



# Sommaire

## Préambule

Préambule d'André Flageul, président d'UNA.

Page 2

## Chapitre 1

Pour un droit fondamental d'être aidé, accompagné et soigné à domicile.

Page 6

## Chapitre 2

Pour la garantie d'un choix éclairé et librement consenti des personnes.

Page 14

## Chapitre 3

Pour une refonte du financement de l'aide à domicile.

Page 24

## Chapitre 4

Pour de vrais emplois et de vrais métiers.

Page 34

## Chapitre 5

Pour une autre façon d'entreprendre.

Page 42

## Annexes

Page 46

# Préambule d'André Flageul, président d'UNA.

## Préambule

**UNA<sup>1</sup> : un mouvement militant, porteur d'un projet politique pour une société solidaire.**

UNA est d'abord un mouvement militant préoccupé en permanence de la question majeure du vivre ensemble. Nous voulons apporter notre contribution à la construction d'une société solidaire, refusant l'individualisme et l'indifférence, la stigmatisation et l'exclusion des personnes du fait de leur âge, de leur état de santé, de leur handicap ou de leur situation sociale.

Face aux évolutions multiples de la société – revendication croissante d'autonomie des personnes en situation de handicap, évolution des solidarités familiales, vieillissement de la population, féminisation du monde du travail – nous faisons du vivre à domicile, du droit d'être aidé, accompagné et soigné à domicile un enjeu pour la société de demain en termes de maintien de l'identité de chacun, de lien et de cohésion sociale.

Nous voulons apporter aux attentes de nos concitoyens en matière d'aide, de soins et d'accompagnement à domicile des réponses de qualité personnalisées mais nous voulons que ces réponses soient gagées sur des choix collectifs en matière de système d'intervention et de financement.

Nous revendiquons en termes de politiques publiques nationales et territoriales davantage de

cohérence entre les intentions affichées sur la place des personnes, la qualité des interventions, la professionnalisation des intervenants et les moyens réellement affectés.

Si nous nous réjouissons des avancées significatives de ces dernières années (Allocation personnalisée d'autonomie, accords de branche, création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie...), nous faisons actuellement une série de constats alarmants.

- La mise en place de la loi du 2 janvier 2002, qui inscrit l'intervention à domicile au titre des institutions sociales et médico-sociales, n'est aujourd'hui pas effective en matière d'autorisation et de tarification sur l'ensemble du territoire.
- Les caisses de Sécurité sociale affirment leur volonté de maintenir leur action sociale, dite « extralégale et facultative » en dehors des dispositions du Code de l'action sociale et des familles, en particulier la loi du 2 janvier 2002 et le décret du 22 octobre 2003.
- Le recours à l'emploi direct, le gré à gré, est souvent justifié au nom de l'insuffisance des moyens financiers. Cela revient à favoriser des emplois précaires et à créer des situations de travailleurs pauvres.

1. Présentation du réseau UNA, annexe 1.

## UNA : des entreprises de l'économie sociale et des services publics.

Face à la concurrence, nous affirmons notre positionnement d'entrepreneurs de l'économie sociale et des services publics et nous affirmons notre différence : la non-lucrativité, l'accès aux services pour tous sans sélection de clientèle, le maillage sur l'ensemble du territoire, la démocratie interne et la participation des personnes tant dans l'élaboration de leur projet de vie et du plan d'aide que dans l'élaboration des projets des services d'aide ou de soins à domicile.

Nous nous mobilisons en permanence pour la modernisation et la professionnalisation de l'aide, des soins et des services à domicile, qui passent par la valorisation du statut des intervenants dans le cadre d'une convention collective unique de branche.

Professionaliser le secteur pour UNA, c'est aussi proposer de vrais emplois, favoriser le temps complet ou le temps partiel choisi et lutter contre la fabrication de travailleurs pauvres dans le secteur. Dans ce cadre et en tant qu'entreprise de solidarité, UNA s'engage dans la lutte contre le chômage et propose de vrais parcours professionnels accompagnés de formations adaptées.

UNA développe des méthodologies d'intervention qui privilégient l'évaluation des besoins en amont, la coordination, le travail en réseau mais aussi le regroupement et la mutualisation des compétences dans un secteur qui reste parfois encore trop émiétté.

Pour toutes ces raisons, nous voulons, pendant cette période de rencontres citoyennes que sont les élections, peser sur le débat public. Pour UNA, l'essentiel c'est :

- d'instaurer un droit fondamental d'être aidé, soigné et accompagné à domicile ;
- de garantir le choix éclairé et librement consenti des personnes et des familles ;
- de rénover le financement de l'aide à domicile ;
- de favoriser de vrais emplois qualifiés et durables et pour cela privilégier l'intervention professionnalisée ;
- de soutenir une autre façon d'entreprendre, celle de l'économie sociale et des services publics.

À partir d'une série de constats et de messages, nous formulons 20 propositions sur lesquelles nous interpellons les responsables politiques, les candidats aux prochaines échéances électorales et l'ensemble des décideurs publics. C'est notre façon à nous d'être présents dans la vie de la cité.



André Flageul  
Président d'UNA

## La méthodologie

Ce manifeste est issu d'une large concertation menée au sein du réseau UNA, mais aussi auprès de décideurs publics réunis à l'occasion de deux tables rondes le 31 mai et le 10 octobre 2006.

# 1

## Pour un droit fondamental d'être aidé, accompagné et soigné à domicile.

## Le constat UNA

### Être aidé, accompagné et soigné à domicile : le souhait d'une majorité de Français face aux aléas de la vie.

Neuf Français sur dix se disent potentiellement intéressés par une aide à domicile<sup>1</sup>, 81 % pour des aides ponctuelles aux ménages fragilisés, 80 % pour des aides et soins aux personnes âgées, handicapées ou malades et 68 % pour des aides à la vie pratique (ménage, bricolage).

Le maintien à leur domicile des personnes âgées ayant besoin d'aide (dites « personnes âgées dépendantes ») ou à celui de leur famille est le souhait de huit Français sur dix alors que 18 % des Français privilégient pour leurs proches âgés l'entrée en institution spécialisée<sup>2</sup>.

Les revendications des personnes en situation de handicap quant à la possibilité de mener une vie autonome, de décider de leur projet de vie, de participer de manière effective à la vie sociale et de bénéficier d'une égalité des droits et des chances se font de plus en plus fortes.

Parallèlement, on assiste à un repositionnement des jeunes générations face aux personnes âgées, malades ou en situation de handicap et à une transformation des modes de solidarités familiales qui encouragent de plus en plus à recourir à des services extérieurs. Sans compter que l'entourage familial, parfois lui-même fragilisé,

ne peut pas toujours assurer seul l'accompagnement de ses proches et réclame un « droit au répit » via des possibilités d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire.

### Être aidé, accompagné et soigné à domicile tout au long de la vie : une réponse aux évolutions de l'ensemble de la société.

À l'origine, la question du droit de vivre à domicile s'est surtout posée pour les personnes âgées, pour ensuite s'élargir à l'ensemble de la population, notamment aux adultes handicapés ou malades et aux enfants atteints de déficiences diverses. Aujourd'hui, les services se déploient également en direction des personnes actives en charge d'enfants.

L'étude récente menée par l'Observatoire Caisse d'épargne<sup>3</sup> évalue à 6 millions le nombre d'utilisateurs actuels de « services à la personne », terme désormais utilisé pour qualifier un certain nombre d'aides et de services à domicile<sup>4</sup> et à 4 millions le nombre d'utilisateurs supplémentaires envisagés, soit un potentiel d'accroissement de 5 milliards d'euros des dépenses des ménages vers ce poste.

La modification en cours des structures démographiques, la féminisation du monde du travail, la recomposition de la cellule familiale, les

1. Étude TN Sofres, mai 2001.

2. Drees, Études et résultats, *Dépendance des personnes âgées et handicap : les opinions des Français entre 2000 et 2005*, n° 491, mai 2006.

3. Étude Observatoire Caisse d'épargne 2006, *Les services à la personne modes de vie, modes d'emploi*, avril 2006.

4. Tous les services qui contribuent à un mieux-être sur le lieu de vie des personnes.

tensions accrues dans la gestion du temps (stress, horaires de travail atypiques, nouvelles formes d'emplois) sont aujourd'hui devenus des enjeux majeurs et créent des besoins nouveaux en matière d'intervention à domicile.

## Les chiffres

- En 2020, la France comptera près de **4 millions** de personnes âgées de plus de 80 ans et un quart seront dépendantes<sup>1</sup> (soit **80 %** de plus qu'en 2000).
- **50 %** des personnes dépendantes sont aidées exclusivement par un proche et **20 %** exclusivement par un professionnel<sup>2</sup>.
- Le taux d'activité des femmes âgées de 25 à 54 ans est passé de **50 %** en 1970 à **77 %** en 2000<sup>3</sup>.
- **44 %** des Français se disent dominés par le temps<sup>4</sup>.

Face à ces évolutions, les services d'aide, d'accompagnement ou de soins à domicile apportent des réponses adaptées à tous les publics : aide aux personnes handicapées et/ou âgées et atteintes de maladies chroniques invalidantes, garde d'enfants, aide à la parentalité en cas de difficultés éducatives, accueil de jour, aide à l'entretien du logement, soins infirmiers et hospitalisation à domicile... La diversité des solutions proposées, à partir du domicile, tient compte de la multiplicité et de la globalité des situations dans un souci

constant de complémentarité et de coordination des actions.

L'intervention des services s'inscrit aussi dans une perspective de santé publique et de prévention des risques liés à de mauvais états de santé, quels que soient les publics concernés. Ils sont un appui et un relais d'information précieux, que ce soit dans le registre sanitaire ou dans le registre social et médico-social.

## Exemples :

- Les services de Technicien(nes) d'intervention sociale et familiale (TISF) agissent pour la protection de l'enfance et font un travail de prévention de la maltraitance des jeunes enfants. Ils peuvent éviter leur placement en famille d'accueil dans certains cas. Dans les situations de grande précarité et de pauvreté à domicile, qui se multiplient, les services sont parfois pour les enfants le dernier lien avec l'extérieur. La prévention s'opère aussi, par exemple, auprès des femmes enceintes ou au retour de la maternité et permet parfois d'éviter des coûts d'hospitalisation.
- Les Services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad) peuvent le cas échéant mener des actions de prévention des chutes ou de malnutrition des personnes âgées, ainsi que des actions de prévention des risques de maltraitance et servent systématique-

ment de relais auprès des médecins traitants en cas d'aggravation d'une situation.

- Les Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) s'engagent de plus en plus dans le développement des soins palliatifs à domicile permettant ainsi de répondre au souhait des personnes désireuses de mourir à domicile. Leur implication dans les dispositifs de santé régionaux et départementaux en fait des acteurs de santé publique majeurs. En outre, les Ssiad assurent avec l'Hospitalisation à domicile (HAD) la mise en place d'un *continuum* permettant aux personnes de pouvoir passer aisément d'une réponse à une autre dans un souci de globalité des soins.

## Le domicile, un ciment identitaire.

Si le domicile renvoie à la domiciliation, le lieu où l'on habite, et donc à l'identité civile d'une personne en exprimant une adresse et la propriété d'une résidence légale, il renvoie également à la manière dont on habite et concerne directement l'identité propre de chacun. Le logis, la demeure, la maison, le domicile apparaissent comme le lieu privilégié où chacun peut se donner un monde et être ce qu'il est. Ce n'est pas un hasard si ceux qui sont privés de domicile se voient exposer à la précarité, à l'isolement et au déracinement.

Pour chaque individu, la question du domicile et de « l'habiter » sont donc fondamentales. Pour les per-

sonnes fragilisées par l'âge, le handicap ou la maladie, demeurer à domicile leur permet de donner sens à leur vie malgré les incapacités qui les rendent dépendantes d'une tierce personne. Être chez soi c'est être soi.

Favoriser le vivre à domicile permet donc de préserver la structure identitaire des personnes, comme le lien et la cohésion sociale.

# Le message UNA

## Être aidé, accompagné et soigné à domicile doit être reconnu comme un droit fondamental.

C'est une question de dignité des personnes et d'égalité de traitement. Vivre à domicile est *a priori* la chose la plus naturelle du monde, mais lorsque surviennent les aléas de la vie (accidents, maladies, difficultés familiales), cette évidence est remise en cause. Ne pas pouvoir demeurer à domicile faute d'accès aux services d'aide, d'accompagnement ou de soins à domicile est une forme d'entrave à la liberté et au projet de vie que chacun se fixe.

Sont réputés fondamentaux, les droits qui sont nécessaires à l'épanouissement de la personne humaine et que l'on peut assimiler à des libertés publiques.

Le droit de vivre à domicile s'inscrit dans le prolongement de l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'Homme qui stipule que « Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance ».

## Vivre à domicile, ce n'est pas qu'une affaire privée : cela relève d'une politique publique cohérente.

C'est le rôle de l'État dans sa fonction protectrice des citoyens que d'instituer et d'assurer ce droit

de vivre à domicile malgré des situations d'isolement, de dépendance et de handicap. C'est aussi son rôle de faciliter la vie de ses concitoyens, en répondant à l'ensemble des besoins sociaux.

Il existe aujourd'hui une multitude de lois et de règlements qui concernent le secteur de l'aide, des soins et des services à domicile :

- La loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa).
- La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- La loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne.

Pour ne citer que les plus fondamentales...

Quatorze ministères sont en relation avec le secteur<sup>1</sup>.

La multiplicité des textes contribue à la complexité du champ et ne favorise pas une vision d'ensemble cohérente.

### Exemples :

- La législation actuelle multiplie les décideurs et les acteurs et produit souvent des dysfonctionnements importants. Ainsi, l'action sociale relative au secteur de l'aide à domicile relève de trois acteurs institutionnels : l'État qui définit les politiques et leur financement, les collectivités départementales qui en ont reçu la responsabilité de pilotage et de gestion et les caisses de Sécurité sociale qui mènent une action sociale dite « extralégale et facultative » et qui ne reconnaissent pas la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale comme s'imposant à elles.
- De même, il y a de plus en plus d'acteurs locaux chargés d'informer les personnes et de procéder à une évaluation des besoins : équipes médico-sociales, Centres locaux d'information et de coordination gérontologique (Clic), Maisons départementales du handicap, Points d'information famille, infirmiers libéraux dans le cadre de la Démarche de soins infirmiers (DSI), dispositif expérimental de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) sur l'évaluation des besoins, dispositifs des caisses de retraite complé-

mentaires, travailleurs sociaux de secteur... Autant de points d'entrée multiples non coordonnés, sans références communes, aboutissant à des décisions partielles et fragmentées.

## Il est urgent de sortir de cet éparpillement législatif et réglementaire.

Le traitement administratif du domicile est donc émietté parce que la législation le concernant est faite de multiples textes qui se surajoutent les uns aux autres sans souci de cohérence d'ensemble. Les pouvoirs publics n'ont pas encore intégré l'intérêt de considérer le secteur de l'aide, des soins et des services à domicile comme un tout homogène et cohérent proposant des solutions coordonnées pour une finalité partagée : permettre aux personnes et aux familles de vivre à domicile dignement.

# Les propositions UNA

**1** Proposer une loi cadre qui instituerait le droit fondamental d'être aidé, accompagné et soigné à domicile et qui permettrait :

- de donner une définition juridique du domicile et de ses extensions ;
- de rédiger pour la première fois un texte de loi unique sur le domicile ;
- de favoriser un débat public autour du droit d'être aidé, accompagné et soigné à domicile ;
- de créer un cadre réglementaire, administratif et financier cohérent ;
- d'unifier les prestations destinées à un même public : par exemple, faut-il continuer à séparer les actions de prévention de la dépendance des personnes âgées (GIR 5 et 6<sup>1</sup> qui relèvent de la Caisse nationale d'assurance vieillesse) et la prise en charge de la dépendance elle-même gérée par les départements ?



# Pour la garantie d'un choix éclairé et librement consenti des personnes.

## Le constat UNA

### Le libre choix des personnes : un droit individuel mais soumis à des règles collectives.

Tous les textes sociaux récents prônent la mise en œuvre du libre choix de l'individu : débats sur la loi du 21 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie, loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, loi de financement de la Sécurité sociale mettant en place la Prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) en 2004, loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation des personnes handicapées, rapport du Centre d'analyse stratégique de juin 2006...

Le libre choix des personnes, dans le cadre de l'intervention à domicile, s'entend à plusieurs niveaux :

- Liberté de son choix de vie, dans le cadre de la revendication de son autonomie.
- Liberté de choisir, en matière de maintien à domicile, parmi une pluralité de solutions proposées : choix de son lieu de vie, de son mode de vie, des modalités d'intervention à son domicile.
- Capacité de faire ses choix en toute connaissance des conséquences et responsabilités qu'il engendre. La liberté de choix passe par l'exercice d'un choix éclairé.

Si les deux premiers niveaux relèvent du droit individuel, le dernier renvoie davantage à des règles collectives, qui encadrent l'exercice de ce choix. Ces règles sont avant tout destinées à protéger les personnes aidées, en particulier les plus fragilisées, dans le cadre de l'action sociale et médico-sociale.

Ainsi, lorsque l'on a affaire à des personnes qui sont physiquement diminuées ou qui ne sont pas en capacité d'avoir tous les éléments pour choisir et assumer les décisions que cela suppose, le choix est beaucoup moins libre que lorsqu'il s'agit de quelqu'un en bonne santé, actif ou ayant les moyens économiques suffisants. Dans ce cadre, les dispositions de la loi du 2 janvier 2002 sur la protection et l'information des personnes aidées doivent pouvoir s'appliquer sans réserve pour garantir l'exercice d'un choix éclairé.

### La liberté de choix, c'est l'existence de réponses adaptées à la diversité des situations et accessibles à tous.

La liberté de choix, c'est d'abord pouvoir choisir de vivre à domicile. Pour les ménages et les particuliers cela paraît aller de soi, à condition de disposer de logements accessibles à tous, y compris dans des situations d'exclusion.

Pour les personnes en situation de fragilité et pour les familles connaissant des difficultés, cela signi-

fié de pouvoir bénéficier de différents registres de réponses : aides humaines, aides techniques, amélioration de l'habitat, aide animalière dans certains cas.

### Exemple

L'adaptation de l'habitat pour une personne handicapée peut être, dans certains cas, préférée à la multiplication d'heures d'intervention d'une auxiliaire de vie si elle permet à cette personne de mieux réaliser son projet de vie et de contribuer à son indépendance. C'est à cette condition que l'on peut parler de libre choix.

Aujourd'hui, les services d'aide, d'accompagnement ou de soins à domicile proposent une très large gamme de réponses : aide pour les actes essentiels de la vie quotidienne, activités sociales et culturelles, aménagement de l'habitat... Ils ont aussi développé de nouvelles prestations pour répondre à des besoins émergents : portage de repas, garde itinérante de nuit, garde d'enfants à des horaires atypiques, téléassistance, accueil de jour et hébergement temporaire pour aider l'entourage familial...

Malheureusement, ces actions dépendent d'autorités administratives qui ne sont pas toujours coordonnées entre elles, malgré les améliorations apportées par les schémas départementaux, quand ils existent.

La liberté de choix exige également une neutralité dans la solvabilité de la demande. Cela passe par l'attribution aux personnes aidées, non

pas d'un montant financier mais bien de l'attribution d'un plan d'aide et d'accompagnement répondant à leurs besoins et leur permettant ensuite de choisir librement entre les différentes solutions et modalités d'intervention proposées.

L'exercice du libre choix nécessite enfin des garanties en termes d'accessibilité, que ce soit en matière de maillage du territoire, d'égalité de traitement ou encore d'équité financière. Cette accessibilité, sous ces différents aspects, reste encore à garantir.

### La liberté de choix, c'est pouvoir exercer un choix éclairé et librement consenti.

Dans le cadre de l'action sociale et médico-sociale, il est de la responsabilité de celui qui finance, coordonne ou exécute le plan d'aide et d'accompagnement à domicile de donner – à chaque étape – à la personne et à son entourage les éléments d'information nécessaires pour lui permettre de faire le meilleur choix possible.

Pour cela, il est indispensable :

- de privilégier une approche globale de la personne aidée, en fonction de son projet de vie ;
- d'établir avec elle un plan d'aide et d'accompagnement en tenant compte de l'ensemble des réponses possibles ;
- de la mettre en situation de faire son choix en toute connaissance de cause des

conséquences et responsabilités qu'il engendre ;

- de faire un bilan d'intervention.

Cette démarche met en relief toute l'importance de la fonction d'évaluation des besoins et d'établissement du plan d'aide afférent dans le cadre de l'action sociale et médico-sociale.

Elle souligne également l'importance d'une bonne coordination entre les différents acteurs concernés : services d'aide, d'accompagnement ou de soins à domicile, pouvoirs publics, établissements, institutions...

### Un exemple concret : le choix des modalités d'intervention à domicile.

Il est indispensable que les différents modes d'intervention à domicile soient connus du bénéficiaire, avec les implications que cela engendre pour lui, en termes de prix, de qualité de service et de responsabilité d'employeur.

### Les différentes formules d'aide à domicile

- **Le mode prestataire** : le service d'aide, d'accompagnement ou de soins à domicile intervient comme employeur des intervenants à domicile. Il assure les modalités administratives, encadre les équipes de professionnels et se charge de la coordination des interventions.
- **Le mode mandataire** : le service d'aide et d'accompagnement à domicile met en relation un intervenant à domicile et un bénéficiaire. Celui-ci est l'employeur de la personne qui travaille à son domicile, cependant l'association peut s'occuper du recrutement et assure le suivi administratif.
- **L'emploi direct ou gré à gré** : la personne fait appel à un intervenant qu'elle recrute et paie directement.

Le prestataire, formule dans laquelle le service est employeur, assure un véritable encadrement de l'intervention et une simplification des procédures administratives. Les personnels intervenants sont qualifiés, formés régulièrement et garants d'une qualité de service. Le mode prestataire offre ainsi la meilleure solution en cas d'isolement et de dépendance lourde.

Dans la loi du 20 juillet 2001 sur l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) finançant l'aide à domicile auprès des personnes âgées, la préférence au prestataire est affirmée (article L232-6 du Code de l'action sociale et des familles), mais conditionnée à la publication d'un décret qui n'a jamais vu le jour.

Le mandataire présente un coût moins élevé, mais il ne peut pas être préconisé dans tous les cas et notamment dans les cas d'isolement, de dépendance lourde et en cas d'incapacité à assumer les responsabilités d'employeurs. Il ne permet pas de former en cours d'emploi les intervenants et n'offre pas d'encadrement de ces personnes.

Quant au gré à gré, il ne présente aucune garantie, ni en termes de professionnalisme, ni en termes de sécurité des personnes qui y recourent, la relation d'aide n'étant à aucun moment coordonnée par une tierce personne. Il met de plain-pied la personne aidée face à ses responsabilités d'employeur, qui comportent des obligations légales et conventionnelles la plupart du temps sous-estimées.

## Le message UNA

### **Les politiques publiques doivent garantir la pluralité et l'accessibilité des réponses en matière d'aide, de soins et de services à domicile.**

Les textes législatifs cités au début de ce chapitre mentionnent tous une diversité d'actions afin de mieux répondre aux besoins individuels et collectifs. Il est essentiel que ce pluralisme se retrouve dans les programmes et schémas territoriaux et dans les conventions d'objectifs et de gestion des caisses de Sécurité sociale, ce qui n'est pas encore toujours le cas aujourd'hui.

En particulier, le décret du 25 juin 2004 encourage la constitution de services polyvalents d'aide, d'accompagnement et de soins à domicile. C'est une des réponses les plus appropriées pour permettre une adaptation aux situations individuelles. Or cette solution n'est pas suffisamment encouragée localement. De surcroît, les textes sur les services à la personne freinent ce regroupement.

Dans le cadre du développement de réponses innovantes, il serait également judicieux d'assouplir certains aspects de la réglementation : par exemple, en ce qui concerne le travail de nuit, pour permettre la continuité de service, ou encore la garde d'enfants, pour permettre des interventions à des horaires atypiques ou dans un contexte d'urgence.

Il serait aussi intéressant d'accroître la coordination entre les différents acteurs du secteur, en articulant les dimensions sanitaires, sociales et médico-sociales, par exemple *via* une coopération accrue entre domicile et établissements, entre hôpital et domicile...

L'accessibilité de la population aux services pose, quant à elle, encore un certain nombre de problèmes :

- En termes de maillage du territoire, les services doivent être accessibles partout, y compris dans les zones considérées comme défavorisées. Les structures d'aide, de soins et de services à domicile issues de l'économie sociale et solidaire ont un rôle particulier à jouer. En effet, elles ont le souci d'investir toutes les zones géographiques, urbaines comme rurales, et d'offrir un maillage du territoire permettant à tous les citoyens d'accéder à l'ensemble de l'offre de services. De même, elles ne sélectionnent pas leurs usagers selon des critères de solvabilité mais favorisent une égalité d'accès. En ce sens, elles accomplissent des missions de service public.
- En termes d'accessibilité financière pour tous les revenus : les classes moyennes

sont, à cet égard, nettement défavorisées (voir chapitre 3).

- En termes d'égalité de traitement sur tout le territoire national et en outremer. Or, tous les départements n'ont pas le même potentiel fiscal et les systèmes de compensation existants ne couvrent pas la totalité des dépenses.

**Les politiques publiques doivent garantir l'exercice d'un choix éclairé via le respect de la loi et une meilleure information des personnes.**

Le souci de contenir les dépenses publiques conduit parfois les pouvoirs publics à privilégier la modalité d'intervention jugée la plus économique (le gré à gré) alors même que celle-ci est souvent inadaptée à la situation des personnes (incapacité à assumer la responsabilité d'employeur, dépendance lourde...).

**Exemple**

Répartition des bénéficiaires entre différents types de services d'aide à domicile

	Types de service d'aide à domicile utilisés en novembre 2002				Total en %
	Un service prestataire	Un service mandataire	Le gré à gré	Plusieurs services	
Gir 1 <sup>1</sup>	44	13	29	14	100
Gir 2 <sup>1</sup>	47	19	25	9	100
Gir 3 <sup>1</sup>	53	16	23	8	100
Gir 4 <sup>1</sup>	63	15	19	3	100

Source : enquête de la Drees auprès des bénéficiaires de l'Apa. *Études et résultats* n° 293, février 2004

**Plus les personnes âgées sont dites « dépendantes », plus augmente le recours à l'emploi direct.**

Les personnes doivent être informées des avantages et des inconvénients des différents modes d'intervention existants (prestataire, mandataire et gré à gré) et pas seulement sous l'angle des prix.

En ce qui concerne les personnes âgées les plus fragilisées, les dispositions de l'article L 232-6 du Code de l'action sociale et des familles relatives au choix du mode prestataire dans le cadre de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) doivent être appliquées par le ministère concerné et respectées par les conseils généraux.

**Les politiques publiques doivent repenser les processus d'évaluation des besoins et d'élaboration des plans d'aide.**

Le processus d'évaluation des besoins et d'élaboration de plans d'aide et d'accompagnement doit être entièrement repensé. La multiplicité des acteurs, l'absence de référentiels partagés contribuent à des prises de décision partielles, n'utilisant pas tous les registres de réponse possibles.

Bon nombre de services d'aide, d'accompagnement ou de soins à domicile possèdent en la matière un professionnalisme et une expérience indéniables, qu'ils pourraient mettre au service des acteurs ou organismes chargés d'élaborer les plans d'aide.

UNA propose de s'inspirer des recommandations du Comité scientifique de l'évaluation, instauré par la loi du 21 juillet 2001, et de généraliser l'usage

de référentiels d'évaluation multidimensionnelle, par des équipes d'évaluation labellisées, ayant reçu la formation adéquate. Ces référentiels devraient s'appuyer sur des réflexions en matière de bonnes pratiques d'évaluation et d'intervention.

1. Groupes iso-ressources, définition en annexe 3.

# Les propositions UNA

**Certaines dispositions, en particulier d'ordre législatif et réglementaire, doivent être prises sans attendre :**

**2** Appliquer les textes préconisant clairement, sauf refus exprès, l'intervention prestataire dans le cadre de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) pour les personnes classées en Gir 1 et 2<sup>1</sup>.

**3** Pour permettre un choix éclairé et librement consenti, informer les personnes et leurs familles sur l'intégralité des réponses possibles et notamment sur les avantages et inconvénients du recours aux différents modes d'intervention à domicile.

**4** Respecter les dispositions réglementant les procédures d'agrément et d'autorisation, notamment en dégageant les moyens humains nécessaires dans les services de l'État et des conseils généraux.

**5** Afin de pouvoir assurer une continuité de service de jour comme de nuit, UNA souhaite un élargissement à la branche de l'aide à domicile de l'article R.314-201 du Code de l'action sociale et des familles, prévoyant le dispositif des heures d'équivalence.

**D'autres mesures nécessitent des réformes plus en profondeur :**

**6** Appliquer les préconisations faites par le Comité scientifique de l'évaluation en différenciant les outils d'évaluation donnant accès à un dispositif financier de ceux propres à analyser les différentes dimensions de la situation d'une personne (médicale, psychologique et sociale).

**7** Favoriser les projets innovants :

- en articulant les dimensions sanitaires, sociales et médico-sociales, par exemple *via* une coopération accrue entre domicile et établissements, entre hôpital et domicile, l'initiative pouvant être bilatérale ;
- en assouplissant certaines réglementations, par exemple celles sur les modalités de gardes d'enfants à domicile.

# 3

## Pour une refonte du financement de l'aide à domicile.

## Le constat UNA

### Le financement de l'aide, des soins et des services à domicile est dispersé et incohérent.

On compte aujourd'hui 13 types de financeurs pour 31 dispositifs financiers<sup>1</sup> différents : conseils généraux, Caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf), Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav)...

### Le rapport de la Cour des comptes

Paru en novembre 2005, le rapport de la Cour des comptes sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes souligne « une absence de lisibilité des circuits de financements ». Pour une intervention chez une même personne âgée, plusieurs modalités de tarification et de financement peuvent se juxtaposer.

### Le financement de l'aide, des soins et des services à domicile ne permet pas de couvrir l'ensemble des besoins actuels et à venir.

Aujourd'hui, toutes les mutations en cours au sein de notre société convergent vers un nécessaire effort de financement supplémentaire en matière d'aide, de soins et de services à domicile.

### Concernant les personnes âgées :

La mise en place de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa), en juillet 2001, a reporté le financement de l'aide sur les conseils généraux. La rapide montée en charge du dispositif, avec une hausse de 40 % du nombre d'allocataires de l'Apa dans le cadre d'une intervention à domicile<sup>2</sup> entre 2002 et 2003, a fait depuis exploser les dépenses sociales des départements (+ 8 % par an selon le récent rapport de l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée<sup>3</sup> – Odas), qui de plus ne disposent pas tous des mêmes capacités de financement. Certains se retrouvent aujourd'hui dans une situation difficile.

Pourtant, ce financement reste insuffisant. Le rapport de la Cour des comptes souligne ainsi que les montants moyens d'aide attribués ne permettent de couvrir qu'une partie des besoins.

### Exemple

Pour une personne classée en Gir 2<sup>4</sup>, le montant moyen d'aide versé par le département permet de financer 39 heures en mode prestataire ou 68 heures en gré à gré, alors que le besoin est de 88 heures.

1. Tableau des financeurs et des dispositifs d'aide, annexe 4.

2. Rapport de la Cour des comptes, *Les personnes âgées dépendantes*, novembre 2005.

3. *Action sociale, la décentralisation à l'épreuve des faits*, juin 2005.

4. Groupes iso-ressources, définition en annexe 3.

Il met aussi en avant l'insuffisance du financement concernant les aides techniques et l'aménagement de l'habitat.

Au regard des évolutions à venir, la Cour des comptes juge judicieux d'envisager un doublement dans les deux prochaines décennies des dépenses publiques consacrées à la politique de prise en charge des personnes âgées dépendantes, qui représentent déjà aujourd'hui 15 milliards d'euros. Ce doublement, dit-elle, « ne paraît pas insurmontable à l'économie française », à condition que les modes d'organisation, les systèmes de financement et les structures administratives qui existent actuellement soient également revus.

### Concernant les personnes en situation de handicap :

Les montants alloués dans le cadre de la Prestation de compensation du handicap (PCH – 14,43 euros de l'heure d'intervention en prestataire) ne correspondent pas à la réalité du coût de la prise en charge et ne permettent de financer qu'une partie de l'aide à domicile auprès des personnes en situation de handicap.

### Concernant les familles :

Dans le cadre de l'aide aux familles, la prestation « d'aide au foyer » de la Caisse d'allocations familiales (Caf), permettant l'intervention en cas de difficultés ponctuelles de santé, d'organisation familiale ou de soutien à la parentalité, est d'ordre facultatif et, bien souvent, ses montants sont trop faibles et trop inégalement répartis sur le territoire pour répondre à l'ensemble des besoins, notamment en matière de prévention et pour assurer l'équilibre financier des structures. Pourtant, la paupérisation et la déstructuration des familles sont un phénomène de plus en plus prégnant : augmentation du nombre de familles monoparentales, problématiques de logement, d'intégration... De même, lorsque les services développent pour des familles partageant une même problématique des solutions collectives, le financement est là encore insuffisant. Pourtant, il est judicieux d'équilibrer actions collectives et actions individuelles.

#### Exemple

L'aide de la Caisse d'allocations familiales (Caf) permet une prise en charge en cas de maladie de la mère **mais pas en cas de maladie du père !**

### Concernant les personnes malades :

La prise en charge des interventions en aide et en soins auprès des personnes requérant des charges en soins importantes est encore insuffisante. Il n'existe par ailleurs aucun financement des prises en charge à domicile, en soins infirmiers et en aide à la vie quotidienne, des personnes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques et/ou invalidantes.

#### Exemple

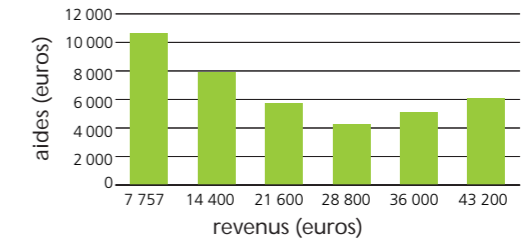
Les budgets alloués aux services pour la prise en charge spécifique des **personnes atteintes du VIH** ont été supprimés.

### L'accès à l'aide à domicile ne se fait pas équitablement entre bénéficiaires.

Les incitations fiscales associées aux prestations à domicile conservent un caractère sélectif, notamment pour les catégories intermédiaires qui n'en bénéficient que faiblement, sans pouvoir prétendre aux mesures d'aide sociale.

#### Exemple

Exemple d'une personne en Gir 1<sup>1</sup>



Le montant des aides perçues (Allocation personnalisée d'autonomie versée par le département hors ticket modérateur et réduction fiscale) décrit une courbe en U en fonction du revenu : **les revenus moyens sont donc les plus pénalisés.**

Il est également nécessaire de se poser la question des ménages ne payant pas d'impôts sur le revenu.

Par ailleurs, le Chèque emploi service universel (Cesu) préfinancé, moyen de paiement aujourd'hui encouragé, est surtout destiné aux salariés des entreprises et ne concerne pas toutes les catégories de la population, comme les chômeurs ou les personnes n'ayant pas de situation professionnelle.

1. Groupes iso-ressources, définition en annexe 3.

## **Le financement de l'action sociale et médico-sociale ne prend pas toujours en compte les coûts réels des services d'aide et d'accompagnement à domicile, comme l'exige pourtant la loi du 2 janvier 2002.**

La loi du 2 janvier 2002, et en particulier le décret du 22 octobre 2003, a permis une avancée significative en faisant passer la tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile d'une tarification nationale et horaire à un budget global individualisé en fonction du projet du service et de ses coûts réels.

Cette individualisation permet de prendre en compte le niveau d'encadrement de la structure, la mise en place d'une démarche qualité ou encore la qualification du personnel mais aussi les effets de taille et de situation géographique notamment les coûts inhérents aux interventions en zones rurales.

Mais, dans les faits, ces dispositions réglementaires sont appliquées de façon variable par les autorités compétentes :

- Certains conseils généraux l'appliquent totalement mais d'autres s'inspirent encore de la logique du tarif unique de la prestation d'aide ménagère à domicile de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav).
- La Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) maintient son système archaïque et injuste de taux unique

national, qui est maintenant un encouragement de fait au *statu quo* en matière de professionnalisation. De manière générale, les caisses de Sécurité sociale, qui financent encore 40 % de l'action sociale en France, estiment qu'elles ne sont pas concernées par les dispositions de la loi du 2 janvier 2002 au nom du principe d'autonomie de gestion.

**Il y a donc contradiction flagrante entre la volonté des pouvoirs publics traduite par les textes et la réalité des ressources dégagées pour assurer tout à la fois la protection des personnes, la modernisation et la professionnalisation des services d'aide à domicile et la qualité de prestation exigée.**

# Le message UNA

## **Une simplification du système de financement s'impose de toute urgence.**

Cette demande rejoint celle formulée précédemment de considérer la problématique du domicile comme un tout homogène et cohérent.

Au regard des besoins croissants de la population, cette réflexion doit intervenir le plus rapidement possible, pour que nous puissions y faire face de manière construite.

En ce qui concerne l'action sociale, la décentralisation a eu pour effet de reporter une grande partie de l'action sociale financée jusqu'alors par l'État sur les conseils généraux qui se retrouvent dans des situations parfois difficiles. Pour eux aussi, cette refonte du financement de l'aide à domicile est primordiale.

## **Le financement de l'aide, des soins et des services à domicile doit faire appel à une réponse de solidarité nationale relevant des pouvoirs publics.**

Il s'agit par là même de défendre une certaine vision de la société, citoyenne et solidaire. **Puisque tout un chacun est susceptible**, en fonction des aléas de la vie, d'être concerné par des aides, des soins

et des services à domicile, tout un chacun se doit de participer à sa mesure à cet effort de solidarité nationale.

Au-delà des enjeux de bonne maîtrise des coûts, **les pouvoirs publics n'échappent pas à un débat fondamental sur l'augmentation des ressources financières allouées au titre des dépenses publiques pour faire face à ces besoins.** De nombreux experts pensent qu'une augmentation de la Contribution sociale généralisée (CSG) serait une solution envisageable.

## **L'aide, les soins et les services à domicile doivent être accessibles à tous.**

Que ce soit en termes d'aides financières, d'aides fiscales ou de moyens de paiement, il est nécessaire de n'exclure aucune catégorie de la population. En particulier, les mesures fiscales sont injustes socialement puisqu'elles ne sont pas accompagnées de mesures en faveur des ménages ne payant pas d'impôts sur le revenu. Rétablir l'égalité de traitement entre les citoyens nécessite de créer un crédit d'impôt équivalent.

Il est également nécessaire de reconsidérer la situation des catégories moyennes.

### Appliquer la loi du 2 janvier 2002 est une garantie en matière de qualité de la prestation et de maîtrise des dépenses publiques.

Le déficit de la Sécurité sociale et le transfert aux conseils généraux d'une partie de l'action sociale en direction des personnes dépendantes impliquent des choix budgétaires, dont nous avons précédemment rappelé les enjeux.

La tarification inscrite dans le Code de l'action sociale et des familles est en phase avec le système de contrôle des dépenses désormais exigé par la Loi organique relative aux lois de finances (Lof) et permet un meilleur suivi de l'affectation des budgets. Individualisée en fonction du projet des structures d'aide à domicile, elle permet en effet une plus grande transparence financière et une maîtrise des coûts.

Elle seule permettra aux structures, en tenant compte des coûts inhérents, de favoriser le développement de la qualité des prestations et la professionnalisation des intervenants à domicile.

## Les propositions UNA

**8** Ouvrir une large concertation (État, collectivités territoriales, Sécurité sociale, professions) sur le **financement global** de la dépendance des personnes âgées, de la compensation du handicap, de l'aide aux familles, du maintien à domicile des personnes malades. Cette concertation devrait s'articuler autour de la mise en place d'une prestation autonomie universelle, s'inscrivant dans une logique de protection sociale.

**9** Prendre des mesures concrètes :

### Concernant les personnes âgées

- Faire en sorte que l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) puisse financer les plans d'aide en totalité aussi bien au niveau des aides humaines, des aides techniques que de l'aménagement et de l'amélioration de l'habitat.
- Garantir une équité de financement au niveau des départements à travers la mise en place d'un système de compensation entre le montant de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) et la tarification de la structure.

### Concernant les personnes en situation de handicap

- Revoir les tarifs fixés par l'arrêté du 29 décembre 2005, en particulier le tarif applicable aux services prestataires de 14,43 euros, trop éloigné de la réalité des coûts.

### Concernant la famille

- Réactualiser les financements délivrés par la Caisse d'allocations familiales (Caf) pour l'aide aux foyers afin de faire face aux mutations de la cellule familiale et d'assurer une véritable prévention des difficultés parentales et des risques de maltraitance des enfants.

### Concernant les personnes malades

- Instaurer un financement adapté pour les interventions en aide et soins auprès de personnes requérant des charges en soins importantes, notamment en créant un forfait aide et soins.
- Créer une prestation d'aide à la vie quotidienne pour les personnes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques et/ou invalidantes.

## 10 Assurer l'accessibilité à tous des prestations d'aide et de services à domicile :

- Créer un crédit d'impôt pour les personnes non imposées sur leurs revenus.
- Réexaminer la situation des revenus moyens au regard de la fiscalité et de leur participation financière.
- Élargir la diffusion du Chèque emploi service universel (Cesu) à toutes les personnes n'ayant pas une situation professionnelle leur permettant d'en bénéficier.
- Intégrer l'ensemble des prestations d'aide et de services à domicile, en particulier la téléassistance, dans le champ de la TVA à 5,5 %.

**11** Rappeler aux conseils généraux l'obligation d'appliquer la loi du 2 janvier 2002 et le décret budgétaire du 22 octobre 2003, dans le cadre du soutien financier apporté par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et se fixer l'année 2007 pour en obtenir l'effectivité.

## 12 Obtenir de tous les financeurs la prise en compte des coûts économiques et sociaux réels des services d'aide et d'accompagnement à domicile :

- soit par acceptation de l'opposabilité de la tarification fixée par l'autorité tarifaire de référence ;
- soit par la reprise du tarif de la structure avec une participation fixe de la personne ou par un barème de participation de la caisse et une participation des personnes variable selon le tarif de la structure.

# 4

## Pour de vrais emplois et de vrais métiers.

## Le constat UNA

### Le secteur de l'aide, des soins et des services à domicile est créateur d'emplois.

Le secteur de l'aide à domicile est aujourd'hui identifié comme l'un des tout premiers créateurs d'emplois en France avec une croissance de 5 % par an<sup>1</sup>.

En 2004, par exemple, le réseau UNA a réalisé 15 000 embauches en services prestataires et services de soins infirmiers à domicile, dont 5 000 créations d'emplois.

### Le secteur de l'aide, des soins et des services à domicile contribue à la cohésion sociale.

C'est en effet l'un des rares secteurs où l'ascenseur social est encore possible. Il s'appuie sur l'expérience acquise au cours de la vie et la qualifie par l'intermédiaire de la Validation des acquis de l'expérience (VAE). Il est donc ouvert à des gens sans qualification professionnelle ni certification scolaire au départ, ce qui ne signifie pas qu'ils sont sans compétences.

#### Les chiffres

- En 2010, il manquera environ **300 000 emplois** de services à domicile<sup>2</sup>.
- En 2015, **60 % des TISF** (Technicien(nes) de l'intervention sociale et familiale) actuellement en poste **seront partis en retraite**<sup>3</sup>.
- En 2015, les besoins en assistantes maternelles auront augmenté de **20 %**<sup>4</sup>.

Ces emplois sont d'autant plus précieux que ce sont des emplois de proximité, non délocalisables, ce qui contribue à maintenir la cohérence des territoires.

#### Les diplômes de la filière accessibles par la VAE :

Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale, diplôme d'État d'aide médico-psychologique, diplôme d'État de technicienne de l'intervention sociale et familiale, diplôme professionnel d'aide soignant<sup>5</sup> ...

Enfin, il offre la possibilité de véritables parcours professionnels. Il est, par exemple, possible d'entrer dans la filière comme garde d'enfants (avec une expérience d'assistante maternelle), puis de s'orienter vers un Certificat d'aptitude professionnelle (CAP) petite enfance en formation continue ou en VAE, de poursuivre en tant qu'auxiliaire

1. Données Dares-Premières informations 2001, 2002, 2003.

2. Commissariat général du plan, *Prospective des besoins d'hébergement en établissement pour les personnes âgées dépendantes*, septembre 2005.

3. *Horizon 2015*, Cnaf, avril 2005, n° 10.

4. Dares, premières synthèses et informations, décembre 2005.

5. Tableau complet des diplômes, annexe 5.

de puériculture ou de bifurquer vers un public différent en devenant auxiliaire de vie sociale.

### Le secteur a entamé une démarche de structuration et de professionnalisation.

De nombreuses avancées ont permis de valoriser le statut des professionnels et de poursuivre la structuration de la branche notamment avec la signature d'accords de branche et de leur agrément :

- Accord de branche du 29 mars 2002 relatif aux rémunérations et aux emplois revalorisant les salaires de 24 % sur 3 ans.
- Accord de branche du 16 décembre 2004 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie et la politique de professionnalisation.
- Accord de branche du 30 mars 2006 sur les temps modulés.

Le secteur s'est doté de nombreux diplômes et favorise la formation continue des professionnels. En quelques années, le réseau UNA est ainsi passé de 20 % à 33 % de personnels d'intervention qualifiés en 2005.

La formation des professionnels de l'aide et des soins est un enjeu majeur compte tenu de la grande diversité des situations pouvant être traitées à domicile. Intervenir à domicile demande des compétences techniques, mais aussi des compétences relationnelles : capacité d'adaptation, respect de l'environnement dans lequel on intervient et de l'individu, confidentialité...

Certaines prises en charge nécessitent des connaissances spécifiques et une formation régulière, notamment pour accompagner des personnes avec des pathologies spécifiques ou des personnes en grande difficulté. De ce point de vue, la complémentarité des professionnels de l'aide et des soins est essentielle dans la continuité et le suivi des prises en charges.

La mise en place de démarches qualité (instauration en 2000 de la norme NF X 50-056 « Services aux personnes à domicile ») et de démarches d'évaluations internes est une autre dimension de la professionnalisation du secteur. Elles constituent un engagement affirmé vis-à-vis des personnes et doivent être encouragées par les pouvoirs publics.

Si la professionnalisation du secteur touche avant tout les intervenants de terrain, auxiliaires de vie sociale, technicien(ne)s d'intervention sociale et familiale, aides-soignant(e)s, infirmier(e)s, elle concerne aussi les postes d'encadrement, fondamentaux dans la bonne coordination des équipes de terrain. Dans un secteur complexe et mouvant, directeurs et administrateurs de services d'aide, d'accompagnement ou de soins à domicile ont besoin de cursus de formation permettant de répondre aux nouveaux enjeux de développement, de gestion ou encore d'environnement juridique.

## Le message UNA

### Les emplois créés doivent être durables et attractifs pour éviter de fabriquer des travailleurs pauvres.

Le secteur de l'aide à domicile est aujourd'hui capable de créer de vrais emplois, mais un certain nombre de conditions sont à réunir pour ne pas favoriser la fabrication de travailleurs pauvres et précaires, en faveur desquels l'aide sociale serait au final supportée par les conseils généraux.

### Favoriser le temps plein ou le temps partiel choisi :

Les emplois sont aujourd'hui majoritairement à temps partiel (en moyenne 80 % des emplois dans le réseau UNA). Il s'agit de favoriser le temps plein ou le temps partiel choisi, notamment via la planification du travail des salariés et la modulation du temps de travail. La polyvalence des salariés et le développement des services à la personne sont des facteurs favorables à la création d'emplois à temps plein.

### Assurer une couverture conventionnelle de branche :

Dans l'objectif de rendre le secteur attractif, la finalisation de la structuration de la branche doit être assurée par une convention collective unique

de branche. Les négociations sont en cours et devraient aboutir courant 2007. Se poseront alors les questions de l'agrément, du financement et de l'extension de ce texte.

### Développer de nouvelles voies d'accès pour attirer les jeunes :

Il faut démultiplier les points d'entrée : apprentissage, contrats de professionnalisation...

### La démarche de professionnalisation doit être poursuivie et son coût assumé.

Il est important de poursuivre l'effort entrepris en matière de formation. Il reste encore des améliorations à apporter, par exemple en matière de simplification de parcours de certification des diplômes : aujourd'hui, on compte dix titres ou diplômes différents, dépendant de dix ministères certificateurs<sup>1</sup> différents.

Il est également fondamental que les pouvoirs publics tiennent compte, dans la tarification des services d'aide à domicile, du coût de cette professionnalisation. Mise en place de démarches qualité, augmentation de la qualification des intervenants... ces efforts ne pourront être poursuivis qu'à cette condition.

En particulier, il n'est pas acceptable que des limitations drastiques du nombre d'intervenants diplômés soient instaurées insidieusement au nom de la réduction des coûts. UNA s'oppose totalement à la « recommandation orale » qui voudrait que le nombre de titulaires du diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS), pourtant diplôme de niveau V de l'Éducation nationale, soit limité à 30 % des effectifs : il s'agit là d'une grave injustice sociale et d'une erreur politique majeure.

Dernier point : il est à noter que le mode d'intervention prestataire favorise davantage la mise en place d'une démarche de professionnalisation au sein des services. Il faut savoir que le taux de contribution à la formation professionnelle est de 2,1 % en prestataire contre 0,15 % en mandataire.

**Cette professionnalisation doit être reconnue et encouragée par les pouvoirs publics.**

Les professionnels se battent également pour une image positive du secteur. L'aide à domicile est encore trop souvent résumée au métier de femme de ménage induit entre autres par la dénomination de la prestation « aide ménagère » de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav).

Une meilleure reconnaissance des métiers du domicile passe donc aussi par la reconnaissance de la technicité des métiers d'aide à la vie quotidienne. Les pouvoirs publics font trop souvent une dichotomie abusive entre aide à la personne/soins et aide domestique, pour laquelle il est considéré qu'aucune compétence particulière n'est

nécessaire. Or, l'intervention à domicile quelle qu'elle soit demande des compétences, un savoir-faire et un savoir être particuliers. Entrer à domicile suppose une claire conscience du respect de l'intimité d'autrui et de son environnement. Le domicile est à la fois lieu de vie et lieu de travail, ces frontières sont à maîtriser. **La logique de parcours professionnels doit permettre de former des personnels compétents et polyvalents puis de privilégier des spécialisations.**

## Les propositions UNA

**13** Obtenir l'agrément et l'extension de la convention collective unique de la branche professionnelle de l'aide à domicile. Prendre en compte la pénibilité spécifique des métiers du domicile, notamment en matière de complémentaire santé, de prévoyance et de retraite. Favoriser des mesures de réduction des risques professionnels.

**14** Prendre en compte dans les mécanismes de financement et de tarification individualisée l'« ascenseur social » qui existe dans la branche professionnelle de l'aide à domicile, consistant à embaucher des personnes sans qualification (mais avec des prédispositions) et à les former et les qualifier en cours d'emploi. Ce qui contribue à les sortir d'une situation de précarité.

**15** Instaurer des contrats de modernisation, au niveau des structures ou des regroupements départementaux, pour permettre la mise en place d'une véritable politique de gestion des ressources humaines (Gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences (GPEC), formation...).

**16** Développer la formation de l'ensemble des professionnels du domicile.

- Développer l'accès des métiers du domicile en formation initiale.
- Attirer les jeunes à travers de nouvelles voies d'accès : apprentissage, contrats de professionnalisation...
- Simplifier le parcours de certification des diplômes.
- Développer des partenariats avec l'Éducation nationale pour permettre un meilleur accès aux formations initiales qualifiantes en augmentant les classes professionnelles correspondantes.

- Obtenir une certification Éducation nationale (de type BTS) pour l'encadrement intermédiaire.
- Professionnaliser le métier d'assistante maternelle dans un cadre prestataire où l'encadrement par une structure favoriserait l'accès des salariés à des formations et à des temps d'échanges collectifs, pour un métier qui souffre aujourd'hui d'isolement.

**17** Développer la qualité et obtenir des financeurs la prise en compte de son coût.

**18** Obtenir des pouvoirs publics que la promotion et la valorisation des métiers du domicile à travers des campagnes d'information et de communication soient menées sur l'ensemble des métiers et en étroite concertation avec les organismes représentatifs de la profession.

# 5

## Pour une autre façon d'entreprendre.

## Le constat UNA

### L'économie sociale et solidaire, premier entrepreneur du secteur.

Les structures de l'économie sociale, acteurs historiques du secteur (associations, mutuelles...) et les services publics territoriaux représentent aujourd'hui la majeure partie de son activité.

Afin d'affirmer son rôle et de prouver son dynamisme, l'économie sociale et solidaire n'a pas hésité à s'investir dans la création de grandes enseignes nationales de services à la personne. Pour sa part, UNA a souhaité défendre la spécificité de l'économie sociale et solidaire en participant à la création de l'enseigne France Domicile.

### Les chiffres

Le réseau UNA représente **2 milliards d'euros** de chiffre d'affaires par an.

### L'arrivée de la concurrence privée pose aujourd'hui la question du modèle de développement.

Le développement des services à la personne, l'entrée sur le marché des entreprises de services à but lucratif favorise l'émergence d'un nouvel environnement concurrentiel.

Dans ce contexte, l'économie sociale et solidaire défend un modèle de développement basé sur quelques principes fondamentaux :

- La **non-lucrativité** : les associations ne peuvent redistribuer les bénéfices à des actionnaires, le profit n'est pas le moteur de leur activité.
- La **gestion démocratique et participative** qui favorise débats et partages au sein de la structure.
- La **solidarité** : l'économie sociale et solidaire cherche à rompre avec l'individualisme au profit de la solidarité et du lien social.
- La **participation** des personnes tant à l'élaboration des plans d'aide que dans celle des projets de services.
- La **création d'emplois pérennes et professionnalisés**.

Il s'agit d'un développement durable, en opposition à une logique répondant aux seules opportunités conjoncturelles du marché.

# Le message UNA

**Choisir le modèle de l'économie sociale et solidaire, c'est choisir d'être un « entrepreneur citoyen », créateur de lien social.**

Le modèle d'entrepreneur citoyen, loin d'être un paradoxe, est un pari que relève l'économie sociale et solidaire. Il met en œuvre des méthodes de gestion et de développement modernes, tout en répondant en priorité à des besoins sociaux collectifs dans un souci de solidarité nationale et dans le cadre d'un projet politique. Il s'agit d'entreprendre autrement, en articulant valeurs et pratiques.

Ce modèle contribue à l'accès de tous aux services d'aide à domicile et pas seulement aux plus solvables, dans le respect du projet de vie de chacun. Il permet l'exercice des droits individuels tout en répondant à des exigences liées à une éthique collective : respect du droit du travail, respect des modes d'organisation des structures.

À l'heure où la question du vivre à domicile devient un véritable enjeu de société, les principes de l'économie sociale et solidaire prouvent toute leur pertinence. Être entrepreneur citoyen, c'est s'investir dans la vie de la cité en engageant sa responsabilité en termes de solidarité auprès des plus fragilisés, en termes de création d'emplois de qualité, mais aussi de concertation avec les élus pour la défense et la promotion d'une société plus équitable.

**Les structures de l'économie sociale et solidaire jouent un rôle d'observatoire des réalités sociales et de prévention.**

Les structures d'aide à domicile rentrent dans le quotidien des individus et les accompagnent tout au long de leur vie, ce qui fait d'elles un observatoire social privilégié. Leur ancrage territorial, leur connaissance fine des bassins de vie leur confère la légitimité d'intervenir comme co-acteur des politiques sociales avec les pouvoirs publics.

**La confiance est notre avantage concurrentiel.**

Pour les prestations auprès de publics fragilisés, où la notion de confiance prend tout son sens, le modèle associatif est préféré par le public.

## Les chiffres

Le modèle associatif est préféré à 57 % pour l'accompagnement des personnes ayant des problèmes d'autonomie à leur domicile<sup>1</sup>.

1. Étude Ipsos pour la Mutualité française, *Analyse des besoins et réponses mutualistes en matière de services aux personnes*, juin 2002.

# Les propositions UNA

**19** Promouvoir un développement social et citoyen de l'aide, des soins et des services à domicile.

- Faire apparaître l'apport de l'économie sociale et solidaire dans l'ensemble des statistiques économiques et notamment dans celles de l'Insee.
- Créer un fonds de soutien public aux porteurs de projets dans le cadre de l'économie sociale et solidaire.
- Poursuivre la dynamique de professionnalisation en favorisant la mutualisation des compétences et des services.

**20** Concernant l'économie sociale et solidaire, accroître son rôle de partenaire/co-acteur des pouvoirs publics en matière d'observation des réalités sociales et sanitaires et d'élaboration des réponses, en obtenant une meilleure représentativité dans les instances nationales, régionales et départementales.

## Annexe 1

### UNA, Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux domiciles.

Association loi 1901 à but non lucratif fondée en 1970, reconnue d'utilité publique, UNA est à la fois un mouvement social militant, un réseau de services d'aide, d'accompagnement ou de soins à domicile et un syndicat d'employeurs.

#### Un mouvement militant

Le réseau UNA affirme son adhésion aux principes fondamentaux de l'économie sociale et solidaire, pour une société où l'économie et la mission d'intérêt public sont au service de l'humain, avec une part irréductible de non-marchand.

UNA milite ainsi, à travers l'intervention à domicile, pour la construction d'une société citoyenne et solidaire, créatrice de bien-être, de lien social et d'emplois de qualité.

Ce manifeste met en avant les idées fortes défendues au nom de ces principes par le mouvement militant UNA.

#### Le réseau n°1 de l'aide, des soins et des services aux domiciles

UNA regroupe près de 1100 services d'aide et de soins à domicile adhérents, associatifs et services

publics, intervenant auprès de 750 000 personnes et familles aidées en France et outre-mer.

Ces services sont souvent polyvalents et gèrent plusieurs activités auprès de différents publics :

- Services d'aide et d'accompagnement à domicile auprès des personnes âgées (Saad).
- Services d'aide aux familles.
- Services de technicien(nes) de l'intervention sociale et familiale.
- Services d'auxiliaires de vie auprès des personnes handicapées.
- Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad).
- Services d'Hospitalisation à domicile (HAD).
- Centres de soins.

Le réseau UNA représente 109 millions d'heures d'activité, générées par 140 000 salariés.

## 18 familles de services

Ces services apportent aussi bien **des solutions en termes d'accompagnement et de prise en charge des personnes fragilisées** par l'âge, la maladie, le handicap ou une situation familiale difficile qu'**en termes de réponses aux besoins de publics non fragilisés** (ménage, bricolage...).

1. Conseil et évaluation des situations auprès des personnes.
2. Coordination et suivi des prestations auprès des personnes.
3. Aide à la personne (actes essentiels de la vie quotidienne, activités domestiques, activités sociales et relationnelles).
4. Santé et soins à domicile.
5. Intervention sociale auprès des familles.
6. Aide aux aidants non professionnels (soutien psychologique, groupes de parole, relais...).
7. Repas à domicile (cuisine, portage de repas).

8. Téléassistance, téléservices.
9. Services de tutelle.
10. Transport accompagné.
11. Accueil des enfants (garde, baby-sitting, trajets...).
12. Accompagnement scolaire.
13. Bien-être de la personne (coiffure, esthétique...).
14. Culture et animation (lecture, jeux, ateliers mémoire).
15. Vie hors du domicile (hébergement temporaire, accueil de jour).
16. « En votre absence » (entretien du logement, préparation du logement en vue d'un retour à domicile après hospitalisation...).
17. « À votre place » (courses, démarches administratives...).
18. Entretien du cadre de vie (ménage, repassage, entretien du jardin...).

Les services d'aide ou de soins à domicile du réseau UNA revendiquent leur rôle à jouer dans le processus d'évaluation des situations individuelles et l'élaboration des plans d'aide et d'accompagnement afférents. UNA a ainsi mis en place son propre référentiel d'évaluation multidimensionnelle, DESIR.

### DESIR, Démarche d'évaluation d'une situation individuelle et de réponse

Démarche d'évaluation multidimensionnelle des besoins basée sur une observation fine des personnes dans leur environnement, DESIR vise à **recueillir les renseignements nécessaires et suffisants pour établir un plan d'aide négocié** aussi bien auprès des personnes âgées que des personnes en situation de handicap.

En 2005, UNA a finalisé la démarche DESIR :

- **En développant la partie réponses de la démarche** afin d'étendre le niveau de réponses en termes d'aides humaines, d'aides techniques, d'aménagement de l'habitat et de domotique.
- **En déclinant les principes de l'outil pour l'adapter aux spécificités du secteur familles.**

Le réseau UNA est organisé en fédérations régionales et départementales. Acteurs majeurs de ces Unions, les bénévoles, présidents et membres des conseils d'administration, en assurent la responsabilité politique. Ils sont près de 12 000.

### Un syndicat d'employeurs

UNA est signataire :

- de la convention du 11 mai 1983 (organismes d'aide ou de maintien à domicile),
- de la convention du 2 septembre 1970 (organismes de technicien(nes) de l'intervention sociale et familiale),
- des accords de branche de l'aide à domicile.

### Les récents accords de branche

- Accord de branche du 29 mars 2002 relatif **aux rémunérations**.
- Accord de branche du 16 décembre 2004 relatif **à la formation professionnelle** tout au long de la vie et à la politique de professionnalisation.
- Accord de branche du 30 mars 2006 **sur les temps modulés**.

Elle est un moteur essentiel dans les négociations avec les partenaires sociaux autour du projet de convention collective unique pour l'ensemble du secteur du domicile.

Membre de l'Union de syndicats et de groupements d'employeurs représentatifs dans l'économie sociale (Usgeres), elle est aussi à l'origine de l'USB-domicile, Union syndicale de la branche professionnelle du domicile.

# Annexe 2

## Ministères en relation avec le secteur dans le gouvernement actuel.

- Ministère de la Santé et des Solidarités.
- Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du territoire.
- Ministère délégué aux Collectivités territoriales.
- Ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie.
- Ministère délégué au Budget et à la Réforme de l'État.
- Ministère de l'Agriculture et de la Pêche.
- Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.
- Ministère de l'Outre-mer.
- Ministère des Petites et moyennes entreprises, du Commerce, de l'Artisanat et des Professions libérales.
- Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative.
- Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille.
- Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement.
- Ministère délégué à l'Emploi, au Travail et à l'Insertion professionnelle des jeunes.
- Ministère délégué à la Cohésion sociale et à la Parité.

# Annexe 3

## Les Groupes iso-ressources (Gir).

Une classification logique a permis de classer les personnes selon des profils de perte d'autonomie significativement proches. En prenant des indicateurs multiples de consommation de ressources, il a été possible de regrouper certains profils. On a alors obtenu 6 groupes consommant un niveau de ressources significativement proche (Groupes iso-ressources ou Gir) de soins de base et relationnels. Le Gir 1 concerne les personnes les plus dépendantes et le Gir 6 les personnes les moins dépendantes.

# Annexe 4

## Financement du secteur de l'aide, de l'accompagnement et des soins à domicile.

	Personnes âgées	Personnes en situation de handicap	Familles	Soins	Ménages et particuliers
<b>1. Département</b>					
Aide sociale légale (ASL)					
ASL personnes âgées et handicapées	•	•			
Aide sociale à l'enfance (ASE)			•		
Aide sociale facultative	•	•			
Apa	•				
PSD/PED	•				
ACTP	•	•			
Prestation de compensation du handicap (PCH)		•			
Allocation frais professionnels		•			
Action éducative en milieu ouvert			•		
Protection maternelle infantile			•		
<b>2. Organismes de sécurité sociale</b>					
Cnam					
Aide aux foyers			•		
Soins à domicile				•	
Hospitalisation à domicile				•	
Cnav					
Aide ménagère à domicile	•				
Garde à domicile	•				
AGIL (actions géront. initiatives locales)	•				
Autres participations financières	•				

## Financement du secteur de l'aide, de l'accompagnement et des soins à domicile (suite).

	Personnes âgées	Personnes en situation de handicap	Familles	Soins	Ménages et particuliers
Caf					
Aide aux foyers			•		
Allocation adulte handicapé		•			
Majoration pour la vie autonome		•			
Complément de ressources		•			
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé		•	•		
Majoration pour parent isolé d'enfant handicapé		•	•		
Allocation de présence parentale		•	•		
Paje		•	•		
MSA	•	•	•		
Régimes spéciaux et particuliers	•		•		
Exonération des cotisations patronales de sécurité sociale (non compensée par l'État)	•	•	•		•
<b>4. État</b>					
Aide médicale de l'État				•	
Dispositif auxiliaire de vie		•			
Aide aux personnes très lourdement handicapées		•			
Dispositif aide aux primo-entrants			•		
Exonération des cotisations patronales de sécurité sociale (compensée par l'État)	•	•	•		•
Réduction d'impôt sur le revenu	•	•	•		•
<b>5. Participation des usagers</b>	•	•	•		•
<b>6. Communes</b>	•	•	•		•
<b>7. Mutuelles et assistants</b>	•	•	•		•
<b>8. Entreprises (Cesu préfinancé)</b>	•	•	•		•
<b>9. Fondations et autres fonds privés</b>	•	•	•	•	•

# Annexe 5

## Les diplômes de la filière aide à domicile.

Ministères certificateurs	Affaires sociales	Éducation nationale	Santé	Travail et emploi	Jeunesse et sports	Agriculture
<b>Niveau V BEP – CAP Emplois classés CAT. B</b>	Diplôme d'État d'assistant familial	BEP sanitaire et social CAP petite enfance CAP assistant technique en milieu familial et collectif		Titre professionnel assistant de vie (Afpa)		BEPA Option services, spécialité services aux personnes CAPA Services en milieu rural
<b>Niveau V BEP – CAP Emplois classés CAT. C</b>	Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) Diplôme d'État d'aide médico-psychologique	Mention complémentaire aide à domicile (MCAD)	Diplôme professionnel d'aide-soignant  Diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture			
<b>Niveau IV Baccalauréat</b>	Diplôme d'État de TISF (Technicien(ne) d'intervention sociale et familiale)  Certificat de moniteur éducateur <sup>1</sup>	Baccalauréat professionnel services de proximité et vie locale			Brevet d'État d'animateur technicien de l'éducation populaire et de la jeunesse (BEATEP)	

## Les diplômes de la filière aide à domicile (suite).

Ministères certificateurs	Affaires sociales	Éducation nationale	Santé	Travail et emploi	Jeunesse et sports	Agriculture
<b>Niveau III Bac + 2</b>	Diplôme d'État d'éducateur de jeunes enfants Diplôme d'État d'assistant de service social	BTS secteur sanitaire et social (titre provisoire, en cours d'élaboration, sortie prévue en septembre 2008)	Diplôme d'État d'infirmier Diplôme d'État d'ergothérapeute		Diplôme d'État d'animateur (DEFA)	
		Diplôme d'État d'éducateur spécialisé Diplôme d'État de conseiller en économie sociale et familiale (CESF)				
<b>Niveau II Licence - Maîtrise</b>	Diplôme d'État de médiateur familial  Caferuis (certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale)		Licences professionnelles	Diplôme de cadre infirmier		
<b>Niveau I DESS, ingénieur</b>	Cafdes (directeur d'établissement et de service)  DEIS (diplôme d'État d'ingénierie sociale, il remplace le diplôme supérieur de travail social)		DESS et DEA Diplôme de psychologue			



