nécessaire qu'ils(elles) aient la possibilité de se former tout au long de leur vie professionnelle et d'échanger avec des pairs qui sont confrontés au même type de situations.

Pourquoi ne pas envisager la création d'un passeport de compétences pour chaque personne ? Dans ce passeport seraient décrites les différentes compétences acquises par la personne, ce qui permettrait de les valoriser.



Accompagner les proches aidants

Les proches aidants sont des acteurs clés de l'accompagnement à domicile. Ils bénéficient de solutions de répit proposées par des associations telles que la Compagnie des aidants. Celle-ci a constitué, parmi d'autres solutions pratiques, un réseau social national qui permet de mobiliser des bénévoles qui vont remplacer ponctuellement l'aidant auprès de la personne en perte d'autonomie, ce qui donne à l'aidant quelques heures de répit.

Un travail de pédagogie est à mener pour permettre aux proches aidants de connaître leur statut et leurs droits.

Estelle Marchand : « *On fait beaucoup de pédagogie auprès des aidants parce que dans bien des cas, vous êtes aidants et vous ne le savez pas.* »

On peut imaginer qu'à l'avenir, une solidarité se crée entre les personnes âgées valides et celles en perte d'autonomie. La mairie de chaque commune pourrait comptabiliser le nombre d'heures de bénévolat effectuées auprès des personnes en perte d'autonomie et proposer une contrepartie, en bons de transport ou autre.

Employeur, un apprentissage nécessaire

La gestion d'une relation avec un(e) salarié(e) ne s'improvise pas, cela nécessite un apprentissage, un temps d'appropriation. Et cet apprentissage doit pouvoir se faire avant la perte d'autonomie afin que la personne aidée soit dans la capacité d'exprimer ses attentes. Les structures mandataires peuvent répondre pour une part à ce besoin.

Leïla Boudra : « *D'ici 2030, il y a aussi un enjeu du côté de la professionnalisation des employeurs.* »

Les employeurs eux-mêmes doivent être mieux informés des droits à la formation des salarié(e)s afin qu'ils les incitent à se former.

Un modèle d'aide à domicile remis en question ?

Un premier niveau de questionnement concerne la structuration de l'accompagnement : faut-il le rationaliser, changer de modèle d'organisation, de financement ?

La mise en pratique des plans d'aide pour la PCH et l'APA est très différente. Dans le cadre d'un plan d'aide APA, le nombre d'heures d'accompagnement à domicile peut être très restreint.

Audrey Piton : « *Lorsqu'une personne âgée bénéficiaire de l'APA obtient 3 heures d'aide au repas par semaine, soit elle ventile ½ heure tous les jours de la semaine, soit elle choisit deux fois 1 h 30. Mais comment fait-elle les autres jours de la semaine ?* »

Au-delà du modèle dichotomique « structure d'aide prestataire » versus « emploi direct à domicile », de nouvelles formes d'organisation sont testées : l'exemple pris est le modèle Buurtzorg, en Seine-Maritime.

Un territoire est divisé en 10 bassins de vie. Sur chacun d'entre eux, 6 ou 7 professionnel(le)s interviennent auprès d'un groupe de personnes à accompagner, les intervenant(e)s devant se cogérer et s'organiser. Ils(elles) ne sont pas assujetti(e)s à un nombre d'heures déterminées. Ils(elles) doivent adapter leur emploi du temps aux besoins de la personne accompagnée et son environnement.

La méthode créée en 2006 par l'entrepreneur Jos de Blok et dénommée Buurtzorg (« soins de proximité » en néerlandais) repose sur 4 principes : une approche holistique (qui regroupe tous les types de soins à effectuer), un principe d'autonomie des professionnel(le)s qui travaillent en petite équipe, à une échelle locale, et qui fixent leur emploi du temps et se répartissent les tâches d'organisation (référent planning, animation de réunion...). Enfin, Buurtzorg fait le pari de l'autonomie des patients : les intervenant(e)s construisent un réseau autour du client en lien avec les autres professionnel(le)s afin qu'il puisse gagner en autonomie.

Bernard Jouandin : « *La première heure est faite pour prendre connaissance de tout l'écosystème de la personne, les voisins, la famille, tous les relais possibles. Ensuite, l'infirmière, qui est en charge, va organiser, par exemple, que tel jour ce soit une voisine et non pas quelqu'un qui soit payé à domicile. Ça permet notamment de réduire la facture et de mettre en place des accompagnements qui durent plus de temps dans la journée.* »

9

Finalement, l'environnement de la personne accompagnée est essentiel à prendre en compte dans un accompagnement global, ce que fait d'ailleurs la méthode Buurtzorg en s'appuyant aussi sur un réseau, sur l'entourage de la personne âgée.

Audrey Piton : « *Aujourd'hui, c'est le mode de financement qui restreint les innovations du mode de fonctionnement.* »

La lisibilité des différentes modalités de recours à une aide à domicile et des responsabilités de chacun doit aussi s'améliorer. La question de la tarification est prégnante. Comment améliorer la visibilité des modes de recours demain ? Comment financer précisément les besoins de la personne et responsabiliser l'ensemble des acteurs, y compris la personne aidée ?

Dans les Ehpad (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et les IME (instituts médico-éducatifs), il est important que se développe un contrôle qualité à la fois sur la bienveillance des intervenant(e)s, la performance, l'humanité.

Il est aussi important d'examiner comment des modèles alternatifs peuvent se développer en partant directement des besoins des personnes accompagnées. Un modèle IME alternatif a été évoqué avec des parents qui souhaitent piloter l'accompagnement de leur enfant en situation de handicap tout en bénéficiant du budget initialement prévu dans le cadre d'un accompagnement dans un IME.

Il serait également intéressant de s'appuyer sur des expérimentations et/ou des bonnes pratiques qui existent, par exemple, dans d'autres pays et qui pourraient se généraliser. En Angleterre, le programme Makaton a été mis au point par une orthophoniste britannique pour répondre aux besoins d'un public d'enfants et d'adultes souffrant de troubles de l'apprentissage et de la communication qui pourrait être envisagé comme un langage universel :

Aurélia Bire : « Il devrait y avoir en France un système de communication multimodal universel. En Angleterre, c'est le Makaton. L'avantage, c'est que c'est universel, donc vous allez à l'hôpital, si vous avez des problèmes de communication, vous avez appris ce langage qui est multimodal, il y a le son, le langage des signes et les pictogrammes. Il y a toujours quelqu'un qui connaît. Vous allez à l'école, quelqu'un connaît. L'AVS connaît, le médecin généraliste connaît, tout le monde connaît. »

Scénario 2030 : portrait robot de l'intervenant(e) à domicile de demain

Un homme ou une femme.

Reconnu(e) professionnellement ou diplômé(e).

Des métiers plus attractifs avec de meilleures conditions de travail.

Une valorisation financière cohérente avec les compétences de l'intervenant(e).

Des compétences relationnelles (soft skills) reconnues et valorisées financièrement.

Des actes techniques moins nombreux, plus souvent pris en charge par des robots.

Un lieu de travail dans des domiciles partagés ou mutualisés, probablement connectés pour permettre l'accès à la télémédecine par exemple, et qui seraient adaptés aux personnes âgées (moins d'escaliers...).

Des domiciles intergénérationnels.

Une présence de l'entourage auprès des personnes en perte d'autonomie favorisée par des aides financières au déménagement.

L'intervenant(e) serait un accompagnant de vie et de l'autonomie.

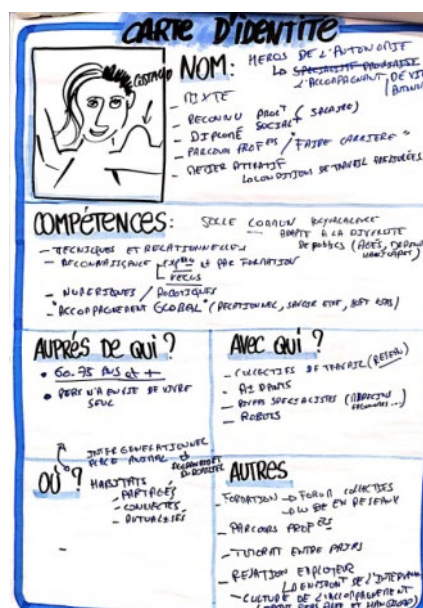


Table ronde n° 2 : L'impact des nouvelles technologies sur la santé et l'autonomie des personnes âgées et handicapées

Animée par Véronique Lagandré, responsable des études à l'Observatoire des emplois de la famille.



La table ronde n° 2 s'intéresse aux incidences des nouvelles technologies sur le travail des intervenant(e)s à domicile et à la façon dont le numérique peut favoriser l'accompagnement du vieillissement à domicile. Bien qu'encore marginal, l'usage professionnel des outils numériques par les salarié(e)s à domicile se développe¹. Dans le même temps, les solutions domotiques et les aides techniques tendent à se diffuser au sein des domiciles. Elles sont parfois le socle de nouvelles formes d'accompagnement à domicile comme l'Ehpad hors les murs par exemple.

De nombreux doutes et préjugés subsistent sur l'utilité des compétences numériques dans les activités d'aide à la personne. Comment les nouvelles technologies et les compétences numériques peuvent-elles influencer le métier d'assistant(e) de vie et l'accompagnement au domicile des personnes en perte d'autonomie ? Dans quelle mesure l'usage numérique peut-il être à la fois un vecteur de renforcement des compétences et d'accélération de la reconnaissance de ces compétences ?

.....

¹ Selon la Dares, la part des « aides ménagères » et « aides à domicile » qui utilisent dans leur travail des outils informatiques est passée de 4 % en 2005 à 21 % en 2013 : Amélie Mauroux, « Quels liens entre les usages professionnels des outils numériques et les conditions de travail ? », Dares analyses, n° 029, juin 2018.

Personnes présentes autour de la table ronde :

Clotilde Berghe, chargée de mission Innovation sociale Autonom lab ;
Didier Château, PDG de Domus prévention ;
Cyril Dumont, cadre de santé supérieur en EHPAD ;
Jean Flamand, chef de projets à France stratégie ;
Béatrice Le Galés-Garnett, directrice de blg Consulting ;
Morvan Le Gentil, responsable régional Bretagne FEPEM ;
Mohammed Malki, consultant expert du bien vieillir ;
Hervé Michel, directeur Madopa ;
Armelle Tilly, maire adjointe de Chaville en charge de la Famille, Petite Enfance,
Personnes âgées ;
Nadège Turco, directrice du pôle développement, Ipéria l'Institut.

Nouvelles technologies au domicile : risque *versus* motivation

Au domicile, la plupart des technologies s'inscrivent aujourd'hui dans une logique de prévention (pour limiter les risques liés à l'incapacité, à la dépendance, à la fragilité) ou dans une logique de gestion des problèmes liés aux maladies. La logique qui prévaut à l'installation de technologies est celle de la prise en charge des personnes âgées et de la coordination des soins à domicile.

Il existe un décalage par rapport aux souhaits et aux choix exprimés par les personnes âgées quant au recours aux nouvelles technologies, décalage amplifié par le fait que beaucoup d'objets sont utilisés, voire imposés par les familles, pour se rassurer elles-mêmes. Dans ces logiques, les souhaits des personnes âgées ne sont pas toujours pris en considération.

Hervé Michel : « *On ne prend pas vraiment en compte les motivations des personnes âgées dans cette approche-là. Les motivations des personnes âgées sont de nature différente parce qu'être en santé, autonome, ce n'est pas simplement se soigner, ce n'est pas simplement faire attention à des risques, c'est pouvoir faire ce qu'on a envie de faire et qui nous porte au quotidien* ».

Les nouveaux métiers liés aux nouvelles technologies

Les nouvelles technologies au domicile sont susceptibles de favoriser le développement de métiers relevant de la conception (*innovation*), des infrastructures (*installation, mise en service*) et de la maintenance-réparation, à l'intérieur du domicile et à l'extérieur. Il s'agit avant tout d'envisager un environnement économique propice au développement et au déploiement des nouvelles technologies (*des profils qualifiés ou spécialisés en quantité suffisante*).

La question de l'équité entre les territoires se pose. Il ne faut en effet pas occulter la fracture territoriale existante entre des zones avec une bonne couverture réseau et les zones blanches, fracture qui pourrait s'amplifier dans les années à venir et remettre en question l'accès aux nouvelles technologies sur certains territoires.

Concernant les métiers du domicile, la question des nouveaux métiers et des nouvelles pratiques professionnelles se pose notamment pour les activités de gestion et de fonctionnement quotidien des nouvelles technologies. La tendance pourrait être celle d'une recombinaison des métiers exercés au domicile.

Mohammed Malki : « *La diffusion du numérique dans les services d'aide à la personne, en établissement ou à domicile, s'accompagne de la recomposition ou l'apparition de nouveaux métiers : le travail à distance, tous les gens qui sont derrière, qui reçoivent les informations, qui sont des espèces de sentinelles, que ce soit la télégestion, la télémédecine, la téléassistance, des objets connectés, des capteurs ou des données. Il y a derrière des professionnels qui gèrent le système 24 h/24, qui interviennent en cas de souci : dysfonctionnements techniques, signaux faibles ou situations à risque pour le bénéficiaire du service, protection des données personnelles (RGPD), et qui sont censés capter ces informations-là, les analyser, et prendre une décision. Les opérateurs de services peuvent selon leur taille et leurs capacités métiers, soit développer leur propre système d'information avec une équipe dédiée, soit recourir à des prestataires. Dans les deux cas, cela représente un coût croissant.* »

Plus précisément, pour les intervenant(e)s exerçant au domicile, les pratiques et les identités professionnelles pourraient être affectées par les outils numériques. L'exemple de plateformes proposant des contenus médicaux à destination de différents acteurs sociaux (*professionnels, aidants*) est cité. Les professionnels vont devoir apprendre à s'en saisir et à les utiliser. Les missions des intervenant(e)s à domicile pourraient alors tendre davantage vers une dimension de conseil et d'accompagnement de la personne âgée ou handicapée.

Béatrice Le Galès-Garnett : « *L'introduction des objets connectés à domicile ou l'interaction des professionnels avec ce type de domicile équipé en domotique, en objets connectés ou en robot, font que son identité professionnelle est questionnée, son activité est questionnée, sa relation à l'utilisateur est questionnée. Donc ça joue beaucoup et ça va jouer du coup sur les parcours de formation. Peut-être que l'on va intégrer une dimension de conseil, d'accompagnement.* »

Le cahier de liaison numérique (*ou agenda partagé*) entre les différent(e)s professionnel(le)s intervenant au domicile est un outil très important pour les usagers (*aidants, proches de la personne âgée*) mais aussi pour les professionnel(le)s : accès sécurisé aux informations, transparence au niveau des actes effectués au domicile, notification facilitée des informations notamment pour les assistant(e)s de vie parfois peu familier(ère)s avec l'écriture... Cet outil peut contribuer à faciliter les pratiques professionnelles.

Mohammed Malki : « *Le cahier de liaison numérisé, c'est très important. Le droit d'accès est défini à la fois en référence au cadre juridique et réglementaire (secret médical, secret professionnel) et avec le bénéficiaire du service qui choisit avec qui il partage ses informations. L'utilisation de cet outil est simple : chaque intervenant va cliquer « j'ai fait ça », « Monsieur ou Madame X me dit qu'il(elle) n'a pas bien dormi hier ».*

J'ai fait des entretiens avec des structures de services à domicile, elles m'ont raconté les difficultés des personnels intervenant à domicile avec l'écrit (écriture, orthographe, etc). Le cahier de liaison numérique simplifie la tâche : cliquer sur des cases ou alors laisser un message audio : « Je suis intervenu, j'ai fait ça, j'ai remarqué ça, il faut prévoir de faire ça, etc ». Cette transparence et cette traçabilité, c'est important pour les proches aidants. »

Une dynamique de changement plutôt subie

L'introduction des nouvelles technologies auprès des salarié(e)s apparaît plutôt subie. Ces technologies visent souvent à rationaliser et contrôler les temps de travail, ou encore à planifier des interventions. Elles répondent aujourd'hui davantage à des enjeux financiers et gestionnaires pour les financeurs et prescripteurs qu'aux attentes de la personne accompagnée et de son intervenant(e) à domicile.

Les nouvelles technologies face à la pluralité des usages

16

Plusieurs types de technologies existent en fonction des publics à qui elles s'adressent plus spécifiquement :

- celles à destination des bénéficiaires (*téléassistance ou domotique par exemple*) ;
- celles qui sont installées pour rassurer les familles ou les proches aidants (*caméra de surveillance*) ;
- celles à destination des professionnel(le)s (*télégestion via le smartphone*) ;
- celles à destination des organisations/entreprises et des partenaires (*cahier de liaison numérique, télégestion*).

La co-construction de ces nouveaux outils est essentielle afin que les besoins des différents publics soient pris en compte.

Clotilde Berghe : « *Je pense que pour chacun de ces outils, l'impact va être très différent. L'enjeu est de questionner les besoins et usages visés pour identifier ou construire une technologie pertinente et adaptée. Pour ce faire, il convient de co-construire ces outils avec l'ensemble des acteurs pour que les contraintes et besoins, envies et freins de chacun soient pris en compte, et que l'on travaille la question des usages de manière collégiale et plurielle.* »



Des compétences liées aux usages des nouveaux outils numériques/technologiques

Les nouvelles technologies posent à deux niveaux la question de la formation des intervenant(e)s à domicile : la formation à l'intégration des outils/technologies dans leurs pratiques professionnelles d'une part, la formation à l'accompagnement de l'utilisateur à l'utilisation de ces outils d'autre part. Aujourd'hui, peu d'intervenant(e)s sont formé(e)s aux nouvelles technologies parce qu'ils(elles) sont dans le rejet, dans l'inquiétude ou tout simplement parce qu'ils(elles) sont très éloigné(e)s de ces outils.

17

Béatrice Le Galès-Garnett : « Il faut former les intervenant(e)s aux nouvelles technologies afin qu'elles puissent elles-mêmes accompagner, voire devenir, conseil, prescripteur, rentrer dans cette synergie qui n'est pas encore en place, mais vers laquelle on aura besoin d'aller. Puisqu'étant sur place, les professionnelles peuvent très bien repérer des choses dans l'environnement, des situations à risque ou des signes que la personne est en train d'évoluer vers un autre type de vie, de pathologie, de dépendance, avec des besoins de nouveaux outils. »

La prescription d'outils par les intervenant(e)s ne fait toutefois pas l'unanimité. Cela semble ne pas être conforme à l'éthique professionnelle de ceux(celles) qui exercent dans la sphère privée, souvent auprès de publics fragiles.

Un risque de manipulation est identifié par les participants. Ce risque concernerait à la fois les personnes accompagnées fragilisées à qui l'on prescrirait des outils dont ils n'ont pas l'utilité, et les intervenant(e)s à domicile qui pourraient devenir prescripteurs pour le compte d'une marque plutôt qu'une autre.

Clotilde Berghe : « [...] surtout pas prescripteur, surtout pas parce que je pense qu'il y aurait un risque de manipulation des professionnels à domicile. Ces professionnels ont un rôle d'information, de sensibilisation sur ce qui peut exister de manière générique (non pas avec une marque) [...].

Je pense qu'il faut faire vraiment attention parce qu'ils sont dans la sphère privée, dans l'intimité avec des personnes fragiles et pour certains, eux aussi fragiles ».

Au niveau des compétences professionnelles, trois dimensions devraient changer ces prochaines années : les outils numériques (*tablette, ordinateur*) devraient de plus en plus être utilisés pour interagir avec la personne accompagnée et apporter des réponses à ses besoins particuliers (*par exemple installer skype pour que la personne âgée puisse communiquer avec sa famille*). Par ailleurs, la montée en compétences des intervenant(e)s devrait suivre celle des diverses innovations qui ont lieu au niveau du domicile sous les différents aspects robotique, domotique et numérique qui vont s'imposer petit à petit aux assistant(e)s de vie. Enfin, l'arrivée des nouvelles technologies au domicile sera probablement synonyme de renforcement du lien entre l'intervenant(e) au domicile et la personne accompagnée.

Nadège Turco : « L'intégration de la domotique, du numérique et de la robotique au domicile va donner beaucoup plus de temps à l'humain dans la relation entre le salarié et l'employeur. »

18

Cyril Dumont : « [La nouvelle technologie] peut donner du temps à la relation. Ce qu'attend le résident, le patient, l'utilisateur, c'est qu'on lui donne du temps à la relation parce que, je vous assure, même dans les Ehpad, on le voit, ça remplace tous les traitements médicaux, ça rassure. »

Il existe une différence entre le travail réel et le travail prescrit. Il s'agit avant tout de formaliser les actes quotidiens qui ne sont pas reconnus comme actes professionnels, notamment le rôle de *care manager* souvent joué par ces intervenant(e)s. Les outils numériques pourront contribuer à la reconnaissance de ces missions et aux compétences associées.

Mohammed Malki : « La question, c'est de reconnaître tout ce que l'intervenant à domicile fait et qui n'est pas reconnu aujourd'hui, parce qu'il connaît bien la personne, fait déjà de la prévention, de la médiation, répond au téléphone, rassure les aidants, organise l'intervention de l'infirmière. Il fait déjà un travail qui est réel, mais qui n'est pas prescrit, qui n'est pas formalisé. Il faut déjà reconnaître ça et lui donner réellement un rôle de *care manager*, c'est ça tout l'enjeu. Je suis persuadé qu'une partie du diagnostic à domicile peut être faite par des assistants de vie. »

L'employé(e) familial(e) peut être la première « sentinelle ». C'est lui(elle) qui va détecter le premier la perte d'autonomie. L'assistant(e) de vie est celui(elle) qui pourrait endosser le rôle de *care manager*.

Didier Château : « *La prévention, ça a été un gros mot pendant très longtemps, maintenant on arrive à commencer à la financer et faire que le salarié à domicile devienne un acteur de la prévention, c'est vraiment nouveau alors que dans les pays du Nord, c'est juste normal.* »

Nadège Turco : « *Souvent un salarié commence en tant qu'employé familial. L'employeur prenant de l'âge et, du fait de la proximité qui s'est installée au fil du temps, le professionnel va détecter les premiers signes de perte d'autonomie puis la perte d'autonomie va s'installer. Bien que le salarié reste employé familial sur le papier, il va commencer à faire autre chose que de l'entretien du cadre de vie et va plutôt rentrer dans un accompagnement de la dépendance dans sa mission quotidienne et dans les compétences qui doivent aussi suivre. C'est pourquoi, le côté sentinelle pour nous, c'est l'employé familial qui l'incarne. L'assistant de vie, pour sa part, [...] est un maillon. Le terme « maillon » est réel, c'est vraiment celui qui crée du lien et du liant entre les différentes personnes dans le domicile de la famille aux personnels médicaux, en passant par la personne âgée, en passant par le voisin, qui vient comme ça.* »

L'évolution des nouvelles technologies, leur entrée dans le domicile et l'évolution des compétences des intervenant(e)s à domicile ne doivent pas se réaliser indépendamment de la personne accompagnée : la notion de libre choix est importante. Cela amène à se poser une question essentielle :

Hervé Michel : « *Qui est le patron ?* »

Scénario 2030 : deux écosystèmes

Pour terminer, l'atelier s'est attaché à identifier deux écosystèmes possibles, deux évolutions possibles qui ne sont pas forcément compatibles :

- un écosystème où l'utilisateur (*la personne accompagnée*) est placé au centre : cela sous-entend des désaccords éventuels avec la famille, avec l'institution ;
- un écosystème où les institutionnels posent un certain nombre d'exigences et de cadres normatifs dans lesquels l'utilisateur doit s'inscrire. Ici la logique de l'outil prime sur la logique de l'utilisateur et de sa décision.

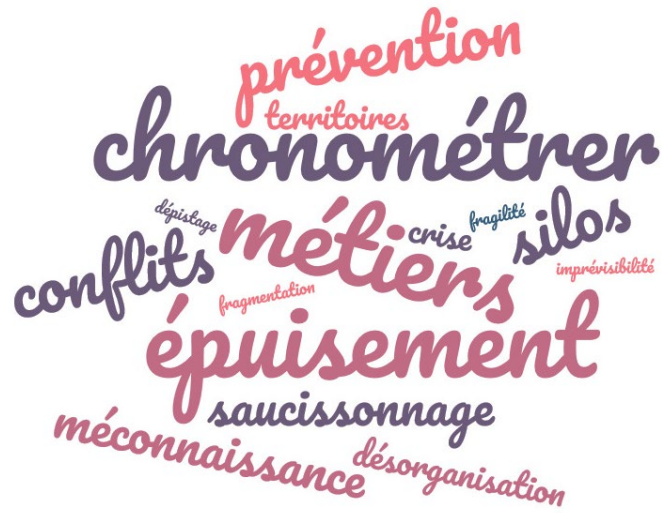
Pour ces deux modèles, la question « Qui est le patron ? » est essentielle : la personne âgée ? La famille ? L'institution ?

Qui est le patron ?



Table ronde n° 3 : Soins et accompagnement à domicile

Animée par Abdia Touahria-Gaillard, responsable de la recherche et des partenariats scientifiques à l'Observatoire des emplois de la famille.



La table ronde n° 3 questionne les nouvelles frontières entre aide et soin à domicile. Les personnes âgées restent en meilleure santé plus longtemps et sont confrontées à la perte d'autonomie à domicile plus tardivement que les générations précédentes. Avec l'allongement de l'espérance de vie, la durée de la dépendance s'allonge, ce qui a pour conséquence un recours accru à différent(e)s intervenant(e)s à domicile et à de nouvelles compétences (ergothérapeutes, diététiciens...). En outre, le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) et les expérimentations d'Ehpad hors les murs font de plus en plus souvent entrer le monde médical et paramédical au domicile.

La priorité politique affichée est celle du continuum de prise en charge, d'un accompagnement global et coordonné, respectueux des projets de vie des personnes et de leurs attentes.



Personnes présentes autour de la table ronde :

Charlotte Brierre, déléguée générale de la Fondation du domicile ;

Florence Gubin, médecin-coordonateur en Ehpad ;

Dorothee Imbaud, cheffe de projet Valorisation du travail social et Développement social à la DGCS ;

Alain Libert, médecin coordinateur en Ehpad et référent gériatrie à l'Union régionale des médecins libéraux de Normandie ;

Emmanuel Loustalot, directeur du pôle conseil en Occitanie, pilote de la mission mandataire pour APF France handicap ;

Michel Naiditch, médecin de santé publique, chercheur associé à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) ;

Olivier Néel, vice-président de France Silver Eco, en charge de l'Observatoire de France Silver Eco ;

Ingrid Voléry, professeure des universités en sociologie à l'université de Lorraine.

Une articulation complexe entre le soin et l'accompagnement à domicile

La frontière entre le soin et l'accompagnement à domicile n'est pas toujours très claire et diffère selon le point de vue adopté. L'articulation reste complexe et empirique : nous sommes face à deux systèmes qui communiquent peu ou ont du mal à communiquer, avec des modes de financement distincts, dans une organisation qui reste en silos. Les personnels de santé ne connaissent pas ou peu les autres intervenant(e)s du champ médico-social, de même que les particuliers.

Cette méconnaissance engendre un manque de reconnaissance mutuelle des métiers, des qualifications, des qualités de chacun(e), qui entraîne parfois des conflits de valeur chez ces professionnel(le)s et des situations de crise chez les personnes accompagnées, qui peuvent bouleverser les rôles, les identités, le droit des patient(e)s, mais aussi, parfois, être producteurs d'arrangements originaux et efficaces.

À quoi s'ajoute, ou en est la conséquence, une désorganisation entre les différents modes de recours et une complexité pour les usagers (structures mandataires ou prestataires, auxiliaires de vie, aide à la personne...) qui ne rend pas l'articulation aisée.

L'articulation nécessite aussi probablement une coordination au domicile qui n'existe pas vraiment aujourd'hui.

Michel Naiditch : « *Le problème qui se pose ici est qu'on ne sait pas comment régler la question de la coordination, coopération, co-construction. La question de la coordination exige une forme de coopération qui facilite la co-construction de solutions efficaces, la coopération elle-même exigeant confiance et connaissance réciproque.* »

La coordination entre les soins et l'accompagnement peut être faite par différents acteurs selon les situations, la famille, un aidant, le médecin, mais ce n'est pas toujours le cas et cela pose parfois des difficultés pour la personne accompagnée. Le fait que ce rôle de coordination ne soit souvent pas formalisé ni légitimé par un(e) des professionnel(le)s, en particulier, pose problème.

De même qu'une coordination non validée par les familles ou la personne elle-même est tout aussi problématique.

Est-ce que demain l'assistant(e) de vie assurera le rôle de coordinateur ? Si c'est le cas, les formations devront être adaptées.

D'ores et déjà, sur certains territoires, des équipes mobiles d'évaluation gériatrique se sont mises en place, composées de diététiciens, d'ergothérapeutes, de médecins qui se déplacent au domicile des personnes afin de réaliser une évaluation globale. Ces équipes montrent que la coopération entre différents métiers est possible.

Il existe également des expérimentations comme les plateformes territoriales d'appui dont la mission est de mobiliser l'ensemble des services existants pour « résoudre » les difficultés posées par les cas complexes. Leur objectif est « d'apporter un soutien pour la prise en charge des situations complexes, sans distinction ni d'âge ni de pathologie »², et qui permettent la mise en relation entre les médecins libéraux et la MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) ou le CLIC (centre local d'information et de coordination).

Dans le milieu du handicap la délégation de geste de soins, permet à un aidant d'effectuer certains gestes.

Emmanuel Loustalot : « *Une partie soin qui était faite par des soignants a peu à peu disparu et est réalisée par les assistants de vie que les personnes en situation de handicap ont embauchés.* »

24

En effet, depuis une vingtaine d'années, la partie du soin comme la toilette, les soins auprès de personnes en situation de handicap, qui étaient auparavant pratiqués par des soignant(e)s, sont aujourd'hui effectués par des assistant(e)s de vie. Une partie de la délégation de geste de soins a déjà eu lieu auprès des personnes en situation de handicap.

De même, parfois dans le cadre de dispositifs HAD, la famille peut contribuer aux soins : notamment dans les cas où les besoins se manifestent de façon imprévue, l'aidant peut être amené à effectuer un geste de soin en l'absence de soignant(e).

² Ministère des Solidarités et de la Santé, communiqué de presse (6 juillet 2016) sur Plateformes territoriales d'appui : un soutien pour les professionnels dans l'organisation des parcours de santé complexes.

Mieux communiquer pour mieux travailler ensemble au domicile

Une tendance pour l'avenir serait de développer la coopération pluriprofessionnelle de l'auxiliaire de vie/assistant(e) de vie au médecin traitant, ces intervenant(e)s étant accompagnés par une instance de coordination. Cette coopération peut être à géométrie variable pour prendre en compte les situations diverses. C'est de cette manière qu'il sera possible de valoriser les métiers de chacun(e) et de permettre la reconnaissance mutuelle des différentes professions.

Alain Libert : « Tant que le médecin, l'infirmière ou tout autre professionnel ne reconnaîtra pas l'aide à domicile comme participant à part entière de la prise en charge dans un projet de santé, la coopération ne pourra pas être effective. »

Cette coopération pourra s'appuyer sur les Ehpad qui, compte tenu de l'évolution actuelle, vont devoir se mettre au service du domicile, proposer des hébergements ponctuels, temporaires, et offrir aussi différents services.

Dorothee Imbaud : « L'étude menée actuellement par la DGCS sur le « travail social 2030 » s'intéresse à tous les métiers du social y compris dans les Ehpad, et ces derniers s'interrogent sur l'organisation des services en Ehpad en 2030. Est-ce que cela passera par un panier de services, une plateforme de services ? »

25

Déjà aujourd'hui, dans certains établissements, des téléconsultations ont été mises en place en Ehpad auprès de spécialistes. Elles sont un atout majeur puisqu'elles permettent de raccourcir fortement les délais d'attente de consultations en présentiel. Cette forme de consultations pourrait à terme être proposée dans le cadre d'accueil de jour, voire auprès de personnes à domicile, qui pourraient bénéficier de certaines des prestations proposées.

Florence Gubin : « Les compétences en Ehpad pourraient, à l'avenir, se mettre au service du domicile, au service des intervenants et des aidants. »

Par ailleurs, certaines situations pourraient être prévenues en amont avant qu'elles ne se transforment en crise, et que l'urgence impose des solutions lourdes (hospitalisation, demande de place en urgence en Ehpad...).

Cela passe notamment par le dépistage de la fragilité des personnes aidées. Un dépistage qui pourrait être effectué par différent(e)s intervenant(e)s à domicile.

Alain Libert : « Le dépistage de la fragilité est extrêmement important et est très peu connu finalement par les médecins et pourtant cela conditionne souvent la suite. S'il y a une fragilité et qu'on ne l'a pas traitée ou dépistée, très souvent on va vers la crise. »



Les attentes des personnes accompagnées sont diverses

26

Beaucoup de dispositifs existants sont censés être au service des personnes accompagnées, avec l'objectif que les personnes elles-mêmes, y compris celles en situation de perte d'autonomie ou de handicap, puissent exprimer ce qu'elles souhaitent et participer de façon active à leur propre accompagnement. Mais il existe certaines personnes qui ne souhaitent pas être actives.

Ingrid Voléry : « Certaines personnes sont très désajustées par rapport à ces politiques de l'activation perpétuelle, elles ne veulent pas être activées, mais elles se préparent à l'ultime transition existentielle. »

Ainsi les attentes des patient(e)s peuvent être en contradiction avec celles des soignant(e)s, de la famille. Des enjeux symboliques, notamment sur le fait de mourir à domicile, peuvent entrer en ligne de compte pour la famille.

Un des enjeux à l'avenir sera de mettre en relation le projet de vie de la personne avec le projet de soins. On peut essayer de faire en sorte que le soin soit discret mais il doit prendre en compte les avis, les souhaits de la personne.

Florence Gubin : « La difficulté sera d'adapter le projet de vie de la personne centré sur elle et son environnement proche et son projet de soins. Le soin doit être discret sans être négligé. Le corps médical doit aussi apprendre à soigner avec bienveillance cette nouvelle génération de patients très âgés. »

Une autre question centrale est de savoir comment les professionnel(le)s peuvent travailler dans de bonnes conditions avec les aidants familiaux ou professionnels. Les conditions familiales, sociales, ne sont pas toujours favorables à cette collaboration. Dans certains cas, les personnes âgées ont aussi un ascendant vis-à-vis de l'intervenant(e) à domicile, et peuvent vouloir user de leur capital socio-économique par exemple. Les cas de maltraitance peuvent être le fait des intervenant(e)s mais aussi des personnes âgées.

L'hospitalisation à domicile (HAD) pose aussi question. Les travaux d'Ingrid Voléry sur le sujet pointent un fait intéressant : sur les différents cas observés d'HAD, les médecins généralistes sont tantôt mis à l'écart, tantôt se tiennent à distance, ce qui entraîne parfois une méfiance ou une hostilité de la part des médecins traitants vis-à-vis de l'HAD.

Michel Naiditch : « Il serait intéressant que ces derniers, qui connaissent bien la personne accompagnée ainsi que son contexte familial et social, puissent participer et se réappropriier les séquences d'hospitalisation à domicile en partenariat avec le médecin coordinateur de l'HAD. »

Le modèle d'accompagnement du vieillissement et celui du handicap apparaissent bien éloignés l'un de l'autre. Entre le modèle de prestation compensatoire du handicap où la personne aidée est coordinatrice et le vieillissement au cours duquel la famille est parfois très présente et ne veut pas être dessaisie du vieillissement de leur parent, les enjeux sont différents.

Deux autres tendances sont à signaler : d'un côté, un aménagement du domicile davantage pris en considération et qui va permettre de s'y maintenir plus longtemps dans de meilleures conditions matérielles, de l'autre, de nouveaux acteurs qui proposent des solutions alternatives à la dichotomie entre le domicile et l'Ehpad telles que des solutions d'habitat partagé, d'hébergements collectifs.

Olivier Néel : « *Âges et Vie est un concept d'habitat partagé collectif innovant qui propose 7 logements en location à des personnes âgées en perte d'autonomie, ainsi que des espaces communs partagés et la présence d'une auxiliaire de vie qui est logée avec sa famille dans la résidence.* »

Des compétences spécifiques et des besoins de formation

Les intervenant(e)s à domicile, assistant(e)s de vie/auxiliaires de vie exercent un métier particulièrement difficile dans un environnement parfois peu serein, dans lequel les conflits entre les membres de la famille sont présents, avec des conditions de travail plutôt difficiles et de faibles niveaux de rémunération mensuelle. Malgré cela, ce sont ces intervenant(e)s qui tressent la continuité du lien avec les familles.

La formation professionnelle des intervenant(e)s à domicile est importante et peut sans doute être approfondie. Elle pourrait en effet s'ouvrir à de nouvelles approches, notamment sur la dimension symbolique de certains soins, particulièrement en fin de vie. Les intervenant(e)s pourraient être formé(e)s sur la question du bien-mourir à domicile. Elle peut aussi s'ouvrir davantage aux aidants. D'ailleurs des actions locales voient le jour, avec la mise en place de l'ORA (offre de répit pour les aidants) qui va permettre à des aidants familiaux de se faire aider, de se former, de recevoir des conseils de prévention, et de mieux connaître leurs droits.

Depuis plusieurs années, une réflexion et des actions sont en cours à la DGCS sur la qualité de vie au travail des salarié(e)s dans les Ehpad, sur une revalorisation salariale de ces métiers et leur attractivité. C'est également le cas pour les métiers de l'aide au domicile.

Il y a une grande diversité des profils parmi les intervenant(e)s à domicile. Si les compétences relationnelles, la sollicitude, la relation humaine, sont des qualités importantes, d'autres intervenant(e)s vont être attentif(ive)s à la question technique, aux qualités physiques que le métier demande. Les rapports au métier peuvent être divers selon les personnes et selon leurs parcours.

L'arrivée des objets techniques dans le quotidien de ces professionnel(le)s peut, s'ils sont bien utilisés, favoriser une requalification des métiers. L'objet technique n'est pas bon ou mauvais par essence, tout dépend de son utilisation.

Alain Libert : « Les outils informatiques qui pourront être mis en place pour favoriser le fonctionnement du cercle pluriprofessionnel seront incontournables. »

La télésurveillance, l'agenda partagé sur une tablette devraient faciliter la communication entre les différent(e)s professionnel(le)s qui interviennent au domicile. L'utilisation de ces outils nécessitera aussi un bon apprentissage et des formations spécifiques.

Dans l'optique du décroisement entre l'Ehpad et le domicile, on peut imaginer qu'à l'avenir les professions soient moins cloisonnées entre les personnes exerçant en Ehpad et celles à domicile. Ainsi, des formations mixtes Ehpad-domicile pourraient se développer avec des compétences plus techniques en Ehpad et d'autres plus axées sur la relation humaine à domicile. Cela commence déjà à être le cas, *via* des initiatives locales dans le cadre des relais d'assistant de vie : les intervenant(e)s sont formé(e)s à un outil d'évaluation de la douleur au domicile, dont les mesures peuvent être transmises au médecin traitant.

Les questions d'éthique relatives à l'accès au dossier médical par les intervenant(e)s au domicile ne se posent pas vraiment. Le secret médical peut et doit être partagé entre les différent(e)s intervenant(e)s.

La question du financement du 5^e risque est enfin une variable primordiale à prendre en compte. C'est un arbitrage qui doit être fait par la société.

Scénario 2030 : La journée-type d'un(e) intervenant(e) à domicile en 2030

7 h 00 : Début de la journée pour l'intervenant(e) à domicile. La personne consulte sur son téléphone ou sa tablette les alertes possibles concernant les personnes qu'elle accompagne. Ces alertes ont été déposées par les autres intervenant(e)s afin d'informer tout le cercle pluriprofessionnel du suivi.

Elle consulte aussi son planning de la journée qui lui a été transmis par un(e) coordinateur(trice) selon les urgences. Le planning a été construit de façon à ce qu'il n'y ait pas deux personnes intervenant simultanément au domicile et que les choix des personnes aidées (heure de lever, de déjeuner etc.) soient respectés. Le(la) coordinateur(trice) est chargé(e) de consolider l'agenda la veille pour le lendemain. Il(elle) s'assure aussi à distance que tout se passe bien chez les différentes personnes accompagnées.

8 h 00 : L'intervenant(e) part faire ses consultations dans sa voiture autonome. Il(elle) arrive chez Madame A. qui est âgée et en perte d'autonomie. Il(elle) vient prendre le relais de l'aide-soignant(e) de l'Ehpad de la petite ville proche du domicile de Mme A. Mme A. a besoin d'une présence 24 h/24. Cette présence s'organise entre différent(e)s intervenant(e)s, certain(e)s venant de l'Ehpad. Transmission d'information entre les deux professionnel(le)s pas uniquement sur le soin mais aussi sur des éléments touchant à l'inclusion sociale de la personne accompagnée.

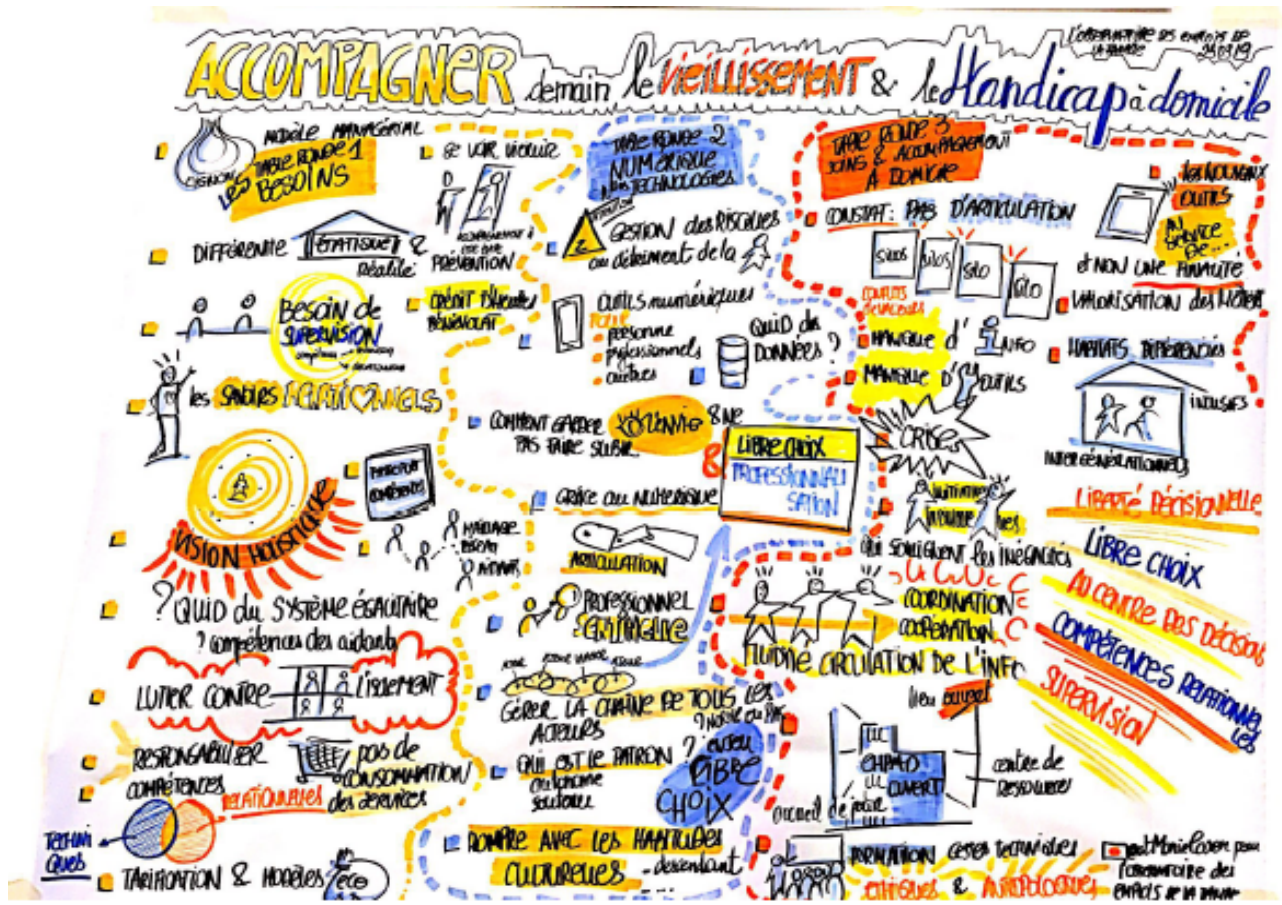
Le travail de l'intervenant(e) à domicile ne se limite pas à effectuer une toilette, ou à préparer le repas. Il(elle) accompagne Mme A. dans les différents moments de sa vie. Aujourd'hui Mme A. a invité des amies à déjeuner. Il lui est difficile de préparer le repas seule, mais l'intervenant(e) à domicile va l'aider en suivant ses conseils.

10 h 30 : Départ de l'intervenant(e) du domicile de Mme A. Il(elle) doit aller animer un atelier cuisine en Ehpad, atelier ouvert à la fois aux résidents mais aussi à des personnes extérieures.

14 h 00 : Réunion à distance sur la plateforme dédiée aux intervenant(e)s à domicile : échanges, analyse de pratiques avec ses pairs.

15 h 00 : visite à Monsieur N. qui est peu dépendant et qui depuis peu a rejoint un habitat collectif. L'intervenant(e) vérifie que tout se passe bien pour lui, qu'il a tous ses repères, que l'adaptation se fait dans de bonnes conditions.

18 h 00 : une plateforme dématérialisée va permettre à l'intervenant(e) de transmettre au(à la) collègue qui assurera la surveillance nocturne de Mme A. les éléments relevés lors de son passage du matin. Les informations à faire remonter au(à la) coordinateur(trice) ont été transmises à la fin de chaque visite réalisée au domicile des particuliers.



Retrouvez toutes les publications de l'Observatoire sur le site www.fepem.fr, rubrique Observatoire