



**Hélène Nguyen**

Master « Politiques publiques et changement social », 1<sup>ière</sup> année  
Spécialité « Ville, Territoire et Solidarités »

**Rapport d'étude**

# **Les personnes âgées et l'allocation personnalisée d'autonomie**

Analyse de la sous-utilisation des heures prestataires  
préconisées dans certains plans d'aide APA

**Tuteurs professionnel et pédagogique :**

Cédric Ancillon, chef du service des aides et prestations sociales à domicile, Conseil Général de l'Isère  
Philippe Warin, directeur de recherche au CNRS et responsable scientifique d'ODENORE

Année universitaire 2005/2006

## RESUME

Le dispositif d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile vise à favoriser la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie et qui souhaitent rester chez elles. Sur demande de la famille ou de la personne âgée, un plan d'aide est alors réalisé à partir d'une évaluation médico-sociale. Quand la personne âgée a besoin d'une tierce personne pour l'accompagner dans les différentes tâches de la vie quotidienne, des aides à domicile sont sollicitées. Elles sont employées, le plus souvent, par des services prestataires.

En 2005, les heures prestataires contenues dans les plans d'aide représentaient 55% des heures d'intervention à domicile préconisées. Or, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, le système du versement direct de l'APA aux services prestataires laisse apparaître que 26% des heures préconisées dans les plans d'aide n'ont pas été réalisées. Ce constat pose le problème de l'efficacité du dispositif et plus précisément de la qualité des réponses apportées aux besoins des personnes âgées bénéficiaires de l'APA à domicile. L'étude réalisée repose sur des entretiens menés auprès des acteurs de ce dispositif, des équipes médico-sociales (EMS), des services d'aide à domicile (SAD) et des personnes âgées, pour connaître les raisons avancées par chacun pour expliquer cette « sous-utilisation » des heures prestataires. Elle permet de confirmer certaines hypothèses renvoyant à leurs pratiques et comportements :

- La charge de travail des référents sociaux ne permet pas le suivi de tous les plans d'aide.
- Une fonction de contrôle de la qualité des prestations est à renforcer.
- Les SAD n'ont pas assez de personnel pour répondre à la demande des personnes âgées.
- Les créneaux horaires d'intervention souhaités par les EMS sont parfois inadaptés aux types de services disponibles sur le territoire.
- Les responsables de SAD connaissent des difficultés à recruter du personnel qualifié.
- Certaines personnes âgées minimisent leur handicap et veulent garder leur indépendance.
- L'intervention d'une aide à domicile peut provoquer du désordre dans les relations familiales.
- Il peut y avoir un décalage entre le rôle de l'aide à domicile et ce qu'en attend la personne âgée.

## SOMMAIRE

<b>1</b>	<b>La commande</b> .....	<b>4</b>
1.1	Contexte du soutien à domicile aux personnes âgées .....	4
1.2	Projet de stage : Objet et attendus .....	4
<b>2</b>	<b>Hypothèses, échantillonnage et entretiens</b> .....	<b>6</b>
2.1	<b>Hypothèses explicatives issues de la littérature renvoyant aux pratiques et comportements des acteurs du dispositif d'APA à domicile</b> .....	<b>6</b>
2.1.1	Equipe médico-sociale (EMS) .....	6
2.1.2	Service à domicile (SAD) .....	7
2.1.3	Personne âgée .....	7
2.2	<b>Echantillonnage à partir de l'analyse des factures</b> .....	<b>8</b>
2.3	<b>Entretiens</b> .....	<b>10</b>
2.3.1	Equipes médico-sociales .....	10
2.3.2	Services à domicile.....	11
2.3.3	Personnes âgées.....	12
<b>3</b>	<b>Analyse des données recueillies : infirmation/confirmation des hypothèses de travail</b> .....	<b>13</b>
3.1	Evaluation des besoins non satisfaisante.....	13
3.2	Difficultés de suivi médico-social .....	14
3.3	Manque de personnel et inadaptation de l'offre de service au plan d'aide .....	14
3.4	Personnel non qualifié .....	15
3.5	Relations entre les aides à domicile et les personnes âgées difficiles .....	15
3.6	Déni de la dépendance, volonté de garder son indépendance .....	15
3.7	Relations entre les personnes âgées et les aides à domicile difficiles .....	15
<b>4</b>	<b>Conclusion : éléments de mise en perspective</b> .....	<b>17</b>
4.1	En quoi l'exploitation des factures peut contribuer au suivi des plans d'aide par les référents sociaux?.....	17
4.2	Les écarts constatés doivent-ils être réduits ? .....	17
4.3	La coordination autour de la personne âgée comme outil d'amélioration du suivi des plans d'aide ?.....	18
4.4	Quelle place faut-il accorder aux aidants familiaux ? .....	18
	<b>Bibliographie</b> .....	<b>20</b>
	<b>Annexes</b> .....	<b>21</b>

# 1 La commande

## 1.1 Contexte du soutien à domicile aux personnes âgées

Depuis la mise en œuvre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile en janvier 2002, le nombre de bénéficiaires a connu une progression de +240%, passant de 2571 à 8810 bénéficiaires au 31 décembre 2005. L'analyse socio-démographique des bénéficiaires de l'APA à domicile met en évidence une population majoritairement féminine (3/4 des bénéficiaires) et âgée de 75 ans et plus (84% des bénéficiaires).

Afin de faire face tant quantitativement que qualitativement aux demandes croissantes des usagers, le Conseil général a mis en place un dispositif départemental s'appuyant sur des équipes médico-sociales (EMS) intervenant dans un cadre de proximité. Sous la responsabilité du Département, ces équipes sont composées pour moitié d'agents du Conseil Général et pour une autre moitié de travailleurs sociaux salariés d'organismes avec lequel le Département a passé convention : la Mutualité sociale agricole (MSA) ainsi que certains CCAS. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, les EMS APA sont rattachées aux directions territoriales du Conseil général, et font partie des services autonomie mis en place sur chaque territoire. Ces services autonomie garantissent désormais l'identification sur chaque territoire, au plus près des usagers, de lieux ressources permettant d'assurer une meilleure information et coordination des acteurs locaux de gérontologie. Soucieux de transformer et valoriser le secteur des services d'aide à domicile, le Conseil général a initié dès 2002 une démarche de modernisation des services prestataires d'aide à domicile aux personnes âgées en vue de garantir, sur l'ensemble du département, une réponse de qualité aux besoins d'accompagnement des bénéficiaires de l'APA.

## 1.2 Projet de stage : Objet et attendus

En 2005, les heures prestataires représentaient 55% des heures d'intervention à domicile préconisées dans les plans d'aide APA. Or, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, le système du versement direct de l'APA aux services prestataires laisse apparaître qu'un certain nombre d'heures préconisées dans les plans d'aide n'est pas réalisé. Une « sous-utilisation » de ces heures a été constatée à partir des factures des services à domicile adressées au Conseil Général. Au cours du deuxième semestre 2005, 1 042 103 heures ont été accordées sur la base des factures et 774 581 heures ont été réalisées, l'écart constaté à partir de ces données est donc de 26%.

Le stage a pour objet de réaliser une étude sur ces écarts pour apporter des éléments de compréhension.

Les raisons avancées par les professionnels et par la Direction du Conseil Général conduisent à émettre l'hypothèse selon laquelle l'explication principale de cet écart réside probablement dans la relation entre personnes âgées et intervenants à domicile même si une définition quelque peu généreuse des besoins et des Plans d'action peut exister. Le moins grand nombre d'heures que prévu serait l'effet d'une possible limitation volontaire de cette relation de service, qui pourrait être due aussi bien aux personnes âgées qu'aux intervenants. Il s'agit donc d'éclairer cette hypothèse et de vérifier les attentes des personnes âgées au regard des pratiques des intervenants, pour voir en quoi les écarts constatés posent la question majeure de la qualité du service rendu.

La réponse à ces attentes ne peut donner lieu à une approche exhaustive dans le cadre d'un stage « étudiant » de 3 mois. En revanche, il est possible de vérifier la validité de cette hypothèse.

Pour cela, la démarche adoptée a suivi plusieurs étapes :

- Recherche de pistes pour expliquer les écarts à partir d'un travail sur la littérature.
- Analyse des données et échantillonnage pour cibler une population pour laquelle les écarts constatés semblent significatifs.
- Entretiens avec les acteurs du dispositif d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile c'est-à-dire les équipes médico-sociales (EMS), les services à domicile (SAD) et les personnes âgées bénéficiaires de l'APA à domicile pour avoir leur point de vue sur la question.

## 2 Hypothèses, échantillonnage et entretiens

Un premier travail sur la littérature scientifique et professionnelle sur le vieillissement et la prise en charge des personnes âgées à domicile permet de dégager plusieurs pistes pour une explication de notre objet d'étude : les écarts entre les heures préconisées dans les plans d'aide et celles effectivement réalisées.

### 2.1 Hypothèses explicatives issues de la littérature renvoyant aux pratiques et comportements des acteurs du dispositif d'APA à domicile

#### 2.1.1 Equipe médico-sociale (EMS)

Hypothèse 1 : La question de l'évaluation des besoins par les travailleurs sociaux et les médecins des EMS a été posée en terme d'efficacité. La méthode et les outils permettant de déterminer le niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée et de préconiser des aides pour favoriser son maintien à domicile ne semblent pas être satisfaisants.

Bellanger, M. et Le Bihan-Youinou, B. (2003). « La mise en oeuvre de l'APA dans 6 départements », Études et résultats DRESS n°264, 1.

Frinault, T. (2005). « Du ressortissant-bénéficiaire aux ressortissants-usagers : l'émergence de nouveaux rapports sociaux d'usage dans le domaine vieillesse », Politiques et management public, vol. 23, n° 2, 52-55.

Hypothèse 2 : La grille AGGIR (Autonomie Gérontologique - Groupes Iso-Ressources) évalue l'autonomie selon certains critères et regroupe les personnes âgées en six groupes "iso-ressources". Cette grille comporte dix variables à coder : cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination, transfert, déplacement à l'intérieur, déplacement à l'extérieur, communication à distance. Les compétences de certains référents sociaux peuvent être limitées dans le domaine des soins. L'évaluation médico-sociale pose la question de la formation des assistantes sociales et de la polyvalence de l'EMS.

Nguyen, H. Auteur de ce rapport.

Hypothèse 3 : La vision biomédicale de la vieillesse semble dominer face aux déterminants sociaux et ceux liés à l'environnement des personnes âgées.

Ankri, J. et Henrard, J-C. (2003). « Services des soins de santé : dépenses de soins, efficacité des soins et des actions de santé ». Vieillesse, grand âge et santé publique..., 229.

Hypothèse 4 : La charge de travail trop importante des référents sociaux rendrait le suivi médico-social difficile.

Bellanger, M. et Le Bihan-Youinou, B. (2003). « La mise en oeuvre de l'APA dans 6 départements », Études et résultats DRESS n°264, 11.

Hypothèse 5 : Le contrôle de la qualité des prestations est insuffisant voire inexistant. Il paraît alors difficile d'affirmer que les plans d'aide sont adaptés aux besoins identifiés puisqu'on ne peut pas le vérifier.

Cour des comptes, (2005). Synthèse du rapport public particulier « Les personnes âgées dépendantes ».  
Séguin, P. (2005). Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale. Commission des affaires culturelles, familiales et sociales. Compte-rendu n° 7.

## 2.1.2 Service à domicile (SAD)

Hypothèse 6 : Les SAD manquent de personnel pour assurer la continuité des prestations 7 jours/7.

Cour des comptes, (2005). Synthèse du rapport public particulier « Les personnes âgées dépendantes », 10.  
De Maria, F. et Pépin, P. (2004). Les personnes âgées dépendantes en Essonne, à domicile et en établissements. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 90.  
Dupré-Lévêque, D., Scodellaro, C. et Thomas, H. (2005). « Perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants : un enquête qualitative », Études et résultats DRESS n°370, 3.  
Mette, C. (2004). « APA à domicile : une analyse des plans d'aide », Études et résultats DRESS n°293, 2.  
Weber, A. (2005). « L'appréciation de l'APA par ses bénéficiaires ou leurs proches », Etudes et résultats DRESS n°371, 4.

Hypothèse 7 : Le plan d'aide est inadapté aux offres des services prestataires. L'offre de service est insuffisante et ne permet pas de respecter les types d'intervention et les créneaux horaires demandés.

Bellanger, M. et Le Bihan-Youinou, B. (2003). « La mise en oeuvre de l'APA dans 6 départements », Études et résultats DRESS n°264, 1-10.

Hypothèse 8 : Le secteur de l'aide à domicile est peu attractif du fait des conditions de travail peu favorables et de la faible rémunération, ce qui rend le recrutement de personnel qualifié difficile.

Bellanger, M. et Le Bihan-Youinou, B. (2003). « La mise en oeuvre de l'APA dans 6 départements », Études et résultats DRESS n°264, 9.  
Séguin, P. (2005). Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité social. Commission des affaires culturelles, familiales et sociales. Compte-rendu n° 7.

Hypothèse 9 : Les aides à domicile peuvent avoir des comportements négligents envers les personnes âgées.

Bouchayer, F. (2004). « L'inscription sociale d'aide à autrui : à propos de la prestation de soins professionnalisée », Normes et valeurs dans le champ de la santé, 79.  
Dupré-Lévêque, D., Scodellaro, C. et Thomas, H. (2005). « Perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants : un enquête qualitative », Études et résultats DRESS n°370, 4-5.

## 2.1.3 Personne âgée

Hypothèse 10 : La venue chez soi d'une personne étrangère n'est pas facile à accepter pour les personnes âgées d'autant plus si elle souhaite garder son indépendance.

Caradec, V. (2001). Sociologie de la vieillesse et du vieillissement, 85.  
Dupré-Lévêque, D., Scodellaro, C. et Thomas, H. (2005). « Perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants : un enquête qualitative », Études et résultats DRESS n°370, 5.  
Warin, P. et Chauveaud, C. (2005). Des personnes âgées hors leurs droits. Non recours subi ou volontaire, ODENORE, 4.

Hypothèse 11 : L'intervention d'une personne étrangère peut provoquer du désordre dans les relations familiales.

Warin, P. et Chauveaud, C. (2005). Des personnes âgées hors leurs droits. Non recours subi ou volontaire, ODENORE, 5.

Hypothèse 12 : Il peut exister un décalage entre le rôle de l'aide à domicile et les attentes de la personne âgée.

Caradec, V. (2001). Sociologie de la vieillesse et du vieillissement, 83-85.

## 2.2 Echantillonnage à partir de l'analyse des factures

A la date du 31 décembre 2005, le nombre de personnes âgées bénéficiaires de l'APA à domicile s'élève à 8810. Cette population est majoritairement féminine (3/4 des bénéficiaires) et âgée de 75 ans et plus (84% des bénéficiaires). Les délais impartis pour réaliser ce stage n'ont pas permis d'étendre l'étude à l'ensemble de cette population et sur toute l'année 2005. En accord avec les responsables du service des aides et prestations sociales à domicile, l'échantillonnage porte sur les bénéficiaires ayant fait appel à certains SAD conventionnés avec le Conseil Général sur la période du 2<sup>ème</sup> semestre 2005.

Les SAD retenus sont les ADPA de Grenoble et de Bourgoin-Jallieu, l'ADMR Isère (ce sont les trois plus grosses associations en terme de bénéficiaires) et les deux CCAS de Saint Martin d'Hères et de Saint Marcellin. La comparaison des fonctionnements des CCAS semble être intéressante car les écarts constatés sont différents malgré un nombre de bénéficiaires et une structure identiques. Les ADPAH de Voiron et de Vienne ont été écartées car leurs structures sont relativement identiques à l'ADPA de Bourgoin-Jallieu.

Ce travail d'échantillonnage se base sur les factures qu'adressent les SAD au Conseil Général. Cela concerne ainsi 4840 bénéficiaires<sup>1</sup>.

Echantillon 1 : Pour cibler les situations les plus représentatives du phénomène étudié, on procède à un premier tri en appliquant les critères suivants :

- Pourcentage d'écart entre les heures accordées dans les plans d'aide APA et celles réalisées : « supérieur ou égal à 26%<sup>2</sup> » sur les 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> trimestres 2005.
- Pas de révision des plans d'aide au cours des 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> trimestre 2005.
- Facture sur le trimestre entier (du premier jour au dernier jour des 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> trimestres).

Le tableau suivant indique le nombre de personnes correspondant aux critères précités :

SAD	Échantillon 1
ADMR Isère	107
ADPA Bourgoin-Jallieu	7
ADPA Grenoble	224
CCAS Saint Marcellin	4
CCAS Saint Martin d'Hères	15
Total	357

<sup>1</sup> Il est impossible de connaître le nombre exact de bénéficiaires par semestre. On connaît le nombre pour un trimestre, mais on ne peut pas additionner deux trimestres, sinon on peut compter deux fois des bénéficiaires. On a donc choisi de retenir les effectifs trimestriels les plus élevés, ceci pour chaque SAD enquêté. Autrement dit, les effectifs correspondent aux effectifs à un temps t et non à des effectifs cumulés au long d'une période.

<sup>2</sup> Ce pourcentage correspond à l'écart moyen constaté à partir des factures de tous les SAD (hors convention et conventionnés par le Conseil Général) sur le 2<sup>ème</sup> semestre 2005. Pour calculer cet écart, le nombre d'heures accordées pris en compte est celui mentionné sur ces factures, différent de celui mentionné sur les plans d'aide (voir 4.1. En quoi l'exploitation des factures peut contribuer au suivi des plans d'aide par les référents sociaux?).



Echantillon 2 : En accord avec le chef du service « APA à domicile », un deuxième tri a été effectué à partir de la répartition territoriale de l'échantillon 1 (Tableau « Répartition territoriale de l'échantillon 1 sur le 2<sup>ème</sup> semestre »). Les territoires retenus sont :

- Les territoires regroupant plus de 10% de l'échantillon 1: le Grésivaudan (8), Grenoble (13) et la couronne du Sud-grenoblois (15),
- Le territoire du Sud Grésivaudan (7) pour la comparaison des CCAS de Saint Martin d'Hères et de Saint Marcellin,
- Les territoires Porte des Alpes (1) et Haut Rhône Dauphinois (2) où une seule EMS existe.

Cela concerne 235 bénéficiaires.

Répartition territoriale de l'échantillon 1 sur le 2 <sup>ème</sup> semestre								
Territoire	ADPA Grenoble	ADMR Isère	ADPA BJ	CCAS SMH	CCAS St Marcellin	Total	Répartition (en %)	Ecart moyen (en %)
1		11	2			13	3,64	41,71
2		18	5			23	6,44	41,34
3		9				9	2,52	48,16
4						0	0,00	
5	0	16				16	4,48	66,72
6	1	8				9	2,52	61,59
7		8			4	12	3,36	56,22
8	17	19				36	10,08	47,59
9		6				6	1,68	59,64
10		3				3	0,84	65,77
11	6	3				9	2,52	44,99
12		3				3	0,84	42,47
13	108	0				108	30,25	53,38
14	20	1				21	5,88	51,06
15	36	2		15		53	14,85	51,86
16	33					33	9,24	55,89
Hors Isère	3					3	0,84	56,42
Total	224	107	7	15	4	357	100,00	52,16
Echantillon 2	161	48	7	15	4	235	65,83	

Lecture: Parmi les personnes âgées de l'échantillon 1 retenu (357 PA), 16 ont leur lieu de résidence sur le territoire 5 soit 4,48% de l'échantillon total et ont en moyenne 66,72% d'écart entre les heures accordées et celles réalisées.

Echantillon 3 : L'échantillon 2 a fait l'objet d'une analyse à partir des dossiers administratifs permettant d'écartier 14 personnes pour lesquelles l'hospitalisation, l'entrée en établissement, l'absence pour convenance personnelle ou le renoncement après accord expliquent logiquement les écarts constatés. De plus, 4 personnes résidant sur le territoire 15 ont également été écartées car elles sont prises en charge par l'EMS du territoire 14 non retenu pour l'étude.

L'échantillon 3 (cf. Annexe 1) est composé de 217 bénéficiaires APA pour lesquels aucune explication des écarts n'est connue. Ils sont répartis comme suit :

Service à domicile	Terr.1 et 2	Terr.7	Terr.8	Terr.13	Terr.15	Total
AMDR Isère	23		16			39
ADPA Grenoble			17	108	30	155
ADPA Bourgoin-Jallieu	7					7
CCAS St Martin d'Hères					13	13
CCAS St Marcellin		3				3
Total	30	3	33	108	43	217

A partir de ce tableau, il s'agit dans un premier temps de trouver dans les dossiers de ces personnes âgées et avec l'aide des EMS des services Autonomie concernés, les raisons pouvant expliquer la sous-utilisation des heures prestataires. Ce premier point de vue est complété ensuite par celui des responsables des SAD et enfin par celui des personnes âgées elles-mêmes.

## 2.3 Entretiens

L'objectif des entretiens est de recueillir les points de vue des acteurs du dispositif d'APA à domicile afin de connaître les raisons de la sous-utilisation des heures prestataires. Il faut tenir compte de la diversité des contextes avec des fonctionnements propres à chaque EMS et à chaque SAD. De même, il faut prendre en considération les conditions de vie de chaque personne âgée puisqu'il n'existe pas de profil-type du « bénéficiaire APA à domicile ». Il s'agit ensuite d'établir une liste des explications qui indiquent le poids ou l'importance de chacune d'entre elles mais aussi leurs possibles combinaisons.

Compte tenu des délais impartis, l'étude réalisée ne peut être exhaustive. Il se peut donc que des situations particulières soient mises en exergue.

### 2.3.1 Equipes médico-sociales

Suite au travail d'échantillonnage, une liste de bénéficiaires de l'échantillon 3 par territoire a été envoyée aux EMS concernées, les référents sociaux ont été sollicités pour étudier les dossiers dont ils s'occupent et trouver des explications aux écarts constatés. Ce travail préalable devait permettre de cibler des personnes âgées pour lesquelles aucune explication n'était connue et ainsi faire une liste des personnes âgées à rencontrer. Des rendez-vous ont ensuite été pris avec ces EMS. Une incompréhension sur le travail demandé aux référents sociaux de l'EMS des territoires Haut Rhône dauphinois et Porte des Alpes a nécessité un 2<sup>ème</sup> déplacement. Les disponibilités limitées des référents sociaux de cette EMS et de celle de Grenoble n'ont pas permis une discussion en direct sur les questions soulevées par la sous-utilisation des heures prestataires, seules les chefs Autonomie et le médecin de l'EMS de Grenoble ont pu donner leur avis.

#### 2.3.1.1 Description du fonctionnement

Les entretiens réalisés avec les EMS des 6 territoires retenus ont pour but de comprendre leurs pratiques et usages (cf. annexe 2). Il s'agit également de recueillir leurs explications des écarts constatés afin de les confronter aux hypothèses explicatives résumées du travail préalable sur la littérature.

Le tableau 1 (cf. annexe 3) présente les réponses apportées par les EMS concernant les profils des bénéficiaires, le travail des référents sociaux, leurs appréciations de l'analyse des besoins, des plans d'aide mis en place et des relations qu'elles entretiennent avec les SAD. Une dernière question se rapporte à leur avis sur la non utilisation des heures prestataires.

Résumé des avis sur chaque point fort des entretiens :

#### Travail des référents sociaux :

Les suivis sont difficiles à cause d'une charge de travail trop importante.

#### Analyse des besoins :

Les réponses aux besoins identifiés ne peuvent être satisfaisantes si la qualité de la prestation n'est pas contrôlée.

L'évaluation des besoins est influencée par la famille et la notion de prévention est présente (surévaluer en cas de dégradation de l'état de santé).

#### Plan d'aide :

Notion de réajustement, d'adaptation à la personne.

Latitude permise sans conséquences financières.

Difficulté de mise en place, transitoire mais indispensable.

#### Relations avec les SAD :

La connaissance des SAD par les référents sociaux n'est pas systématique. La nécessité de formaliser les contacts est soulignée. Les relations entre les référents sociaux et les responsables de secteur des SAD sont informelles.

### Non utilisation, un problème ? :

Oui car l'évaluation n'est pas juste, surévaluée.

Non car le réajustement et la réactualisation sont nécessaires. Il y a dans ce cas une souplesse et la situation est acceptée, d'autant plus qu'il n'y a pas de dépenses.

#### 2.3.1.2 Explications des écarts

Les référents sociaux ont recueilli dans les dossiers des bénéficiaires de l'échantillon 3 tous les éléments permettant d'expliquer les écarts constatés.

Ces explications sont répertoriées dans le tableau 2 (cf. annexe 4) ci-dessous, leur proportion indique le poids de chacune d'entre elles.

Il existe un certain nombre de dossiers retenus mais non étudiés, cela est principalement dû au fait que les référents sociaux en charge de ces dossiers n'ont pas pu transmettre les informations.

Parmi les cas étudiés, le comportement des personnes âgées expliquerait principalement (48,4%) la sous-utilisation des heures prestataires. Leurs absences, le souhait de ne pas avoir autant d'heures que prévues, leur volonté de n'avoir qu'une seule aide à domicile (non remplacée en cas d'absence de celle-ci) et leurs caractères dits « difficiles » limiteraient le nombre d'interventions.

17,6% des explications sont liées aux services à domicile. Les caractéristiques de ces services sont en cause, notamment le manque de personnel qualifié pour les aides à la personne, les forfaits inadaptés pour les services n'intervenant que pour un minimum d'heures (souvent très supérieur à la demande) et la limitation des interventions liée au manque d'aides à domicile. Mais la principale raison des écarts est liée à la présentation des données. Souvent deux prestataires interviennent à domicile. Or, la facturation que nous avons étudiée ne fait apparaître que les heures effectuées par un prestataire. Dans ce cas, les écarts relevés sont fictifs, car les heures sont faites mais non reportées sur les documents.

#### 2.3.2 Services à domicile

La directrice de la santé et de l'autonomie a adressé un courrier aux responsables des ADPA de Grenoble et de Bourgoin-Jallieu, de l'ADMR Isère, des CCAS de Saint Martin d'Hères et de Saint Marcellin leur expliquant l'objectif de l'étude et la démarche utilisée. Des rendez-vous ont été fixés peu de temps après. Pour les CCAS, les personnes rencontrées sont respectivement le chef des services gérontologiques et la responsable sur service d'aide à domicile.

##### 2.3.2.1 Description des services à domicile

Les entretiens avec les responsables des SAD retenus et les responsables de secteur de ces SAD renseignent sur les particularités des structures (cf. annexe 5) : le personnel, leur formation, la conception et la reconnaissance du métier d'aide à domicile, le fonctionnement et la croissance de l'activité, la perception des autres SAD et les relations établies avec les autres acteurs du dispositif d'APA à domicile (réfèrent social, personne âgée et sa famille).

Le temps imparti pour la réalisation de cette étude n'a pas permis de questionner tous les responsables de secteur ni les aides à domicile. Néanmoins, 4 entretiens ont pu être menés auprès de responsables de secteur. Leurs réponses complètent celles des responsables des SAD (cf. annexes 6 et 7) concernant la conception et la reconnaissance du métier ainsi que les relations établies avec les autres acteurs du dispositif d'APA à domicile (réfèrent social, personne âgée et sa famille).

### 2.3.2.2 Explications des écarts

Les responsables des SAD ne connaissent pas tous les dossiers, ils ont néanmoins des explications aux écarts étudiés, comme les 4 responsables de secteur et les 2 aides à domicile également rencontrés (cf. annexe 8).

Les explications données correspondent à celles des référents sociaux. On retrouve ainsi les refus des personnes âgées à avoir des remplaçants, leur souhait d'avoir moins d'heures que prévu au moment de l'évaluation, l'intervention de la famille supérieure à celle estimée et les absences des personnes âgées pour hospitalisation ou convenance personnelle.

### 2.3.3 Personnes âgées

Après avoir examiné les dossiers des personnes âgées figurant sur les listes données aux référents sociaux, un certain nombre de cas reste sans explications. Les référents sociaux en charge de ces personnes âgées ont indiqué la façon la plus appropriée pour les contacter et les rencontrer. Il s'agit pour les uns de l'envoi d'un courrier précisant que le but de l'étude est d'améliorer leur prise en charge, suivi d'un appel téléphonique à la personne âgée directement ou à un membre de sa famille. Pour d'autres, les rendez-vous ont été pris directement avec les personnes âgées par téléphone.

11 entretiens ont été menés auprès de personnes âgées (cf. annexe 9) : 3 sur les territoires Haut Rhône dauphinois et Porte des Alpes et 8 sur le territoire du sud-grenoblois, ces derniers par Catherine Chauveaud d'ODENORE (observatoire des non recours aux droits et services).

#### 2.3.3.1 Conditions de vie et appréciation du plan d'aide

Les informations recueillies permettent de connaître de façon générale les conditions de vie de la personne âgée et d'avoir leur point de vue sur le plan d'aide mis en place (cf. annexe 10).

#### 2.3.3.2 Explications des écarts

Les explications des écarts données par les personnes âgées et/ou leur entourage (cf. annexe 11) rejoignent celles des référents sociaux et des responsables des SAD. Certaines personnes âgées et leur famille sont conscientes des difficultés de fonctionnement des SAD pour trouver du personnel et le regrettent, d'autres refusent ces remplacements parce qu'elles n'acceptent pas les changements. Il y a eu également des absences pour hospitalisation ou convenance personnelle. Dans deux cas, la présence de la famille est plus importante que prévue et les interventions des aides à domicile n'ont pas lieu quand la famille peut s'occuper de leur proche. L'emploi d'un autre SAD que celui retenu pour l'étude explique enfin certains écarts.

### **3 Analyse des données recueillies : infirmation/confirmation des hypothèses de travail**

L'objectif de cette analyse est de confronter les hypothèses explicatives issues de la littérature avec les résultats des entretiens. Certaines sont infirmées, d'autres confirmées.

#### **3.1 Evaluation des besoins non satisfaisante**

Hypothèse 1 : La méthode d'évaluation est mal adaptée.

Lors des différents entretiens menés, personne n'a critiqué la méthode permettant d'évaluer le degré d'autonomie des personnes âgées. Le travail de recueil de données sur la situation de la personne âgée à domicile et la collaboration entre les référents sociaux et médecins des EMS n'ont pas été remis en question. L'absence de définition réglementaire précise de l'évaluation médico-sociale ne semble pas poser de problème ici. Elle a notamment permis au service APA à domicile du Conseil Général de l'Isère et au service social de la MSA des Alpes du Nord de concevoir un document d'évaluation propre à leurs pratiques professionnelles (cf. Annexe 12).

Par contre, si ce document permet de bien évaluer le degré d'autonomie de la personne âgée à domicile, il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'une « photographie instantanée simultanément tributaire de l'état conjoncturel de la personne âgée ainsi que les informations délivrées par elle-même et son entourage » (Frinault). Ainsi, des référents sociaux trouveraient l'évaluation des besoins d'autant plus satisfaisante s'il y avait la possibilité de faire des réajustements après un premier fonctionnement de 2 ou 3 mois notamment à cause d'une tendance à surévaluer les besoins en anticipation de situations qui se dégraderaient ou sous la pression de la famille qui demande à bénéficier du maximum pour être soulagée.

Hypothèse 2 : Les compétences de certains référents sociaux sont limitées dans le domaine des soins.

Aucun référent social n'a fait part de difficulté pour évaluer le degré de perte d'autonomie des personnes âgées. Les référents sociaux utilisent le même document d'évaluation et ce, quelle que soit leur formation. La diversité des profils des référents sociaux (assistants sociaux, infirmières, conseillère en économie sociale et familiale, psychogérontologue) est recherchée par le Conseil Général de l'Isère puisque « la variété des problématiques rencontrées lors des visites à domicile dans le cadre de l'attribution de l'APA exige une pluridisciplinarité des équipes... » (Conseil Général de l'Isère). De plus, la présence d'un médecin dans chaque EMS permet un regard croisé sur les dossiers complexes.

Hypothèse 3 : La vision biomédicale prédomine au détriment des déterminants sociaux de la santé des individus et des déterminants liés à l'environnement individuel et collectif.

Personne n'évoque cette hypothèse. La grille AGGIR n'étant pas remise en question, il semblerait que les données, principalement recueillies par des travailleurs sociaux, permettent d'envisager des réponses à la demande des personnes âgées.

### **3.2 Difficultés de suivi médico-social**

Hypothèse 4 : La charge de travail des référents sociaux ne permet pas le suivi de tous les plans d'aide.

Les référents sociaux regrettent un manque de moyen qui empêche un suivi satisfaisant des dossiers dont ils ont la charge. Ils auraient trop de dossiers à gérer, notamment de nombreux nouveaux dossiers. Ils ne seraient pas assez disponibles. La polyvalence et la proximité des assistantes sociales de Grenoble les rendent moins disponibles encore que les autres référents sociaux.

Hypothèse 5 : Une fonction de contrôle de la qualité des prestations est à renforcer.

Une référente sociale évoque la nécessité de connaître les intervenants pour être sûre qu'ils favorisent l'autonomie et qu'ils utilisent tout le temps imparti dans cet objectif.

Un problème concernant les arrêtés, documents sur lesquels se basent les SAD pour programmer leurs interventions, est soulevé par un médecin. Il s'agit de la perte d'informations entre la définition de tâches précises à effectuer à certaines heures et la globalisation d'un nombre d'heures accordées sur les arrêtés. Cela représente un risque si les prestations offertes ne correspondent pas à ce qui est préconisé.

### **3.3 Manque de personnel et inadaptation de l'offre de service au plan d'aide**

Hypothèse 6 : Les SAD n'ont pas assez de personnel pour répondre à la demande des personnes âgées.

Une référente sociale parle des limites du fonctionnement des SAD, différentes selon les chefs de secteur et le personnel employé. Elle souligne que la continuité 7 jours/7 est difficile. Sur certains secteurs de Grenoble, il manque des aides à domicile, notamment à Teisseire. Un bénéficiaire de l'APA à domicile raconte qu'au début de sa prise en charge, il avait besoin d'une aide pour la toilette mais que personne n'est venu pendant 3 mois, le SAD expliquant qu'il n'y avait pas de personnel qualifié. Faire appel à une IDE libérale a été envisagée mais c'était trop cher pour lui. Une autre bénéficiaire a dû s'accommoder des disponibilités de l'aide à domicile pour planifier les interventions. Quatre responsables de SAD sur les cinq interrogés connaissent des difficultés pour recruter du personnel qualifié ou non, notamment parce que le secteur n'est pas attirant. Des difficultés de remplacement des aides à domicile en congés en résultent.

Hypothèse 7 : Les créneaux horaires d'intervention souhaités par les EMS sont parfois inadaptés aux types de services disponibles sur le territoire.

Une responsable d'un SAD affirme que des interventions d'une ½ heure sont possibles car l'accent est mis sur le respect de la vie des personnes âgées. Le travail des aides à domicile doit s'adapter à la personne et non à leurs disponibilités. Mais le principe n'est pas toujours réalité. Apparemment, il existe des SAD qui n'interviennent pas en deçà d'un certain nombre d'heures par intervention, soit la personne âgée accepte soit elle refuse et c'est dans ce dernier cas que l'on observe des écarts.

D'après les référents sociaux, certains SAD s'adaptent aux besoins des personnes âgées et des aides à domicile interviennent pour des petites d'interventions d'une ½ heure 3 fois/jour au lieu d'une seule intervention de 1h30. D'autres manquent de souplesse.

### **3.4 Personnel non qualifié**

Hypothèse 8 : Les responsables de SAD connaissent des difficultés à recruter du personnel qualifié.

Quatre responsables de SAD sur les cinq interrogés confirment cette hypothèse. La principale cause est liée au secteur peu attirant de l'aide à domicile où les conditions de travail sont difficiles notamment à cause du manque de reconnaissance de leur métier et de la faible rémunération.

### **3.5 Relations entre les aides à domicile et les personnes âgées difficiles**

Hypothèse 9 : Les professionnels ont des comportements négligents.

Les personnes âgées interrogées apprécient leurs aides à domicile. Les personnes âgées ayant refusé l'accès de leur domicile à des aides à domicile ne l'auraient pas fait pour cette raison mais parce qu'elles n'acceptent pas de personnes étrangères dans leur maison ou parce qu'elles ne s'entendent pas avec elles, les comportements négligents ne sont pas mentionnés. Les référents sociaux n'ont pas été alertés pour ce type de problème.

### **3.6 Dénier de la dépendance, volonté de garder son indépendance**

Hypothèse 10 : Certaines personnes âgées minimisent leur handicap et veulent garder leur indépendance.

Une référente sociale constate que les personnes âgées ne sont souvent pas prêtes à accepter de l'aide. Des plans d'aide sont mis en place alors que les personnes âgées n'expriment pas la nécessité d'être aidée car la demande vient de la famille et dans ce cas, la négociation est difficile. Il s'agit d'un problème rencontré dans un certain nombre de cas expliqués par les référents sociaux. La mise en place du plan d'aide doit se faire progressivement avec des aides à domicile qui doivent instaurer un climat de confiance avec les personnes âgées avant de pouvoir réaliser tout travail d'accompagnement.

La fille d'une bénéficiaire raconte la difficulté de sa mère à accepter de recevoir de l'aide, elle qui a toujours donné aux autres. Atteinte de la maladie d'Alzheimer, elle ne se rendait pas compte qu'elle ne pouvait plus vivre sans l'aide d'une tierce personne.

Si l'évaluation des besoins est correcte, on peut supposer que les personnes âgées ne voulant pas autant d'heures que ce qui leur est proposé surestiment leurs capacités.

### **3.7 Relations entre les personnes âgées et les aides à domicile difficiles**

Hypothèse 11 : L'intervention d'une aide à domicile peut provoquer du désordre dans les relations familiales.

Les explications des écarts données par les référents sociaux font apparaître la difficulté de la famille à déléguer ou le refus des personnes âgées à avoir une personne extérieure pour les aider alors que leurs proches, souvent leurs filles, pourraient le faire. Le rôle du plan d'aide est pourtant de prévenir les ruptures avec les aidants familiaux et ainsi de soutenir la famille quand elle ne peut plus assumer la prise en charge de la personne âgée.

Déléguer ce travail à une aide à domicile risque de contrarier la personne âgée et provoquer du désordre dans les relations familiales.

Hypothèse 12 : Il peut y avoir un décalage entre le rôle de l'aide à domicile et ce qu'en attend la personne âgée.

Les aides à domicile sont souvent traitées uniquement comme des femmes de ménage et elles sont frustrées de ne pas pouvoir exercer l'ensemble de leurs compétences. Certaines personnes âgées ne comprennent pas que leur rôle ne se restreint pas uniquement au ménage mais qu'il consiste surtout à favoriser leur autonomie par un accompagnement dans les tâches de la vie quotidienne. Les interventions préconisées ne doivent pas être déviées de leur objectif. Ainsi, repasser les chemises de leurs enfants ou « briquer » leur cuisine ne font pas partie des missions des aides à domicile qui refusent de le faire alors qu'il s'agit des attentes de la personne âgée.

Parmi l'ensemble des hypothèses énumérées dans la première partie de l'étude, certaines sont validées par nos entretiens :

- La charge de travail des référents sociaux ne permet pas le suivi de tous les plans d'aide.
- Une fonction de contrôle de la qualité des prestations est à renforcer.
- Les SAD n'ont pas assez de personnel pour répondre à la demande des personnes âgées.
- Les créneaux horaires d'intervention souhaités par les EMS sont parfois inadaptés aux types de services disponibles sur le territoire.
- Les responsables de SAD connaissent des difficultés à recruter du personnel qualifié.
- Certaines personnes âgées minimisent leur handicap et veulent garder leur indépendance.
- L'intervention d'une aide à domicile peut provoquer du désordre dans les relations familiales.
- Il peut y avoir un décalage entre le rôle de l'aide à domicile et ce qu'en attend la personne âgée.



## 4 Conclusion : éléments de mise en perspective

Les réflexions induites par les questions posées lors des entretiens permettent de formuler des réponses aux problèmes soulevés par la sous-utilisation des heures prestataires.

### 4.1 En quoi l'exploitation des factures peut contribuer au suivi des plans d'aide par les référents sociaux?

La comparaison entre les données issues des factures étudiées et celles issues du logiciel Perceaval-BO a permis de réaliser que les écarts réels entre les heures préconisées et les heures effectivement réalisées étaient de 18% et non de 26%<sup>3</sup>.

L'analyse des factures des 3<sup>ième</sup> et 4<sup>ième</sup> trimestres 2005 des SAD retenus pour l'étude a révélé plusieurs biais qui sont à l'origine de ce décalage. Ces biais sont les suivants :

- Plusieurs prestataires peuvent être employés par les personnes âgées. Les heures accordées sur le plan d'aide sont alors réparties entre eux. Chacun édite une facture sur laquelle est indiqué le nombre d'heures accordées et celles réalisées. Au niveau du service facturier, les données ne se croisent pas. Ainsi, pour une même personne âgée, des écarts apparaissent sur chaque facture alors que les heures sont toutes réalisées. Seule la comparaison entre les heures des plans d'aide et les heures payées par le Conseil Général permet de constater que dans ce cas, l'écart aperçu au niveau des factures est fictif.
- Les tableaux utilisés pour faire les factures comportent une formule qui multiplie systématiquement par 3 le nombre d'heures accordées par mois pour obtenir le nombre d'heures accordées par trimestre. Les écarts sont calculés à partir de cette dernière donnée. Une durée de prise en charge inférieure à 3 mois ne permet pas d'utiliser la totalité des heures accordées sur un trimestre, ce qui induit des écarts purement « mathématiques ».
- Pour une même personne âgée, le nombre d'heures accordées par mois, mentionné sur la facture du SAD, est différent de celui mentionné sur son plan d'aide. Lors de la facturation, les données entrées ne sont pas correctes.

L'élimination des biais contenus dans les factures permettrait d'avoir des données justes correspondant à la situation en temps réel de la personne âgée. Les écarts alors constatés, même s'ils ne sont pas toujours considérés comme un problème, révéleraient des décalages entre le plan d'aide préconisé et les réponses apportées par les prestataires. Les référents sociaux pourraient en être informés et agir en connaissance de cause.

### 4.2 Les écarts constatés doivent-ils être réduits ?

Pour les EMS et les SAD, les plans d'aide sont mis en place dans le respect des choix de la personne âgée et/ou de son entourage. La prise en charge des personnes âgées dépend des moyens, des relations humaines et de l'entourage. Il faut prendre en considération les contraintes de fonctionnement des SAD, les capacités d'adaptation de la personne âgée aux aides à domicile mais aussi de l'aide à domicile aux personnes âgées, l'importance du soutien des aidants familiaux. Ainsi, si l'évaluation des besoins permet effectivement d'envisager des réponses adaptées aux difficultés rencontrées dans la vie quotidienne des personnes âgées, elle doit néanmoins être complétée par des informations prises après un certain délai de mise en place du plan d'aide. En effet, les variables identifiées précédemment ne peuvent pas être prises en compte lors de la première visite chez la personne âgée.

---

<sup>3</sup> Sur le 2<sup>ième</sup> semestre 2005, le nombre d'heures accordées sur la base des factures est de 1 042 103 h alors que celui issu de la requête BO est de 945 351 h, le nombre d'heures réalisées est de 774 851 h. Les écarts sont calculés de la façon suivante : (nombre d'heures accordées – nombre d'heures réalisées) / nombre d'heures accordées. En fonction de la source des données, les écarts ne sont donc pas les mêmes.

Dans un premier temps, il faut donc considérer les écarts entre les heures préconisées et celles réalisées comme le résultat du compromis entre les besoins réels, les attentes de la personne âgée et les réalités du terrain. Il semble indispensable que ces écarts soient autorisés mais cela doit se faire sous certaines conditions. Le suivi des dossiers doit être effectué après un délai significatif de fonctionnement c'est-à-dire après avoir réuni les conditions les plus favorables à une bonne prise en charge. Ce délai ne doit pas excéder 3 mois. L'étape suivante consisterait à effectuer une réévaluation en indiquant précisément les difficultés n'ayant pas permis d'utiliser la totalité des heures accordées et ainsi de justifier les écarts. Cela aurait un double intérêt. D'une part, le réajustement du plan d'aide faisant suite à cette étape permettrait de réduire les écarts dus aux difficultés de mise en place des plans d'aide. D'autre part, la réduction progressive des écarts permettrait de présenter un budget prévisionnel de l'APA à domicile à la baisse et de réaffecter cette économie à d'autres projets d'action. Il est possible qu'une étude économétrique permette de modéliser cette économie budgétaire. Le suivi des dossiers réalisé par les référents sociaux pourrait s'appuyer sur les listes des personnes âgées pour lesquelles on constate des écarts après les trois premiers mois de prise en charge.

#### **4.3 La coordination autour de la personne âgée comme outil d'amélioration du suivi des plans d'aide ?**

Les référents sociaux déplorent un manque de moyens ne leur permettant pas de réaliser un suivi satisfaisant des dossiers dont ils ont la charge. Les moyens n'étant pas extensibles, la mise en place d'un système d'informations partagées représenterait un enjeu considérable en terme d'efficacité du suivi de la personne âgée. En effet, le travail de coordination interprofessionnelle est essentiel dans ce secteur où les partenariats existent mais ne sont pas exploités. Du côté des référents sociaux comme du côté des responsables de secteur des SAD, une réelle demande de partage des informations sur les dossiers des personnes âgées est exprimée d'autant plus que les objectifs de qualité de prise en charge de la personne âgée en perte d'autonomie sont communs. Ainsi, les référents sociaux souhaitent être informés des interventions réalisées chez la personne âgée pour vérifier si les objectifs qu'ils ont définis sont bien atteints. Pour leur part, les responsables de secteur en charge de la mise en place des interventions ne peuvent se contenter des arrêtés sur lesquels un nombre global d'heures est indiqué. Ils souhaitent connaître le plan d'aide détaillé.

Sur certains territoires, un outil de travail en commun est déjà mis en place entre certains acteurs, il s'agit d'une fiche de liaison entre les référents sociaux et les responsables de secteur. Les informations échangées sont primordiales à la mise en place rapide et efficace du plan d'aide. Cette méthode de travail semble permettre un suivi de qualité mais elle n'est pas adoptée par tous. Il faudrait formaliser un document où les informations seraient aussi importantes pour les référents sociaux que pour les responsables de secteur c'est-à-dire où chacun trouverait les meilleures conditions pour une prise en charge optimale. Ce travail est actuellement en cours avec la territorialisation des services autonomie et la mise en place des CLIC.

#### **4.4 Quelle place faut-il accorder aux aidants familiaux ?**

Les relations qu'entretient l'entourage des personnes âgées avec les référents sociaux, les responsables de secteur et plus directement les aides à domicile doivent contribuer à leur bonne intégration dans la prise en charge de leurs proches. Il est souvent difficile de déléguer aux professionnels le travail qu'effectuaient naturellement les proches, dans ce cas, un sentiment de culpabilité est ressenti car les aidants familiaux ont l'impression de se décharger d'une tâche qu'il leur avait été confiée. Lors de la mise en place du plan d'aide, il ne s'agit pas de les empêcher de s'occuper de leur proche mais de limiter leur trop grande implication.

Il existe une réelle et nécessaire complémentarité entre les activités réalisées par l'entourage et celles des intervenants professionnels. Les avantages de cette complémentarité seront d'autant plus importants si les aidants sont accompagnés dans leur démarche, sans se substituer aux professionnels.

Un travail de réflexion et de concertation a été entrepris par l'Union Nationale des Associations Familiales afin de faire reconnaître le rôle de ces aidants dans la société française. La définition des besoins des aidants fait apparaître les points essentiels à travailler :

- Comprendre et être compris : besoin de soutien psychologique, besoin d'information, besoin de formation.
- Etre remplacé : suppléance, besoin de répit, renfort ponctuel.
- Insertion, protection sociale et professionnelle.

Lors des Etats généraux de la gérontologie mis en place entre juillet 2003 et janvier 2004 par le Conseil Général de l'Isère en partenariat avec l'association « Alertes », des recommandations ont été formulées concernant l'articulation des rôles et des solidarités, notamment le soutien aux familles et la mise en évidence des complémentarités des professionnels, des bénévoles et des familles. Des initiatives telles que le « café des aidants » existent mais ne sont pas généralisées. Il s'agit principalement de lieux d'écoute.

## Bibliographie

Ankri, J. et Henrard, J-C. (2003). « Services des soins de santé : dépenses de soins, efficacité des soins et des actions de santé ». Vieillesse, grand âge et santé publique....

Bellanger, M. et Le Bihan-Youinou, B. (2003). « La mise en oeuvre de l'APA dans 6 départements », Études et résultats DRESS n°264.

Bouchayer, F. (2004). « L'inscription sociale d'aide à autrui : à propos de la prestation de soins professionnalisée », Normes et valeurs dans le champ de la santé.

Caradec, V. (2001). Sociologie de la vieillesse et du vieillissement.

Cour des comptes, (2005). Synthèse du rapport public particulier « Les personnes âgées dépendantes ».

De Maria, F. et Pépin, P. (2004). Les personnes âgées dépendantes en Essonne, à domicile et en établissements. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France.

Dupré-Lévêque, D., Scodellaro, C. et Thomas, H. (2005). « Perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants : un enquête qualitative », Études et résultats DRESS n°370.

Frinault, T. (2005). « Du ressortissant-bénéficiaire aux ressortissants-usagers : l'émergence de nouveaux rapports sociaux d'usage dans le domaine vieillesse », Politiques et management public, vol. 23, n° 2.

Mette, C. (2004). « APA à domicile : une analyse des plans d'aide », Études et résultats DRESS n°293.

Note de présentation du schéma départemental 2006-2010 en faveur des personnes âgées en Isère.

Séguin, P. (2005). Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale. Commission des affaires culturelles, familiales et sociales. Compte-rendu n° 7.

Warin, P. et Chauveaud, C. (2005). Des personnes âgées hors leurs droits. Non recours subi ou volontaire, ODENORE.

Weber, A. (2005). « L'appréciation de l'APA par ses bénéficiaires ou leurs proches », Etudes et résultats DRESS n°371.

## **Annexes**

Annexe 1 : Liste des bénéficiaires de l'échantillon 3 (rendue anonyme)

Annexe 2 : Trame d'entretien avec les équipes médico-sociales

Annexe 3 : Fonctionnement des EMS

Annexe 4 : Explications des écarts selon les référents sociaux des EMS

Annexe 5 : Trame d'entretien avec les services à domicile

Annexe 6 : Fonctionnement des SAD 1 (réponses des responsables des SAD)

Annexe 7 : Fonctionnement des SAD 2 (réponses des responsables de secteurs et aides à domicile)

Annexe 8 : Explications des écarts selon les responsables des SAD, les responsables de secteur et aides à domiciles.

Annexe 9 : Trame d'entretien avec les personnes âgées

Annexe 10 : Conditions de vie des personnes âgées enquêtées et leur appréciation du plan d'aide

Annexe 11 : Explications des écarts selon les personnes âgées enquêtées

Annexe 12 : Guide d'utilisation de l'évaluation médico-sociale APA

## Annexe 1 : Liste des bénéficiaires de l'échantillon 3

Commune de résidence	N°terr.	Dates accord APA		Nb H/mois acc.	Nb H/trim. Acc.	Nb H/trim. Réal.	Ecart acc./réal.	
		début	fin				en H	en %
CHOZEAU	1	01/01/2005	31/03/2007	9,00	27,00	15,00	12,00	44,44
VEYRINS-THUELLIN	1	01/04/2005	31/12/2007	26,00	78,00	57,00	21,00	26,92
LES AVENIERES	1	01/01/2005	31/07/2006	17,00	51,00	29,50	21,50	42,16
FRONTONAS	1	22/04/2005	31/12/2005	22,00	66	47,00	19	28,79
PORCIEU-AMBLAGNIEU	1	01/07/2005	30/04/2008	19,00	57,00	32,50	24,50	42,98
HIERES-SUR-AMBY	1	01/07/2005	31/05/2008	43,00	129,00	87,25	41,75	32,36
LES AVENIERES	1	01/04/2005	31/01/2008	13,00	39,00	15,00	24,00	61,54
PASSINS	1	01/10/2005	31/10/2006	13,00	39,00	24,00	15,00	38,46
LES AVENIERES	1	01/07/2005	30/11/2006	26,00	78,00	54,50	23,50	30,13
PONT DE CHERUY	1	01/07/2005	31/12/2005	17,00	51	36,50	14,5	28,43
HIERES-SUR-AMBY	1	01/01/2005	31/10/2007	30,00	90,00	24,75	65,25	72,50
VILLENEUVE-DE-MARC	2	01/01/2005	31/12/2007	21,50	64,50	41,50	23,00	35,66
CHARANTONNAY	2	01/01/2005	30/06/2007	30,75	92,25	59,75	32,50	35,23
CULIN	2	01/01/2005	31/03/2007	13,00	39,00	12,50	26,50	67,95
SAINTE-AGNIN-SUR-BION	2	01/01/2005	31/07/2007	23,00	69,00	23,75	45,25	65,58
VALENCIN	2	01/10/2005	30/09/2008	26,00	78,00	48,00	30,00	38,46
SAINTE-QUENTIN-FALLAVIER	2	01/03/2005	28/02/2008	9,00	27,00	16,00	11,00	40,74
SAINTE-ANNE-SUR-GERVONDE	2	01/01/2005	31/07/2006	29,75	89,25	54,00	35,25	39,50
FOUR	2	01/01/2005	31/12/2005	29,50	88,5	63,50	25	28,25
LIEUDIEU	2	30/01/2005	31/01/2008	9,00	27,00	19,50	7,50	27,78
BOURGOIN JALLIEU	2	01/01/2005	31/12/2005	17,00	51	36,00	15	29,41
SAINTE-JUST-CHALEYSSIN	2	01/01/2005	31/05/2007	60,92	182,75	87,00	95,75	52,39
SAINTE-QUENTIN-FALLAVIER	2	01/07/2005	30/06/2008	17,00	51,00	36,75	14,25	27,94
ECLOSE	2	01/01/2005	28/02/2007	30,00	90,00	64,75	25,25	28,06
LIEUDIEU	2	28/02/2005	31/01/2008	30,00	90,00	44,50	45,50	50,56
VILLEFONTAINE	2	02/06/2005	31/12/2005	22,00	66	24,00	42	63,64
LES EPARRES	2	01/01/2005	30/04/2007	25,00	75,00	39,00	36,00	48,00

Commune de résidence	N°terr.	Dates accord APA		Nb H/mois acc.	Nb H/trim. Acc.	Nb H/trim. Réal.	Ecart acc./réal.	
		début	fin				en H	en %
LES EPARRES	2	04/03/2005	28/02/2008	30,50	91,50	39,00	52,50	57,38
BOURGOIN JALLIEU	2	01/03/2005	31/12/2005	37,00	111	81,50	29,5	26,58
SAINT-MARCELLIN	7	01/01/2005	31/03/2007		51	22	29	56,86
SAINT-MARCELLIN	7	14/03/2005	28/02/2008		52,5	26	26,5	50,48
SAINT-MARCELLIN	7	15/03/2005	29/02/2008		105	44	61	58,10
SAINT-ISMIER	8	01/01/2005	28/02/2007	29,00	87,00	60,00	27,00	31,03
PONTCHARRA	8	01/01/2005	31/08/2007	17,00	51,00	24,00	27,00	52,94
FROGES	8	01/07/2005	31/01/2008	46,15	138,45	65,5	72,95	52,69
ALLEVARD	8	01/04/2005	31/03/2008	31,00	93,00	63,00	30,00	32,26
SAINT-ISMIER	8	01/01/2005	31/08/2006	19,50	58,50	35,50	23,00	39,32
FROGES	8	01/07/2005	31/01/2008	17	51	36	15	29,41
THEYS	8	01/07/2005	30/10/2005	11,9	11,9	4,5	7,4	62,18
LE VERSOUD	8	01/07/2005	31/10/2006	55	165	96	69	41,82
FROGES	8	01/07/2005	31/03/2008	23,39	70,17	30	40,17	57,25
VILLARD-BONNOT	8	01/07/2005	30/09/2008	22	66	27,5	38,5	58,33
BARRAUX	8	01/07/2005	30/06/2006	26	78	56	22	28,21
SAINT-ISMIER	8	01/07/2005	30/06/2008	21,50	64,50	34,00	30,50	47,29
SAINT-ISMIER	8	01/01/2005	31/08/2007	22,00	66,00	44,00	22,00	33,33
SAINT-ISMIER	8	01/04/2005	31/03/2008	26,00	78,00	45,00	33,00	42,31
CROLLES	8	01/05/2005	31/05/2008	10	30	8	22	73,33
SAINT-ISMIER	8	01/04/2005	28/02/2008	26,00	78,00	42,00	36,00	46,15
VILLARD-BONNOT	8	01/07/2005	31/12/2007	13	39	27	12	30,77
FROGES	8	01/07/2005	30/06/2008	26	78	14	64	82,05
ALLEVARD	8	01/01/2005	31/12/2005	16,00	48,00	7,50	40,50	84,38
GONCELIN	8	01/07/2005	31/08/2007	25,66	76,98	28	48,98	63,63
SAINT-MARTIN-D'URIAGE	8	14/01/2005	31/12/2007	26,00	78,00	36,00	42,00	53,85
VAULNAVEYS-LE-HAUT	8	01/01/2005	30/09/2006	48,00	144,00	79,50	64,50	44,79
PONTCHARRA	8	01/01/2005	30/09/2007	10,00	30,00	22,00	8,00	26,67
GONCELIN	8	01/07/2005	30/09/2007	26	78	48	30	38,46
GONCELIN	8	01/07/2005	30/11/2006	9	27	18	9	33,33
CROLLES	8	01/07/2005	30/06/2008	10	30	16	14	46,67
CROLLES	8	01/07/2005	31/08/2007	18	54	36	18	33,33
CROLLES	8	01/07/2005	31/03/2008	13	39	15	24	61,54

Commune de résidence	N°terr.	Dates accord APA		Nb H/mois acc.	Nb H/trim. Acc.	Nb H/trim. Réal.	Ecart acc./réal.	
		début	fin				en H	en %
SAINT-MARTIN-D'URIAGE	8	08/02/2005	31/01/2008	20,00	60,00	29,50	30,50	50,83
VAULNAVEYS-LE-HAUT	8	01/07/2005	30/04/2008	26,00	78,00	38,00	40,00	51,28
LA TERRASSE	8	01/07/2005	31/01/2007	31,74	95,22	66	29,22	30,69
LA CHAPELLE-DU-BARD	8	01/04/2005	31/03/2008	13,00	39,00	9,50	29,50	75,64
PONTCHARRA	8	01/10/2005	31/07/2008	60,00	180,00	62,00	118,00	65,56
GRENOBLE	13	01/07/2005	29/02/2008	9	27	18	9	33,33
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/11/2006	61,54	184,62	59	125,62	68,04
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/05/2008	22	66	11	55	83,33
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/12/2006	18	54	26	28	51,85
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/04/2007	17,5	52,5	26,5	26	49,52
GRENOBLE	13	25/05/2005	30/04/2008	21,5	64,5	26	38,5	59,69
GRENOBLE	13	01/08/2005	24/08/2008	26	78	38	40	51,28
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/10/2007	22	66	48	18	27,27
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/08/2006	61,54	184,62	74	110,62	59,92
GRENOBLE	13	01/03/2005	31/01/2008	17,5	52,5	36	16,5	31,43
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/05/2008	44	132	90	42	31,82
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/04/2007	9	27	19	8	29,63
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/01/2007	52	156	49	107	68,59
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/11/2007	13	39	23,5	15,5	39,74
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/07/2007	17	51	35,5	15,5	30,39
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/03/2007	27,58	82,74	38	44,74	54,07
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/01/2008	18	54	36	18	33,33
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/07/2006	35	105	67,5	37,5	35,71
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/01/2008	18	54	30,5	23,5	43,52
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/01/2008	26	78	26	52	66,67
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/12/2007	26	78	48	30	38,46
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/12/2005	61,54	184,62	38	146,62	79,42
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/04/2008	30,5	91,5	65	26,5	28,96
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/04/2008	26	78	32	46	58,97
GRENOBLE	13	01/10/2005	31/08/2006	48	144	37	107	74,31
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/10/2007	17,5	52,5	30	22,5	42,86
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/09/2007	24	72	17	55	76,39



Commune de résidence	N°terr.	Dates accord APA		Nb H/mois acc.	Nb H/trim. Acc.	Nb H/trim. Réal.	Ecart acc./réal.	
		début	fin				en H	en %
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/03/2008	18	54	38	16	29,63
GRENOBLE	13	01/10/2005	31/08/2008	31	93	68	25	26,88
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/12/2005	26	78	51,5	26,5	33,97
GRENOBLE	13	01/10/2005	30/09/2008	26	78	56	22	28,21
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/04/2006	30,77	92,31	42	50,31	54,50
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/04/2006	46	138	32,5	105,5	76,45
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/08/2007	28,9	86,7	46	40,7	46,94
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/03/2008	44	132	62	70	53,03
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/12/2007	43,5	130,5	69,5	61	46,74
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/05/2008	9	27	16	11	40,74
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/06/2008	32	96	29	67	69,79
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/12/2005	13	39	13,5	25,5	65,38
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/05/2008	26	78	38	40	51,28
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/08/2007	17,32	51,96	18	33,96	65,36
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/12/2006	30,77	92,31	57	35,31	38,25
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/11/2006	26	78	6	72	92,31
GRENOBLE	13	01/07/2005	29/02/2008	26	78	45,5	32,5	41,67
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/12/2007	51,36	154,08	56	98,08	63,66
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/10/2007	46,16	138,48	84,5	53,98	38,98
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/10/2007	39	117	73,5	43,5	37,18
GRENOBLE	13	01/06/2005	31/05/2008	13	39	25,5	13,5	34,62
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/08/2006	26,46	79,38	44	35,38	44,57
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/12/2006	61,5	184,5	12,5	172	93,22
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/06/2006	26	78	42	36	46,15
GRENOBLE	13	01/07/2005	29/02/2008	52	156	75,5	80,5	51,60
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/03/2006	45,5	136,5	73,5	63	46,15
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/11/2007	18	54	14	40	74,07
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/06/2008	30	90	42	48	53,33
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/12/2006	30,5	91,5	60	31,5	34,43
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/12/2005	44,28	132,84	61	71,84	54,08
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/12/2007	17,5	52,5	34,5	18	34,29
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/05/2006	9	27	13	14	51,85

Commune de résidence	N°terr.	Dates accord APA		Nb H/mois acc.	Nb H/trim. Acc.	Nb H/trim. Réal.	Ecart acc./réal.	
		début	fin				en H	en %
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/09/2006	13	39	12	27	69,23
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/01/2008	30,5	91,5	50	41,5	45,36
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/10/2007	15,15	45,45	16,5	28,95	63,70
GRENOBLE	13	01/05/2005	30/04/2008	28	84	22	62	73,81
GRENOBLE	13	01/07/2005	28/02/2007	17	51	25	26	50,98
GRENOBLE	13	01/07/2005	28/02/2007	17,5	52,5	33,75	18,75	35,71
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/06/2007	17	51	20	31	60,78
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/06/2007	30,77	92,31	24,5	67,81	73,46
GRENOBLE	13	25/04/2005	03/04/2008	22	66	44,5	21,5	32,58
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/03/2008	30,5	91,5	38	53,5	58,47
GRENOBLE	13	01/07/2005	28/02/2007	17,5	52,5	8	44,5	84,76
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/12/2007	43	129	48	81	62,79
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/09/2007	26	78	46	32	41,03
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/07/2006	31	93	48,5	44,5	47,85
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/01/2007	23	69	50	19	27,54
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/11/2007	18	54	29	25	46,30
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/05/2008	26	78	55,5	22,5	28,85
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/03/2007	26	78	44	34	43,59
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/06/2007	9	27	17,5	9,5	35,19
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/05/2008	26	78	44,25	33,75	43,27
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/06/2007	35	105	43,5	61,5	58,57
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/06/2006	26	78	47,5	30,5	39,10
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/10/2006	26	78	39	39	50,00
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/04/2008	17,5	52,5	11,5	41	78,10
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/07/2006	26	78	29	49	62,82
GRENOBLE	13	01/06/2005	30/06/2008	26	78	11	67	85,90
GRENOBLE	13	01/07/2005	28/02/2007	26	78	55	23	29,49
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/10/2006	33,02	99,06	71	28,06	28,33
GRENOBLE	13	01/06/2005	31/05/2008	26	78	41,5	36,5	46,79
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/03/2007	30	90	37	53	58,89
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/06/2008	61,5	184,5	136,5	48	26,02
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/06/2008	30,5	91,5	55	36,5	39,89

Commune de résidence	N°terr.	Dates accord APA		Nb H/mois acc.	Nb H/trim. Acc.	Nb H/trim. Réal.	Ecart acc./réal.	
		début	fin				en H	en %
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/12/2005	46	138	99,5	38,5	27,90
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/01/2008	19,5	58,5	28,5	30	51,28
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/06/2006	41,5	124,5	58,5	66	53,01
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/03/2006	46	138	55	83	60,14
GRENOBLE	13	01/04/2005	31/08/2007	26	78	24	54	69,23
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/03/2008	61	183	65	118	64,48
GRENOBLE	13	01/10/2005	31/12/2005	18	54	32	22	40,74
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/07/2006	54	162	69	93	57,41
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/04/2008	26	78	49,5	28,5	36,54
GRENOBLE	13	27/05/2005	31/05/2006	31	93	64	29	31,18
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/01/2007	17,32	51,96	22	29,96	57,66
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/12/2007	26	78	32	46	58,97
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/06/2006	41,5	124,5	65	59,5	47,79
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/03/2007	9	27	15	12	44,44
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/08/2007	26	78	38	40	51,28
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/12/2006	18	54	24	30	55,56
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/05/2008	26	78	56,5	21,5	27,56
SAINTE-MARTIN-D'HERES	15	01/01/05	28/02/07	17,00	51	37,5	13,5	26,47
ECHIROLLES	15	01/05/2005	30/04/2008	26	78	49,5	28,5	36,54
SAINTE-MARTIN-D'HERES	15	06/03/05	28/02/08	17,00	51	34	17	33,33
ECHIROLLES	15	01/07/2005	31/08/2007	18	54	30	24	44,44
ECHIROLLES	15	01/07/2005	30/09/2006	25	75	46	29	38,67
ECHIROLLES	15	01/07/2005	30/04/2007	17	51	34,5	16,5	32,35
SAINTE-MARTIN-D'HERES	15	01/01/05	30/11/06	17,00	51	24	27	52,94
ECHIROLLES	15	01/07/2005	30/11/2007	18	54	36	18	33,33
ECHIROLLES	15	01/07/2005	30/04/2007	21	63	18	45	71,43
SAINTE-MARTIN-D'HERES	15	09/02/05	31/01/08	30,00	90	24	66	73,33
SAINTE-MARTIN-D'HERES	15	06/06/05	30/06/08	17,00	51	34	17	33,33
ECHIROLLES	15	01/10/2005	30/04/2008	26	78	52	26	33,33
SAINTE-MARTIN-D'HERES	15	01/10/05	30/09/08	53,75	161,25	81,5	79,75	49,46
EYBENS	15	01/07/2005	30/06/2007	13	39	24	15	38,46
SAINTE-MARTIN-D'HERES	15	25/01/05	31/01/08	22,00	66	26	40	60,61

Commune de résidence	N°terr.	Dates accord APA		Nb H/mois acc.	Nb H/trim. Acc.	Nb H/trim. Réal.	Ecart acc./réal.	
		début	fin				en H	en %
ECHIROLLES	15	01/07/2005	30/04/2007	17,5	52,5	22,5	30	57,14
ECHIROLLES	15	01/07/2005	31/05/2007	9	27	18	9	33,33
ECHIROLLES	15	01/07/2005	28/02/2007	26	78	42	36	46,15
ECHIROLLES	15	01/07/2005	31/01/2007	30,5	91,5	35,5	56	61,20
GIERES	15	01/07/2005	29/02/2008	35	105	72	33	31,43
ECHIROLLES	15	01/07/2005	31/10/2007	15,5	46,5	33	13,5	29,03
GIERES	15	01/07/2005	31/12/2007	59	177	126	51	28,81
SAINT-MARTIN-D'HERES	15	01/01/05	31/12/07	17,00	51	24	27	52,94
GIERES	15	01/07/2005	31/03/2008	22	66	48	18	27,27
GIERES	15	01/07/2005	31/08/2007	30	90	47	43	47,78
SAINT-MARTIN-D'HERES	15	01/01/05	31/05/07	30,00	90	46	44	48,89
ECHIROLLES	15	01/07/2005	31/01/2006	35	105	41	64	60,95
ECHIROLLES	15	01/07/2005	28/02/2008	18	54	26	28	51,85
SAINT-MARTIN-D'HERES	15	01/01/05	31/07/07	26,00	78	48	30	38,46
SAINT-MARTIN-D'HERES	15	01/01/05	28/02/07	17,00	51	16	35	68,63
ECHIROLLES	15	01/10/2005	31/08/2008	30,5	91,5	32	59,5	65,03
EYBENS	15	01/07/2005	31/07/2007	17	51	33,5	17,5	34,31
ECHIROLLES	15	01/10/2005	30/09/2008	56,5	169,5	70	99,5	58,70
SAINT-MARTIN-D'HERES	15	01/05/05	30/04/08	25,00	75	46	29	38,67
EYBENS	15	01/07/2005	30/04/2006	39	117	40	77	65,81
ECHIROLLES	15	01/07/2005	28/02/2006	10	30	19	11	36,67
SAINT-MARTIN-D'HERES	15	01/01/05	31/10/07	26,00	78	54	24	30,77
ECHIROLLES	15	01/10/2005	28/02/2007	26	78	50	28	35,90
ECHIROLLES	15	01/07/2005	30/04/2008	35	105	25	80	76,19
GIERES	15	01/07/2005	30/09/2006	17	51	18	33	64,71
ECHIROLLES	15	01/07/2005	31/03/2008	9	27	13,5	13,5	50,00
ECHIROLLES	15	01/07/2005	31/12/2007	18	54	32	22	40,74
ECHIROLLES	15	01/07/2005	31/03/2008	18	54	36	18	33,33

## **Annexe 2 : Trame d'entretien pour les rencontres avec les EMS**

28/03/2006

---

### **Introduction**

⇒ Rappeler l'objet de l'étude

Reprendre brièvement la méthode employée :

- ⇒ Examen des factures des SAD conventionnés (5, les citer)
- ⇒ Critères retenus pour l'échantillon : les citer (cf note explicative)
- ⇒ 5 EMS et 6 territoires (les citer)
- ⇒ Examen du listing par les EMS

T1 Portes des Alpes    T2 Le Haut Rhône Dauphinois } à choisir entre 30 personnes  
T7 Sud Grésivaudan } 3 personnes  
T8 Grésivaudan } 33 personnes  
T13 Grenoble } 108 personnes  
T15 Couronne du Sud Grenoblois } 43 personnes

En tout 217 personnes concernées

### **Discussion**

(Libre, mais guidée et recentrée quand il le faut)

- ⇒ Expliquez nous votre méthode de sélection, comment définissez vous les situations « types » ? Sont-elles typiques par rapport aux caractéristiques sociales des personnes, ou par rapport aux raisons, aux explications des écarts ?
- ⇒ Cerner les explications qu'elles donnent des écarts constatés.
- ⇒ Depuis la mise en place du dispositif APA en 2002, avez-vous remarqué une évolution des profils des personnes n'ayant pas recours aux heures préconisées dans les plans d'aide en partie ou en totalité ?
- ⇒ A partir de cet examen et des explications données, creuser le fonctionnement des EMS :
  - leur public,
  - leur territoire,
  - le nombre de personnes dans l'EMS,
  - l'élaboration du plan d'aide, les relations EMS / SAD / PA / entourage de la PA. Se fait-il individuellement, collectivement ?
  - L'analyse des besoins : comment vous vous y prenez ? Est-ce satisfaisant pour vous, et pour la PA ? Si non, quelle amélioration peut-on y apporter ?
  - Qui contacte le SAD ?
- ⇒ La non utilisation du total du PA est-elle, selon vous, un problème ? En quoi ?

Noter les divergences de points de vue.

**Suite** : Rencontres avec les SAD concernés par les dossiers retenus, rencontres avec les PA (seules ou avec un proche).

## Annexe 3 : Entretiens avec les référents sociaux des EMS

PA : Personne âgée, RS : Référent social					
	N/S grenoblois	Grésivaudan	HRD et PA	Grenoble	Sud Grésivaudan
Public	<p>Pour les personnes âgées d'origine maghrébine, l'aide familiale est davantage sollicitée (culture et source de revenus pour les enfants au chômage)</p>	<p>Très varié, rural+petites villes. Une rive plus aisée que l'autre. Des personnes liées au patrimoine industriel du lieu (migrations italiennes, maghrébines et portugaises dans les papeteries). Quête affective pour certains, peur bleue de voir des personnes extérieures chez soi.</p>	<p>Personnes âgées à faible revenu, TM peu important &lt; 40%. Population ouvrière de milieu rural. Beaucoup d'aides familiales avec une cellule familiale très présente. Peu de personnes isolées.</p>	<p>Concentration de situations et de contextes difficiles. Beaucoup de cas lourds à domicile liés à la proximité de l'hôpital. Migrants âgés avec des difficultés particulières de prise en charge (différences de cultures et d'habitudes).</p>	<p>Situation urbaine où les personnes âgées sont isolées sauf pour une proportion d'immigrés prise en charge par leur famille. Une enquête de la MSA indique que la moitié des bénéficiaires de l'APA et relevant de la MSA habitent dans la même maison que l'aide familial ou une maison mitoyenne.</p>
Travail des référents sociaux	<p>Trop de dossiers à gérer, 10 nouveaux dossiers/mois</p>	<p>Frustration due à l'écart entre ce qui serait bien pour la PA et ce qu'elle peut se payer. Les RS ont conscience que le suivi de tous les dossiers n'est pas possible, ce qui permet une certaine souplesse dans le plan d'aide (surévaluation) car elles "ne voient pas le mal, le CG ne paye pas de toute façon".</p>	<p>Disponibilité limitée des RS, pas de révision, pas assez de moyens.</p>	<p>Les assistantes sociales en charge des dossiers APA de Grenoble s'occupent également d'autres dossiers (logement, enfance, famille), elles ont moins de dossiers APA, sont plus proches des PA, plus sollicitées et les suivis sont plus difficiles.</p>	<p>Dépend du secteur géographique, du nombre de dossiers en charge, de l'ancienneté des référents sociaux d'où des modes d'organisation ainsi que des suivis différents.</p>
Analyse des besoins	<p>L'évaluation des besoins n'est pas toujours satisfaisante car on ne connaît pas la personne qui va intervenir, va-t-elle vraiment favoriser l'autonomie et utiliser tout le temps imparti dans cet objectif?</p>	<p>Satisfaisante s'il y avait la possibilité de faire de réajustements après un premier fonctionnement de 2 ou 3 mois. Donc avoir plus de moyens, l'arrivée des chefs d'autonomie est d'ailleurs un signe de moyen supplémentaire, mais ce n'est pas suffisant.</p>	<p>(Lors de l'entretien, les RS n'ont pas eu le temps de répondre à cette question)</p>	<p>Au départ, un déficit est évalué et des tâches précises à certaines heures sont préconisées pour répondre au mieux aux besoins identifiés. Or, sur les arrêts, le nombre d'heures est globalisé et c'est sur ce document que ce base le SAD pour intervenir.</p>	<p>Elle ne s'appuie pas uniquement sur la PA mais également sur la famille, les personnes intervenant déjà chez la PA. Il y a une tendance à surévaluer en anticipation de situations qui se dégraderaient ou sous la pression de la famille qui demande à bénéficier du maximum pour être soulagée. Dans ce dernier cas, la négociation entre la PA qui n'exprime pas la nécessité d'être aidée et la famille qui veut un soutien est difficile.</p>

	N/S grenoblois	Grésivaudan	HRD et PA	Grenoble	Sud Grésivaudan
Plan d'aide	<p>"Surévaluer les heures pour aller de l'avant", pour prévenir la rupture de l'aide familial.</p> <p>Dans le compromis en cas d'hésitation de la PA. Les besoins sont là, il y a un réajustement mais pas de révision, "on s'en accommode". Il y a peu de révisions à la baisse. Une certaine latitude est permise car il n'y a pas de conséquence financière ni pour la PA, ni pour le CG qui ne paye que les heures réalisées.</p>	<p>A l'arrivée, le plan d'aide ne correspond pas forcément aux besoins évalués au départ, il est mis en place en fonction des moyens, des relations humaines, de la famille. Une RS propose de ramener le plan sur un an, ce qui permettrait selon elle d'augmenter le nombre de visites.</p>	<p>Les plans ont du mal à se mettre en place, c'est transitoire mais indispensable quand on travaille avec des personnes. Les PA ne sont souvent pas prêts ou ont des problèmes comportementaux. Une RS dit que le plan d'aide n'est pas adapté aux réels besoins car il s'agit d'un travail social, il faut s'adapter à la personne avant tout.</p>	<p>Les premiers plans d'aide sont souvent faits dans l'urgence pour sécuriser la famille mais après sa mise en place, la famille étant rassurée, la demande n'est pas aussi importante qu'au départ. Les plans d'aide ne sont pas surévalués mais évalués correctement puis adaptés.</p>	<p>Le plan d'aide n'est pas idéal car le suivi des dossiers et les rencontres avec les partenaires sont insuffisants. Le médecin regrette que les plans d'aide APA soient peu flexibles par rapport au rythme de vie des personnes ayant des activités.</p>
Relations avec les SAD	<p>On ne connaît pas la personne qui va intervenir, va-t-elle vraiment favoriser l'autonomie et utiliser tout le temps imparti dans cet objectif?</p>	<p>Les coordinations se font avec les SAD mais pas au moment des visites chez les PA. Il serait souhaitable que les SAD fassent remonter les problèmes de certaines PA aux RS. Les SAD sont souvent obligés de s'adapter aux besoins: certains font des petites interventions d'une 1/2 h 3 fois/jour au lieu de 1h30 1 fois /jour. Ils ont des limites liées à leur fonctionnement, différents selon les chefs de secteur et le personnel employé. Les tranches horaires sont variables mais la continuité 7j/7 est difficile.</p>	<p>Il y a une manque de souplesse des associations. Notion de tri des aides à domicile par les PA.</p>	<p>Sur certains secteurs de Grenoble, manque de personnel d'aide à domicile notamment à Teisseire. Les SAD n'interviennent pas en deçà d'un certain nombre d'heures par intervention, soit la PA accepte soit elle refuse et c'est dans ce dernier cas qu'on observe des écarts. Les RS connaissent très bien les possibilités d'intervention des SAD en fonction des secteurs. L'ADPA est associé dès le départ au plan d'aide.</p>	<p>Travail des RS basé sur un partenariat avec les SAD "plus on les contacte, plus ils nous connaissent, plus ils nous appellent". La nécessité de formaliser les contacts est soulignée. Des échanges informels et une entente sur les besoins de la PA existent mais il n'y a aucune trace écrite. Dans certains cas difficiles, une visite commune avec le SAD retenu a lieu. Les RS parlent du CCAS comme d'une association sur qui compter, intervenant par 1/2h et le WE. Elles déplorent malgré tout un manque de qualification des aides à domicile.</p>
Non utilisation, un problème?	<p>Pas réellement</p>	<p>Oui pour certaines: l'évaluation n'est pas juste. Non pour d'autres : le réajustement, la réactualisation est indispensable. L'évaluation est faite sur un temps trop court mais cela ouvre une souplesse pour d'autres.</p>	<p>(Lors de l'entretien, les RS n'ont pas eu le temps de répondre à cette question)</p>	<p>Oui car la réponse est partielle. Soit il y a un dysfonctionnement après accord (problème relationnel notamment) et on accepte que le plan ne soit pas effectif. Soit, il y a une surévaluation. Dans les 2 cas, cela représente un problème puisque les besoins sont toujours là mais ne sont pas satisfaits.</p>	<p>Non parce qu'il n'y a pas de dépenses.</p>

## Annexe 4 : Explications des écarts selon les référents sociaux des EMS

	Motifs	N/S Gren.	Grés.	HRD et PA	Gren.*	Sud Grés.	Total	
							Nb	%
Personne âgée	Amélioration de l'état de santé d'où moins d'h nécessaires	1	1	2			4	3,08
	Absence: convenance personnelle, hospitalisation, oubli, RDV médicaux	2	1	3	6	1	13	10,00
	Refus de l'aide parce que déni de la dépendance	1					1	0,77
	Refus de l'aide parce que ne veut pas de personne extérieure dans sa maison					1	1	0,77
	Ne veut qu'une seule aide à domicile (refus de remplacement)	5		1	3		9	6,92
	Caractère difficile d'où difficultés d'intervention	1			7		8	6,15
	Ne s'entend pas avec l'aide à domicile			4	1		5	3,85
	Accueil temporaire			1			1	0,77
	Contexte social difficile (isolement et précarité)					1	1	0,77
	Etat de santé variable					1	1	0,77
	Décédé lors du 1er mois du plan d'aide					1	1	0,77
	Pathologie rend intervention difficile					2	2	1,54
	En phase d'opposition			1		1	2	1,54
A supprimé de son propre chef (sans explication)					1	1	0,77	
Etat de santé aggravé et prise en charge réorganisée par la famille			1			1	0,77	
Ne veut pas autant/ veut moins que ce qui est préconisé		2		7	3		12	9,23
sous-total							48,46	
Famille	Intervention de la famille supérieure à celle prise en compte lors de l'évaluation		2	1	2		5	3,85
	Refuse l'aide et intervient	1			1		2	1,54
	A du mal à déléguer				1	1	2	1,54
	Arrêt de la prise en charge à la demande de la famille et solution de l'aidant familial préférée	1					1	0,77
	Relais de la fille enseignante pendant les vacances scolaires			1			1	0,77
	Abus des services par le fils	1					1	0,77
sous-total							9,23	



	Motifs	N/S Gren.	Grés.	HRD et PA	Gren.*	Sud Grés.	Total	
							Nb	%
Prestataire	Deux prestataires d'où erreur dans les factures	10		2		1	13	10,00
	Intervention en fonction des disponibilités de l'aide à domicile			1			1	0,77
	Ne peut pas intervenir plus/manque de personnel			4			4	3,08
	Ne peut pas intervenir "à la demande"			1			1	0,77
Plan d'aide	Forfait inadapté/mauvaise gestion des plannings	1					1	0,77
	Aide à domicile non remplacée					1	1	0,77
	Ne peut pas intervenir plus/personnel non qualifié pour les soins à la personne	1		1			2	1,54
							sous-total	17,69
Couple	Relais service de soins non prévu au départ	1		1			2	1,54
	Difficulté d'adaptation des interventions SAD et aidant familial			1			1	0,77
	Prise en compte de l'état de santé variable du fils cohabitant dans le plan d'aide			1			1	0,77
							sous-total	3,08
Gré	Conjoint a du mal à déléguer			3			3	2,31
	Chaque conjoint a un plan d'aide mais les interventions sont communes	1					1	0,77
	Conjoint décédé, augmentation des heures mais non réalisées	1					1	0,77
Gré							sous-total	3,85
	Intervention du prestataire qu'en cas d'absence du gré à gré	1	1				2	1,54
TM	Combinaison des interventions gré à gré et prestataire		1				1	0,77
							sous-total	2,31
Autre	Trop élevé	1				1	2	1,54
	PA dans logement collectif avec des heures mutualisées et des heures individualisées d'où erreur dans les factures				4		4	3,08
Autre	Suspension des interventions pour cause de paiement au prestataire en retard				1		1	0,77
	Aucune explication dans le dossier	5	2	1	3		11	8,46
Erreur: plan d'aide semble être correctement réalisé		2					2	1,54
<b>Nombre total des explications données</b>		<b>39</b>	<b>11</b>	<b>35</b>	<b>39</b>	<b>6</b>	<b>130</b>	
<b>Nombre de dossiers retenus pour l'étude</b>		<b>43</b>	<b>33</b>	<b>30</b>	<b>108</b>	<b>3</b>	<b>217</b>	
<b>Nombre de dossiers étudiés par EMS</b>		<b>36</b>	<b>11</b>	<b>30</b>	<b>36</b>	<b>3</b>	<b>116</b>	

## **Annexe 5 : Trame d'entretien pour les rencontres avec les SAD**

28/03/2006

---

### **Mieux connaître votre structure**

- ⇒ Localisation et secteur d'intervention : urbain, rural... et quels types d'aide (tâches domestiques, à la personne...)
- ⇒ Personnel : nombre de salarié(e)s, bénévoles, hommes, femmes, moyenne d'âges, profil des personnes... Relation salariés et bénévoles. Croissance d'activité ou pas ? croissance d'emplois ou pas ?
- ⇒ Fonctionnement : autonomie ou mise en réseau de structures, mensualisation des salariés ou paiement aux heures effectuées, recrutement du personnel difficile ou pas...
- ⇒ Environnement : autres structures, SAD, CCAS, associations intervenants sur le même secteur, et relations, partages de l'offre de services avec elles.
- ⇒ Formation du personnel et reconnaissance du métier : que proposez vous, quelle est la demande ?
- ⇒ Tarification de référence unique : leur avis ?
- ⇒ Relation avec les EMS et les référents sociaux : Comment se fait cette relation ? Le SAD a-t-il connaissance du Plan d'Aide ?
- ⇒ Relation avec la PA et sa famille : Comment se fait elle ?

Votre conception du métier : entre tâches domestiques, activités relationnelles, aides à la personnes...). Evolution de cette conception. Reconnaissance du métier.

### **Discussion sur les dossiers sélectionnés**

Quelques dossiers ont été sélectionnés par les EMS. Ils ont tous un nombre d'heures d'aide non utilisées par la PA sur le dernier semestre 2005.

**Pouvez-vous nous donner votre avis et les raisons possibles pour vous de la non utilisation d'une partie plus ou moins grande des heures du Plan d'Aide associés à l'APA ?**

Nous avons posé la même question aux Equipes Médico-Sociales, ainsi que prochainement aux personnes âgées directement.

## Annexe 6 : Entretien avec les responsables des SAD

PA : Personne âgée, RS : Référent social

	ADPA Grenoble	ADPA Bourgoin-Jallieu	ADMR Isère	CCAS SMH	CCAS St Marcellin
Localisation par secteur d'intervention	Echirolles. Grenoble est divisé en 16 secteurs avec 16 responsables de secteur pour être au plus proche des PA et des travailleurs sociaux.	Bourgoin-Jallieu. 5 secteur d'intervention: BJ1, BJ2, Saint clair de la Tour, Sud et Nord.	Saint Martin le Vinoux. Interventions sur tout l'Isère.	SMH. Interventions sur les 3 secteurs de la commune dotés chacun d'un responsable.	St Marcellin. Interventions sur la commune et sur les communes environnantes sur demande des mairies.
Type d'aides	Aide ménagère et aide à la personne (soins, toilette, aide au repas)	Aide ménagère et aide à la personne (soins, toilette, aide au repas)	Aide ménagère et aide à la personne (soins, toilette, aide au repas)	Principalement des aides ménagères et aide à la personne (soins, toilette, aide au repas) par des personnes diplômées uniquement.	Aide ménagère et aide à la personne (soins, toilette, aide au repas)
Personnel	1000 salariés dont 900 aides à domicile(majoritairement des femmes). Les responsables de secteur sont salariés de l'association ou des communes (mis à disposition), ils ont en charge le management du personnel, l'organisation et la validation du travail,le soutien aux aides à domicile. Age moyen de 40 ans. 20% du personnel est qualifié.	330 salariés dont 280 aides à domicile dont 99% de femmes. Les responsables de secteur sont des conseillères en économie sociale et familiale. L'association emploie des aides soignantes, infirmières et un ergothérapeute.	1600 salariés aides à domicile de niveau professionnel différents (30% du personnel est classé en catégories B et C*) dont 99% sont des femmes et 1350 bénévoles actifs. Age moyen de 47 ans et ancienneté moyenne de 8 ans.	45 aides à domicile, des femmes dont âge moyen est entre 30 et 40 ans.	40 salariées dont 11 diplômés d'Etat (6 auxiliaire de vie). Age moyen de 45/50 ans. Les dernières recrutées ont le BEP sanitaire et social.

Formation du personnel	ADPA Grenoble Réunion de coordination, concertation sur les cas difficiles chaque mois. Groupes de paroles avec un psychologue sur 6 mois (1fois/mois). 5 jours de formation pour les nouvelles embauchées. Stages de formation proposés sur les différentes thématiques touchant aux PA: dos au quotidien, démences et maladie d'Alzheimer, accompagnement de fin de vie...	ADPA Bourgoin-Jallieu Difficultés pour trouver les financements du plan de formation 2006 qui doit atteindre les chiffres: 68% d'agents à domicile, 17% d'employé à domicile, 15% d'auxiliaire de vie sociale. Réunion mensuelle sur des thématiques diverses de 2h pour favoriser l'esprit d'équipe. Echanges fréquents entre les responsables de secteur et les aides à domicile.	ADMR Isère Les bénévoles recueillent les demandes des aides à domicile, un catalogue de formation est proposé aux salariés et aux bénévoles, de nombreux thèmes sont proposés.	CCAS SMH En 2004/2005, à la demande des aides à domicile, des modules sur les gestes et postures, sur les personnes alcoolisées, sur les maladies psychiatriques sont proposés, la formation à l'AFPS aussi. Des réunions d'équipe (régulation, discussion, échange) chaque mois. En 2005, 10 en formation DEAVS et 10 actuellement. Certaines ont le CAFAD et d'autres le BEP sanitaire et social.	CCAS St Marcellin Formation avec une surveillante de l'hôpital de St Marcellin (hygiène, alimentation, dépression, accompagnement de fin de vie). Adhésion à ALMA et Isère Alzheimer. Formation sur les gestes et posture et les aides à la personne. Demande de formation recensées lors d'entretiens annuels.
Conception du métier	Favoriser l'autonomie. Dans l'aide à la personne, il y a forcément du relationnel. Il faut être attentif, rebondir sur ce que peut dire la PA, discuter tout en travaillant. On ne peut pas différencier ces dimensions. Ce travail doit se faire tout en finesse, c'est difficile parce que les aides à domicile n'ont pas toutes les savoir-faire et les savoir-être nécessaires.	Il faut respecter le souhait de la PA, la stimuler.	Triangle d'or : * l'intervenante, professionnelle qui réalise l'intervention et crée le contact humain fait d'écoute et de confiance. * le bénévole, animateur et employeur, à la fois porteur de la demande des personnes et du souci de répondre au mieux à cette demande. * le client -adhérent en attente de service impliqué par le projet ADMR d'intégration sociale.	Le travail est très difficile et use les personnes.	Des interventions d'une 1/2h sont possibles car l'accent est mis sur le respect de la vie des PA parce qu'on intervient à leur domicile. On doit adapter le travail de l'aide à domicile à la personnes et non à ses disponibilités.

	ADPA Grenoble	ADPA Bourgoin-Jaillieu	ADMR Isère	CCAS SMH	CCAS St Marcellin
Reconnaissance du métier	Reconnaissance depuis peu. On perçoit encore les aides à domicile uniquement comme des femmes de ménage, c'est restreint. Il est nécessaire de valoriser leur travail et de les accompagner.	Les aides à domicile sont souvent traitées comme des femmes de ménage et elles sont frustrées de ne pas pouvoir exercer tout le temps l'ensemble de leurs compétences. Le métier n'est pas valorisé au niveau de la conscience collective.	Le métier est dévalorisé, pas attirant. Une démarche de valorisation est en cours avec des formations, des reconversions professionnelles, la défense de la profession est à faire avec notamment un travail de fond.	Autonome. Un responsable par secteur (3 à SMH), Salariés mensualisés avec un lissage sur le trimestre ou payés aux heures effectuées uniquement pour les nouvelles aides à domicile pour lesquels un contrôle de la qualité des interventions est réalisé. Selon la volonté des responsables, les salariés ne sont pas aux 35h (travail difficile). SAD en pleine restructuration. Aucun problème pour recruter (candidatures chaque jour).	Autonome. CCAS doté d'un capacité d'adaptation avec un lissage des heures en fonction des hospitalisations et améliorations de l'état de santé grâce à un partenariat avec les services sociaux et les soignants de l'hôpital (pénurie d'IDE). Mensualisation des salariés ou paiement au heures effectuées pour les nouvelles. Contrat correspondant à la demande des salariés. Recrutement difficile parce que le travail n'est pas attirant, mal rémunéré et nécessité d'avoir un véhicule.
Fonctionnement	Autonome. Une équipe (responsable de secteur+aides à domicile) par secteur. Travail en partenariat avec ESP38 (plate-forme de service pour le recrutement des aides à domicile). Difficultés de remplacement des aides à domicile en congés avec une priorité aux PA nécessitant des aides à la personne. Difficultés à recruter du personnel qualifié. Annualisation du temps de travail.	Autonome. Un système informatique a été mis en place depuis 4 ans et permet une bonne gestion des plannings et un respect des plans d'aide. Recrutement à partir d'entretiens collectifs (diffusion d'un film sur le métier et discussion), d'épreuves écrites et orales, en collaboration avec l'ANPE. Difficultés pour recruter des personnes qualifiées. Modulation du temps de travail sur l'année.	Fédération d'associations ADMR. Le directeur emploie uniquement le personnel administratif et le président le problème de service, ce qui pose un problème de gestion. Le bénévole gère les ressources humaines et cela a une incidence sur les plannings qui était jusqu'à présent faits "à la gomme et au crayon". Aujourd'hui on procède à une informatisation. Il s'agit d'une adaptation en continu d'une articulation argent/volonté/projet. Les bénévoles apportent les factures au domicile des PA et vérifient la qualité des prestations. Les salariés sont payés aux heures effectuées mais annualisation en cours. Recrutement difficile parce que le secteur n'est pas attirant. On parle de client/adhérent plutôt que d'usager, bénéficiaire ou allocataire captif ou encore personne aidée parce que ces expressions sont connotées.	Autonome. Un responsable par secteur (3 à SMH), Salariés mensualisés avec un lissage sur le trimestre effectués uniquement pour les nouvelles aides à domicile pour lesquels un contrôle de la qualité des interventions est réalisé. Selon la volonté des responsables, les salariés ne sont pas aux 35h (travail difficile). SAD en pleine restructuration. Aucun problème pour recruter (candidatures chaque jour).	Autonome. CCAS doté d'un capacité d'adaptation avec un lissage des heures en fonction des hospitalisations et améliorations de l'état de santé grâce à un partenariat avec les services sociaux et les soignants de l'hôpital (pénurie d'IDE). Mensualisation des salariés ou paiement au heures effectuées pour les nouvelles. Contrat correspondant à la demande des salariés. Recrutement difficile parce que le travail n'est pas attirant, mal rémunéré et nécessité d'avoir un véhicule.
Croissance	Entre 2004 et 2005 : -7,69% de personnes aidées mais +2,79% d'heures réalisées	Entre 2003 et 2004, l'activité a presque doublé mais en 2005, elle a diminué. Pas d'augmentation du nombre de salariés mais en 3 ans, 70h/mois à 110h/mois.	Forte croissance de 8%.	En 2005, croissance d'activité de 9%, croissance d'emplois et augmentation du nombre d'heures de travail par personne.	Entre 2000 et 2005, croissance de 16000 à 43000h et de 16 à 42 emplois.

	ADPA Grenoble	ADPA Bourgoin-Jallieu	ADMR Isère	CCAS SMH	CCAS St Marcellin
Environnement	Collaboration avec les SAD qui portent les mêmes valeurs. Sur Grenoble, coordination avec les autres services à domicile. L'objectif n'est pas de prendre des parts de marché mais de répondre aux besoins des PA.	75% des membres de l'AG représentent les communes, le lien politique est fort. Le service prestataire est à leur disposition pour mener à bien leurs politiques sociales. "Il est inutile de concurrencer ses partenaires, d'autant plus qu'on couvre tout le territoire. Le plus important, c'est la constitution de réseau".	Il y avait des relations avec l'ADPA avec des échanges périodiques sur les bilans qui permettaient de former un sorte de groupe de pression politique, il n'y en a plus depuis 2002/2003.	En cas de besoin et si la problématique de prise en charge est connue des SAD, la communication se fait et ça se passe bien.	Seules l'ADMR et la petite association ANNA interviennent aussi sur St Marcellin. Les relations sont bonnes mais il a été clairement dit par les responsables de l'ADMR qu'ils entraient en concurrence directe avec le CCAS. Les PA se tournent principalement vers le CCAS mais ça peut évoluer.
Relation avec les FMS	Il devrait y avoir une formalisation de projets de vie à partir des plans d'aide basée sur un partage des informations avec les RS.	Voir Annexe 7	Voir Annexe 7	Avec les RS, on participe activement à l'élaboration du plan d'aide grâce à une très bonne connaissance du public.	Partenariat assez rapproché, informations transmises par mails. En cas d'hospitalisation ou de sortie, un point est fait avec la RS.
Relation avec la PA et sa famille	Le responsable de secteur se rend chez la PA pour repérer l'environnement, les détails de la vie quotidienne à prendre en considération pour respecter le rythme de vie de la PA. La présence de la famille est prise en compte.	Voir Annexe 7	Voir Annexe 7	"Il existe une habitude à dialoguer, les gens viennent et nous sollicitent même si c'est pour râler, ils n'ont pas une idée du maire intouchable".	Un contrat individualisé est effectué avec la PA. Un temps d'écoute est consacré aux familles dans la limite des compétences. SAD partenaire du groupe d'aide aux aidants.

\* Catégories d'aide à domicile: A agent à domicile, B employé à domicile, C auxiliaire de vie sociale

## Annexe 7 : Entretiens avec les responsables de secteur des SAD

<p>PA : Personne âgée, RS : Référent social ADPA Bourgoin-Jallieu (BJ)</p>	<p>Cadres de secteurs de BJ1 et 2 : Très bons rapports avec les RS du CCAS de BJ avec des contacts quotidiens. Fiche de liaison détaillée pour échanger les informations sur la PA. Réunion tous les 2 mois pour parler de tous les dossiers. Ailleurs, c'est un peu plus difficile parce qu'on est pas informé et on est moins sollicité "ça colle moins bien". Les informations sont alors incomplètes, communiquées par fax ou par téléphone. Cadres de secteur de Villefontaine : Avec une RS, il y a beaucoup de contacts, des explications sont données et tout est clair. Elle appelle après sa visite pour en discuter avec les cadres de secteur et explique ce qu'elle entrevoit. En général, on met en place ce qui est demandé mais il arrive qu'on ne connaisse pas le plan d'aide parce que la PA ne pensent pas à nous le donner. Un travail avec la RS peut permettre d'anticiper la prise en charge. On a besoin des informations du CG pour bien travailler, sinon, on tâtonne. Il n'y a pas de lien-type, ça dépend vraiment des dossiers. La relation avec la RS tient vraiment à la connaissance de notre rôle et au contact qu'on a eu avec elle.</p>	<p>ADMR Isère</p> <p>Accompagnant de proximité 1 : Les bénévoles ne sont plus assez associés à la conception des plans d'aide. Ils ne sont pas des professionnels mais ils sont compétents, or ces compétences qui ne sont pas reconnues par les RS. "Plus on se trouve des affinités, mieux la relation avec la RS se passe". Tout se passe au bon vouloir des gens. Il n'y a pas de commande du CG pour un suivi des interventions, il faudrait des écrits. Quand il y a un problème avec la famille, on demande la plan d'aide au RS pour connaître les objectifs de la prise en charge. Accompagnant de proximité 2 : Les bénévoles semblent satisfaits de la relation avec le RS. Quand l'aide à domicile constate un problème, elle alerte le responsable qui prend contact avec le RS. Partenaire qui se passe bien et qui ne tient pas aux relations personnelles. Par contre, le RS ne se saisit pas des coordonnées des accompagnateurs de proximité, sur chaque territoire, le bénévole est appelé en 1er et le professionnel est shunté.</p>
<p>Relation avec la PA et sa famille</p>	<p>Pour la PA, il y a souvent une confusion entre les interlocuteurs. La PA se retourne vers la personne qui est venue chez elle. Une visite a lieu après celle de la RS du CG pour vérifier si l'offre proposée correspond aux besoins, pour repérer l'environnement. On s'aperçoit que la famille est d'autant plus présente que la personne bénéficie de l'APA, plus dépendante. Quand il y a des problèmes familiaux, les relations s'en ressentissent. Il y a des personnes trop présentes ou encore trop absentes. Dans l'ensemble, c'est assez positif et les relations avec la famille sont importantes. On prévient la famille en cas de problème. La relation avec la famille dépend du besoins de nous interpeller et de la capacité de la PA à communiquer.</p>	<p>Les bénévoles sont proches des PA, ils leur rendent visite pour s'assurer que les besoins sont satisfaits.</p>
<p>Conception du métier</p>	<p>L'aide à domicile consiste avant tout en une aide à la personne, la PA doit être présente quand l'intervention a lieu.</p>	

## Annexe 8 : Explications des écarts selon les responsables des SAD, les responsables de secteur et les aides à domicile

PA : Personne âgée, RS : Référent social

ADPA Grenoble	ADPA Bourgoin-Jallieu	ADMR Isère	CCAS SMH	CCAS St Marcellin
<p>Il y a un souci de réévaluation. Souvent, il y a des décalages entre ce qui est prévu et ce qui est effectivement mis en place et cela peut-être dû simplement à une amélioration de l'état de santé de la PA. Il existe des délais de mise en place de l'aide et des décalages dus à des changements après accord (diminution à la demande de la PA ou de la famille). On doit rechercher un équilibre entre la réponse aux besoins, la demande exprimée par la PA. Celle-ci doit également comprendre que le personnel ne peut pas toujours être le même.</p>	<p>Un système informatique a été mis en place depuis 4 ans et permet une bonne gestion des plannings et un respect des plans d'aide. Toutes les interventions sont réalisées mais cela représente un inconvénient pour les PA puisque les remplacements sont plus fréquents et ce n'est pas ce qu'elles souhaitent.</p>	<p>Refus des remplacements des aides à domicile fidélisées. Dans certains cas, les PA ont trop d'heures notamment chez les couples ayant une même aide à domicile avec des heures pour les 2 conjoints ou quand le conjoint aide la PA bénéficiaire. Les surévaluations restent à la marge, les écarts sont dus aux absences pour hospitalisation, accueil dans la famille... Déficit d'aide à domicile d'où réduction des heures si les besoins ne sont pas primordiaux.</p>	<p>Problème de remplacement à l'origine des heures non effectuées. Lorsque la prise en charge concerne un conjoint, l'autre n'a pas conscience du sentiment de culpabilité que cela peut entraîner. L'aidant souhaite alors assumer le travail à la place de l'aide à domicile mais ne rappelle pas systématiquement la RS pour une révision.</p>	<p>Ecart dus aux hospitalisations ponctuelles. Les 2 aides à domicile questionnées n'ont pas connaissance de cet écart.</p>



## **Annexe 9 : Trame d'entretien pour les rencontres avec les personnes âgées**

28/03/2006

---

### **Pour vous connaître un peu mieux**

#### ***Votre identité***

Sexe

Age

Nationalité

Pays de naissance

Lieu de résidence, type d'habitat

Niveau d'études suivies

Ancienne profession

Situation familiale (seul(e), en couple, a des enfants, a des petits enfants)

Si couple, renseignement sur le conjoint

Votre fourchette de revenus

Autonomie (GIR)

Santé (à indiquer sur une échelle 1 à 10)

#### ***Votre entourage***

Vos enfants : proximité, visites fréquentes

Vos petits enfants : proximité, visites fréquentes

Vos ami(e)s, connaissances : proximité, visites fréquentes

#### ***Vos activités***

Chez vous, à l'extérieur

### **Par rapport à l'APA**

#### ***L'origine***

Constitution du dossier : date, identification des besoins, bon déroulement,...

Nombre d'heures attribuées : satisfaction, validation

Contact avec le SAD : vous directement, par votre référent social, par une autre personne...

L'intervention : de quel type, par qui (homme, femme), combien de fois /semaine

Concrètement comment cela se passe t-il ?

#### ***Relations avec votre référent social***

#### ***Relations avec votre intervenant(e) à domicile***

(Vient-elle en dehors de ses heures ?...)

#### ***Satisfaction globale***

#### ***Connaissance de l'écart entre heures préconisées et validées/réalisées et facturées***

Explications données par la PA : (tranquillité et intimité recherchées, soupçon envers l'intervenant(e) , mauvaise entente, travail mal fait, trop d'intrusion, trop d'intervenants, c'est pas ce que la PA avait imaginé, ...)

Y a t-il d'autres interventions faites chez la PA : par qui (gré à gré, famille...), combien de fois/semaine, pour quoi faire ?

## Annexe 10 : Entretiens avec les personnes âgées : leurs conditions de vie et leur appréciation des plans d'aide

PA : Personne âgée. RS : Référent social

PA	Identité	Entourage	Activités	Origine du plan d'aide	Relation avec le RS	Relation avec l'aide à domicile	Autres intervenants	Satisfaction globale
◁	Mme de 87 ans. Française. Pas suivi d'études, sans profession, s'occupait de ses enfants. Vit seule. Ne connaît pas son GIR et n'arrive pas à évaluer son état de santé.	Son fils vient vivre chez elle de septembre à mai. Garde de bons contacts avec sa fille de Béziers. Les filles de Lyon et de Corbelin (proche de chez elle) ne lui rendent pas visite. Mme rend visite à une dame de 94 ans 1 fois/sem.	Ne fait rien chez elle. N'ose pas sortir seule parce qu'elle perd l'équilibre.	Ne se souvient pas de la date Un Mr. de la mairie s'est occupé de tout. Sa fille a contacté l'ADMR et lui a dit que l'aide à domicile viendra et que Mme devait s'arranger avec elle. L'aide à domicile a dit qu'elle ne pouvait venir que 2 fois/sem. et Mme a dit que c'était bien comme ça. Plan d'aide de 3h/sem.	Lors de sa visite, la RS a surtout parlé avec le fils de Mme. Elle n'a pas beaucoup parlé avec Mme. Mme n'a pas revu la RS qui ne l'appelle pas. Mme ne s'en souvient plus et n'a rien à lui demander.	Ca se passe très bien, elle fait ce que je lui dis de faire. On sort de temps en temps pour les courses. Mme est bien contente d'elle. Elle remplit ses papiers, elle est bien gentille. Les remplacements ne dérangent pas Mme, de toute façon elle connaît les autres aides à domicile.	IDE 2 fois/sem. Portage des repas.	Tout va bien. Mme préfère restée chez elle et faire comme elle peut. 2 fois 1h30/sem. c'est bien suffisant.
⊖	Mr. Français. Pas suivi d'études, cariste. Vit en couple. Ne connaît pas son GIR mais invalidité à 80%. Santé de 9/10.	Ses enfants les plus proches lui rendent fréquemment visite. Des amis rendent service si besoin.	TV et joue a la pétanque.	Mme a fait la demande et la mairie s'est chargé du dossier. Ne sait pas qui a contacté le SAD. Suite à l'accident de Mr en mai 2004. Plan d'aide de 4h/sem.	Bonne relation avec la RS qui est venu 3 fois rendre visite. Très gentille. A expliqué que l'aide est mise en place est avant tout morale pour Mme.	La responsable est venue rendre visite. Mme lui dit quoi faire. Ca se passe bien comme ça. Quand il y a des remplacements à faire, soit il y a quelqu'un soit personne mais ça ne dérange pas parce que Mme peut encore le faire. Ils sont bien gentils.	Non	Le plan d'aide convient mais la mise en place à été difficile parce qu'il y avait besoin d'une IDE pour la toilette dès le début mais personne n'est venue pendant 3 mois. Il était impossible de faire appel à une IDE libérale à cause du prix.
⊕	Mr. a 71 ans. Français. Etait médecin. GIR3, état de santé : 2/10 d'après sa garde-malade.	Il est divorcé, il a des enfants et des petits-enfants avec lesquels il a rompu tout lien. Mme A l'a hébergé à sa sortie d'hôpital il y a cinq ans. Mme A s'occupe de lui à temps plein.	Il lit, écoute de la musique, écrit ses mémoires, discute avec Mme A de politique	Depuis cinq ans il est alité en permanence, suite à une attaque cérébrale.	L'assistante sociale est venue à domicile. Elle a fait le dossier, elle a constaté la gravité de la situation. L'assistante sociale est revenue une ou 2 fois.	Elle fait de son mieux, mais M. Colin ne l'accepte pas.	Avec tous les intervenants cela se passe mal.	Par rapport à la constitution du dossier de l'APA : tout s'est fait normalement, c'était il y a cinq ans. C'est la GRAM qui a conseillé d'aller voir une assistante sociale.

PA	Identité	Entourage	Activités	Origine du plan d'aide	Relation avec le RS	Relation avec l'aide à domicile	Autres intervenants	Satisfaction globale
D (Entretien téléphonique avec sa fille)	Mme française. Vit seule. Atteinte de la maladie d'Alzheimer avec des moments où elle est capable de parler et d'autres où tout s'embrouille. Refuse son état, d'être considérée comme une PA. GIR2 et santé évaluée 4/10.	Sa fille lui rend visite tous les 2 jours. Ses petits-enfants sont à Paris. Des voisins lui rendent visite. Si sa fille est absente, elle en parle à la voisine qui vérifie si tout se passe bien.	Ne fait rien toute seule. Aime parler, centres d'intérêt de plus en plus limités.	Suite à la dégradation de l'état de santé (AVC) de sa mère, la fille a demandé à avoir plus d'heures (avant Mme avait une aide ménagère). Difficulté au début pour savoir à qui s'adresser puis en se documentant, elle a su ce qu'il était possible d'avoir. Plan d'aide de 9h/sem.	Très bonne. RS disponible. Elle fait le point avec la fille tous les ans.	La responsable du SAD et la fille se téléphonent régulièrement. La fille fait appel à 2 prestataires, elle en est très contente parce que les prestations sont de qualité. L'un permet d'avoir toujours la même aide à domicile et il est toujours possible de trouver des arrangements en cas de problème.	Ergothérapeute: 1 fois/sem. Kiné: 2 fois/sem. Orthophoniste: 1 fois/sem.	La fille aurait aimé plus d'heures au départ. Dans un premier temps, Mme refusait puis elle s'est habituée au bout d'un an pour la présence de quelqu'un chez elle et de 3 ans pour les repas. Au départ, la fille a demandé du gré à gré mais ça s'est mal passé, elle a alors fait appel à un prestataire puis avec l'augmentation des heures, à un autre. Aujourd'hui, elle est très contente d'avoir ces 2 SAD.
U	Mme a 71 ans. Française, née en Algérie, mariée à un Harki. Elle a travaillé chez un capitaine en tant que femme de ménage. GIR 3, état de santé : 1/10	10 enfants dont un handicapé qui ne vient à la maison que le week-end, 20 petits-enfants et 6 arrière-petits-enfants. Certains habitent en Isère, un à la Rochelle et un à Marseille. N'a pas d'amies.	Regarde beaucoup la TV.	Il y a 2 ans, après un opération du genou qu'elle a mal supportée.	L'assistante sociale n'est pas revenue depuis la constitution du dossier.	Elle n'est pas du tout satisfaite de ce service, il y a beaucoup de changements, de remplacements, ce n'est jamais la même personne qui vient. Il y a un an la personne qui venait était très bien mais elle n'est pas restée elle a eu des problèmes de santé. Et depuis rien ne marche.	Aucun	Elle est satisfaite de la mise en place de l'APA. Elle estime que son mari aurait dû avoir droit à quelque chose dans le cadre de l'APA. Il fait le garde-malade, il fait tout à sa place.

PA	Identité	Entourage	Activités	Origine du plan d'aide	Relation avec le RS	Relation avec l'aide à domicile	Autres intervenants	Satisfaction globale
F (entretien avec sa fille et de son fils)	Mme a 85 ans. Française. Était agricultrice. GIR3, état de santé : 1 ou 2/10.	Vit avec son fils. 3 enfants, 5 petits-arrières petits-enfants. Sa fille est juste à côté dans le village. Elle passe tous les matins pour préparer le repas. Elle est très entourée par ses enfants et petits-enfants qui viennent lui rendre visite.	Elle n'a pas d'activité vu son état, ne regarde pas la télévision. Elle a un fauteuil roulant et sa fille la sort de temps en temps au soleil.	Début 2005	L'assistante sociale de la MSA est venue au début pour évaluer les besoins, puis elle est revenue à la sortie de l'hôpital.	Bon contact avec l'ADMR de Saint-Martin d'Uriage.	Une personne de gré à gré pour 13 heures mensuelles (trois fois semaine pour la toilette)	Satisfaction du dispositif
G	Mme a 88 ans. Française née en Algérie. Elle a un peu travaillé en tant que femme de ménage dans une famille. Veuve depuis 1980. GIR3	Vit avec son fils. 9 enfants, 15 petits-arrières petits-enfants qui viennent souvent la voir. Peu de connaissances	Ne se déplace plus. Regarde la TV.	Elle se ne se souvient plus vraiment de l'année.	Elle ne se souvient plus, non plus de la visite de l'assistante sociale	On a changé beaucoup de fois aussi l'aide ménagère, la première était une personne avec qui elle avait sympathisé, avec les autres, ça se passe moins bien.	Aucun	
H (entretien avec sa fille, en sa présence)	Mme a 85 ans. Née en Italie. Elle a fait des ménages et des gardes d'enfants. Atteinte de la maladie d'Alzheimer. GIR3, état de santé : 8/10 (d'après sa fille).	4 enfants et 3 petits-enfants. Vit avec ses 2 filles : une est handicapée et travaille dans un CAT, l'autre à mi-temps.	Elle tricote un peu. Elle est en centre de jour 2 fois/semaine.	Accueil depuis 2000 en centre de jour puis constitution du dossier APA.	La fille n'a pas revu l'assistante sociale depuis la constitution du dossier, à part une ou deux fois pour remettre à jour certaines choses, mais elle estime que s'il y a besoin elle s'adressera à elle. C'est très bien comme ça.	Elle n'a pas beaucoup de liens avec Mme, elles n'échangent guère toutes les deux, avant il y en avait une autre plus âgée avec qui cela se passait mieux. En cas de congé de l'aide ménagère personne ne vient, c'est entendu comme ça.	Aucun	La fille de Mme est assez satisfaite du dispositif.

PA	Identité	Entourage	Activités	Origine du plan d'aide	Relation avec le RS	Relation avec l'aide à domicile	Autres intervenants	Satisfaction globale
I (entretien avec sa femme)	Mr. A 64 ans, français né en Sicile. A travaillé dans les champs avec ses parents. GIR2	Vit avec sa femme. 3 enfants et petits-enfants qui habitent dans l'agglomération. Pas d'amis qui lui rendent visite.	Il sort très peu, ils regardent beaucoup la télé.	En 2003, au départ sa femme souhaitait une présence pour son mari. Donc une personne venait deux heures par semaine le jeudi. Elle faisait aussi le ménage.	a donc revu une fois l'assistante sociale pour la réactualisation du dossier.	Sa femme est ennuyée du fait que les personnes changent souvent, il y a beaucoup d'arrêt de travail et il préfère souvent que ce soit sa femme qui lui donne le repas. La personne du midi convient bien, celle du soir c'est plus difficile car Mr. s'endort facilement.	Un kinésithérapeute et une infirmière	Satisfaction correcte dans l'ensemble.
J	Mr. A 94 ans. Français né en Espagne. Vit avec sa femme qui bénéficie de l'APA aussi. Etait mécanicien en Algérie puis chez Caterpillar en France. GIR 3 ou 4, état de santé : 4/10.	4 enfants, 9 petits-enfants et 10 arrière-petits-enfants qui viennent régulièrement leur rendre visite. Quelques connaissances viennent les voir.		Il se souvient du passage de l'assistante sociale, mais ne se souvient pas de l'année. Il ne sait pas s'il y a eu une réactualisation du plan.		Les contacts avec les prestataires sont assez satisfaisants, malgré la diversité des intervenants et des remplacements. Mais il l'accepte ils sont bien obligés. Il n'y a pas d'autres solutions.	1 gré à gré et 2 prestataires Proxim service et l'ADPA.	Une bonne satisfaction du dispositif.
K (en présence de sa fille)	Mme a 88 ans. Italienne. N'a jamais travaillé. GIR 4, état de santé : 4/10.	7 enfants, 15 petits-enfants qui lui rendent visite dans la mesure du possible.	Relativement autonome chez elle, aucune activité à part la TV.	En 2002, cela convenait très bien car elle allait beaucoup mieux que maintenant.	L'assistante sociale ne passe pas vérifier si tout se passe bien.	Elle tient beaucoup à cette personne Elle accepte la remplaçante mais cela se passe moins bien, surtout avec les petites jeunes qui n'ont pas beaucoup d'expérience.	Aucun	Manque de suivi par le prestataire mais aussi par le RS.

## Annexe 11 : Explications des écarts selon les personnes âgées et leur entourage

PA : Personne âgée, RS : Référent social

	Explications possibles
PA	
A	A été hospitalisée pendant l'été puis s'est rendue chez sa fille à Béziers.
B	Est parti en vacances avec son fils à Toulon en août 2005
C	Peut-être parce que l'aide à domicile n'a pas trouvé le domicile au départ. Planning irrégulier des aides à domicile avec des fois plus d'heures et d'autres moins. Refus des remplaçants par Mr. Caractère difficile.
D	2 prestataires
E	Fonctionnement problématique du SAD avec des difficultés pour trouver des remplaçants.
F	Surestimation des besoins au début. Problème de fonctionnement de la structure pour le recrutement du personnel notamment.
G	Peut-être parce que Mme ne répond pas à la porte parce qu'elle n'entend pas ou absence de l'aide à domicile.
H	Relais par la fille qui a plus le temps (qu'au début du plan d'aide) pour s'occuper de sa mère. Congés de l'aide à domicile non remplacée sur demande de la fille.
I	Hospitalisation. Relais par la femme de Mr. qui ne travaille pas pendant les vacances scolaires.
J	2 prestataires
K	Le SAD n'a pas pu intervenir les lundis.

## **GUIDE D'UTILISATION**

### **D'EVALUATION MEDICO-SOCIALE**

### **ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE**

Ce document d'évaluation a été conçu par le service de soutien à domicile et A.P.A. du Conseil général de l'Isère et le service social de la Mutualité Agricole des Alpes du Nord (Site Isère).

Ce support **doit être utilisé par les travailleurs sociaux lors de l'évaluation médico-sociale A.P.A.** Il est un outil indispensable pour l'élaboration du plan d'aide et du suivi social dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Il est **à la seule destination du dossier du travailleur social** et doit faciliter les transmissions d'informations en cas d'absence ou de changement d'affectation du travailleur social.

## **PRECISIONS POUR COMPLETER L'IMPRIME**

### **DANS LE CADRE D'EN TETE "REFERENT SOCIAL"**

*Le n° de classothèque est le n° émis par le Conseil général lors de la première demande*

### **LA NOTION ACTP (allocation compensatrice tierce personne)**

La personne qui a eu une attribution :

- Avant 60 ans : peut choisir de conserver l'ACTP ou opter pour l'A.P.A.
- Après 60 ans : ne peut pas conserver son ACTP.

## **III LISTE DES INTERVENANTS**

### **LA DATE**

Elle doit correspondre à la date de la première évaluation

Il est important de noter les dates de remise à jour. Ces dates permettent de s'assurer de la validité des informations contenues dans ce paragraphe.

## **IV HABITAT**

**EXEMPLE DE PETITE UNITE DE VIE** : domicile collectif

## **VII AIDES ET SOINS EXISTANTS**

### **SECTEUR PSYCHIATRIQUE**

Préciser les modalités de prise en charge infirmière, médicale, indiquer si le suivi s'effectue en hôpital de jour, au CMP, à domicile.

### **AUTRES SERVICES**

Pour le coût à charge, préciser le coût après déduction de toutes les aides

# EVALUATION MEDICO-SOCIALE APA

## REFERENT SOCIAL

Organisme : .....

Nom : .....

.....

Adresse .....

Date de la visite : .....

N° classothèque : .....

- Première demande  
 Révision (Nombre)  
 Renouvellement (Nombre)  
 Ancien ACTP  Avant 60ans  
 Après 60ans

Date du premier accord

Date du refus

Date du renoncement

Date d'échéance




## ETAT CIVIL

NOM, Prénom				
Nom de naissance				
Date de naissance		Sexe	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Vie maritale			
Adresse				
N° digicode		Etage		
Nom, Prénom du conjoint ou du concubin				
Date de naissance				



## RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

Régime Maladie Mutuelle	<input type="checkbox"/> CRAM <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> CMUC	<input type="checkbox"/> AUTRE, préciser
Régime principal de retraite				
Minimum vieillesse ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Mesure de protection ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Si oui, laquelle		Date :		
<i>Nom de la personne chargée de la mesure</i>				
<i>Organisme mandataire</i>				
<i>Adresse</i>				
<i>Date première intervention PSD ou APA</i>				
<i>Qui a orienté la personne vers le dispositif</i>				

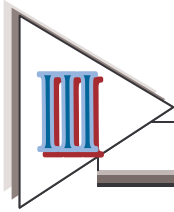


NOM

Date :

Prénom

Mise à



## LISTE DES INTERVENANTS

QUALITE	Nom – Prénom	Adresse	Téléphone	Liaison	
				Oui	Non
<u>AIDANTS FAMILIAUX</u>  <i>Lien de parenté :</i>					
<u>MEDECINS</u> <b>GENERALISTE</b>  <b>SPECIALISTES</b>					
<u>SOINS INFIRMIERS</u>					
<u>AUTRES SOINS</u>  <b>KINESITHERAPEUTE</b>  <b>SECTEUR</b> <b>PSYCHIATRIQUE</b>  <b>AUTRES</b>					
<u>AIDE A DOMICILE</u>  <b>Prestataire</b> <i>(Association)</i>  <b>MANDATAIRE</b> <i>(Intervenant et association)</i>  <b>GRE A GRE</b>					
<u>AUTRES SERVICES</u>  <b>ACCUEIL DE JOUR</b>  <b>HEBERGEMENT</b> <b>TEMPORAIRE</b>					
<u>SERVICES SOCIAUX</u> <u>SPECIALISES</u>  <b>AUTRES</b>					

**IV****PRINCIPALES ETAPES DE VIE****FAMILIALES** (Nombre d'enfants, veuvage, deuil, rupture, déménagement, ...)**PROFESSIONNELLES** (Profession exercée, date de retraite, ...)**PARTICIPATION A LA VIE SOCIALE** (Associative, politique, ...)**AUTRES****V****HABITAT**Rural regroupé Urbain Rural Isolé 

Transports à proximité

 OUI NONMaison individuelle Appartement Foyer logement Accueil familial  Petites unités de vie **Adaptation de l'habitat (accessibilité, sanitaires, chauffage, équipements, ...)**

Domicile indépendant

 OUI NON

Domicile à proximité d'un proche

 OUI NON

Cohabitant

 OUI NON

A titre gratuit

 OUI NON

A titre onéreux

 OUI NON

Chez :

Lien de parenté

 OUI NON

Si oui, lequel :

	OUI	NON	Observations
Cannes			
Déambulateur			
Fauteuil roulant			
Matériel à usage unique pour incontinence			
Lève malade			
Chaise percée			
Lit médicalisé			
Autres à préciser : .....			

## AIDANTS FAMILIAUX

	NOM	Prénom	Age	Lien de parenté
①				
②				
③				

Situation de l'aidant principal

- Actif     retraité     sans profession  
 RMI     Invalidité     chômage  
 AAH     Autres : .....

L'aidant familial a-t-il bénéficié d'un soutien ou d'une formation  OUI  NON

Lequel ?

Types d'intervention

Est-il salarié de son parent  OUI  NON

## SOINS INFIRMIERS

 Service de soins infirmiers Infirmiers libéraux

Nombre de passages	Par jour	Par semaine	Jours à préciser
Infirmier			L M M J V S D
Aide soignant			L M M J V S D

Type d'intervention

Intervention adaptée aux besoins

 OUI  NON

Pourquoi ?



**AUTRES SERVICES**

**ACCUEIL DE JOUR**

OUI     NON

Rythme

Jour à préciser

Lieu

Coût à charge

Frais de transport  OUI     NON

Coût

Mode de transport

**HEBERGEMENT  
TEMPORAIRE**

OUI     NON

Etablissement   
Famille d'accueil

PSD    à domicile   
En établissement

TELE ALARME     OUI     NON

Coût à charge  /mois

PORTAGE DES REPAS     OUI     NON

Coût à charge  /mois

Nombre de repas  /mois

SERVICE DU FOYER LOGEMENT     Repas soir     Garde de nuit  
 Repas WE     Autres services

**RESEAU DE PROXIMITE HORS FAMILLE**

	Fréquence	Types d'intervention
A décrire		



**OBSERVATIONS GENERALES**

.....  
.....

.....  
.....

.....  
.....

.....  
.....

.....  
.....

.....  
.....

.....  
.....

.....  
.....

.....  
.....

.....  
.....

.....  
.....

.....  
.....

.....  
.....

.....  
.....

.....  
.....

.....  
.....

.....  
.....





<b><u>ELIMINATION URINAIRE</u></b> :	A B C
.....	
<b><u>ELIMINATION FECALE</u></b> :	A B C
.....	
<b><u>TRANSFERTS</u></b> : Se lever, se coucher, s'asseoir	A B C
.....	
<b><u>DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR</u></b> : Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	A B C
.....	
<b><u>DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR</u></b> : A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	A B C
.....	
<b><u>COMMUNICATION A DISTANCE</u></b> : Utiliser les moyens de communication : téléphone, téléalarme, sonnette	A B C

## VARIABLES ILLUSTRATIVES

<b><u>GESTION</u></b> : Gérer ses affaires, son budget, se servir de l'argent, faire des démarches	A B C
.....	
<b><u>CUISINE</u></b> : Préparer les repas	A B C
.....	
<b><u>MENAGE</u></b> : Effectuer l'ensemble des travaux ménagers	A B C
.....	
<b><u>TRANSPORTS</u></b> : Prendre et/ou commander un moyen de transport (au moins une fois par semaine)	A B C
.....	
<b><u>ACHATS</u></b> : Commander ou faire des acquisitions directes ou par correspondance	A B C
.....	
<b><u>SUIVI DU TRAITEMENT</u></b> : Se conformer à l'ordonnance de son médecin	A B C
.....	
<b><u>ACTIVITES DE TEMPS LIBRE</u></b> : Avoir des activités sportives, culturelles, sociales, de loisir, de passe-temps	A B C