



Évaluation de la transformation organisationnelle de services autonomie à domicile en équipes locales et autonomes

Rapport final



Table des matières

Préambule.....	2
Partie I - Situation globale avant et après la transformation des Équipes Locales et Autonomes.....	19
Partie II – Résultats observés.....	23
II.1 – Hypothèse 1 : Amélioration de la qualité d’accompagnement.....	23
II.1.1 – La personnalisation de l’accompagnement.....	27
II.1.2 - La qualité et la sécurité de l’accompagnement.....	30
II.1.3 - Le soutien à domicile de la personne accompagnée.....	32
II. 1.4 - Coordination interne/externe et communication.....	33
II.1.5 - La prévention contre le risque de perte d’autonomie et le lien social.....	36
II.1.6 – Effets non observés et limites identifiées.....	38
Conclusion de l’Hypothèse 1.....	43
II.2 - Hypothèse 2 : Amélioration de la qualité de vie au travail et le développement des compétences ...	46
II.2.1 - Le développement des compétences et savoir-être.....	49
II.2.2 - La coordination et prise de décision.....	54
II.2.3 - Le soutien et la reconnaissance.....	56
II.2.4 - La prévention des risques professionnels.....	59
II.2.5 - L’organisation interne du service.....	62
II.2.6 – Effets non observés et limites identifiés.....	63
Conclusion de l’Hypothèse 2.....	70
II.3 - Hypothèse 3 : Amélioration de l’efficacité du service.....	74
II.3.1 - Évolution des coûts liés à l’accompagnement.....	76
II.3.2 - Évolution des coûts liés à l’organisation administrative du service.....	77
II.3.3 - Évolution des coûts liés au développement de l’autonomie des équipes.....	78
II.3.4 - Évolution des coûts liés au développement des compétences.....	79
II.3.5 – Effets non observés et limites.....	87
Conclusion de l’Hypothèse 3.....	97
III - Conclusion.....	100
IV – Propositions.....	107
V - Annexe méthodologique.....	170
VI - GLOSSAIRE.....	192
VII - REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	194



I – Introduction

Contexte de l'évaluation

Objectifs de l'évaluation

Présentation des terrains d'expérimentation

Préambule

Dans le but de venir en appui aux démarches innovantes touchant à l'organisation des services d'aide à domicile, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) a lancé, en 2020, une étude évaluative auprès de services autonomie à domicile (SAD) qui expérimentent un fonctionnement en équipes locales et autonomes. **Cette conversion peut concerner une partie ou l'intégralité de leur organisation.**

L'évolution vers un nouveau modèle d'organisation des services à domicile en équipes locales et autonomes est régulièrement présentée comme une alternative efficiente par rapport à l'existant. Cette organisation permettrait une amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels, une meilleure qualité de service, voire une réduction du coût de la prestation, cette dernière résultante étant la plus débattue. Au-delà des arguments avancés, **il importe d'évaluer ce nouveau modèle pour identifier objectivement ses avancées et ses limites.**

La CNSA, en partenariat avec AG2R LA MONDIALE dans le cadre de son action sociale AG2R Agirc-Arrco, a mené une évaluation de ce modèle d'organisation dans quatre départements pendant un peu plus de trois ans (entre 2020 et 2024). Cette évaluation a fait l'objet de plusieurs rapports intermédiaires avant le présent document.

Cette démarche s'inscrit dans un **contexte plus large d'innovation dans le secteur médico-social**, où la CNSA s'engage activement à améliorer la qualité de vie des personnes en situation de handicap et des personnes âgées **à travers des transformations managériales et/ou organisationnelles**. Parmi les projets notables soutenus par la Caisse, on trouve le développement d'équipes autonomes en établissement, porté par l'Hospitalité Saint Thomas de Villeneuve, qui cherche à transposer ce modèle organisationnel dans les établissements de soins.

De plus, la CNSA a cofinancé les travaux de Marie-Aline Bloch sur la transformation de l'offre de services pour le handicap et le grand âge, la thèse de Lucie Chevalier en 2023 qui analyse la normalisation des pratiques managériales pour répondre à la demande croissante de services à domicile, ainsi que le projet de Bertrand Hagenmüller sur l'accompagnement des personnes âgées à travers un film documentaire.

De même, la CNSA a établi une collaboration avec la Chaire de Transformation de l'Organisation du Travail de Sciences Po afin d'intégrer des réflexions sur la transformation des pratiques de travail dans ce secteur. Cette collaboration, qui est source de nombreuses rencontres et travaux, permet de mieux comprendre les défis actuels et d'élaborer des solutions adaptées aux besoins des professionnels et des bénéficiaires, favorisant ainsi une évolution positive des services d'aide et de soins.

Cette évaluation **s'inscrit donc dans cette démarche de soutien à l'innovation et à la transformation des pratiques dans le domaine médico-social**, en mettant en lumière les résultats de l'expérimentation des équipes locales et autonomes et leurs implications pour l'avenir des services d'aide à domicile.

Ce présent document constitue le rapport final reprenant les éléments clés de l'expérimentation ainsi que les ouvertures et propositions que le cabinet Stratélys a identifiées.

I.1 – Contexte de l'évaluation

La majorité de la population française souhaite vieillir chez elle (**IFOP et Sociovision, 2021**) dans un environnement familial tout en préservant une bonne qualité de vie. Si besoin, une aide professionnelle à domicile peut donc s'avérer nécessaire pour poursuivre certaines activités du quotidien et favoriser l'autonomie ou encore les liens sociaux. Sous l'effet du vieillissement de la population, lié au « baby-boom » (**INSEE, novembre 2021**), les besoins en accompagnement à domicile vont considérablement augmenter dans les prochaines années. Paradoxalement, le secteur de l'aide à domicile rencontre une pénurie de professionnels liée, notamment, à des défauts d'attractivité des métiers et de qualité de l'emploi. Les écoles constatent même une diminution des candidats aux métiers de l'accompagnement à domicile.

Des difficultés d'attractivité et d'organisation dans l'aide à domicile

Ces observations s'expliquent en partie par la **pénibilité** du métier de l'aide à domicile liée à des **conditions de travail difficiles** telles que des amplitudes horaires de travail importantes (tôt le matin et/ou tard le soir) comportant des coupures, un planning d'intervention incluant les week-ends et les fériés, des déplacements, des transferts de personnes réalisés parfois sans aide technique, l'adaptation permanente à un nouvel environnement d'intervention, etc. À ces conditions intrinsèques du métier d'aide à domicile **s'ajoute** la multiplication **des temps partiels** auprès de différents employeurs et un état de disponibilité permanent pour pouvoir répondre présent en cas de besoin notamment, en raison d'un important **absentéisme** (maladies, accidents du travail, maladies professionnelles, ou simples congés) et **turnover** du personnel dans l'aide à domicile. Ainsi, les intervenants à domicile rencontrent des difficultés à **équilibrer leur temps de travail et leur temps personnel**. Ce temps de travail peut le plus souvent être considéré comme « **fractionné** » avec un planning journalier pouvant comprendre, au-delà des coupures, des temps d'interruptions de quelques minutes à quelques heures. Les trajets entre chaque domicile d'intervention peuvent constituer parfois à eux même ces interruptions lorsqu'ils ne sont pas rémunérés. D'autant plus, que l'aide à domicile est un secteur où **les rémunérations sont particulièrement basses**. D'ailleurs, 76 % des intervenants à domicile estiment que leur salaire n'est pas satisfaisant au vu de leurs efforts.



Ces métiers sont donc largement confrontés aux TMS (troubles musculo-squelettiques), pouvant parfois conduire à des licenciements pour inaptitude ou incapacité, mais aussi aux RPS ou **risques psychosociaux** (Devetter F-X., Dussuet A., Puissant E., 2019). Ces conditions de travail du secteur de l'aide à domicile entraînent un **défait d'attractivité** du métier, mais également **une problématique importante d'organisation du travail**.

Néanmoins, l'aide à domicile est un métier porteur de sens, à valoriser et reconnaître davantage.



La plupart des **aides à domicile se disent fiers de leur métier** et d'accompagner les personnes en perte d'autonomie à pouvoir rester vivre chez elles. Malgré les difficultés d'emploi mentionnées précédemment, de nombreux professionnels exercent leurs missions avec **engagement** et **motivation**. La satisfaction personnelle ressentie en venant en aide à des personnes vulnérables apporte un **sentiment de reconnaissance** aux aides à domicile. Cependant, trop souvent assimilé à la fonction d'homme ou de femme de ménage, le métier d'aide à domicile souffre d'un **manque de reconnaissance sociale** (Devetter F-X., Dussuet A., Puissant E., 2019).

Pourtant, les intervenants à domicile constituent **un maillon essentiel dans le parcours de santé des personnes en perte d'autonomie** en assurant des missions de prévention, d'observation et d'alerte pour favoriser le bien vieillir à domicile.

L'émergence de démarches inspirées des modèles de l'auto-organisation pour favoriser la qualité de vie au travail



Différents rapports commandités par les pouvoirs publics (Benhamou, S., & Lorenz, E. (2020) ; ANACT. (2020) ; El Khomri, M. (2019)) mettent en avant **les modèles d'organisations innovantes comme un des leviers d'attractivité** du secteur et **d'amélioration de la qualité de vie au travail**.

À ce jour, il peut s'agir par exemple du *lean management* (inspiré du système de production de Toyota, qui est une méthode de gestion et d'organisation du travail qui vise à améliorer les performances d'une entreprise) ou plus fréquemment l'approche Montessori (il s'agit ici de changer son regard et sa posture pour considérer non pas la pathologie et les déficits qu'elle entraîne, mais la personne elle-même et ses capacités préservées.)

Pour soutenir et développer ce type de démarches, deux besoins sont identifiés dans le plan national de mobilisation en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge. Le premier est **d'organiser une évaluation scientifique externe** de l'impact de ces modèles avec un recul suffisant sur leur mise en œuvre, le second est **de lever les freins financiers** liés à certaines de ces démarches qui entraînent des coûts significatifs quand l'ensemble des équipes doit être formé, notamment au lancement de leur transformation.

I.2 – Objectifs de l'évaluation



La CNSA est régulièrement sollicitée pour venir en appui des démarches innovantes touchant à l'organisation des services d'aide à domicile, et notamment l'expérimentation inspirée du modèle des équipes autonomes. À ce titre, elle a accompagné, dans le cadre d'une contractualisation avec trois départements, l'Aisne, l'Eure et le Nord, des SAD dans une démarche de transformation des organisations. La CNSA a également accompagné, au titre de la politique de soutien à la recherche et à l'innovation, l'association UNA Pays Alençon Perche (département de l'Orne) dans cette démarche de transformation.

Différentes expérimentations ont pu bénéficier, ou bénéficient, également d'un soutien de l'AG2R LA MONDIALE, qui a souhaité dans ce cadre contribuer à la démarche d'évaluation des équipes autonomes.

La CNSA et AG2R LA MONDIALE ont ainsi souhaité mettre en place une évaluation de l'organisation de quatre SAD en équipes locales et autonomes.

L'objectif principal de cette démarche est **de permettre aux pouvoirs publics d'évaluer la pertinence d'un soutien à la transformation des services à domicile selon ce nouveau modèle**. Cet objectif inclut celui d'estimer le coût de ces transformations pour les structures, et le cas échéant de définir sa politique de soutien pour contribuer éventuellement à son déploiement.

Penser et objectiver la transformation et ses effets

L'évaluation de la transformation des services à domicile selon ce nouveau modèle d'équipes locales et autonomes vise à :

- Comprendre la manière dont s'opère la transformation ;
- Décrire les modèles qui en découlent ;
- Mesurer les effets de cette transformation sur trois dimensions :
 - Les usagers via **la qualité du service** rendu ;
 - La **qualité de vie au travail** des intervenants à domicile ;
 - Le **coût de cette transformation**.

Le présent rapport restitue les résultats majeurs de l'expérimentation et présente plusieurs propositions susceptibles de répondre à certains enjeux liés à l'évolution du modèle des équipes locales et autonomes, sur les SAD et plus globalement le secteur du domicile.

I.3 – Présentation des terrains d'expérimentation

L'évaluation est conduite auprès de services localisés dans quatre départements différents, à savoir :

- L'Aisne (02)
- L'Eure (27)
- Le Nord (59)
- L'Orne (61)

Les quatre services, terrains d'expérimentation, présentent une diversité de contextes, mais sans prétention de représentativité. Chacun relève du statut d'association loi 1901 et intervient principalement en tant que prestataire auprès de publics en perte d'autonomie (personnes âgées et personnes en situation de handicap).

Par ailleurs, tous les services devaient disposer en prérequis d'un système de télégestion mobile pour entrer dans l'expérimentation et la démarche d'évaluation.

Données à T0 (2021)	ADMR 59	UNA 61	Avenir Rural	Grand Lieu
 Activité	563 415 heures dont 517 722 APA 45 693 PCH	335 000 heures dont 85 % APA et PCH	89 732 heures, dont 71 134 heures APA 6 620 heures PCH	71 764 heures 60 557 heures APA 10 336 heures PCH
 Ressources humaines	483,04 ETP Taux de qualification : 30,52 % Taux d'absentéisme : 20,78 % Taux de turn-over : 9,21 %	290 ETP Taux de qualification : NC % Taux d'absentéisme : 20,81 % Taux de turn-over : 15,16 %	70,90 ETP intervenants Taux de qualification : 24 % Taux d'absentéisme : 14 % Taux de turn-over : 14 %	58,15 ETP Taux de qualification : 45 % Taux d'absentéisme : 17 % Taux de turn-over : 16 %
 Territoire	Urbain, Périurbain et Rural Couverture de l'ensemble du territoire départemental	Rural et urbain Couverture de l'ensemble du territoire départemental	Rural uniquement	Urbain et Rural Territoire de la communauté de communes Pont-Audemer
 Financier	Tarif : APA – 22 euros/ PCH – 24 euros Chiffre d'affaires : NC ¹	Tarif : 22,3 euros Chiffre d'affaires : NC	Tarif : 21,5 euros Chiffre d'affaires : NC	Tarif : 22 euros Chiffre d'affaires : 1,850 million d'euros

¹ Non communiqué.

Chacun des SAD s'est engagé pleinement dans cette expérimentation. Les propos des dirigeants ont pu être recueillis sur cette volonté d'engagement dans la transformation en équipe locale et autonome :

ADMR du Nord (59)



Paroles du dirigeant sur le choix de la transformation : « L'importance de l'absentéisme constitue la principale raison de cette transformation... L'objectif des équipes autonomes est de responsabiliser les intervenants... mais surtout de les valoriser en les impliquant. Elles vont pouvoir retravailler sur ce qu'elles sont en capacité d'apporter en termes de gestion des horaires d'intervention, des prestations... et discuter entre elles pour qu'elles soient impliquées dans le plan d'aide. Elles ont besoin de cette reconnaissance. »

UNA Alençon-Perche (61)



Paroles du dirigeant sur le choix de la transformation : « On a atteint les limites du modèle organisationnel traditionnel, néanmoins il existe des freins qui empêchent d'avancer pleinement dans les changements managériaux (législation, convention, droit du travail...). L'association a donc choisi de répondre à un AAP de la CNSA pour pouvoir expérimenter des nouvelles pratiques organisationnelles s'appuyant sur l'intelligence collective et un « management libéré ».

Avenir Rural



Paroles du dirigeant sur le choix de la transformation : « Cette transformation en équipe autonome permettra une prise en charge holistique des bénéficiaires en impliquant davantage les aides à domicile : par exemple dans l'évaluation conjointe des besoins de la personne accompagnée aux côtés du responsable de secteur ou encore par la limitation du nombre d'intervenants par usager pour mieux répondre à leurs besoins ».

Grand Lieu



Paroles du dirigeant sur le choix de la transformation : « Ce projet de transformation s'inscrit dans la dynamique d'amélioration de la qualité de vie et de la reconnaissance du travail réalisé par les équipes... tout en renforçant leurs compétences pour qu'elles ne soient pas juste des exécutantes. Cette expérimentation peut apporter quelque chose aux équipes comme aux bénéficiaires. Il faut changer le modèle actuel qui est à bout de souffle ».

Dans ce document, les SAD peuvent être identifiés par un numéro pour alléger la lecture :

SAD 1 : ADMR 59
SAD 2 : UNA Alençon Perche
SAD 3 : Avenir Rural
SAD 4 : Grand Lieu



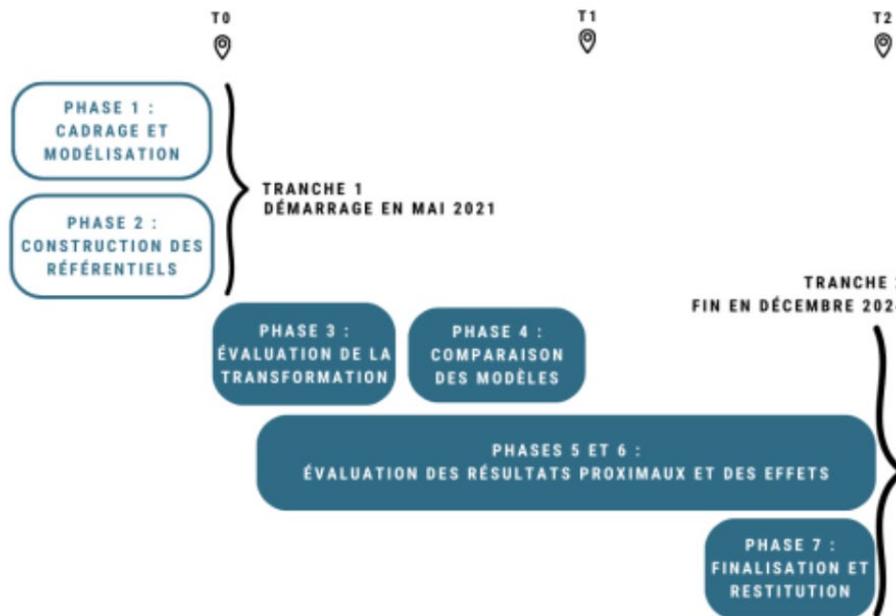
Plusieurs acteurs ont été impliqués dans l'évaluation. Parmi eux, sont identifiés de manière non exhaustive :

- Les **personnes accompagnées** (personnes âgées ou en situation de handicap relevant principalement de l'APA et de la PCH) ;
- Les **aidants** (familles, proches, voisins, bénévoles) ;
- Les **intervenants à domicile** des équipes autonomes ou non ;
- Les **autres professionnels du service** (direction, responsables de secteur, fonctions support, membres des CSE, etc.) ;
- Les **autres professionnels et structures de santé** (IDEL, médecin, SSIAD, etc.) ;
- Les **pouvoirs publics** (CNSA, Département) **et autres financeurs** (caisses de retraites, mutuelles, etc.) ;
- Les **enseignants-chercheurs** ;
- Les **négoceurs de la branche de l'aide à domicile** (fédérations patronales et organisations syndicales).

I.4 – Démarche méthodologique de l'étude

L'évaluation repose sur des méthodes qualitatives (privilégiées pour appréhender des aspects comme les relations, la coordination, le ressenti des personnes) et quantitatives (pour observer les évolutions significatives). L'objectivation des changements opérés a également été réalisée au moyen d'une démarche d'observation comparative (dans le temps) de chaque équipe avant et après transformation, mais aussi, de l'équipe transformée avec l'équipe dite « témoin » (non transformée). Ce travail justifie la durée de cette évaluation sur plus de trois ans comprenant plusieurs phases :

- Le cadrage et la construction du référentiel sur lequel va s'appuyer l'évaluation ;
- La phase T0 de 2020 à 2021 pour l'évaluation de la situation des SAD (Services Autonomie à Domicile) et des équipes considérées « non transformées » ;
- La phase de relative à l'évaluation du processus de transformation en 2022 : l'objectif étant de comprendre les stratégies de transformation et de conduite du changement au sein des SAD
- La phase relative à l'analyse des structures transformées établies pour comparer les modèles entre eux.
- La phase T1 de 2021 à 2022 pour l'étude des situations de chaque SAD et de leur(s) équipe(s) transformée(s) en comparaison avec les équipes témoins (ou non transformées) et une fois le processus de transformation, en théorie, finalisé ;
- La phase T2 de 2023 à 2024 pour l'étude des situations de chaque SAD et de leur(s) équipe(s) transformée(s) en comparaison avec les équipes témoins (ou non transformées), soit 3 ans après le lancement de la transformation ;
- Finalisation de l'étude : production de livrables finaux comprenant l'analyse de la démarche dans son intégralité, sur lesquels les décideurs pourront s'appuyer pour définir leur soutien ou non à ce type de transformation et donc ce modèle d'organisation.

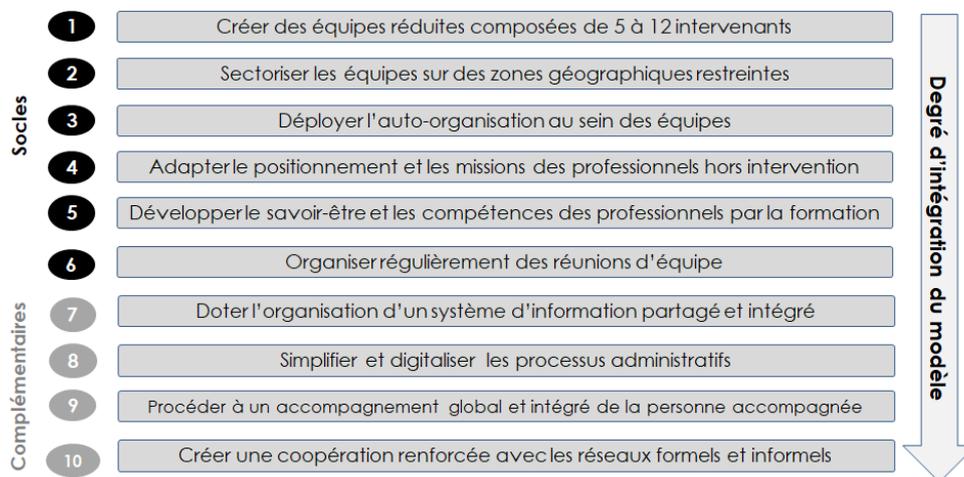


Avant de présenter les tenants et aboutissants de la méthode d'évaluation, une présentation et une **définition des termes utilisés** semblent nécessaires pour faciliter la compréhension du rapport à son lecteur.



L'évaluation des résultats et des effets des équipes locales et autonomes se base sur un **modèle**, décrit ci-dessous sous forme de représentation schématique simplifiée, qui intègre les principes et grandes lignes théoriques d'une organisation ou d'un projet de transformation.

Schéma des 10 réalisations du modèle des équipes locales et autonomes



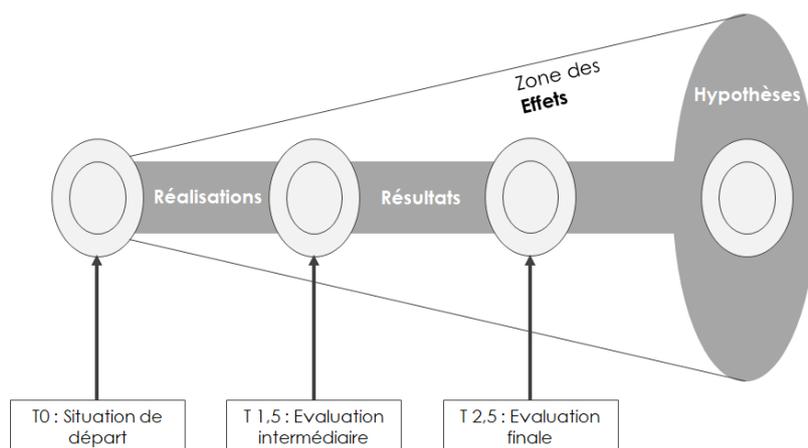
Les résultats et les effets observables du modèle de transformation décrit ci-dessus ont été mesurés en partant notamment des trois hypothèses principales :

1. La transformation des SAD en équipes locales autonomes permet d'**améliorer la qualité de la prise en charge et de la vie des personnes accompagnées et des aidants** ;
2. La transformation des SAD en équipes locales autonomes permet d'**améliorer la qualité de vie au travail et le développement des compétences** des professionnels du service (attractivité des métiers) ;
3. La transformation des SAD en équipes locales autonomes permet d'**améliorer l'efficacité économique** du service.

Les **hypothèses** sont étudiées sur plusieurs niveaux : les réalisations, les résultats et les effets :

- Les **réalisations** correspondent à ce qui est produit directement par la nouvelle organisation mise en place.
- Les **résultats** sont les résultats immédiats des objectifs/actions mises en place sur les utilisateurs directs (*ex. : réduction des temps de trajet et kilomètres d'inter-vacations*),
- Les **effets** sont les effets à moyen et long terme de ces résultats, sur les utilisateurs directs ou indirects (*ex. : baisse des coûts de transport et de la fatigue liée aux temps de déplacement*).

Schéma des différents niveaux de l'évaluation des résultats et effets (LE ROY, 2019)



Le modèle rationnel et les référentiels d'évaluation ont été élaborés sur la base d'une revue de littérature scientifique sur les transformations en équipes autonomes ainsi qu'à la suite des rencontres d'une dizaine de services d'aide à domicile déjà transformés. Ce travail de formalisation des référentiels a associé les différentes parties prenantes de l'évaluation, en premier lieu desquelles les quatre SAD et départements constituant le terrain d'étude. Dans ce document, les SAD peuvent être identifiés par un numéro pour alléger la lecture :

SAD 1 : ADMR 59
SAD 2 : UNA Alençon Perche
SAD 3 : Avenir Rural
SAD 4 : Grand Lieu

C'est sur la base des 3 hypothèses que seront présentés les résultats de cette étude en reprenant les 10 réalisations. Des sujets d'ouverture et des propositions feront suite à la présentation des résultats. Ce rapport a pour objectif de transmettre l'analyse l'expérimentation au regard des trois hypothèses suivantes :

- La qualité de service rendu, et plus globalement, la qualité de vie des usagers ;

- La qualité de vie au travail des personnels ;
- La réduction des coûts liés au fonctionnement.

Il permettra aux décideurs, avec un focus sur les thématiques des coûts et les effets de la transformation pour les bénéficiaires, d'appuyer leurs décisions en disposant des éléments leur permettant d'identifier des tendances convergentes ou divergentes avec les autres études.

I.5 – Clés de lecture et définitions

Clé de lecture :

Ce document se présente autant sous **une forme scientifique** (méthodologies, référentiels, indicateurs, détails des analyses, etc.) que sous une **approche plus pédagogique** (verbatim, illustrations, points de synthèse, etc.).

Pour **donner la parole aux participants des terrains d'expérimentation**, plusieurs pictogrammes illustreront **leurs points de vue** dans la première partie du rapport, à savoir :

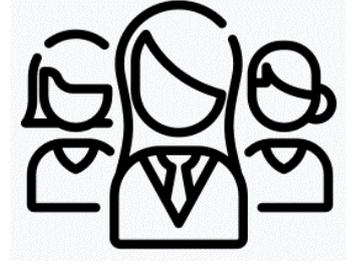
Intervenants à domicile



Responsables ou assistants de secteur



Dirigeants ou gouvernance



Définitions :

L'un des grands principes du modèle des **équipes locales et autonomes** est de former de petites équipes d'intervenants à domicile autonomes, responsabilisées et auto-organisées qui assument de nouveaux rôles tels que, la planification des interventions, la gestion des plannings de l'équipe, l'animation de réunion, les évaluations initiales ou réévaluation des situations des bénéficiaires, etc. Un rappel théorique sur les notions clés de la philosophie des équipes autonomes est présenté ci-après pour permettre aux différents acteurs de trouver, promouvoir et comprendre le « sens » et la « philosophie » de la démarche de transformation en équipe locale et autonome.

La notion d'équipe

Jon Katzenbach et Douglas Smith définissent une équipe comme étant : « *un petit groupe de personnes ayant des compétences complémentaires qui se sont engagées à un objectif, des buts de performance et une approche en commun et dont ils sont mutuellement responsables* » (KATZENBACH J.R., SMITH D. K. (1993)). Cette définition fournit plusieurs indices essentiels quant à la manière de « faire équipe » :

- Petit groupe de personnes : limiter le nombre de membres dans une équipe pour maintenir une communication efficace et favoriser la confiance et la cohésion. Un groupe restreint permet des interactions directes et des échanges fluides, ce qui contribue à une plus grande cohésion.
- Compétences complémentaires : disposer de profils différents au sein de l'équipe favorise l'émulation de l'intelligence collective. Cela nécessite cependant de se découvrir, d'apprendre à se connaître et à travailler ensemble.
- Engagement vers un objectif, des buts de performance et une approche en commun : Pour qu'une équipe soit efficace, il est crucial de définir clairement un but et des objectifs de performance, donnant du sens à l'action collective.
- Responsabilité mutuelle : Chaque membre de l'équipe est responsable de sa propre contribution et des résultats collectifs. La réussite ou l'échec est attribué à l'ensemble du groupe.

La notion d'autonomie

Du grec autos (soi-même) et nomos (loi, règle), le terme autonomie correspond à la capacité de se gouverner soi-même. Laëtitia Flamard et Xavier Marchand explorent 3 domaines principaux de l'autonomie (FLAMARD L., MARCHAND X. (2020)) :

- Dimension individuelle : L'autonomie est la capacité à « se donner ses propres règles ». Dans le contexte du travail, elle signifie qu'un professionnel peut accomplir des tâches seul et organiser son propre travail. Cependant, cette dimension est souvent subjective, basée sur le ressenti des personnes.
- Cadre collectif : Une vision collective de l'autonomie, axée sur l'interdépendance des acteurs au sein de l'organisation. La performance repose sur les initiatives individuelles et collectives pour faire face à l'imprévu.
- Processus dynamique : L'autonomie se construit au fil du temps et varie selon les niveaux de tâche, l'environnement organisationnel et la gouvernance. Elle est un objectif à atteindre, plutôt qu'un état fixe, et s'accompagne souvent d'un renforcement des contrôles.

Un modèle à adapter

Il n'existe pas de modèle unique d'équipe autonome. Chaque organisation et structure doit co-construire un modèle qui lui est propre, adapté à ses contraintes organisationnelles, structurelles ou managériales. Cette adaptation est cruciale pour assurer que le modèle d'équipe autonome soit pertinent et efficace dans le contexte spécifique de l'organisation. Le modèle doit « demeurer plastique (...) avec une autonomisation à géométrie variable » (FERRATON C., MICHUN F., (2023)).

Voici comment les SAD ont adapté le modèle à leurs contraintes et au contexte français dans lequel ils s'inscrivent :

Éléments d'adaptation du modèle par SAD et notation relative au niveau d'atteinte de la réalisation du modèle initial	
Réalisation 01	Créer des équipes réduites composées de 5 à 12 intervenants
SAD 1	Mise en place d'équipes réduites pour améliorer la coordination et l'échange d'informations. Les outils numériques comme MIIA ont été partiellement déployés pour soutenir cette initiative, bien qu'une adoption complète soit limitée par des compétences numériques variées parmi les intervenants. Note : 3/5
SAD 2	Adoption d'équipes réduites pour renforcer les liens et la communication interne, avec l'utilisation d'outils de messagerie d'équipe comme Workchat. La constitution de l'équipe se base sur un nombre d'heures cibles d'intervention (APA/PCH/autres) et d'heures contrat (des intervenants) ainsi qu'un niveau de polyvalence permettant d'assurer tous types d'interventions (du confort au public fragile). Note : 4/5
SAD 3	Équipes réduites avec spécialisation des intervenants sur des zones restreintes pour limiter les déplacements et renforcer la connaissance des bénéficiaires. Certains ajustements sont nécessaires pour répondre aux besoins de zones rurales étendues. Note : 3/5
SAD 4	Mise en place d'équipes réduites pour renforcer la communication et la cohésion. Les outils numériques comme WhatsApp et Perseval facilitent le partage d'information, bien que leur utilisation nécessite un développement supplémentaire pour optimiser l'organisation. Note : 4/5
Réalisation 02	Sectoriser les équipes sur des zones géographiques restreintes
SAD 1	Sectorisation progressive des zones pour réduire les déplacements. Cependant, la répartition géographique n'est pas toujours optimale en raison de la densité variable des bénéficiaires. De plus cette sectorisation régresse en cas d'absentéisme et donc de remplacements récurrents dans les autres secteurs. Note : 3/5
SAD 2	Sectorisation établie en fonction des lieux d'habitation des usagers et des intervenants permettant de réduire les temps de trajets. Une limitation majeure reste l'insuffisance de ressources humaines pour couvrir certaines zones éloignées. Note : 3/5
SAD 3	Efforts pour limiter les distances parcourues, avec sectorisation stricte. La coordination entre les équipes et les contraintes logistiques liées à la ruralité demeurent des défis. Difficulté à redécouper les équipes. Note : 3/5
SAD 4	Sectorisation mise en place pour limiter les déplacements. Cependant, l'étendue des zones rurales rend parfois difficile l'organisation optimale, nécessitant des ajustements pour une meilleure couverture des besoins locaux. Note : 3/5
Réalisation 03	Déployer l'auto-organisation au sein des équipes
SAD 1	Développement d'autonomie dans l'organisation des tâches quotidiennes des intervenants de l'équipe. Cependant, la culture managériale traditionnelle peut freiner l'adhésion complète à l'auto-organisation de certains membres. Note : 3/5

Éléments d'adaptation du modèle par SAD et notation relative au niveau d'atteinte de la réalisation du modèle initial	
SAD 2	Autonomie des intervenants de l'équipe autonome sur plusieurs aspects de l'organisation : suivi des heures d'intervention, planning, remplacement, gestion des congés, sectorisation, réévaluation, etc. La manière dont les professionnels se saisissent de la possibilité de construire une autonomie varie d'un intervenant à l'autre. Note : 4/5
SAD 3	Révision des responsabilités pour encourager l'auto-organisation. Des formations complémentaires sont prévues pour soutenir ce changement. Note : 3/5
SAD 4	Déploiement progressif de l'auto-organisation grâce aux réunions d'équipe et à l'utilisation d'outils de communication. Les intervenants expriment une satisfaction croissante, mais soulignent le besoin d'un soutien managérial pour consolider cette autonomie. Note : 3/5
Réalisation 04	Adapter le positionnement et les missions des professionnels hors intervention
SAD 1	Redéfinition des missions pour inclure un suivi administratif plus intégré. Cette adaptation est partiellement mise en œuvre en raison de la charge de travail importante des intervenants. Note : 2/5
SAD 2	Toujours un encadrement et des fonctions hors intervention pour soutenir les aides à domicile. Il n'y a pas d'évolution formelle dans les missions de responsables et assistantes de secteur comme pour les fonctions support. Néanmoins, le responsable de secteur, de par son rôle de facilitateur, permet la montée en compétence globale des membres de l'équipe. Note : 3/5
SAD 3	Ajustement des tâches pour inclure la gestion de projets spécifiques. La répartition des responsabilités reste en phase d'évaluation. Note : 2/5
SAD 4	Les missions des professionnels (en particulier les responsables de secteur) ont été adaptées pour inclure davantage d'échanges avec les intervenants à domicile et les partenaires locaux. Cependant, des limites liées au manque de formation en management du responsable de secteur et du temps disponible pour constituer un collectif avec les intervenants freinent cette transition. Note : 2/5
Réalisation 05	Développer le savoir-être et les compétences des professionnels par la formation
SAD 1	Formation ciblée sur la communication et les outils numériques. L'offre de formation reste toutefois limitée par des contraintes budgétaires et de disponibilité des intervenants. Note : 3/5
SAD 2	Mise en place de modules de formation spécifiques pour développer les compétences interpersonnelles (ex. : méthode d'animation de réunion) et techniques (ex. : gestion du temps de travail, usage des SI et de la messagerie commune et de la bibliothèque documentaire) de l'équipe. Note : 4/5
SAD 3	Formations intensives pour renforcer l'expertise technique et relationnelle. Des efforts sont nécessaires pour évaluer l'impact de ces formations sur le terrain. Note : 3/5

Éléments d'adaptation du modèle par SAD et notation relative au niveau d'atteinte de la réalisation du modèle initial	
SAD 4	Formation axée sur les outils numériques et les bonnes pratiques d'accompagnement. Bien que les professionnels apprécient ces sessions, le manque de temps pour s'y consacrer pleinement limite leur efficacité globale. Note : 3/5
Réalisation 06	Organiser régulièrement des réunions d'équipe
SAD 1	Réunions hebdomadaires pour planifier les prises en charge et améliorer la cohésion et partager les expériences. La participation reste inégale selon les équipes en raison de contraintes horaires. Note : 3/5
SAD 2	Au début de la transformation, les réunions avaient lieu toutes les semaines. La fréquence de réunion a été diminuée à la demande de l'équipe. Réunions toutes les deux semaines pour évaluer les pratiques et résoudre les événements de l'équipe (nouvelles personnes accompagnées, modulation, réajustement d'interventions, organisation des congés et remplacement). Note : 4/5
SAD 3	Réunions hebdomadaires pour un suivi constant des activités. Cependant, la planification des réunions en zones rurales peut poser des défis logistiques. Note : 4/5
SAD 4	Réunions instaurées tous les quinze jours, permettant des échanges réguliers et un meilleur suivi des personnes accompagnées. Cependant, leur tenue reste conditionnée par les contraintes d'agenda des intervenants à domicile et des zones géographiques étendues liées au territoire rural. Note : 3/5
Réalisation 07	Doter l'organisation d'un système d'information partagé et intégré
SAD 1	Implémentation de l'application MIIA pour le partage d'informations. Cependant, des problèmes techniques et un manque de formation limitent l'efficacité du système. Note : 3/5
SAD 2	Utilisation de Workchat et d'autres outils numériques pour une coordination efficace. Les contraintes d'accès au planning pour modification freinent l'utilisation complète du logiciel de façon partagé et intégré par l'équipe. Note : 3/5
SAD 3	Développement de solutions mobiles et digitales pour une meilleure connectivité. Une couverture réseau limitée dans les zones rurales pose des défis. Absence d'accès pour les professionnels lors des réunions. Note : 2/5
SAD 4	Introduction d'outils numériques comme Perseval pour le partage d'informations, mais leur mise en œuvre complète est entravée par des défis techniques et des besoins de formation accrue pour les intervenants. Note : 3/5
Réalisation 08	Simplifier et digitaliser les parcours administratifs
SAD 1	Digitalisation des processus pour réduire les tâches répétitives. Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour harmoniser les systèmes existants. Note : 3/5
SAD 2	Simplification des procédures avec un appui sur la numérisation (ex. : bulletins de paie). Les échanges d'information sont davantage dématérialisés. Les fonctions support ne passent plus systématiquement par l'échelon intermédiaire du responsable de secteur en communiquant directement avec le groupe workchat de l'équipe autonome. Note : 3/5

Éléments d'adaptation du modèle par SAD et notation relative au niveau d'atteinte de la réalisation du modèle initial	
SAD 3	Automatisation et numérisation des tâches administratives courantes. La compatibilité des systèmes avec d'autres outils locaux est à améliorer. Note : 2/5
SAD 4	Efforts de simplification administrative en cours, avec une digitalisation progressive des parcours. Toutefois, les limites des infrastructures SI et le besoin de formation des personnels administratifs ralentissent ce processus. Note : 3/5
Réalisation 09	Procéder à un accompagnement global et intégré de la personne accompagnée
SAD 1	Approche holistique pour répondre aux besoins diversifiés des bénéficiaires. Certaines ressources spécialisées restent difficiles d'accès dans des zones spécifiques. Note : 3/5
SAD 2	Intervenants à domicile désormais pleinement Intégrés à l'évaluation initiale et à la réévaluation des besoins. La meilleure coordination entre les intervenants à domicile de l'équipe autonome favorise le repérage et la prévention des risques, mais également la réalisation d'accompagnements auprès des situations complexes. Note : 4/5
SAD 3	Projets personnalisés non formalisés pour garantir un suivi adapté aux usagers. L'implémentation reste limitée par le temps disponible des intervenants. Note : 3/5
SAD 4	Mise en œuvre d'un accompagnement global, soutenu par une meilleure communication interne et des partenariats renforcés. Cependant, des défis subsistent pour coordonner efficacement les interventions dans des zones géographiquement vastes. Note : 3/5
Réalisation 10	Créer une coopération renforcée avec les réseaux formels et informels du territoire
SAD 1	Partenariats locaux pour enrichir les services offerts. Les réseaux informels sont sous-utilisés en raison d'un manque de structuration locale. Note : 2/5
SAD 2	Liens renforcés entre l'équipe et les aidants ainsi que les professionnels du soin (IDE, ergothérapeute, etc.) notamment sur les prises en charge complexes. La question essentielle du niveau d'autonomie de l'équipe sur la coordination avec les autres acteurs n'a néanmoins pas été formalisée. Note : 3/5
SAD 3	Renforcement des liens avec les réseaux formels et informels pour optimiser les ressources. Des conventions de partenariat sont en cours de négociation. Note : 3/5
SAD 4	Collaboration accrue avec les réseaux locaux et informels pour diversifier les services proposés. Cependant, la formalisation de partenariats supplémentaires est nécessaire pour pérenniser ces initiatives. Note : 3/5

Légende des notes

5/5 : Réalisation pleinement atteinte et intégrée dans le fonctionnement quotidien avec des résultats mesurables positifs.

4/5 : Réalisation largement mise en œuvre avec des résultats significatifs, mais nécessitant encore quelques ajustements.

3/5 : Réalisation partiellement atteinte, des efforts supplémentaires sont requis pour une mise en œuvre complète.

2/5 : Réalisation initiée, mais encore au stade expérimental ou avec des limitations majeures.

1/5 : Réalisation peu ou pas atteinte, nécessitant des actions importantes pour progresser.

0/5 : Réalisation non atteinte ou pas encore mise en œuvre. |



II – Constats sur l'évolution de la mise en œuvre de l'organisation en équipes locales et autonomes entre T0 (processus de formation non initié) et T2.5 (processus de transformation finalisé)

Partie I – Situation globale avant et après la transformation des équipes locales et autonomes

Pour rappel, la situation initiale des SAD avant la transformation reflète globalement les constats déjà évoqués et relayés dans le cadre des travaux précédents (tranche 1 de l'étude), en particulier dans la revue de littérature (CNSA AG2R Revue de littérature sur le modèle Buurtzorg®), le rapport relatif au processus de transformation, ainsi que le rapport relatif à la comparaison des modèles.

Les deux parties suivantes présentent les terrains d'expérimentations avant et après la transformation ainsi que leurs modalités de transformation en équipes locales et autonomes.

Présentation de terrains d'expérimentations avant et après la transformation

La partie ci-dessous a pour vocation de présenter en synthèse la situation des équipes transformées au lancement et à la fin de l'évaluation. L'évolution des indicateurs de chaque équipe est développée dans les résultats observés de la partie suivante.

SAD 1 : ADMR du Nord (59)

Carte d'identité de l'équipe transformée du SAD 1			
	T0	T 2,5	Évolution
Nombre d'équipe transformée	1	3	↗
Taille de l'équipe	5 AD	5,4 ETP	NC
Taux de qualification	80 %	57 %	↘
Taux d'absentéisme	21 %	11 %	↘
Taux de turn-over	18 %	114 %	↗

Entre 2021 (T0) et 2024 (T 2,5),

Le SAD a initié sa transformation en mobilisant une équipe composée de 5 professionnels. À l'issue de l'évaluation, **3 équipes ont été déployées**. Le service prévoit **d'élargir progressivement cette démarche à l'ensemble des professionnels de l'association**.

Entre 2021 et 2024, le service a connu **plusieurs fusions et scissions d'équipes** suite à des contraintes internes pour finalement rester stable (soit entre 5 à 5,4 ETP).

Parmi les indicateurs clés de l'équipe, on observe plusieurs évolutions :

- Le **taux de qualification a diminué** de 23 %, passant de 80 % à 57 %.
- Le **taux d'absentéisme a significativement diminué**, passant de 21 % à 11 %.
- Le **turn-over a augmenté**, passant de 18 % à 114 %.

SAD 2 : UNA Alençon-Perche (61)

Carte d'identité de l'équipe transformée du SAD 2			
	T0	T 2,5	Évolution
Nombre d'équipe transformée	10	20	↗
Taille de l'équipe	7 AD pour 6 ETP	7 AD pour 6,4 ETP	↗
Taux de qualification	44 %	46 %	↗
Taux d'absentéisme	10 %	20 %	↗
Taux de turn-over	22 %	0 %	↘

Entre 2021 (T0) et 2024 (T 2,5),

Le SAD a initié sa transformation par la mise en place de **10 équipes locales et autonomes**. À la fin de l'évaluation, le service **s'engage dans la généralisation de ce projet à l'ensemble de son association** (soit la création de 10 nouvelles équipes) au travers d'un soutien du département (par la conclusion d'un CPOM)

Initialement, l'équipe suivie comptabilisait **7 professionnels pour 6 ETP**. À l'issue de l'évaluation, l'équipe comprend toujours 7 professionnels pour 6,4 ETP. L'équipe est restée stable avec un seul remplacement pour une raison extérieure à la transformation. Deux membres de l'équipe ont également pu augmenter leur temps de travail au regard de la hausse d'activité.

Parmi les indicateurs clés de l'équipe, on observe plusieurs évolutions :

- Le **taux de qualification a augmenté** de 2 % passant de 44 %

à 46 %.

- Le **taux d'absentéisme a augmenté**, passant de 10 % à 20 %.
- Le **turn-over a diminué**, passant de 22 % à 0 %.

SAD 3 : Avenir rural (02)

Carte d'identité de l'équipe transformée du SAD 3			
	T0	T 2,5	Évolution
Nombre d'équipe transformée	1	11	↗
Taille de l'équipe	9 AD	13 AD	↗
Taux de qualification	50 %	54 %	↗
Taux d'absentéisme	NC	NC	NC
Taux de turn-over	44 %	38 %	↗

Entre 2021 (T0) et 2024 (T 2,5),

Le SAD a initié sa transformation en mobilisant une équipe composée de 9 professionnels, correspondant à 7,86 ETP. À l'issue de l'évaluation, **l'équipe comprend désormais 13 professionnels** pour 8,6 ETP. Cette évolution reflète principalement l'adaptation aux besoins croissants liés au secteur d'intervention, en particulier en réponse à l'augmentation des plans d'aide. Par ailleurs, entre T0 et T2,5, l'équipe a connu une forte augmentation de son effectif, allant jusqu'à **20 intervenants à domicile**. L'équipe a récemment été scindée en deux.

Le SAD 3 a rapidement généralisé le modèle à l'ensemble de ses équipes (sectorisation déjà existante), même l'équipe non transformée suivie lors de l'expérimentation.

Parmi les indicateurs clés de l'équipe, on observe plusieurs

évolutions :

- Le **taux de qualification a augmenté** de 4 %, passant de 50 % à 54 %.
- Le **turn-over a diminué**, passant de 44 % à 38 % (ce qui représente 5 départs lors de la dernière année par exemple pour T 2,5).

SAD 4 : Grand Lieu (27)

Carte d'identité de l'équipe transformée du SAD 4			
	T0	T 2,5	Évolution
Nombre d'équipe transformée	1	1	=
Taille de l'équipe	9 AD pour 7,86 ETP	10 AD pour 8,7 ETP	↗
Taux de qualification	55 %	60 %	↗
Taux d'absentéisme	8 %	0,31 %	↘
Taux de turn-over	0 %	11 %	↗

Entre 2021 (T0) et 2024 (T 2,5),

Le SAD a **initié sa transformation en mobilisant une équipe** composée de 9 professionnels, correspondant à 7,86 ETP. À l'issue de l'évaluation, **l'équipe comprend désormais 10 professionnels** pour 8,7 ETP. Cette évolution reflète principalement l'adaptation aux besoins croissants liés au secteur d'intervention, en particulier en réponse à l'augmentation des plans d'aide.

Le SAD 4 **n'a pas encore généralisé ce modèle à d'autres équipes. Cependant, le service prévoit d'élargir progressivement cette démarche à l'ensemble de ses équipes.**

Parmi les indicateurs clés de l'équipe, on observe plusieurs évolutions :

- Le **taux de qualification a augmenté** de 5 %, passant de 55 % à 60 %.
- Le **taux d'absentéisme a significativement diminué**, passant de 8 % à 0,31 %.
- Le **turn-over a augmenté**, passant de 0 % à 11 %.

La partie ci-dessous présente les modalités de transformation en équipes locales et autonomes ainsi que les principaux outils déployés par les services lors d'évaluation.

Les 4 services évalués ont mis en place des **équipes réduites composées de 5 à 9 intervenants**. La taille de ces équipes a ensuite évolué en fonction des besoins spécifiques des secteurs d'intervention et de la dynamique interne de chaque équipe.

Les 4 services évalués ont **sectorisé leurs équipes sur des zones géographiques restreintes**. Il est à noter que, dans l'ensemble des SAD, cette sectorisation était déjà en place avant l'expérimentation de la transformation en équipes autonomes.

Afin de déployer l'auto-organisation au sein de l'équipe, **l'ensemble des équipes** évaluées a travaillé à définir leur **vision, leurs valeurs et leur raison d'être**, aboutissant à la **formalisation d'une « charte d'équipe »**. Des discussions ont également eu lieu dans toutes les équipes concernant **les règles de fonctionnement** et le **cadre de référence de leur autonomie**. Toutefois, ce travail n'a pas toujours été formalisé, bien que certaines de ces règles figurent dans les chartes d'équipe. »

Ces nouveaux modes de fonctionnement ont permis aux 4 services d'attribuer de nouveaux rôles : la **gestion des plannings (4/4)**, les **évaluations à domicile (2/4)** et le **recrutement (1/4)**.

Pour accompagner ces nouvelles responsabilités et modes de fonctionnement, des **formations ont été proposées aux professionnels de coordinations (3/4)**, ainsi qu'**aux équipes d'intervenants de terrains (3/4)**.

Les formations à destination des professionnels de coordination concernaient en majorité les **responsables de secteur et les directions, même si d'autres fonctions ont pu être concernées** (assistant de secteur par exemple). Les thématiques de formation varient fortement d'un SAD à l'autre. Les autres fonctions support (RH, comptabilité, qualité...) n'ont pas reçu de formation. Les formations **à destination des intervenants**

étaient principalement centrées autour de la notion d'équipe autonome (avec des retours d'expérience), **de communication** (communication interpersonnelle, conduite de réunions et la posture « orientée solutions », etc.) **et la planification** (la réglementation relative au droit du travail et au plan d'aide, la modulation, la gestion des absences et des déplacements, etc.).

L'ensemble des services ont instauré des **réunions régulières**, généralement organisées de manière **hebdomadaire ou bimensuelle**. Ces temps de réunion sont **organisés par le ou la responsable de secteur qui a eu un rôle d'animation des débats et peut accompagner les équipes dans leurs prises de décision**. Les intervenants perçoivent aujourd'hui les réunions comme un espace privilégié pour prendre des décisions concernant **l'organisation interne** et aborder les **problématiques liées à l'accompagnement** des personnes accompagnées.

Le principal changement observé concernant le système d'information réside dans la mise en place au sein de **3 des 4 services d'une solution de messagerie instantanée partagée**. Ces outils, bien que non conformes aux exigences réglementaires en vigueur sur la sécurité des données (sauf pour 1 SAD), facilitent désormais les échanges d'informations entre les intervenants et les coachs, notamment pour les **modifications de planning** et les **détails spécifiques liés aux prises en charge des bénéficiaires**.

Pour l'ensemble des services, **les processus administratifs n'ont pas été spécifiquement simplifiés ni digitalisés**. Aucun allègement des échelons bureaucratiques n'a été constaté, notamment, en raison de la petite taille des SAD (3/4). L'ensemble des processus administratifs reste géré par le personnel hors intervention. **Et il n'est pas prévu d'évolution en la matière**.

À T0, les 4 SAD étudiés proposaient déjà systématiquement une évaluation des besoins en amont, ou au début de l'accompagnement. Cette évaluation était généralement menée par le responsable de secteur en lien avec la personne accompagnée et sa famille. Cependant, les SAD n'intégraient pas les intervenants, ni les professionnels de santé du territoire, ni systématiquement les aidants familiaux. À T 2,5, la co-réalisation de l'évaluation des personnes accompagnées **n'a pas évolué uniformément, restant principalement du ressort des responsables de secteur**. Cependant, **2 des 4 services ont mis en place des évaluations en binôme (responsable de secteur et intervenant)**.

À T 2,5, la création de **coopérations renforcées avec les réseaux formels et informels du territoire n'a pas évolué de manière significative** dans aucune des équipes. En effet, concernant la création et le développement de liens entre les aidants et le réseau informel de bénévoles, connaissances et voisins pour assurer des services de soutien, au même titre que la désignation de professionnels de santé référents, aucune évolution significative n'a été enregistrée dans les SAD étudiés.

Les chapitres suivants apporteront **des éléments de réponse aux questions d'évaluation inscrites dans les référentiels d'évaluation et seront organisés en fonction des trois principales hypothèses** (et effets attendus).

Dans un contexte d'évolution réglementaire et d'enjeux financiers pour les Services Autonomie à Domicile (SAD), une **analyse plus approfondie sur le modèle économique des services transformés a été réalisée**.

Partie II – Résultats observés

II.1 – Hypothèse 1 : Amélioration de la qualité d'accompagnement

Question évaluative : La transformation permet-elle d'améliorer la qualité du service rendu aux usagers, et plus généralement leur qualité de vie ?

Cette première hypothèse concerne directement les personnes accompagnées (âgées ou en situation de handicap) et les modalités de leur accompagnement. L'analyse et la mesure de l'amélioration de la qualité de l'accompagnement reposent sur plusieurs dimensions que sont la personnalisation de l'accompagnement, la qualité et la sécurité de l'accompagnement, le soutien à domicile de la personne, la coordination interne et externe, la prévention et le renforcement du lien social.

Le tableau ci-dessous liste l'ensemble des effets susceptibles d'être observés et le niveau ou degré d'observation en fin d'évaluation.

Légende :

Code	Observation de l'effet	Interprétation
+	Effet observé dans la majorité des SAD	Lien entre déploiement du modèle et observation de l'effet semble se vérifier
+/-	Effet observé pour certains SAD et non pour d'autres ou Observation de l'effet potentiellement lié à des causes externes au modèle	Lien entre déploiement du modèle et observation de l'effet est à nuancer
-	Effet non observé dans la majorité des SAD	Lien entre déploiement du modèle et observation de l'effet n'a pu être vérifié
NC	Effet n'ayant pu être observé (données non disponibles/non exploitables)	Lien entre déploiement du modèle et observation de l'effet n'a pu être vérifié

Effets	T 1,5	T 2,5
Personnalisation de l'accompagnement		
Personnalisation de la prise en charge	+/-	+/-
Relation de confiance entre intervenant et la personne accompagnée/aidant	+	+
Adaptation des prises en charge en fonction des habitudes de vie	+	+
Adaptation des plannings et interventions aux contraintes et besoins des personnes accompagnées	+	+
Trouver une réponse pour les besoins de santé (physique, mentale et social)	+/-	+/-
Concentration de l'intervenant sur la prise en charge de la personne accompagnée	+/-	+/-
Durée plus élevée des premières séances d'accompagnement	+/-	+/-
Qualité et sécurité de l'accompagnement		
Polyvalence des intervenants (soutien technique et moral)	+	+
Lisibilité des tarifs pour les personnes accompagnées	-	-
Communication facilitée entre l'intervenant et la personne accompagnée/aidant	+/-	+
Suivi et traçabilité de l'évolution de l'accompagnement	+/-	+/-
Efficacité et qualité de la prise en charge	+/-	+/-
Soutien à domicile de la personne accompagnée		
Durée de séjour plus courte en cas d'hospitalisation	NC	NC
Durée de maintien à domicile plus longue	NC	NC
Maintien de l'autonomie des personnes accompagnées	NC	NC
Diminution de la durée moyenne d'accompagnement	NC	NC

Effets	T 1,5	T 2,5
Évolution des réclamations liées aux retards ou aux changements d'intervenants	+/-	+/-
Diminution du taux d'admission aux urgences	NC	NC
Coordination interne/externe et communication		
Suivi et coordination entre les intervenants et avec les réseaux formels et informels	+/-	+/-
Continuité de l'accompagnement et coordination interne	+	+
Continuité de l'accompagnement et coordination externe	+/-	+/-
Réactivité et efficacité/la résolution des problématiques d'accompagnement	+	+
Retours d'information auprès des professionnels de santé	-	+/-
Développement d'une communauté de pratiques professionnelles	-	-
Connaissance des besoins, appétences, proches et de l'environnement de la personne accompagnée	+/-	+
Communication régulière avec les acteurs de santé du territoire	-	-
Développement d'une approche et responsabilité populationnelles	-	-
Prévention et liens sociaux		
Favorise l'inclusion sociale sur le territoire de proximité	-	-
Prévention et lien social avec la personne accompagnée	-	-
Développement des interactions sociales des personnes accompagnées	-	-
Soutien et répit de l'aidant	-	-
Repérage et prévention contre les risques de perte d'autonomie	+/-	+/-

Entre T0 et T2,5, **8 effets du référentiel d'évaluation ont pu être observés auprès des quatre SAD** évalués sur l'hypothèse relative à l'amélioration de la qualité de prise en charge :

- La relation de confiance entre intervenant et la personne accompagnée/aidant,
- L'adaptation des prises en charge en fonction des habitudes de vie,
- L'adaptation des plannings et interventions aux contraintes et besoins des personnes accompagnées,
- La polyvalence des intervenants (soutien technique et moral),
- La communication facilitée entre l'intervenant et la personne accompagnée/aidant,
- La continuité de l'accompagnement et coordination interne,
- La connaissance des besoins, appétences, proches et de l'environnement de la personne accompagnée,
- La réactivité et efficacité/la résolution des problématiques d'accompagnement.

D'autres effets ont également été observés partiellement auprès de certains SAD évalués, à savoir :

- La personnalisation de la prise en charge,
- Trouver une réponse pour les besoins de santé (physique, mentale et social),
- La concentration de l'intervenant sur la prise en charge de la personne accompagnée,
- La durée plus élevée des premières séances d'accompagnement,
- L'évolution des réclamations liées aux retards ou aux changements d'intervenants,
- Le suivi et la traçabilité de l'évolution de l'accompagnement,
- Le suivi et la coordination entre les intervenants et avec les réseaux formels et informels,
- L'efficacité et qualité de la prise en charge,
- La continuité de l'accompagnement et coordination externe,
- Les retours d'information auprès des professionnels de santé,
- Le repérage et prévention contre les risques de perte d'autonomie.

Un peu moins de la moitié des effets (13/33) attendus sur l'hypothèse relative à l'amélioration de la qualité de prise en charge n'ont pas été observés.

L'un des principaux objectifs du projet d'équipe locale et autonome était d'améliorer la qualité de prise en charge, voire la qualité de vie des personnes accompagnées. Une **majorité des objectifs visés ont pu être soit totalement (8) soit partiellement observés (11)**.

Chacun des critères visés est détaillé dans la partie suivante afin de visualiser les réussites de l'expérimentation, mais également les limites rencontrées ainsi que les effets non observés. D'autres éléments d'analyse seront proposés en lecture, au-delà de la réponse au référentiel initial afin de donner un regard plus global et croisé sur l'expérimentation au sein des 4 SAD.

II.1.1 – La personnalisation de l’accompagnement

La mise en place des équipes locales et autonomes a permis de **personnaliser davantage l’accompagnement** en lien avec plusieurs facteurs sur l’ensemble des 4 SAD.

- **L’adaptation des prises en charge en fonction des besoins repérés et des habitudes de vie** : la **relation de proximité des intervenants** avec les personnes au domicile et la **plus forte régularité de leurs passages** permettent une connaissance de leurs besoins et contraintes. La sectorisation des interventions, la régularité des tournées et l’attribution des usagers à quelques intervenants permettent une adaptation des prises en charge aux besoins repérés et donc de personnaliser l’intervention par une bonne connaissance de la situation.



« Selon l’intervenante, les attentes et souhaits des personnes sont respectés. »

- La **connaissance collective et partagée des besoins** des personnes accompagnées : **elle renforce la relation de confiance entre les usagers, leurs aidants et les intervenants de l’équipe**. Toutefois, cette confiance ne se construit pas instantanément avec le simple partage des connaissances et des besoins : elle se développe progressivement, au fil du temps. Le processus est long et nécessite de l’investissement mutuel. Le développement de **l’interconnaissance entre les intervenants** et les personnes accompagnées permet de **rassurer** les personnes accompagnées, particulièrement lors du changement d’un intervenant régulier (remplacement de personnel absent ou en congés). L’interconnaissance permet surtout d’ajuster chaque geste et chaque échange au domicile de la personne accompagnée. Cette meilleure connaissance permet dès la première intervention d’ajuster son accompagnement afin de garantir une continuité et qualité de prise en charge.



« Quand on arrive chez une bénéficiaire chez qui on n’a pas l’habitude d’aller on lui dit... Vous ne me connaissez pas, mais moi je vous connais, je fais partie de l’équipe de tel intervenant à domicile (référente de la bénéficiaire) ».

- Une **meilleure adaptation des plannings d’intervention** : ajustés lors des réunions d’équipes régulières, cela permet également un renforcement de la personnalisation des accompagnements, grâce à des plannings d’intervention, co-construits et adaptés aux spécificités de la personne accompagnée (besoins, attentes, spécificités liées à l’accompagnement). Les plannings, co-construits et partagés en équipe, offrent une vision plus globale et objective des besoins et attentes des personnes accompagnées. En conséquence, les intervenants répondent de manière plus adaptée aux besoins.



« On peut parfois décaler nos horaires, mais on prévient toujours la personne et notre responsable ».



« Globalement, il y a une bonne entente entre chacun. Chacun s'accorde bien grâce aux échanges faciles que ce soit par téléphone/SMS ou via la réunion mensuelle. »

D'autres effets ont pu être repérés de manière plus limitée, soit dans l'observation de l'effet lui-même, soit dans un nombre restreint de SAD que cela concerne :

- **La personnalisation de l'accompagnement** : Bien que les projets personnalisés ne soient pas formalisés dans les 4 SAD, les personnes accompagnées et leurs aidants indiquent avoir pu s'exprimer auprès du responsable de secteur ou des intervenants à domicile sur leurs projets ou leurs attentes. Ces échanges ne sont pas systématiquement retracés dans le dossier informatisé ou papier de la personne sur l'ensemble des SAD. Néanmoins, l'intensification de la communication au sein des équipes permet un meilleur partage de ces informations entre les différents intervenants. Les personnes accompagnées précisent que leur prise en charge est personnalisée, que les intervenants les connaissent bien et qu'ils n'ont pas besoin d'expliquer leurs attentes à chaque intervention.
- **Trouver une réponse pour les besoins de santé (physique, mentale et social)** : si l'évolution de l'état de santé est difficilement mesurable et dépend davantage d'autres facteurs (pathologie, âge, isolement social...) que de la qualité d'accompagnement, la réponse apportée de manière générale aux besoins repérés a favorablement évolué sur certains points : meilleure information des personnes accompagnées et de leurs aidants sur leur état de santé et la coordination des soins, satisfaction des personnes accompagnées concernant la réponse à leurs besoins. Les plans d'accompagnement des usagers ne disposent pas d'une dimension **multidimensionnelle ou globale** et ne sont donc pas tournés directement vers les soins techniques. Par ailleurs, les **niveaux de perte d'autonomie** (GIR) et les **pathologies** des personnes accompagnées ne sont pas toujours communiqués aux SAD et aux intervenants, ces informations étant transmises uniquement aux personnes concernées. Leur partage avec des tiers requiert un consentement explicite, souvent difficile à obtenir de manière fluide. De même, pour des raisons réglementaires, les médecins ne partagent pas systématiquement les pathologies avec les intervenants. La mise en place d'équipes locales et autonomes permet en partie **d'organiser une réponse aux besoins de santé dans son ensemble**. Finalement, l'approche de l'équipe autonome pour améliorer la coordination des soins et répondre aux besoins de santé des bénéficiaires apparaît insuffisante en raison d'un manque de ressources spécialisées, de difficultés de communication entre les niveaux de soins et de problèmes structurels dans l'organisation des soins de santé (Willis, C. D., Saul, J. E., Bevan, H., Scheirer, M. A., Best, A., Greenhalgh, T., & Bitz, J. (2016)).

- **Une concentration de l'intervenant sur la prise en charge de la personne accompagnée** : lors des temps d'observation au sein des SAD, il a été observé sur chacun des 4 services, une **identification claire de ou des intervenants privilégiés** (entre 1 et 3) par la personne accompagnée et/ou de son aidant et une connaissance de leurs missions. Ils se connaissent, échangent sur le quotidien et les besoins spécifiques, permettant ainsi à l'intervenant de se concentrer rapidement sur la prise en charge sans être en terrain inconnu. **Le sentiment d'un accompagnement privilégié de la personne accompagnée par les intervenants** est également mis en avant par les professionnels rencontrés.



« Oui, nous avons un temps privilégié avec la personne. »

- **Une durée plus élevée des premières séances d'accompagnement** : les SAD 2 et 4 disposent aujourd'hui d'une durée plus élevée de la première intervention. Cette modalité est possible grâce à la participation des intervenants à domicile à la première évaluation des besoins et attentes de l'utilisateur. Le SAD 2 a négocié le financement d'une heure d'évaluation complémentaire, en plus de celle réalisée par le responsable de secteur. Celle-ci est réalisée par une aide à domicile référente de la personne accompagnée au sein de l'équipe autonome. Pour le SAD 4, les évaluations à domicile sont planifiées sur l'un des temps d'intervention prévus chez la personne accompagnée. Dans les SAD 1 et 3, cette évaluation reste réalisée par le responsable de secteur (ou coordinateur dans le SAD 3) (*cf. recommandation « création d'un temps dédié »*).



« On n'a pas plus de temps qu'avant avec la personne, car le temps est juste pour faire le travail et passer à la personne suivante. »

Cette personnalisation globale de l'accompagnement n'est plus conditionnée seulement à l'expertise et aux connaissances individuelles des intervenants, mais à la **concertation et au partage d'informations entre les intervenants à domicile** de l'équipe locale et autonome permettant désormais une **définition et une analyse collective** des besoins des personnes accompagnées et une adaptation de la réponse à ceux-ci.

Au-delà de mieux connaître les bénéficiaires réguliers auprès desquels ils interviennent, les intervenants à domicile disposent également d'une **meilleure connaissance de l'ensemble des usagers** du secteur d'intervention. Cette connaissance collective s'enrichit à travers plusieurs canaux : d'une part, les réunions régulières qui permettent d'aborder et d'analyser les différentes situations rencontrées ; d'autre part, les échanges informels facilités par des outils de communication partagée et les interactions directes entre collègues. En cas de remplacement/évolution des tournées, les professionnels sont donc en mesure d'intervenir plus sereinement et de personnaliser leurs prestations.

Cette personnalisation de l'accompagnement, caractérisée par les éléments précédemment présentés, garantit une plus **grande qualité d'intervention et cohérence par rapport aux besoins** des personnes

accompagnées, mais également une **continuité dans l'accompagnement** et dans la **prévention de la perte d'autonomie**.

II.1.2 – La qualité et la sécurité de l'accompagnement

Avec la transformation en équipes locales et autonomes, la qualité et la sécurité de l'accompagnement sont renforcées. Ce constat est posé par les éléments suivants observés dans les 4 SAD :

- Une **polyvalence plus importante des intervenants** : les intervenants rencontrés mettent en avant une polyvalence de l'ensemble des membres de l'équipe permettant à chacun de pouvoir intervenir avec les compétences nécessaires et la connaissance des besoins des personnes accompagnées, permise par les réunions régulières. Les possibilités de remplacement sont plus importantes et garantissent une continuité de prise en charge, gage de qualité d'accompagnement. Cependant, bien que cela n'ait pas été constaté dans cette étude, les remplacements sont facilités, mais au risque de créer de l'interdépendance entre les personnes, voire une pression psychologique tacite entre pairs pour remplacer, avec d'éventuelles exigences émotionnelles qui interdisent de dire non pour des raisons de management de type « affectif ».



« Les intervenants de l'équipe autonome sont polyvalents et en capacité de se remplacer sur la majorité des accompagnements. L'équipe réalise en majorité des prestations auprès de publics en perte d'autonomie. »

- La **communication entre les intervenants s'est significativement développée** grâce aux **réunions d'équipe, aux outils de communication partagés** (planning, dossier usager informatisé ou cahier de liaison...), **et aux échanges informels mis en place dans les 4 SAD suivis. S'est également observée une facilitation de la communication entre intervenants et personnes accompagnées** : cette communication accrue permet de **mieux suivre l'évolution des accompagnements et d'assurer un suivi renforcé garantissant une qualité et une sécurité de la prise en charge**. C'est ce que soutient Manser² qui affirme qu'une **meilleure communication impacte par exemple la réactivité et le traitement rapide des plaintes et réclamations**.



Indicateur clé : À T 2,5, le SAD 2 organise pour son équipe locale et autonome une réunion mensuelle. Pour les SAD 1 et SAD 3, la réunion d'équipe est hebdomadaire et le SAD 4 bimensuelle. L'ensemble des SAD suivis n'organisait pas de réunions régulières avant cette transformation.



« Globalement, la coordination avec les autres intervenantes est bonne. Il y a une bonne communication avec les collègues. J'ai le sentiment de pouvoir compter sur les autres. La cohésion est bonne. »

Certains effets ont été partiellement observés :

- Le **suivi et la traçabilité de l'évolution de l'accompagnement** : ce sont des points valorisant la qualité et la sécurité des prises en charge. À ce jour, ce constat reste partiellement observé au sein

des SAD. Les personnes accompagnées peuvent contacter le service à tout moment et une réponse est apportée à leur demande. Ils peuvent aussi solliciter directement l'intervenant. L'équipe est organisée autour d'outils communs (réunions régulières, cahiers de liaison dans les domiciles, information complémentaire sur le dossier électronique, groupe de messagerie partagée...) permettant un niveau de réactivité plus important dans les 4 SAD. Néanmoins, le niveau et la qualité de la traçabilité restent un effet moins observé. La **culture de l'écrit reste à développer** auprès des intervenants à domicile. Par ailleurs, avec un plus faible turn-over des intervenants et des rencontres physiques régulières, le cahier de liaison est parfois moins utilisé dans les domiciles. C'est le cas par exemple du SAD 3. Il en est de même pour la traçabilité des temps de réunion, aucun compte-rendu n'est établi au sein des 4 SAD.

« Les intervenantes ne peuvent pas saisir les informations sur le logiciel, elles doivent demander à la coordinatrice (ou autre) de l'inscrire. » (Responsable de secteur)

- **L'efficacité et la qualité des prises en charge** : si aucun indicateur quantitatif ne permet de valider cet effet, d'autres critères indiquent une meilleure efficacité et qualité des accompagnements. Les intervenants comme les personnes accompagnées indiquent que les accompagnements sont plus qualitatifs grâce à une meilleure interconnaissance. L'ensemble des fonctions des SAD déclare être **satisfait de l'efficacité et de la qualité** de l'accompagnement des personnes accompagnées. Pour preuve, les services ont pu constater une baisse des **plaintes et réclamations**. Les gouvernances expliquent ce phénomène par la **plus grande réactivité de l'équipe**, grâce à une meilleure communication lors des **réunions d'équipe**. **En effet, les réunions sont un espace offrant un moment propice à la remontée d'information** et à la recherche de solutions pour les difficultés rencontrées aux domiciles de personnes. Cette pratique permet d'échanger avec plus de réactivité sur les difficultés rencontrées et **d'assurer en ce sens une meilleure efficacité et qualité de l'accompagnement**. En effet, le suivi des accompagnements est renforcé par la télégestion, la consultation des plannings à distance ou encore l'augmentation des échanges entre professionnels notamment par l'organisation de réunions régulières.



« Je pense que la qualité est au RDV au sein de l'EA, l'indice probant est celui du nombre de réclamations qui sont adressées au service. Aujourd'hui nous n'avons plus de plaintes au sein de l'EA »

L'efficacité et la qualité des accompagnements restent complexes à évaluer objectivement. Si les personnes accompagnées valorisent **une présence essentielle des intervenants pour qu'ils puissent vivre à leur domicile**, ils n'ont pas toujours un avis sur l'impact de la prise en charge sur leur état de santé ou l'usage de leurs équipements au domicile.

Le cabinet Stratélys souhaite préciser que le niveau de **fiabilité des prestations délivrées** est plus élevé de la part des intervenants à domicile. Ces derniers ont un niveau d'exigence plus fort depuis la mise en place d'un travail en équipe. Les échanges entre intervenants favorisent les retours d'expérience et le regard critique sur les pratiques professionnelles respectives de chaque membre de l'équipe, par exemple sur les aides à la toilette ou encore sur l'usage des aides techniques.

Par ailleurs, la **plus grande autonomie des intervenants** est observée dans le travail de planification, de prise de décision collective et d'ajustement de l'accompagnement aux besoins repérés par les intervenants. Cette autonomie renforcée à domicile, et plus globalement des équipes, constitue un des premiers mécanismes favorisant un accompagnement de qualité (Maurits, De Veer, Groenewegen, & Francke, 2017). Les initiatives, la prise de décision, les suggestions synonymes d'autonomie **restent des leviers d'efficacité et de compétitivité des organisations** » (Flamard et Marchand, 2023).



« Je me trouve autonome dans mon travail. ».

« Je me trouve autonome, car je suis seule au domicile des personnes. Je peux m'organiser à mon rythme. »

Sur cette thématique, l'effet lié à la lisibilité des tarifs pour les personnes accompagnées n'est pas observé au sein d'une majorité des SAD.

II.1.3 – Le soutien à domicile de la personne accompagnée

L'impact global de la mise en place des équipes locales et autonomes sur le maintien à domicile de la personne accompagnée n'est pas observable en fin d'expérimentation. Les éléments recueillis durant la période d'observation (durée de maintien à domicile plus longue, maintien de l'autonomie des personnes accompagnées, durée plus courte en cas d'hospitalisation, durée moyenne d'accompagnement...) ne permettent pas de valider cette hypothèse.

Par exemple, il est observé une légère baisse des hospitalisations, que ce soit dans les équipes locales et autonomes ainsi que les équipes non transformées. Mais ce chiffre peut également être influencé par le nombre total de personnes accompagnées ou alors leur état de santé. Par ailleurs, les écarts sont très importants entre les SAD : caractéristiques des bénéficiaires différentes en fonction des équipes et des SAD (niveau d'autonomie, pathologie, âge, présence d'un aidant...), état de santé des bénéficiaires... (cf. tableau de présentation des SAD en T0 et T2,5) ainsi que dans les méthodes de recueil de données des SAD.



« Dans le rural, le public accompagné est différent. Il ne s'écoute pas et est moins attentif aux conseils sur la prévention des risques de perte d'autonomie. Ils font également moins confiance et veulent qu'un seul intervenant à domicile. »

Le maintien à domicile de la personne accompagnée est impacté par les facteurs suivants :

- **La qualité d'accompagnement** offerte au sein du SAD,
- **L'état de santé global** de la personne et la présence de multi-pathologies,
- **La présence et l'intervention de toutes les ressources de santé possibles** et nécessaires à domicile autour de la personne,
- **La présence d'un ou plusieurs aidants**, en bonne santé,
- **Les ressources économiques et socioculturelles** de la personne accompagnée,
- les conditions **d'adaptation du logement**,
- Etc.

Seul point d'évolution notable, les **réclamations liées aux retards et aux changements d'intervenants sont un effet observable dans les SAD rencontrés**. Si le nombre de réclamations et leurs motifs ne sont pas quantitativement suivis, les professionnels rencontrés estiment que les réclamations et plaintes concernant les retards et les changements d'intervenants, ont diminué depuis la mise en place des équipes locales et autonomes.

II. 1.4 – Coordination interne/externe et communication

Un renforcement de la coordination interne et externe ainsi que de la communication a pu être observé suite à la mise en place des équipes locales et autonomes dans l'ensemble des 4 SAD suivis. Ce constat est basé sur les éléments suivants, observables dans les 4 SAD à des niveaux différents :

- **Continuité de l'accompagnement et coordination interne** : les professionnels rencontrés, ainsi que les personnes accompagnées, indiquent être satisfaits de la coordination existante et de la continuité des prises en charge. Celle-ci s'organise au sein de l'équipe, par les membres eux-mêmes qui se remplacent en cas de besoin. La continuité de prise en charge est notamment possible grâce à l'existence d'une astreinte au sein de chaque équipe suivie. En effet, au sein de chaque SAD, un intervenant est d'astreinte technique (disponible pour un remplacement) sur les temps de week-

end et il existe également une astreinte administrative (ici réalisée par un cadre ou un responsable de secteur).

- **Réactivité et efficacité/la résolution des problématiques d'accompagnement** : les professionnels rencontrés, comme les personnes accompagnées, indiquent avoir le sentiment de résoudre rapidement les problématiques d'accompagnement. Lors des temps d'observation des réunions, les difficultés rencontrées aux domiciles des personnes accompagnées ont pu être abordées en équipe afin de trouver collectivement des réponses à apporter.



Indicateur clé : À T 2,5, 100 % des intervenants à domicile (sur les 4 SAD) déclarent avoir déjà eu l'occasion d'aborder collectivement, avec d'autres personnes de leur service, les difficultés liées aux relations avec les personnes aidées ou leurs familles.

- **Connaissance des besoins, appétences, proches et de l'environnement de la personne accompagnée** : les personnes accompagnées indiquent dans l'ensemble des 4 SAD que les intervenants les connaissent bien, ont une vision précise de leurs besoins et de ce qu'on attend de leur prestation au domicile. Cet effet était déjà préalablement observé en T0 avant la transformation en équipe locale et autonome. Néanmoins, les temps de réunion permettent de présenter les nouvelles prises en charge, d'aborder les situations complexes de personnes accompagnées et de pouvoir échanger sur les interventions en cas de remplacement ; améliorant ainsi la connaissance des besoins et la qualité de prise en charge.

D'autres effets restent partiellement observables concernant la coordination interne et externe :

- Si le **suiti et la coordination entre les intervenants** ont réellement évolué au sein d'une même équipe, elle n'est pas observable entre l'équipe d'intervenants et les réseaux formels et informels de santé. Il n'existe pas d'outil de coordination commun avec les autres acteurs par exemple.
- **Retours d'information auprès des professionnels de santé** : concernant cet effet, il n'a pas été repéré d'évolution particulière. La grande majorité de la coordination extérieure est réalisée par le coach ou responsable de secteur, comment en amont de la transformation. Les intervenants à domicile continuent de faire le lien avec les professionnels extérieurs lorsqu'ils se croisent aux domiciles des usagers.

Au-delà des éléments précédemment identifiés, le cabinet Stratélys souhaite mettre en lumière d'autres observations impactant directement la coordination interne/externe ainsi que la communication entre professionnels :

- Une **sectorisation restreinte du territoire** d'intervention permettant le développement des liens avec les professionnels de santé avec les intervenants à domicile. En limitant le morcellement des accompagnements et en diminuant le nombre d'intervenants par prise en charge, les liens entre intervenants à domicile et professionnels de santé se sont renforcés.

« La planification tente de prendre en compte une sectorisation pour éviter la fatigue des intervenants. »

- La **meilleure connaissance des intervenants à domicile entre eux et un plus grand partage d'informations** concernant les bénéficiaires lors des réunions favorisent également une coordination interne et une coordination des accompagnements.

« Les aides à domicile ont plus de responsabilités comme par exemple le fait de transmettre leurs informations aux autres collègues de leur équipe, proposer des aides techniques à l'usager, contacter les infirmiers libérales et médecins traitants des usagers. »

- **Une utilisation non homogène d'outils de coordination** : les cahiers de liaison restent les principaux outils de communication et de coordination au sein des domiciles. Néanmoins, au sein du SAD 3, ils ont tendance à disparaître au sein de certains foyers, car les intervenants estiment que les échanges en réunion permettent de recueillir les informations et d'ajuster leurs prestations suivantes (lors de situations non complexes).



« Le cahier de liaison permet aussi de faire du lien avec les intervenants. »

La coordination interne, largement renforcée par l'organisation régulière de réunions, reste toutefois **organisée et pilotée par les responsables de secteur**. L'autonomie des équipes dans leurs temps d'échange et de rencontre n'est donc pas observée. Grâce à ce renforcement des réunions, la réactivité est plus importante dans la prise de décision, mais également dans la redescende d'informations. Cet élément vient conforter les constats de Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2010) explorant l'importance du travail interprofessionnel dans les soins de santé et sociaux. Le rôle des responsables de secteur est mis en avant pour leur capacité à faciliter la communication et la coordination au sein des équipes. Ils soulignent que les responsables de secteur sont essentiels pour animer les réunions, coordonner les interventions et établir des liens avec les acteurs du territoire. Kodner, D. L. et Kyriacou, C. K. (2000). Ce constat souligne que les responsables de secteur jouent un rôle crucial dans la **coordination des soins, l'animation des réunions d'équipe, et la communication interne et externe**. Leur implication contribue à améliorer la qualité et la cohérence des soins à domicile.

Le rôle du responsable de secteur reste central dans l'animation des réunions et donc dans la coordination interne, notamment lors de situations complexes. La coopération avec les acteurs du territoire se fait directement par le lien intervenant/aidant au domicile du bénéficiaire. Le responsable de secteur reste le garant d'une coordination interne et externe.

Sur cette thématique, certains effets n'ont pas été totalement observés et seront présentés dans la partie suivante : le développement d'une communauté de pratiques professionnelles, la communication régulière avec les acteurs de santé du territoire ou encore le développement d'une approche et responsabilité populationnelles.

II.1.5 – La prévention contre le risque de perte d'autonomie et le lien social

L'expérimentation au sein des 4 SAD n'a pas permis de mettre en lumière un impact positif et observable sur la **prévention contre le risque de perte d'autonomie et le lien social** selon les critères initialement prédéfinis. Seul un des effets prévus reste partiellement observable :

- **Meilleur repérage et prévention contre les risques de perte d'autonomie** : Bien qu'aucune évolution n'ait été observée concernant les outils mis en place pour le repérage et la prévention des risques de perte d'autonomie ni sur le délai moyen de révision des plans d'aide par les équipes, les professionnels rencontrés indiquent être plus attentifs aux différents signes de la perte d'autonomie. Ce ressenti est partagé par les responsables de secteur, qui constatent une augmentation des remontées d'informations, témoignant d'une vigilance renforcée au sein des équipes. Les réunions sont l'occasion de pouvoir aborder ces changements et de demander éventuellement des révisions de plan d'aide le cas échéant.



« Le repérage est fait par l'intervenante qui est très présente chez le bénéficiaire. Les réunions permettent de discuter des bénéficiaires et donc de l'évolution de leur état de santé et donc de leur autonomie. Ceci permet de définir les besoins et de mettre en place des actions pour contacter des personnes ou faire des actions nécessaires à la prévention de la perte d'autonomie. »

Le cabinet Stratélys souhaite apporter toutefois d'autres éléments d'analyse pertinents contribuant à l'évaluation de l'évolution de la prévention du risque de perte d'autonomie et du lien social. Cette dernière a évolué positivement selon les effets suivants observés grâce :

- Au **croisement des regards entre les intervenants à domicile et les professionnels de santé** participant également à la prise en charge des bénéficiaires, grâce à des échanges renforcés à domicile (intervention en doublon, interconnaissance des professionnels d'aide à domicile et de santé permis par un moindre turn-over des intervenants à domicile...), une autonomie des intervenants à domicile leur donnant une latitude pour solliciter les acteurs de santé... Les professionnels n'ont pas été formés au repérage de la perte d'autonomie, mais leur expérience ainsi que le partage de visions entre intervenants favorisent un renforcement de la prévention. Les demandes de réévaluation (soit de la planification d'intervention, soit du contenu d'accompagnement, soit du plan d'aide de manière générale) sont plus fréquentes à l'initiative des intervenants qui témoignent donc d'un meilleur repérage de la perte d'autonomie.

« Les AVS sont parfois les personnes qui voient le plus les personnes accompagnées donc elles font le liant entre les différents intervenants au domicile. Les réunions de gestion autonomes permettent de mettre davantage cette notion en avant. »



« Il y a globalement une bonne entente avec le SSIAD qui prend le relai si nécessaire. On a aussi un bon relationnel avec les IDEL et les médecins traitants »

- Aux **liens réguliers** entre l'équipe d'intervenants, et la personne accompagnée ainsi que les aidants. L'intervention régulière, voire pour une grande partie, quotidienne, leur permet de bien connaître la situation sociale et familiale de la personne accompagnée et de pouvoir agir sur le développement ou le maintien des liens sociaux (famille, entourage, voisins...) en encourageant ces liens, en soutenant l'aidant ou encore en proposant de nouvelles activités facilitant les liens sociaux aux personnes accompagnées. Les intervenants à domicile sont les premiers acteurs à donner l'alerte en cas de perte d'autonomie.
- À **une intervention en équipe restreinte** garantissant la confiance et un lien fort entre l'équipe professionnelle et le bénéficiaire.

Les effets liés à la prévention du risque de perte d'autonomie et lien social avec la personne accompagnée, au développement des interactions sociales avec les personnes accompagnées, le soutien et répit de l'aidant n'ont pas été repérés de manière générale au sein des 4 SAD accompagnés. Ils seront développés dans la partie suivante de manière plus précise.

II.1.6 – Effets non observés et limites identifiées

Certains effets attendus n'ont pas été observés suite à la mise en place des équipes locales et autonomes.

Concernant la qualité et sécurité de l'accompagnement, les effets suivants n'ont pas été repérés :

- « Lisibilité des tarifs pour les personnes accompagnées » : Les personnes accompagnées n'ont pas toujours connaissance et/ou compréhension des tarifs et modalités de tarification appliqués par les SAD. Certains aidants peuvent prendre le relai en ce sens. Le processus de tarification reste toutefois à la charge de fonctions support et non de l'équipe d'intervenants.

En ce qui concerne le soutien à domicile de la personne accompagnée, les effets suivants ne sont pas observés dans les 4 SAD :

- « Durée de maintien à domicile plus longue » ou « maintien de l'autonomie des personnes accompagnées » : Comme mentionné dans la partie dédiée au critère 3, la durée de maintien à domicile dépend bien entendu de la qualité de prise en charge au sein du SAD, mais pas seulement ; d'autres facteurs contribuent à un maintien à domicile plus long : l'état de santé global, la présence de pathologies multiples, le soutien des aidants naturels, les ressources économiques et l'adaptation du logement... (Muramatsu, N., & Campbell, R. T. (2002), Gaugler, J. E., Kane, R. L., Kane, R. A., & Newcomer, R. (2005), Luppá, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H. H., Brähler, E., & Riedel-Heller, S. G. (2010)). Les indicateurs suivis (exemple : durée de prise en charge plus longue) ne permettent pas de corroborer cet effet attendu.
- « Durée de séjour plus courte en cas d'hospitalisation » et « Diminution du taux d'admission aux urgences » : Pareillement, la durée de séjour en cas d'hospitalisation et l'admission aux urgences dépendent également d'autres facteurs (pathologie, rupture de prise en charge en soins...) comme la gravité de la pathologie, les complications médicales, la continuité des soins après la sortie... (Friedman, S. M., Mendelson, D. A., Bingham, K. W., & McCann, R. M. (2008))

Concernant la coordination interne/externe et communication, les suivants n'ont pas été repérés :

- « Communication régulière avec les acteurs de santé du territoire » : Les liens avec les acteurs de santé du territoire sont toujours portés par les responsables de secteur. Les échanges n'ont pas été particulièrement développés, ce qui s'explique par plusieurs facteurs : manque de professionnels de santé, méconnaissance entre les acteurs, absence d'instance particulière sur les territoires... Toutefois, en cas de besoin ou de situation complexe, les rencontres et échanges sont possibles entre les divers intervenants, mais la transformation en équipe locale et autonome n'apparaît pas avoir d'impact.

- « Développement d'une communauté de pratiques professionnelles avec les acteurs de santé du territoire » : les échanges et rencontres avec les professionnels de santé étant davantage informels, il n'a pas été repéré de prise de conscience collective et partagée sur la responsabilité populationnelle (pour rappel, la responsabilité populationnelle vise, selon la FHF, « à faire travailler ensemble tous les acteurs d'un bassin de vie pour améliorer la santé de ses habitants. Elle entend poser les bases d'un nouveau système de santé, plus solidaire, plus efficient et plus humain »), jouée par chaque acteur du parcours de santé à domicile. Malgré une communication plus directe constatée entre les acteurs, la communauté de pratiques professionnelles n'a pas vu le jour. Ces communautés qui jouent un rôle crucial dans l'amélioration des soins de santé nécessitent une gestion des dynamiques interprofessionnelles, la création d'espaces sécurisés pour le partage et la définition claire des objectifs communs, aujourd'hui non mis en œuvre (Li, L. C., Grimshaw, J. M., Nielsen, C., Judd, M., Coyte, P. C., & Graham, I. D. (2009) ; Macaulay, A. C., Commanda, L. E., Freeman, W. L., Gibson, N., McCabe, M. L., Robbins, C. M., & Twohig, P. L. (1999)).
- « Développement d'une approche et responsabilité populationnelle » : il n'a pas été repéré d'approche globale et holistique des besoins des personnes accompagnées. Les évaluations sont faites séparément (SAD, SSIAD, IDEL, médecins...) et il n'existe de coordination pour une prise en charge globale. Chacun intervient dans son domaine d'activité, de compétence, mais également de financement.

La prévention et les liens sociaux, comme mentionné précédemment, ne sont pas un résultat observé. Les effets suivants n'ont pas été directement repérés dans les 4 SAD suivis :

- Prévention du risque de perte d'autonomie et lien social avec la personne accompagnée : L'évaluation ne permet pas de mettre en évidence un impact significatif sur la prévention et le renforcement du lien social. Bien que les professionnels exercent des actions préventives au quotidien, celles-ci ne sont pas toujours reconnues ou formalisées comme telles. De plus, la fréquence et la qualité des activités de prévention varient considérablement en fonction du profil et des compétences de chaque intervenant. Aucune initiative spécifique liée à la mise en place des équipes autonomes n'a été clairement observée.
- Développement des interactions sociales des personnes accompagnées : L'évaluation ne permet pas de mettre en évidence un impact significatif sur les interactions sociales des personnes accompagnées. À T0, les services évalués ne proposaient pas spécifiquement d'ateliers collectifs aux personnes accompagnées. Cependant, en fonction de leurs profils, les intervenants pouvaient être en mesure d'orienter les personnes vers des structures existantes. Aucune initiative spécifique liée à la mise en place des équipes autonomes n'a été clairement observée.

- Soutien et répit de l'aidant : L'évaluation ne permet pas de mettre en évidence un impact significatif sur l'accompagnement de l'aidant. À T0, l'aide et le soutien à l'aidant n'apparaissent pas dans les documents d'évaluation ou de plan d'accompagnement. Néanmoins, en fonction de leur capacité de repérage et de leur connaissance de l'environnement médico-social du territoire, les intervenants pouvaient être en mesure d'orienter la personne vers une structure. Aucune initiative spécifique liée à la mise en place des équipes autonomes n'a été clairement observée.

Le lien social, évalué en amont du début d'accompagnement, ne fait pas l'objet systématique d'un accompagnement spécifique et **formalisé** dans le plan d'aide, l'aide humaine aux gestes du quotidien est alors privilégiée. Il n'existe pas de critère ou de question spécifique inscrite dans les outils d'évaluation de chacun des SAD. L'intervention est alors principalement centrée sur la personne et « ses besoins essentiels ». L'accompagnement à l'inclusion dans la cité, au développement de liens sociaux, n'est pas initié par l'intervenant, mais peut être effectué sur demande. De manière générale, il a été repéré un fort isolement social des personnes accompagnées dû notamment à la perte d'autonomie. Et d'après Shankar, A., McMunn, A., Banks, J., & Steptoe, A. (2011), l'isolement social contribue significativement à une détérioration de la santé mentale et physique, mettant en évidence la nécessité d'interventions en ce sens. Cet isolement social et cette solitude impacteraient la progression de la fragilité chez les personnes âgées (Gale, C. R., Westbury, L., & Cooper, C. (2018))

De même, il n'y a pas d'évolution constatée dans la réaffectation des ressources vers les prestations d'accompagnement, la montée en compétences des intervenants sur les démarches préventives et sur l'inclusion sociale des bénéficiaires sur le territoire de proximité.

D'autres effets attendus, mentionnés précédemment comme partiellement ou totalement observables, ont pu être réduits par les limites suivantes :

- L'incompatibilité entre intervenants à domicile et personne accompagnée et son aidant : même si les personnes se connaissent mieux, il reste toujours des incompatibilités entre certains intervenants et des personnes accompagnées. Cela peut entraîner des refus d'intervention de la part du professionnel ou du bénéficiaire. La transformation en équipe locale et autonome n'a pas d'effet sur cette problématique récurrente du secteur. Il est nécessaire toutefois de limiter ces refus grâce à une compréhension mutuelle, une communication ouverte et adaptée aux besoins des bénéficiaires.

- L'absence de projet personnalisé constaté dans les 4 SAD (mais également à une échelle nationale dans les SAD) due notamment à l'absence de formation et/ou sensibilisation des intervenants à domicile sur la mise en place des projets personnalisés et leur utilité : bien que les équipes connaissent très bien les bénéficiaires, notamment grâce à la régularité des intervenants, aux temps de coordination, l'absence de projets personnalisés peut entraver la personnalisation de l'accompagnement et donc une réponse aux besoins uniques des personnes accompagnées (Hewitt, G., Sims, S., & Harris, R. (2016)). En effet, cela peut limiter la clarté des objectifs, la communication, le suivi, et favoriser une approche moins adaptée aux besoins individuels des bénéficiaires. Les intervenants à domicile, non formés à l'élaboration, mise en œuvre et évaluation des projets personnalisés, ne connaissent pas à ce jour, cette obligation réglementaire (Lowndes, V., Rempel, G., & Rush, B. (2018)).
- Le nombre important d'intervenants au sein d'une même équipe : au sein du SAD 3, **3 ou 4 équipes sont réunies en une seule**. 18 à 20 intervenants font donc partie de l'équipe suivie lors de l'expérimentation. Sur ce terrain géographique, 3 ou 4 tournées sont réalisées. Certaines « sous-équipes » sont très petites (2 à 3 intervenants). Néanmoins, la non-séparation de cette équipe a plusieurs conséquences : un nombre important d'intervenants présents en réunion ne favorisant pas un espace de parole dédié à chacun, la difficulté de coordination et communication (Hackman, J. R., & Vidmar, N. (1970)) ou encore le sentiment d'appartenance à l'équipe. La **coordination interne et donc la communication en sont donc limitées**. Quant aux SAD 1, 2 et 3, le nombre d'intervenants reste cohérent au modèle initial d'équipe locale et autonome (entre 8 et 12 intervenants).
- Formalisation limitée des échanges ou des décisions prises : Que ce soit sur la personnalisation de la prise en charge, la coordination des interventions entre professionnels ou encore les échanges lors des réunions, la formalisation reste limitée (absence de projet personnalisé, absence de compte-rendu de réunion...) et ne permet pas toujours de valoriser le travail effectué. Cette formalisation doit influencer les actions des professionnels, notamment au sein d'une équipe, mais peut aussi parfois limiter la capacité à innover et à s'adapter aux circonstances changeantes (Giddens, 1984)

- Risque de surimplication des intervenants à domicile, ou à l'inverse, risque que les besoins personnels des intervenants priment sur ceux des personnes accompagnées : L'autonomie des intervenants à domicile leur permet certes de gagner en qualité de vie au travail, mais peut également entraîner certains débordements, notamment celui de faire passer ses besoins personnels devant ceux des bénéficiaires. Elle entraîne donc des risques éthiques et ses pratiques associées, notamment sur la qualité des soins (Tronto, 1994). La personnalisation de la prise en charge, son efficacité et sa sécurité peuvent alors être directement impactées par une planification de la prise en charge en décalage des besoins d'intervention. À ce titre, Beresford (2002) explore les tensions entre les besoins personnels (des professionnels) et ceux des usagers en soulignant l'importance de former les intervenants à gérer ces tensions pour garantir des pratiques professionnelles éthiques et centrées sur les bénéficiaires.
- Absence de mobilisation et de sensibilisation/formation des intervenants à domicile sur la démarche qualité : La majorité des intervenants à domicile **n'est pas sollicitée par leurs services dans le système de suivi de la qualité et de la sécurisation des accompagnements**. Ce point n'a pas évolué avec la mise en place des équipes locales et autonomes. Les intervenants n'ont pas connaissance des attentes en matière de démarche qualité et d'outils obligatoires garantissant l'exercice des droits des usagers.
- Organisation irrégulière de réunions d'équipe : cette limite peut concerner l'observation d'autres équipes locales et autonomes des SAD suivis (exemple du SAD 3) ou des périodes particulières de vie d'une équipe (en cas de turn-over important, de manque de personnel...). L'ensemble des équipes n'organise pas des réunions si régulières, notamment pour des raisons économiques ou de difficultés d'organisation du service. Les services sont attentifs aux taux de productivité des intervenants à domicile et ne peuvent se permettre d'augmenter le travail rémunéré non facturé (dans le cadre de l'APA, de la PCH ou en direct auprès de l'utilisateur). Dans le même temps, le SAD organise des réunions hebdomadaires et ne reviendrait pas sur cette modalité.
- Absence de formation et de formalisation sur le repérage de la perte d'autonomie : au-delà de l'absence d'outils permettant d'évaluer la perte d'autonomie, les intervenants à domicile ne sont pas formés au repérage ou à la prévention du risque de perte d'autonomie, rendant complexe une compétence homogène à ce sujet.

Conclusion de l'Hypothèse 1

Cette étude a exploré divers aspects de la transformation en équipes locales et autonomes dans les Services Autonomie à Domicile (SAD) et tout particulièrement sur l'hypothèse de l'amélioration de la qualité de l'accompagnement. Plusieurs critères ont été analysés pour évaluer la réalisation de cette hypothèse : la personnalisation de la prise en charge, la qualité et sécurité de l'accompagnement, le soutien à domicile de la personne accompagnée, la coordination interne/externe et la communication ainsi que la prévention et les liens sociaux.

Personnalisation de la prise en charge : L'organisation en équipes locales et autonomes au sein des services d'aide à domicile (SAD) a significativement amélioré la personnalisation des accompagnements. La proximité des intervenants avec les bénéficiaires, favorisée par une sectorisation des interventions et une régularité des tournées ainsi que des temps de rencontre réguliers entre intervenants formels (réunions) et informels (messenger), a permis une meilleure connaissance des besoins individuels. Cette connaissance partagée au sein de l'équipe renforce la relation de confiance et assure une continuité dans la prise en charge, même en cas de remplacement. Les plannings d'intervention, co-construits et adaptés aux spécificités de la personne accompagnée (besoins, attentes, spécificités liées à l'accompagnement) contribuent à cette personnalisation. Les échanges réguliers entre les professionnels permettent une évaluation collective des besoins et une adaptation des prestations en conséquence. Bien que les projets personnalisés ne soient pas systématiquement formalisés, les échanges entre les intervenants et les bénéficiaires sont valorisés et permettent de répondre de manière plus adaptée aux attentes de chacun. Cette approche a également des impacts positifs sur la coordination des soins et la réponse aux besoins de santé. Si des limites persistent en termes d'outils formalisés (projet personnalisé, outils de communication externe...) et de communication entre les différents acteurs, la mise en place d'équipes locales et autonomes favorise une meilleure organisation de la prise en charge globale des bénéficiaires. En conclusion, l'organisation en équipes locales et autonomes a permis de passer d'une personnalisation fondée sur l'expertise individuelle des intervenants à une personnalisation collective, basée sur la concertation et le partage d'informations. Cette évolution garantit une meilleure qualité et une plus grande cohérence dans l'accompagnement, contribuant ainsi à prévenir la perte d'autonomie et repérer les signes de fragilités des personnes accompagnées.

Qualité et sécurité de l'accompagnement : La transformation a significativement amélioré la qualité et la sécurité des accompagnements grâce tout d'abord à une meilleure organisation en équipes, favorisée par une polyvalence accrue des intervenants et une communication renforcée entre eux et avec les bénéficiaires. Les réunions régulières permettent de partager les connaissances, d'ajuster les accompagnements et de garantir une meilleure continuité de prise en charge. Cette dynamique a

également permis de réduire les plaintes et les réclamations. Les effets positifs sur la traçabilité et le suivi des accompagnements ne sont pour autant pas encore visibles (absence de compte-rendu de réunion, non-formalisation des projets personnalisés...). Les outils de communication et les réunions régulières facilitent la remontée d'informations, mais cette culture de l'écrit reste à renforcer. L'efficacité et la qualité des prises en charge sont perçues comme améliorées par l'ensemble des acteurs (intervenants, bénéficiaires, responsables) par une meilleure connaissance des bénéficiaires et une plus grande réactivité de l'équipe. L'autonomie des intervenants est également renforcée, favorisant ainsi une plus grande implication et une meilleure qualité des prestations. En conclusion, l'organisation en équipes locales et autonomes constitue une avancée significative dans la qualité des accompagnements à domicile. Elle permet une meilleure coordination interne, une personnalisation accrue des prises en charge et une plus grande satisfaction des bénéficiaires et des professionnels.

Soutien à domicile de la personne accompagnée : L'impact de la mise en place d'équipes locales et autonomes sur une amélioration du maintien à domicile des personnes accompagnées n'a pas pu être clairement démontré à l'issue de cette expérimentation. Les données recueillies ne permettent pas d'affirmer que ce modèle organisationnel ait allongé significativement la durée du maintien à domicile ou ait réduit les séjours d'hospitalisation ou leur nombre. Cette absence de résultat probant s'explique par plusieurs facteurs comme la grande diversité des profils des personnes accompagnées, une hétérogénéité des états de santé, la présence d'aidants ou encore les ressources financières, qui peuvent influencer davantage la durée de vie à domicile que l'organisation du service. Cependant, cette transformation a permis d'observer des améliorations concernant réclamations liées aux retards ou aux changements d'intervenants.

Coordination interne/externe et communication : la coordination interne et externe a été en partie améliorée grâce à la transformation. Cette amélioration se manifeste par une continuité accrue des prises en charge et une satisfaction globale de l'ensemble des parties prenantes concernant la coordination des équipes. Cette continuité est rendue possible grâce à une organisation interne solide, notamment l'instauration d'astreintes techniques et administratives qui assurent une prise en charge continue, ainsi que des modalités de remplacement effectives entre intervenants. Les équipes font preuve d'une grande réactivité et d'une efficacité dans la résolution des problématiques rencontrées lors des accompagnements. Les difficultés sont abordées collectivement lors des réunions d'équipe, favorisant ainsi la recherche de solutions adaptées. Bien que la coordination interne se soit nettement améliorée, la coordination avec les réseaux de santé externes nécessite encore des efforts. Malgré les échanges réguliers entre les intervenants et les professionnels de santé lors des visites à domicile, il n'existe pas encore d'outils de coordination formalisés et communs à tous les services. Le rôle du responsable de secteur demeure central dans cette dynamique. Il anime les réunions d'équipe, facilite la communication

et assure le lien avec les autres acteurs du territoire. Plusieurs facteurs ont concouru à renforcer cette coordination : la sectorisation restreinte du territoire, les réunions régulières et l'autonomie accordée aux équipes.

Prévention et liens sociaux : l'expérimentation n'a pas permis de démontrer de manière formelle une amélioration significative de la prévention et des liens sociaux. L'inclusion sociale, le développement d'interactions sociales ou encore le soutien et le répit de l'aidant sont des effets qui n'ont pas été formellement observés dans les 4 SAD, car les services n'ont pas modifié leur offre de service et ne disposent pas toujours d'une connaissance ou de liens avec les ressources existantes sur le territoire (plateforme de répit, ateliers de prévention...). Cela reste une limite dans le déploiement du modèle. Cependant, plusieurs éléments positifs ont été observés comme le renforcement de la vigilance des professionnels (les intervenants sont plus attentifs aux signes de perte d'autonomie et discutent régulièrement de l'évolution de l'état de santé des bénéficiaires ou des aidants lors des réunions d'équipe) ; l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle : les échanges entre les intervenants à domicile ont favorisé une meilleure coordination de la prise en charge et un repérage plus précoce des besoins) ; et le renforcement du lien social (les liens étroits établis entre les équipes, les bénéficiaires et leurs aidants ont contribué à maintenir le lien social et à prévenir l'isolement).



II.2 – Hypothèse 2 : Amélioration de la qualité de vie au travail et le développement des compétences

La transformation permet-elle d'améliorer la qualité de vie au travail du personnel ? In fine, observe-t-on une amélioration de l'attractivité du secteur ? de vie au travail du personnel ?

Le second volet de cette évaluation cherche à analyser l'impact du modèle des équipes locales et autonomes en termes de qualité de vie au travail et de développement des compétences des professionnels. L'analyse et la mesure de l'amélioration de la qualité de vie au travail et le développement des compétences reposent sur plusieurs dimensions : le développement de compétences, la coordination et la prise de décision, l'organisation du service, le soutien et la reconnaissance, la prévention des risques professionnels et le bien-être au travail, et enfin l'organisation interne du service.

Effets	T 1,5	T 2,5
Compétences et savoir-être		
Développement des compétences et savoir-être	+/-	+
Gestion des conflits entre les membres de l'équipe	+/-	+/-
Développement de la polyvalence des intervenants	+/-	+
Hausse du nombre d'heures de formation par intervenant	+/-	+
Développement de l'employabilité	+/-	+/-
Coordination et prise de décision		
Circulation de l'information au sein de l'équipe	+/-	+
Échanges et prises de décisions au sein de l'équipe	+/-	+
Réactivité dans la prise de décisions liée à l'organisation interne	+/-	+
Adhésion et acceptabilité des décisions	+/-	+
Partage d'expérience entre intervenants et coachs	+/-	+
Soutien et reconnaissance		
Reconnaissance et valorisation des intervenants	+/-	+
Autonomie et responsabilisation des professionnels	+/-	+
Soutien et accompagnement des intervenants	+/-	+
Cohésion d'équipe, création de liens entre intervenants et sentiment d'appartenance à l'équipe et à l'organisation	+/-	+
Meilleure intégration des nouveaux intervenants	+/-	+
Prévention des risques professionnels et bien-être au travail		
Repérage des risques et prévention professionnelle/conseil et partage sur les pratiques professionnelles	+/-	+/-

Effets	T 1,5	T 2,5
Baisse des accidents de trajets et des TMS	+/-	+/-
Adaptation du planning aux besoins des intervenants (remplacement, gestion de congé, etc.)	+/-	+
Conciliation vie privée-vie professionnelle	+/-	+
Fidélisation des équipes	+/-	+/-
Organisation interne du service		
Simplification des processus administratifs (suivi activité, échange d'informations, modification planning...)	-	-
Allègement des contraintes administratives pour les intervenants	-	-
Diminution du besoin de soutien administratif des équipes	-	-
Ajustement du volume des effectifs administratifs	-	-
Hausse du temps de travail par intervenant et du nombre de temps plein	+/-	+/-

Entre T0 et T2,5, **quinze effets sur les 25 du référentiel d'évaluation ont pu être observés auprès des quatre SAD évalués** sur l'hypothèse relative à l'amélioration de la qualité de vie au travail et au développement des compétences :

- Développement des compétences et savoir-être
- Développement de la polyvalence des intervenants
- Hausse du nombre d'heures de formation par intervenant
- Circulation de l'information au sein de l'équipe
- Échanges et prises de décisions au sein de l'équipe
- Réactivité dans la prise de décisions liée à l'organisation interne
- Adhésion et acceptabilité des décisions
- Partage de l'expérience entre intervenants et coachs
- Reconnaissance et valorisation des intervenants
- Autonomie et responsabilisation des professionnels
- Soutien et accompagnement des intervenants
- Cohésion d'équipe, création de liens entre intervenants et sentiment d'appartenance à l'équipe et à l'organisation
- Meilleure intégration des nouveaux intervenants
- Adaptation du planning aux besoins des intervenants (remplacement, gestion de congé, etc.)
- Conciliation vie privée-vie professionnelle

D'autres effets ont également été observés partiellement auprès de certains SAD évalués, à savoir :

- Gestion des conflits entre les membres de l'équipe
- Développement de l'employabilité
- Repérage des risques et prévention professionnelle/conseil et partage sur les pratiques professionnelles
- Baisse des accidents de trajets et des TMS
- Fidélisation des équipes
- Hausse du temps de travail par intervenant et du nombre de temps plein

Enfin, seul le dernier item « organisation interne du service » contient des effets non observés de l'hypothèse :

- Simplification des processus administratifs (suivi activité, échange d'informations, modification planning...)
- Allègement des contraintes administratives pour les intervenants
- Diminution du besoin de soutien administratif des équipes
- Ajustement du volume des effectifs administratifs

II.2.1 – Le développement des compétences et savoir-être

Les Services Autonomie à Domicile (SAD) doivent s'adapter pour mieux répondre à la hausse de la perte d'autonomie et aux exigences de qualité croissantes. Cette évolution passe par en particulier une professionnalisation accrue et le développement des compétences des intervenants, essentiels pour améliorer l'employabilité et l'attractivité du métier. L'avenant 43 dans la branche de l'Aide et des Soins à Domicile soutient cette dynamique en revalorisant les métiers, en créant des parcours professionnels et en reconnaissant mieux les compétences et l'expérience des intervenants.

La mise en place d'équipes locales et autonomes renforce cette valorisation en permettant aux intervenants de développer leur capacité d'action, ce qui favorise le développement de leurs compétences.

La mise en place des équipes locales et autonomes a permis le développement des compétences. Ce constat est basé sur les éléments suivants :

- Les intervenants, malgré des statuts similaires, ont des expériences et compétences variées (compétences techniques, compétences relationnelles, compétences en gestion du stress, etc.). Par ailleurs, leur niveau d'autonomie, de conscience professionnelle (objectivée en fonction de l'engagement porté à leurs missions, de la rigueur dans les prestations, du respect des procédures, de la capacité à suivre les directives, de la satisfaction des bénéficiaires, de la résolution de problématiques...) et de formation continue est central pour la mise en œuvre efficace du modèle d'organisation en équipe locale et autonome.



« Il existe des **différences de compétences entre les intervenants avec des prestations différentes aussi...** par exemple entre les aides aux tâches d'entretien et les aides aux repas, ou encore les aides à la toilette... chaque intervenant à ses spécialités. ... Certains préfèrent faire de l'entretien, d'autres plutôt de l'aide à la personne. **Ça dépend des personnalités aussi** », Assistante de secteur du SAD 2



Indicateur clé : À T 2,5, la part des intervenants avec un projet de formation continue était plus importante au sein des équipes transformées (33 %) que dans les équipes non transformées (7 %). Ces chiffres ont malgré tout chuté depuis le début de la transformation avec une moyenne de 40 % des intervenants avec un projet de formation pour les équipes en transformation et 62 % pour les équipes non transformées.

- Selon le modèle d'équipes locales et autonomes, les équipes nécessitent **des qualités humaines et de savoir-être** différentes de celles requises dans une organisation hiérarchique. Les intervenants doivent apprendre à mieux communiquer, se consulter mutuellement et prendre des décisions ensemble. Les analyses complémentaires réalisées dans l'étude intitulée : *Pourquoi former des « non qualifiés » ? Le cas des agents d'entretien et des aides à domicile* (Burie et al., 2024) a montré que la manière dont les salariés déclarent et reconnaissent la mise en œuvre de leurs compétences dépend largement du contexte organisationnel. En effet, toujours dans l'analyse citée, les salariés travaillant de manière isolée ne mettent pas en avant la complexité de leurs compétences. Ceux évoluant dans un cadre plus collectif, avec davantage de réunions et d'échanges, soulignent beaucoup plus ces compétences, car ces interactions facilitent la prise de conscience de la richesse de leur savoir-faire. Ainsi, le fonctionnement en équipe, avec des réunions plus régulières et des échanges sur le travail réel de chacun, comme observé lors des visites des quatre SAD expérimentaux, joue **un rôle clé dans la prise de conscience, par les salariés eux-mêmes, des savoirs, savoir-faire ou savoir-être qu'ils doivent mobiliser**. En effet, les réunions auxquelles nous avons pu assister ont été régulièrement l'occasion d'observer ce phénomène : raconter son travail à ses collègues participe à la prise de conscience de sa complexité. Les réunions d'échanges ont contribué à renforcer la clarification des rôles, des missions et du cadre

d'intervention des intervenants, leur permettant ainsi d'accompagner les personnes de manière plus cohérente et adaptée. Elles ont permis de réaffirmer les responsabilités de chacun et de préciser les limites de leurs interventions. Il pourrait être questionné la notion de développement de compétences en tant que telles, mais, en considérant une meilleure compréhension des attentes et des responsabilités, les intervenants pourraient se sentir plus « sûrs » et compétents dans leurs pratiques. L'expérimentation a démontré les éléments suivants :

Compétences des intervenants attendues du modèle	SAD 1	SAD 2	SAD 3	SAD 4
Maîtrise des outils numériques	+/-	+	+/-	-
Rédaction d'écrits professionnels de qualité	-	-	-	-
Connaissance du droit du travail	+/-	+	+/-	+
Compréhension des enjeux économiques et culture économique	+	+	+/-	+/-
Gestion des plannings et planification des congés	+	+	+/-	+
Co-construction et personnalisation des prises en charge	+	+	+/-	+
Animation de réunion	-	+/-	-	+/-
Maîtrise de la méthode d'interaction SDMI et CNV (communication orientée solution/ou non violente)	-	-	-	-
Compétences en communication orale et écoute active	+	+	+	+
Prise de décision partagée et collaborative	+	+/-	+/-	+
Coordination entre les équipes et les aidants formels et informels du secteur d'intervention	-	+/-	+/-	-

+	Compétence observée
+/-	Compétence partiellement observée
-	Compétence non observée

- La gestion de conflit n'est pas un sujet qui est vraiment ressorti des entretiens. Lors de ces échanges, aucune structure n'a évoqué des tensions particulièrement présentes au sein des équipes à T0 ou T2.5. En revanche, il y a tout de même des évolutions diverses dans les indicateurs relatifs à la part de professionnels ayant assisté à des conflits entre collègues au sein de l'équipe. Les équipes transformées du SAD 2 et 4 ont récolté un taux de 16 % et 50 % à T0 suivie d'une légère augmentation avec respectivement 20 % et 62,5 % à T2.5 tandis que le SAD 1 observe une évolution positive avec 50 % pour les équipes transformées à T0 et 20 % à T2.5. Il semblerait que la mise en place des équipes locales et autonomes apporte une nouvelle dynamique favorable à la gestion de conflits. En effet l'association du SAD 1 utilise régulièrement la charte rédigée en amont des transformations pour refaire un point sur les valeurs dans les équipes qui rencontreraient des tensions.



Indicateur clé : En moyenne à T0 les équipes en transformation 29 % des intervenants ont assisté à un conflit, donnée inférieure à celle des équipes non transformées qui s'élève à 78 %. À T2.5, cet équilibre s'inverse avec un taux de 34 % pour les équipes locales et autonomes contre 21 % pour les équipes non transformées.

- La mise en place d'un fonctionnement en équipe locale et autonome s'accompagne le plus souvent **du transfert de nouvelles missions ou tâches aux intervenants à domicile**. Une des quatre structures (le SAD 2) formalise de manière assez précise différents « rôles » (planning, tutorat, recrutement par exemple) tandis que les autres services laissent une plus grande marge de manœuvre aux salariés pour répartir ces nouvelles activités de manière informelle. La prise en charge de ces dernières **nécessite également des compétences nouvelles par rapport à un fonctionnement plus hiérarchisé et descendant où l'intégralité de la gestion (notamment des plannings) demeure effectuée par les personnels administratifs**. Le SAD 2 a formé les intervenants à domicile **à la communication**, ce qui a eu un impact sur le soutien des intervenants au sein de l'équipe. Ils apprennent ainsi à pouvoir s'écouter, se respecter et s'accompagner dans leurs pratiques au quotidien.

- Les échanges et l'analyse partagée de certaines pratiques auprès de certaines personnes accompagnées (notamment sur les cas complexes), observées lors des visites, **permettent la diffusion de certaines compétences individuelles aux autres membres de l'équipe (gestes et postures, manipulation d'équipements, adaptabilité en cas de perte d'autonomie...)**. Non seulement des formes de compétences collectives peuvent se développer, mais surtout **des apprentissages réciproques deviennent possibles dès lors que le travail s'avère moins isolé**. À nouveau, les observations de réunions d'équipe ont permis de voir comment la discussion autour des situations des bénéficiaires, notamment lorsqu'elles concernent la résolution de difficultés spécifiques (accompagnement à la douche, prise de repas, relations avec l'entourage, etc.), **permet des transferts de compétences**.
- L'employabilité des intervenants à domicile est élevée en raison des difficultés de recrutement dans le secteur, mais elle dépend aussi de leur capacité à évoluer professionnellement. Le développement des compétences via le modèle des équipes locales et autonomes pourrait renforcer cette employabilité et favoriser des évolutions vers d'autres métiers. Néanmoins, cet effet n'est pas clairement observé, notamment comparativement aux équipes non transformées.



Indicateur clé : À T0, seulement **10 %** des intervenants dans les équipes transformées et **43,7 %** dans les équipes non transformées estiment avoir des perspectives de promotion satisfaisantes. À T 2,5, ces taux montent à **62,9 %** pour les équipes transformées et **85,7 %** pour les équipes non transformées.

Concernant le sentiment de précarité sociale, à T0, environ **50 %** des intervenants se sentent en situation de précarité. À T 2,5, ce taux diminue à **20 %** dans les équipes transformées et **14 %** dans les équipes non transformées. Les résultats montrent une nette amélioration de la perception des perspectives de promotion et une diminution du sentiment de précarité, en particulier au sein des équipes transformées. Cependant, il est important de noter que les effets observés peuvent être partiellement attribués à des facteurs externes, comme l'augmentation des rémunérations suite à l'avenant 43, plutôt qu'au seul modèle des équipes autonomes.



Indicateur clé : À T0, environ, **52 %** pour les équipes en transformation et **49 %** pour les équipes non transformées se sentent en situation de précarité. À T2.5 les équipes obtiennent respectivement des taux de **20 %** et **14 %**.

II.2.2 – La coordination et prise de décision

Selon le modèle des équipes locales et autonomes, les équipes matures ont la responsabilité de formaliser et de s'approprier leurs règles de fonctionnement. Cela implique la co-construction des méthodes de travail, favorisant ainsi la coordination et la prise de décision collective. L'un des objectifs de ce modèle est que tous les membres d'une équipe d'intervenants à domicile puissent travailler ensemble pour programmer et suivre les interventions. Les équipes doivent se coordonner et prendre des décisions de manière réactive, ce qui améliore l'efficacité opérationnelle.

La mise en place des équipes locales et autonomes a permis de développer la coordination et la prise de décision en équipe. Ce constat est fondé sur les éléments suivants :

- **À T0, la coordination et les prises de décision étaient principalement effectuées par la direction et les responsables de secteur.** Ce mode de fonctionnement centralisé ne favorisait pas toujours l'acceptabilité des décisions ni la bonne circulation de l'information entre intervenants. Les décisions prises par la direction pouvaient parfois manquer de soutien de la part des intervenants, ce qui pouvait entraîner des inefficacités et des malentendus : il s'agissait par exemple des changements de plannings par les responsables de secteur qui pouvaient être jugés comme incohérents (différents secteurs sur une même journée) par les intervenants.



*« Autre exemple qu'une intervenante m'a rapporté : Sur mon trajet : en ce moment il y a des travaux avec des déviations. Mais mon **planning n'est pas adapté**. Si j'avais l'autonomie pour, je pourrais inverser les interventions, je sais que mes bénéficiaires ne seront pas contre, et je gagnerai du temps et des kilomètres. »* Direction SAD 1 à T0

- **À T2.5 une amélioration significative de la communication interne est constatée grâce à la rapidité des échanges via la messagerie instantanée.** Les intervenants peuvent désormais communiquer instantanément, partager des informations importantes et résoudre rapidement les problématiques d'accompagnement ou d'organisation interne.



« Il y a plus de communication entre nous. En comparaison, les autres professionnels du service ne se parlent pas. Ils ne s'appellent presque jamais. Aujourd'hui on se concerte plus, on échange beaucoup, notamment sur WhatsApp. » Intervenants SAD 4

- **L'organisation de réunions de coordination** a également contribué à cette amélioration de la communication interne. Ces réunions régulières, réalisées dans tous les SAD observés, permettent aux membres de l'équipe de se rencontrer, de discuter des problématiques rencontrées aux domiciles (accès au logement, difficultés de mobilisation de la personne, difficultés de communication avec la personne ou la famille) et de coordonner leurs actions, renforçant ainsi la cohésion et l'efficacité de l'équipe. L'ensemble des équipes locales et autonomes observées ont noté une **amélioration notable de la réactivité dans le processus décisionnel depuis T0** grâce à la mise en place de réunions régulières et de la messagerie instantanée. Il est d'ailleurs évoqué dans « *Formes et effets de l'autonomie au travail : le cas des aides à domicile dans la construction de leurs propres plannings* » (Flamard, L., & Marchand, X. (2021) que ces concertations permettent aux aides à domicile de gagner en flexibilité pour obtenir de nouvelles marges de manœuvre dans leur travail et leur organisation.

En parallèle, les temps de réunion ont été expérimentés dans d'autres types d'ESMS et y ont également montré des aspects positifs. Notamment en EHPAD comme décrit dans l'article « Les espaces de discussion sur le travail font consensus dans les EHPAD aveyronnais » (Hospimedia, 2024) les salariés se sont retrouvés dans « un cadre apaisé » avec des résolutions de problématiques plus efficaces, une diminution de l'absentéisme ou encore une libération de la parole pour tous.



Indicateur clé : 86 % des intervenants de l'équipe autonome sont d'accord avec les décisions prises à T2.5 contre 83 % à T0, en revanche ce taux a baissé pour les équipes non transformées qui sont passées de 69 % à 66,5 % en moyenne.



Indicateurs clés : Le taux d'intervenant déclarant un sentiment de réactivité concernant la prise de décision dans l'organisation interne a évolué de 83 % pour T0 à 87 % pour T2.5 pour les équipes autonomes. Les équipes non autonomes ont un taux inférieur et en baisse passant de 69 % à 66,5 %.



« L'équipe est réactive, car ils sont en petits groupes de 8, les décisions sont prises principalement en réunion. » (Responsable de secteur)

Bien que la mise en place des équipes locales et autonomes ait significativement amélioré la coordination et la prise de décision, certains points restent perfectibles. Aucun des SAD ne formalise et ne partage de compte rendu de réunion, posant des problèmes de suivi et de traçabilité des décisions. Un autre point à améliorer est la sécurisation des messageries internes. À l'exception du SAD 1 qui possède une messagerie sécurisée, aucun autre SAD ne dispose de cela, certains utilisent même leur téléphone personnel (SAD 3 et 4) avec l'utilisation de WhatsApp et le SAD 1 pour se téléphoner, ce qui pose des questions sur la limite entre la vie professionnelle et personnelle.

II.2.3 – Le soutien et la reconnaissance

La mise en place des équipes locales et autonomes au sein des SAD a eu pour objectif de renforcer le soutien et la reconnaissance des intervenants, tout en favorisant une plus grande autonomie et responsabilisation. Cette transformation vise à améliorer la cohésion d'équipe, à mieux répondre aux besoins des bénéficiaires et à offrir de nouvelles perspectives professionnelles aux intervenants.

La mise en place des équipes locales et autonomes a permis de développer le soutien et la reconnaissance.

Ce constat est basé sur les éléments suivants :

- Globalement, **le soutien et la reconnaissance des intervenants** se sont développés grâce à la meilleure perception de leur propre utilité et participation active à l'accompagnement global de l'utilisateur. Cet effet s'est particulièrement accentué de par une implication accrue des intervenants dans la co-construction des prises en charge lors des réunions. Bien qu'ils ne soient pas nombreux, les nouveaux rôles et responsabilités, comme celui de référente intégration au SAD 2, ont renforcé ce sentiment, notamment grâce à une participation plus active dans les décisions. Cependant, selon les échanges réalisés durant les différents entretiens avec les intervenants des équipes transformées, il semblerait que la reconnaissance extérieure de leur métier n'a pas beaucoup évolué.



Indicateur clé : Le taux moyen d'intervenants ayant le sentiment de bénéficier d'un soutien suffisant dans les situations difficiles au travail a évolué de 86,5 % à 89 % entre T0 et T2.5 pour l'équipe locale et autonome et de 74,6 % à 67,5 % pour l'équipe non transformée.

- **L'autonomie et la responsabilisation des intervenants connaissent des variations selon les SAD.**

Certains intervenants ont gagné en autonomie dans la planification et la gestion des remplacements, tandis que d'autres assument plus de responsabilités dans la gestion des problématiques avec les bénéficiaires de façon continue et grandissante. Néanmoins, les équipes entrent dans une situation qui pourrait être qualifiée de « donnant-donnant », comme exposé dans « *Formes et effets de l'autonomie au travail : le cas des aides à domicile dans la construction de leurs propres plannings.* » (Flamard, L., & Marchand, X. (2021)), qui leur permet de s'impliquer dans les différentes actions (personnalisation de l'accompagnement, satisfaction des bénéficiaires, prise en compte de la modulation...) tout en ayant la main pour construire leurs conditions de travail (planning, relations avec l'équipe...). D'après les intervenants des structures rencontrées, le manque d'autonomie donnée sur certaines tâches provient également du manque de temps :



« on a des plannings surchargés et on ne peut pas dédier du temps pour contribuer aux évaluations des besoins des usagers... il faudrait nous ajouter du temps de travail (hors intervention) » (intervenant)

- Selon l'ensemble des intervenants des équipes locales et autonomes interrogés, les réunions d'équipe régulières ont **renforcé le sentiment d'appartenance et de cohésion au sein des équipes.**

Ce phénomène est souvent favorisé par l'augmentation de l'autonomie, qui renforce non seulement l'engagement des individus, mais aussi leur intégration dans un projet collectif plus large. Comme le souligne Hackman (2002), l'autonomie au sein des équipes génère un environnement de travail où les membres se sentent investis et responsabilisés, favorisant ainsi la cohésion d'équipe et un sentiment d'identité collective.

Des divisions ont parfois affaibli les liens entre certains membres des équipes étudiées. En effet, la dynamique d'équipe a parfois généré de la concurrence entre les aides à domicile, notamment visible au SAD 4, soulignant la nécessité de surveiller les risques de dysfonctionnement organisationnel. L'ambiance dans les différentes équipes reste tout de même très favorable.

Indicateur clé : L'ambiance est jugée favorable depuis T0 avec 100 % des répondants ayant cette opinion contre 93,3 % à T2.5 pour les équipes autonomes. En comparaison, les équipes non transformées sont passées de 79 % à 91 % sachant qu'il n'y a eu que deux SAD qui ont répondu pour les équipes non transformées à T2.5.



- **Le sentiment de soutien en cas de situations difficiles** au travail a augmenté dans deux des SAD (SAD 2 et 4), grâce à la présence continue des responsables de secteur et à des changements organisationnels comme l'introduction d'assistantes de planification. Ces changements ont également contribué à une meilleure accessibilité et disponibilité des responsables de secteur pour les équipes. En ce qui concerne les deux autres SAD, l'un n'a pas fourni les questionnaires demandés et l'autre SAD (SAD 1) a subi une longue période sans responsable de secteur entre 2022/2023, avec un recrutement fin 2023 ce qui peut possiblement justifier la baisse puis la hausse à nouveau du sentiment de soutiens en situation difficile.



Indicateur clé : À T0 Le sentiment de soutien en cas de situations difficiles au travail était de 87 % pour les équipes en transformation et de 75 % pour les équipes non transformées. À T2.5, ces taux ont légèrement baissé à, respectivement, 83 % et 68 %. Spécifiquement au SAD 1, les données de l'équipe autonome ont évolué de 100 % à T0, passant par 50 % à T1.5 puis à 80 % à T2.5.

Le SAD 3 a intégré **des coordinateurs** issus du terrain pour faciliter le lien entre les aides à domicile et les responsables de secteur. Ces coordinateurs, forts de leur expérience, établissent un lien de confiance plus étroit, favorisent la transmission d'informations et résolvent rapidement les problèmes de planning. Leur proximité avec les intervenants sur le terrain améliore la compréhension des besoins et renforce la collaboration, contribuant ainsi à l'efficacité de l'équipe.

- Les SAD **ont maintenu leurs méthodes d'intégration**, avec une exception notable pour le SAD 2 qui a introduit une référente d'intégration formée au tutorat. L'intégration des nouveaux arrivants semble s'être améliorée grâce aux réunions d'équipe, qui permettent de prévenir l'isolement et de favoriser une meilleure inclusion. Ces effets ont été verbalisés lors des entretiens, malgré tout, les chiffres concernant le taux moyen de satisfaction de l'intégration au sein des équipes autonomes, relevés par le questionnaire, sont en baisse entre T0 et T2.5 restant plus élevés que ceux des équipes non transformées.



Indicateur clé : Le taux de satisfaction moyen concernant l'intégration est de 83 % à T0 et 74 % à T2.5 pour les équipes autonomes et de 63 % à T0 et 67 % à T2.5 pour les équipes non transformées.

II.2.4 – La prévention des risques professionnels

Le secteur de l'aide à domicile présente une sinistralité élevée, avec un indice de fréquence des accidents de travail évalué par la CNAM comme trois fois supérieur à la moyenne nationale, dépassant même celui du BTP. Les intervenants font face à divers risques : accidents de la route, agressions, chutes, risques chimiques et infectieux, risques psychosociaux en lien notamment avec l'isolement, et troubles musculo-squelettiques (TMS) liés à la pénibilité physique et à l'inadaptation des logements. Les professionnels administratifs, notamment les responsables de secteur, sont également exposés à des risques professionnels, autant physiques que psychosociaux, dus à la gestion des demandes et des objectifs du service.

Pour répondre à ces défis, une stratégie structurante de sensibilisation, de formation et de prévention a été mise en place dans les SAD, de manière générale, afin de réduire la sinistralité, valoriser les métiers et améliorer les conditions de travail. Les innovations organisationnelles, telles que les équipes autonomes, jouent un rôle clé en permettant aux professionnels de se réappropriier le sens de leur activité et de se responsabiliser.

La mise en place des équipes locales et autonomes a permis de développer la prévention des risques professionnels. Ce constat est fondé sur les éléments suivants :

- À T0, tous les services disposaient d'un **document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)** et d'un **plan d'action formalisé et suivi**. Cependant, la prévention et le repérage des risques professionnels étaient peu discutés avec les intervenants, qu'ils fassent partie des équipes en transformation ou non. À T2,5, la communication entre professionnels lors des réunions d'équipe, ainsi que de manière informelle, **permet aux intervenants et aux responsables de secteur d'échanger des conseils et des pratiques professionnelles**. Les intervenants des différentes équipes autonomes ont tous verbalisé, lors des entretiens, que ce nouveau mode de fonctionnement aide également à rompre le sentiment de solitude chez les intervenants.



« Désormais, nous nous connaissons toutes, nous avons la possibilité d'échanger en réunion ou de manière informelle sur les situations qui nous posent problème, pour nous ou le bénéficiaire. Nous ne sommes plus seules. On se sent soutenues ». (Intervenant)

« Cela nous permet d'échanger des retours d'expérience et de trouver collectivement des solutions. » (Intervenant)

Cet effet ne peut pas être considéré comme totalement observé suite à l'étude des données de part d'absence pour accident de travail. Les indicateurs évaluant le nombre d'absences pour accidents de travail montrent, en effet, une hausse des accidents pour le SAD 2 avec une part d'absentéisme pour accidents de travail de 8 % à T0 pour les équipes autonomes et non transformées, et de respectivement 23 % et 15 % à T2.5.



Indicateur clé : Au total, il y avait en moyenne 3 % et 8 % de part d'absence pour accident de travail pour les équipes en transformation et non transformées à T0. À T2.5, les données évoluent jusqu'à 8 % et 13 % essentiellement dus aux chiffres en augmentation pour le SAD 2 et les données de l'équipe non transformée du SAD 1 qui est passé de 11 % à 24 %.

- **On observe une diminution du taux d'absentéisme global** avec des taux passant de 13 % à 11 % pour les équipes transformées et de 15 % à 13 % pour les équipes non transformées. Le taux d'absentéisme pour maladie de courte durée a également chuté pour les deux types d'équipes, passant de 61 % à 8 % pour les équipes transformées et de 35 % à 5 % pour les équipes non transformées.

Ces indicateurs pourraient s'expliquer par la hausse de solidarité entre les intervenants visible dans chacune des structures visitées. Les intervenants rencontrés proposent régulièrement d'accompagner leurs collègues sur des cas complexes ou sont volontaires pour des remplacements. Cet effet est notamment expliqué dans l'article « Perceived Organizational Support » (Eisenberger et al. (1986), p. 501). Il s'appuie sur la théorie de l'échange social pour expliquer comment le POS (Concept de soutien organisationnel perçu) affecte les relations employé-organisation : Les employés qui perçoivent un soutien élevé de leur organisation sont plus susceptibles de développer un attachement émotionnel à cette organisation et de s'engager davantage dans leur travail.



Indicateur clé : Le **taux d'absentéisme global** passe de 13 % à T0 à 11 % à T 2,5 pour les équipes transformées et de 15 % à T0 à 13 % à T 2,5 pour les équipes non transformées.

Par ailleurs, le lien positif entre fonctionnement en équipe et soutenabilité du travail peut également faciliter des retours au travail (après maladie par exemple). Les observations réalisées dans une association étudiée permettent d'alimenter cette hypothèse :



« Monsieur... était aide à domicile, était en mi-temps thérapeutique après un arrêt de plusieurs semaines. Son retour à temps plein fait l'objet d'une discussion directe et explicite lors d'une réunion d'équipe. Les échanges permettent de redéfinir la liste de ses interventions en tenant compte de ses difficultés et rendent ainsi davantage possible la reprise totale. »
(Direction)

- L'évolution du turnover varie entre les SAD et est donc un effet partiellement observé en fonction des différents terrains d'expérimentation. Pour le SAD 2, on observe une diminution de 22 % à 0 % de T0 à T2.5. Le SAD 4 connaît une stabilisation de 0 % à T0, 33 % à T1.5, puis 11 % à T2.5. En revanche, le SAD 1 subit une augmentation significative (de 18 % à T0 à 114 % à T2.5). Cette hausse du turnover au SAD 1 s'explique par des facteurs extérieurs à la transformation propres à une accumulation de difficultés dans la vie personnelle de plusieurs salariées. Malgré l'absence de données quantitatives fournies, la direction du SAD 3 souligne, lors des entretiens, l'impact positif ressenti de la transformation en équipes autonomes sur la fidélisation des professionnels.
- **Le taux de TMS, basé sur le nombre d'intervenants déclarant en souffrir, a diminué pour les équipes transformées.** De plus, les intervenants de l'ensemble des SAD ont affirmé que grâce à la sectorisation et donc à la réduction des temps de déplacement, ils ressentent moins de fatigue liée aux trajets. Un lien existe entre les TMS et les trajets. Comme l'indique l'INRS (2024), « l'organisation du travail est au cœur de la démarche de prévention des TMS. (...) Dans une activité d'aide à domicile, les temps de trajet entre les domiciles (avec leurs aléas) doivent être pris en compte dans le temps de travail [pour la prévention des TMS]. »



Indicateur clé : Le **taux de TMS initialement à 69 %** passe à 62 % à T2.5 sur les équipes locales autonomes, **tandis qu'il a augmenté pour les équipes non transformées**, atteignant 84 % à T2.5 après avoir atteint un taux à 62 % à T0.



« Avant mon arrivée dans l'équipe autonome, je pouvais parcourir jusqu'à 60 km en voiture trois fois par jour. À présent, depuis mon affiliation à l'EA, j'effectue quotidiennement des trajets de 20 à 30 km. Cette situation est plus confortable. »
(Intervenant)

En parallèle s'observe une **hausse moyenne de la part d'absentéisme pour accidents de travail chez les deux types d'équipes**, passant de 3 % à 8 % pour les équipes transformées et de 8 % à 13 % pour les équipes non transformées. Cependant, une analyse révèle que cette augmentation est principalement due aux résultats du SAD 2, qui connaît une forte hausse de son taux entre T0 et T2,5 sans explications particulières.

- Entre T0 et T2,5, le taux d'intervenants déclarant être en capacité **de modifier les plannings** au sein des équipes transformées est passé de 55 % à 85 %, comparé à une augmentation très légère de 49 % à 54 % pour les équipes non transformées. Ces indicateurs indiquent une amélioration de l'autonomie et de la flexibilité des intervenants dans les équipes transformées. Selon l'étude « *Conditions de travail, DARES, 2019* », il existe un lien réel entre la densité du temps de travail et les possibilités d'articulation entre vie professionnelle et vie personnelle. Cette même étude fournit des éléments permettant d'appuyer l'hypothèse qu'un lien existe entre la faible densité du temps de travail et l'exposition à diverses pénibilités physiques, ou encore l'association entre l'existence de temps de discussion collective avec un plus grand sentiment de pouvoir tenir jusqu'à la retraite.



Indicateur clé : À T 2,5, la proportion d'intervenants des équipes transformées déclarant qu'il est facile de se décontracter et d'oublier le travail en rentrant à la maison est passée de 44 % à 72 %, contre une augmentation de 47 % à 61 % pour les équipes non transformées.

II.2.5 – L'organisation interne du service

Les effets attendus sur l'organisation interne du service n'ont, pour la plupart, pas été observés (cf. III.6). Ces effets portaient sur la simplification des processus administratifs, l'allègement des contraintes administratives, la diminution du besoin de soutien administratif des équipes, l'ajustement du volume des effectifs administratifs ainsi que la hausse du temps de travail par intervenant et la hausse du nombre de temps plein.

Le seul effet observé partiellement est celui de la hausse du temps de travail par les intervenants et du nombre de temps pleins. À T0, le temps de travail moyen par intervenant était de 82 % pour les équipes en transformation et de 78 % pour les équipes non autonomes. Ce taux a évolué à T2.5, atteignant 91 % pour les équipes locales et autonomes et seulement 57 % pour l'équipe non autonome. Malgré ces augmentations, l'aide à domicile reste largement marquée par le temps partiel, avec 66 % des intervenants en temps partiel selon l'enquête CDT 19 et des durées hebdomadaires moyennes de 26 heures. Cette persistance du temps partiel, malgré les tentatives d'introduire des contrats plus proches du temps plein, suggère que les conditions de travail ne répondent pas encore entièrement aux besoins des intervenants. Il est donc essentiel d'améliorer ces conditions et de promouvoir davantage les contrats à temps plein pour accroître la stabilité et la satisfaction du personnel.



Indicateur clé : Le temps de travail moyen par intervenant était de 82 % à T0 pour l'équipe autonome et de 78 % pour l'équipe non autonome, et a évolué à T2.5, atteignant 91 % pour l'équipe autonome et seulement 57 % pour l'équipe non autonome.



Indicateur clé : À T0 le taux de temps plein était en moyenne de 27 % pour les équipes en transformations et de 19 % pour les équipes non transformées. **Ce taux reste particulièrement stable pour les équipes autonomes avec 26 % à T2.5 et légèrement en hausse pour les équipes non transformées avec 31 % (hausse due à un seul SAD qui passe de 42 % à 85 %)**

Les orientations données par les indicateurs montrent que cet effet n'est pas forcément lié à la transformation en équipe locale et autonome.

II.2.6 – Effets non observés et limites identifiés

Certains effets n'ont pas été observés suite à la mise en place des équipes locales et autonomes, ils sont présentés ci-après.

Organisation interne du service :

- **« Simplification des processus administratifs » :** le seul processus administratif qui a été simplifié est celui de la sollicitation des usagers : Les bénéficiaires passent maintenant directement par les équipes et non plus par le service pour une question, une sollicitation ou encore une réclamation. La personne accompagnée a le numéro des intervenants qui l'aident à son domicile.

Les autres processus n'ont pas été simplifiés. En effet, les aides à domicile ne font pas de facturation ou encore de recrutement. Actuellement, les directions ne souhaitent pas donner ces responsabilités aux aides à domicile, par manque de confiance et d'outils. (cf. limites hypothèse 2 : **Le pouvoir d'agir des équipes autonomes entravé par l'absence de cadre structuré et de confiance établie**)



« Sur le recrutement, l'équipe n'est pas consultée sur ce sujet. Ce n'est pas un souhait : c'est la responsable de secteur qui suit l'activité. Il y a des informations que les intervenants ne veulent pas et qui doivent rester privées. La responsable de secteur reste le pilier de l'information. » (Direction)

- **« Allègement des contraintes administratives »** : À cette dernière phase d'évaluation, le sentiment de contrainte parmi les intervenants a fortement augmenté par rapport à T0, passant de 21 % à 41 % tandis que le taux pour les équipes non transformées baisse de 44 % à 0 % entre ces deux étapes de l'évaluation. Cette hausse peut s'expliquer par la responsabilité accrue des équipes et des intervenants dans la planification des prises en charge, impliquant une disponibilité constante pour répondre aux sollicitations des collègues et des responsables de secteur. Des études suggèrent que les **réformes administratives** peuvent avoir des effets variés en fonction de la manière dont elles sont mises en œuvre et des contextes organisationnels spécifiques. Par exemple, **Perry et al. (2006)** soulignent que les réformes visant à réduire la charge administrative peuvent échouer si elles ne sont pas accompagnées de mesures appropriées pour ajuster les processus organisationnels et les ressources nécessaires (Perry et al., 2006).



Indicateur clé : À T2.5, le sentiment de contrainte parmi les intervenants a augmenté de 21 % à 41 % tandis que le taux pour les équipes non transformées baisse de 44 % à 0 % entre ces deux étapes de l'évaluation.

- **« Diminution du besoin de soutien administratif des équipes »** : Les SAD n'ayant pas opéré de simplification dans les processus administratifs, il ne peut pas y avoir de diminution de soutien administratif dans les équipes.
- **« Ajustement du volume des effectifs administratifs »** : L'effet principalement attendu était la baisse du volume d'effectif administratif. À ce jour, aucune structure n'a réduit ses effectifs administratifs. Deux des structures ont d'ailleurs opté pour le recrutement de personnel administratif supplémentaire avec notamment l'embauche des coordinateurs au SAD 3 et d'une assistante de planification. Ces ajustements n'ont pas de lien avec la transformation selon les SAD concernés, mais ont tous deux l'objectif de libérer du temps aux responsables de secteurs pour réaliser d'autres tâches (plus de visites aux domiciles, plus de temps de rencontre avec les intervenants, gestion de projet...).

Limites identifiées :

Le pouvoir d’agir des équipes autonomes entravé par l’absence de cadre structuré et de confiance établie.

- Bien que de nombreuses structures du secteur de l’aide à domicile se montrent favorables à l’implantation des équipes autonomes, certaines affichent une réticence à accorder une pleine autonomie et des responsabilités accrues aux intervenants, c’est notamment le cas des quatre SAD étudiés. Cette résistance peut être attribuée à une représentation erronée du concept « d’autonomie », perçue comme potentiellement menaçante par les directeurs d’associations et les responsables de secteur. Pourtant l’importance de cette transformation est de promouvoir la coresponsabilité et l’engagement des équipes, permettant ainsi une meilleure réactivité et une plus grande efficacité organisationnelle.



Les intervenants n’ont pas de missions dédiées à l’évaluation et aux repérages des besoins, que cela soit en interne dans les fiches de poste ou en externe dans le cadre des plans d’aide (responsable de secteur)

- Il semble que les SAD étudiés éprouvent des difficultés liées à un cadre de travail insuffisamment formalisé et sécurisé, une problématique souvent soulignée par plusieurs de ces services :
 - « Il serait pertinent de reprendre la charte avec le cadre réglementaire qui n’est pas encore assez clair pour elles. Il y a une nécessité de formaliser le cadre. Aujourd’hui, elles cherchent presque systématiquement la validation de la coach, le fait d’avoir une trace écrite de ce qu’elles peuvent faire ou non pourrait aider » (Directrice)
 - Au SAD 2, la peur de faire ‘apparaître un chef’ a été mentionnée par la direction lors des entretiens. Le manque de cadre a également causé des difficultés **pour l’explicitation et l’accompagnement des équipes** : ‘on nous demandait de faire équipe, mais sans pouvoir le faire’ ‘chacun faisait sa petite sauce’, aide à domicile.
- Bien que chaque structure ait élaboré des chartes pour guider les équipes en cours de transformation, ces documents se concentrent principalement sur les normes de communication. Actuellement, une lacune significative se dessine concernant la définition claire des rôles de chaque membre au sein des équipes. Cette absence de cadre précis, pourtant recommandé dans la littérature (Flamard & Marchand, 2023) pourrait engendrer potentiellement plusieurs problématiques telles que déjà rencontrées et explicitées ci-dessus. (Cf. proposition V.5)



*‘Ce n’est pas à moi de gérer des plannings, c’est le rôle du responsable de secteur’
(intervenante)*



- L'instauration des équipes locales et autonomes exige que les intervenants assument de nouvelles responsabilités, telles que la gestion des remplacements et la planification. Cette évolution des missions pose des questions de conformité réglementaire, car les nouvelles tâches ne sont souvent pas formalisées dans les documents officiels. Par ailleurs, les responsables de secteur peuvent également voir leurs missions évoluer grâce au temps libéré par la délégation de certaines tâches de planification. Cependant, cette évolution reste souvent non formalisée, ce qui peut créer des ambiguïtés et des lacunes dans la répartition des responsabilités (cf. proposition V.2.2).



'J'ai à présent des missions plus transversales à l'échelle du service en qualité ou gestion de projet' (Responsable de secteur)

L'attractivité des équipes autonomes pourrait être compromise par l'absence de reconnaissance financière.

- Les éléments d'attractivité pour les intervenants ne correspondent peut-être pas à ceux attendus par la transformation des équipes autonomes. En effet, bien que cette transformation améliore le temps et l'organisation du travail démontré via les différents indicateurs présents dans ce rapport, il est également démontré, dans le rapport "Attractivité des métiers du secteur sanitaire, social et médico-social privé non lucratif" (AXESS ; 2024), que les intervenants sont davantage attirés par une rémunération accrue. Cependant, faute de financement, ceci est impossible.

Cette constatation montre que les raisons principales des postes vacants sont liées à la rémunération dans 72 % des cas, contre 57 % pour le rythme de travail. En effet, la reconnaissance est un besoin fondamental au bien-être (Ryan & Deci, 2000, 2020), en d'autres termes, pour que la transformation soit véritablement attractive et efficace, elle doit non seulement améliorer l'organisation du travail, mais aussi offrir des perspectives d'évolution salariale et de carrière aux intervenants. Cependant, dans le cadre des équipes autonomes suivies dans cette étude, la transformation se limite généralement à une modification des plannings, sans impact significatif sur la pénibilité ou la rémunération (salaire moyen avec environ 15 euros de l'heure à T2.5 pour l'ensemble des équipes (transformées ou non). Cette limitation peut ainsi diminuer l'attractivité et l'engagement des intervenants, compromettant l'efficacité et la durabilité de la transformation des équipes autonomes. (cf. Hypothèse 3 et proposition 10). D'autant plus le taux d'intervenants estimant avoir un salaire en adéquation avec le travail effectué a baissé pour les équipes autonomes (40 % à T0 et 32 % à T2.5) et a augmenté pour les équipes non transformées (33 % à T0 et 50 % à T2.5)



Indicateur clé : les raisons principales des postes vacants sont liées à la rémunération dans 72 % des cas, contre 57 % pour le rythme de travail. (Rapport AXESS)



Indicateur clé : Le salaire moyen des intervenants s'élevait à 11,20 euros pour les équipes en transformation et 11,11 euros pour les équipes non transformées puis il a augmenté de la même manière pour les différentes équipes à T2.5 avec 15,05 euros pour les équipes autonomes et 14,9 euros pour les équipes non transformées.

L'effet positif de la sectorisation mis en place pour les équipes autonomes limité par l'absentéisme

- La sectorisation des équipes est un aspect fondamental du modèle adopté par l'ensemble des SAD offrant plusieurs avantages : une meilleure organisation des tournées, la réduction des trajets et par conséquent, la prévention de l'épuisement professionnel. Cependant, dans une des structures, le SAD 1, cette sectorisation tend à perdre de sa cohérence en raison de l'absentéisme au sein du SAD ou entre différentes entités de l'association. En effet, les intervenants ont tendance à se déplacer pour effectuer des remplacements dans d'autres secteurs ou même d'autres SAD de manière régulière. Cette pratique aboutit à une sectorisation formelle, mais où les intervenants effectuent des remplacements sur plusieurs secteurs, limitant ainsi le partage d'informations sur les bénéficiaires communs et réduisant l'efficacité de la gestion des trajets. Par conséquent, cela pourrait potentiellement aggraver l'épuisement professionnel plutôt que de l'atténuer.

Le surinvestissement des équipes dû au manque d'outils sécurisés :

- Un risque majeur lié aux équipes autonomes, particulièrement avec l'utilisation de la messagerie instantanée, est le surinvestissement et l'incapacité de se déconnecter telle qu'expérimenté particulièrement au SAD 4 et expliqué dans le rapport « TIC et mutations du travail. » (Bobillier-Chaumon, 2019). Ce problème est particulièrement aigu lorsque la messagerie est installée sur les téléphones personnels des intervenants, qui reçoivent alors des messages en soirée, le week-end, ou pendant leurs congés. Le SAD 1 a mis à disposition de ses salariés un téléphone professionnel. Bien que certains intervenants désactivent cette fonctionnalité en dehors de leurs heures de travail, il peut subsister une pression implicite pour rester disponible en permanence. Des collègues pourraient mal réagir si un collègue ne répond pas immédiatement à une demande de remplacement pendant son repos, provoquant ainsi les tensions internes. Cette limite concerne tant les responsables de secteur que les intervenants eux-mêmes. Pour pallier ces risques, il est indispensable de mettre en place des politiques claires de gestion du temps et des attentes en matière de disponibilité, afin de garantir un équilibre sain entre vie professionnelle et vie privée.

L'absence de financement adapté aux temps de réunions pourrait entraver la coordination des équipes autonomes :

- Les temps de coordination ne bénéficient pas d'un financement adéquat au sein des structures, ce qui entrave leur mise en œuvre. Actuellement, les SAD maintiennent chacun leur propre rythme de réunions, qui ne dépasse pas en moyenne 4 heures par mois. Certains envisagent de réduire la durée des réunions en raison d'un manque de financement, ce qui risque de compromettre potentiellement leur niveau de coordination. Cette situation pourrait entraîner une diminution de la qualité de la communication interne, une moindre efficacité dans la résolution des problèmes et une diminution de l'harmonisation des pratiques au sein des équipes. Ainsi, investir dans le financement des temps de coordination apparaît essentiel pour renforcer la cohésion et l'efficacité des SAD dans leur mission d'accompagnement à domicile.
(Cf. Hypothèse 3)

L'émergence de nouveaux échelons hiérarchique freinant l'autonomie et la confiance données aux aides à domicile :

- De nouveaux échelons hiérarchiques font leur apparition, notamment avec l'introduction de postes de coordinateurs (SAD 3). Ces rôles incluent la gestion de la planification et une partie des évaluations des bénéficiaires, ce qui libère du temps pour les responsables de secteur. Cependant, cette structuration ne garantit pas nécessairement une plus grande autonomie pour les aides à domicile, car elle crée un nouvel intermédiaire entre elles et les responsables de secteur pour des tâches qu'elles auraient pu effectuer directement. Cette nouvelle dynamique introduit des bénéfices potentiels en termes d'efficacité opérationnelle et de gestion du personnel, tout en suscitant des questionnements sur l'impact réel sur l'autonomie et l'efficacité des intervenants.

L'absence de formations, d'accompagnements et d'outils de gestion des compétences adaptés

complique la transformation :

- Les responsables de secteur éprouvent un manque de formation et d'accompagnement, notamment sous la forme de coaching, tout au long du processus de transformation (bien que le SAD 1 a formé son personnel au management). Dans les structures dépourvues de chef de projet dédié au développement des équipes autonomes, cette responsabilité revient à la direction, souvent débordée, ou aux responsables de secteur qui ne bénéficient pas toujours d'une formation adéquate aux dynamiques et à l'accompagnement du changement. De plus, le rôle précis d'accompagnement dans le développement de la transformation reste flou. Cette situation a parfois ralenti certaines transformations, comme observé au sein du SAD 4, où le processus de développement a été momentanément suspendu suite au départ de la directrice.
- Les aides à domicile se voient confier de nouvelles missions telles que la planification et diverses formes de coordination, mais elles ne bénéficient pas d'une formation en Communication non violente (CNV) ou plus globalement sur la Communication interpersonnelle, comme prévu initialement dans le modèle. Cette absence de formation pourrait compromettre un échange d'informations optimal et perturber le bon déroulement des réunions, constaté dans certaines structures où celles-ci manquent d'efficacité (multiples interventions simultanées, voix des personnes calmes non entendues, etc.). Ainsi, pour que l'évolution de l'organisation soit optimale, des formations adéquates sont importantes (Ben Abdallah, L. & Ben Ammar-Mamlouk, 2007). (Cf. proposition V.2.1)
- Enfin, les structures manquent d'une grille de compétences permettant d'évaluer l'évolution des compétences des intervenants et d'identifier leurs compétences individuelles. Une telle grille serait intéressante pour valoriser les compétences de chacun et les mobiliser en fonction des besoins, notamment dans des situations complexes ou pour dispenser des formations ciblées à d'autres intervenants. À l'heure actuelle, il n'existe pas de moyen structuré pour mesurer l'évolution des compétences des intervenants, ce qui pourrait compromettre leur développement professionnel et la qualité des services offerts et surtout rester dans une situation d'invisibilité des compétences (Ferraton C., Michun S. (2024)).

Conclusion de l'Hypothèse 2

Cette étude a exploré divers aspects de la transformation en équipes locales et autonomes dans les Services d'Aide à Domicile (SAD) et tout particulièrement sur l'hypothèse de l'amélioration de la qualité de vie au travail et le développement des compétences. Plusieurs critères ont été analysés pour évaluer la réalisation de cette hypothèse : les compétences et le savoir-être, la coordination et la prise de décision, le soutien et la reconnaissance, la prévention des risques professionnels et l'organisation interne du service.

Compétences et savoir-être : L'analyse des visites sur site révèle un développement significatif des compétences en lien avec l'autonomisation des équipes (la communication, le partage de connaissance...). Les compétences des aides à domicile dites « invisibles » (prévention, lien social...) ont pu être observées lors des réunions suivies par Stratelys, mais restent sous-évaluées, car les intervenants n'en ont pas conscience. Ces compétences, acquises par l'expérience, jouent un rôle dans la qualité du service et sont renforcées par le partage d'expériences entre les membres de l'équipe. Ce phénomène est en accord avec la notion de compétences tacites définie par Polanyi (1966). Ces compétences, dites invisibles ou tacites, ne sont pas toujours conscientes ni formalisées par les salariées elles-mêmes, mais elles peuvent émerger ou être mieux reconnues dans un environnement collectif où il y a plus d'échanges et de réflexions sur le travail, comme lors des réunions d'équipe. Toutefois, outre les compétences déjà acquises, l'absence de formations spécifiques (par exemple : la communication non violente) et d'outils de gestion adaptés (logiciel de planification ou de facturation) ralentit la transformation. Il serait pertinent de développer des programmes de formation continue pour optimiser le développement des compétences et répondre aux défis spécifiques des aides à domicile. Cette avancée permettrait d'assurer une montée en compétences collective et une amélioration continue du service. (Cf. III.2.1 – Proposition N° 3 – S'engager dans la formation continue pour faire évoluer les compétences des équipes locales et autonomes)

Coordination et Prise de Décision : Les améliorations observées dans la coordination et la prise de décision sont rendues possibles grâce à une communication fluide (messagerie instantanée et groupée) et des réunions régulières. Ce parallèle identifié est notamment en ligne avec les théories de la communication organisationnelle, qui soulignent l'importance des canaux de communication ouverts et réguliers pour améliorer la collaboration entre les équipes (Heath & Bryant, 2000 ; Keyton, 2011). Par exemple, Keyton (2011) montre que des réunions fréquentes permettent aux équipes de mieux partager les informations et d'ajuster leurs actions en temps réel, ce qui améliore la coordination. De plus, dans un cadre de leadership participatif, où la prise de décision partagée est valorisée, les employés se sentent plus impliqués et sont ainsi plus à même de contribuer efficacement à la prise de décision (Yukl, 2013 ; Vroom & Jago, 1988). Par exemple, Yukl (2013) met en avant que la délégation de responsabilités permet non seulement de renforcer la motivation, mais aussi d'améliorer la qualité des décisions prises dans des environnements

complexes. Ces dynamiques observées sur le terrain et décrites ci-dessus améliorent la réactivité et la collaboration au sein des équipes locales et autonomes. Cependant, l'absence de cadre structuré (notion de rôles et de partage des responsabilités) et de confiance établie pourrait limiter l'efficacité du pouvoir d'agir des équipes autonomes. Pour renforcer ces bénéfices, il est essentiel d'améliorer la structure de communication et de renforcer la confiance au sein des équipes, afin de maximiser l'efficacité de la coordination et la prise de décision collective. (Cf. III.2.2 – Proposition N° 4 – Adapter les conventions collectives pour valoriser les nouveaux rôles des équipes locales et autonomes)



Indicateur clé : 86 % des intervenants de l'équipe autonome sont d'accord avec les décisions prises à T2.5 contre 83 % à T0, en revanche ce taux a baissé pour les équipes non transformées qui sont passées de 69 % à 66,5 % en moyenne.



Indicateurs clés : Le taux d'intervenant déclarant un sentiment de réactivité concernant la prise de décision dans l'organisation interne a évolué de 83 % pour T0 à 87 % pour T2.5 pour les équipes autonomes. Les équipes non autonomes a un taux inférieur et en baisse passant de 69 % à 66,5 %.

Soutien et reconnaissance : La reconnaissance accrue et l'augmentation de l'autonomie dans les SAD sont des évolutions positives dans cette transformation. La plus grande autonomie est visible notamment dans la planification au sein de tous les SAD observés. La participation au recrutement a également été observée, bien que cela ne concerne que le SAD 2. La taille des SAD semble potentiellement jouer un rôle dans l'autonomie, comme observé dans le SAD 2, qui, en tant que plus grande structure, semble avoir plus de facilité à mener cette transformation vers des équipes locales et autonomes. Cela pourrait s'expliquer par l'existence de ressources supplémentaires, telles que des postes dédiés à la gestion du changement et à la transformation organisationnelle. Cependant, il serait nécessaire de creuser davantage cette piste pour comprendre si cette dynamique est propre au SAD 2 ou peut s'appliquer à d'autres structures.

Le soutien et la reconnaissance amplifiés s'expliquent par des liens renforcés avec le responsable de secteur et un sentiment d'appartenance à une équipe, qui stimulent l'engagement des intervenants.



Indicateur clé : Le taux moyen d'intervenants ayant le sentiment de bénéficier d'un soutien suffisant dans les situations difficiles au travail a évolué de 86,5 % à 89 % entre T0 et T2.5 pour l'équipe locale et autonome et de 74,6 % à 67,5 % pour l'équipe non transformée.

Néanmoins, l'absence de reconnaissance financière pourrait compromettre l'attractivité des équipes locales et autonomes. Il est donc intéressant d'étudier la mise en place d'un système de reconnaissance financière, pour maintenir l'engagement et garantir la satisfaction des salariés, tout en améliorant l'attractivité et la rétention des équipes.

Prévention des Risques professionnels : Les réunions ont facilité le partage des bonnes pratiques (comme l'utilisation d'équipements de façon ergonomique), contribuant à une réduction des accidents de trajet et des troubles musculo-squelettiques (TMS).



Indicateur clé : Le **taux de TMS initialement à 69 %** passe à 62 % à T2.5 sur les équipes locales autonomes, **tandis qu'il a augmenté pour les équipes non transformées**, atteignant 84 % à T2.5 après avoir atteint un taux à 62 % à T0.

L'adaptation des plannings a amélioré la conciliation travail-vie personnelle en permettant une plus grande flexibilité pour les intervenants, notamment en ajustant les horaires pour mieux correspondre aux contraintes familiales ou personnelles. Comme l'indiquent Baltès et al. (1999), la flexibilité dans les horaires de travail contribue à réduire le stress et à améliorer la satisfaction des employés, car ils ont plus de contrôle sur leur emploi du temps, ce qui améliore leur bien-être global. Cependant, le taux de turnover reste variable et semble peu affecté par le niveau d'autonomie, suggérant que d'autres facteurs, tels que les conditions de travail et les opportunités de développement, jouent un rôle important. Une approche plus systématique pour harmoniser les pratiques et les outils de gestion pourrait aider à réduire les disparités et améliorer le bien-être général des intervenants. (Cf. III.3.2 – Proposition N° 6 : Formaliser un guide et des outils d'appui à la transformation)

Organisation interne : La simplification du processus des plaintes et réclamations (seul processus administratif simplifié) a montré des résultats positifs en réduisant les appels au bureau et en améliorant la réactivité aux besoins des bénéficiaires. Cependant, cette simplification ne s'est pas étendue à d'autres aspects de l'organisation interne, comme l'allégement des contraintes administratives ou l'ajustement des effectifs administratifs. Certains SAD ont même augmenté le volume de ces effectifs, ce qui suggère que la pression administrative demeure élevée. Cette situation peut refléter un besoin de ressources supplémentaires pour répondre à des exigences administratives croissantes ou une impossibilité de rationaliser davantage certains processus internes.

En parallèle, un effet partiel observé est la hausse du temps de travail des intervenants. Malgré ces augmentations, l'aide à domicile reste largement marquée par le temps partiel. Cette persistance du temps partiel, malgré les tentatives d'introduire des contrats plus proches du temps plein, indique que les conditions de travail ne répondent pas encore entièrement aux besoins des intervenants.

L'analyse montre que la réduction de la charge administrative est possible et bénéfique dans certains domaines, mais sans une approche plus globale, l'organisation risque de déplacer plutôt que d'alléger la charge de travail. La mise en place de ressources adéquates et de solutions financières adaptées pourrait faciliter l'autonomisation des équipes, augmenter le nombre de temps plein et améliorer les effets organisationnels internes : cf. III.3.4 – Proposition N° 8 : Adapter le système d'information aux besoins de fonctionnement en équipe locale et autonome/III.4.1 – Proposition N° 9 : Financer les SAD souhaitant expérimenter ou généraliser les équipes locales et autonomes en se focalisant sur les résultats positifs de l'évaluation



Indicateur clé : Indicateur clé : Le temps de travail moyen par intervenant était de 82 % à T0 pour l'équipe autonome et de 78 % pour l'équipe non autonome, et a évolué à T2.5, atteignant 91 % pour l'équipe autonome et seulement 57 % pour l'équipe non autonome.

II.3 – Hypothèse 3 : Amélioration de l'efficacité du service

Sous-partie rédigée en collaboration avec François-Xavier DEVETTER (Professeur de Sciences économiques IRES – Clersé, Université de Lille) et Antoine DE SOUBEYRAN (Responsable Innovation et développement, Stratélys)

La troisième hypothèse relative à l'efficacité économique des services transformés en équipes locales et autonomes s'expliquerait par plusieurs critères et effets liés aux coûts de l'accompagnement, de l'organisation administrative du service, au développement de l'autonomie des équipes et de leurs compétences.

Le tableau ci-dessous liste l'ensemble des effets observés ou non observés pour chaque critère évalué entre T0 et T2,5 sur l'hypothèse 3.

Tableau des effets observés et non observés pour l'hypothèse relative à l'amélioration de l'efficacité du service

Effets	T 1,5	T 2,5
Évolution des coûts liés à l'accompagnement		
Diminution du coût total moyen de prise en charge	-	-
Baisse des recettes du service liées à la diminution de la consommation du plan d'aide	-	-
Baisse des coûts liés aux hospitalisations évitées	NC	NC
Hausse du tarif moyen de prise en charge	+/-	+/-
Évolution des coûts liés à l'organisation administrative du service		
Évolution des coûts liés aux fonctions administratives	-	+/-
Réduction des coûts de déplacement (Indemnité kilométrique, usure du parc véhicules)	+/-	+/-
Réduction du coût lié à la diminution des effectifs administratifs	-	-
Coût de formation à l'usage du système d'information intégré	-	-
Coût lié à l'investissement dans un système d'information adapté	-	-

Effets	T 1,5	T 2,5
Coût lié à l'acquisition et à la maintenance du SI et du matériel	-	-
Évolution des coûts liés au développement de l'autonomie des équipes		
Diminution des coûts rattachés à l'absentéisme et au turn-over	-	+/-
Sensibilisation des intervenants au suivi de l'activité et à la situation financière du service	+/-	+
Réalisation d'économies d'échelles/développement de l'activité	-	-
Suivi de l'activité et de la performance des équipes	+/-	+/-
Appropriation des enjeux et moyens financiers par les équipes	+/-	+/-
Évolution des coûts liés au développement des compétences		
Part des coûts liée à la formation	-	-
Rémunération plus élevée de l'intervenant/coût de personnel + élevé	+/-	+/-
Évolution des temps non facturables et des coûts rattachés	+/-	+/-

Entre T0 et T2,5, **seulement un effet sur les 18 effets du référentiel d'évaluation a pu être observé auprès des quatre SAD évalués** sur l'hypothèse relative à l'amélioration de l'efficacité du service :

- La **sensibilisation des intervenants au suivi de l'activité et à la situation financière du service.**

D'autres effets ont également été observés partiellement auprès de certains SAD évalués, à savoir :

- La hausse du **tarif moyen de prise en charge,**
- La baisse des coûts liés **aux fonctions administratives,**
- La réduction des **coûts de déplacement,**
- La diminution des **coûts rattachés à l'absentéisme et au turn-over,**
- Le **suivi de l'activité et de la performance des équipes,**
- L'appropriation des **enjeux et moyens financiers,**
- La **rémunération plus élevée des intervenants,**
- L'évolution des **temps non facturables et des coûts rattachés**

La moitié des effets (09/18) attendus sur l'hypothèse relative à l'amélioration de l'efficacité du service n'ont pas été observés.

Les projets des équipes locales et autonomes évalués **n'ont pas d'objectif affiché en termes d'efficacité économique**. Il est, en effet, essentiel de **rappeler que ces transformations visent d'abord à améliorer la qualité de service et la qualité de l'emploi** (cf. Hypothèses 1 et 2). La recherche d'économies n'est donc pas à l'origine de ces expérimentations.

II.3.1 – Évolution des coûts liés à l'accompagnement

La **majorité des effets attendus sur l'évolution des coûts liés à l'accompagnement n'a pas été observée ou n'a pas pu être évaluée** par absence de suivi des indicateurs par les SAD ou d'accessibilité des données pour les évaluateurs. Des compléments d'information sont développés dans la sous-partie suivante sur **les effets non observés et les limites identifiées**.

Le seul effet partiellement observé sur l'évolution des coûts liés à l'accompagnement concerne la **hausse du tarif moyen de prise en charge proposé par les services évalués**. Cette hausse n'est pas liée aux équipes locales et autonomes, **mais à l'augmentation des tarifs APA et PCH par les Conseils départementaux sur la période de l'évaluation**. Cette hausse est également accentuée par **le financement (par subvention ou directement sur le tarif horaire) des Conseils départementaux d'une partie des surcoûts de rémunération des professionnels liés à l'impact de l'avenant 43**.

L'observation de cet effet visait à **s'assurer de l'accessibilité de l'offre de soutien à domicile délivrée par un SAD en équipe locale autonome**. En effet, la **hausse des coûts liés aux équipes autonomes** (présentés dans la sous-partie sur les effets non observés et les limites) **n'a pas impacté le reste à charge des personnes accompagnées par une augmentation des tarifs proposés par les services** (soit une surfacturation, reste à charge, du tarif appliqué par les services).

Les SAD évalués ont bénéficié d'une **dotations complémentaires pour leurs heures effectuées au titre de l'APA/PCH**. Ce financement leur a permis de **déployer les équipes locales et autonomes tout en limitant le reste à charge des personnes accompagnées**. Ces derniers n'ont donc pas eu à **couvrir les surcoûts liés au fonctionnement en équipe locale et autonome**.

Pour rappel, dès le lancement du processus de transformation, les services évalués ont insisté sur le fait **que la diminution des coûts d'accompagnement ne constituait pas un objectif dans la mise en place des équipes locales et autonomes**.

Cette **productivité et efficacité économique attendues du modèle des équipes locales et autonomes sur l'accompagnement des bénéficiaires n'a donc pas pu être observée suite à l'évaluation**.

II.3.2 – Évolution des coûts liés à l'organisation administrative du service

L'évaluation des effets sur **les coûts liés à l'organisation administrative** montre **une baisse des coûts sur les fonctions administratives et les déplacements des intervenants à domicile en équipe locale et autonome.**

La baisse des coûts liés aux fonctions administratives concerne principalement la **rémunération horaire liée aux effectifs administratifs**. Cette baisse a néanmoins pu être observée **uniquement auprès du SAD 3 entre T0 et T 2,5** (soit, 2,3 € de coût horaire). 

Deux autres SAD ont assuré un suivi de ces coûts sur la période entre T0 et T1,5. **L'effet se confirme également avec une diminution des coûts pour les équipes locales autonomes** des deux SAD en question, soit – 0,67 € entre T0 et T1,5 pour le SAD 2 et – 1,05 € pour le SAD 4. À l'inverse, le **coût horaire pour des équipes non transformées augmente également pour les deux SAD entre T0 et T1,5.**

La baisse du coût des fonctions administratives en équipes locales et autonomes s'expliquerait principalement **par la diminution du temps de travail et donc de la rémunération de l'encadrement intermédiaire auprès des équipes autonomes, en particulier pour les fonctions de responsables et assistants de secteur.** Les équipes locales et autonomes **participent désormais directement à l'organisation de leur travail**, notamment sur leurs activités liées à la gestion des plannings et à la sectorisation. Cette **délégation de tâche des responsables et assistants de secteur à l'équipe locale et autonome** leur permet ainsi de dégager du « temps disponible ». La rémunération de leur **temps de travail se retrouve alors réaffectée dans les coûts de gestion administrative des équipes non transformées.** Les expérimentations passent ainsi par la **transformation des missions de ces acteurs et non la suppression de celles-ci.**

La transformation contribue donc à **limiter les dépenses d'encadrement administratif des SAD pour les équipes locales et autonomes** ou à **recentrer une partie des dépenses d'encadrement administratif sur le suivi des « équipes non-transformées »** pour les services partiellement transformés comme c'est le cas dans l'évaluation.

L'évolution des coûts liés à la rémunération des fonctions d'encadrement intermédiaire **ne correspond pas nécessairement à une diminution des coûts liés à l'organisation administrative.** L'un des services concernés par cet effet a décidé **d'investir dans une fonction d'infirmière référente pour soutenir les équipes d'intervenants à domicile afin de les accompagner dans les prises en charge complexes.** Cette nouvelle fonction **vient ainsi augmenter le coût des fonctions support et administratives du service.**

Les équipes locales et autonomes et la mise en place de la sectorisation sur leurs territoires d'intervention ont également permis à deux SAD **de réduire la distance entre les personnes accompagnées, source de gains d'efficacité dans la prise en charge, de réduction des temps de déplacement, soit des heures de**

travail rémunérées aux intervenants et des coûts liés aux indemnités kilométriques. Pour rappel, ces coûts de déplacement ont été affectés à l'organisation administrative, car ils ne sont pas pris en charge dans le financement des heures APA et PCH à domicile.

Au-delà de l'évaluation, le SAD 2 a réalisé une étude spécifique de l'impact de la sectorisation sur le coût de déplacement des intervenants entre 2020 et 2023.

Ainsi, malgré la **hausse des indemnités kilométriques** (+ 3 centimes en 2022*) et **du montant de rémunération des intervenants** (+13 à 15 % en 2021**), l'équipe locale autonome évaluée **voit son coût de déplacement rester stable entre 2020 et 2023**, passant de 2,51 euros en 2020 à 2,54 euros en 2023.



*Les intervenants à domicile bénéficient depuis le 1^{er} octobre 2022 d'un remboursement de leurs frais de déplacement à hauteur de 38 centimes par kilomètre au lieu de 35 centimes (avenant 50 de la branche de l'aide à domicile).

**L'avenant 43 pour la branche de l'aide à domicile refond complètement la grille conventionnelle et entraîne une augmentation salariale historique à hauteur de 13 % à 15 % SAD relevant de cette branche, depuis le 1^{er} octobre 2021.

II.3.3 – Évolution des coûts liés au développement de l'autonomie des équipes

Les effets économiques favorables liés au développement de l'autonomie des équipes concernent **les baisses des coûts liées à la diminution de l'absentéisme et du turn-over auprès de certains SAD** évalués. Néanmoins, l'estimation des coûts occasionnés par l'absentéisme et le turn-over est particulièrement complexe et demeure peu consensuelle (Bernon et Pertinent, 2023).

L'absentéisme plus limité des équipes locales et autonomes permet de restreindre **les coûts supplémentaires liés à la gestion et à l'accueil des remplacements, intégration de « coûts cachés » liés par exemple à des impacts en termes de dysfonctionnements ou encore au maintien de salaires.**



Au-delà d'une baisse moyenne du taux d'absentéisme, on observe également **une diminution importante du taux d'absentéisme de courte durée (moins de 6 jours)**. Cet absentéisme de courte durée tend à **réduire l'épuisement des professionnels présents qui auparavant devaient remplacer leurs collègues absents et donc entraînait une surcharge de travail et des plannings désorganisés.**

Le turn-over des équipes locales et autonomes **est limité ou en baisse pour deux équipes locales et autonomes évaluées sur trois SAD** (soit les SAD 2 et 3, le SAD 4 n'a pas communiqué ses données).

L'estimation des économies réalisées avec la diminution du turn-over n'a pas pu être évaluée par les SAD.

Malgré une diminution du turn-over pour deux équipes locales autonomes évaluées, **les SAD rencontrent toujours des difficultés pour fidéliser les professionnels**. Les services présentent **plusieurs facteurs pour expliquer le turn-over important** :

- Malgré la sectorisation, **les lieux d'intervention restent trop éloignés des lieux d'habitation des professionnels (surtout pour les équipes sur un secteur plus rural)** ;
- **La méconnaissance du métier par les professionnels qui ne viennent pas du secteur médico-social**. Ils recrutent de plus en plus de candidats en reconversion professionnelle ;
- La volonté des professionnels **d'évoluer sur le poste d'aide-soignant ou de travailler en établissement (EHPAD ou à l'hôpital) pour limiter les temps de déplacement**.

Enfin, la transparence et le suivi régulier de la modulation des intervenants par équipe locale et autonome a permis de **renforcer la sensibilisation des intervenants à domicile au suivi de l'activité**. Entre T0 et T2,5, le **nombre d'intervenants déclarant suivre l'activité du service augmente de 17 points au sein des équipes autonomes (soit 70 %)**, contrairement aux équipes non transformées dont le suivi reste limité (57 %) et en baisse de 13 points sur la durée de l'évaluation.

II.3.4 – Évolution des coûts liés au développement des compétences

La mise en place des équipes locales et autonomes au sein des SAD évalués a **impliqué une augmentation de la part des coûts liés à la formation lors de la phase de transformation** (cf. rapport sur le processus de transformation). Les formations ont été dispensées tant auprès **de l'encadrement intermédiaire** (par exemple sur le rôle de facilitateur ou coach) **que des intervenants à domicile** (notamment sur la gestion de l'activité et du planning ou encore sur la communication au sein de l'équipe). Au-delà des **coûts de formation** (frais « d'achat » de ces prestations), il est important également **de prévoir les frais de déplacement et la rémunération des intervenants à domicile de l'équipe concernée**.

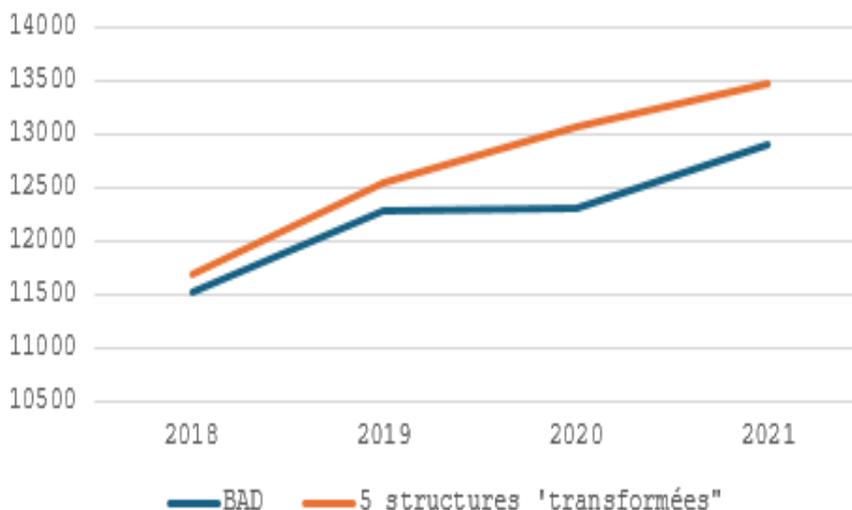
Au-delà des coûts identifiés lors du processus de transformation, **les SAD évalués n'ont pas supporté de dépenses plus élevées de formation pour les équipes transformées durant l'évaluation**.

Entre T0 et T2,5, on constate **également une augmentation de la rémunération légèrement plus élevée au sein des équipes transformées par rapport aux équipes non transformées**. En effet, la rémunération des équipes transformées atteint 15,05 euros de l'heure (+3,85 euros), tandis que celle des équipes non transformées atteint 14,93 euros de l'heure (+3,81 euros).

Cet effet est conforté par une **étude comparative entre la rémunération des aides à domicile en CDI de cinq autres associations engagées depuis plusieurs années dans la transformation en équipes autonomes et celle de l'ensemble des aides à domicile soumis à convention collective de la BAD**.

Cette analyse exploratoire des rémunérations annuelles des intervenants à domicile (563B) en CDI présentes tout au long de l'année **fait apparaître des niveaux de salaires plus élevés et surtout davantage**

croissants dans les structures ayant adopté un fonctionnement en équipe autonome (Source : DADS, INSEE. – Accès via le CASD).



La création des équipes locales et autonomes des SAD évalués **n'avait pas pour vocation première d'augmenter la rémunération des intervenants à domicile**. L'objectif

était davantage d'agir sur **le sens au travail** (enrichissement des tâches, participation accrue, perception de la prise en charge des bénéficiaires, etc.) **et sur les conditions de travail** (amélioration des plannings et baisse des contraintes temporelles, réduction de l'isolement et développement des ressources collectives).

Pour autant, **plusieurs éléments sont susceptibles de jouer un rôle sur les aspects financiers de la relation d'emploi**. Ces effets, indirects, sont d'autant plus importants à analyser que **les questions salariales sont au cœur de l'insatisfaction des aides à domicile et constituent le premier** (même s'il est loin d'être le seul) **frein à l'amélioration de l'attractivité du métier** (Silvera et al. 2023). Pour rappel, plus de 65 % des aides à domicile s'estiment mal ou très mal payées compte tenu des efforts fournis, contre 40 % de l'ensemble des employés et ouvriers (Enquête Conditions de travail, DARES, 2019).

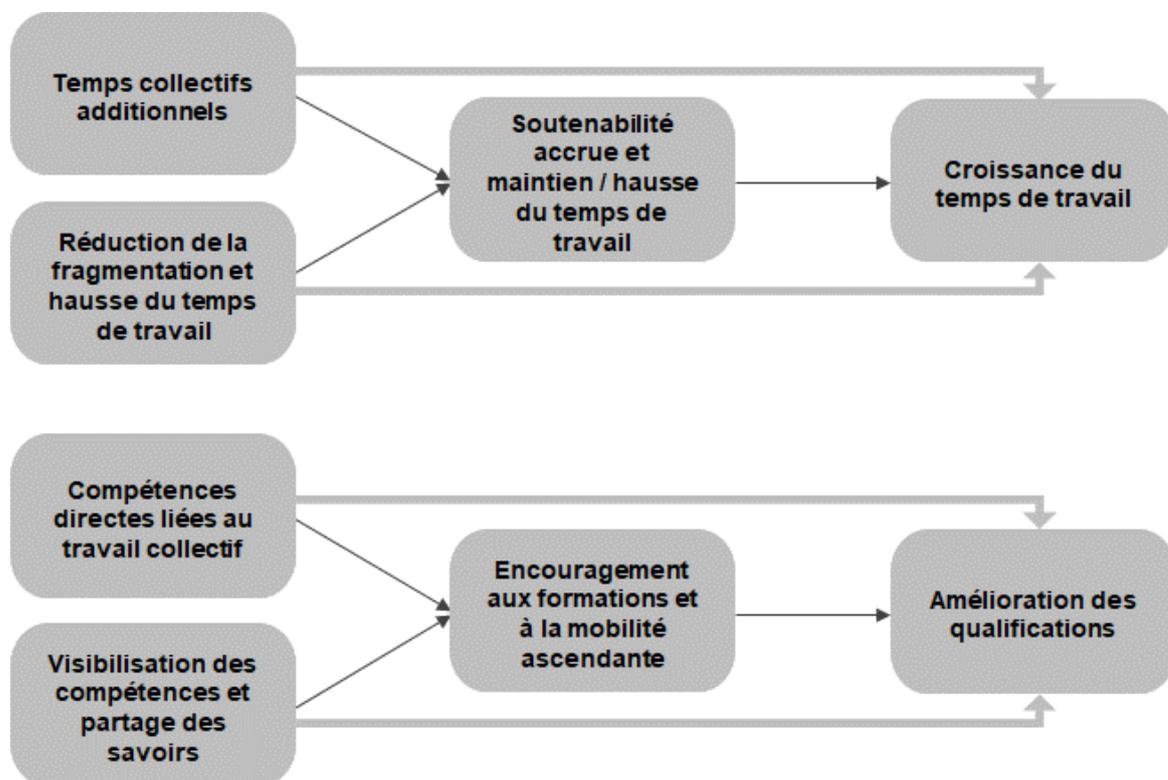
Si les difficultés méthodologiques sont importantes, il est néanmoins possible, à partir des données de Déclaration annuelle des données sociales (DADS), de **comparer les rémunérations de quelques associations revendiquant explicitement la mise en place d'équipes autonomes avec celles de l'ensemble de la branche**³.

Cette analyse donne un appui à **l'hypothèse d'un effet favorable des innovations managériales sur les rémunérations annuelles** : alors qu'en 2018 le salaire net annuel moyen des aides à domicile des structures identifiées était égal à celui de la branche (11 597 € versus 11 589 €), il est supérieur de 4 % en 2021 (**13 390 versus 12 878 € soit 520 € de plus par an**). L'écart demeure réduit et d'autres éléments peuvent évidemment expliquer cette trajectoire différente, mais ce résultat constitue néanmoins un indice d'un possible effet positif du déploiement des équipes autonomes sur les niveaux de rémunération.

Les matériaux empiriques collectés (entretiens, observations, collectes d'information) permettent de **repérer deux canaux complémentaires** :

³ Les données mobilisées concernent les salariées « aides à domicile » (pcs=563B) présentes sur l'ensemble de l'année (durée>359 jours). Les six associations revendiquant explicitement une transformation organisationnelle emploient au total 1 325 salariés. Les effectifs de la branche sur une base comparable sont d'environ 100 000 salariés.

1. Le premier passe par la lutte contre le temps partiel contraint et l'allongement du temps rémunéré sans alourdissement proportionnel de la charge de travail,
2. Le second s'inscrit dans une trajectoire de visibilisation (et de développement) des compétences (cf. schéma ci-dessous).



S'il demeure délicat d'établir un lien de causalité direct entre la mise en place des équipes autonomes et ces mécanismes, nous apportons différents indices en mobilisant à la fois les apports des monographies et des éléments statistiques issus de l'enquête conditions de travail 2019 de la DARES.

Effet indirect : Les équipes autonomes permettent-elles de réduire le temps partiel contraint ?

L'aide à domicile demeure marquée par une omniprésence du temps partiel (66 % selon l'enquête CDT 19) et des durées hebdomadaires moyennes proches de 26 h. Si les associations analysées cherchent à proposer des contrats proches du temps plein, le **temps partiel reste fréquent et les entretiens ont souligné combien le fait d'être et de rester à temps plein était rare, compliqué et usant physiquement.**

Dans le modèle des équipes non transformées, **la fragmentation du temps de travail est telle qu'une durée hebdomadaire de 26 à 28 h implique une amplitude proche de celle observée à temps plein dans la plupart des autres métiers, soit aux alentours voire dépassant 44 h** (Devetter et Valentin, 2024). Or la **fréquence du temps partiel est une des principales causes de la faiblesse des rémunérations mensuelles dans le secteur** (cf. mission Inspection du Travail 2023 ; Igas, 2024).

La **mise en œuvre d'un fonctionnement plus collectif et l'octroi d'une plus grande autonomie aux aides à domicile dans la construction de leur planning** sont cependant susceptibles d'apporter des éléments

d'amélioration. Les travaux empiriques viennent soutenir trois mécanismes complémentaires permettant **la croissance du temps rémunéré :**

- **La création directe d'heures complémentaires sans accroissement proportionnel de la charge de travail :** temps de réunion et de coordination :

Les transformations organisationnelles ne portent pas directement sur les rémunérations, elles peuvent cependant **avoir des répercussions parfois explicitement recherchées.** En effet, les directions sont conscientes que le « pouvoir d'achat » et les salaires sont au cœur des critiques faites par les salariés. Leurs marges de manœuvre sont limitées par le modèle économique en vigueur et notamment la logique de la tarification horaire, mais **la réorganisation du travail permet justement parfois de faire croître le temps de travail décompté en accroissant le nombre d'heures « improductives » renommées « heures de services » par exemple.**

En effet, les entretiens conduits à T 2,5 auprès du SAD 2 ont rappelé le flou qui entoure souvent le **décompte du temps de travail dans l'aide à domicile :** des temps partiels pas si partiels, mais quand même partiels... « 30 % de temps plein », « majoritairement à temps plein »... Les discours varient sensiblement d'un interlocuteur à l'autre, voire au cours d'un même échange. **L'organisation en équipe est alors un moyen d'intégrer des temps de réunions, des temps de préparation ou d'échanges dans les heures travaillées et donc d'améliorer le salaire mensuel sans (trop) alourdir la charge de travail.**

Cette amélioration du décompte de ce qui est considéré comme travail effectif peut, dans certaines structures, **aller jusqu'à proposer des « temps pleins » dans un secteur où le temps partiel reste la norme.** Les données collectées auprès du SAD 2 **permettent cependant d'objectiver plus précisément les temps de travail selon le mode d'organisation retenu** (tableau suivant). Les écarts de durée contractuelle sont faibles entre les salariées de l'équipe transformée (1 668 heures sur l'année, soit 91,5 % d'un temps plein) et l'équipe non transformée (1 644 h soit 90 % d'un temps plein). En revanche, **les heures complémentaires effectuées durant l'année (modulation positive) sont sensiblement plus importantes (242 h contre 128 h).** Au total, c'est donc un écart de près de 8 % entre le temps de travail réellement effectué entre les deux types d'organisation.

Tableau. Durée de travail annuelle selon le modèle organisationnel

	Durée contractuelle	Modulation positive	Durée totale
Équipe locale autonome	1 668	242	1 910
Équipe non transformée	1 644	128	1 772
Écart entre	1,5 %	89,1 %	7,8 %

Source : SAD 2

La mise en place des équipes autonomes implique en effet des temps de réunion et d'échanges collectifs qui **tendent à s'ajouter au temps de travail habituel**. Il s'agit alors d'un **allongement du temps rémunéré sans accroissement proportionnel de la charge de travail**.

L'ensemble de ces temps, parfois dénommés « heures de service », peuvent représenter jusqu'à 2 h par semaine, ce qui équivaut à **une hausse du temps rémunéré d'environ 8 %** (pour une durée hebdomadaire contractuelle de 26 h).

- **L'augmentation du temps travaillé sans croissance de l'amplitude quotidienne via une amélioration des plannings,**

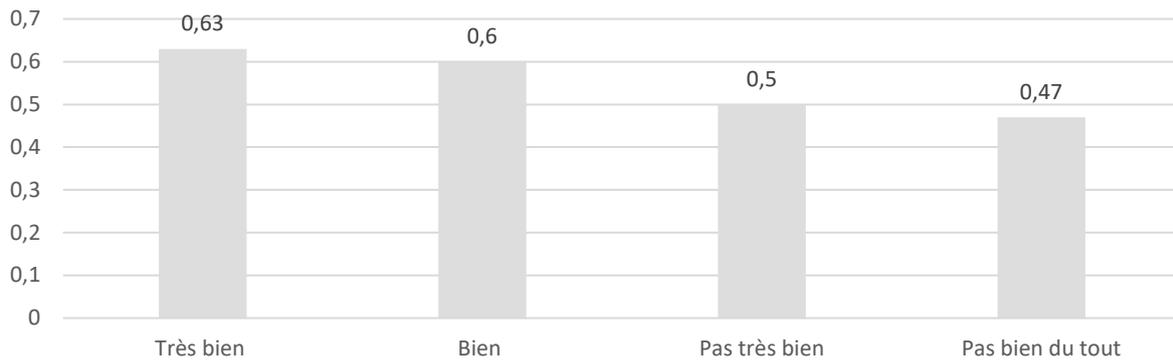
Le fonctionnement des équipes autonomes vise parallèlement à **une amélioration des plannings et à la réduction des temps non rémunérés entre les interventions**. L'objectif d'une baisse de la fragmentation du temps de travail pourrait alors permettre **un allongement des durées travaillées et rémunérées sans allongement proportionnel du temps dépendant du travail** (amplitude quotidienne).

Ce point est particulièrement important dès lors que **la rémunération mensuelle est très significativement corrélée à la densité du temps de travail⁴ dans l'aide à domicile**. Toujours selon l'enquête Conditions de travail, cette corrélation est de l'ordre de 0,57 (significative au seuil de 0,001).

De même, les éléments statistiques rappellent **le lien très net entre la densité du temps de travail et les possibilités d'articulation entre vie professionnelle et vie personnelle** (graphique ci-dessous).

⁴ La densité est définie comme le rapport entre la durée de travail rémunérée chaque jour et l'amplitude quotidienne.

En général, vos horaires de travail s'accordent-ils avec vos engagements sociaux et familiaux en dehors de votre travail ?



Source : Conditions de travail, DARES, 2019.

L'hypothèse d'un lien positif entre innovations managériales – meilleurs plannings – hausse de la densité du temps de travail et allongement du temps de travail rémunéré peut surtout **se nourrir de l'analyse qualitative de l'évolution de l'organisation du temps de travail d'un échantillon de salariés d'une des structures évaluées**. Le tableau ci-dessous reprend les informations concernant **6 salariés** (aide à domicile de l'équipe transformée) **dont nous avons pu avoir les plannings pour une semaine aléatoire en 2014 et en 2024**.

Pour chacun de ces salariés, nous calculons l'amplitude hebdomadaire (amplitude quotidienne cumulée des jours travaillés), le nombre de prestations réalisées durant la semaine, le nombre total d'heures rémunérées pour des prestations ou des déplacements (les heures syndicales ou de réunions ont été ici enlevées) et enfin la densité de leur temps de travail en rapport avec le temps rémunéré à l'amplitude.

Pour cet échantillon, **qui ne peut cependant pas être considéré comme représentatif**, les effets de la transformation organisationnelle sont nets : **l'amplitude passe de près de 50 h à environ 38 h hebdomadaires pour des durées rémunérées croissantes** (passage de 28h50 à 31h20). Alors que la densité du temps de travail **était initialement comparable à celle observable pour les aides à domicile dans les données statistiques nationales, elle est au contraire très sensiblement supérieure en 2024** (et comparable à celle de la moyenne des salariés, tous secteurs confondus).

2014	A	B	C	D	E	F	Moyenne
Amplitude horaire	42,00	42,09	57,01	55,76	50,74	49,58	49,53
Nombre prestations	25,00	24,00	34,00	31,00	20,00	19,00	25,50
Total temps rémunérés	25,50	23,16	32,65	31,73	32,41	27,58	28,84
Densité	61 %	55 %	57 %	57 %	64 %	56 %	58 %
2024	A	B	C	D	E	F	Moyenne
Amplitude	33,58	41,57	30,90	35,24	40,58	45,75	37,94
Nombre prestations	31,00	32,00	23,00	29,00	33,00	32,00	30,00
Total temps rémunérés	29,91	30,48	27,66	28,74	31,05	40,49	31,39
Densité	89 %	73 %	90 %	82 %	77 %	89 %	83 %
Résultats	A	B	C	D	E	F	Moyenne
Amplitude horaire	- 8,42	- 0,52	- 26,11	- 20,52	- 10,16	- 3,83	- 11,59
Nombre prestations	6,00	8,00	- 11,00	- 2,00	13,00	13,00	4,50
Total temps rémunérés	4,41	7,32	- 4,99	- 2,99	- 1,36	12,91	2,55
Densité	0,28	0,18	0,32	0,25	0,13	0,33	0,25

Source : SAD 2

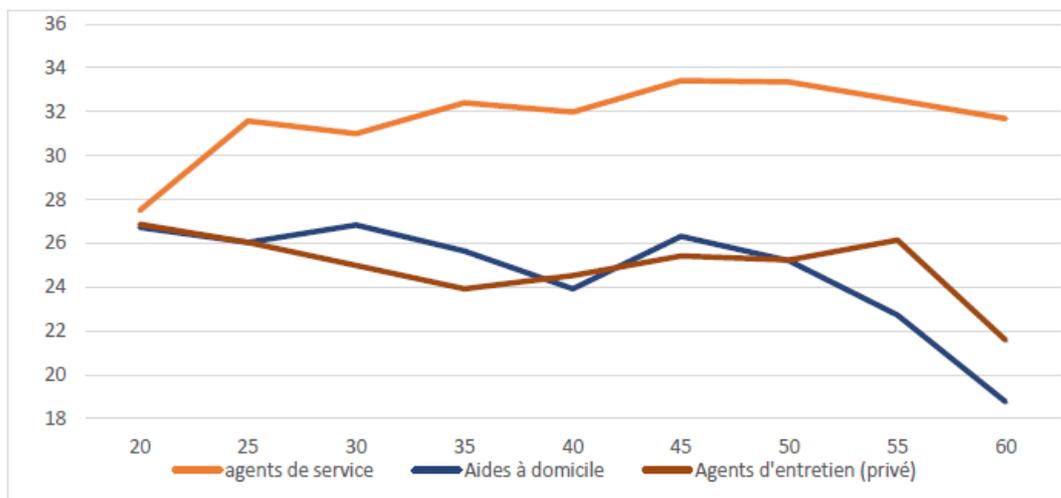
Le troisième mécanisme permettant d'envisager une réduction du temps partiel lors du passage en équipes autonomes transitant par **l'amélioration des conditions de travail et la réduction de l'usure professionnelle.**

En effet, l'appui permis par le fonctionnement collectif et la réduction de la fragmentation du temps de travail permettent d'alléger les pénibilités et **donc facilitent une offre de travail plus importante.**

Cet effet est possible à court terme, mais également à long terme, en permettant de réduire les formes partielles (ou complètes) de désinsertion professionnelle.

Ainsi, les données statistiques nationales montrent que **les aides à domicile tendent à réduire leur durée de travail de manière assez précoce (dès 45 ans) afin d'alléger les contraintes physiques ou psychologiques pour pouvoir « tenir » en emploi (graphique ci-dessous).**

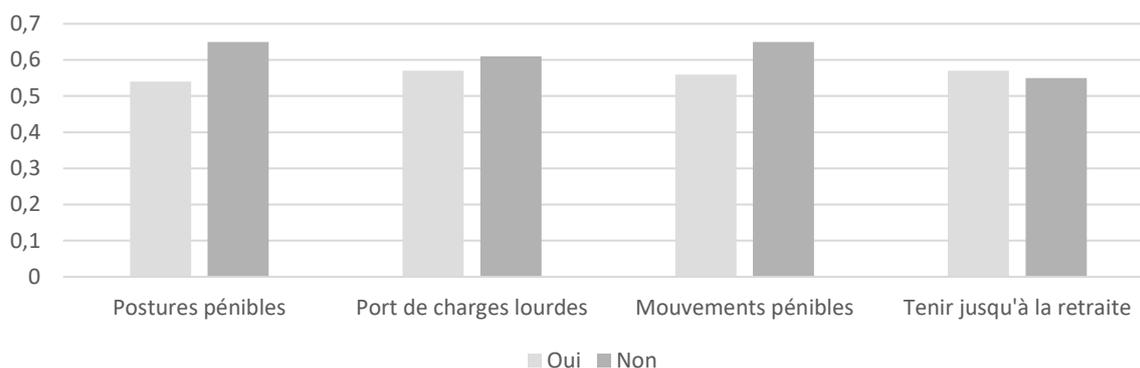
Graphique 5. Age et temps de travail des agents d'entretien



Source : enquête emploi 2019, Insee. Lecture : ces courbes représentent le temps de travail hebdomadaire moyen selon l'âge pour les professions effectuant l'entretien des locaux. Alors que les PCS dépendant du secteur public connaissent des durées croissantes, les nettoyeurs et les aides à domicile voient leur temps de travail se réduire avec le vieillissement.

Une réduction des pénibilités peut alors **laisser espérer un report de cette stratégie de réduction de la charge de travail par la réduction du temps travaillé**. Les données de l'enquête Conditions de travail fournissent des éléments permettant d'appuyer cette hypothèse : elles indiquent par exemple **un lien net entre la faible densité du temps de travail et l'exposition à diverses pénibilités physiques (graphique **), ou encore l'association entre l'existence de temps de discussion collective avec un plus grand sentiment de pouvoir tenir jusqu'à la retraite** : 44 % des aides à domicile déclarant pouvoir échanger sur leur travail estiment pouvoir tenir jusqu'à la retraite, contre 39 % dans le cas contraire.

Densité du temps de travail et exposition aux pénibilités



Parallèlement, **le lien positif entre fonctionnement en équipe et soutenabilité du travail peut également faciliter des retours au travail** (après maladie, par exemple) **sur des quotités de temps de travail plus élevées que celles qui auraient été soutenables dans le cadre d'un fonctionnement traditionnel**. Les observations réalisées dans une association étudiée permettent d'alimenter cette hypothèse : M**, aide à domicile, était en mi-temps thérapeutique après un arrêt de plusieurs semaines. Son retour à temps plein fait l'objet d'une discussion directe et explicite lors d'une réunion d'équipe. Les échanges permettent de redéfinir la liste de ses interventions en tenant compte de ses difficultés et rendent ainsi davantage possible la reprise totale. Ainsi, la **mise en place d'équipes autonomes permet d'envisager plusieurs mécanismes facilitant un allongement du temps de travail sans que les contraintes associées ne croissent proportionnellement**. Les expérimentations d'organisation en équipes locales et autonomes semblent, à première vue, porteuses de **changements favorables à une amélioration des rémunérations des aides à domicile via à la fois un accroissement du temps de travail rémunéré et une revalorisation du salaire horaire grâce à une meilleure reconnaissance des compétences**. Ces effets demeurent cependant loin d'être automatiques et des **résultats plus ambigus (Monnier, 2023) peuvent se manifester** (*cf. sous-partie sur les limites*).

II.3.5 – Effets non observés et limites

Certains effets n'ont pas été observés à la suite de la mise en place des équipes locales et autonomes :

- **L'évolution des coûts liés à l'accompagnement**

Les résultats de l'évaluation **ne permettent pas d'observer des économies liées à l'accompagnement des usagers**.

Plusieurs critères et indicateurs ont démontré au contraire une **hausse des coûts liés à l'accompagnement**, en particulier la baisse du taux de facturation.

La **productivité des intervenants à domicile dans l'accompagnement diminue avec la mise en place des équipes autonomes**. Ce constat est illustré par une **baisse du taux de facturation** (le nombre d'heures facturées aux personnes accompagnées sur le nombre d'heures de travail rémunérées aux intervenants), soit une diminution de 8 points entre T0 à T 2,5. Ce constat est lié à l'augmentation des heures non facturées **due à l'instauration de réunions régulières**. 

L'absence **de suivi analytique de la composition des temps des heures dites « improductives » du taux de facturation** ne permet pas d'évaluer finement la composition de cette baisse de productivité. Il conviendrait d'analyser plus **précisément le remplacement d'heures de déplacement par des heures de réunions**.

La baisse des coûts d'accompagnement devait également s'expliquer **par l'utilisation moins importante des heures d'accompagnement à domicile prescrites dans les plans d'aide** (du fait d'un accompagnement plus efficace des intervenants en équipe autonome). Cependant, les résultats de l'évaluation mettent en avant **une hausse de la consommation des plans d'aide des personnes accompagnées par les équipes autonomes** (et au contraire une baisse pour celles non transformées). L'absence d'effet sur cet indicateur pourrait **s'expliquer par la réduction des heures allouées aux bénéficiaires par les départements, rendant plus facile leur réalisation** (cf. la sous-partie suivante sur les limites identifiées dans l'hypothèse 3).

D'autres indicateurs devaient également expliquer la baisse des coûts liés à l'accompagnement, comme **le coût total moyen de prise en charge, le taux d'admission aux urgences, le nombre d'hospitalisations ou encore la durée moyenne de séjour en cas d'hospitalisation**. Néanmoins, cette dimension n'est pas évaluable étant donné que **ces indicateurs n'ont pas pu être suivis par les services**.

L'effet attendu relatif à la diminution du nombre d'hospitalisations des personnes accompagnées **n'a pu être évalué positivement. Seul un des trois SAD était en capacité de suivre cette information**.

Les **autres indicateurs relatifs aux coûts d'accompagnement n'ont pas pu être suivis par les services évalués**. Le suivi de ces données aurait nécessité **une demande d'accès aux données de la CNAM pour chaque personne accompagnée par les équipes évaluées**. Il a été fait le choix lors de l'élaboration du référentiel d'évaluation de ne pas inclure ce type de recueil de données. Cet effet des équipes locales autonomes **sur les coûts de l'accompagnement devrait être évalué dans le cadre de l'évaluation en cours réalisée par l'Institut des Politiques publiques** et intitulée « *Effet d'une nouvelle organisation du travail dans l'aide à domicile : une évaluation par tirage aléatoire* ».

- **L'évolution des coûts liés à l'organisation administrative du service**

L'évaluation n'a pas permis d'observer d'évolution spécifique sur le **coût de la formation à l'usage du système d'information par les équipes locales et autonomes.**

Pour autant, le modèle des équipes locales et autonomes met **également en avant le lien étroit entre la performance économique et son système d'information utilisé pour simplifier les tâches, réduire la bureaucratie, communiquer rapidement et efficacement.** La formation liée à l'usage du système d'information constitue ainsi l'une des conditions **pour favoriser l'auto-organisation et le développement d'une organisation apprenante permettant aux équipes de partager leur expérience** (notamment par le biais d'un réseau professionnel interne).

Cependant, **aucune formation dédiée à l'usage du SI n'a été dispensée dans les services étudiés entre T0 et T,2.**

Seul un des services (SAD 2) a mis en place un **module de formation sur la prise en main de l'outil informatique** (logiciel métier et réseau social interne) à destination des intervenants à domicile de l'équipe transformée. Cette formation est dispensée **lors du processus de transformation suite à la mise en place d'une équipe locale et autonome ou lors de l'arrivée d'un nouveau professionnel au sein du service.**

Elle est dispensée par **un chargé de projet dédié aux équipes autonomes financé dans le cadre de la dotation complémentaire négociée par le service avec le Conseil départemental concerné.**

 Domatel Mobile	Publié ●
1. Introduction	Publié ●
2. Environnement de l'application	Publié ●
3. Planning et interventions	Publié ●
4. Les bénéficiaires	Publié ●
5. Les autres tuiles	Publié ●
6. Pointer efficacement	Publié ●
7. Je n'arrive pas à pointer, résoudre le problème	Publié ●
8. Changer un badge non fonctionnel.	Publié ●
Faire une mise à jour Domatel Mobile (exemple 3.3)	Publié ●
Voir moins	

 Workplace/Workchat	Publié ●
<hr/>	
Workplace/chat à quoi ça sert ?	Publié ●
1. Créer un groupe de discussion	Publié ●
2. Bien communiquer dans une discussion	Publié ●
3. Fonctionnalités diverses Workchat	Publié ●
4. Partager une publication sur workchat	Publié ●
5. Quitter un groupe	Publié ●
6. Créer une publication	Publié ●
7. Mettre une photo de profil	Publié ●
Voir moins	

L'évaluation n'a pas permis d'observer d'évolution spécifique **sur le coût lié à l'investissement dans un système d'information adapté**. Pour rappel, l'utilisation d'un système d'information par les fonctions administratives devait permettre d'économiser environ 20 % des coûts d'un service à domicile classique (Alders, 2015).

La principale évolution sur le système d'information liée aux équipes locales et autonomes concerne **l'installation de messageries communes via des applications gratuites** (workchat, WhatsApp, etc.) et, plus spécifiquement, par un SAD (SAD 2) **la mise en place d'un réseau social interne** (également gratuit).

Les services ont néanmoins identifié plusieurs besoins pouvant engendrer des coûts liés à l'investissement sur le système d'information, comme **l'achat d'ordinateurs portables, de tablettes dédiées aux équipes** (notamment pour la gestion du planning ou encore le suivi de l'activité) et **la mise en place de modules complémentaires au sein de leurs logiciels métiers**.

À ce jour, la **plupart des logiciels métiers des SAD ne sont pas adaptés aux besoins des équipes autonomes**. Plusieurs difficultés liées à l'adaptation des systèmes d'information limitent le développement de l'autonomie des équipes :

- **Les freins liés à l'utilisateur d'outils de coordination interne et externe sécurisés**
 - **La messagerie instantanée partagée sécurisée** : Les outils actuels des services ne permettent pas de bénéficier d'une messagerie instantanée partagée et sécurisée, pourtant essentielle pour le développement de la cohésion d'équipe, le partage d'informations en temps réel, et la réalisation de missions telles que la gestion des remplacements ou le suivi des bénéficiaires.
 - **La communication externe sécurisée avec les autres professionnels de santé** : Les outils actuels ne permettent pas le partage sécurisé des DUI, des projets personnalisés, des DLU avec les professionnels de santé de son territoire. Cette insuffisance limite un des principes fondamentaux du modèle des équipes autonomes : la prise en compte holistique de la prise en charge, nécessitant des relations étroites entre l'équipe autonome et les autres professionnels de santé de son territoire. En conséquence, la coordination et la continuité

des soins sont compromises, réduisant l'efficacité des interventions et la qualité des services rendus aux personnes accompagnées.

- **L'usage d'un Dossier Usager Informatisé partagé et modifiable par tous** : les DUI ne sont à ce jour pas directement modifiables par les intervenants, qui doivent généralement passer par les professionnels administratifs pour y implémenter ou modifier toute information, ce qui limite la communication efficace des informations clés relatives aux accompagnements.

- **La limitation d'accès aux plannings de l'équipe :**

- **L'absence d'accès aux plannings d'équipe** : Les intervenants n'ont pas accès aux plannings de l'équipe, ce qui pose problème notamment lors des remplacements de dernière minute. Sans cet accès, les intervenants ne peuvent pas identifier quelles interventions doivent être remplacées, ils doivent alors échanger ces informations par messagerie ou appel.
- **La modification des plannings à distance** : Les outils actuels ne permettent pas aux intervenants de modifier les plannings à distance. Cette limitation limite l'autonomisation des intervenants sur ce rôle de gestion des plannings.
- **L'absence de double contrôle sur les modifications** : Les modifications des plannings ou des dossiers ne peuvent pas être contrôlées en double, par l'intervenant et ensuite par le responsable de secteur/coach.

- **Le développement d'un reporting par équipe autonome** : Les logiciels métiers ne permettent généralement pas aux services de suivre aisément les indicateurs de performance sur des équipes sectorisées. Cette absence de paramétrage limite la responsabilisation des équipes, qui ne peuvent pas bénéficier de données précises et en temps réel pour évaluer et améliorer leur performance (exemple : taux de modulation par équipe). En conséquence, cela peut entraver la prise de décision adaptée, réduire l'efficacité organisationnelle et diminuer la motivation des professionnels.

Afin de pallier ces difficultés, les 3 des 4 services évalués se sont rapprochés de leurs éditeurs de logiciels afin de permettre l'adaptation de ceux-ci. Cependant, les services sont alors confrontés à plusieurs freins :

- **Complexité de la transition** : Faire évoluer son système d'information nécessite une refonte importante des processus et outils informatiques qui peut être perçue comme un défi technique et organisationnel pour les structures.
- **Manque de compétences numériques** : Les intervenants ne sont pas toujours suffisamment formés ou à l'aise avec les nouveaux outils numériques.
- **Manque d'intégration avec les systèmes existants** : Les nouveaux outils pour les équipes autonomes doivent s'intégrer avec les systèmes d'information déjà en place dans l'organisation, ce qui peut représenter un défi technique.

- **Le coût et le temps du développement et de la mise en œuvre** : L'adaptation des SI peut nécessiter des investissements importants en termes de coûts, mais également en termes de temps.
- **Les coûts liés au développement de l'autonomie des équipes**

Les données relatives **aux coûts de l'absentéisme** (coûts d'intérim, recours aux heures supplémentaires, ou à des extras à temps partiel et montant versé aux intervenants en arrêt suite à un accident de travail) **n'ont pas été transmises par les SAD évalués, ne permettant pas une analyse plus précise dans le cadre de l'évaluation.** Nous proposons néanmoins **une estimation des coûts économisés dans la partie sur les propositions Stratélys.**

De même, les données relatives aux coûts du turn-over n'ont pas pu être suivies par les SAD. La baisse de ces coûts dépend de deux paramètres principaux : **la durée moyenne pendant laquelle un salarié reste en emploi et le coût d'un recrutement.** Nous proposons également une **estimation des coûts économisés dans la partie sur les propositions Stratélys.**

Enfin, en dehors des coûts liés à l'absentéisme et au turn-over, **il n'a pas été repéré d'autre piste d'économie potentielle liée à l'autonomie des équipes.** Cela ne demeure d'ailleurs pas dans l'objectif de transformation des SAD qui ont axé leurs projets de transformation vers la qualité de vie au travail et la qualité d'accompagnement.

- **Les coûts liés au développement des compétences**

Les mécanismes et les règles de rémunération ne sont pas toujours adaptés à la mise en œuvre des équipes autonomes : à titre d'exemple, **les « efforts » spécifiques aux équipes autonomes ne sont pas « rémunérables » par des éléments complémentaires de rémunération** (sinon elles seraient opposables aux Conseils départementaux) prévus par la BAD.

Limites identifiées sur l'hypothèse liée à l'efficience du service :

Certaines limites ont pu être observées suite à la mise en place des équipes locales et autonomes :

- **La diminution des déplacements et le risque d'une éventuelle intensification du travail**

En effet, si la réduction des déplacements peut améliorer les conditions de travail et rendre plus soutenables des durées plus longues, ils peuvent aussi **apparaître comme une forme d'intensification du travail** (quand ils sont rémunérés, les temps de déplacements étant aussi des temps de travail potentiellement moins fatigants que les interventions proprement dites). Plus encore, **la réduction des déplacements s'accompagne de celle des indemnités kilométriques.** Or, si cet effet est assurément positif, y compris en termes de pouvoir d'achat, à moyen ou long terme, **il peut apparaître comme une baisse de rémunération à court terme.**

- **La meilleure prise en compte des temps de travail et le risque de présentisme ou l'émergence d'autres tâches non payées**

La meilleure prise en compte des temps de travail peut ainsi être contrebalancée par des formes de **présentisme ou l'émergence d'autres tâches non payées** (Flamard et Marchand, 2023).

De même, le travail peut effectivement être rendu plus soutenable, mais à **condition que les moyens et supports suivent, sinon une exposition à de nouveaux risques psychosociaux est plus qu'envisageable** (Van de Weert, 2024).

L'usage des nouvelles technologies est notamment un enjeu crucial tant il s'agit à la fois d'une ressource nouvelle pour venir en appui aux intervenants et « **d'une source potentielle d'intrusion dans la vie personnelle** » (Puissant et al, 2024).

Enfin, **la croissance des compétences n'a d'effets sur les rémunérations que si les employeurs** (et leurs financeurs) **la traduisent sur le plan salarial**. Or, pour le moment, les mécanismes institutionnels (liés à la tarification comme à la convention collective) ne le permettent pas facilement.

Au total, comme sur d'autres dimensions (conditions de travail, qualité du service, identité professionnelle, etc.), **les innovations managériales demeurent des expérimentations qui bousculent le fonctionnement traditionnel de l'aide à domicile, mais elles ne peuvent réellement ouvrir de nouvelles perspectives que si d'autres points de blocage** (à commencer par le sous-financement structurel du secteur) **sont parallèlement levés**.

- **La hausse de la consommation des plans d'aide des personnes accompagnées et la réduction des heures allouées aux bénéficiaires par les départements**

Les SAD évalués expliquent la diminution du nombre moyen d'heures aux plans d'aide par une potentielle **réduction des dépenses publiques malgré une augmentation du nombre de personnes accompagnées**.

L'analyse des données DREES ne permet pas d'accéder au nombre d'heures global, nous avons réalisé une **étude sur le montant global dépensé par Département concernant l'APA à domicile entre 2018 et 2022** (dernières données connues).

On remarque au niveau national, entre 2018 et 2022, une **augmentation du nombre de bénéficiaires de 2 % au total, pour 762 000 bénéficiaires en 2022**. En parallèle, le **montant global alloué augmente plus fortement, de 10 %, soit un peu plus de 2,2 milliards €** (ce qui donne environ 2 900 € par bénéficiaire). **Cela vient finalement en contradiction avec ce qu'évoquent les dirigeants de SAD, le montant de dépenses évoluant plus fortement que le nombre de bénéficiaires**.

Les orientations de dépenses étant de la compétence des Départements et variables d'un territoire à l'autre, l'analyse par départements observés permet le même constat sur les Départements :

- Du Nord (+6 % de bénéficiaires/+ 41 % de montant APA à domicile) : 5 050 €/bénéficiaire en 2022 contre 4 100 € en 2018
- De l'Orne (-1 % de bénéficiaires/+ 13 % de dépenses [par rapport à 2021, les données 2022 n'étant pas disponibles]) : 3 850 €/bénéficiaires en 2021 contre 3 400 € en 2018

Il n'y a **que pour l'Aisne où l'on remarque effectivement un nombre de bénéficiaires augmentant plus fort (+25 %) que les dépenses (+9 %)**, passant ainsi concernant le montant APA à domicile par bénéficiaire de 4 400 € en 2018 à 3 850 € en 2022.

Pour l'Eure, les dépenses d'APA à domicile ne sont pas communiquées avant 2022, donc impossible d'établir l'évolution des dépenses.

Nous avons mis en parallèle ces observations **avec l'évolution de la perte d'autonomie (bénéficiaires à domicile par GIR)** pour vérifier si le constat évoqué par les dirigeants ne serait **pas lié aussi à une hausse de la complexité de prise en charge avec des personnes qui nécessiteraient alors davantage d'heures d'accompagnement**.

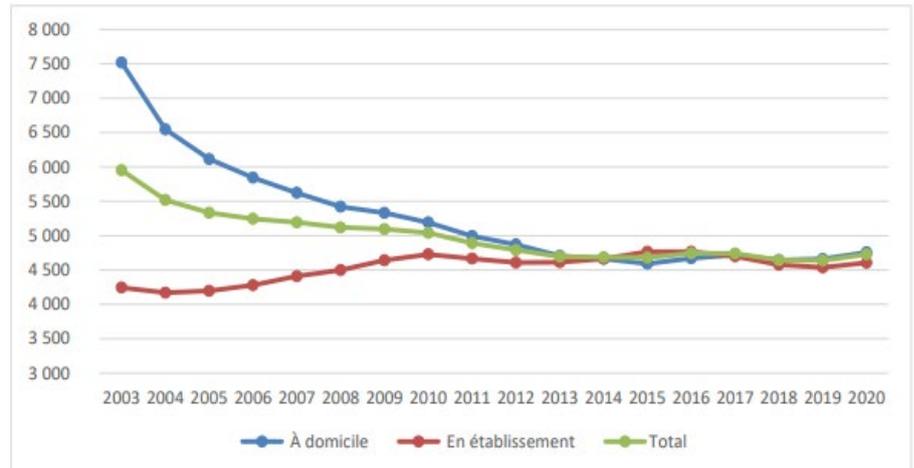
Les données montrent que :

- Au niveau national, la répartition reste globalement stable (20 % de GIR 1-2/80 % de GIR 3-4)
- Au niveau des Départements [par rapport à 2018] :
 - o Nord : augmentation des GIR 1-2 : +4 % (24 % en 2022)
 - o Eure : augmentation des GIR 1-2 : +5,5 % (36 % en 2022)
 - o Aisne : augmentation des GIR 1-2 : +2,5 % (21 % en 2022)
 - o Orne : diminution des GIR 1-2 : - 1,5 % (14,5 % en 2021)

Globalement, il semble bien y avoir **une légère hausse de la complexité dans 3 Départements sur 4 observés**. Cela pourrait donc **expliquer une partie de l'observation de manque de moyens malgré l'augmentation des dépenses publiques, comme vu ci-dessus**. Celles-ci ne seraient peut-être pas à la hauteur de la complexité accrue. D'autres paramètres peuvent venir en ligne de compte comme **notamment l'impact de l'avenant 43 ou l'inflation qui viennent augmenter les charges et notamment le coût de production, déséquilibrant l'équilibre budgétaire et donnant ce sentiment d'avoir moins de ressources en proportion**.

Les analyses récentes de l'IGAS⁵ confortent ces propos : « les dépenses par bénéficiaires d'APA à domicile n'ont pas connu de hausse substantielle depuis sa création : Si un véritable renforcement du soutien à domicile avait été opéré, on observerait sur la période récente une hausse de l'APA moyenne par bénéficiaire tenant au fait qu'on prendrait en charge plus de personnes lourdement dépendantes à domicile. Or la courbe est pour ainsi dire plane depuis le début des années 2010. L'inflation constatée depuis fin 2020 pourrait avoir accentué cette évolution ».

Graphique 8 : Evolution des dépenses moyennes annuelles d'APA par bénéficiaire, en euros constants



Source : DREES, L'aide et l'action sociales en France, édition 2022

- **La divergence sur la perception des causes du manque d'attractivité du secteur et l'importance relative des aspects monétaires et non monétaires**

Certains dirigeants, notamment ceux des parties prenantes de l'évaluation (associatifs notamment, mais pas uniquement), **envisagent le principe d'une hausse des dépenses, tandis que d'autres acteurs** (entreprises, gestionnaires de SAD rencontrés dans la phase 1 de l'étude et départements) **espèrent au contraire, plus ou moins explicitement, les réduire.**

Une des divergences porte sur **la perception des causes du manque d'attractivité du secteur et l'importance relative des aspects monétaires et non monétaires.** Pour les uns, les deux dimensions sont complémentaires : **le changement organisationnel doit améliorer les conditions de travail et permettre un accroissement des rémunérations.** Pour les autres, ces deux dimensions sont en partie substituables : **le changement organisationnel doit donner du sens au travail pour le rendre attractif en dépit de rémunérations faibles⁶.**

⁵ Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire, se sentir chez soi où que l'on soit, Dr Julien Emmanuelli, Jean-Baptiste Frossard et Bruno Vincent (Igas, mars 2024)

⁶ Certes un – relatif – consensus porte sur l'amélioration attendue des conditions d'emplois sans accroissement des coûts proportionnels ou pour le dire autrement les avantages en termes de conditions de travail doivent être obtenus pour un coût moins élevé que celui découlant d'une hausse des rémunérations permettant un effet équivalent en termes d'attractivité.

Pour autant, dans l'ensemble des expérimentations étudiées, **les effets sur les coûts demeurent ambigus pour au moins quatre raisons :**

- La première s'explique par **des tensions entre le court et le moyen ou long terme**. Celles-ci sont largement mises en avant par toutes les structures : la transformation en équipes locales et autonomes nécessite un coût d'investissement (formation et accompagnement initial, organisation du projet, réunions de mise en œuvre...) **tandis que certains effets positifs ne seront visibles que bien plus tard, à l'image d'une baisse de l'absentéisme ou d'une réduction du turn-over**.
- La seconde provient du fait **qu'une même mesure peut avoir des conséquences financières multiples et opposées, y compris de manière simultanée**. En effet, les expérimentations passent souvent **par la transformation des missions des acteurs et non la suppression de celles-ci** (cf. effet sur la réduction des coûts liés aux fonctions administratives). Par exemple, le transfert de la responsabilité des plannings réduit les coûts d'encadrement administratif, mais accroît les « temps improductifs ». De même, la transformation des missions de l'encadrement permet des économies sur la planification, **mais augmente les besoins en termes d'accompagnement des équipes**.
- La troisième du fait **que les gains économiques observables au début de la transformation des SAD semblent moins visibles au fur et à mesure de la diffusion de l'expérimentation** : les premières équipes étaient celles qui disposaient des meilleures bases (formation, stabilité des intervenants, motivation, etc.).
- Enfin, l'ambivalence provient du fait que **certaines effets positifs ont des conséquences sur d'autres acteurs que les structures elles-mêmes**. C'est notamment le cas de **répercussions positives en termes de temps de travail ou de rémunérations qui se traduisent par une réduction éventuelle des prestations sociales**. L'aide à domicile est en effet au cœur des métiers à bas salaire bénéficiant d'importantes subventions aux employeurs (exonérations de cotisations sociales) et aux salariés (prime d'activité notamment) nécessaires pour rapprocher le revenu disponible d'un niveau décent (Devetter et al, 2024).

Ainsi, **il ne semble pas possible de dresser un bilan financier simple du passage en équipes locales et autonomes**. Par ailleurs, comme tout changement, **le facteur temps doit être pris en compte**. À T 2,5, les effets engendrés par la transformation **n'ont potentiellement pas encore tous pu être observés**.

Par ailleurs, l'efficacité globale des équipes autonomes inspirée du modèle hollandais repose en principe **sur la simplification du financement et des processus administratifs**. Pour rappel, la réforme des modalités de financement et de facturation des soins infirmiers aux Pays-Bas avait favorisé le développement du modèle des équipes autonomes par un mode de tarification simplifié.

Néanmoins, à l'inverse de l'expérimentation du modèle Équilibre (sur les soins infirmiers en France), **les équipes locales et autonomes dans le secteur de l'aide à domicile n'ont pas bénéficié d'une réforme du financement pouvant favoriser l'atteinte de tous les effets attendus pour cette hypothèse 3.**

Conclusion de l'Hypothèse 3

Cette étude a exploré divers aspects de la transformation en équipes locales et autonomes dans les Services d'Aide à Domicile (SAD) et tout particulièrement sur l'hypothèse de l'amélioration de l'efficacité du service. Plusieurs critères ont été analysés pour évaluer la réalisation de cette hypothèse : les évolutions des coûts liés à l'accompagnement, à l'organisation administrative du service, au développement des compétences.

Évolution des coûts liés à l'accompagnement

La majorité des effets attendus sur l'évolution des coûts liés à l'accompagnement n'a pas été observée ou n'a pas pu être évaluée. Cette productivité et efficacité économique attendues du modèle des équipes locales et autonomes sur l'accompagnement des bénéficiaires n'a donc pas pu être observée suite à l'évaluation. Au contraire, la productivité des intervenants à domicile dans l'accompagnement diminue avec la mise en place des équipes autonomes.

Par ailleurs, les SAD évalués ont bénéficié d'une dotation complémentaire pour leurs heures effectuées au titre de l'APA/PCH. Ce financement leur a permis de déployer les équipes locales et autonomes tout en limitant le reste à charge des personnes accompagnées. Ces derniers n'ont donc pas eu à couvrir les surcoûts liés au fonctionnement en équipe locale et autonome.

La baisse des coûts d'accompagnement devait également s'expliquer par l'utilisation moins importante des heures d'accompagnement à domicile prescrites dans les plans d'aide (du fait d'un accompagnement plus efficace des intervenants en équipe autonome). Cependant, les résultats de l'évaluation mettent en avant une hausse de la consommation des plans d'aide des personnes accompagnées par les équipes autonomes (et au contraire une baisse pour celles non transformées).

Évolution des coûts liés à l'organisation administrative du service

La transformation contribue à limiter les dépenses d'encadrement administratif des SAD pour les équipes locales et autonomes ou à recentrer une partie des dépenses d'encadrement administratif sur le suivi des « équipes non-transformées » pour les services partiellement transformés comme c'est le cas dans l'évaluation.

Les équipes locales et autonomes et la mise en place de la sectorisation sur leurs territoires d'intervention ont également permis à deux SAD de réduire la distance entre les personnes accompagnées, source de

gains d'efficacité dans la prise en charge, de réduction des temps de déplacement, soit des heures de travail rémunérées aux intervenants et des coûts liés aux indemnités kilométriques.

Cependant, si la réduction des déplacements peut améliorer les conditions de travail et rendre plus soutenables des durées plus longues, ils peuvent aussi apparaître comme une forme d'intensification du travail (quand ils sont rémunérés, les temps de déplacements étant aussi des temps de travail potentiellement moins fatigants que les interventions proprement dites). Plus encore, la réduction des déplacements s'accompagne de celle des indemnités kilométriques. Or, si cet effet est assurément positif, y compris en termes de pouvoir d'achat, à moyen ou long terme, il peut apparaître comme une baisse de rémunération à court terme.

La formation sur l'usage du système d'information constitue ainsi l'une des conditions pour favoriser l'auto-organisation et le développement d'une organisation apprenante permettant aux équipes de partager leur expérience (notamment par le biais d'un réseau professionnel interne). Pour autant, l'évaluation n'a pas permis d'observer d'évolution spécifique sur le coût de la formation à l'usage du système d'information par les équipes locales et autonomes.

L'usage des nouvelles technologies est pour autant un enjeu crucial tant il s'agit à la fois d'une ressource nouvelle pour venir en appui aux intervenants et « d'une source potentielle d'intrusion dans la vie personnelle » (Puissant et al, 2024).

Évolution des coûts liés au développement de l'autonomie des équipes

L'absentéisme plus limité des équipes locales et autonomes permet de restreindre les coûts supplémentaires liés à la gestion et à l'accueil des remplacements, intégration de « coûts cachés » liés par exemple à des impacts en termes de dysfonctionnements ou encore au maintien de salaires.

Les données relatives aux coûts de l'absentéisme n'ont pas été transmises par les SAD évalués, ne permettant pas une analyse plus précise dans le cadre de l'évaluation. Nous proposons néanmoins une estimation des coûts économisés dans la partie sur les propositions Stratélys.

Malgré une diminution du turn-over pour deux équipes locales autonomes évaluées, les SAD rencontrent toujours des difficultés pour fidéliser et recruter les professionnels.

Enfin, en dehors des coûts liés à l'absentéisme et au turnover, il n'a pas été repéré d'autre piste d'économie potentielle liée à l'autonomie des équipes. Cela ne demeure d'ailleurs pas dans l'objectif de transformation des SAD qui ont axé leurs projets de transformation vers la qualité de vie au travail et la qualité d'accompagnement.

Évolution des coûts liés au développement des compétences

Au-delà des coûts identifiés lors du processus de transformation, les SAD évalués n'ont pas supporté de dépenses plus élevées de formation pour les équipes transformées durant l'évaluation.

On constate également une augmentation de la rémunération légèrement plus élevée au sein des équipes transformées par rapport aux équipes non transformées. L'écart demeure réduit et d'autres éléments peuvent évidemment expliquer cette trajectoire différente, mais ce résultat constitue néanmoins un indice d'un possible effet positif du déploiement des équipes autonomes sur les niveaux de rémunération.

Deux canaux complémentaires permettent d'expliquer cet effet. Le premier passe par la lutte contre le temps partiel contraint et l'allongement du temps rémunéré sans alourdissement proportionnel de la charge de travail. Le second s'inscrit dans une trajectoire de visibilisation (et de développement) des compétences.

Par ailleurs, les mécanismes et les règles de rémunération ne sont pas toujours adaptés à la mise en œuvre des équipes autonomes : à titre d'exemple, les « efforts » spécifiques aux équipes autonomes ne sont pas « rémunérables » par des éléments complémentaires de rémunération (sinon elles seraient opposables aux Conseils départementaux) prévus par la BAD.

In fine, il ne semble pas possible de dresser un bilan financier simple du passage en équipes locales et autonomes. Par ailleurs, comme tout changement, le facteur temps doit être pris en compte. À T 2,5, les effets engendrés par la transformation n'ont potentiellement pas encore tous pu être observés.

Comme sur d'autres dimensions évaluées (qualité du service et qualité de vie au travail) les innovations managériales demeurent des expérimentations qui bousculent le fonctionnement traditionnel de l'aide à domicile, mais elles ne peuvent réellement ouvrir de nouvelles perspectives que si d'autres points de blocage (à commencer par le sous-financement structurel du secteur) sont parallèlement levés.

III – Conclusion

L'évaluation de la transformation des Services Autonomie à Domicile (SAD) vers des équipes locales et autonomes a porté sur **3 champs** complémentaires : la **qualité de l'accompagnement**, la **qualité de vie au travail et le développement des compétences**, ainsi que **l'efficacité économique du service**. Ce rapport d'évaluation permet de décrire la situation des services au regard de ces trois champs liés au modèle théorique et à l'expérimentation des équipes locales et autonomes.



Effets observés

La mise en œuvre des équipes autonomes a conduit à des avancées notables, notamment d'un point de vue de la qualité de l'accompagnement (hypothèse 1).

En effet, la **personnalisation de l'accompagnement** est améliorée grâce à une meilleure connaissance des besoins des personnes accompagnées et à une relation de confiance renforcée entre intervenants et bénéficiaires. Cette proximité est rendue possible grâce à la sectorisation des interventions qui offre une meilleure régularité des tournées et des rencontres entre intervenants formels et informels permettant ainsi une meilleure connaissance des besoins individuels. Cette meilleure connaissance des besoins individuels étant partagée au sein de l'équipe, la planification des interventions et l'accompagnement tiennent compte des spécificités du bénéficiaire, la réponse aux besoins est donc plus réactive et mieux adaptée, l'organisation globale de l'accompagnement est optimisée rendant la coordination des soins plus efficace bien qu'encore perfectible.

L'optimisation de l'organisation globale de l'accompagnement a un impact positif sur la **coordination interne et externe**, mais aussi sur la **communication** entre les intervenants et avec les bénéficiaires. La mise en place de réunions régulières contribue à une meilleure communication interne, au partage des connaissances, et à la prise de décision collaborative. Ceci influe sur l'autonomie des intervenants qui démontrent une meilleure implication et une meilleure qualité des prestations contribuant à réduire les plaintes et réclamations et ainsi, à améliorer la **qualité et la sécurité de l'accompagnement**. Les équipes font preuves d'une meilleure réactivité et efficacité dans la résolution des problématiques rencontrées lors des accompagnements en absorbant collectivement les difficultés et en s'appuyant sur une organisation interne plus solide (réunions ou astreintes par exemple) ou sur le responsable de secteur donc le rôle demeure central (animation de réunion, lien entre les autres acteurs du territoire).

Ce fonctionnement renforce l'attention des professionnels aux évolutions des besoins du bénéficiaire, notamment en termes de perte d'autonomie et d'état de santé. Ce meilleur repérage est facilité par la

collaboration interprofessionnelle et les liens plus étroits qui se sont formés entre les équipes, les bénéficiaires et leurs aidants, qui aident à la **prévention et au maintien des liens sociaux**.

D'un point de vue de l'amélioration de la qualité de vie au travail et du développement de compétences (hypothèse 2), certaines améliorations significatives ont pu être constatées sur les **compétences et le savoir-être** grâce à l'autonomisation des équipes (communication, partage de connaissances) et la diversification des rôles des intervenants. Cependant, les équipes n'ont pas toujours conscience de certaines compétences que l'on peut qualifier « d'invisibles » (prévention, lien social). L'évolution des compétences est actuellement surtout acquise de manière expérientielle et par l'interconnaissance permise par les rencontres et échanges réguliers entre les intervenants, les actions de formation restent à renforcer. Par exemple, des formations en communication pourraient être indispensables à un bon fonctionnement en équipe autonome et utiles à la relation entre le bénéficiaire, l'intervenant et les autres acteurs du territoire. Ces nouvelles compétences, notamment en communication, et les réunions régulières améliorent la **coordination et la prise de décision** grâce au partage d'informations qui permet d'ajuster les actions en temps réel. De plus, les intervenants se sentent ainsi impliqués dans la prise de décisions que l'on peut à présent qualifier de « partagées » ce qui contribue à valoriser leurs actions et à renforcer leur motivation.

Le **soutien et la reconnaissance** des intervenants sont assurés par le niveau d'autonomie qui leur est confié, bien qu'essentiellement observée sur la planification des interventions. Et les rencontres régulières qui leur permettent de se sentir moins « isolés » et plus soutenus en cas de problématiques individuelles ou collectives. Ce qui devrait influencer sur le sentiment d'appartenance à une équipe, les risques psychosociaux et la qualité de vie au travail. Néanmoins, l'absence de reconnaissance financière pourrait compromettre la dynamique et l'attractivité des équipes locales et autonomes.

Le partage des bonnes pratiques, facilité par les échanges réguliers entre intervenants, contribue à **prévenir les risques professionnels** (notamment accidents de trajets et TMS). L'adaptation des plannings a amélioré la conciliation vie professionnelle/vie personnelle en permettant une plus grande flexibilité sur l'ajustement des plannings entre les intervenants. Offrir plus de « contrôle » sur son emploi du temps contribue à l'amélioration globale du bien-être des professionnels et à leur satisfaction au travail. Cependant, le turn-over ne semble pas, ou peu, affecté par ce niveau d'autonomie et cette flexibilité suggérant que d'autres facteurs de l'organisation et des conditions de travail jouent un rôle important.

L'organisation interne n'a pas démontré de simplification profonde à l'exception du processus des plaintes et réclamations (dont les résultats sont positifs). Le temps de travail des intervenants a partiellement augmenté, mais reste largement marqué par le temps partiel et les conditions de travail ne répondent pas

encore aux attentes des intervenants. La réduction de la charge administrative est possible, mais elle nécessite une approche plus globale pour ne pas « déplacer » plutôt « qu'alléger » la charge de travail.

Enfin, d'un point de vue de l'efficacité économique des services (hypothèse 3), de nombreux effets n'ont pu être observés, notamment sur **l'évolution des coûts liés à l'accompagnement**, car il est au contraire constaté une baisse de la productivité des intervenants à domicile dans la mise en place d'équipes autonomes. L'octroi d'une dotation complémentaire pour les heures effectuées au titre de l'APA/PCH a permis aux SAD de déployer les équipes locales et autonomes tout en limitant le reste à charge des personnes accompagnées. Contrairement à l'effet attendu, la consommation des plans d'aide a augmenté pour les bénéficiaires suivis par les équipes autonomes.

Sur **l'évolution des coûts liés à l'organisation administrative des services**, les dépenses d'encadrement administratif sont limitées pour les équipes autonomes ou recentrées sur les équipes non transformées. La sectorisation a permis la réduction des coûts liés aux indemnités kilométriques pour 2 services, mais celle-ci peut avoir un effet « négatif » sur la rémunération à la baisse des intervenants ou la densification de leur charge de travail.

L'usage de nouvelles technologies et du système d'information n'a pas fait l'objet d'une évolution sur les **coûts liés au développement de l'autonomie des équipes** et notamment aux coûts de formation bien qu'il s'agisse d'une condition essentielle pour favoriser l'auto-organisation. L'absentéisme réduit dans les équipes autonomes permet quant à lui de réduire les coûts investis dans l'accueil et l'intégration des nouveaux arrivants. Cependant, il peut persister des surcoûts possibles en raison du turn-over.

En l'absence de dépenses majorées sur la formation, il n'y a pas de réelle évolution sur les coûts liés au développement des compétences. Un faible écart peut s'expliquer par l'augmentation légère de la rémunération des intervenants de l'équipe transformée pouvant s'expliquer par l'allongement des temps rémunérés ou la « visibilisation » des compétences.

Au regard de ces éléments, l'étude des coûts s'avère difficile, car l'ensemble des effets n'ont pas encore pu être observés, mais aussi parce que ce type d'innovation organisationnelle nécessite de s'appuyer sur des financements structurels du secteur suffisants. Cependant, l'objectif de ce modèle est centré sur de meilleures conditions de travail favorisant la qualité de vie au travail et ayant donc un impact positif sur l'amélioration de la qualité des accompagnements.



Défis persistants

Malgré ces effets observés, des défis subsistent sur les thématiques suivantes :

- **Le soutien à domicile de la personne accompagnée** afin de pouvoir réduire la durée et le nombre d'hospitalisations, maintenir la personne au domicile et son autonomie plus longtemps, voire même, réduire la durée des accompagnements ;

La participation des intervenants aux primo/(ré)-évaluations des bénéficiaires reste encore limitée, bien qu'elle pourrait faciliter la relation entre les intervenants et les bénéficiaires. De plus, elle permettrait de mettre en œuvre un accompagnement adapté par une meilleure identification des besoins, dans une démarche participative afin d'obtenir une meilleure adhésion de tous les acteurs en offrant. En effet, ceci a toute son importance en raison des profils des bénéficiaires qui sont très hétérogènes ainsi que les ressources de ces derniers (entourage, environnement, finances, etc.).

- **La création d'outils spécifiques et la traçabilité** pour pouvoir mettre en œuvre un accompagnement qualitatif, sécurisé et coconstruit ;

Des limites persistent dans la formalisation, entre autres, de projets personnalisés et dans l'utilisation d'outils spécifiques pour se faire. La traçabilité pourrait permettre un effet positif sur le suivi des accompagnements, mais la culture de l'écrit reste à renforcer pour les intervenants et/ou au sein des services.

- **La coordination des acteurs de l'accompagnement à l'échelle territoriale** pour que chacun puisse partager des informations et des pratiques professionnelles, mais aussi pour la personne accompagnée, dans le but de favoriser son inclusion sur le territoire et de développer ses interactions sociales ;

La coordination avec les partenaires du territoire dans le cadre d'une communauté de pratiques professionnelles pourrait faire l'objet de profondes évolutions pour développer l'autonomie des équipes et leur positionnement parmi les acteurs qui contribuent à l'accompagnement. Cependant, des évolutions des systèmes d'information seraient nécessaires pour faciliter l'accès aux informations des bénéficiaires (ceci est d'ailleurs déjà un objectif pour la coordination interne) et les intervenants s'appuient encore beaucoup aujourd'hui sur le responsable de secteur dont le rôle demeure central.

- **Le positionnement des intervenants comme des « acteurs de l'action sociale »** pour qu'ils véhiculent une approche responsabilisée et populationnelle des accompagnements ;

Les compétences des aides à domicile dites « invisibles » (prévention, lien social...) ont pu être observées, mais restent sous-évaluées, car les intervenants n'en ont pas conscience. L'absence de formations

spécifiques et d'outils de gestion adaptés reste un frein à cette conscientisation et donc au développement de ce positionnement comme acteur de l'intervention sociale.

- **L'organisation interne des services** dans un but de simplification des processus administratifs et d'allègement des contraintes qu'ils pourraient représenter. Ceci permettant d'ajuster les effectifs et le temps de travail à la fois des personnels administratifs et des intervenants ;

Les principales responsabilités données aux intervenants sont la planification des interventions et la gestion des absences, bien que limitée pour cette dernière par le manque d'accessibilité des intervenants aux logiciels de planification. Le modèle pourrait offrir aux intervenants une autonomie plus conséquente dans l'organisation interne du service en contribuant au processus de recrutement, à l'animation des réunions ou encore au processus d'accueil du nouvel arrivant (par exemple dans le cadre d'une démarche tutorale). Ceci reste cependant dépendant de l'adaptation du modèle choisi par chaque service.

Pour faciliter et sécuriser la coordination et les prises de décision, il semble essentiel de mettre en place un cadre structuré (rôles, responsabilités) et de confiance qui reste à ce jour non observé. La formalisation de ce cadre pourrait contribuer au soutien et à la reconnaissance des intervenants dans leurs nouveaux rôles, car il n'est pas mis en place de reconnaissance financière et le turn-over reste variable malgré l'augmentation du niveau d'autonomie des équipes.

- **Les évolutions des coûts** liés à l'accompagnement, à l'organisation administrative des services, au développement de l'autonomie des équipes et au développement des compétences ;

Des questionnements persistent par la constatation de la baisse de productivité des intervenants en équipe autonomes et l'augmentation des plans d'aide des bénéficiaires dans cette organisation. Des pistes d'économie ont été identifiées telles que l'absentéisme et le turn-over, mais elles ne peuvent être pleinement exploitées en l'absence de données.

Les rémunérations ne sont pas toujours adaptées aux modèles des équipes autonomes, car les efforts spécifiques ne sont pas rémunérables par des ECR (éléments complémentaires de rémunération) prévus par la BAD notamment.



Facteurs clés

L'étude de quatre SAD distincts a révélé des éléments clés influençant la transition vers des équipes locales et autonomes. Il en ressort l'importance des notions de « **portage** » et de « **sens** » **données par la démarche**, notamment dans le processus de transformation. Il est essentiel de définir un cadre, et particulièrement celui de l'autonomie fixée par la Direction.

Ce fonctionnement en équipe locale et autonome doit s'appuyer sur un **système d'information solide et efficace**. Les réunions régulières sont un élément clé de ce modèle, mais avoir des outils informatiques

évolutifs (et évolués) pour faciliter l'accès aux informations sur les bénéficiaires et les échanges entre intervenants reste un point essentiel.

Pareillement, la formation des responsables de secteur et des équipes permettrait à chacun de mieux adapter sa posture, son positionnement dans ses rôles et missions et de développer de nouvelles compétences, voire même d'en identifier de nouvelles, pouvant être « invisibles » ou acquises par l'expérience et l'interconnaissance.



Ce qu'il faut retenir

La transformation des SAD en équipes locales et autonomes représente une **avancée significative** vers une **organisation plus flexible et centrée sur les besoins des bénéficiaires**. Bien que des progrès aient été réalisés dans plusieurs domaines (notamment la personnalisation de l'accompagnement et le développement des compétences et de l'autonomie des intervenants) des défis persistent. Une attention continue et une approche adaptative sont essentielles pour surmonter les obstacles éventuels et pour assurer une mise en œuvre réussie des initiatives visant à améliorer la qualité et l'efficacité des services d'accompagnement à domicile.

Il peut être retenu particulièrement et de manière non exhaustive les éléments suivants :

- L'**autonomie** confiée aux intervenants favorise une prise en charge de meilleure qualité grâce à une communication accrue entre ces derniers ;
- L'organisation en équipes locales et autonomes a permis de passer d'une personnalisation de l'accompagnement fondée sur l'expertise individuelle des intervenants à une personnalisation collective, basée sur la concertation et le partage d'informations et une meilleure coordination interne, offrant une plus grande satisfaction des bénéficiaires et des professionnels ;
- Le soutien et la reconnaissance amplifiés s'expliquent par des liens renforcés avec le responsable de secteur et un sentiment d'appartenance à une équipe, qui stimulent l'engagement des intervenants ;
- La mise en place de ressources adéquates et de solutions financières adaptées pourrait faciliter l'autonomisation des équipes, augmenter le nombre de temps plein et améliorer les effets organisationnels internes ;
- La formation sur l'usage du système d'information constitue l'une des conditions pour favoriser l'auto-organisation et le développement d'une organisation apprenante permettant aux équipes de partager leur expérience (notamment par le biais d'un réseau professionnel interne).



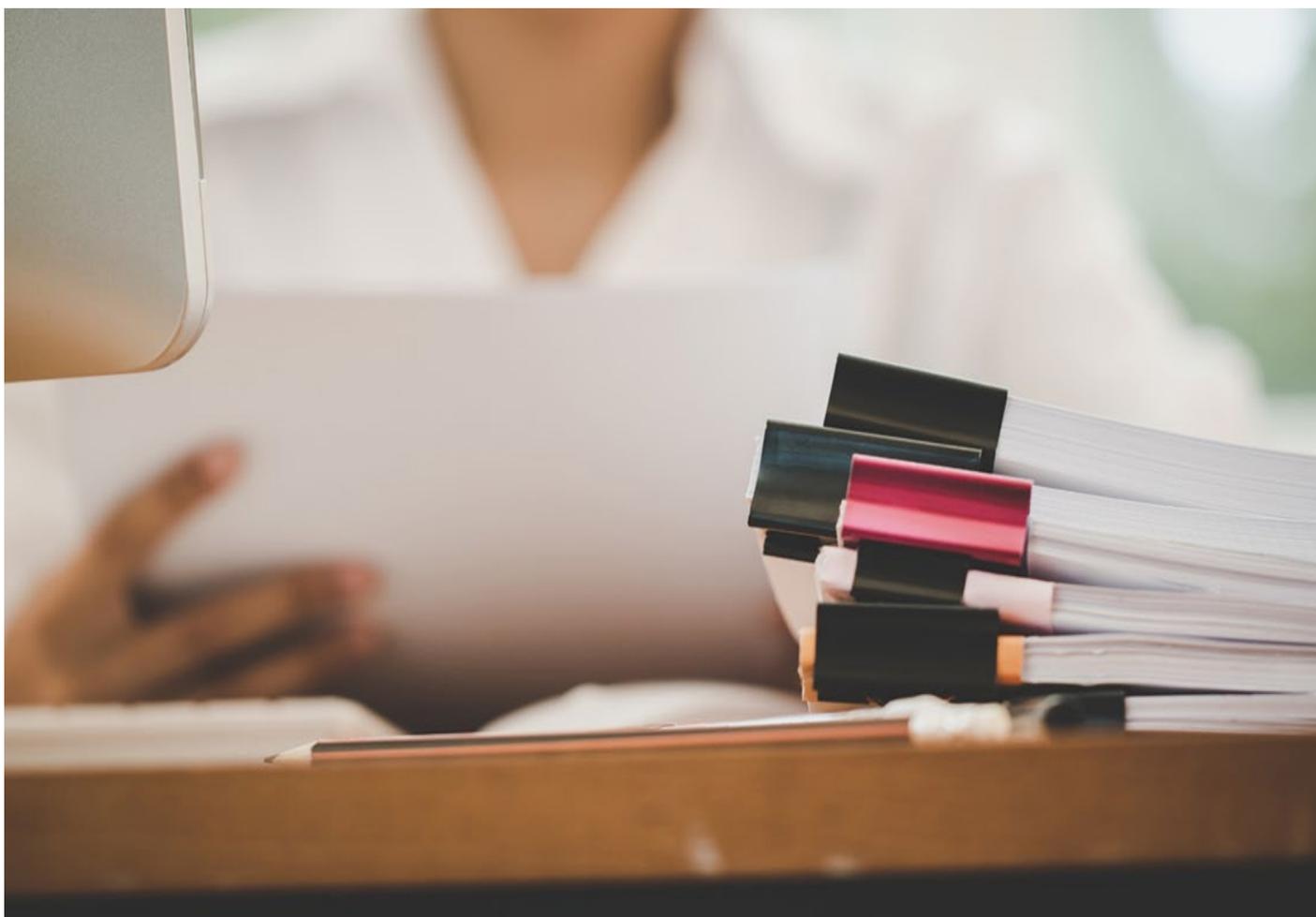
Perspectives

Cette transformation en équipes locales et autonomes s'inscrit dans un contexte d'évolution politico-économique et réglementaire dans la gestion des SAD devenus à présent des SAD (Services Autonomie à Domicile) pour renforcer la notion de coopération entre les acteurs et services divers d'aides ou de soins à domicile.

La présente expérimentation contribue à définir quels sont les soutiens nécessaires à la transformation et les actions futures qu'il serait possible d'entreprendre pour favoriser ou faciliter la « transition » vers une organisation nouvelle et innovante.

Le cabinet Stratélys émet **10 propositions pour « aller plus loin » dans cette démarche de transformation :**

- Proposition 1 : La création de temps dédiés, un levier de fonctionnement en équipes locales et autonomes
- Proposition 2 : S'appuyer sur le modèle des équipes locales et autonomes pour favoriser la mise en place des services autonomie à domicile (SAD) ;
- Proposition 3 : Faire évoluer les compétences des équipes locales et autonomes par la formation continue ;
- Proposition 4 : Adapter les conventions collectives pour valoriser les nouveaux rôles des équipes locales et autonomes ;
- Proposition 5 : Soutenir le processus de transformation ;
- Proposition 6 : Formaliser des guides et outils d'appui à la transformation
- Proposition 7 : Structurer le pilotage et l'essaimage des équipes locales et autonomes en s'appuyant sur les plateformes des métiers de l'autonomie (ou les Conseils départementaux)
- Proposition 8 : Adapter le système d'information aux besoins de fonctionnement en équipe locale et autonome ;
- Proposition 9 : Financer les SAD souhaitant expérimenter ou généraliser les équipes locales et autonomes en se focalisant sur les résultats positifs de l'évaluation ;
- Proposition 10 : Adapter les modalités de pilotage et de financement des SAD pour favoriser la mise en place des équipes locales et autonomes.



IV – Propositions

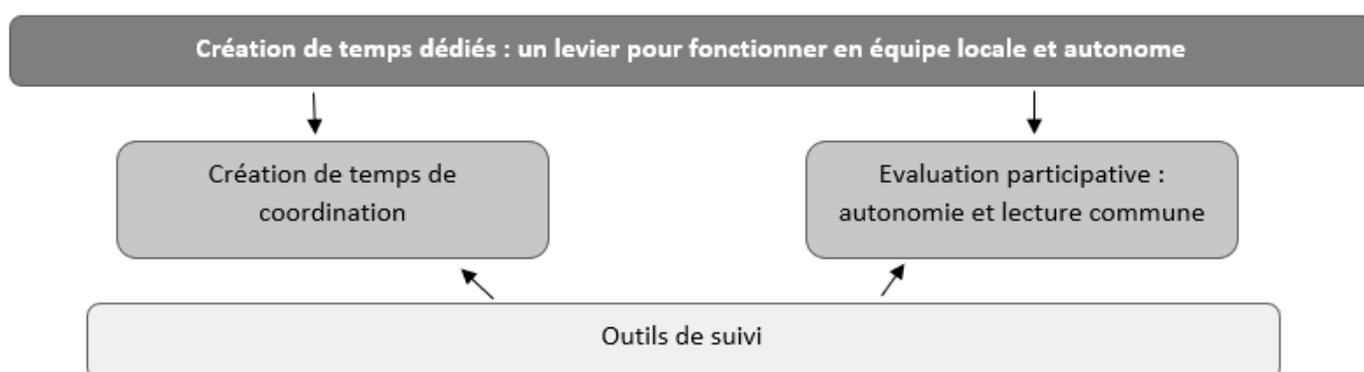
IV.1 – Les équipes locales et autonomes pour favoriser la coordination et la pluridisciplinarité des accompagnements à domicile

IV.1.1 – Proposition 1 : Créer des temps dédiés comme levier de fonctionnement en équipes locales et autonomes.

Préambule

Le modèle des équipes locales et autonomes repose sur des principes clés (sans pour autant être un modèle unique) pour permettre un fonctionnement optimal. La coordination en est un que l'on peut considérer comme transversal, étant donné sa contribution à la définition d'un cadre et d'un espace permettant à une forme d'intelligence collective de se créer.

La création de temps dédiés s'avère donc essentielle, à la fois pour coordonner les équipes, et plus largement l'activité (planification des interventions, intégration d'un nouveau bénéficiaire, etc.), ainsi que pour la réalisation d'une évaluation des besoins des bénéficiaires pour assurer un accompagnement adapté et de qualité. C'est pourquoi nous proposons une déclinaison des actions suivantes pour atteindre cet « objectif » :



✓ **Créer des temps de coordination pour encourager les échanges entre intervenants et organiser leurs actions**

Pour créer des temps de coordination, il est nécessaire d'avoir une **approche structurée et flexible**. Dans le cadre des équipes locales et autonomes, cela passe par la **mise en place de temps de réunion** durant lesquels « toute la place » est offerte aux intervenants à domicile pour se coordonner. En effet, **dans le cadre du fonctionnement « classique » d'un SAD, ces temps sont généralement insuffisants ou inefficaces** (sans apports complémentaires pour la mise en œuvre de l'accompagnement) **et considérés comme improductifs** (puisque'ils ne correspondent pas à une activité source de financement).

Les résultats de l'expérimentation montrent toute l'importance de ces temps d'échanges qui contribuent à créer et maintenir la **cohésion** des membres de l'équipe autonome, à son « **bon** » **fonctionnement** (hypothèse 2) et à la **qualité de l'accompagnement** des bénéficiaires (hypothèse 1). D'ailleurs, la contribution des réunions d'équipe à la **synchronisation des actions**, au **partage des informations** et à la **résolution des problématiques collectivement** n'est pas une notion nouvelle, Mintzberg en faisait déjà mention il y a plus de quarante ans (Mintzberg H., 1980).

Ces réunions devraient **permettre à chacun des intervenants de s'exprimer librement** sur tous les **sujets en lien avec l'organisation et le fonctionnement du service, ainsi que les accompagnements des bénéficiaires**. D'où la nécessaire **identification d'un lieu dédié et la création d'un environnement favorable** dans lequel chacun puisse se sentir à l'aise pour partager ses idées. Ces sujets **constitueraient les objectifs généraux** et donc l'ordre du jour qui devrait être connu des intervenants en amont de leur participation, et auquel pourraient s'ajouter des échanges autour **d'objectifs plus spécifiques** tels que la résolution d'une problématique, l'intégration d'un nouveau bénéficiaire, le recrutement, le tutorat, etc.

Pour une mise en œuvre efficace, il est nécessaire de **planifier** ces temps d'échange **dans l'organisation globale du SAD**, mais aussi **dans les plannings des intervenants**, pour les **considérer pleinement comme des temps institutionnels rémunérés**. Les pratiques des différents SAD impliqués dans l'expérimentation démontrent **l'utilité de planifier minimum 4 à 6 heures par mois de temps de coordination** pouvant être réparties, par exemple, comme suit : **une heure de réunion et 30 minutes d'échange informel chaque semaine**. Les échanges informels comprenant à la fois l'utilisation d'une messagerie instantanée, les appels téléphoniques, etc.

Les modalités d'organisation de la réunion ont toute leur importance pour atteindre les objectifs visés et pour sa contribution à la dynamique d'équipe. Une charte corédigée avec les différents acteurs du service (hypothèse 2) pour formaliser le fonctionnement en équipe autonome pourrait en reprendre lesdites modalités. La réunion **serait organisée de manière préférentielle en présentiel** pour rompre l'isolement et la solitude perçue par les intervenants à domicile dans l'exercice de leurs fonctions. Toutefois, pour

certaines SAD intervenant sur de larges territoires, **le mode distanciel, bien que moins pertinent, serait tout de même plus favorable et efficient que l'absence de réunion ou de longs temps de trajet**. Notons que le distanciel nécessite des outils de communication spécifiques et un système d'information plus « flexible » que ceux observés dans le cadre de l'expérimentation (cf. proposition N° 8).

Pour le bon déroulement de ce temps de coordination, un **animateur de séance** devrait être identifié. À ce jour, l'expérimentation montre que ce sont toujours les responsables de secteur qui assument ce rôle (hypothèse 1). Cependant, le modèle des équipes locales et autonomes permet aux intervenants de se l'approprier comme un nouveau rôle ou une évolution de leurs compétences qu'il faudrait **accompagner par des actions de formation** sur les techniques de communication, par exemple (cf. proposition N° 5). L'un des SAD profite de cet échange pour désigner collectivement l'animateur de la réunion suivante afin d'assurer une « rotation » des intervenants et d'offrir à chacun cette expérience.

✓ **Définir des modalités d'évaluation commune favorisant l'autonomie de la personne accompagnée et la participation des intervenants à domicile**

L'évaluation des besoins est une démarche effectuée par de multiples acteurs de l'accompagnement à domicile, dont les financeurs et les SAD. Le futur bénéficiaire est donc amené la plupart du temps à rencontrer plusieurs interlocuteurs avant la mise en œuvre de son accompagnement :

- Un évaluateur de l'organisme susceptible de lui attribuer une aide financière : structures évaluatrices de la CARSAT, évaluateurs du Conseil départemental, évaluateurs des MDPH (maisons départementales des personnes handicapées), évaluateurs de la MSA et autres caisses de retraite, etc. ;
- Un responsable de secteur et/ou un intervenant du SAD qu'il aura choisi pour mettre en œuvre son accompagnement
- Professionnels libéraux : IDEL (infirmière), kinésithérapeute, etc. ;
- Services de soins : HAD (hospitalisation à domicile), SSIAD (service de soins infirmiers à domicile), etc.

Ces acteurs utilisent chacun une grille d'évaluation des besoins qui lui est propre et, qui s'appuie sur les multiples outils existants : le REMD (Référentiel d'Évaluation Multidimensionnelle de la situation et des besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants), l'outil d'évaluation des Conseils départementaux, qui comprend la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso ressources) pour évaluer l'éligibilité à l'APA (allocation personnalisée d'autonomie), la grille ICOPE (Integrated Care For Older People), le MNA (Mini Nutritional Assessment), etc. Le REMD est l'outil de référence réglementaire (arrêté du 5 décembre 2016) pour l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie. La grille AGGIR

est une grille réglementaire (annexe 2-1 du CASF) quant à elle pour déterminer l'éligibilité au droit APA. Icope est l'outil de référence pour le repérage des facteurs de fragilité chez les personnes âgées développé par l'OMS et en cours de déploiement en France. Cependant, **bien que multidimensionnel, le manque de communication entre les SAD et les « financeurs » (Départements et caisses de retraite) de leurs évaluations multidimensionnelles constitue un frein à rendre optimale cette étape de l'évaluation des besoins.** Les observations et les échanges avec les SAD durant l'expérimentation tendent à confirmer cette remarque (hypothèse 1). **Le repérage des besoins des bénéficiaires est une étape cruciale pour mettre en œuvre des actions adaptées à leurs situations et assurer la qualité de l'accompagnement.**

Actuellement, de manière générale, il existe donc deux temps distincts d'évaluation et deux grilles de lecture des besoins. Cette expérimentation des équipes locales et autonomes pourrait soutenir une possible évolution de la démarche d'évaluation des besoins dans l'objectif :

- De **faciliter la communication du dossier d'évaluation** entre les financeurs qui évaluent (départements, CARSAT) et les SAD qui mettent en œuvre ; mais également entre les SAD et les financeurs en cas d'évolution des besoins de la personne (qui implique potentiellement une révision du plan d'aide de la personne et potentiellement de son GIR), pour **optimiser ce temps d'évaluation**. La CARSAT et les départements ont d'ailleurs déjà mis en place : le dossier unique de demande d'aides (cerfa 16301*01), ainsi que la reconnaissance mutuelle des évaluations entre eux (loi ASV datant de 2016), mais qui n'est pas encore complètement effective ou au même niveau sur l'ensemble du territoire.
- De **le rendre participatif** pour les bénéficiaires et les intervenants. Le temps d'évaluation pourrait être considéré comme un **espace d'échange** pour que le bénéficiaire mentionne ses idées quant à son accompagnement et aux services attendus ou proposés, un moment de recueil de ses suggestions. L'évaluation participative contribue à inclure « activement » le bénéficiaire, à le rendre « acteur » de la démarche (Chambers R., 1994). C'est un des enjeux du fonctionnement en équipe locale et autonome, un point clé et en cohérence avec les objectifs de la loi bien vieillir qui met en avant la notion de prévention pour le vieillissement en santé. La grille ICOPE a d'ailleurs elle aussi évolué pour passer d'un paradigme basé sur un modèle de soin curatif à préventif et met à disposition gratuitement des outils de « monitoring », ou suivi, de six fonctions essentielles au vieillissement en bonne santé (mémoire, nutrition, vision, audition, psychologie, mobilité). Pour les intervenants, participer à l'évaluation initiale des besoins serait le **temps « majeur »** de la **première rencontre, celui sur lequel la relation se construit**. Ceci confirme **l'aspect crucial de cette démarche évaluative afin de créer la relation de confiance, d'instaurer un climat sécurisant, de proposer un accompagnement personnalisé et de susciter l'adhésion du bénéficiaire dans les actions définies communément**. C'est aussi un temps de **soutien émotionnel** dans le cadre du

parcours du bénéficiaire pour que la nécessité de recours à un SAD ne soit pas interprétée comme une situation de « rupture » (notamment avec les notions de capacités et d'incapacités ou d'autonomie et de dépendance) ;

- De **renforcer l'autonomie et les rôles des intervenants** à domicile. L'implication des intervenants dans de nouveaux rôles et leur responsabilisation font partie intégrante du modèle des équipes locales et autonomes. L'expérimentation démontre la volonté des intervenants de s'impliquer davantage dans l'évaluation des besoins. Ils sont parfois intervenus en binôme avec le responsable de secteur. Pour l'un des SAD inclus dans l'expérimentation, un second temps d'évaluation réalisé entre 1 et 3 mois après l'intégration du service et conduit totalement par l'intervenant.

Retenons que **l'évaluation des besoins est l'un des temps les plus importants dans la mise en œuvre de l'accompagnement à domicile**, que ce soit pour le soutien financier qui pourrait être attribué au bénéficiaire ou pour les actions définies dans son plan d'accompagnement.

La démarche évaluative devrait être multidimensionnelle, sans omettre les besoins de l'entourage (d'autant plus que les politiques publiques encouragent le soutien des aidants), et se voudrait **participative pour le bénéficiaire et pour les intervenants**. Pour cela, les outils pourraient évoluer en s'appuyant sur des études telles que le repérage précoce des préfragilités (CARSAT HDF, 2024), la traduction du référentiel OMAHA qui fournit des échelles d'évaluation pour un suivi d'objectifs personnalisés et définis conjointement avec le bénéficiaire (Art 51, Équilibres, consulté en 2024). Par exemple, elle pourrait être schématisée de manière non exhaustive comme suit (*schéma conçu par Stratélys*) :

La participation des intervenants permettrait de renforcer leurs rôles et leur autonomie. Pour cela, plusieurs modalités pourraient être envisagées :

- Réaliser l'évaluation initiale en toute autonomie, après avoir été formé à la démarche et à l'utilisation des outils. Ceci pourrait permettre aux responsables de secteur d'intervenir de manière plus transversale sur le service et de définir l'intervenant comme étant la personne la plus compétente à accompagner de manière globale le bénéficiaire ;
- Réaliser l'évaluation en binôme avec le responsable de secteur, qui nécessiterait d'être vigilant quant à ne pas faire intervenir l'intervenant dans le seul but qu'il se présente au bénéficiaire et qu'il prenne connaissance des actions envisagées sans les « co-définir » ;
- **Réaliser une seconde évaluation a posteriori de l'intégration du service et de la mise en place de l'accompagnement**, ce qui pourrait être considéré comme un temps d'évaluation des actions initialement définies et donc de potentielle évolution du projet d'accompagnement.

La participation des intervenants serait « conditionnée » par la formation à la réalisation de la démarche et à son importance dans l'accompagnement ainsi qu'à l'utilisation des outils d'évaluation pour assurer un

recueil pertinent des informations nécessaires à la mise en place des actions auprès des bénéficiaires (cf. proposition N° 5).

✓ Créer des outils de suivi de la coordination et des actions relatives à l'accompagnement

Pour maintenir une coordination efficace, des outils de suivi pourraient être mis en place dans le but :

- **D'assurer la traçabilité des contenus des échanges** et donc, de permettre aux personnes absentes d'en prendre connaissance. Mais aussi aux personnes qui étaient présentes de rechercher une information ;
- **D'évaluer la pertinence de l'organisation des réunions** et de pouvoir « réajuster » selon l'analyse des indicateurs suivis (horaires, jours, personnes présentes, ordres du jour, déroulement des échanges, etc.) ;
- **De suivre les actions entreprises en réponse aux besoins identifiés** et de faire évoluer l'accompagnement si besoin.

Dans ces objectifs, il pourrait être conçu par chaque service ses outils de suivi, élaborer des fiches ou des outils d'évaluation qui permettent de documenter les besoins des bénéficiaires de manière structurée, facilitant ainsi le partage d'informations entre les équipes (Cramton C.D., 2001). Néanmoins, la mobilité des équipes sur le territoire d'intervention du SAD nécessiterait de faire évoluer les systèmes d'information pour garantir un accès unique et à distance (cf. proposition 8).

Effets attendus

En intégrant ces temps dédiés dans l'organisation et le fonctionnement du SAD, il serait possible de créer un environnement et des outils de suivi propices à la coordination et à l'évaluation des besoins, tout en renforçant l'autonomie des équipes locales. Cela contribuerait à :

- **Améliorer la qualité des services offerts** aux bénéficiaires en personnalisant les services proposés et en faisant preuve de réactivité pour répondre aux besoins identifiés ;
- **Améliorer la qualité de l'accompagnement** grâce à la réalisation de l'évaluation des besoins sur la base d'une grille multidimensionnelle et à la proximité qu'offrent les équipes locales et autonomes ;
- **Augmenter le sentiment de satisfaction en termes de qualité de vie au travail** par le renforcement de la notion « d'équipe » et des liens interpersonnels (BODENDIECK et al., (2022)) ;
- **Renforcer les connaissances, voire les compétences des intervenants à domicile** par les échanges collectifs qui favorisent l'interconnaissance ;
- **Faciliter le travail en interdisciplinarité.**

Ces temps dédiés pourraient être considérés comme indispensables pour assurer un accompagnement de qualité, qui soit adapté au bénéficiaire et à son entourage, voire plus largement, à la coordination de l'ensemble des acteurs qui interviennent (Cristofalo P. et Dariel O., Santé publique, 2021).

IV.1.2 – Proposition 2 : S'appuyer sur le modèle des équipes locales et autonomes pour favoriser la mise en place des services autonomie à domicile

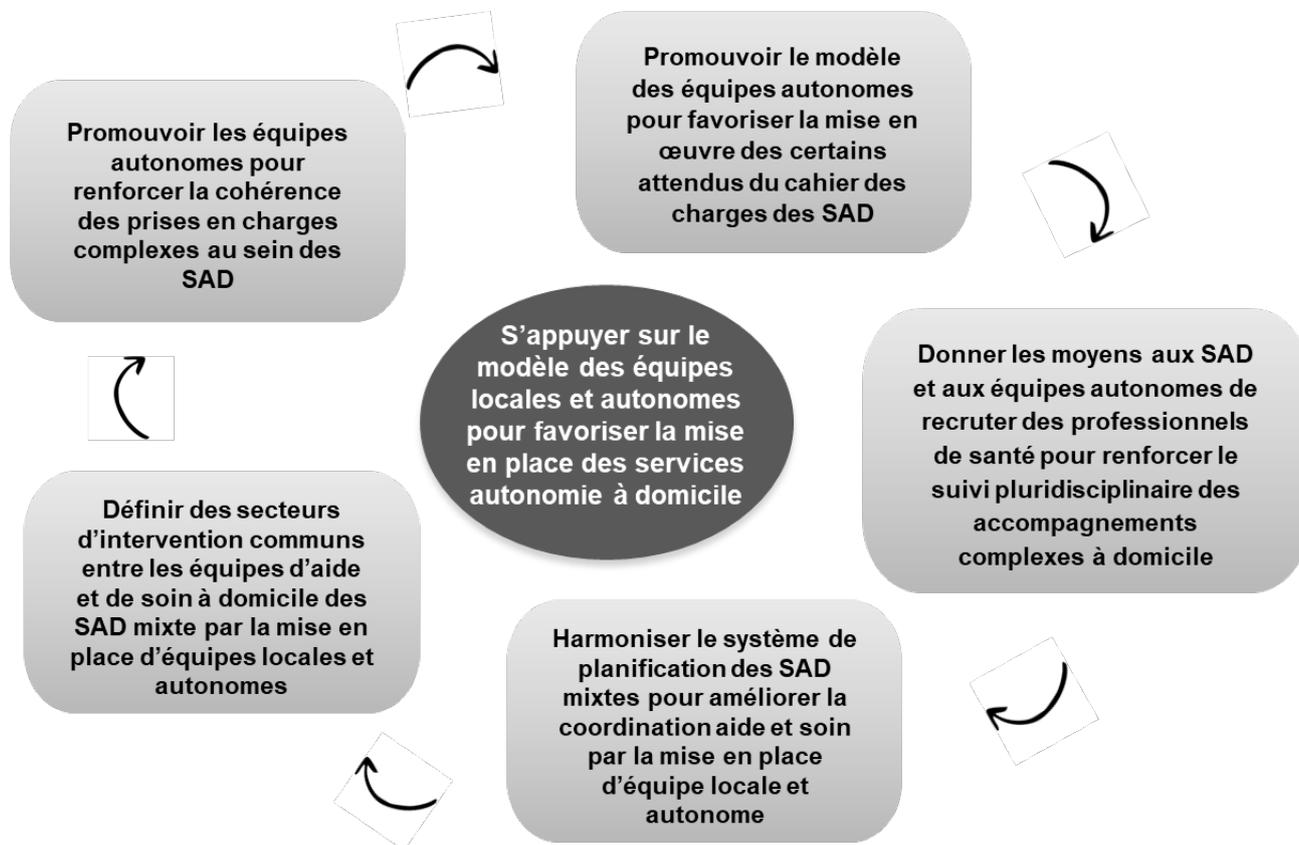
Sous-partie rédigée en collaboration avec François-Xavier DEVETTER (Professeur de Sciences économiques IRES – Ciersé, Université de Lille) et Antoine DE SOUBEYRAN (Responsable Innovation et développement, Stratélys

Préambule :

Parallèlement au développement du modèle des équipes locales et autonomes, **le secteur du domicile se restructure en rapprochant les services existants**. Les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD), les Services de Soins infirmiers à Domicile (SSIAD) et les Services polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD) doivent évoluer pour répondre **aux conditions minimales de fonctionnement définies par le cahier des charges** (décret relatif aux services autonomie à domicile publié le 17 juillet 2023) et **pour certains** (en particulier les SSIAD) **former une catégorie unique de services, les SAD mixtes**.

Les actions proposées ci-dessous visent à **s'appuyer sur le modèle des équipes locales et autonomes comme levier pertinent pour penser l'avenir des services autonomie à domicile (SAD)**.

Déclinaisons en actions :



- ✓ **Promouvoir le modèle des équipes autonomes pour favoriser la mise en œuvre des certains attendus du cahier des charges des SAD**

Les résultats de l'évaluation de la transformation en équipes locales et autonomes mettent en avant **plusieurs effets directs et indirects favorables à la mise en œuvre de la réforme des SAD**. Ainsi, **les effets observés sur les hypothèses 1 et 2 s'inscrivent pleinement dans certains attendus du cahier des charges des SAD**, à savoir (*extraits du cahier des charges des SAD*) :

- La « **relation de confiance et de dialogue avec la personne accompagnée et son entourage familial et social** » (en lien avec les effets liés au critère d'évaluation sur la meilleure personnalisation des accompagnements),
- La « **coordination et le partage des informations nécessaires à un accompagnement global et de qualité** » (en lien avec les effets liés au critère de la coordination interne/externe et de la communication),
- Les « **actions de prévention et de repérage des risques d'aggravation de la perte d'autonomie ou d'évolution des situations de handicap** » (en lien avec les effets sur la prévention et le lien social),
- Le « **soutien aux aidants** » (en lien avec les effets sur la prévention et le lien social et plus particulièrement le « Soutien et répit de l'aidant »)
- Le « **développement des compétences et de la qualité de vie au travail** » (en lien avec les effets liés à l'hypothèse 2),
- Le « **développement d'une culture commune entre les professionnels de l'aide et du soin** » (en lien avec les effets liés au critère de soutien et reconnaissance),
- Etc.

Les équipes autonomes permettent de **renforcer la relation de confiance entre l'intervenant et la personne accompagnée par une meilleure connaissance collective de ses besoins** (cf. effet relatif à la personnalisation de l'accompagnement). Cet effet observé lors de l'évaluation s'inscrit pleinement dans l'un des attendus du cahier des charges des SAD, soit : « Le gestionnaire et les intervenants du service **établissent une relation de confiance et de dialogue avec la personne accompagnée** et son entourage familial et social » (point 3.1. du cahier des charges relatif aux « principes généraux des interventions du service autonomie à domicile »).

Le cahier des charges des SAD prône également à plusieurs **reprises l'importance de la « coordination » et du « partage des informations nécessaires à un accompagnement global et de qualité »** (cf. 4.3.1.2. du cahier des charges relatif à « L'organisation de la coordination des activités d'aide, d'accompagnement et de soins »). Or, **l'organisation régulière de réunions et la meilleure connaissance des intervenants à domicile renforcent considérablement la coordination interne**. De même, la **sectorisation restreinte du territoire d'intervention** permet le **développement des liens avec les professionnels de santé** et ainsi le **partage d'information avec les intervenants à domicile de l'équipe autonome**.

La meilleure coordination entre les intervenants à domicile des équipes autonomes évaluées favorise également **le repérage et la prévention comme attendu dans le cahier des charges des SAD** (cf. 4.2. Les actions de prévention et les réponses aux besoins d'aide, d'accompagnement et de soins). Pour rappel, si les professionnels en équipes autonomes n'ont pas forcément été formés au repérage de la perte d'autonomie, **le partage de leurs expériences ainsi que leurs avis sur les accompagnements permettent de renforcer leurs actions de prévention.** À titre d'exemple, les **demandes de réévaluation à l'initiative des intervenants en équipes autonomes sont plus fréquentes, ce qui témoigne d'un meilleur repérage de la perte d'autonomie.**

Le gestionnaire d'un SAD doit aussi favoriser les **parcours professionnels au sein de la structure ainsi que les innovations permettant d'améliorer l'organisation du travail** (cf. 6.2. du cahier des charges relatif à la « Démarche d'amélioration de la qualité de vie au travail »). Le passage en équipes autonomes peut constituer un facteur favorable au développement **de la formation continue formelle, en complément des apprentissages informels réalisés au sein des équipes.** La dimension collective du travail peut entraîner un **cercle vertueux entre reconnaissance des compétences et engagement accru dans la formation.**

L'environnement de travail joue ainsi un **rôle majeur tant au niveau de l'appétence à se former que dans l'accès à la formation.** Ces éléments semblent particulièrement importants pour des métiers encore considérés comme peu qualifiés comme le sont les aides à domicile (Burie et al. 2024). Le lien **entre organisation en équipe autonome et développement de la formation est parfois encore plus explicite, que ce soit chez les intervenants ou dans le discours de la direction** : « *Donc je pense qu'ici dans cette entreprise je vais rester pas mal de temps parce que j'ai enfin trouvé ma place. Et puis en fait on peut tellement évoluer, comme là le secteur s'agrandit, ils vont avoir besoin d'un coach. Ils demandent aux auxiliaires de vie si on aimerait. Moi, oui, en l'occurrence j'aimerais.*⁷ » (intervenant)

« *On a un salarié qui s'est formé au DU sur le volet nutrition, on a un autre salarié qui s'est formé sur un DU en soin palliatif. Avant on utilisait que les formations de fin de vie ou un petit peu de diététique, mais là on va beaucoup plus loin avec cette vision. On veut vraiment aller sur l'affinage des compétences pour justement aller sur de l'expertise.* » (Responsable de secteur)

Cet extrait montre comment les équipes autonomes **peuvent renforcer encore une fois la mise en œuvre des attendus du cahier des charges des SAD.** En effet, ce dernier prévoit par exemple que chaque SAD propose des formations ainsi que des actions de sensibilisation sur l'accompagnement de **la fin de vie et les soins palliatifs.**

⁷ Devetter FX, Dussuet A., Nirello L., Puissant E. (2024), « 11. Conditions de travail et professions dans le médico-social : la fin du care ? », in, Henckes N., Winance M. Sopadzhian A., Desjeux C., Bertrand L, Rapegno N. (dir), Interroger le médico-social. Regards des sciences sociales, Dunod, Santé social, p. 239-260

Enfin, le développement des équipes locales et autonomes semble renforcer, pour l'une des équipes évaluées (SAD 2), **les relations des aides à domicile avec les autres acteurs du domicile** (infirmiers libéraux/SSIAD/aidants notamment), notamment sur **le partage de certaines tâches qui en découlent** (aide à la vie quotidienne, information et soutien des aidants, accès aux droits, etc.). L'amélioration des relations avec les autres acteurs du domicile répond clairement à l'objectif énoncé par le cahier des charges des SAD sur **le développement d'une culture commune entre les professionnels de l'aide et du soin** (cf. 4.3.1. L'organisation de la coordination des activités d'aide et de soins du cahier des charges).

Les questions d'organisation et de contenu du travail dans l'aide à domicile sont toujours très liées, également en raison des **interactions avec les autres acteurs intervenant à domicile** (SSIAD, infirmiers libéraux, médecins, mais aussi les aidants non familiaux auxquels les aides à domicile semblent apporter une attention renouvelée grâce aux discussions en réunion d'équipe). Sur ce plan, les équipes locales et autonomes jouent un rôle important, mais qui **demeure largement implicite et variable selon les services évalués**.

Au-delà de promouvoir le modèle des équipes autonomes pour favoriser la mise en œuvre de certains attendus du cahier des charges des SAD, **plusieurs actions spécifiques pourraient être soutenues par les pouvoirs publics pour favoriser le développement de l'intégration entre les services d'aide et de soins à domicile**.

- ✓ **Donner les moyens aux SAD et aux équipes autonomes de recruter des professionnels de santé pour renforcer le suivi pluridisciplinaire des accompagnements complexes à domicile**

La mise en place des SAD constitue **une étape importante pour mettre fin à la segmentation des interventions d'aide et des interventions de soins, diversifier les capacités d'intervention des services** (infirmier, psychologue, ergothérapeute, psychomotricienne, etc.).

Le recrutement par l'un des services évalués **d'une IDE et d'une ergothérapeute référentes des prises en charge complexes** a permis à ce dernier de répondre **plus efficacement à la nouvelle obligation, prévue au cahier des charges des futurs SAD** (cf. 4.2.3 du cahier des charges « La réponse aux besoins de soins »), **visant à s'assurer de la mise en relation** (notamment l'organisation d'un rendez-vous) **par le SAD Aide avec un professionnel de santé (SSIAD, IDEL, HAD) susceptible de répondre aux éventuels besoins de soins infirmiers des personnes accompagnées**.

Les sollicitations de l'ergothérapeute et de l'infirmière par les aides à domicile de l'équipe autonome viennent **faciliter la réalisation de cette exigence et renforcer la qualité des interventions**. En effet, elles permettent aux intervenants à domicile de **proposer des solutions aux problématiques d'accompagnement des bénéficiaires**. Ces sollicitations seront **plus nombreuses chez les intervenants à domicile en équipes autonomes selon les deux professionnels concernés**. Les équipes autonomes

rencontrées ont effectivement **compris le rôle clé de ces professionnels de santé pour venir renforcer leurs accompagnements, en complémentarité des soins infirmiers réalisés par les infirmiers libéraux des usagers.** À l'inverse, **les aides à domicile des équipes témoins** (non transformées) et **interrogées sur ce sujet ne comprenaient pas pourquoi le service avait recruté ce type de professionnel, étant donné que les usagers bénéficiaient déjà d'un suivi par un infirmier libéral.**

L'infirmière référente et l'ergothérapeute du service en question interviennent ainsi **pour donner des conseils sur l'adaptation des pratiques professionnelles des aides à domicile en équipe autonome** : « *Je peux échanger avec les aides à domicile sur les pratiques à adopter dans le cas de situations complexes et même les illustrer en leur partageant des photos* », IDE référente d'un SAD évalué.

À titre d'exemple, l'infirmière du service a enregistré sur la messagerie de l'équipe autonome **les instructions et photos sur l'usage d'un matelas à air pour réaliser l'aide à la toilette.**

L'IDE intervient également lors de réunions de l'équipe autonome pour identifier avec les intervenants à domicile les prises en charge complexes. Lors de ses échanges avec les aides à domicile réunis en réunion d'équipe, l'infirmière repère les situations complexes où elle pourrait intervenir.

À titre d'exemple, elle propose, ou est directement sollicitée par les intervenants à domicile, **de contacter les aidants des personnes accompagnées confrontés à des situations complexes pour les orienter sur des services partenaires comme des EHPAD pour anticiper une demande d'admission et ainsi préparer la transition entre le domicile et le nouveau lieu de vie.**

L'intégration de ces nouvelles fonctions **irait dans le sens de la généralisation à tous les SAD (aide ou mixte) d'un poste de responsable de la coordination, comme prévu dans le cadre du cahier des charges des services autonomie à domicile Aide et Soins** (cf.. 3.1.3. du cahier des charges relatif aux « fonctions du responsable de la coordination ».). En tant que fonction support intervenant en soutien des aides à domicile, **ces professionnels de santé assureraient « de la bonne information des intervenants sur les besoins spécifiques de la personne accompagnée avant toute intervention ».**

- ✓ **Harmoniser le système de planification des SAD mixtes pour améliorer la coordination aide et soin par la mise en place d'équipes locales et autonomes**

Les SAD rencontrés estiment que les personnes accompagnées **sont plus exigeantes vis-à-vis de la fiabilité des prestations délivrées par le SAD comparativement à celles du SSIAD.** Cette attente plus forte s'explique **par le coût de prise en charge du premier service** (soit le taux de participation du plan APA) **au regard de l'absence de participation pour le bénéficiaire avec le second service** (financé intégralement par la Sécurité sociale).

Néanmoins, cet écart exprimé en termes d'attente par les personnes accompagnées que ce soit **pour les exigences de fiabilité** (horaires précis de passage) **et celles de continuité** (soir et week-end), met en exergue **la différence de planification des prestations délivrées par les SAD Aide et les SSIAD.**

« Certains préfèrent payer un SAD aide et l'intervention d'une aide à domicile plutôt que d'avoir une aide-soignante du SSIAD qui ne respecte pas les créneaux horaires attendus par le bénéficiaire », responsable de secteur, SAD 2.

Ce témoignage illustre la **différence d'organisation entre un SAD aide et un SSIAD.** Le premier fonctionne selon un **planning basé sur des horaires précis d'intervention au domicile de l'utilisateur et le SSIAD selon une logique de tournée basée sur un créneau horaire estimé de passage au domicile.**

Ces deux modes d'organisation et de planification sont directement liés aux modalités de financement des services. Celui d'un SAD aide, financé à l'heure, **implique une organisation minutée, tandis que celui d'un SSIAD permet un fonctionnement plus souple, sous forme de tournée et d'horaire indicatif. La capacité de personnalisation de l'accompagnement est ainsi plus marquée au sein de l'équipe du SSIAD.** L'aide-soignante **n'est pas tenue de respecter à la minute près une durée d'intervention prescrite** (dans un plan d'aide). Elle peut ainsi mieux adapter son intervention **en consacrant un temps d'accompagnement plus long si le bénéficiaire en exprime le besoin.**

La mise en place des équipes locales et autonomes a amené l'un des SAD évalués (SAD 2) à **s'interroger sur l'organisation des interventions à domicile en passant justement d'une logique de planification propre aux SAD Aide à celle de « tournée », similaire au fonctionnement des SSIAD.**

L'autonomisation des intervenants à domicile sur les plannings (adaptation sur les horaires de passage et la durée d'intervention) leur permet de fonctionner sur la forme de **« tournées » auprès de personnes accompagnées et de sortir des contraintes horaires du planning à horaire fixe** (cf. proposition relative à l'évolution du système de financement des SAD).

Ce **mode de fonctionnement se rapproche donc de celui d'un SSIAD ou d'infirmiers libéraux habitués également à la logique de tournée au profit de celle de planning avec des horaires d'arrivée et de départ chez le bénéficiaire à respecter.**

Cette autonomie des intervenants sur l'adaptation des plannings **reste tout de même encadrée par le responsable de secteur et l'acceptation par la personne accompagnée.**

Dans le cadre d'un SAD mixte, l'harmonisation de l'organisation des plannings entre aides à domicile et aides-soignantes au sein d'une même équipe **faciliterait ainsi la synchronisation de leurs prestations voire même la réalisation d'interventions en binôme entre l'aide à domicile du service et l'aide-soignante du SSIAD.**

Le service évalué concerné (SAD 2) a ainsi obtenu des **financements pour mettre en place des doublons sur certaines prises en charge complexes comme pour la réalisation de transferts de la personne accompagnée**. Les financements en question sont issus de **la dotation complémentaire négociée dans le cadre du CPOM entre le service et le Conseil départemental**.

Une même équipe autonome d'aide et de soin à domicile **permettrait également de mutualiser certaines de leurs interventions** (par exemple la prise du petit déjeuner et la réalisation d'une toilette par une seule intervenant, aide-soignante) pour éviter **le découpage des accompagnements en opérations parfois courtes et à des horaires de travail décalés**.

✓ **Définir des secteurs d'intervention communs entre les équipes d'aide et de soin à domicile des SAD mixtes par la mise en place d'équipes locales et autonomes**

L'harmonisation de la planification des prestations d'aide et de soin à domicile nécessite **également de définir des secteurs d'intervention communs entre les équipes du SAD Aide et du SSIAD.**

Les zones d'intervention des acteurs de l'aide et des soins à domicile sont actuellement trop étendues et différentes, ce qui génère **des inefficiences par la multiplication des déplacements, le manque d'articulation des accompagnements ou encore la perte d'information.**

Néanmoins, la **constitution d'équipes locales et autonomes pluridisciplinaires** (composées d'aides à domicile, aides-soignantes et infirmiers salariés ou libéraux) **sur des secteurs communs** permettrait de **renforcer leur coordination et l'ordonnement de leurs accompagnements respectifs, le repérage et la prévention de la perte d'autonomie** ainsi que le **développement d'une responsabilité populationnelle par la territorialisation de leurs interventions. Cependant, le réordonnement négocié entre coéquipiers prend du temps, risque de fragiliser le processus de planification, d'entacher la reconnaissance de la légitimité de la personne chargée du planning, et de réduire la confiance en ses compétences.** La meilleure coordination **entre les intervenants à domicile d'un SAD aide et soin sectorisé au sein de l'équipe locale et autonome favoriserait également la réalisation d'accompagnements auprès des situations complexes.**

✓ **Promouvoir les équipes autonomes pour renforcer la cohérence des prises en charge complexes au sein des SAD**

Les **accompagnements complexes** réalisés par les SAD Aide nécessitent parfois la réalisation de **prestations assimilables à des soins de nursing comme des toilettes au lit, des transferts ou encore des changes de protection.** Or, ces prestations ne peuvent pas être orientées au SSIAD du territoire par manque de place disponible et/ou difficultés de recrutement de ces derniers.

À titre d'exemple, l'un des services évalués (SAD 2) assure actuellement le suivi de 66 situations en prise en charge commune aide et soins avec un SSIAD (futur SAD mixte). Sur ces situations coordonnées, 42 personnes accompagnées sont suivies uniquement par les intervenants du SAD aide lors des week-ends, en relai du SSIAD qui intervient majoritairement en semaine.

De même, sur l'ensemble des usagers accompagnés par le service autonomie à domicile, environ 200 personnes accompagnées sont évaluées par le département en GIR 1 ou GIR 2 (11 GIR et 184 GIR 2). Les aides à domicile peuvent **ainsi être amenées à suivre des personnes accompagnées aussi dépendantes ou en perte d'autonomie que des aides-soignantes et d'infirmières des SSIAD.**

Le travail d'équipe et l'échange d'avis entre intervenants **au sein d'une même équipe locale et autonome d'intervenants d'aide et de soin à domicile favoriseraient ainsi l'analyse et l'adaptation des pratiques professionnelles sur les prises en charge complexes**. Par exemple, les aides-soignantes et l'IDEC pourraient conseiller les aides à domicile sur les méthodes de transferts de bénéficiaires, d'utilisation du matériel ou encore d'accompagnement des personnes présentant des troubles cognitifs. **La fluidité des relais de prises en charge entre aides à domicile et aides-soignantes** serait aussi facilitée et permettrait à chaque service de se **recentrer sur ses missions** (à titre d'exemple, de nombreux SSIAD disposent de GMP (GIR moyen pondéré) ou de parts de GIR ½ moins élevés que certains SAD Aide).

Effet(s) attendu(s) :

Les propositions ci-dessous relatives à l'articulation entre la réforme en cours des SAD et le fonctionnement en équipe autonome sont confortées **par les évolutions du modèle des équipes autonomes aux Pays-Bas**.

En 2015, le modèle hollandais des équipes autonomes va plus loin et développe le modèle d'équipe « *Buurtzorg +* » pour **renforcer la prise en charge globale du patient et la coopération avec deux acteurs essentiels** : les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes intervenant au domicile. Cette initiative a été portée à la base par une équipe autonome qui souhaite s'engager dans la prévention des chutes des personnes âgées.

Avec Buurtzorg +, le kinésithérapeute et l'ergothérapeute référents sont **impliqués comme membres à part entière de l'équipe**, notamment pour réaliser des visites à domicile des patients.

Le modèle des équipes autonomes inspiré de Buurtzorg suggère pour chaque équipe de **créer des relations et activités privilégiées avec la communauté des professionnels de santé de son territoire d'intervention, soit environ trois pharmacies, 15 médecins généralistes, trois autres services de soins à domicile et les hôpitaux de proximité** (Van Roessel, 2018).

Par ailleurs, les intervenants à domicile des équipes autonomes aux Pays-Bas ont tous **suivi une formation leur permettant d'orienter au mieux les patients vers les soins ou professionnels de santé et hôpitaux qui correspondent le plus à leurs besoins**.

Ces évolutions du modèle des équipes autonomes pourraient utilement inspirer le fonctionnement des SAD avec **la mise en place de référents de soins et la valorisation des orientations auprès des professionnels de santé**.

En France, la mise en place récente du **statut de référent infirmier** (reconnaissance du rôle prévention et de l'éducation en santé au domicile des patients) ou encore du **forfait « consultation longue » une fois par an du médecin traitant pour les plus de 80 ans dans certaines situations spécifiques** (sortie

d'hospitalisation, orientation vers un parcours médico-social...) s'inscrit progressivement dans cette logique de **valorisation de la coordination et des parcours d'accompagnement à domicile entre professionnels de santé et acteurs du médico-social.**

L'évaluation des équipes locales et autonomes permet **d'identifier une innovation managériale certaine pouvant favoriser la mise en place de la réforme des SAD.** Néanmoins, les potentiels effets du modèle des équipes autonomes en France dans le secteur de l'aide à domicile **restent limités par l'absence d'innovation tarifaire (à la différence par exemple du modèle Équilibre dans le secteur des soins infirmiers à domicile).**

Nous proposons dans les suites de ce rapport **quelques pistes de réflexion et estimations financières pour soutenir financièrement la généralisation du modèle des équipes autonomes à l'ensemble du secteur de l'aide à domicile et s'interroger sur l'évolution du système de tarification des SAD.**

Ce modèle nécessite et contribue également à **l'évolution des compétences et des pratiques professionnelles par l'organisation des temps de coordination favorisant les échanges,** nous présentons ci-dessous les compétences socles et techniques spécifiques à la mise en œuvre d'un fonctionnement en équipe locale et autonome.

IV.2 – Les équipes locales et autonomes pour concourir à l'évolution des compétences et des pratiques professionnelles

IV.2.1 – Proposition N° 3 – S'engager dans la formation continue pour faire évoluer les compétences des équipes locales et autonomes

Préambule

Le modèle des équipes locales et autonomes offre aux intervenants de nouveaux rôles pour lesquels il est nécessaire de **les accompagner et d'assurer l'évolution de leurs compétences**. Les missions des intervenants à domicile en équipe locale et autonome nécessitent la **mobilisation des compétences « socles » et l'acquisition de compétences techniques spécifiques** qui sont présentées ci-après.

Au-delà des intervenants, ce sont également les responsables de secteur qui sont amenés à être accompagnés pour faire évoluer **leur posture managériale vers une attitude** et une logique de facilitateur, dont la posture vise à être davantage en soutien des aides à domicile pour faciliter leurs interventions comme le voudrait ce modèle de fonctionnement

✓ Compétences relatives aux intervenants

Il est nécessaire aux intervenants qui s'inscrivent dans un fonctionnement en équipe locale et autonome d'avoir des compétences socles, mais aussi des compétences spécifiques. Les référentiels de formation des intervenants à domicile comprennent évidemment à la fois des notions relatives à l'accompagnement (évaluation, soins, etc.), à la relation (communication interpersonnelle, relation d'aide, etc.), mais également des notions plus transversales de coordination par exemple. Les compétences clés incluent notamment :

- **L'accompagnement des personnes dans son quotidien, sa vie sociale et en proximité.** Cette compétence est probablement celle que l'on peut considérer comme acquise par les intervenants. Elle est cependant complexifiée par le travail à domicile puisqu'il faut s'adapter à l'environnement dans lequel réside le bénéficiaire et au matériel qui y est éventuellement mis à disposition. Ceci témoigne de la nécessaire capacité d'adaptation dont doivent faire preuve les intervenants ;
- **La coopération avec l'ensemble des acteurs professionnels concernés par l'accompagnement** qui est sans doute la plus complexe à mettre en œuvre dans l'accompagnement à domicile :

Les **compétences socles** nécessaires au fonctionnement en équipe autonome sont :

- **Évaluation des besoins** ;
- **Communication** ;
- **Coordination** et notamment les aspects de **planification** des interventions et en équipe.

L'évaluation des besoins est en général le premier temps d'échange avec la personne pour mettre en œuvre son accompagnement (cf. proposition 1). L'objectif des équipes locales et autonomes est **d'impliquer les intervenants dans cette démarche évaluative voire de les rendre autonomes pour la réaliser**. Cette compétence nécessite des connaissances « de base » sur la perte d'autonomie et en santé (pour comprendre et alerter sur les variations possibles de l'état de santé des personnes accompagnées notamment dans le cadre de maladies chroniques).

Pour mettre en œuvre cette évaluation et l'accompagnement de la personne accompagnée, des compétences en communication devraient être mobilisées par les intervenants. De plus, ces compétences sont également nécessaires à la relation en équipe (cf. compétences techniques ci-dessous).

La coordination est une compétence qui mobilise de multiples connaissances, dont certaines transversales (communication notamment). Dans le contexte des équipes locales et autonomes, cette notion s'intéresse tout particulièrement à la planification des interventions en fonction des besoins identifiés lors de l'évaluation initiale et en fonction du planning de chaque intervenant. Elles pourraient donc être qualifiées « d'adaptatives » (VINOT D., CHELLE É. & RIONDET, J. (2018)).

L'ensemble de ces compétences socles sont utiles, voire nécessaires, aux compétences techniques spécifiques présentées ci-dessous et devraient « s'inscrire » dans une vision plus « psycho-sociale » de la personne accompagnée.

Des **compétences techniques spécifiques** pourraient permettre aux intervenants de s'intégrer pleinement dans un fonctionnement en équipe locale et autonome, il serait nécessaire de faire évoluer les référentiels de formation et/ou de contribuer à l'évolution des compétences par la formation continue. On pourrait ainsi proposer à chacun une évolution progressive et selon les références qui lui seraient attribuées (ex. : planning, tutorat, animateur de réunion, etc.).

Les compétences techniques plus spécifiques (cf. proposition sur un cahier des charges des ELA) à ce type d'organisation seraient :

- La **gestion et le fonctionnement d'équipe** : communication, résolution de conflit, travail collaboratif, autonomie et prise de décision ;
- **L'accompagnement des équipes** : tutorat, participation aux recrutements

- La **démarche qualité et d'accompagnement continue** : évaluation des interventions, évaluation de l'organisation et du fonctionnement ;
- La **collaboration interdisciplinaire** : travail en équipe avec les acteurs du territoire (ide, kiné, etc.) ;
- Le **positionnement dans le champ de l'action sociale** pour mettre en œuvre un accompagnement global et collaboratif avec les différents acteurs qui « interviennent » autour du bénéficiaire ;
- La **coopération territoriale** : travailleur social, culture locale, connaissance des acteurs du territoire, caractéristiques populationnelles ;

L'ensemble de ces compétences pourrait faire l'objet de « modules » accessibles par la formation

continue pour permettre :

- Aux intervenants d'acquérir ces nouvelles compétences progressivement, en fonction des rôles (ou références) attribués à chacun ;
- Aux services d'identifier les formations adaptées à leur organisation (cf. Avant-propos : adaptation du modèle).

✓ **Compétences des responsables de secteur**

Pour s'inscrire dans une nouvelle dynamique de travail et toujours mieux accompagner les équipes, les managers devraient évoluer vers un rôle de facilitateur afin de permettre aux équipes de « s'autogérer ». Il n'est plus attendu d'eux qu'ils soient des superviseurs, mais qu'ils deviennent des facilitateurs.

Les compétences nécessaires à cette nouvelle posture managériale peuvent être celles déjà en partie mises en œuvre, mais qu'il faudrait accentuer, ou elles peuvent être nouvelles et différentes de la culture managériale déjà en place dans le service. On attend dans cette nouvelle approche :

- Un **rôle d'accompagnement** qui nécessite de se tenir disponible pour les équipes auxquelles on donnerait les moyens d'agir sans exercer sur elles des actions de contrôle ;
- De la **collaboration** en impliquant les équipes dans les prises de décision et en leur offrant la possibilité d'innovation ;
- Une **écoute active** pour comprendre les besoins, les motivations et les aspirations des intervenants dans l'exercice de leurs fonctions ou dans leurs souhaits d'évolution professionnelle.

Ceci requiert des qualités personnelles pour le manager coach :

- **Communication interpersonnelle** pour transmettre des encouragements, des retours constructifs, faire preuve d'empathie, etc. ;
- **Adaptation et flexibilité** à une nouvelle organisation de travail, à de nouveaux rôles et aux équipes dans leur nouveau fonctionnement ;
- **Capacité à inspirer et fédérer** pour aider les équipes à atteindre leurs objectifs en maintenant leurs motivations à se « surpasser ».

C'est d'ailleurs la plupart du temps en ayant eux-mêmes fait l'objet d'un coaching que les responsables de secteur développent les compétences et les attitudes attendues dans cette posture pour ensuite accompagner leurs équipes (BERG M.E., et KARLSEN J.T. (2016))

Effet(s) attendu(s)

L'évolution de la posture du manager vers un rôle de coach est essentielle pour assurer un environnement de travail agile, propice au fonctionnement des intervenants en équipes locales et autonomes. Pour les managers, les intervenants, les évolutions de leurs compétences ont pour but de répondre aux **défis à relever** pour :

- **Réduire les résistances aux changements ;**
- **Développer ses compétences ;**
- **Équilibrer les niveaux d'autonomie et de « contrôle ».**

L'investissement dans la formation et la culture d'apprentissage permettraient de faciliter la transition vers une amélioration de la performance par la mise en œuvre de nouveaux modes de fonctionnement favorisant engagement et climat de confiance (SONNENTAG S., et FRESE, M. (2002)).

IV.2.2 – Proposition N° 4 – Adapter les conventions collectives pour valoriser les nouveaux rôles des équipes locales et autonomes

Préambule

La mise en place des équipes autonomes au sein des Services Autonomie à Domicile (SAD) représente une évolution dans l'organisation du travail et la prestation des services. Cette nouvelle approche pourrait nécessiter une modification des Conventions collectives nationales (CCN) 2941 (BAD) et 3127 (SAP), notamment via l'évolution des éléments de rémunération, du cadre légal et des fiches de postes, pour refléter les changements dans les missions des aides à domicile et de l'encadrement intermédiaire. En effet, le fonctionnement en équipe autonome semble favorisé par le développement de la polyvalence des intervenants, mobilisant des compétences transversales comme la prise de décision, les compétences relationnelles, ainsi que des compétences spécifiques à chaque métier. Une correspondance entre descriptions de poste et réalités du travail est essentielle pour une organisation efficace. La reconnaissance officielle des nouvelles responsabilités valorise les employés, améliorant leur motivation et engagement (Herzberg, 1966 ; Harter, Schmidt, & Hayes, 2002 ; Brun & Dugas, 2008).

La mise en place d'équipes autonomes nécessiterait une redéfinition des conventions collectives pour y intégrer ces nouvelles formes de collaboration et de prise de décision. Des conventions adaptées à ces modèles innovants permettent une flexibilité organisationnelle, essentielle à l'innovation et à l'agilité. L'actualisation des conventions pourra permettre aux employeurs mettant en place des équipes autonomes de s'assurer de respecter le cadre légal, de prévenir les conflits potentiels et ainsi de favoriser le développement du modèle dans leur service. Une convention collective évoluée harmonise les pratiques, évitant disparités et incohérences dans la gestion des missions et des rémunérations (CCN 3127). En reconnaissant les nouvelles charges et en ajustant les conditions de travail, les conventions collectives peuvent aider à prévenir les risques psychosociaux liés à l'autonomie accrue et à la gestion des responsabilités. La littérature montre que l'autonomie à l'échelle du groupe augmente la satisfaction au travail et réduit le stress, améliorant ainsi la qualité de vie (Langfred, 2000). Des recherches plus anciennes soulignent déjà l'impact des équipes autonomes sur la qualité de vie au travail et la nécessité de réviser les conventions collectives (Emery & Thorsrud, 1976). Il existe ainsi un lien entre l'autonomie, les structures d'équipe et la performance organisationnelle, en argumentant que des conventions collectives bien conçues sont essentielles pour soutenir ces dynamiques (Langfred & Moye, 2004).

✓ **Adapter les Conventions collectives nationales pour correspondre aux nouveaux rôles attribués aux équipes locales et autonomes**

La mise en œuvre d'un nouveau modèle d'organisation impacte le champ du droit du travail et suppose de prendre en compte des spécificités de chaque texte conventionnel afin de garantir la pérennité du modèle et d'éviter tout litige d'un point de vue juridique. Les Conventions collectives nationales de la branche de l'aide à domicile (2941) et des entreprises de service à la personne (3127) pourraient donc intégrer des dispositions particulières pour les équipes locales et autonomes.

En effet, les aides à domicile assument des responsabilités de plus en plus importantes dans la gestion des soins et du soutien aux bénéficiaires. Reconnaître ce degré de responsabilisation implique d'introduire des critères de rémunération qui reflètent la complexité et l'autonomie de leurs tâches. Cela permettrait de valoriser leur expertise et leur engagement, tout en incitant à une plus grande implication et à une meilleure qualité des services. Pour véritablement valoriser les intervenants à domicile, il est essentiel d'aller au-delà des simples ajustements financiers. Il s'agit de renforcer leur pouvoir d'agir en leur donnant les moyens de prendre des décisions autonomes et en les impliquant davantage dans l'élaboration des plans de soins et d'accompagnement. Le pouvoir d'agir est central pour les services d'aide à domicile, notamment pour améliorer leur satisfaction au travail et la qualité des services fournis. En leur offrant davantage de responsabilités et en reconnaissant leur expertise, les SAD peuvent non seulement améliorer le bien-être professionnel, mais aussi optimiser les soins et l'accompagnement des bénéficiaires.

Les rémunérations actuelles sont basées sur des grilles fixes sans prendre en compte la diversité des tâches. Or, comme évoqué précédemment, les aides à domicile réalisent des tâches administratives en plus des tâches d'intervention sur le terrain lorsqu'elles font partie d'une équipe locale et autonome. Par conséquent, une adaptation des grilles salariales, reflétant cette dualité de tâches, serait une évolution essentielle. Cela pourrait passer par l'accord de primes mensuelles pour les tâches administratives, par exemple évaluées sur la base du volume de travail administratif effectué.

L'évolution des missions et des responsabilités des intervenants à domicile et des fonctions supports justifie une réévaluation voire une extension des éléments complémentaires de rémunération. Les réévaluations incluent :

- **Généralisation des ECR (élément complémentaire de rémunération) aux aides à domicile** : Dans la continuité de l'avenant 43, élargir aux aides à domicile les ECR ponctuels actuellement accordés aux cadres, selon les critères d'évaluation des responsabilités et de la complexité des tâches. Cette mesure pourrait permettre l'évolution de leurs missions et garantir une rémunération plus équitable, alignée sur les exigences réelles de leur travail. En effet, tout comme les fonctions supports, les intervenants à domicile sont confrontés à des tâches de plus en plus complexes et à des responsabilités accrues (évaluation des besoins à domicile, animation de réunion, planification...). Il est donc envisageable d'intégrer une évaluation des responsabilités et de la complexité de leurs missions dans le calcul des rémunérations complémentaires. Cette extension permettrait de reconnaître l'expertise et l'engagement des aides à domicile, en leur offrant des perspectives de carrière plus attractives et en améliorant leur satisfaction professionnelle.
- **Introduction d'autres primes** afin de reconnaître le fonctionnement en équipe autonome et la performance collective :
 - **Primes d'autonomie** : Introduction de primes spécifiques pour les intervenants à domicile travaillant dans des équipes autonomes, récompensant leur capacité à gérer de manière indépendante leurs tâches et à collaborer efficacement (Bertrand, 2022). Ces primes viseraient à reconnaître et valoriser l'autonomie et la proactivité des intervenants, contribuant ainsi à une meilleure qualité des services rendus aux bénéficiaires. Elles pourraient être mises en place en fonction de la complexité de l'activité par exemple, avec des indicateurs comme le volume de personnes accompagnées et les spécificités de la prise en charge (GIR, isolement, relayage, animation...).
 - **Primes de performance collective** : Introduction de primes basées sur la performance collective des équipes. En plus des récompenses individuelles, il est important de valoriser la collaboration et l'atteinte des objectifs communs (modulation individuelle et par équipe, taux de présence à domicile, réduction des kilomètres...). Ces primes pourraient être liées à des indicateurs de performance spécifiques, tels que la satisfaction des bénéficiaires, la qualité des services, ou l'atteinte de projets stratégiques. Parallèlement, dans d'autres organisations, il existe la mise en place de primes basées sur la performance collective de l'équipe, évaluée selon des critères de qualité des services, satisfaction des bénéficiaires et efficacité des interventions (Dupont, 2023).

Cette réévaluation des rémunérations s'inscrit dans la continuité de l'avenant 43 visant à créer un environnement de travail plus équitable et motivant, où chaque intervenant est reconnu à la hauteur de ses compétences et de son engagement, contribuant ainsi à une meilleure qualité de service pour les bénéficiaires et à une plus grande satisfaction professionnelle pour les employés.

Ces éléments pourront faire l'office de négociations avec les représentants des employeurs et des salariés, en consultant les parties prenantes pour assurer l'adéquation des modifications avec les besoins du terrain, via la mise en place d'une commission paritaire afin d'aboutir à des accords en vue de faire évoluer les CCN.

Clarifier et ajuster le cadre légal et organisationnel des équipes locales et autonomes : Les équipes locales et autonomes reposent sur des petites équipes responsables collectivement de leurs résultats, incluant à la fois les prestations auprès des bénéficiaires et les tâches administratives. Face à cette évolution, les aspects de rémunération, de gestion du temps de travail et de définition des responsabilités de chaque membre de l'équipe pourraient être revus.

- Les **contrats de travail** actuels définissent strictement les postes et les missions des salariés. Avec les équipes locales et autonomes, les aides à domicile devront également assumer des tâches administratives, ce qui nécessite une redéfinition des postes pour inclure cette polyvalence. Chaque contrat de travail pourrait inclure des clauses spécifiques relatives à la nouvelle répartition des tâches, intégrant les responsabilités administratives partagées. Une vigilance est à avoir, car toute modification importante des missions doit être explicitement acceptée par les salariés. Une absence d'accord pourrait entraîner des contestations futures, même après une période d'exécution des nouvelles tâches. Pour éviter cela, un contrat révisé pourrait par exemple stipuler : « *Le salarié s'engage à participer à la gestion des plannings, au suivi administratif des dossiers des bénéficiaires et à la coordination des interventions, en plus des tâches d'accompagnement habituelles aux domiciles des usagers.* »
- Les **horaires de travail** sont souvent rigides, avec des heures fixes pour les interventions et peu de flexibilité pour les tâches administratives. Des mécanismes de flexibilité peuvent être intégrés pour permettre la rotation des tâches administratives et des interventions terrain, tout en respectant les temps de repos réglementaires et le droit à la déconnexion. L'adoption de systèmes d'annualisation du temps de travail, déjà pratiqué par de nombreux SAD comme prévu par la CCN 3127, pourrait permettre une gestion plus flexible des heures dédiées aux tâches administratives et d'intervention. Par exemple, un avenant au contrat

pourrait préciser : « *Les heures dédiées aux tâches administratives seront réparties sur une base annuelle, permettant une flexibilité accrue dans la gestion des plannings.* »

- Tout changement majeur dans l'organisation du travail doit être soumis à la consultation du **Comité social et économique (CSE)**. Le projet des équipes locales et autonomes, étant une transformation significative, requiert une consultation détaillée et indispensable du CSE pour éviter toute saisine judiciaire ou intervention de l'inspection du travail.

Face aux évolutions des conventions collectives nationales en lien avec la mise en place d'équipes autonomes, une modification des fiches de postes pourrait également être bénéfique. En effet, bien que l'évolution des CCN pourrait permettre une adéquation du modèle avec le cadre légal, les fiches de poste à destination des professionnels du domicile permettent également de décliner de manière opérationnelle ces principes légaux.

✓ **Faire évoluer les fiches de poste pour formaliser les missions des intervenants en équipe locale et autonome**

Les tâches de base des **intervenants à domicile** sont complétées par de nouvelles missions et responsabilités, ce qui pourra être mis à jour dans les fiches de poste. Pourront notamment y être incluses des missions de **planification** et de **coordination**, ainsi que des compétences en **communication**. Cependant, l'ensemble des intervenants n'exerce pas des rôles tout à fait identiques. Il est donc envisageable de développer une fiche de poste adaptative, reprenant l'ensemble des missions possibles de l'intervenant à domicile.

Effets attendus

L'évolution des conventions collectives, des éléments de rémunération et des fiches de postes est essentielle pour accompagner la mise en place des équipes autonomes au sein des SAD. Ces modifications permettront de garantir une meilleure qualité de service, une plus grande satisfaction des bénéficiaires et une amélioration des conditions de travail pour les intervenants à domicile et les fonctions supports. En adaptant les conventions collectives, les structures peuvent anticiper et mieux gérer les évolutions futures du marché du travail, des technologies et des attentes des employés. Cette adaptation permet également d'aligner les objectifs stratégiques de l'établissement avec les attentes et les besoins des employés, assurant ainsi une meilleure cohésion et efficacité organisationnelle.

En mode prestataire, les intervenants à domicile sont employés par la structure de service à la personne, qui gère l'ensemble des aspects administratifs, tels que le recrutement, la planification et la rémunération. Ce modèle présente l'avantage de décharger les bénéficiaires de ces responsabilités, assurant ainsi une

continuité et une qualité de service. Néanmoins, nous pouvons nous interroger sur la pertinence d'un tel modèle d'organisation dans le fonctionnement sous le système mandataire (IDCC 2111), où l'employeur est le particulier bénéficiaire du service.

Le modèle des équipes locales et autonomes nécessite un processus de transformation du fonctionnement des services autonomie à domicile qu'il est nécessaire de soutenir avec des outils de pilotage adéquats (système d'information, guides, etc.), et au-delà des aspects financiers. Ceci fait l'objet du chapitre suivant.

IV.3 – La transformation en équipes locales et autonomes, une nécessité de soutien et de pilotage

Le modèle des équipes autonomes, bien que prometteur, a été déployé de manière disparate. Cette approche novatrice soulève de nombreuses questions et suscite l'intérêt tant au niveau des politiques que des acteurs de terrain. Cependant, le manque de connaissances objectives et les appréhensions liées aux besoins d'investissement en temps et en argent freinent la mise en œuvre de ce modèle.

Il est nécessaire d'élaborer un cahier des charges sur la transformation et de définir un modèle de financement de la transformation (par exemple via CPOM dotation qualité...).

IV.3.1 – Proposition N° 5 : Soutenir le processus de transformation

Déclinaison d'actions

- Financer les processus de transformation sur la dotation complémentaire des CPOM
- Élaborer un cahier des charges sur la transformation en équipe locale et autonome
- Définir un modèle de financement de la transformation (par exemple via CPOM dotation qualité...)
- Accompagner le processus en tenant compte du délai nécessairement long afin d'atteindre un fonctionnement pleinement opérationnel

✓ Financer les processus de transformation sur la dotation complémentaire des CPOM

La généralisation du modèle des équipes autonomes dépend des financements nécessaires pour couvrir les différents coûts liés à la transformation et à son fonctionnement.

Le 28 juin 2023, les fédérations de l'aide et du soin à domicile ont alerté sur la « situation économique d'urgence absolue » des SAD. De nombreux services ne peuvent envisager la transformation faute de moyens financiers adéquats (FERRATON C. et MICHUN S., 2023).

Depuis plusieurs années, de nombreuses expérimentations d'équipes locales et autonomes menées par des SAD sont financées par des fonds propres, soulignant le sous-financement chronique de l'aide à domicile par la politique publique (FERRATON C. et MICHUN S., 2024). Cependant, certains SAD ont pu obtenir des crédits via des appels à projets sur des fonds départementaux/CNSA ou via les CPOM dotations qualité, limitant ainsi les coûts de transformation et l'utilisation de fonds propres.

Le coût de la transformation représente environ 11 364 euros pour une équipe de 10 aides à domicile, en intégrant les réunions d'équipe hebdomadaires, soit en moyenne 22 réunions par an, représentant une enveloppe d'environ 10 000 euros pour une équipe de 10 aides à domicile.

Les services évalués ont bénéficié de modalités de financement variables pour accompagner leur processus de transformation :

- Objectifs/actions visés : accompagnement méthodologique, formations, coaching, prise en charge des heures improductives, achat d'équipements nécessaires, etc. ;
- Montants alloués selon les objectifs ;
- Sources de financements :
 - Subventions/appels à projets : ANACT, CARSAT, ARS, CNSA
 - Organismes de formation : financements de la formation professionnelle
 - Dotation complémentaire qualité attribuée par les départements aux SAD après signature d'un CPOM
 - Financement externe : crédit non pérenne permettant de limiter les coûts de transformation et l'utilisation de fonds propres

Dans le cadre de la négociation des CPOM, certaines structures ont prévu la non-comptabilisation des heures non facturées (dite « improductives ») liées aux équipes autonomes dans le calcul des taux de productivité. Pour cela il faudrait :

- Adapter le financement de la transformation en regard du cahier des charges des équipes locales et autonomes (cf. proposition d'action suivante)
- Définir les actions financées dans le cadre de la transformation (listing des coûts à prévoir)
- Définir des enveloppes/montants/forfaits de ces actions (avec des montants adaptés au coût réel et pris en compte de l'environnement/territoire/statut juridique)
- Formaliser/Contractualiser l'engagement dans le cadre d'un CPOM (qualité ou contrat/convention spécifique)

Afin de surmonter ces obstacles financiers et favoriser la généralisation du modèle des équipes autonomes, plusieurs actions peuvent être envisagées :

- **Uniformisation des financements** : Établir des critères standardisés pour le financement des transformations afin d'assurer une équité entre les services.
- **Prendre en compte les coûts réels** de transformation dans les financements

- **Flexibilité des financements** : Adapter les modalités de financement pour mieux couvrir les coûts réels et spécifiques de chaque service, incluant les variations départementales et organisationnelles.

Il semble indispensable de prévoir les coûts suivants :

- Des coûts liés à l'acculturation nécessaire des gouvernances à la philosophie du modèle (rencontres, formations/sensibilisations)
- Coûts liés à la réalisation du diagnostic initial
- Coûts liés à la définition du projet et des objectifs visés
- Présentation du modèle aux équipes, instances et partenaires
- Coûts liés à la co-construction du modèle : création des équipes sectorisées, définition de la vision, des valeurs, des raisons d'être, règles de fonctionnement, cadre de référence du travail en équipe locale et autonome
- Accompagnement au changement des responsables de secteur, fonctions supports et intervenants : formations, coachings individuels et/ou collectifs

Il convient également de prévoir les coûts liés à la coordination et au pilotage du projet, souvent négligés dans les financements actuels, mais essentiels pour maintenir une dynamique constructive (Kerzner, 2017).

Pour garantir le succès et la durabilité des projets de transformation des SAD vers le modèle des équipes autonomes, il est indispensable d'assurer des sources de financement pérennes, couvrant à la fois les coûts initiaux et récurrents de fonctionnement.

✓ **Formaliser un cahier des charges cohérent avec la philosophie du modèle**

Préambule

La rédaction d'un cahier des charges pour obtenir des financements destinés à la transformation des services vers un modèle d'équipes autonomes est essentielle pour planifier la gestion de cette transformation de manière réfléchie et structurée.

Plusieurs départements ont déjà élaboré leurs propres cahiers des charges. Cependant, il est crucial de veiller à ce que ces documents ne deviennent pas trop restrictifs ou contraignants. Ils doivent rester alignés avec la philosophie du modèle initial des équipes locales et autonomes, permettant aux structures et aux équipes de coconstruire un modèle cohérent et efficace, adapté à leur contexte spécifique. Il est important de trouver un équilibre entre un cadre contraignant (qui guide la réflexion) et la souplesse nécessaire pour la co-construction selon les contextes spécifiques.

Le cahier des charges proposé par les Agences Régionales de Santé (ARS) et/ou les Départements joue un rôle crucial dans la structuration du modèle d'équipe autonome en France. Il est l'outil essentiel pour planifier, structurer, et réguler le développement du modèle des équipes autonomes, en assurant qu'elles répondent aux besoins de la population tout en respectant des standards élevés de qualité et d'efficacité.

Voici les principales fonctions et objectifs de ce document :

Définir le projet pour aboutir à une vision claire, partagée de tous

Définir une vision claire du projet avant de se lancer et tout au long de la démarche est indispensable. La vision claire donne une direction et un but communs à tous les membres de l'organisation, permettant de comprendre le « pourquoi » de la démarche. Cela présente plusieurs avantages :

- **Orientation et direction** : Fournit une direction précise et un but ultime.
- **Motivation et persévérance** : Agit comme une source de motivation.
- **Prise de décision facilitée** : Sert de cadre de référence pour évaluer les opportunités et les choix.
- **Planification stratégique** : Guide la stratégie et la définition des objectifs à court et moyen terme.
- **Communication et alignement** : Facilite la communication et l'alignement des membres de l'équipe et des parties prenantes.
- **Adaptation et flexibilité** : Permet de s'adapter aux changements tout en restant fidèle à l'essence du projet.
- **Évaluation des progrès** : Offre un point de référence pour mesurer les avancées et évaluer l'atteinte des objectifs.

Coconstruire un cadre sécurisant, propice au développement de l'autonomie

Définir le cadre, le terrain de jeux des équipes : Le modèle se développe dans un milieu contraint par des normes légales, réglementaires, économiques et culturelles. Il est donc essentiel que toutes les gouvernances définissent les limites qu'elles souhaitent fixer dans le cadre des projets de transformation avant de laisser les équipes travailler sur leur modèle.

Nous recommandons également de définir une taille d'équipe réduite, qui devra potentiellement évoluer en fonction des aléas de la vie de l'équipe (départs, arrivées, absences, évolution professionnelle, qualification) et de l'évolution de l'activité dans la zone du secteur d'intervention.

Définir les missions, le niveau d'autonomie et les modalités de fonctionnement : L'équipe pourra coconstruire son propre modèle adapté aux contraintes de l'organisation. Cela implique de définir des règles communes relatives au fonctionnement de l'équipe, y compris l'organisation pratique (rôles attribués, niveaux d'autonomie et de responsabilité, outils et modalités de coordination et de contrôle),

ainsi que les règles en matière de communication ou de coordination. Cette étape doit permettre de clarifier les attentes et les besoins de chacun, renforçant ainsi la cohésion d'équipe, facilitant la gestion des conflits, et favorisant l'efficacité et l'engagement des membres.

Créer les conditions nécessaires à l'autonomie : Pour que l'autonomie soit favorable au bien-être au travail et à la santé, des conditions concrètes doivent être satisfaites :

- **Ressources humaines** : Développement de compétences (savoir-faire et savoir-être) et temps dédiés à la coordination de l'équipe ou à la réalisation de ses missions.
- **Ressources matérielles** : Mise à disposition de matériels et d'outils adaptés, ainsi qu'un environnement de travail approprié.
- **Information** : Accès à l'information et aux outils de communication.
- **Soutien organisationnel** : Soutien de l'encadrement et clarté sur les rôles et responsabilités de chacun.

Développer le leadership et la co-responsabilité

Accompagner le changement, piloter le projet de transformation : Le projet de transformation doit être accompagné et porté par les professionnels.

- Temps dédiés au pilotage du projet comprennent :
- Temps dédié à la réflexion du projet.
- Temps dédié à la co-construction du modèle.
- Temps de coordination entre les différents acteurs et la supervision.
- Temps dédiés à la communication autour du projet.

La nomination d'un pilote de projet peut être utile pour porter cette démarche à toutes les étapes de la transformation, de la réflexion à la mise en œuvre opérationnelle.

Développer le leadership et la co-responsabilité : Selon Laëtitia Flamard et Xavier Marchand, bien que la suppression des postes de management soit souvent évoquée dans les nouvelles formes d'organisation, l'autonomisation des équipes ne remet pas en cause le rôle crucial des managers. Les responsables de secteurs, devenus coachs, coordinateurs ou encore facilitateurs d'équipe, doivent :

- **Porter la philosophie du projet et le sens de celui-ci** : Incarner et transmettre les valeurs et la vision du projet.
- **Être garant du cadre coconstruit** : S'assurer que le cadre coconstruit est respecté et fonctionne efficacement.
- **Accompagner le développement des compétences et l'autonomie des collaborateurs** : Jouer un rôle actif dans la formation et le développement continu des compétences des membres de leur équipe.
- **Assurer un suivi des résultats et un soutien adapté** : Mettre en place des outils de suivi et des indicateurs de performance, offrant un soutien personnalisé aux équipes.

Cette évolution transforme l'identité professionnelle des responsables, les amenant à passer d'un rôle de contrôle à un rôle d'animateur, nécessitant un accompagnement spécifique pour s'adapter à cette nouvelle dynamique. Les collaborateurs, tout en souhaitant l'autonomie, demandent aussi un cadre pour gérer les situations difficiles, ce qui souligne l'importance continue du management dans ces nouvelles structures. Il convient de rédiger un cahier des charges flexible et adapté aux spécificités de chaque service et de leurs ambitions. Plusieurs éléments structurants se rejoignent sur plusieurs points aux différentes étapes de la transformation :

En amont de la transformation :

- Définir la vision du projet et ses objectifs ;
- Déterminer des indicateurs ;
- Fixer des échéances et des délais pour chaque étape du projet.

Indicateurs socles régulièrement suivis :

- **Ressources humaines** : taux d'absentéisme selon la durée de l'absence, taux d'accidentologie, taux de turnover
- **Niveau d'activité** : compteurs de modulations, taux de consommation des plans d'aide
- **Nombre de kilomètres réalisés** (domicile-travail et inter-vacations)
- **Temps de coordination** : nombre de réunions réalisées, temps improductifs générés par les réunions, temps improductifs générés pour la réalisation de nouvelles missions

À cette étape, il est pertinent de permettre aux services de définir eux-mêmes ces aspects pour mieux les adapter à leur contexte spécifique. En plus des indicateurs socles, chaque service devrait établir ses propres objectifs de transformation et les indicateurs associés, qui devront être suivis régulièrement par le service ou l'équipe. Le service produira un document contenant ces éléments lors de la demande de financement.

Durant le processus de transformation :

- Déterminer la taille et la sectorisation de l'équipe
- Décliner la vision, les valeurs, les raisons d'être de l'équipe
- Définir les règles de fonctionnement, le cadre de référence du travail en équipe locale et autonome
 - Définir les rôles et responsabilités de l'équipe
 - Définir les normes de communication, collaboration
 - Déterminer les outils de coordination à disposition et leurs utilisations : réunions, outils de messagerie partagée, DUI, etc.
- Les formations/coachings des coachs, fonctions supports et intervenants
- Lors du processus de transformation, un déploiement progressif des nouveaux fonctionnements est indispensable. Imposer trop de modifications simultanées, comme le changement de logiciels de planification, pourrait s'avérer contreproductif et nuire à l'adaptation des équipes.

Il est recommandé de formaliser avec les équipes un document reprenant ces principaux éléments, qui pourrait être regroupé dans une « charte d'équipe » à communiquer aux financeurs comme élément de preuve de la structuration de la démarche. Il est important de noter que ces éléments, regroupés sous la notion de « cadre de fonctionnement » ou « cadre sécurisant », doivent être réévalués par l'équipe autant de fois que nécessaire.

IV.3.2 – Proposition N° 6 : Formaliser un guide et des outils d'appui à la transformation

Préambule

Encouragé par les initiatives des pouvoirs publics et la multiplication des projets de transformation, le modèle des équipes locales et autonomes suscite l'intérêt de nombreux organismes gestionnaires. Ces organismes, bien qu'encore en phase de questionnement, sollicitent souvent les structures déjà transformées pour bénéficier de leurs retours d'expérience. En conséquence, ces structures deviennent garantes de leur parcours de transformation et partagent leurs apprentissages avec d'autres.

Parallèlement, plusieurs études ont souligné les avantages de ce modèle et les meilleures pratiques pour réussir ces transformations. Par exemple, le réseau UNA a lancé en janvier 2022, avec le soutien de la CNSA, un projet national sur les innovations managériales pour améliorer la qualité de service et la qualité de vie au travail. La première étape, conduite au premier semestre 2022, portait sur un état des lieux des innovations managériales et la capitalisation des initiatives au sein du réseau UNA. La seconde étape visait la conception d'outils et de méthodes, financée par l'ANACT, pour accompagner les structures dans leur projet de transformation.

Déclinaison d'actions

Nous proposons de capitaliser sur les nombreux projets, rapports et travaux réalisés sur le sujet des équipes autonomes pour créer des fiches pratiques et outils ANAP :

- **Rapport « L'autonomie dans les équipes locales de services à domicile » par le CREDOC** : Ce rapport du Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de Vie (CREDOC) explore les impacts de l'autonomie dans les équipes locales de services à domicile, en analysant les bénéfices pour la qualité de vie au travail et la satisfaction des usagers.
- **Projet « Innovations managériales pour la qualité de service et la qualité de vie au travail » par le réseau UNA** : Ce projet national lancé par le réseau UNA avec le soutien de la CNSA a réalisé un état des lieux des innovations managériales et a capitalisé sur les initiatives au sein du réseau. Le projet a également conçu des outils et méthodes pour accompagner les structures dans leur transformation.
- **Projet « Expérimentations d'équipes locales autonomes » financé par l'ANACT** : Ce projet, financé par l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), a mis en place des expérimentations d'équipes locales autonomes dans plusieurs services d'aide à domicile, avec des retours d'expérience détaillés sur les processus de mise en œuvre et les résultats obtenus.
- **Rapport « Aide à domicile : concilier l'autonomie et l'engagement dans un collectif » par le CEREQ** : Le Bulletin de recherches emploi formation n° 445, réalisé par Cyrille FERRATON et

Stéphane MICHUN du CEREQ, explore les défis et les succès des équipes autonomes dans le secteur de l'aide à domicile, en mettant en avant les conditions nécessaires pour réussir cette transformation.

- **Projet « Équipes autonomes dans les services à la personne » par l'IRDES** : L'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES) a mené un projet sur les équipes autonomes dans les services à la personne, en analysant les impacts sur l'efficacité organisationnelle, la qualité de vie au travail et la satisfaction des bénéficiaires.

Ces outils seraient mis à la disposition d'un grand nombre de structures, facilitant ainsi l'adoption et la diffusion des bonnes pratiques à grande échelle.

D'autres outils pourraient être coconstruits et mis à disposition :

- **Outil de diagnostic initial** : Cet outil permettrait d'identifier les conditions nécessaires pour la mise en place des équipes autonomes, en évaluant la faisabilité de la transformation en fonction des ressources disponibles, de la culture organisationnelle et des besoins spécifiques. Il inclurait des dimensions et indicateurs précis pour évaluer ces aspects.
- **Outil de co-construction des règles de fonctionnement** : Cet outil aiderait à définir collectivement le cadre d'autonomie et les processus d'équipe. Il pourrait inclure une charte d'équipe, des outils d'évaluation du niveau de maturité d'une équipe, et des outils de clarification des rôles et responsabilités de chacun.
- **Outils de sensibilisation des équipes et des gouvernances** : Ces outils portent sur le modèle des équipes autonomes, la communication, la gestion de conflits, etc.

Nous recommandons également la réalisation de webinaires pour sensibiliser les parties prenantes à la philosophie du modèle des équipes autonomes, la posture de coach, la communication, la gestion des conflits, ainsi que pour partager des retours d'expérience de structures déjà transformées.

En capitalisant sur les ressources existantes et en développant de nouveaux outils et formations, il serait possible de créer un écosystème propice à la transformation vers des équipes autonomes, favorisant ainsi l'innovation et l'amélioration continue dans le secteur de l'aide et du soin à domicile.

IV.3.3 – Proposition N° 7 : Structurer le pilotage et l’essaimage des équipes locales et autonomes en s’appuyant sur les plateformes des métiers de l’autonomie (ou les Conseils départementaux)

Préambule :

Le secteur de l’aide et du soin à domicile est en pleine transformation avec l’implémentation croissante des équipes autonomes. Cependant, pour que cette transformation soit efficace et durable, il est crucial de structurer le pilotage de ces initiatives. Les Plateformes des métiers de l’autonomie, déjà présentes dans de nombreux départements, sont des entités clés pouvant jouer un rôle central dans la facilitation et le soutien de cette transformation.

Ces plateformes, en tant qu’interfaces entre les structures d’aide à domicile, les autorités locales, et les organismes de formation, disposent des ressources et de l’expertise nécessaires pour orchestrer la transition vers des équipes autonomes. Leur implication peut garantir une diffusion homogène des bonnes pratiques, une mutualisation des retours d’expérience, et une formation adaptée aux besoins spécifiques des différentes structures.

Déclinaison d’actions :

✓ Facilitation des échanges entre structures :

Les Plateformes des métiers de l’autonomie pourraient organiser des forums réguliers, des groupes de travail, et des réseaux d’échanges pour favoriser le partage d’expériences et de bonnes pratiques entre les structures d’aide à domicile. Ces échanges permettront de construire un savoir collectif et de surmonter ensemble les défis rencontrés lors de la mise en place des équipes locales et autonomes.

Actions :

- Organiser des rencontres trimestrielles interstructures.
- Mettre en place une plateforme en ligne pour l’échange de documents, de témoignages, et de solutions innovantes.
- Créer des groupes de discussion thématiques (par exemple, gestion des conflits, coordination des équipes).

Diffusion des retours d’expérience :

Il est essentiel de capitaliser sur les expériences des structures ayant déjà mis en place des équipes autonomes. Les Plateformes des métiers de l’autonomie peuvent collecter, analyser, et diffuser ces retours d’expérience pour en faire bénéficier l’ensemble du secteur.

Actions :

- Publier des rapports annuels compilant les retours d'expérience des différentes structures.
- Organiser des webinaires mensuels où des structures partagent leurs parcours de transformation.
- Créer des fiches de cas pratiques illustrant les réussites et les défis rencontrés.

✓ Organisation de sessions de formation et de sensibilisation :

Les Plateformes peuvent coordonner et proposer des sessions de formation et de sensibilisation pour les équipes et les dirigeants des structures d'aide à domicile. Ces formations pourraient couvrir divers aspects, allant de la gestion de projet à la communication, en passant par le management d'équipes autonomes.

Actions :

- Développer un catalogue de formations spécifiques sur les équipes autonomes.
- Organiser des ateliers de sensibilisation pour les dirigeants sur les bénéfices et les challenges des équipes autonomes.
- Proposer des modules de formation continue pour les équipes en transformation.

✓ Soutien à l'implémentation des outils et des pratiques recommandées :

Les Plateformes des métiers de l'autonomie peuvent fournir un soutien direct aux structures dans l'implémentation des outils et des pratiques recommandées pour les équipes autonomes. Cela inclut l'accompagnement dans l'utilisation des fiches pratiques ANAP et autres ressources disponibles.

Actions :

- Mettre en place un service d'assistance technique pour aider à l'utilisation des outils.
- Proposer des coachings personnalisés pour les structures en phase de transformation.
- Élaborer des guides d'utilisation et d'implémentation des outils ANAP adaptés aux spécificités locales.

✓ Création d'un écosystème propice à l'innovation et à l'amélioration continue :

En capitalisant sur les ressources existantes et en développant de nouvelles initiatives, les Plateformes des métiers de l'autonomie peuvent contribuer à créer un environnement favorable à l'innovation et à l'amélioration continue dans le secteur de l'aide et du soin à domicile.

Actions :

- Lancer des appels à projets pour encourager les innovations locales.
- Développer des partenariats avec des organismes de recherche pour évaluer et améliorer les pratiques.
- Organiser des concours d'innovation pour récompenser les meilleures pratiques et idées novatrices.

En structurant ainsi le pilotage des équipes autonomes, les Plateformes des métiers de l'autonomie joueront un rôle clé dans l'accompagnement des structures, garantissant une mise en œuvre cohérente et efficace des réformes nécessaires pour améliorer la qualité de vie au travail et la qualité des services rendus aux usagers.

IV.3.4 – Proposition N° 8 : Adapter le système d'information aux besoins de fonctionnement en équipe locale et autonome

Préambule :

Les Services d'Aide à Domicile (SAD) devront bientôt se conformer au cahier des charges des services autonomie à domicile, qui intègre plusieurs exigences en matière de système d'information et de coordination avec les partenaires :

- Assurer l'effectivité du fonctionnement d'aide et soin et la cohérence dans la mise en œuvre des projets d'accompagnements (DUI).
- Assurer la protection des données personnelles des usagers.
- Proposer des outils de coordination de l'information.
- Tracer les interventions.

Parallèlement, la réforme des systèmes d'information de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la Prestation de compensation du Handicap (PCH) favorisera cette digitalisation et ce partage d'information, en facilitant la gestion des plans APA entre les Conseils départementaux et les services concernés.

Le modèle des équipes autonomes s'inscrit pleinement dans ces orientations actuelles, privilégiant une meilleure collaboration et un partage accru des informations, tout en reconnaissant le rôle essentiel des acteurs du médico-social. À ce jour, la plupart des logiciels d'accompagnement ne sont pas adaptés aux besoins des équipes autonomes. **Les systèmes d'information actuels doivent évoluer pour répondre aux exigences spécifiques de ce modèle.**

Déclinaison d'actions :

Suivi et pilotage :

- **Indicateurs spécifiques des équipes autonomes** : Développer des indicateurs spécifiques pour évaluer la performance des équipes autonomes, incluant des métriques sur la satisfaction des usagers, la qualité des soins, et l'efficacité des interventions.
- **Regroupement des intervenants en équipes** : Adapter les logiciels pour permettre un suivi analytique des équipes, facilitant la gestion des performances et la prise de décisions basées sur des données précises.

Communication :

- **Messagerie instantanée sécurisée** : Implémenter une messagerie instantanée partagée et sécurisée pour permettre une communication en temps réel entre les membres de l'équipe. Cela renforcera la cohésion d'équipe, le partage d'informations essentielles, et la gestion des remplacements de dernière minute.
- **Outils de liaison dématérialisés** : Proposer des outils de communication sécurisés pour le partage des dossiers utilisateurs informatisés (DUI) et des projets personnalisés avec les professionnels de santé et les partenaires externes.

Planification :

- **Accès aux plannings d'équipe** : Permettre aux intervenants d'accéder aux plannings de l'équipe, facilitant ainsi la coordination des interventions et la gestion des remplacements.
- **Modification des plannings à distance** : Développer des fonctionnalités permettant aux intervenants de modifier les plannings à distance, sous réserve d'un contrôle et d'une validation par un superviseur pour assurer une gestion fiable et sécurisée.
- **Double contrôle sur les modifications** : Mettre en place un système de double contrôle pour les modifications de plannings et de dossiers, garantissant ainsi la fiabilité des informations et la sécurité des données.

Gestion documentaire dématérialisée :

- **Accès sur smartphones** : Adapter les systèmes pour permettre une gestion documentaire efficace, accessible sur smartphones, facilitant ainsi l'accès aux documents nécessaires en tout lieu et à tout moment.
- **Partage de documents** : Développer des fonctionnalités de partage de documents en temps réel, permettant aux intervenants de consulter et de mettre à jour les informations pertinentes.

Formation et accompagnement :

- **Formation des intervenants** : Organiser des sessions de formation pour familiariser les intervenants avec les nouveaux outils numériques, assurant ainsi une transition en douceur et une adoption efficace des nouvelles technologies.
- **Support technique et accompagnement** : Mettre en place un service d'assistance technique pour accompagner les structures dans l'adaptation et l'optimisation de leurs systèmes d'information.

Intégration et interopérabilité :

- **Interopérabilité des systèmes** : Assurer que les nouveaux outils s'intègrent parfaitement avec les systèmes d'information existants, en respectant les normes du Cadre d'Interopérabilité des Systèmes d'Information en Santé (CI-SIS).
- **Coordination avec les éditeurs de logiciels** : Collaborer avec les éditeurs de logiciels pour développer des solutions adaptées aux besoins spécifiques des équipes autonomes.

En capitalisant sur ces actions, les Services d'Aide à Domicile pourront non seulement se conformer aux nouvelles exigences réglementaires, mais aussi améliorer la coordination, la qualité des soins, et la satisfaction des usagers. Cette évolution du système d'information est essentielle pour soutenir le modèle des équipes autonomes et favoriser une prise en charge globale et personnalisée des personnes accompagnées.

Pour évaluer l'intérêt de généraliser le modèle des équipes locales et autonomes, il est utile de s'appuyer sur les résultats de l'expérimentation pour définir les modalités de pilotage et de financement qui pourraient être attribuées aux SAD souhaitant s'engager dans cette transformation. Quelques propositions sont présentées ci-après.

IV.4 – Les équipes locales et autonomes, une opportunité pour renforcer le financement des SAD et adapter leurs modalités de tarification

Sous-partie rédigée en collaboration avec François-Xavier DEVETTER (Professeur de Sciences économiques IRES – Clersé, Université de Lille) et Antoine DE SOUBEYRAN (Responsable Innovation et développement, Stratélys

Préambule :

Le développement des équipes autonomes aux Pays-Bas s'est appuyé sur **une aide gouvernementale issue du programme de transition du système de santé de 2007, offrant un financement, environ 1 million d'euros** (Mouzon, 2018) et **surtout une visibilité nationale pour l'émergence de ce nouveau modèle** (Johansen & Van Den Bosch, 2017).

Les résultats de cette expérimentation, visant notamment une meilleure prise en charge du vieillissement et du soin de la population à domicile, **ont contribué ainsi aux réformes prises en 2016 avec l'institution de nouvelles lois** (en plus de celle historique sur l'assurance maladie, deux lois ont été prises sur les soins de longue durée et sur l'aide sociale) **visant à réformer les modalités de pilotage et de financement des services à domicile.**

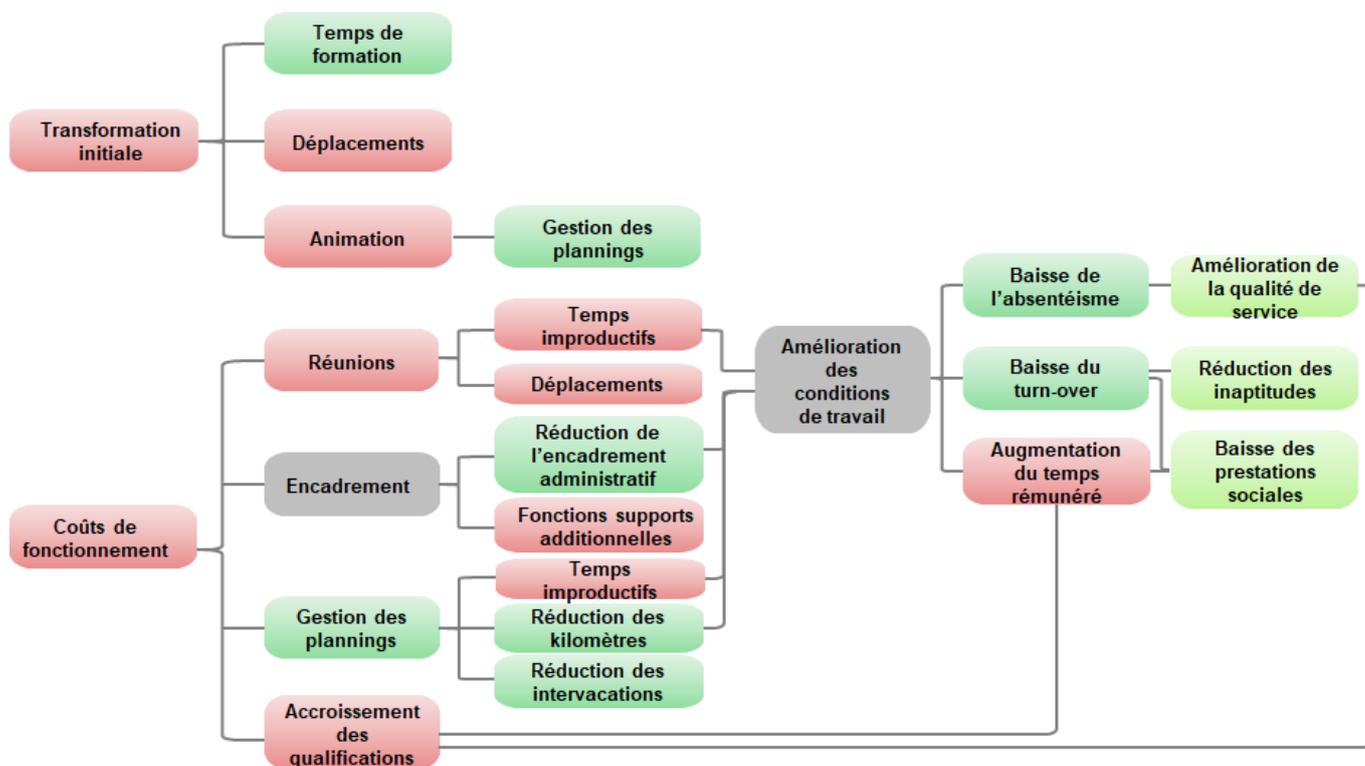
Le modèle d'équipes autonomes **a donc contribué à faire évoluer le système de santé hollandais en démontrant que le mode de facturation à l'acte n'était pas pertinent et que l'organisation avec une facturation plus globale générerait des économies.** Ce nouveau modèle de tarification reposait également sur la **simplification du financement et des processus administratifs de facturation des soins infirmiers aux Pays-Bas.**

Nos propositions ci-dessous ont donc pour objectifs :

- **D'estimer les coûts et gains potentiels liés à une aide financière de la CNSA visant à soutenir les SAD qui souhaitent développer les équipes autonomes en France** (pour le secteur des services prestataires uniquement),
- **S'interroger sur les modalités de financement de ces services afin de favoriser l'essor du modèle et l'autonomie des équipes autonomes par un nouveau mode de tarification.**

IV.4.1 – Proposition N° 9 : Financer la transformation en équipes locales et autonomes en se focalisant sur les résultats positifs de l'évaluation

Le financement de la transformation des SAD traditionnels en équipes locales et autonomes nécessite de repérer les différents mécanismes qui impliquent des effets budgétaires et de représenter les principaux enchainements possibles en termes de coûts comme de potentielles économies (cf. schéma ci-dessous).



Nous avons ainsi isolé les principaux coûts (en rouge) et gains économiques (directs en vert et indirects en vert clair) liés à des effets observés lors de l'évaluation.

Déclinaison en actions :

- ✓ Identifier les coûts d'investissement et de fonctionnement pour soutenir le développement des équipes locales et autonomes

Une première étape permet d'isoler des coûts ponctuels liés à la transformation elle-même (1).

Ensuite, au sein des coûts liés au fonctionnement en équipe, il convient de distinguer quatre impacts principaux provenant de :

- L'organisation des temps collectifs,
- La modification du rôle de l'encadrement,
- La transformation de la gestion des plannings,
- L'accroissement potentiel des compétences des intervenants.

Il s'agira enfin de **proposer des pistes d'estimation des retombées financières positives liées à une amélioration des conditions d'emploi**. Ci-dessous, nous tentons d'estimer ces impacts à partir d'hypothèses construites sur l'observation des structures évaluées. Le modèle économique actuel de l'aide à domicile reposant sur une tarification horaire, **nous essayons de ramener ce que chaque coût représente pour une heure d'intervention**. Afin d'effectuer ces calculs, nous nous appuyons sur les estimations suivantes réalisées par un des SAD évalués :

Tableau – Hypothèses de base

Tableau 1. Paramètres et unités de mesure	Équipe locale et autonome	Équipe non transformée	Écart
Durée de travail annuelle (heures)	1 350	1 297	-53
Temps de travail mensuel (heures)	112,5	108,08	
Coût employeur/heure (euros)	14,12	13,47	0,65
Indemnités kilométriques	0,39	0,39	0
Effectifs par équipe	10	10	0
Coût fixe de la transformation	11 364	0	11 364
Coût horaire encadrant intermédiaire (euros)	28	28	0
Durée encadrement/équipe/mois (heures)	0	15	15
Durée d'animation/équipe/mois (heures)	50	0	50
Nombre réunions/mois	6	2	4
Durée réunion moyenne (heure)	1	1	0
Temps déplacement/réunion (heure)	0,5	0,5	0
Nombre d'heures planification/mois/équipe	4		
Taux absentéisme	9,5 %	18,5 %	-9 %
Nombre de recrutement moyen par équipe	0	1	-1
Coût d'un recrutement (euros)			+ 1 000
Nombre de kilomètres moyen/mois/salarié	287	360	-73
Pourcentage (%) des heures d'inter- vacations	87	116	-29
Surcoût de l'absentéisme en % de la Masse salariale			0,018 7

✓ Définir les coûts liés à la transformation initiale

Le passage d'une organisation traditionnelle à une organisation en équipes locales et autonomes **demande un temps d'adaptation et de dialogue** (cf. recommandation 5 sur le soutien à la transformation). Des **réunions préparatoires et des formations sont ainsi systématiquement prévues**. L'importance de la dimension « volontariat » dans la réussite des projets demande également que **les projets soient exposés et discutés pour en faciliter l'appropriation par l'ensemble des acteurs**.

Ces temps d'échange impliquent ainsi **des heures de travail dites « improductives » et des frais de déplacement** (indemnités kilométriques et temps). Le bon déroulement de ces réunions exige également des **dépenses liées à l'animation des réunions** (locaux, frais de repas, rémunérations des animateurs extérieurs, etc.).

Au total, ces éléments constituent **un coût initial difficile à éviter**. L'un des SAD évalués a **détaillé les frais induits de manière assez précise** :

Tableau – Coût initial de la transformation en équipe autonome

<i>Coût transformation</i>	<i>11 364 €</i>
<i>Chargé de projet pour 15 réunions</i>	<i>749 €</i>
<i>Déplacements pour 15 réunions</i>	<i>88 €</i>
<i>Aides à domicile pour 15 réunions</i>	<i>5 123 €</i>
<i>Déplacements pour 15 réunions</i>	<i>877 €</i>
<i>Formation grille AGGIR</i>	<i>3 932 €</i>
<i>Formation Planification</i>	<i>593 €</i>

Ce type de dépense revêt cependant les caractéristiques d'un **investissement dont l'amortissement dépend à la fois du nombre de salariés par équipe et de la durée sur laquelle il produit des effets**. Dans la simulation effectuée, nous avons fait l'hypothèse d'équipes regroupant **7 aides à domicile et d'une durée d'amortissement des coûts propres à la transformation sur 3 ans**. Notons également que la CNSA a produit pour les SSIAD et les Conseils départementaux une formation à la grille AGGIR mise à disposition gratuitement en ligne et donc, permettant de réduire ce coût.

Tableau – Répercussion horaire des coûts de transformations

<i>Paramètres</i>	<i>Dépenses initiales</i>	<i>Nombre de salariés</i>	<i>Nombre d'heures interventions par an</i>	<i>Durée amortissement (en année)</i>	<i>Répercussion horaire</i>
<i>Coût fixe de la transformation</i>	<i>11 364,00</i>	<i>7,00</i>	<i>1 910,00</i>	<i>3</i>	<i>0,28 €</i>
			TOTAL	45,10 €	0,28 €

✓ **Valider les coûts et gains potentiels liés à l'organisation des temps collectifs**

Le premier élément sur lequel reposent les équipes locales et autonomes est **l'organisation de temps collectifs réguliers**. Ces temps de réunion occasionnent des **coûts nouveaux directs, essentiellement en raison des temps de travail non facturables qu'ils génèrent, mais également du fait de déplacements**.

L'importance des coûts dépend de la fréquence et de la durée des réunions (coûts directement dépendants de la masse salariale des aides à domicile). L'impact de ce coût additionnel doit **ensuite être « amorti » par le nombre d'heures d'interventions effectuées**.

Dans le cas présenté ci-dessous, nous faisons l'hypothèse de 4 heures de réunions par mois en « routine ». Le temps de déplacement est estimé à 30 minutes (aller + retour) et le nombre de kilomètres à 15.

Tableau – Impacts directs des temps collectifs

<i>Paramètres</i>	<i>Nombre d'heures de réunion/mois</i>	<i>Coût horaire de la réunion</i>	<i>Nombre d'heures interventions/mois</i>	<i>Coût mensuel</i>	<i>Répercussion horaire</i>
Temps de réunion	4,00	14,12	159,17		0,35 €
Temps de déplacement	0,50	14,12	159,17		0,04 €
<i>Paramètres</i>	<i>Nombre de réunion/mois</i>	<i>Frais kilométriques</i>	<i>Nombre d'heures interventions/mois</i>	<i>Nombre kilomètres</i>	<i>Répercussion horaire</i>
Frais de déplacement	4,00	0,39	159,17	15	0,15 €
TOTAL				86,94 €	0,55 €

Selon les hypothèses retenues, le **coût d'une réunion serait estimé à environ 86,94 € mensuels et entraînerait une répercussion de l'ordre de 0,55 € par heure d'intervention**. Dans ce coût, le temps de travail d'un animateur/encadrant de proximité n'est pas intégré, car **nous avons choisi d'isoler ce type de dépense dans une section spécifique** (cf. action proposée ci-dessous). Au-delà des coûts directs occasionnés, **ces temps collectifs favorisent une amélioration des conditions de travail et peuvent avoir une répercussion positive sur l'absentéisme et le turn-over** (voir infra).

✓ **Évaluer les coûts et gains potentiels liés à la modification du rôle de l'encadrement**

Un second élément marquant des transformations managériales concerne l'évolution des fonctions d'encadrement intermédiaire. Les impacts financiers sont ici plus ambivalents : **d'un côté l'autonomie des équipes devrait permettre de réduire les besoins en encadrement administratif** (construction de planning, gestion des modifications de plannings, gestion des absences, etc.), **de l'autre les besoins d'animation et de coordination sont susceptibles de croître** (développement de fonctions de « coachs » ou **création de fonctions supports additionnelles comme le poste d'IDEC et d'ergothérapeute** mentionné précédemment dans le rapport).

Dans le cas présenté, nous faisons les hypothèses suivantes :

- **Un coût employeur horaire pour l'encadrement intermédiaire de 28 €** (identique pour les deux types de fonction : administratif/traditionnel ou animation des réunions collectives des équipes autonomes),
- **Un temps d'encadrement de 50 heures par mois supplémentaires par équipe en termes d'animation, mais de 15 h par mois de moins en encadrement administratif.**

Tableau – Impact de la transformation de l'encadrement

	<i>Coût horaire Encadrement</i>	<i>Différenciel temps d'encadrement par mois et par équipe</i>	<i>Nombre d'heures interventions/mois/équipe</i>	<i>Coût mensuel</i>	<i>Répercussion horaire</i>
Encadrement administratif	28,00	-15	1 033,67		-0,41 €
Masse salariale des fonctions supports dédiées à l'EA			Nombre d'heures interventions/mois/équipe		Répercussion horaire
Coûts des fonctions supports additionnelles	28,00	+50	1 114,17		1,26 €
TOTAL				135,33 €	0,85 €

Par ailleurs, si les **fonctions supports nouvelles correspondent à un coût supplémentaire (soit 0,85 € par heure réalisée), elles doivent permettre d'améliorer les conditions de travail et la qualité du service.** Des répercussions positives sur l'absentéisme, la fidélisation du personnel et plus globalement la qualité de l'emploi sont alors envisageables.

✓ **Valoriser les coûts et gains potentiels liés à la gestion des plannings**

Le troisième point marquant du fonctionnement en équipe autonome correspond à la modification de la gestion des plannings. L'effet **attendu est ici positif**. Certes, la délégation de tout ou partie du travail de planification peut **générer des heures « improductives » additionnelles**, mais il est censé au contraire **réduire les temps de déplacements, le nombre de kilomètres parcourus ainsi que les temps d'inter-
vacation**. Ces éléments doivent permettre des **économies directes, mais également une amélioration des conditions de travail et d'emploi**.

Tableau – Impact de la modification de la gestion des plannings

<i>Paramètres</i>	<i>Durée/mois</i>	<i>Coût horaire</i>	<i>Nombre d'heures interventions/m ois</i>	<i>Coût mensuel</i>	<i>Répercussion horaire</i>
<i>Heures improductives de planification</i>	4	14,12	1 114,17	8,07	0,05
	Différentiel de kilomètres des ELA par mois	Coûts kilométriques	Nombre d'heures interventions/ mois		
<i>Frais de déplacement</i>	- 73	0,39	159,17	- 28,47	- 0,18
	Différentiel temps déplacement des ELA par mois (en heures)				

<i>Paramètres</i>	<i>Durée/mois</i>	<i>Coût horaire</i>	<i>Nombre d'heures interventions/mois</i>	<i>Coût mensuel</i>	<i>Répercussion horaire</i>	
<i>Temps déplacement (nombre de km/60 km/heure)</i>	- 1,22	14,12	159,17	- 17,18	- 0,11	
-	Différentiel temps d'intervention EAL par mois	Masse salariale/heure				
<i>Heures d'interventions</i>	- 29,29	14,12	1 910	- 34,46	- 0,22	
				TOTAL	- 72,04 €	- 0,45 €

La réorganisation des plannings s'articule avec **une modification éventuelle de la sectorisation** (souvent fondée sur des territoires plus petits dans le cas des Équipes locales et autonomes). Il **n'est pas ici possible de distinguer les effets propres de ces différents éléments**. Notons cependant que **si une sectorisation plus fine représente un atout pour l'organisation du travail et la réduction des temps de déplacements, elle peut avoir des répercussions plus ambiguës sur la variabilité des temps de travail à plus long terme** : le départ d'un bénéficiaire sur un « petit » secteur est ainsi moins facilement remplaçable et peut impliquer des baisses d'activité qui se répercuteront sur le volume d'heures « improductives » ou sur les temps de travail des intervenants.

✓ **Chiffrer les coûts et gains potentiels liés à l'accroissement des compétences**

Enfin, nous pouvons faire l'hypothèse (cf. parties sur l'hypothèse 2 et 3) que la mise en place des équipes locales et autonomes était associée à **une montée en compétences des aides à domicile**. Celle-ci est alors susceptible de déboucher sur **une hausse des qualifications reconnues et donc des rémunérations**.

Cet effet représente un **coût direct additionnel, mais peut en revanche avoir des effets positifs à plus long terme**. En contribuant à l'amélioration des rémunérations mensuelles, il favorise **l'amélioration de la qualité des emplois** (et donc, baisse de l'absentéisme et du turn-over), mais peut également **entraîner une baisse des transferts publics visant à soutenir l'emploi** (exonérations de cotisations patronales) **ou visant à rendre les emplois à bas salaires acceptables** (prime d'activité et prestations sociales). Compte tenu de la faiblesse des salaires mensuels et de la composition sociodémographique de la population des aides à domicile (fréquence importante des familles monoparentales), ces effets ne **peuvent être considérés comme marginaux**. Leur évaluation sort cependant du cadre de cette évaluation (pour des éléments complémentaires, voir Devetter, Pucci et Valentin, 2024).

Tableau – Impact d'une montée en qualification

<i>Paramètres</i>	<i>Différentiel rémunération /heures</i>		<i>Nombre d'heures interventions/mois</i>	<i>Coût mensuel</i>	<i>Répercussion horaire</i>
<i>Montée en qualification</i>	<i>0,65</i>		<i>159,17</i>	<i>103,46</i>	<i>0,65</i>
			TOTAL	103,46	0,65 €

Selon les hypothèses retenues, le **coût d'une montée en qualification des aides à domicile entraînerait une répercussion de l'ordre de 0,65 € par heure d'intervention**.

✓ **Estimer les gains liés à la réduction de l'absentéisme et du turn-over**

La mise en place des équipes locales et autonomes induit **des coûts directs additionnels, mais ces transformations visent à améliorer les conditions de travail et d'emploi**. Plusieurs effets sont identifiables sur l'amélioration des rémunérations mensuelles, mais également sur la baisse de pénibilité : réduction des temps de déplacements, apport de nouvelles ressources collectives, accroissement du sens au travail, etc. **Or ces éléments sont susceptibles d'avoir des répercussions financières positives**.

L'estimation des coûts occasionnés par l'absentéisme et le turn-over est **particulièrement complexe et demeure peu consensuelle** (Bernon et Pertinent, 2023)⁸. Différents calculs dans le secteur public (Cour des comptes, 2021) ou privé (Baromètre Ayming, 2016) ont été proposés. Ils diffèrent sensiblement en fonction de nombreuses hypothèses nécessaires : **taux de remplacement des absents, montant du surcoût direct en termes de taux horaire, montant des charges administratives de gestion des ressources**

⁸ Avant même d'estimer les coûts, les mesures elles-mêmes de ces notions posent de nombreux problèmes méthodologiques. Voir par exemple : [https://inet.cnfpt.fr/sites/default/files/2020-09/Absenteisme dans collectivités territoriales INET ADRH.pdf](https://inet.cnfpt.fr/sites/default/files/2020-09/Absenteisme%20dans%20collectivites%20territoriales%20INET%20ADRH.pdf)

humaines, intégration de « coûts cachés » liés par exemple à des impacts en termes de dysfonctionnements, etc.

Il ne nous est **pas possible ici de fournir une estimation précise**. Notons cependant que dans le secteur de l'aide à domicile **plusieurs facteurs tirent probablement le coût de l'absentéisme vers le haut** : obligation de remplacer toutes les heures d'un salarié absent en raison de l'impossibilité d'intensifier le travail des collègues⁹, importance des coûts de recrutements en raison d'un contexte de pénurie de main-d'œuvre, importance de la dimension personnelle d'un travail relationnel, etc.

Au total, nous prenons ici comme **hypothèse un surcoût de l'absentéisme de 1,87 % de la masse salariale**. L'effet du passage en équipe sur l'absentéisme est lui-même fragile, mais a été estimé par l'une des structures évaluées (**avec plus de 15 équipes transformées**), qui constate des taux bien plus faibles, pour l'équipe transformée par rapport à l'équipe témoin (respectivement 9 % et 18 % en 2022 et 18 % et 25 % en 2023). Nous prenons ci-dessous **une hypothèse d'une baisse de 9 points du taux d'absentéisme**.

En ce qui concerne les **gains liés à la fidélisation du personnel et à la réduction du turn-over, les estimations ne peuvent également être qu'indicatives**. Elles dépendent de deux paramètres principaux : **la durée moyenne pendant laquelle un salarié reste en emploi et le coût d'un recrutement**.

Tableau – Impact d'une réduction de l'absentéisme et du turn-over

<i>Absentéisme</i>	<i>Différentiel EAL/ENT</i>	<i>Masse salariale/heure</i>	<i>Surcoût absentéisme en % de la Masse salariale</i>	<i>Coût mensuel</i>	<i>Répercussion horaire</i>
	-9,26 %	14,12	1,87 %	-3,89	-0,02
<i>Turn-over</i>	<i>Différentiel de recrutement /an</i>	<i>Coût d'un recrutement</i>	<i>N heures interventions/an</i>		
	- 1	1 000	1 910,00	-83,33	-0,52

⁹ L'aide à domicile se distingue ici nettement de certains services comme la propreté où les absences peuvent ne pas être remplacées immédiatement : le travail sera répercuté sur les collègues présents ou tout simplement non réalisé... mais néanmoins facturé.

<i>Absentéisme</i>	<i>Différentiel EAL/ENT</i>	<i>Masse salariale/heure</i>	<i>Surcoût absentéisme en % de la Masse salariale</i>	<i>Coût mensuel</i>	<i>Répercussion horaire</i>
			TOTAL	- 87,23 €	- 0,55 €

Selon les hypothèses retenues, **la réduction de l'absentéisme et du turn-over entraînerait une économie de l'ordre de 0,55 € par heure d'intervention.**

Effets attendus :

Selon les hypothèses retenues, la mise en place **des équipes autonomes au sein d'un SAD entraînerait un surcoût estimé de l'ordre de 1,33 € par heure d'intervention.** L'objectif à terme **serait de pouvoir trouver un équilibre entre les coûts de transformation ainsi que l'augmentation des heures non facturées liée notamment aux réunions de coordination et la baisse des coûts liés à l'absentéisme, au turn-over et au déplacement.**

En cas de généralisation du fonctionnement en équipes autonomes à l'ensemble des SAD Aide prestataires, le coût serait de **l'ordre de 558 019 208 €.**

Le volume horaire des aides à domicile en France **se base sur les résultats de l'enquête Emploi, INSEE de 2022 et plus spécifiquement sur les effectifs des « auxiliaires de vie sociale » et « autres employés/employées d'aide à domicile »** salariés de structures associatives et d'entreprises spécialisées dans l'aide à la personne. Ces effectifs ont ensuite été rapportés au nombre d'heures habituellement travaillées sur une année.

Tableau – Bilan et extrapolation au secteur

Coût total <i>(Mensuel et horaire)</i>	211,56 €	1,33 €
Volume horaire annuelle des aides à domicile en France en 2022	419 833 234	<i>(Source Enquête Emploi, INSEE, 2022)</i>
Coût total extrapolé <i>(en cas de généralisation)</i>	558 019 208 €	

La proposition et sa déclinaison en plusieurs actions **permettent de modéliser le montant des financements nécessaires pour la transformation et la pérennisation du fonctionnement en équipe autonome d'un SAD.**

En effet, avec un coût horaire, **il sera plus aisé pour les financeurs** (notamment les Conseils départementaux) **et les gestionnaires, d'évaluer les coûts de la transformation par SAD.**

À titre d'exemple, **les coûts estimés de la transformation en équipes locales et autonomes pour un SAD avec un volume horaire rémunéré de 100 000 heures d'aide à domicile peuvent être estimés à 132 914 euros, soit :**

- **Un coût d'investissement de 28 332 euros**
- **Un coût de fonctionnement annuel de 104 582 euros composé ainsi :**
 - **54 622 euros de coûts supplémentaires pour l'instauration des temps collectifs** (soit 4 heures par mois par salarié)
 - **85 022 euros de coûts supplémentaires pour la transformation des missions de l'encadrement**, recentrées sur des fonctions de coordination (avec le recrutement de professionnels de santé tels que des IDE et ergothérapeutes) et soutien auprès des équipes
 - **45 260 euros d'économies estimées par l'optimisation de la gestion des plannings** (notamment sur les indemnités kilomètres et les temps de déplacement rémunérés)
 - **65 000 de coûts supplémentaires pour la montée en compétences des intervenants à domicile** (cf. proposition relative aux ECR et à l'évolution des conventions collectives nationales du secteur de l'aide à domicile)
 - **54 801 euros d'économies estimées par la baisse de l'absentéisme et du turn-over.**

Au-delà d'un soutien financier des pouvoirs publics, **le développement des équipes autonomes nécessite de lever certaines limites, comme le système de tarification des services autonomie à domicile.**

IV.4.2 – Proposition 10 : Adapter les modalités de pilotage et de financement des SAD pour favoriser la mise en place des équipes locales et autonomes

Pour rappel (cf. Hypothèse 3), l'efficacité globale des équipes autonomes inspirées du modèle hollandais a reposé **sur une évolution du système de financement et de tarification.**

Néanmoins, à l'inverse de l'expérimentation du modèle Équilibre (sur les soins infirmiers en France), **les équipes locales et autonomes dans le secteur de l'aide à domicile n'ont pas bénéficié d'une réforme du financement pouvant favoriser l'atteinte de tous les effets attendus** (cf. effets non observés des trois hypothèses du référentiel d'évaluation).

Dès lors, sans réforme tarifaire et dans le cadre de financements restreints (comme c'est le cas dans le secteur de l'aide à domicile), **il est difficile de développer l'intégralité de l'approche des équipes locales et autonomes et de garantir son équilibre économique** (comme par exemple la réalisation d'accompagnement par des intervenants plus qualifiés que la moyenne (Alders, 2015)

Nous proposons plusieurs **pistes de réflexion** pour réformer les **modalités de financement et de tarification des services autonomie à domicile et ainsi favoriser le développement du modèle des équipes locales et autonomes.**

Déclinaison en actions :

- ✓ **Étudier un modèle de tarification permettant de favoriser l'approche globale et préventive pour pouvoir mettre pleinement en place les équipes locales et autonomes**

À titre de comparaison, l'expérimentation ÉQUILIBRE visait à améliorer les prises en charge au domicile (y compris le maintien à domicile) par un **exercice facilité de la mission des infirmiers de ville.** Le modèle des équipes autonomes a permis un exercice du soin infirmier à domicile qui soit centré sur **le patient, holistique, en équipe et coordonné, soutenu par une tarification forfaitaire dérogatoire à la nomenclature d'actes infirmiers actuellement en vigueur.**

Néanmoins, contrairement à l'expérimentation Équilibre, **le système de tarification applicable aux SAD expérimentateurs n'a pas connu de dérogation et reste limité par la non-prise en compte de caractéristiques clés du modèle des équipes autonomes comme :**

- **La juste rémunération de l'entièreté de la prise en charge des aides à domicile** (du travail accompli), notamment pour la gestion des plannings, la coordination interne et externe, la prévention et le lien social,
- **L'autonomie des professionnels dans le contenu et la durée des interventions à domicile,** aujourd'hui encadrée et limitée par le **financement via des plans d'aide (APA et PCH) prescrits,** comme moyen de contrôle réduisant l'autonomie recherchée par le modèle.,

Dès lors, les SAD en équipes locales et autonomes **pourraient également expérimenter un modèle de tarification permettant de favoriser cette approche globale et préventive pour permettre au modèle d'être pleinement mis en place.**

Comme dans le cadre de la nouvelle tarification des SSIAD et afin d'améliorer la cohérence des financements entre les activités d'aide et de soin à domicile, il pourrait être pertinent d'établir un **système de tarification mixte** avec une **dotation globale d'aide et d'accompagnement** composée d'une part de :

- **Financement « structure et transport »** : cette partie pourrait intégrer les coûts fixes d'un SAD Aide traditionnel (frais de direction et encadrement, locaux, système d'information, etc.), mais également **certains coûts fixes propres au fonctionnement en équipe autonome**, en particulier les temps de réunion d'équipe :
 - **Un forfait réunion de coordination par équipe versé au SAD** (cf. proposition sur l'estimation des coûts et gains liés à l'organisation des temps collectifs) : Comme pour les SSIAD, les SAD aide disposeraient d'un financement des temps de coordination interne dans la partie socle de leur dotation structure.
 - **Un forfait de déplacement pourrait également être inclus**, comprenant le temps et les frais de déplacement avec un forfait plus élevé pour les zones non urbaines, comme envisagé initialement pour les SSIAD
Il faut rappeler que ces heures de déplacement ne sont pas prises en charge dans le financement des heures APA et PCH à domicile. Comme pour les SSIAD, les SAD aide disposeraient d'un financement des frais kilométriques dans la partie socle de leur dotation structure.

Le montant du forfait structure pourrait être calculé dans le cadre de la prochaine Étude nationale des Coûts dédiée au service de l'aide et l'accompagnement à domicile et attribué en fonction du **nombre de personnes accompagnées à l'APA et PCH sur une année.**

Cette transparence et équité sur les frais de structure **permettrait aussi aux SAD et à leurs équipes d'utiliser les ressources de façon la plus autonome possible pour organiser leurs interventions à domicile et répondre au mieux aux besoins des personnes accompagnées.**

Pour rappel, l'un des objectifs du modèle des équipes autonomes **visé à simplifier et diminuer la gestion administrative sans valeur ajoutée dans l'organisation pour permettre aux intervenants de se concentrer davantage sur la prise en charge de l'utilisateur (Nandram.S & Koster.S, 2014).**

Le mode d'organisation en équipe autonome promeut également **une transparence maximale pour que chaque équipe autonome connaisse ses frais généraux (notamment le montant par salarié et par heure).**

- **Financement « Intervention à domicile »**, variable, indexé sur une **tarification à l'heure et/ou aux forfaits par personnes accompagnées** :
 - Au-delà du tarif plancher, **valoriser les taux horaires ou les accompagnements par des forfaits avec majoration financière par personne accompagnée en fonction du niveau de compétences de l'intervenant, des prestations réalisées et du public cible** : à titre d'exemples :
 - Des profils de publics accompagnés par GIR et/ou pathologies (par exemple, pour les troubles cognitifs, un GIR 4 souffrant d'une maladie d'Alzheimer nécessite un temps d'accompagnement potentiellement plus important qu'un GIR 1 (EMMANUELLI J., FROSSARD J-B., VINCENT B. - 2024))
 - La réalisation d'accompagnement par des intervenants plus qualifiés et/ou mieux rémunérés que la moyenne (cf. proposition sur l'estimation des coûts et gains potentiels liés à l'accroissement des compétences)
 - Des prestations dédiées à la prévention pour personnaliser les interventions auprès des personnes accompagnées (dans la même logique que les heures de lien social pour lutter contre l'isolement des personnes âgées)
 - Des prestations de mise en relation ou coordination en cas de besoins de soin et de prise en charge conjointe avec les professionnels de santé (comme les IDEL, CSI, HAD et SAD mixtes)
 - Des prestations réalisées les week-ends ou en soirées (au regard des surcoûts liés au droit du travail et conventions collectives)
 - Etc.

Ces forfaits reposeraient sur une **équation tarifaire avec un montant variable en fonction des interventions effectuées au domicile des personnes accompagnées par l'APA et la PCH.**

Pour rappel, le volet Financement « Intervention à domicile » des SSIAD comprend 9 forfaits d'intervention par semaine, basés sur 3 variables : le groupe iso-ressources (GIR), l'intervention d'un infirmier diplômé d'État (IDE), et l'intervention pendant le week-end.

Cette proposition s'inscrirait pleinement en cohérence avec les recommandations du rapport IGAS¹⁰, soit :

- « Valoriser le **financement des aides et soins à hauteur des coûts des services,**

¹⁰ « Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire, se sentir chez soi où que l'on soit », 2024, Dr Julien Emmanuelli, Jean-Baptiste Frossard et Bruno Vincent (Igas)

- Dans la perspective d'une sortie de la tarification horaire, lancer des travaux complémentaires sur **l'harmonisation des modalités de financement des services de soin et d'aide à domicile au sein des services autonomes à domicile** ».

En cas de maintien de la logique horaire, ce modèle de tarification pourrait également **s'accompagner de deux conditions complémentaires** :

- ✓ Instaurer un **minimum d'une heure par intervention pour éviter la fragmentation des interventions**
- ✓ Comme pour l'expérimentation ÉQUILIBRES, **le tarif horaire serait décompté au réel effectué au-delà d'une heure d'intervention.**

À titre de comparaison, en Suède, le modèle de tarification **prévoit le paiement des heures de prestation de soins à domicile pour autant qu'il soit égal ou inférieur au nombre d'heures accordé**. Le service de soins reçoit un financement égal au nombre d'heures accordées dans le plan de soins, quel que soit le nombre d'heures effectuées.

La possibilité d'un **passage en dotation globale avec des forfaits au détriment du seul critère horaire pourrait ainsi favoriser une logique de séance d'intervention pour un accompagnement global de la personne, plus cohérent avec le modèle des équipes locales et autonomes.**

Cette dotation globale et le financement « intervention à domicile » pourraient soit **remplacer la dotation complémentaire, soit venir en supplément des objectifs qualité négociés dans le cadre des CPOM** entre les Conseils départementaux et les SAD Aide.

✓ **Se saisir de l'expérimentation de la mise en œuvre d'une dotation globale ou forfaitaire pour tester ce modèle de tarification avec des SAD en équipes locales et autonomes**

Cette proposition relative à un nouveau mode de tarification **pourrait tout à fait s'articuler avec l'article 21 de la loi du 8 avril 2024 sur le bien vieillir relatif à l'expérimentation de la mise en œuvre d'une dotation globale ou forfaitaire pour financer les services autonomie à domicile, en remplacement total ou partiel des tarifs horaires.**

Avant cette date, il n'existait pas de base légale à la définition de cette dotation globale sauf pour les SAD familles intervenant dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance (ASE).

Selon le **décret du 7 juillet 2024, les départements volontaires pourront expérimenter « plusieurs modèles de financement »**. Ces nouveaux modèles visant « à améliorer la qualité de prise en charge, l'équilibre économique des services et la qualité de vie au travail des professionnels ¹¹» pourraient dès lors **favoriser le déploiement des effets d'un fonctionnement en équipes locales et autonomes.**

Pour rappel, ces **nouveaux systèmes tarifaires ne doivent conduire ni à faire évoluer le nombre d'heures d'accompagnement « sans l'accord du bénéficiaire » ni à augmenter le reste à charge du bénéficiaire.**

✓ **Laisser davantage de souplesse dans la gestion des plans d'aide tout en encadrant le nouveau modèle de tarification dans les CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens) et EPRD (État prévisionnel des recettes et des dépenses)**

Avec ce financement forfaitaire annuel prévu par CPOM, un **système d'abonnement pour la personne accompagnée pourrait renforcer l'autonomie de l'utilisateur et de l'intervenant en modulant le nombre d'heures mensuelles défini dans le plan d'aide sur les mois de l'année à la demande de la personne, selon l'évolution de ses besoins.**

Avec ce système, la **participation financière de la personne accompagnée sera fixée mensuellement de manière forfaitaire, quel que soit le volume d'intervention mensuel.** Ce système d'abonnement induit un **niveau d'activité minimum assuré et une souplesse d'organisation.** De plus, **l'intervention des services s'adaptera en fonction des besoins des personnes accompagnées.**

Pour rappel, le modèle des équipes autonomes ne pourra pas être **pleinement intégré si les modalités de financement et de tarification ne laissent pas davantage de « liberté aux intervenants à domicile pour organiser des soins (accompagnement en l'espèce) qui ont du sens pour eux et pour le patient, ce qui permet aux intervenants de première ligne de se sentir habilités à fournir des soins holistiques de bonne qualité »** (Nandram.S & Koster.S, 2014).

¹¹ Décret n° 2024-754 du 7 juillet 2024 relatif à l'expérimentation prévue à l'article 21 de la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie

Cette proposition s'inscrirait également avec l'actualité réglementaire récente **relative au décret du 29 avril 2024 sur l'aménagement des modalités de contrôle de l'effectivité des heures d'aide à domicile du plan d'aide dans le cadre du bénéfice de l'allocation personnalisée d'autonomie, désormais appréciée au cours d'une période de référence d'au moins six mois**¹².

Lors de l'évaluation, l'un des Conseils départementaux a décidé de **laisser cette autonomie attribuée aux aides à domicile des services en équipes autonomes dans l'adaptation du contenu des plans d'aide pour leur une plus grande souplesse dans les prises en charge et la gestion de leurs plannings :**

« Ce changement sur l'autonomie de l'aide à domicile pour adapter les plans d'aide a pris du temps... Mais on s'y était engagé avec les SAD souhaitant expérimenter le modèle des équipes autonomes... Avant, les services à domicile souhaitaient qu'on soit assez précis sur le contenu des plans d'aide... Ils ne voulaient pas seulement avoir une enveloppe financière... Il a donc fallu acculturer les SAD, mais aussi les équipes départementales en interne comme les CLIC à ce changement... cela nous a demandé aussi un déclic, car les équipes médico-sociales étaient dubitatives... Désormais, cela fonctionne très bien et les équipes laissent davantage d'autonomie dans la gestion des plans d'aide aux équipes transformées... Elles sont mêmes promoteurs du modèle auprès... On a également informé les bénéficiaires des SAD qui s'engageaient dans les équipes autonomes... J'ai eu des retours de bénéficiaires qui nous ont témoigné d'une plus grande confiance désormais avec les aides à domicile qui les accompagnent », Directrice Autonomie et Santé au sein d'un Conseil départemental.

L'aide à domicile dispose ainsi d'une plus forte autonomie dans la gestion des heures de l'utilisateur et peut adapter la durée de ses interventions entre les différents passages de la journée : *« Il faut une forte confiance et maturité de l'équipe pour avoir cette autonomie... c'est un choix important pour le service et le responsable de secteur, il doit sensibiliser l'équipe aux enjeux du plan d'aide et faire comprendre les impacts que cela peut avoir sur le financement du Conseil départemental et le plan d'aide de l'utilisateur »,* chargé de projets d'un des SAD évalués.

Cette proposition s'inscrirait également en cohérence avec celles émises dans la « Préconisation 8 : Faciliter la modification du plan d'aide » formulée par la Mission spéciale d'information et d'évaluation relative à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)¹³ :

¹² Art. D. 232-17-1.-La période de référence mentionnée au II de l'article L. 232-16 est égale à six mois.

« Les heures d'aide à domicile accordées au titre d'un mois et non utilisées au terme de ce délai peuvent l'être au cours des cinq mois suivants, après utilisation des heures attribuées lors du mois en cours, y compris lorsque cette utilisation conduit à dépasser le plafond mensuel mentionné à l'article L. 232-3-1.

« Le tarif mentionné à l'article R. 232-9 et la participation mentionnée à l'article R. 232-11 applicables aux heures reportées sont ceux du mois d'utilisation.

« Le bénéficiaire peut, dans les conditions prévues à l'article R. 232-7, choisir le mode d'intervention pour les heures d'aide à domicile reportées. »

¹³ Valérie LÉTARD, Christine DECODTS, Conseil départemental du Nord, Mission spéciale d'information et d'évaluation relative à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), 2022

- « Analyser la possibilité d'une souplesse d'utilisation d'une partie des heures d'APA accordées en fonction de l'état de santé et du besoin des bénéficiaires en l'accompagnant d'un suivi d'effectivité,
- Étudier la possibilité de passer en dotation globale, en associant le secteur à ce chantier, tout en développant le dialogue de gestion et le contrôle de l'effectivité (cf. exemple des CPOM avec les gestionnaires),
- Étudier la possibilité pour les intervenants de proposer des créneaux de rendez-vous plus étendus tout en maintenant la qualité de service,
- Questionner la pertinence des interventions de courte durée,
- Permettre aux SAD de réaliser des interventions complémentaires en cas de dégradation de la situation de la personne accompagnée. Ces aides complémentaires feraient l'objet d'une demande officielle auprès des évaluateurs du Département (évaluation a posteriori) et permettent une prise en charge financière rétroactive.
- Débloquer une enveloppe ponctuelle d'heures supplémentaires en cas d'indisponibilité de l'aidant ».

Plus globalement, cette réforme tarifaire s'inscrirait dans la perspective de **généralisation en cours des CPOM entre SAD Aide et Conseils départementaux d'ici 2030** et nécessiterait également **un passage à l'État prévisionnel des Recettes et des Dépenses** (comme pour les autres établissements et services médico-sociaux, notamment pour l'affectation des résultats administratifs) **des SAD Aide**.

Comme pour les SSIAD, **la collecte des données individuelles pour ce nouveau modèle de tarification se ferait au fil de l'eau, du 1er juin de l'année N-2 au 31 mai de l'année N-1 avec 1 mois pour valider les données (du 1er au 30 juin)**

Enfin, **la sortie de la seule logique horaire et l'appréciation des résultats de cette nouvelle tarification demandent de construire des indicateurs d'évaluation à inclure dans les CPOM.**

Avec cette tarification, **on passerait à une tarification à la ressource et on sortirait d'une logique de solvabilisation de la demande, du bénéficiaire, pour aller vers un financement de l'offre, du SAD directement.**

Effets attendus :

Ce système de tarification permettrait de mieux **appréhender les besoins** (GIR moyen, aide aux aidants, isolement...) et **laisserait plus de souplesse dans l'organisation des services en équipes autonomes pour se concentrer sur les résultats attendus d'une telle transformation** (cf. la proposition sur le cahier des charges des équipes autonomes et le référentiel d'évaluation des résultats et effets)

L'approche globale et intégrée des accompagnements prônée par les équipes locales et autonomes pourrait potentiellement se traduire par une **meilleure efficacité des prises en charge, avec notamment une consommation plus faible du nombre d'heures d'accompagnement réalisées auprès des usagers sur leur plan d'aide.**

Cette adaptation du système de tarification pourrait permettre ainsi aux équipes locales et autonomes **d'atteindre les effets liés à l'hypothèse sur l'efficacité des services et pour le système de santé de réaliser des économies similaires aux résultats évalués avec le dispositif ÉQUILIBRES** : - 25 % de différences entre la consommation de soins des patients ÉQUILIBRES et celle des témoins, à la fois sur les dépenses de soins de ville (-860 €) et sur les dépenses de soins hospitaliers (-763 €). On note des différences en faveur de ÉQUILIBRES également pour les postes d'honoraires médicaux (-35 %), de transports (-32,5 %), pharmacie (-25 %), biologie (-25 %). **Les gains en termes de dépenses évitées ont été estimés à 1 624 € par patient et par an (analyses cas/témoins appariés).**

La pérennisation et la diffusion de ces innovations dépendent, **certes, d'un financement public complémentaire pour soutenir leurs transformations initiales**, mais aussi d'une **réflexion plus poussée sur les modalités de tarification des SAD, les conditions de travail des intervenants à domicile** (une responsabilisation accrue ne gomme pas les risques psychosociaux, elle peut même en générer de nouveaux), et **sur la tendance à naturaliser les compétences relationnelles et sociales mobilisées par les aides à domicile¹⁴.**

La construction de ce nouveau modèle pourrait faire **l'objet d'échanges et de groupes de travail avec les fédérations du secteur, les Conseils départementaux, les organisations représentatives des salariés, la CNSA, les services de la DGCS, la communauté scientifique et également des citoyens** (par exemple dans le cadre d'une consultation citoyenne).

Cette réforme entraînerait un **soutien financier important avec des crédits supplémentaires**. En effet, l'évolution de la considération des aides à domicile est essentielle et les équipes locales et autonomes y contribuent. Néanmoins, cette **revalorisation doit être représentative de leurs salaires** (cf. proposition sur les ECR et évolutions conventionnelles), **de la valeur qu'elle amène aux personnes** (cf. proposition sur les

¹⁴ Aide à domicile : concilier l'autonomie et l'engagement dans un collectif, Cyrille FERRATON et Stéphane MICHUN, CEREO, Bulletin de recherches emploi formation, 445, 2023.

forfaits majorés par prestations réalisées) et donc d'un **effort de financement plus important par la société** (par un financement public ou privé-public). Cet effort de société contribuera ainsi **au respect du choix des personnes de vivre et d'être soutenues à domicile avec dignité.**

Ces **propositions pourraient s'inscrire dans la dynamique engagée avec la loi Bien vieillir et se concrétiser dans sa mesure phare : une loi de programmation pluriannuelle, dont il est prévu par le législateur une présentation d'ici la fin de l'année.**

V – Annexe méthodologique

Type de recherche et objectifs généraux

La méthodologie utilisée dans cette étude s'appuie sur les méthodes de recherche en sociologie qui analyse à la fois des données quantitatives et qualitatives. Elle se base sur des évaluations « avant/après » pour les objectifs visés suivant :

- Évaluer les résultats et les effets de la transformation sur la qualité du service rendu et la qualité de vie des usagers, les coûts et la qualité de vie au travail ;
- Vérifier que les effets globaux de la transformation permettent de répondre aux problématiques du secteur du domicile (attractivité du métier, amélioration de l'efficacité des organisations, etc.) ;
- Valider ou non l'intérêt de la transformation en modèle inspiré des équipes locales et autonomes et justifier ou non le soutien public à ce processus de transformation.

Méthode de collecte de données utilisées

La méthode regroupe à la fois des données primaires (issues d'un matériel recueilli à travers les questionnaires, entretiens, etc.) et des données secondaires (déjà existantes et ici issues de la revue de littérature notamment).

En effet, les données ont été collectées par l'intermédiaire des démarches suivantes :

- **Revue de littérature** afin de recueillir des informations sur le/les modèles d'équipes locales et autonomes déjà mis en œuvre, y compris à l'international ;
- **Recueil de données** comprenant de multiples indicateurs afin de recueillir des données quantitatives ;
- **Questionnaires** à destination des intervenants ;
- **Observations terrain** au domicile des bénéficiaires et durant les réunions d'équipe cumulant une présence sur site en moyenne durant 2 jours par SAD et par « T » ;
- **Entretiens** avec des acteurs institutionnels des SAD, dont les intervenants, des bénéficiaires et des aidants.

Outils et techniques utilisés pour mener à bien la recherche

La recherche s'est organisée en s'appuyant sur la revue de littérature. C'est donc cette étape qui fut la première avant de définir la temporalité et les outils à utiliser dans les étapes suivantes. Ainsi, trois temps ont été définis : T0 ; T1.5 ; T2.5 ; pour lesquels les techniques et outils ont été « utilisés » comme suit :

- Envoi du recueil de données à compléter par les SAD en amont de la « visite sur site » ;
- Visite sur site durant laquelle ont été effectués des entretiens et des temps d'observations ;
- Transmission de questionnaires en amont de la visite sur site où lors de celle-ci.

Les données quantitatives, notamment issues des questionnaires, ont été analysées à l'aide d'un logiciel spécifiquement dédié à la saisie et l'extraction de données.

Tableau relatif aux méthodes de données quantitatives	Transmis			Reçus/Complétés/Répondus		
	T0	T1.5	T2.5	T0	T1.5	T2.5
Nombre d'indicateurs dans le recueil	864	864	864	587	459	490
Nombre de questionnaires*	46	45	54	47	32	38
Pourcentage de réponses au recueil de données				68 %	53 %	57 %
Pourcentage de réponses aux questionnaires				102 %	71 %	70 %

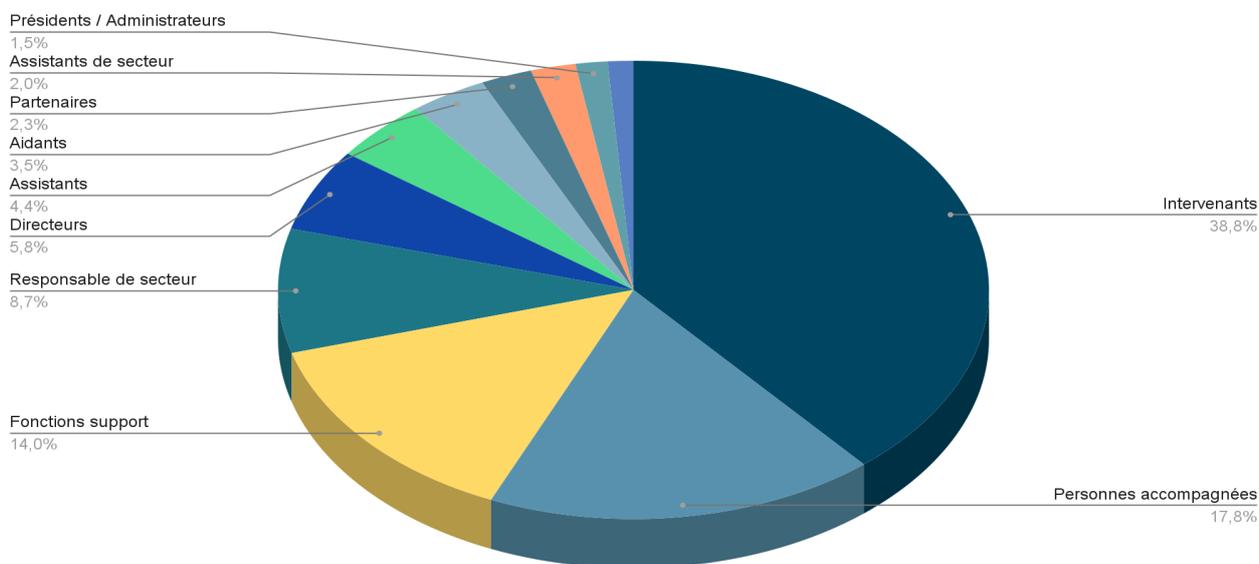
** Les questionnaires étant parfois envoyés en version numérique, certains SAD ont pu le transmettre à plus de personnes qu'initialement prévu*

Tableau relatif aux méthodes de données qualitatives	Prévisionnels			Réalisés		
	T0	T1.5	T2.5	T0	T1.5	T2.5
Nombre de réunions observées	8	8	8	4	4	4
Nombre d'entretiens*	47	58	50	46	52	49
Pourcentage de réunions observées				50 %	50 %	50 %
Pourcentage d'entretiens réalisés				98 %	90 %	98 %

** Certains entretiens ont été réalisés en collectif, le nombre d'entretiens identifiés ne correspond donc pas au nombre de personnes rencontrées.*

Tableau d'identification des personnes rencontrées en entretiens par fonctions/métiers (hors réunion)	SAD 1	SAD 2	SAD 3	SAD 4	Total
Intervenants à domicile	32	34	35	32	133
Responsables de secteur	8	11	6	5	30
Coordinatrice			4		4
Assistante de secteur		6		1	7
Directeurs	5	5	4	6	20
Présidents/Administrateurs	4	1			5
Personnes accompagnées	14	12	20	15	61
Aidants	4	2	6		12
Partenaires	2	3		3	8
Assistants (de direction, administratif, technique...)	7		2	6	15
Fonctions supports	14	17	11	6	48
Total	90	91	88	74	343

Personnes rencontrées en entretien



Dynamique de facilitation, ou non, des différents acteurs dans le cadre de la transformation

SAD 1			
Fonctions/métiers	Nombre de personnes rencontrées	Aidant/Neutre/Bloquant	Degré d'influence
Intervenants à domicile	32	Aidant	Fort
Responsables de secteur	8	Aidant	Moyen
Coordinatrice	0	-	-
Assistante de secteur	0	-	-
Directeurs	5	Aidant	Fort
Présidents/Administrateurs	4	Aidant	Mineur
Personnes accompagnées	14	Neutre	Mineur
Aidants	2	Neutre	Mineur
Partenaires	0	-	-
Assistants (de direction, administratif, technique...)	7	Aidant	Mineur
Fonctions supports	14	Aidant	Mineur

SAD 2			
Fonctions/métiers	Nombre de personnes rencontrées	Aidant/Neutre/Bloquant	Degré d'influence
Intervenants à domicile	34	Aidant	Fort
Responsables de secteur	11	Bloquant	Fort
Coordinatrice	4	Neutre	Moyen
Assistante de secteur	6	Aidant	Moyen
Directeurs	5	Aidant	Fort
Présidents/Administrateurs	0	-	-
Personnes accompagnées	12	Neutre	Mineur
Aidants	3	Neutre	Mineur
Partenaires	2	Neutre	Mineur
Assistants (de direction, administratif, technique...)	2	Aidant	Mineur
Fonctions supports (RH)	17	Bloquant	Moyen

SAD 3

Fonctions/métiers	Nombre de personnes rencontrées	Aidant/Neutre/Bloquant	Degré d'influence
Intervenants à domicile	35	Aidant	Fort
Responsables de secteur	6	Bloquant	Fort
Coordinatrice	4	Aidant	Mineur
Assistants de secteur	0	-	-
Directeurs	4	Aidant	Fort
Présidents/administrateurs	0	-	-
Personnes accompagnées	20	Non informés	Non informés
Aidants	6	Non informés	Non informés
Partenaires	0	-	-
Assistants de direction, administratif...	2	Neutre	Mineur
Fonctions supports	11	Bloquant	Mineur

SAD 4			
Fonctions/métiers	Nombre de personnes rencontrées	Aidant/Neutre/Bloquant	Degré d'influence
Intervenants à domicile	32	Aidant	Fort
Responsables de secteur	5	Aidant	Fort
Coordinatrice	0	-	-
Assistants de secteur	1	Neutre	Mineur
Directeurs	6	Aidant	Fort
Présidents/administrateurs	0	-	-
Personnes accompagnées	15	Neutre	Mineur
Aidants	0	-	-
Partenaires	3	Non informés	Non informés
Assistants de direction, administratif...	6	Neutre	Mineur
Fonctions supports	6	Bloquant	Mineur

Missions spécifiques des managers de proximité et des fonctions supports dans la transformation

Les managers de proximité et les fonctions supports peuvent, ou non, en fonction de chaque SAD, avoir été impliqués dans la transformation et avoir observé une évolution de leurs missions. Le tableau ci-dessous reprend ces informations pour chacun d'eux :

MANAGER DE PROXIMITÉ		
SAD	Rôle(s) dans la transformation	Évolution (s) des missions
SAD 1	Acteurs majeurs dans l'accompagnement des ELA qui participent à la planification, à l'animation des réunions d'équipe, et au soutien des intervenants dans leur montée en autonomie. Ils sont aussi impliqués dans une 2 ^e vague de transformation en accompagnant des équipes non encore transformées.	Une montée en compétences en management est observée, avec une transition vers un rôle de facilitateur pour les ELA. Cependant, ils conservent une posture hiérarchique dans certains cas.
SAD 2	Acteurs majeurs dans l'accompagnement des ELA qui participent à la planification, à l'animation des réunions d'équipe, et au soutien des intervenants dans leur montée en autonomie.	Une montée en compétences en management est observée, avec une transition vers un rôle de facilitateur pour les ELA. Cependant, ils conservent une posture hiérarchique dans certains cas.
SAD 3	Supervision et animation des équipes, avec des résistances relevées chez certains managers qui ne se sentent pas suffisamment impliqués ou formés pour accompagner le modèle	Ils doivent adopter une posture d'accompagnement et non plus uniquement de supervision. Certains peinent à s'adapter à cette évolution, avec des difficultés liées à l'animation et à la formalisation des réunions.

MANAGER DE PROXIMITÉ

SAD	Rôle(s) dans la transformation	Évolution (s) des missions
SAD 4	Mise en œuvre des changements organisationnels, bien qu'un manque de formation sur la communication et l'animation de réunion ait été noté	L'évolution des missions inclut la prise en charge de l'intégration des nouveaux collaborateurs et le tutorat, en lien avec les principes des ELA.

FONCTIONS SUPPORTS

SAD	Rôle(s) dans la transformation	Évolution (s) des missions
SAD 1	<p><u>DRH</u> : non impliquée</p> <p><u>DAF</u> : impliquée dans l'élaboration des budgets nécessaires à la transformation, ainsi que dans l'évaluation des coûts et la pérennisation des équipes locales autonomes</p> <p><u>Responsable qualité</u> : non impliqué</p>	<p><u>DRH</u> : pas d'évolution</p> <p><u>DAF</u> : Les missions incluent désormais une participation à la définition des budgets spécifiques à la transformation, avec un focus sur l'optimisation des ressources allouées aux ELA.</p> <p><u>Responsable qualité</u> : pas d'évolution</p>
SAD 2	<p><u>DRH</u> : intégrée à la transformation évaluant les besoins humains et en intégrant les coûts de formation et de renforcement des équipes</p> <p><u>DAF</u> : associée (avec DRH) à la réponse à l'appel à projets de la CNSA. Elle a participé à l'élaboration du budget concernant le financement des ELA et a été sollicitée pour la définition des coûts liés à la transformation et à la pérennisation des ELA, notamment à travers la dotation complémentaire.</p> <p><u>Responsable qualité</u> : non impliqué</p>	<p><u>DRH</u> : évolution vers une plus grande collaboration avec les équipes locales, en mettant en place des processus de co-construction pour le recrutement et l'intégration. La DRH adopte également une approche plus proactive pour accompagner la conduite du changement.</p> <p><u>DAF</u> : Les missions incluent désormais une participation à la définition des budgets spécifiques à la transformation, avec un focus sur l'optimisation des ressources allouées aux ELA.</p> <p><u>Responsable qualité</u> : pas d'évolution</p>
SAD 3	<p><u>DRH</u> : non impliquée</p> <p><u>DAF</u> : non impliquée</p> <p><u>Responsable qualité</u> : non impliqué</p>	<p><u>DRH</u> : pas d'évolution</p> <p><u>DAF</u> : pas d'évolution</p> <p><u>Responsable qualité</u> : pas d'évolution</p>

FONCTIONS SUPPORTS		
SAD	Rôle(s) dans la transformation	Évolution (s) des missions
SAD 4	<p>DRH : joue un rôle dans l'accompagnement des équipes pour renforcer l'autonomie tout en soutenant les processus de recrutement et d'intégration.</p> <p>DAF : non impliquée</p> <p>Responsable qualité : impliqué dans la modélisation des ELA, notamment en créant des outils pour encadrer leur cadre d'intervention et leurs règles de fonctionnement. Cependant, cette implication reste insuffisante dans certains cas.</p>	<p>DRH : intégrée à la transformation</p> <p>DAF : pas d'évolution</p> <p>Responsable qualité : les missions incluent la création de référentiels et de protocoles spécifiques pour accompagner la mise en œuvre des équipes locales autonomes. Cela reste un rôle en développement, avec des marges de progression pour intégrer davantage cette fonction au processus global.</p>

En résumé :

- Les assistants de secteur n'ont pas eu de rôle particulier dans la transformation ;
- Les fonctions supports du SAD 3 n'ont pas été impliquées dans la transformation. Certaines ont le sentiment d'avoir été mises de côté dans cette démarche ;
- Il y a globalement peu d'évolution dans les missions des fonctions supports. La principale évolution constatée est une meilleure fluidité dans les échanges avec les intervenants des équipes transformées ;
- Les managers de proximité et les fonctions supports jouent un rôle clé dans la transformation des SAD en équipes locales autonomes, mais leur implication reste inégale ;
- Les responsables de secteur (RS) accompagnent les équipes, mais des résistances et un manque de formation limitent parfois leur efficacité. Dans certains SAD, comme le SAD 1, la transition vers une posture d'accompagnement est incomplète ;
- Les fonctions supports, en particulier la DRH et le responsable qualité, ont été peu impliquées. La DRH, en raison de réticences liées à la transparence et à la crainte de recours prud'homaux, n'a pas joué un rôle actif dans la conduite du changement ou le recrutement de profils adaptés, notamment dans le SAD 2. L'absence d'implication d'un référent qualité a potentiellement

empêché une structuration du cadre d'intervention des ELA et l'harmonisation des pratiques. La limitation de l'implication des fonctions supports pourrait notamment s'expliquer par l'éloignement physique entre les équipes de terrain et les ces équipes administratives ;

- Ces limites révèlent une mobilisation inégale des acteurs, due à des facteurs tels que le manque de formation, les résistances au changement et des choix organisationnels restreignant l'intégration des fonctions supports. (cf. proposition 5)

Éléments de preuves

Tableaux des effets observés et non observés en fonction pour l'hypothèse relative à l'amélioration de l'efficience du service

Hypothèse 1 : Effets pour l'hypothèse relative à l'amélioration de l'accompagnement	Vague d'évaluation		Élément de preuve quantitatif		Élément de preuve qualitatif	
	T1.5	T2.5	Questionnaire	Recueil de données	Entretien	Observation
Personnalisation de l'accompagnement						
Personnalisation de la prise en charge	+/-	+/-	-	-	+	+
Relation de confiance entre intervenant et la personne accompagnée/aidant	+	+	+	NC	+	+
Adaptation des prises en charge en fonction des habitudes de vie	+	+	NC	NC	+	+
Adaptation des plannings et interventions aux contraintes et besoins des personnes accompagnées	+	+	NC	NC	+	+
Trouver une réponse pour les besoins de santé (physique, mentale et social)	+/-	+/-	NC	-	+	+
Concentration de l'intervenant sur la prise en charge de la personne accompagnée	+/-	+/-	NC	NC	+	-

Hypothèse 1 : Effets pour l'hypothèse relative à l'amélioration de l'accompagnement	Vague d'évaluation		Élément de preuve quantitatif		Élément de preuve qualitatif	
	T1.5	T2.5	Questionnaire	Recueil de données	Entretien	Observation
Personnalisation de l'accompagnement						
Durée plus élevée des premières séances d'accompagnement	+/-	+/-	NC	-	+	-
Qualité et sécurité de l'accompagnement						
Polyvalence des intervenants (soutien technique et moral)	+	+	NC	NC	+	+
Lisibilité des tarifs pour les personnes accompagnées	-	-	NC	NC	-	-
Communication facilitée entre l'intervenant et la personne accompagnée/aidant	+/-	+	NC	NC	+	+
Suivi et traçabilité de l'évolution de l'accompagnement	+/-	+/-	NC	NC	+	-
Efficacité et qualité de la prise en charge	+/-	+/-	NC	NC	+	-
Soutien à domicile de la personne accompagnée						
Durée de séjour plus courte en cas d'hospitalisation	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Durée de maintien à domicile plus longue	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Maintien de l'autonomie des personnes accompagnées	NC	NC	NC	NC	NC	NC

Hypothèse 1 : Effets pour l'hypothèse relative à l'amélioration de l'accompagnement	Vague d'évaluation		Élément de preuve quantitatif		Élément de preuve qualitatif	
	T1.5	T2.5	Questionnaire	Recueil de données	Entretien	Observation
Personnalisation de l'accompagnement						
Diminution de la durée moyenne d'accompagnement	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Évolution des réclamations liées aux retards ou aux changements d'intervenants	+/-	+/-	NC	+	-	+
Diminution du taux d'admission aux urgences	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Coordination interne/externe et coordination						
Suivi et coordination entre les intervenants et avec les réseaux formels et informels	+/-	+/-	NC	NC	+	-
Continuité de l'accompagnement et coordination interne	+	+	NC	NC	+	+
Continuité de l'accompagnement et coordination externe	+/-	+/-	NC	NC	+	-
Réactivité et efficacité/la résolution des problématiques d'accompagnement	+	+	+	NC	+	+
Retours d'information auprès des professionnels de santé	-	+/-	NC	NC	+	-
Développement d'une communauté de pratiques professionnelles	-	-	NC	NC	-	-

Hypothèse 1 : Effets pour l'hypothèse relative à l'amélioration de l'accompagnement	Vague d'évaluation		Élément de preuve quantitatif		Élément de preuve qualitatif	
	T1.5	T2.5	Questionnaire	Recueil de données	Entretien	Observation
Personnalisation de l'accompagnement						
Connaissance des besoins, appétences, proches et de l'environnement de la personne accompagnée	+/-	+	NC	NC	+	+
Communication régulière avec les acteurs de santé du territoire	-	-	NC	NC	-	-
Développement d'une approche et responsabilité populationnelles	-	-	NC	NC	-	-
Prévention et liens sociaux						
Favorise l'inclusion sociale sur le territoire de proximité	-	-	NC	NC	-	-
Prévention et lien social avec la personne accompagnée	-	-	NC	NC	-	-
Développement des interactions sociales des personnes accompagnées	-	-	-	NC	-	-
Soutien et répit de l'aidant	-	-	NC	NC	-	-
Repérage et prévention contre les risques de perte d'autonomie	+/-	+/-	NC	NC	+	-

Hypothèse 2 : Effets pour l'hypothèse relative à l'amélioration de la qualité de vie au travail et développement des compétences	Vague d'évaluation		Élément de preuve quantitatif		Élément de preuve qualitatif	
	T1.5	T2.5	Questionnaire	Recueil de données	Entretien	Observation
Compétences et savoir-être						
Développement des compétences et savoir-être	+/-	+	NC	NC	+	+
Gestion des conflits entre les membres de l'équipe	+/-	+/-	-	-	+	+
Développement de la polyvalence des intervenants	+/-	+	+	NC	+	+
Hausse du nombre d'heures de formation par intervenant	+/-	+	NC	+	NC	NC
Développement de l'employabilité	+/-	+/-	+	NC	NC	-
Coordination et prise de décision						
Circulation de l'information au sein de l'équipe	+/-	+	NC	NC	NC	+
Échanges et prises de décisions au sein de l'équipe	+/-	+	+	NC	+	+
Réactivité dans la prise de décisions liée à l'organisation interne	+/-	+	+	NC	+	+
Adhésion et acceptabilité des décisions	+/-	+	+	NC	NC	+
Partage d'expérience entre intervenants et coachs	+/-	+	NC	NC	+	+
Soutien et reconnaissance						

Hypothèse 2 : Effets pour l'hypothèse relative à l'amélioration de la qualité de vie au travail et développement des compétences	Vague d'évaluation		Élément de preuve quantitatif		Élément de preuve qualitatif	
	T1.5	T2.5	Questionnaire	Recueil de données	Entretien	Observation
Reconnaissance et valorisation des intervenants	+/-	+	+	NC	+	+
Autonomie et responsabilisation des professionnels	+/-	+	+	NC	+	+
Soutien et accompagnement des intervenants	+/-	+	+	NC	NC	+
Cohésion d'équipe, création de liens entre intervenants et sentiment d'appartenance à l'équipe et à l'organisation	+/-	+	+	NC	+	+
Meilleure intégration des nouveaux intervenants	+/-	+	-	NC	+	+
Prévention des risques professionnels et bien-être au travail						
Repérage des risques et prévention professionnelle/conseil et partage sur les pratiques professionnelles	+/-	+/-	-	NC	NC	+
Baisse des accidents de trajets et des TMS	+/-	+/-	-	-	NC	+
Adaptation du planning aux besoins des intervenants (remplacement, gestion de congé, etc.)	+/-	+	NC	NC	NC	+
Conciliation vie privée-vie professionnelle	+/-	+	+	NC	+	+
Fidélisation des équipes	+/-	+/-	NC	-	+	+

Hypothèse 2 : Effets pour l'hypothèse relative à l'amélioration de la qualité de vie au travail et développement des compétences	Vague d'évaluation		Élément de preuve quantitatif		Élément de preuve qualitatif	
	T1.5	T2.5	Questionnaire	Recueil de données	Entretien	Observation
Organisation interne du service						
Simplification des processus administratifs (suivi activité, échange d'informations, modification planning...)	-	-	-	NC	-	-
Allègement des contraintes administratives pour les intervenants	-	-	-	NC	-	-
Diminution du besoin de soutien administratif des équipes	-	-	-	NC	-	-
Ajustement du volume des effectifs administratifs	-	-	-	NC	-	-
Hausse du temps de travail par intervenant et du nombre de temps plein	+/-	+/-	NC	+	-	+

Hypothèse 3 : Effets pour l'hypothèse relative à l'amélioration de l'efficience du service	Vague d'évaluation		Élément de preuve quantitatif		Élément de preuve qualitatif	
	T1.5	T2.5	Questionnaire	Recueil de données	Entretien	Observation
Évolution des coûts liés à l'accompagnement						
Diminution du coût total moyen de prise en charge	-	-	-	-	-	-
Baisse des recettes du service liées à la diminution de la consommation du plan d'aide	-	-	-	-	-	-
Baisse des coûts liés aux hospitalisations évitées	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Hausse du tarif moyen de prise en charge	+/-	+/-	-	+	-	-
Évolution des coûts liés à l'organisation administrative du service						
Évolution des coûts liés aux fonctions administratives	-	+/-	-	+	+	-
Réduction des coûts de déplacement (Indemnité kilométrique, usure du parc véhicules)	+/-	+/-	-	+	+	-
Réduction du coût lié à la diminution des effectifs administratifs	-	-	-	-	-	-
Coût de formation à l'usage du système d'information intégré	-	-	-	-	-	-
Coût lié à l'investissement dans un système d'information adapté	-	-	-	-	-	-
Coût lié à l'acquisition et à la maintenance du SI et du matériel	-	-	-	-	-	-
Évolution des coûts liés au développement de l'autonomie des équipes						

Hypothèse 3 : Effets pour l'hypothèse relative à l'amélioration de l'efficacité du service	Vague d'évaluation		Élément de preuve quantitatif		Élément de preuve qualitatif	
	T1.5	T2.5	Questionnaire	Recueil de données	Entretien	Observation
Diminution des coûts rattachés à l'absentéisme et au turn-over	-	+/-	-	+	+	-
Sensibilisation des intervenants au suivi de l'activité et à la situation financière du service	+/-	+/-	+	+	+	-
Réalisation d'économies d'échelles/développement de l'activité	-	-	-	-	-	-
Suivi de l'activité et de la performance des équipes	+/-	+/-	+	+	+	-
Appropriation des enjeux et moyens financiers par les équipes	+/-	+/-	+	+	+	-
Évolution des coûts liés au développement des compétences						
Part des coûts liée à la formation	-	-	-	-	-	-
Rémunération plus élevée de l'intervenant/coût de personnel plus élevé	+/-	+/-	-	+	+	-
Évolution des temps non facturables et des coûts rattachés	+/-	+/-	-	+	+	-

Limites de l'étude

L'étude s'est attachée à apporter des observations en relation aux 3 hypothèses posées concernant l'impact du modèle sur :

- L'amélioration de la qualité d'accompagnement, service rendu aux personnes accompagnées
- L'amélioration de la qualité de vie au travail et le développement des compétences
- L'efficience du système.

Il convient également de mettre en perspectives les résultats de l'étude au regard de la méthodologie employée afin d'envisager une extrapolation de ces derniers à l'ensemble du secteur de l'aide à domicile.

En effet, le nombre de SAD suivi est relativement limité (4 SAD).

Ils ont comme point commun d'être tous associatifs, ce qui est représentatif d'un peu plus de la moitié des SAD en France (56 %). Le secteur public n'est ainsi pas représenté, ni le secteur entrepreneuriale (qui représente respectivement 10 et 34 % des heures PA/PH en 2020 (source : DARES, Les organismes de services à la personne en 2021, Une activité encore en retrait par rapport à l'avant-crise sanitaire, avril 2024).

Les SAD s'inscrivent dans des contextes différents, que ce soit en termes de compétences internes (RH par exemple), d'acculturation à la dynamique de changement, de territoires, de financements disponibles ou même tout simplement de processus de transformation (les services n'ont pas fait les mêmes choix en termes de modèles (taille d'équipe, rôles dédiés...) et/ou de manière de « transformer » les équipes (sensibilisation du personnel encadrant et d'intervenants, sujet/durée des formations, etc.).

Cela induit forcément des trajectoires de transformation différentes et donc une impossibilité d'envisager une généralisation des observations à une échelle plus grande.

Également, plusieurs indicateurs utilisés lors de cette étude sont basés sur des données non suivies (ou non disponibles) par les SAD en « routine » ou non suivies à l'échelle d'un échantillon d'intervenants (ex : données financières par équipe, GIR des personnes accompagnées et leur évolution, nombre d'hospitalisations, nombre de kilomètres, temps de réunions, temps de formation...).

Cela induit alors une difficulté pour les SAD à calculer et à transmettre les données et réduit la fiabilité des données.

Ensuite, les données quantitatives recueillies permettent d'objectiver les propos évoqués par les personnes reçues en entretien. Néanmoins, des données qualitatives ne peuvent pas toutes être objectivées de cette manière, faute de données de référence existantes. Cela complexifie la vérification des observations d'autant plus lorsque les témoignages ne sont pas alignés. Les évaluateurs ont ainsi pu

avoir des entretiens se montrant positifs envers le modèle, suivi d'entretiens davantage nuancés au sein du même service, même si globalement positifs.

De plus, au vu des situations de certains SAD (absence de formation, interruption du projet pendant une partie de l'étude, longue période d'absence d'un responsable de secteur qui sera finalement remplacée sur les 8/9 derniers mois de l'étude, des effets n'ont potentiellement pas été observés sur le temps de l'évaluation.

L'étude s'avère donc impactée par des facteurs externes et complexifie l'analyse de l'impact du modèle en lui-même sur les effets attendus.

Enfin, les résultats de cette étude pourraient également être complétés d'une étude quantitative sur le territoire de santé avec des données issues de la CNAM par exemple afin d'identifier un impact plus global.

VI – GLOSSAIRE

ADMR : Aide à domicile en milieu rural

AG2R : Association générale de retraite par répartition

APA : Allocation personnalisée pour l'autonomie

CCAS : Centre communal d'actions sociales

CLIC : Centre local d'informations et de coordination

CMP : Centre médico-psychologique

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CNV : Communication non violente

CSE : Comité social économique

DAC : Dispositif d'appui à la coordination

DEAES : Diplôme d'État d'accompagnement éducatif et social

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ELA : Équipe locale autonome

ENA : Équipe non transformée

ESMS : Établissement social et médico-social

ETP : Équivalent temps plein

HAD : Hospitalisation à domicile

IDEL : Infirmier diplômé d'État libéral

IFOP : Institut français d'opinion publique

INRS : Institut national de recherche et de sécurité

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

MAIA : Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

MSA : Mutualité sociale agricole

PCH : Prestation de compensation du handicap

RH : Ressources humaines

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

SAD : Service Autonomie à domicile

SI : Système d'information

SMS : Small Message

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

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

TMS : Troubles musculo-squelettiques

UNA : Union nationale de l'aide

VII - RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ALDERS P. (2015). Self-managed care teams to improve community care for frail older adults in the Netherlands. *Care coordination*, 1.

ANACT (2020) – Organisations participantes : caractéristiques, effets et points de vigilance. Lyon

AXESS (2024) - Attractivité des métiers du secteur sanitaire, social et médico-social privé non lucratif : la 2e édition du baromètre des tensions de recrutement confirme une aggravation des difficultés

BALTES, B. B., BRIGGS, T. E., HUFF, J. W., WRIGHT, J. S., & NEUMAN, G. A. (1999). *Flexible and Compressed Workweek Schedules: A Meta-Analysis of Their Effects on Work-Related Criteria*. *Journal of Applied Psychology*, 84(4), 496-513.

BAZTAN J.J., SUAREZ-GARCIA F.M., LOPEZ-ARRIETA J., RODRIGUEZ-MANA L., et RODRIGUEZ-ARTALEJO F. (2009) – Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ*, 338, b50. DOI : 10.1136/bmj.b50.

BEN ABDALLAH L. et BEN AMMAR-MAMLOUK Z. (2007) – Changement organisationnel et évolution des compétences : Cas des entreprises industrielles tunisiennes. *La Revue des Sciences de Gestion*, 226-227, 133-146. <https://doi.org/10.3917/rsg.226.0133>

BENHAMOU S., & LORENZ E. (2020) – Les organisations du travail apprenantes : enjeux et défis pour la France. Paris.

BERESFORD P. (2002) – User involvement in research and evaluation: Liberation or regulation? *Social Policy and Society*, 1(2), 95-105. doi:[10.1017/S1474746402000222](https://doi.org/10.1017/S1474746402000222)

BERG M.E., et KARLSEN J.T. (2016) – The Role of Coaching in the Development of Leadership Competencies. DOI: 10.1108/MRR-07-2015-0157

BERNON et PERTINENT (2023) – Avant même d'estimer les coûts, les mesures elles-mêmes de ces notions posent de nombreux problèmes méthodologiques. Voir par exemple : [https://inet.cnfpt.fr/sites/default/files/2020-09/Absenteisme dans collectivites territoriales INET ADRH.pdf](https://inet.cnfpt.fr/sites/default/files/2020-09/Absenteisme%20dans%20collectivites%20territoriales%20INET%20ADRH.pdf)

BERTRAND P. (2022). « L'impact des équipes autonomes sur la rémunération des AES ». *Revue de l'Économie sociale*

BLAU, P. M., & SCHOENHERR, R. A. (1971). *The Structure of Organizations: An Introduction to Theory and Research*. Basic Books.

BOILLIER-CHAUMON M. (2019) – TIC et mutations du travail. Dans : Gérard Valléry éd., *Psychologie du Travail et des Organisations : 110 notions clés* (pp. 420-424). Paris : Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.valle.2019.01.0420>

- BODENDIECK et al., (2022) – The work-life balance of general practitioners as a predictor of burnout and motivation to stay in the profession
- BURIE A., DEVETTER F.X., et VALENTIN J. (2024) – Pourquoi former des « non qualifiés » ? Le cas des agents d'entretien et des aides à domicile. *Formation emploi. Revue française de sciences sociales*, (166), 45-67.
- BRUN J. P., DUGAS N. (2008) – An analysis of employee recognition: Perspectives on human resources practices. *The International Journal of Human Resource Management*, 19(4), 716-730.
- CARSAT Hauts-de-France, 05.2024, <https://www.youtube.com/watch?v=IBJEk4lk22A&t=8s>
- CHAMBERS R. (1994) - The origins and practice of participatory rural appraisal. *World Development*, 22(7), 953-969. [https://doi.org/10.1016/0305-750X\(94\)90141-4](https://doi.org/10.1016/0305-750X(94)90141-4)
- CRAMTON C.D. (2001b) – The Mutual Knowledge Problem and Its Consequences for Dispersed Collaboration. *Organization Science*, 12(3), 346-371. <https://doi.org/10.1287/orsc.12.3.346.10098>
- CHILD, J. (1973). *Organizations: À Dynamic Perspective*. Harper & Row.
- CRISTOFALO P. et DARIEL D. – Santé publique (2021) – Volume 33 – Travail en équipe et autonomie collective : une expérience dans les soins infirmiers à domicile
- CCN 2941 (2023). « Conventions collectives nationales de la branche de l'aide à domicile ».
- CCN 3157 (2023). « Conventions collectives nationales des entreprises de service à la personne ».
- Croix Rouge française (30 janvier 2024). Les équipes autonomes à la Croix-Rouge française : Témoignage des équipes support.
<https://www.youtube.com/watch?v=4FvIREdmy04&list=PL9tJFzSvOEC3Lv2mK6j0IGb5dDIqt3O32&index=3>
- DARES. (2019) – *Les conditions de travail en France*. Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion. Disponible à : <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publications/les-conditions-de-travail-en-france-en-2019>
- Décret n° 2024-754 du 7 juillet 2024 relatif à l'expérimentation prévue à l'article 21 de la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie
- DEVETTER F-X., DUSSET A., PUISSANT E. (2019) – La réduction du travail au temps « productif » dans l'aide à domicile. *Socio-économie du travail*.
- DEVETTER F-X., DUSSET A., NIRELLO L., PUISSANT E. (2024), « 11. Conditions de travail et professions dans le médico-social : la fin du care ? », in, Henckes N., Winance M. Sopadzhiyan A., Desjeux C., Bertrand L, Rapegno N. (dir), *Interroger le médico-social. Regards des sciences sociales*, Dunod, Santé social, p.239-260
- DEVETTER F.X., et VALENTIN J. (2024) – Long day for few hours: impact of working time fragmentation on low wages in France. *Cambridge Journal of Economics*, 48(1), 89-114.
- DUPONT M. (2023). « Performance collective et rémunération : une nouvelle approche ». *Journal des Ressources humaines*.

ÉQUILIBRES (2023) – Rapport final, Expérimentation ÉQUILIBRES EQUipes d’Infirmières LIBres, Responsables et Solidaires, Assurance Maladie.

EL KHOMRI M. (2019) – Grand âge et autonomie : Plan de mobilisation nationale en faveur de l’attractivité des métiers du grand-âge 2020-2024. Paris : ministère des Solidarités et de la Santé.

EMERY F. E., et THORSRUD E. (1976) – Democracy at work: The report of the Norwegian Industrial Democracy Program. Martinus Nijhoff.

EMMANUELLI J., FROSSARD J-B., VINCENT B. (2024) - Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d’autonomie : les défis de la politique domiciliaire, se sentir chez soi où que l’on soit. (Igas)

EISENBERGER R., HUNTINGTON R., HUTCHISON S., et SOWA D. (1986) – Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 500-507. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.71.3.500>

FERRATON C. et MICHUN (2023) – CEREQ, Bulletin de recherches emploi formation – Aide à domicile : concilier l’autonomie et l’engagement dans un collectif, 445.

FERRATON C. et MICHUN S. (2024). *Vers une reconnaissance du pouvoir d’agir des intervenants dans la branche de l’aide à domicile ?* [ffhalshs-04617411ff]. Disponible à : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-04617411>

FLAMARD L., & MARCHAND X. (2023). Formes et effets de l’autonomie au travail : le cas des aides à domicile dans la construction de leurs propres plannings. *Activités*, 20(1). <https://doi.org/10.4000/activites.8366>

FEHAP. (2023) – Attractivité des métiers du secteur sanitaire, social et médico-social privé non lucratif : La 2e édition du baromètre des tensions de recrutement (2023) confirme une aggravation des difficultés. FEHAP. Disponible à : https://www.fehap.fr/jcms/r_1500627/fr/barometre-des-tensions-de-recrutement-2023

FRIEDMAN S.M., MENDELSON D.A., BINGHAM K.W., et McCANN R.M. (2008) – Hazards of hospitalization: residence prior to admission predicts outcomes. *The Gerontologist*, 48(4), 537-541. DOI: 10.1093/geront/48.4.537.

GALE C.R., WESTBURY L., et COOPER C. (2018) – Social isolation and loneliness as risk factors for the progression of frailty: the English Longitudinal Study of Ageing. *Age and Ageing*, 47(3), 392-397. DOI: 10.1093/ageing/afx188.

GAUGLER J.E., KANE R.L., KANE R.A., et NEWCOMER R. (2005) – Early community-based service utilization and its effects on institutionalization in dementia caregiving. *The Gerontologist*, 45(2), 177-185. DOI: 10.1093/geront/45.2.177.

GIDDENS A. (1984) - *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration*. University of California Press.

HACKMAN J.R., et VIDMAR N. (1970) – Effects of size and task type on group performance and member reactions. *Sociometry*, 33(1), 37-54. <https://doi.org/10.2307/2786271>

- HARTER J. K., SCHMIDT F. L., et HAYES T.L. (2002) – Business-unit-level relationship between employee satisfaction, employee engagement, and business outcomes: a meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 87(2), 268-279.
- HEATH, R. L., & BRYANT, J. (2000). *Human Communication Theory and Research: Concepts, Contexts, and Challenges*. Lawrence Erlbaum Associates.
- HERZBERG F. (1966) - *Work and the Nature of Man*. Cleveland : World Publishing Company.
- HEWITT G., SIMS S., et HARRIS R. (2016) – Using realist synthesis to understand the mechanisms of change: A case study of practice-based small-group learning in educational settings. *Évaluation*, 22(4), 404-422.
- HOSPIMEDIA (30 août 2024). Les espaces de discussion sur le travail font consensus dans les EHPAD aveyronnais. Consulté sur Hospimedia. <https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20240830-qualite-les-espaces-de-discussion-sur-le-travail>
- IGAS (2024) EMMANUELLI J., FROSSARD J.B., et VINCENT B. – Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire, se sentir chez soi où que l'on soit
- INRS (2024). Démarche de prévention des troubles musculosquelettiques (TMS). ED 6518. INRS Éditions.
- JOHANSEN F., et VAN DEN BOSCH S. (2017, avril). The scaling-up of Neighbourhood Care: From experiment towards a transformative movement in healthcare. (Elsevier, Éd.) *Futures*, 89, pp. 60-73.
- KATZENBACH J. et DOUGLAS S. (1994) – *Les équipes haute performance – Imagination et discipline* éditions Dunod
- KATZENBACH J. R., SMITH D. K. (1993). *The Wisdom of Teams: Creating the High-Performance Organization*. Harvard Business Review Press.
- KERZNER (2017) *Project Management Metrics, KPIs, and Dashboards: A Guide to Measuring and Monitoring Project Performance*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- KEYTON, J. (2011). *Communication in Organizations*. Sage Publications.
- KODNER D. L., et KYRIACOU C. K. (2000) – Fully integrated care for frail elderly: two American models. *International Journal of Integrated Care*, 1, e08. DOI: 10.5334/ijic.17.
- LANGFRED C.W. (2000). The paradox of self-management: Individual and group autonomy in work groups. *Journal of Organizational Behavior*, 21(5), 563-585.
- LANGFRED C.W., & MOYE N.A. (2004) – Effects of task autonomy on performance: An extended model considering motivational, informational, and structural mechanisms. *Journal of Applied Psychology*, 89(6), 934-945.
- LÉTARD V., DECODTS C. (2022), Conseil départemental du Nord, Mission spéciale d'information et d'évaluation relative à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

LI L.C., GRIMSHAW J.M., NIELSEN C., JUDD M., COYTE P.C., et GRAHAM I.D. (2009) – Evolution of Wenger's concept of community of practice. *Implementation Science*, 4(1), 11. DOI: 10.1186/1748-5908-4-11.

LUPPA M., LUCK T., WEYERER S., KÖNIG H.H., BRÄHLER E., et RIEDEL-HELLER S.G. (2010) – Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and Ageing*, 39(1), 31-38. DOI: 10.1093/ageing/afp202.

LOWNDES V., REMPEL G., et RUSH B. (2018) – Training home care social workers in person-centred practices: A mixed-methods study. *Health & Social Care in the Community*, 26(5), e661-e671. doi:10.1111/hsc.12568

MACAULAY A.C., COMMANDA L.E., FREEMAN W.L., GIBSON N., McCABE M.L., ROBBINS C.M., et TWOHIG P.L. (1999) – Participatory research maximises community and lay involvement. *BMJ*, 319(7212), 774-778. DOI: 10.1136/bmj.319.7212.774

MANSER T. (2009) – Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53(2), 143-151)

MAURITS, DE VEER, GROENEWEGEN et FRANCKE (2017) – Home-care nursing staff in self-directed teams are more satisfied with their job and feel they have more autonomy over patient care: a nationwide survey. *Journal of Advanced Nursing*, 73(10), pp. 2430-2440.

MINTZBERG H. (1980) – *Structure in 5's: A Synthesis of the Research on Organization Design*. *Management Science*, 26, 322-341. <https://doi.org/10.1287/mnsc.26.3.322>

MONNIER X. (2023) – « L'humanisation » comme tentative de requalification de l'aide à domicile. Enquête sur une « start-up sociale » », *Terrains & travaux*, 2023

MOUZON C. (2018). Buurtzorg transforme les soins à domicile. *Alternatives économiques*, 2(376), p. 58.

MURAMATSU N., et CAMPBELL R T. (2002) – State expenditures on home and community-based services and use of formal and informal personal assistance: A multilevel analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(1), 107-124. DOI: 10.2307/3090248

NANDRAM S., et KOSTER S. (2014) – Organizational innovation and integrated care : lessons from Buurtzorg. *Journal of integrated care*.

POLANYI M. (1966) – *The Tacit Dimension*. Routledge & Kegan Paul.

REEVES S., LEWIN S, ESPIN S., ZWAARENSTEIN M. (2010) – *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*. Wiley-Blackwell. DOI: 10.1002/9781444325027.

RYAN R.M., et DECI E.L. (2000) – Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *The American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>

RYAN R.M., et DECI E.L. (2000) – Intrinsic and extrinsic motivation from a self-determination theory perspective : Definitions, theory, practices, and future directions. *Contemporary Educational Psychology*, 61. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2020.101860>

SHANKAR A., McMUNN A., BANK J., et STEPTOE A. (2011) – Loneliness, social isolation, and behavioral and biological health indicators in older adults. *Health Psychology*, 30(4), 377-385. DOI : 10.1037/a0022826.

SILVERA R. (coord), CHASSOULIER L., DEVETTER F.X., LEMIERE S., PUCCI M., et VALENTIN J. (2023). Investir dans le secteur du soin et du lien aux autres, rapport pour la CGT, Ires.

SONNENTA S., et FRESE M. (2002) – Performance Effects of the Work Environment: The Role of Work Engagement.

STUCK A.E., SIU A.L., WIELAND G.D., ADAMS J., et RUBENSTEIN L.Z. (1993) - Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *The Lancet*, 342(8878), 1032-1036. DOI: 10.1016/0140-6736(93)92884-V.

TRONTO J.C. (1994) - Moral boundaries : A political argument for an ethic of care. Routledge.

VAN DE WEERDT C. (2024) – Équipes autonomes dans les services d'aide à domicile et risques psychosociaux. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 85(2-3), 102046

VAN ROESSEL G. (2018). BUURTZORG : FIRST COFFEE, THEN CARE. Récupéré sur FH Oberösterreich

VAZIRI H., WAYNE J.H., CASPER W.J., LAPIERRE L.M., GREENHAUS J.H., AMIRKAMALI F., et LI Y. (2022) – A meta-analytic investigation of the personal and work-related antecedents of work–family balance. *Journal of Organizational Behavior*, 43(4), 662-692. <https://doi.org/10.1002/job.2594>

VINOT D., CHELLE É. & RIONDET, J. (2018). La valeur de la coordination adaptative dans le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. *Annales des Mines – Gérer & comprendre*, 134, 37-47. <https://doi.org/10.3917/geco1.134.0037>

VROOM, V. H., & JAGO, A. G. (1988). *The Role of the Situation in Leadership*. In *Leadership Theory and Research: Perspectives and Directions* (pp. 22-52). JAI Press.

WILLIS C.D., SAUL J.E., BEVAN H., SCHEIRER M.A., BEST A., GREENHALGH T., et BITZ J. (2016) – Sustaining organizational culture change in health systems. *Journal of Health Organization and Management*, 30(1), 2-30. DOI: [10.1108/JHOM-07-2014-0117](https://doi.org/10.1108/JHOM-07-2014-0117)

YUKL, G. (2013). *Leadership in Organizations* (8 th ed.). Pearson