



N° 461 • janvier 2006

La façon dont sont mis en œuvre les plans d'aide à domicile associés à l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) constitue le second volet de l'étude monographique menée en 2004 dans quatre départements, qui a analysé quarante situations de personnes âgées en recueillant leur point de vue et celui de leurs aidants.

La demande d'Apa a le plus souvent correspondu à la prise de conscience d'une rupture ou d'une dégradation de la situation de la personne âgée. L'élaboration du plan d'aide consiste alors à identifier ses besoins soit à partir d'une proposition initiée par l'assistante sociale, soit à travers une discussion prenant davantage en compte les souhaits de la personne âgée et de son entourage, et parfois en concertation directe avec les services d'aide à domicile.

La mise en œuvre du plan d'aide dépend étroitement, quant à elle, des liens entre les équipes médico-sociales et les services d'aide, des capacités concrètes qu'offrent ces derniers au niveau local, ainsi que des souhaits de la personne âgée concernant le choix de l'intervenant. Quant à l'articulation entre l'intervention des proches et celle des aidants professionnels, c'est un gage d'adaptation et de sécurisation de l'aide apportée. Toutefois, les conceptions du métier d'aidant à domicile sont diverses, allant d'une activité avant tout relationnelle à une activité plus orientée vers les soins, en passant par une polarisation sur les tâches domestiques alors souvent appréhendées comme un « gagne-pain ».

Arnaud CAMPÉON et Blanche Le BIHAN
LAPSS, ENSP

Les plans d'aide associés à l'Allocation personnalisée d'autonomie Le point de vue des bénéficiaires et de leurs aidants

L'ANALYSE présentée ici s'appuie sur le deuxième volet de l'étude monographique menée en 2004 dans quatre départements auprès des bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) et des services d'aide à domicile.

40 situations de personnes âgées dépendantes ont été analysées, à partir d'entretiens qualitatifs menés auprès des bénéficiaires de l'Apa d'une part, de leurs aides à domicile d'autre part (encadré 1). Il s'agissait de comprendre comment le plan d'aide, élaboré dans le cadre de l'attribution de l'Apa, est organisé et mis en œuvre par les acteurs et de quelle façon il se traduit dans la vie quotidienne du bénéficiaire et de sa famille. En effet, l'organisation concrète des aides préconisées passe par la mobilisation des services d'aide à domicile et par le choix d'un ou plusieurs professionnels qui viendront



apporter l'aide nécessaire, identifiée au moment de l'évaluation des besoins du bénéficiaire. Cette organisation implique également les membres de la famille (conjoint ou enfant), qui vivent parfois avec la personne âgée dépendante et qui sont eux aussi confrontés à ses difficultés quotidiennes.

L'objet de cet article est donc de mieux appréhender quel est le rôle des acteurs au moment de l'élaboration du plan d'aide, comment se combinent aide professionnelle et aide familiale, et enfin, en quoi les tâches effectuées par l'aide à domicile facilitent effectivement la vie quotidienne du bénéficiaire et de sa famille.

E•1

Méthodologie de l'étude

L'étude impliquait de s'intéresser à la fois aux familles (les bénéficiaires de l'Apa et leur entourage) qui recourent aux services proposés, et aux services d'aide à domicile qui fournissent cette aide professionnelle. Au total, l'étude repose sur l'analyse de 40 entretiens réalisés auprès de personnes âgées et de 40 entretiens auprès des aidants à domicile. Chaque entretien a ensuite fait l'objet d'une fiche individuelle élaborée à partir de la lecture des retranscriptions intégrales des entretiens.

Pour accéder à un échantillon raisonné de familles, les services des conseils généraux de chaque département¹ ont contribué à l'identification de situations de vie diversifiées au regard de deux critères : le niveau de dépendance du bénéficiaire de l'Apa, et la configuration familiale du ménage des personnes rencontrées. À ces deux critères principaux s'ajoutent deux critères secondaires : le lieu de vie – milieu rural (20 cas), milieu urbain (14 cas), milieu semi-urbain (6 cas) ; le type de service utilisé – prestataire (29 cas), mandataire (7 cas) et gré à gré (4 cas).

En fonction de la répartition des bénéficiaires dans les départements selon leur niveau de dépendance², deux groupes ont été distingués : les situations de dépendance importante (classées en Gir 1 à 3) et celles de dépendance moyenne (classées en Gir 4).

Concernant la configuration familiale du ménage, trois cas de figure ont été identifiés : la personne seule uniquement aidée par un intervenant professionnel ; la personne seule mais qui bénéficie également du soutien d'un aidant familial ; enfin, la personne cohabitant avec un conjoint, un enfant ou un autre proche (tableau).

Parallèlement à l'entretien auprès des familles (personne âgée ou l'un des membres de sa famille si celle-ci ne pouvait pas répondre seule aux questions), les entretiens ont été réalisés auprès de l'aidant professionnel (ou l'un d'entre eux lorsqu'ils sont plusieurs) qui intervient auprès des personnes rencontrées.

construction de l'échantillon

	Cohabitant		Aidant familial	Personne seule
	Conjoint	Enfant		
GIR 1-3 (21 cas)	7	4	7	3
GIR 4 (19 cas)	8	1	6	4

1. Les entretiens ont été menés dans quatre départements différents pour comprendre l'organisation territoriale de l'offre de service, mais nous n'avons pas procédé à une analyse comparative des différentes situations de dépendance en fonction du département d'appartenance. Ce dernier intervient parfois pour comprendre certaines caractéristiques des configurations rencontrées, en lien avec la politique départementale, mais il n'est pas déterminant pour comprendre le vécu du plan d'aide.

2. Les personnes âgées évaluées Gir 4 représentent dans les différents départements étudiés environ 50% des bénéficiaires. Pour des données générales, PERBEN M., 2005, « L'Allocation personnalisée d'autonomie au 31 mars 2005 », *Études et Résultats*, n° 415, juillet, Drees.

L'élaboration du plan d'aide

L'élaboration du plan d'aide repose sur la relation entre la personne âgée (et/ou son entourage) amenée à faire une demande d'Apa, et l'équipe médico-sociale (le plus souvent représentée par une assistante sociale¹). Celle-ci se rend au domicile de la personne âgée afin d'identifier ses besoins d'aide et de faire une proposition de plan d'aide.

■ Les circonstances de la demande d'Apa : la prise de conscience d'une rupture ou d'une dégradation progressive de la situation

Les entretiens menés auprès de 40 bénéficiaires de l'Apa permettent de distinguer trois situations conduisant à la demande d'Apa : un problème de santé (18 personnes dans ce cas), un changement dans la vie familiale (2 personnes), des difficultés à faire face à un déclin progressif de l'état de santé (20 personnes).

Dans les deux premiers cas, l'idée est celle d'une rupture par rapport à la situation antérieure ; la demande d'Apa apparaît dès lors comme un basculement vers un nouveau mode de vie et la reconnaissance de sa situation de dépendance par le demandeur.

« Jusque-là elle se débrouillait toute seule, moi je lui faisais ses courses... Et puis il y a eu une baisse de moral et après ça, ça a détruit le physique et elle a fait chute sur chute à partir de novembre. Ce n'était plus possible de continuer. J'ai pris la décision de l'hospitaliser (...) les forces sont revenues et on a décidé de la faire rentrer à la maison (...) Mais il a fallu faire très vite et organiser son retour à la maison, avec les services appropriés... J'ai été très bien entourée... par la responsable du Centre communal d'action sociale (CCAS) et l'assistante sociale du conseil général... Elles m'ont dit ce qu'il fallait faire. » (Fille de Madame O., 84 ans, Gir 2).

Pour la personne âgée, demander l'Apa n'est pas une démarche anodine ; cela est synonyme de « dépendance » et les personnes âgées rencontrées n'y ont eu recours que lorsqu'elles n'avaient plus vraiment le choix. Les tiers (les enfants, les professionnels de santé et du social ...) informent d'ailleurs souvent les personnes âgées de l'existence de l'Apa et les poussent à présenter un dossier.

« C'est même pas moi qui ai fait la demande. Moi, j'avais rien demandé du tout ! Je n'aime pas demander. Ce n'est pas mon genre. C'est madame ... comment déjà ... c'est la dame qui s'occupe des aides ménagères. C'est elle qui m'a dit, « il faut demander ! » (Madame K., 83 ans, Gir 4).
« Depuis quelques années, on voyait bien que ça baisait... mais je me débrouillais... mais en décembre, pour sa visite du mois, le docteur m'a dit qu'il fallait absolument que je prenne quelqu'un parce que je n'allais pas tenir.... » (Épouse de Monsieur A., 81 ans, Gir 1).

1. BELLANGER M., LE BIHAN B., 2003, « La mise en œuvre de l'Allocation personnalisée d'autonomie dans six départements », *Études et Résultats*, n° 264, octobre, Drees.

■ L'identification des besoins

Les bénéficiaires rencontrés n'ont pas toujours un souvenir très précis de la visite de l'assistante sociale en vue de formuler le plan d'aide. Il est donc assez difficile d'obtenir des informations claires sur sa durée ou sur la façon dont elle s'est déroulée. Cependant, trois types de configurations peuvent être identifiées (tableau 1).

T •01 trois configurations de relation au moment de la définition du plan d'aide

Proposition du plan d'aide par l'assistante sociale		17
Discussion du plan d'aide avec l'assistante sociale	« Discussion simple »	15
	« Désaccord et négociation »	5
Discussion du plan d'aide en concertation avec les services d'aide à domicile		3

La proposition du plan d'aide par l'assistante sociale

17 bénéficiaires de l'Apa racontent la visite de l'assistante sociale comme le moment où le conseil général a décidé de l'attribution d'un certain nombre d'heures d'aide à domicile. Il n'est fait mention d'aucune discussion ou négociation spécifique.

« Le conseil général est passé et il m'a donné 21 h. »
 « L'assistante sociale m'a dit que j'avais droit à 32 h d'aide ménagère par mois. »
 « J'ai fait le dossier et j'ai obtenu 15h. »
 « Ils m'ont posé des questions sur comment ça allait s'arranger, comment il allait, comment il faisait, les usages courants que l'on peut faire sur une personne malade. Après ils ont évalué le taux. (...) ils m'ont posé des questions. Je n'ai rien demandé. On m'a proposé ceci et c'était à moi d'accepter ou de refuser. Ce n'était déjà pas si mal. »

La discussion du plan d'aide avec l'assistante sociale

En revanche, pour 20 autres bénéficiaires, le plan d'aide a fait l'objet d'une discussion avec l'assistante sociale, qui a pu donner lieu à la prise en compte de l'ensemble des demandes de la famille (Madame R.) ou à des négociations pouvant aboutir au refus par la personne âgée d'une partie du plan d'aide envisagé (Madame L. et Monsieur Q.).

Madame R. a 98 ans. Veuve depuis 12 ans, elle vit seule à la périphérie d'une grande ville. Jusqu'à présent parfaitement autonome, elle a dû être hospitalisée suite à une dépression. Sa petite-fille a organisé son retour à la maison en faisant une demande d'Apa. Présente au moment de la visite de l'assistante sociale au domicile de sa grand-mère, elle a fait une demande très précise d'intervention d'une aide à domicile à différents moments de la journée. « J'étais là quand Madame X, l'assistante sociale, est passée et je lui ai dit qu'il fallait qu'elle ait quelqu'un le matin pour le petit-déjeuner, le midi pour le

repas et le soir. Pour le reste ils ont fait comme ils voulaient. L'essentiel s'est décidé comme ça. »

Madame L. a 81 ans, elle vit seule dans un appartement au centre d'une grande ville. Ayant de plus en plus de difficultés à se déplacer, Madame L., informée par des amis de l'existence de l'Apa, fait une demande auprès du conseil général afin d'être aidée dans son quotidien. Elle est évaluée en Gir 3, mais au moment de la visite de l'assistante sociale, elle ne demande que 4 heures par semaine, essentiellement pour l'aider dans les tâches domestiques, cela malgré l'insistance de l'assistante sociale qui estime qu'elle avait besoin de beaucoup plus d'heures (notamment pour l'aider à se lever le matin). Son plan d'aide prend effet au mois de mai 2004 et au mois de septembre, Madame L. fait une nouvelle demande afin d'augmenter le nombre de ses heures et d'avoir quelqu'un pour l'aider à se lever le matin. « Lors du premier plan d'aide, j'avais proposé beaucoup plus à Madame L., plus d'aide. Elle était déjà passée Gir 3 dès le premier plan d'aide et elle ne voulait pas plus que ses deux fois deux heures. Mais je voyais que ce n'était pas suffisant, mais elle ne souhaitait pas plus pour le moment, donc on respecte aussi le choix de la personne. Je préfère faire un plan d'aide où la personne est d'accord sans lui imposer des choses, quitte à revoir le dossier ensuite (...) C'est toujours en fonction du souhait de la personne. On peut suggérer, mais c'est vraiment à la convenance de la personne. »

Monsieur Q. a 70 ans, il est paraplégique depuis plusieurs années, et n'a plus l'usage ni de ses jambes, ni de ses bras, ni de la parole. C'est Madame Q. qui s'occupe de lui au quotidien, elle prend notamment en charge tous les actes de soin et d'aide à la personne (la toilette, les massages, les pansements, les déplacements...). Elle a fait une demande d'Apa afin d'obtenir une aide pour les tâches domestiques auxquelles elle n'a que peu de temps à consacrer. Monsieur Q., très dépendant, a été évalué Gir 2, son plan d'aide comprend 26 h d'aide à domicile et le financement des fournitures d'hygiène. Au moment de la visite, l'assistante sociale lui a proposé plus d'heures d'aide à domicile, mais Madame Q. ne les a pas acceptées. D'abord parce qu'elle estime qu'il est de son devoir de s'occuper de son mari et que les tâches de soin lui reviennent, ensuite parce que toute heure d'aide à domicile supplémentaire devait être autofinancée. Madame Q. n'a accepté que la partie du plan pris en charge par l'Apa, elle a refusé le principe du ticket modérateur.

La situation et les souhaits des aidants effectifs ou potentiels sont donc dans ce cas pris en compte au moment de la définition du plan d'aide. Certaines situations observées révèlent par ailleurs que les aidants familiaux semblent avoir conscience des besoins de leur conjoint ou parent, sans souhaiter ou pouvoir assurer l'ensemble des tâches nécessaires à son bien-être quotidien. De son côté, la personne âgée n'est pas toujours

désireuse de faire intervenir un tiers et préférerait que sa fille ou son fils se charge de cette activité de soins. Dans ces cas, ce sont les enfants qui sont amenés à contacter le conseil général et à faire la demande d'Apa. Au moment de l'élaboration du plan d'aide, l'assistante sociale est informée de la situation et elle en tient compte pour définir les tâches et le nombre d'heures à effectuer par les aides à domicile. Le cas de Monsieur B. est en ce sens révélateur.

Monsieur B. est veuf. Il vit seul dans un petit village, à proximité de l'un de ses fils. Jusqu'à présent, sa belle-fille s'occupait de lui et l'aidait dans son quotidien. Elle a même été rémunérée comme aidante de son beau-père au moment de la PSD. Mais elle a peu à peu trouvé cela très contraignant, et les difficultés de son beau-père se multipliant, elle a souhaité mettre un terme à l'arrangement et faire intervenir un tiers, une aide professionnelle. Monsieur B. n'était pas du tout d'accord, mais au moment de l'élaboration du plan d'aide, l'assistante sociale a tenu compte de la position de sa belle-fille et a réussi à convaincre Monsieur B. d'avoir recours à une aide à domicile.

La discussion du plan d'aide en concertation avec les services d'aide ou les intervenants à domicile

La troisième configuration observée au moment de la définition du plan d'aide se décline en deux cas de figure : celui où la personne âgée a déjà auprès d'elle une aide à domicile qui donne son avis au moment de la visite de l'assistante sociale, et celui où l'assistante sociale contacte les responsables du service d'aide à domicile afin de définir le plan d'aide souhaitable en fonction de ses possibilités de déclinaison concrète.

Ce dernier cas pose la question de l'implication en amont des services d'aide à domicile dans la procédure d'attribution de l'Apa, et plus globalement de leur rôle dans l'organisation des plans d'aide.

Les services d'aide à domicile : acteurs principaux de l'organisation des plans d'aide

La question de l'intervention du service d'aide à domicile se pose au moment de la définition du plan d'aide d'une part, de sa mise en œuvre d'autre part.

L'analyse des situations observées dans le cadre de l'étude montre que, s'il existe bien un certain nombre de règles définies au niveau du département², dans la pratique, trois facteurs jouent de façon déterminante : la capacité de l'offre de services au moment de la demande, la situation de vie de la personne âgée et les pratiques de travail des équipes médico-sociales et des acteurs des services d'aide à domicile.

Dans un certain nombre de cas, le choix de la structure, du service ou de l'aide à domicile ne se pose pas, car il n'existe qu'une réponse unique dans le secteur géographique concerné.

Cela est tout particulièrement vrai dans les zones rurales, où le nombre de structures d'aide à domicile est généralement insuffisant pour permettre au bénéficiaire de choisir. Ainsi, suite aux difficultés croissantes de Madame C., sa fille a décidé de faire une demande d'Apa, afin d'obtenir la visite d'une aide à domicile trois fois par jour.

Habitant en milieu rural, Madame C. et sa fille se sont tournées vers la seule association qui existait dans le secteur. La fragmentation de l'intervention demandée (trois fois par jour) rend difficile l'emploi d'une seule aide à domicile. Madame C. voit donc jusqu'à quatre aides à domicile différentes par semaine, et elle ne sait jamais qui va venir pour la lever, lui préparer son déjeuner ou l'aider à se coucher. C'est ici l'insuffisance de l'offre qui explique cette multiplicité des intervenantes, mal vécue par la personne âgée.

Le choix du service d'aide à domicile dépend également de la situation de vie de la personne âgée au moment de la demande. Le cas de Monsieur J. est en ce sens emblématique.

Âgé de 78 ans, Monsieur J. vit seul en HLM et n'a pour seule famille qu'une fille handicapée qui vit en foyer. Solia, son aide à domicile rémunérée au noir joue un rôle essentiel dans son quotidien. C'est elle qui, constatant la dégradation de l'état de santé de Monsieur J., décide de faire une demande d'Apa. On peut facilement imaginer qu'au moment de la définition du plan d'aide, Solia ait souhaité donner son avis sur l'organisation des heures d'intervention, et qu'au moment du choix du service, Monsieur J. ait souhaité que Solia reste/devienne son aide à domicile.

Parmi l'ensemble des personnes rencontrées, 19 avaient à cet égard déjà une aide à domicile et ont souhaité conserver la même intervenante, une fois le plan d'aide formulé et l'Apa obtenue :

« *Moi, de toute façon, j'ai demandé que ce soit Marie-France qui vienne (...) ça ne pouvait pas être quelqu'un d'autre !* » (Épouse de Monsieur A., 81 ans, Gir 1).

« *S'il y avait quelqu'un d'autre, il faudrait s'habituer ensemble. Avec Marie-Chantal, c'était comme ça au début (...) ça fait onze ans (...) et c'est toujours elle et je ne tiens pas à changer.* » (Madame G., 83 ans, Gir 4).

Comme le montre le cas de Monsieur J., la demande d'Apa peut être l'occasion de formaliser, voire de régulariser l'intervention de l'aide à domicile qu'employait jusqu'à présent la personne âgée. Trois des personnes rencontrées étaient dans

2. RIVARD T., 2006, « Les services d'aide à domicile dans le contexte de l'Allocation personnalisée d'autonomie », *Études et Résultats*, n° 460, janvier, Drees.

cette situation. Jusqu'alors employées de façon informelle pour aider la personne âgée dans les tâches de la vie quotidienne, les aides à domicile concernées sont dorénavant déclarées, elles sont rémunérées soit avec des chèques emploi-service ou soit dans un cadre mandataire.

Dans ces différentes situations, le choix du service ou de la structure d'aide ne se pose donc pas directement. Il est déterminé par la configuration antérieure, et ce, quelle que soit la politique départementale. Ainsi, dans le département B, où le recours aux services prestataires est vivement encouragé, les équipes médico-sociales s'adaptent au souhait de la personne âgée en tenant compte de l'organisation de l'aide dont elle dispose déjà.

Au moment de sa demande d'Apa, Madame L. a déjà une aide ménagère, qui vient pour lui faire quelques heures de ménage toutes les semaines. Elle lui a été recommandée par une amie et n'appartient à aucun service. Madame L. la paie avec des chèques emploi-service. Au moment de la visite, l'assistante sociale décide avec Madame L. de conserver les heures effectuées par son aide à domicile et de solliciter par ailleurs les services d'une aide à domicile afin d'effectuer les tâches d'aide à la personne. Une fois encore, Madame L. s'est renseignée elle-même auprès de ses amies et a choisi d'employer Bénédicte qui convient parfaitement à sa demande. Au moment de la visite, l'assistante sociale a pris en compte le souhait de Madame L. En choisissant elle-même son aide à domicile, elle impose l'association et le type de service, en l'occurrence mandataire. La mise en place du plan d'aide de Madame L. se traduit donc par le recrutement de deux personnes, une aide ménagère en gré à gré et une aide à domicile en mandataire.

Enfin, les pratiques de travail des équipes médico-sociales (EMS) jouent sur la façon dont le plan d'aide est communiqué et le cas échéant discuté avec les services d'aide à domicile. Ces pratiques, plus ou moins formalisées, varient en fonction des départements. Ainsi, dans le département A, les EMS transmettent dans certains cas le plan d'aide à une plate-forme de services, laquelle s'occupe de mettre en contact les associations avec les bénéficiaires. En revanche, dans deux autres départements, la procédure de transmission du plan d'aide n'a pas été institutionnalisée ; et ce sont les familles qui s'occupent de prendre contact avec les services d'aide à domicile. Ces derniers n'ont pas *a priori* connaissance du plan d'aide, ce qui, d'après certains de nos interlocuteurs, peut complexifier ou retarder l'application du plan d'aide. Dans le département B, les pratiques étaient jusqu'à présent informelles. Certaines assistantes sociales envoyaient directement l'intégralité ou un résumé du plan d'aide aux services. Depuis la mise en œuvre de la PED, de la PSD et enfin de l'Apa, les assistantes sociales ont en effet l'habitude de travailler avec les responsables des services. Ils ont développé des pratiques de transmission et de concertation, restées

jusqu'à présent informelles et variables. Dans certains cas, l'assistante sociale va jusqu'à discuter du plan d'aide avec la responsable des services dès sa définition.

Dans le département B, Madame X. est assistante sociale au conseil général. Sur le secteur gérontologique où elle intervient, seul le CCAS propose des services d'aide à domicile pour personnes âgées bénéficiant de l'Apa. Les relations de travail entre Madame X. et Madame Z., la responsable du CCAS, sont très bonnes ; Madame X. n'hésite pas à contacter directement Madame Z. pour organiser l'aide auprès des personnes âgées. Elles proposent donc ensemble les plans d'aide, en fonction des besoins de la personne âgée et des disponibilités des aides à domicile.

De son côté Madame Y., elle aussi assistante sociale dans une EMS du département B, informe les demandeurs des services existant sur son secteur, huit au total. Elle les laisse ensuite contacter l'association ou le service qui leur convient et transmet de son côté le plan d'aide au responsable du service.

Cette procédure de transmission est toutefois aujourd'hui en passe d'être formalisée ; une fiche précisant la nature de l'aide, le nombre d'heures d'intervention et le type de tâches pourra, à cet égard, être transmise, avec l'accord du bénéficiaire, directement par l'assistante sociale au service d'aide à domicile concerné.

Quelles que soient les modalités de choix du service et de l'aide à domicile, le responsable de l'association ou du CCAS, gère dans tous les cas l'organisation concrète du plan d'aide. Il peut le faire avec l'assistante sociale lorsqu'elle le contacte (situation rencontrée dans les départements B et C), ou avec la personne âgée (ou sa famille), si c'est elle qui fait la demande d'intervention (ce qui est le cas dans les départements A et D où le plan d'aide n'est pas forcément transmis par l'EMS mais par la personne âgée).

« Après, moi j'ai vu tout ça avec l'association. Ça ne servait à rien qu'elle vienne les trois premiers jours de la semaine et puis après plus rien. Il valait mieux qu'elle vienne tous les deux jours, c'était plus logique. Et puis pour faire le ménage, une heure, cela n'aurait pas été suffisant, donc on s'est mis d'accord et il n'y a pas eu de soucis. » (Madame E., 80 ans, Gir3).

« Pour l'organisation des jours, on fait en fonction des problèmes qu'il y a et on voit avec les familles. Au départ, c'est uniquement un nombre d'heures. Après, on voit. Évidemment, on ne va pas aller promener quelqu'un à 8 heures du matin. » (Martine, aide à domicile de Madame M., 78 ans, Gir 4).

Les contraintes d'organisation et de planning de l'association sont de fait prises en compte pour l'application concrète du plan d'aide, et peuvent conduire à un ajustement de son contenu ou de ses modalités.

« Lorsqu'on reçoit les indications envoyées par l'assistante sociale pour le plan d'aide, nous on voit en fonction de notre planning (...) Bien sûr on est souvent amené à faire des ajustements. Si le plan d'aide précise que l'intervention doit avoir lieu le lundi, le mercredi et le vendredi et que nous on n'a personne, alors on fait autrement. » (Responsable ADMR).

Lors de l'organisation des interventions, les services sont en effet souvent confrontés à des difficultés liées à la disponibilité des aides à domicile. Ainsi, un certain nombre des personnes âgées rencontrées ont plusieurs aides à domicile. D'après nos interlocuteurs, cela ne pose pas de problème lorsque le nombre d'intervenant(e)s est limité, deux aides à domicile par exemple, et que ce sont toujours les mêmes.

Cette relation entre l'aide à domicile, la responsable du service et la personne âgée s'impose au moment de la mise en œuvre du plan d'aide. Elle permet une relative souplesse, favorisant les ajustements au coup par coup, en fonction des contraintes de l'aide à domicile et des demandes de la personne âgée dont la situation n'est pas figée, mais peut évoluer, parfois rapidement, une fois l'Apa attribuée.

L'articulation entre aide familiale et aide professionnelle

L'intégration dans un réseau familial et relationnel est un gage de sécurité pour la personne âgée, qui n'est ainsi jamais laissée seule longtemps. La présence d'un conjoint encore autonome est, en particulier, un soutien quotidien essentiel. Les plans d'aide peuvent également prendre en compte le réseau relationnel constitué par les enfants et les beaux-enfants lorsqu'ils habitent à proximité et peuvent rendre des visites régulières, ou encore par les amis ou le voisinage.

Madame M., 78 ans, vit avec son mari, âgé de 81 ans et parfaitement autonome, dans la périphérie d'une grande agglomération. Ils ont dix enfants, dont la moitié habite à proximité. Ils viennent souvent lui rendre visite et l'appellent quotidiennement pour prendre et donner des nouvelles. « Il y a toujours quelqu'un. Dans la ville de B ils sont vite arrivés. Et puis j'ai des amis qui passent. ». Évaluée en Gir 4, Madame M. a d'abord bénéficié de 40 heures d'aide à domicile, mais un an plus tard, au moment de sa visite, l'assistante sociale a diminué le nombre d'heures à 36 heures, du fait de la densité du réseau relationnel de Madame M.

■ Une implication plus ou moins forte des aidants familiaux

L'implication des aidants familiaux apparaît toutefois plus ou moins importante et peut prendre différentes formes (tableau 2).

Une première configuration est celle où l'aidant familial est très impliqué, participant directement à l'aide apportée à la personne dépendante pour les actes essentiels de la vie (se lever,

s'habiller, faire sa toilette, manger, se déplacer...), et assumant l'organisation quotidienne de cette aide ; il peut s'agir d'un conjoint (Madame Q.) mais aussi d'une fille (Madame P.), d'un fils, d'une belle-fille ou encore d'une belle-sœur.

Dans une deuxième configuration, l'aidant familial reste globalement impliqué ; il vient régulièrement voir son parent âgé pour s'assurer que tout va bien, il participe aux tâches matérielles (les courses, les démarches administratives) et, d'une manière générale, veille à distance au bon déroulement de l'arrangement d'aide (fille de Madame C.). En cas de problème, c'est lui qui est l'interlocuteur des professionnels du secteur sanitaire et social, et il s'occupe également des démarches administratives.

Un troisième cas est celui où l'aidant familial est peu impliqué, intervenant de façon ponctuelle seulement (une visite mensuelle par exemple). Enfin, les personnes âgées seules et sans famille à proximité, et celles qui vivent avec leur conjoint et/ou un enfant eux-mêmes dépendants peuvent être considérées comme ne disposant pas d'aidants familiaux.

T
•02 implication de l'aidant familial¹

Implication de l'aidant familial		Nombre de cas
Aidant familial très impliqué	Conjoint	12
	Autres (enfants, beaux-enfants)	11
Aidant familial impliqué		7
Aidant familial peu impliqué		6
Pas d'aidant familial	Conjoint ou enfant eux-mêmes dépendants	2
	Pas de proches	2

1. L'aidant familial désigne le conjoint et/ou les enfants et beaux-enfants qui participent, à des degrés variables, à la prise en charge de leur(s) parent(s) âgé(s). Ces situations sont des situations dominantes de relation d'aide, une personne peut avoir plusieurs aidants ayant chacun un niveau d'implication différent.

Hélène, la fille de Madame C. vit à une quinzaine de kilomètres de chez sa mère. En tant que fille aînée, elle a toujours assumé les problèmes liés à la dépendance de sa mère. Madame C. n'a pas un caractère facile, elle a toujours eu des problèmes de relation avec ses trois filles. Mais pour Hélène, ce rôle d'aidante lui revient, quelles que soient les difficultés de relation qu'elle a eues avec sa mère. C'est elle qui a fait les démarches pour que sa mère puisse bénéficier de l'Apa. Avec l'assistante sociale, il a été décidé que les aides à domicile viendraient trois fois par jours, sept jours sur sept. Madame C. paie une partie du plan d'aide, mais pour Hélène, le recours à une aide professionnelle est indispensable pour la sécurité de sa mère. Elle est ainsi rassurée et n'a pas besoin d'être présente tous les jours. Elle surveille l'évolution de la situation, pour le moment stabilisée, et prend sa mère chez elle tous les dimanches.

Madame P. a 82 ans. Elle a six enfants dont deux filles, qui habitent à proximité. L'aînée passe voir sa mère tous les jours. Chaque matin elle lui rend visite, lui apporte le pain et ses courses pour la journée. Elle repasse aussi le soir pour voir si elle a besoin d'aide. Si c'est nécessaire, elle lui fait un peu de ménage ou met une lessive en route. Elle s'occupe aussi des démarches administratives et de l'organisation de la vie de sa mère au quotidien. La fille aînée est donc très impliquée dans la prise en charge de sa mère, mais pour le moment, la situation ne lui pèse pas, elle trouve « naturel » de veiller sur elle.

■ Une plus ou moins grande stabilité de la mobilisation de l'aide familiale

À ce degré d'implication de l'aidant s'ajoute un deuxième élément déterminant : celui de la plus ou moins grande stabilité de l'organisation mise en place autour de la personne âgée (tableau 3). Ainsi, certaines situations où l'aidant est fortement impliqué, se caractérisent par une forte instabilité, due à l'épuisement de l'aidant qui s'investit totalement dans la relation d'aide. C'est le cas de Madame Q. qui s'occupe de son mari très dépendant et ne souhaite pas déléguer les tâches d'aide à la personne, estimant qu'elles lui incombent.

Le nombre d'heures d'aide à domicile (26 h) est ainsi bien inférieur au besoin réel de Monsieur Q., mais aucune modification de l'organisation ne peut être faite sans l'accord de Madame Q. La seule solution pour l'équipe médico-sociale est alors de surveiller l'évolution de la situation et de convaincre progressivement Madame Q. de la possibilité de déléguer certaines tâches de soins difficiles à accomplir seule (le lever, l'habillage et l'aide aux déplacements de son mari par exemple) et par là même d'augmenter le nombre d'heures d'intervention.

L'attribution de l'Apa ne vise donc pas seulement à aider la personne âgée dépendante, mais également à soulager l'aidant, en concentrant par exemple les heures d'intervention sur plusieurs demi-journées, afin de lui donner un temps de répit. Dans ces cas-là, la présence d'un aidant n'entraîne pas la diminution du volume de l'aide dispensée à la personne âgée, mais bien au contraire, son augmentation.

Deux critères déterminent l'instabilité de l'aide de l'entourage : le niveau de dépendance et la configuration de vie de la personne âgée (cohabitant ou non cohabitant).

Les situations les plus stables apparaissent, à cet égard, être celles où d'une part l'aidant familial (autre que le conjoint) n'habite pas avec son parent âgé et où d'autre part, le niveau de dépendance de la personne âgée est le moins élevé. Cependant, lorsque l'arrangement d'aide repose sur une combinaison d'aide professionnelle et familiale équilibrée, une organisation stable peut également être mise en place pour des situations de dépendance élevée. Le soutien apporté par l'aide à domicile est alors beaucoup plus accepté par l'aidant qui la considère comme un relais indispensable. Entourée de professionnels des secteurs sanitaire et social, Madame A. prend par exemple elle-même soin au quotidien de son mari qui est aujourd'hui très dépendant (Gir 1), mais l'infirmier vient tous les matins et tous les soirs, et surtout, l'aide à domicile tous les jours pendant 3 heures :

« J'ai une équipe formidable autour de moi ! Sans eux, tout cela serait impossible (...) parce que je peux vous dire, c'est dur (...) il faut être là tout le temps, il faut être avec lui tout le temps. (...) On est soudés parce que, moi je suis là 24 heures sur 24, alors il y a des choses que les aides à domicile ne peuvent pas voir, donc je leur dis. J'ai vraiment une équipe formidable. » (Épouse de Monsieur A., 81 ans, Gir 1).

L'activité d'aide à domicile et la relation d'aide

■ Une distinction pas toujours opérante entre aide domestique et aide à la personne

En règle générale, ce sont donc le niveau de dépendance et le réseau relationnel de la personne âgée qui déterminent les types d'aide nécessaires et leur combinaison. Le plan d'aide, et plus précisément l'arrangement effectivement organisé autour de la personne âgée, se présente à cet égard comme la combinaison de trois types d'aide : une aide domestique (ménage, repassage, etc.), une aide à la personne (tâches d'hygiène, aide à l'habillement, etc.), une aide technique (fournitures et matériels médicaux notamment). Il est possible de catégoriser ces plans d'aide en distinguant les situations où l'aide est à dominante domestique et celle où domine l'aide à la personne. Parmi les 40 bénéficiaires de l'Apa ayant fait l'objet de l'étude, 13 bénéficient d'une aide à dominante domestique, 8 d'une aide à dominante « soins à la personne » et 19 sont dans une situation mixte, combinant aide domestique et aide à la personne. Les 13 personnes qui bénéficient d'une aide à dominante domestique ont généralement un niveau de dépendance moyen (Gir 4). Elles sont suffisamment autonomes pour s'occuper d'elles-mêmes (s'habiller, se lever, se coucher, etc.) mais elles rencontrent quelques difficultés pour réaliser seules les actes de la vie quotidienne. À l'inverse, les personnes âgées qui bénéficient d'une aide dite « à la personne » sont généralement beaucoup plus dépendantes et ne peuvent réaliser seules leur toilette ; des actes aussi naturels que se lever ou s'habiller sont devenus impossibles à effectuer sans aide extérieure.

T • 03 situation de l'aidant informel

		Situation plutôt	
		stable	instable
Niveau de dépendance	1-3	5	7
	4	8	2
Cohabitant/ non cohabitant ¹	Oui	1	2
	Non	7	1

1. Seuls les cohabitants autres que les conjoints ont été pris en compte. On peut ajouter 6 conjoints dans chacune des deux catégories distinguées.

Cependant, la distinction entre aide domestique/aide à la personne peut s'avérer problématique. En réalité, un certain nombre de situations sont dans la pratique difficile à distinguer. Ainsi, dans les 13 cas pour lesquels l'aide a été considérée comme à dominante domestique, très peu de personnes âgées ne bénéficient réellement que d'une aide domestique. La relation de service est aussi une relation humaine et dans bien des cas, l'aide à domicile est aussi reconnue, par l'assistante sociale comme par la personne âgée, comme une compagnie, (quelle que soit la nature des tâches qu'elle a à réaliser). La visite hebdomadaire, voire quotidienne, de l'aide à domicile représente en effet, dans certains cas, les seuls contacts et les seuls moments d'échange que les personnes âgées ont avec l'extérieur, notamment aux âges avancés.

*« Souvent, elles ont plus besoin de parler qu'on leur fasse le ménage. (...) Ce sont des personnes seules qui ne parlent pas de la journée. C'est long la solitude. (...) Il m'arrive que la personne me dise de ne rien faire, alors je m'assoie et je parle. Elle me le dit elle-même qu'elle a besoin de parler. Des fois, j'en éprouve même une gêne car je me dis que si je suis là, c'est d'abord pour faire le ménage mais (...) on est aussi là pour la présence ! »
(Christine, 45 ans).*

Il n'est donc pas rare que les personnes âgées insistent davantage sur le soutien moral que les aides à domicile leur apportent, plutôt que sur les seules tâches domestiques ou d'aide à la personne effectuées.

8

Madame G. est veuve, elle a 83 ans et vit seule dans une petite maison de campagne. Elle n'a pas d'enfants et pour seule famille une cousine qui habite à une dizaine de kilomètres et une nièce de son mari qui n'habite pas à proximité. Son aide à domicile, qu'elle connaît depuis une dizaine d'années, vient chez elle 5 heures par semaine, deux après-midi par semaine, pour faire le ménage, la vaisselle et s'occuper du linge. Pour Madame G., la présence de l'aide à domicile est bien plus qu'une aide aux tâches ménagères, c'est une compagnie, un moment où elle n'est pas toute seule dans la maison. Elle en profite aussi pour lui demander conseil et aide pour toutes ses démarches administratives. Et puis, même si son activité principale est le ménage, l'aide à domicile peut se rendre disponible si la situation l'exige.

La venue de l'aide à domicile est donc particulièrement attendue, elle constitue l'une des seules visites de la semaine. Pourtant, et en dépit du fait que son aide à domicile a toujours beaucoup à faire (ménage, vaisselle, repassage, etc.), et qu'elle n'a en conséquence pas « trop le temps de parler », sa seule présence n'en est pas moins très appréciée : « Elle n'arrête pas..., elle travaille. Elle est nerveuse au boulot, elle ne fait pas de pause. Mais elle est là, et ça, c'est bien. »

La présence régulière de l'aide à domicile auprès de la personne âgée est aussi une sécurité et une source d'information, dans la mesure où en tant qu'intervenant professionnel, elle est à même de suivre l'évolution de la situation et d'identifier d'éventuels nouveaux besoins.

■ Des conceptions du métier partagées entre tâches domestiques, activité relationnelle et soins

L'activité des aides à domicile comprend à la fois des tâches techniques (faire le ménage, la lessive) et des tâches d'aide à la personne (aide à la toilette, aide au lever...), qui se répètent plus ou moins à l'identique lors de chaque visite, en fonction des besoins de la personne aidée. Au quotidien, l'activité de ses professionnel(le)s est en somme assez variée et par là même, difficile à circonscrire précisément. Elle va du « simple ménage » (donner un coup de balai, nettoyer la salle de bain, faire les lits, repasser...) à l'aide à la toilette (toilette corporelle, shampoing, ongles...), en passant par la préparation des repas, l'accompagnement en promenade (loisirs, courses...) ou encore l'aide pour remplir certains dossiers administratifs. De plus, devant certaines situations inattendues, les intervenant(e)s sont parfois amené(e)s à prendre des initiatives empiétant sur un travail normalement réalisé par les aides-soignantes – voire les infirmières. Par ailleurs, il est fréquent qu'au fur et à mesure une relation de confiance s'instaure et que les aides à domicile diversifient progressivement leur activité, notamment en rendant des « petits services » qui dépassent le cadre de leur activité professionnelle.

Ainsi, une autre caractéristique du métier est ce qu'il serait possible d'appeler l'investissement personnel : en effet, de manière générale, les aides à domicile interrogées affirment réaliser plus de tâches et rendre plus de services, qu'elles ne seraient supposées le faire dans l'exercice strict de leur mission. Sur la demande de certaines personnes âgées, elles sont parfois amenées à réaliser de gros travaux, ce qu'elles pourraient fort bien refuser (laver les murs par exemple) ; à donner leur numéro de portable au bénéficiaire « au cas où » ; se rendre disponible en dehors des heures de travail (faire des courses, promener le chien, passer voir la personne âgée pour s'assurer que tout va bien) ; ou encore aider le conjoint. Bien évidemment, cet investissement dépend à la fois de la relation qui s'est progressivement construite entre la personne âgée et son aide à domicile, et de la conception sociale que cette dernière a de son métier. Les personnes interrogées mettent à cet égard en avant trois types de représentation.

La profession d'aide à domicile comme activité relationnelle

Ce sont des aides à domicile qui insistent plutôt sur leur investissement personnel et sur l'importance du relationnel dans la relation d'aide. Pour ces professionnel(le)s (27 cas), le travail consiste aussi en un partage d'une expérience enrichissante. Ce type d'interaction suppose que l'aide à domicile intervienne régulièrement et depuis suffisamment longtemps pour qu'une confiance mutuelle puisse s'établir avec la personne âgée. Il est fréquent que ces professionnel(le)s n'aient pas une définition précise de leur activité (entre aide ménagé-

re, aide à domicile, auxiliaire de vie), si ce n'est qu'elles opèrent une mise à distance avec le métier d'aide soignante. De manière générale, c'est dans ce cas que l'investissement professionnel est le plus important et l'aide à la personne la plus développée. Il s'agit de rendre service et de faire plaisir :

« Par exemple, le lundi matin pendant une heure, je passe l'aspirateur, je lui fais sa mise en pli. Elle me disait qu'elle était mal coiffée et qu'elle n'y arrivait pas, donc je lui ai dit que je pouvais le faire. Dès que j'arrive je lui mets ses bigoudis, elle se sèche les cheveux et après je la coiffe et pendant que ça sèche, je passe l'aspirateur. (...) Je la fais belle pour la journée. » (Cassandra, 55 ans).

« Quand je peux, je fais les soins complets ! J'ai deux petites mamies que j'aime beaucoup et elles adorent que je leur enlève leurs poils au menton, que je leur mette du vernis et tout ça (...) je le fais de temps en temps quand j'ai du temps pour ça. Elles sont toutes contentes (...) ça fait plaisir. » (Amélie, 57 ans).

Ces relations peuvent parfois se transformer en une relation presque filiale. L'activité d'aide à domicile passe au second plan au profit de la relation entre deux personnes où l'intervention n'est finalement plus perçue comme celle d'un professionnel.

Au départ, Maria est venue chez Madame N. car son mari avait besoin de petits coups de main pour faire le ménage et régler ce qu'il appelle « les affaires de lessive et de repassage ». Au fur et à mesure, le rôle de Maria s'est élargi et son importance au sein de la famille a grandi. Aujourd'hui, elle s'occupe tout autant de l'entretien de la maison, mais aide également beaucoup Monsieur N. à s'occuper de sa femme. Elle l'aide pour la préparation des repas, les courses et, surtout, est une vraie compagne. Habitant à quelques pas de leur domicile, elle est continuellement présente chez eux et apparaît véritablement comme la septième fille de la famille. Personne de confiance qui se sent responsable de leur vie au quotidien, Maria se définit comme une amie du couple avant d'être une aide et ce, même si elle a pleinement conscience de son rôle dans le maintien à domicile du couple.

Solia dit être « femme à tout faire » pour Monsieur J. : « Je fais le plombier, l'infirmière, la coiffeuse, je lui fais tout à Monsieur J., il n'a personne, il n'a que moi, alors, qui peut l'aider quand il est dans le besoin, il n'y a que moi. » Le week-end, alors qu'elle ne travaille pas, elle n'hésite pas à appeler ou à venir voir Monsieur J. afin de savoir s'il va bien, « surtout qu'en ce moment, il ne va pas très bien, je ne suis pas rassurée, il a de plus en plus de difficultés à se déplacer. » Au vu de la situation rencontrée, il apparaît clairement que ce que réalise Solia chez Monsieur J. dépasse largement la simple activité professionnelle. La relation entre Solia et Monsieur J. fait davantage penser à une relation familiale (grand-père et petite-fille) qu'à une relation professionnelle.

L'aide à domicile a déjà invité Monsieur J. à manger le dimanche chez elle. Monsieur J. connaît bien le mari et les enfants de Solia.

La profession d'aide à domicile comme « gagne-pain »

Dans cette deuxième conception moins fréquente (7 cas) de la profession d'aide à domicile, celle-ci se considère davantage comme une « femme de ménage » que comme une professionnelle et/ou une amie. Il s'agit de salarié(e)s qui ne semblent pas avoir d'intérêt particulier à exercer cette profession et qui se cantonnent à réaliser les tâches (ménagères et/ou corporelles), demandées. La profession d'aide à domicile n'est pas, à leurs yeux, spécialement valorisée, et est plus souvent considérée comme un *gagne-pain*. Dans notre enquête, ce profil correspond à des femmes plus jeunes qui ont accepté ce travail comme une période transitoire dans leur parcours, qu'elles ne souhaitent pas forcément prolonger.

« Elle m'appelle par mon prénom mais (...) on n'est pas très proche. Pour elle je suis sa femme de ménage même si je fais autre chose que du ménage. On a des relations cordiales mais elle est souvent derrière mon dos à me dire ce que je dois faire ou ne pas faire. Je l'aime bien mais (...) nous ne sommes pas des amies. (...) Je fais mon boulot et après, je m'en vais, je n'y pense plus. C'est un métier comme un autre, mais je ne ferai pas ça tout le temps. Pour le moment, je suis là en attendant autre chose. Ça me permet de gagner un peu, j'ai une petite fille et faut bien ramener un peu d'argent. » (Leila, 24 ans).

« C'est vraiment une aide à la vie quotidienne. Il y a autant de ménage que d'aller faire les courses ou du repassage. Sans moi, elle ne peut pas faire grand-chose alors je fais ce que j'ai à faire et puis quand je pars, je pars. Moi, ça me permet d'attendre pour le moment. (...) J'ai contacté des écoles pour faire des formations et dès que je pourrai, j'arrêterai car je ne me vois pas faire ça pendant des années. C'est vraiment un gagne-pain pour l'instant. » (Gwendoline, 24 ans).

La profession d'aide à domicile comme relation de soin

Enfin, se distingue un groupe d'aides à domicile, généralement diplômées, qui considèrent comme secondaire les tâches d'entretien, bien qu'elles soient parfois obligées d'en réaliser, et qui mettent en avant leurs compétences de soignantes (6 cas). Contrairement aux deux catégories précédentes, elles se définissent avant tout comme des auxiliaires de vie.

« Notre métier a énormément évolué. On est plus la femme de ménage comme autrefois. Par contre, on a encore tendance à nous qualifier de femme de ménage, et même de bonnes (...) et ça, ça ne marche pas. (...) Il faut savoir dire aux gens (...) : on n'est plus aide ménagère ou bonne... » (Sophie, 28 ans).

« On est amenée à faire plein de choses, c'est sûr mais moi, c'est avant tout de l'aide à la personne. Normalement, je ne suis pas là pour faire du ménage. C'est différent quand même. Le métier a évolué et moi

quand on me dit « tiens voilà la femme de ménage », car il y en a encore qui disent ça, et bien moi je les reprends. Je leur explique qu'on n'est pas des femmes de ménage mais des auxiliaires de vie et que ce n'est pas la même chose. » (Marie-Françoise, 51 ans).

« On est beaucoup plus proche du malade que l'aide ménagère. Moi je n'ai rien contre les aides ménagères (...) mais ça a évolué car nous on fait des toilettes maintenant même si l'aide ménagère peut en faire aussi (...) on n'est plus entre l'aide-soignante et l'infirmière si vous voulez. (...) On est entre les deux parce que notre premier travail c'est d'abord le malade. » (Marie-France, 55 ans).

Ces femmes tentent d'orienter leurs pratiques vers le soin et sont très demandeuses des formations thématiques qu'on leur propose. Elles sont pour elles l'occasion d'en apprendre davantage, pour se forger des connaissances complémentaires, mais également pour faire évoluer leurs pratiques. Ces aides à domicile ont en commun de s'investir très fortement dans leur travail et en particulier dans la prise en charge de la dépendance.

Ces différentes représentations du métier confirment donc la pluralité des pratiques professionnelles que recouvre l'activité d'aide à domicile. L'analyse des trajectoires de vie des aides à domicile rencontrées apporte quelques éléments explicatifs complémentaires.

■ Des trajectoires professionnelles plus ou moins contraintes et valorisées

Le secteur des services d'aide à domicile a connu, depuis la fin des années 70, une forte croissance qui s'est accompagnée de la mise en place de formations qualifiantes (CAFAD, DEAVS notamment) visant à la professionnalisation des salariées. Pourtant, et en dépit des actions tendant à la valorisation de l'activité, le secteur reste dominé par une certaine précarité et un relatif manque d'attractivité. Les motivations des intervenant(e)s sont, à cet égard, largement liées au poids des contraintes auxquelles elles sont confrontées. Pour les plus jeunes, ce sont souvent les difficultés inhérentes à l'embauche et le manque de ressources financières qui les ont conduit(e)s à embrasser ce métier. En témoignent les propos de Nadine, 23 ans, où encore de Leila, 24 ans.

Aide à domicile de 23 ans – « Je ne trouvais pas de travail et je commençais vraiment à avoir besoin d'argent. Comme j'ai vu que j'aurai du mal à me remettre à l'informatique, je me suis tournée vers autre chose. J'en ai parlé à ma sœur qui m'a conseillé d'aller m'inscrire dans une association pour devenir aide ménagère. À l'origine je ne me destinais pas à ça et que c'est ma situation financière qui m'a poussée à ouvrir la porte de l'association (...). »

Aide à domicile de 24 ans – « J'étais avec mon ami et il a été licencié. On avait besoin d'argent donc j'ai cherché quelque chose, mais je n'ai rien trouvé. Tout le monde demandait un minimum d'expérience ou de diplôme et moi, je n'avais que mon bac. Puis j'ai une copine qui était

dans une association et qui m'a parlé de son travail. Elle m'a dit qu'elle ne demandait pas d'expériences particulières ni rien donc (...) je savais que ce n'était pas beaucoup payé mais moi, tout ce que je voulais, c'était avoir au moins un peu d'argent, même un Smic. Donc j'ai été à l'association et puis voilà (...) c'est comme ça que j'ai commencé. »

Dans ces deux exemples, c'est plus l'absence de diplôme et une situation financière instable qui ont conduit ces deux jeunes femmes à devenir aide à domicile, en l'absence d'autres perspectives tangibles.

Pour les plus âgées, la perspective est quelque peu différente, avec toutefois les problèmes liés à un retour parfois difficile sur le marché du travail. Parmi les 30 femmes de 35 à 55 ans interrogées, 27 n'exerçaient pas dans le secteur médico-social avant de devenir aide à domicile. Leur orientation s'apparente à une reconversion professionnelle plus ou moins choisie. Ces situations caractérisent généralement des femmes ayant un faible niveau de qualification qui, du jour au lendemain, se sont retrouvées face à la difficulté de retrouver un emploi, et qui ont souvent commencé par faire « un peu de ménage », avant de trouver un emploi d'aide à domicile.

Brigitte est entrée dans la vie active dès l'âge de 16 ans. Après un CAP de secrétariat, elle commence sa carrière professionnelle comme ouvrière dans les surgelés. Elle occupe ensuite différents postes jusqu'à ce qu'elle déménage en province. À l'âge de 37 ans, c'est le début d'une longue période d'inactivité. Pendant cinq ans, elle alterne RMI, formation et petits ménages jusqu'au jour où elle se décide à poser sa candidature au sein d'une association d'aide à domicile.

Christine, 45 ans, est devenue aide à domicile sur le tard. À l'origine, Christine a toujours voulu être infirmière mais, issue d'un milieu modeste, elle ne peut pas faire d'étude et est contrainte, très tôt, de chercher du travail. À l'âge de 16 ans, elle devient donc ouvrière spécialisée en miroiterie, poste qu'elle va occuper pendant 19 ans. Suite à un licenciement économique, Christine reste ensuite pendant près de 5 ans au chômage. Elle en profite pour passer une formation d'aide-soignante mais elle ne la termine pas. C'est alors qu'elle décide de postuler pour devenir aide à domicile.

Sandrine, la cinquantaine, a été durant 15 ans ouvrière dans une usine de confection. Suite à la fermeture de ces usines, elle se retrouve au chômage : « Il fallait bien aller quelque part. Je ne recherchais pas forcément dans ce domaine. (...) Je cherchais un emploi. J'ai démarré avec quelques heures (environ une dizaine d'heures). Il n'y avait que ça dans le moment ».

Ces parcours montrent à quel point certains événements, comme un licenciement ou encore un divorce, peuvent être

déterminants dans les trajectoires conduisant à ce type de professions. La facilité d'accès à l'emploi d'aide à domicile peut en conséquence être une motivation suffisante pour s'y orienter. Devenir aide à domicile peut aussi être, dans certains cas, l'occasion d'intégrer le marché de l'emploi, après une longue période d'inactivité, une fois que « *les enfants sont partis* ». La

principale motivation est alors de « *sortir de chez soi* » pour renouer avec une activité sociale. Le fait d'entrer dans cette profession à 20 ans ou à 40 ans n'a donc, à l'évidence, ni les mêmes causes ni les mêmes significations, et aboutit à des conceptions différentes du métier et des perspectives qu'il offre. ●

● BELLANGER Martine, LE BIHAN-YOUIYOU Blanche, 2003, « *La mise en œuvre de l'Allocation personnalisée d'autonomie* », Études et Résultats, n° 264, octobre, Drees.

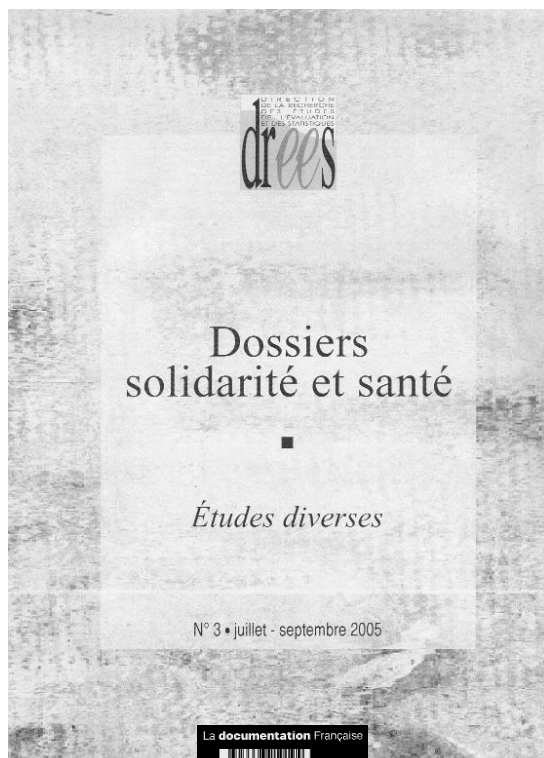
● CAMPÉON Amandine, LE BIHAN Blanche, RIVARD Thierry, 2004, « *Étude auprès des structures d'aide à domicile et des bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie* », Rapport final, novembre, 93 p.

L'étude a été réalisée sous la direction scientifique de Claude MARTIN (directeur de recherche, CNRS) et de Blanche LE BIHAN (Chargée de recherches, ENSP) et a fait l'objet d'une coopération entre le LAPSS (Laboratoire d'Analyse des Politiques Sanitaires et Sociales) et le LERFAS (Laboratoire Étude Recherche Formation en Action Sociale). Outre les auteurs du rapport ont participé à la réalisation de cette étude : Thomas FRINAULT (LAPSS) et Céline DAGOT (LERFAS).

● PERBEN Margot, 2005, « *l'Allocation personnalisée d'autonomie au 31 mars 2005* », Études et Résultats, n° 415, juillet, Drees.

● PETITE Ségolène, Weber Amandine, 2006, « *Les effets de l'Allocation personnalisée d'autonomie sur l'aide dispensée aux personnes âgées* », Études et Résultats, n° 459, janvier, Drees.

● RIVARD Thierry, 2006, « *Les services d'aide à domicile dans le contexte de l'Allocation personnalisée d'autonomie* », Études et Résultats, n° 460, janvier, Drees.



ÉTUDES DIVERSES

Prix : 11,20 euros (4 numéros par an)

Les Dossiers solidarité et santé
sont diffusés par la Documentation
Française
29, quai Voltaire 75344 - Paris cedex 07

12

Renseignements,
commande et abonnement annuel au :
01 40 15 70 00

Commande en ligne :
www.ladocfrancaise.gouv.fr

Derniers numéros parus :

- Études diverses
N° 2, avril-juin 2005
- Études sur les dépenses de santé
N° 1, janvier-mars 2005
- Les revenus sociaux en 2003
N° 4, octobre-décembre 2004
- Études diverses
N° 3, juillet-septembre 2004
- Les indicateurs sociaux dans l'Union européenne :
avancement et perspectives
N° 2, avril-juin 2004

au sommaire de ce numéro

L'ÉVOLUTION DE LA LÉGISLATION RELATIVE AU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE DEPUIS 1980

Patrick HORUSITZKY

LES TRANSFORMATIONS DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE ET LEURS INCIDENCES ÉCONOMIQUES

*Laurent CAUSSAT, Marie HENNION,
Patrick HORUSITZKY et Christian LOISY*

LES ENJEUX D'UNE MESURE DE LA PRODUCTIVITÉ HOSPITALIÈRE DANS LE CADRE DE L'ÉVALUATION DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ

*Hervé LELEU, Benoit DERVAUX,
avec la collaboration de Frédéric BOUSQUET*

UN PANORAMA DES MINIMA SOCIAUX EN EUROPE

*Patrick HORUSITZKY, Katia JULIENNE
et Michèle LELIÈVRE*