



Synthèse du rapport d'évaluation à T0 (avant la transformation)

Évaluation de la transformation organisationnelle
de services d'aide et d'accompagnement à
domicile en équipes locales et autonomes.

Avril 2023



Sommaire



INTRODUCTION	23
CONTEXTE DE L'ETUDE	34
OBJECTIFS DE L'EVALUATION	56
PRESENTATION DES TERRAINS D'EXPERIMENTATION	67
RAPPEL DU MODELE THEORIQUE DES EQUIPES LOCALES ET AUTONOMES	9



SYNTHESE PAR HYPOTHESE A T0	11
HYPOTHESE 1 : L'AMELIORATION DE LA QUALITE D'ACCOMPAGNEMENT	13
HYPOTHESE 2 : L'AMELIORATION DE LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL ET LE DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES	19
HYPOTHESE 3 : L'AMELIORATION DE L'EFFICIENCE DU SERVICE	25



CONCLUSION	29
-------------------	-----------



ANNEXE 1 : PRESENTATION DES TERRAINS D'EXPERIMENTATION	34
ANNEXE 2 : GLOSSAIRE	37
ANNEXE 3 : CALENDRIER D'EVALUATION DES RESULTATS ET DES EFFETS DE LA TRANSFORMATION	40



Introduction

Contexte de l'étude

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 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 atypiques**, telles que des amplitudes horaires de travail importantes (tôt le matin et/ou le soir) comportant des coupures, un planning d'intervention incluant le week-end, des déplacements, des transferts réalisés parfois sans aide technique, ... A 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. Cette dernière composante se renforce significativement du fait de la part importante de **l'absentéisme** et du **turn-over** 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**. L'aide à domicile est également présentée comme un secteur où **les rémunérations sont particulièrement basses**. Ainsi, 76 % estiment que leur salaire n'est pas satisfaisant au vu de leurs efforts.

Les conditions de travail sur le plan physique et temporel sont aussi largement mises en avant : gestes répétitifs, interventions sur des temps courts, transports, horaires élargis d'intervention, expositions à des risques chimiques et bactériologiques se conjuguent et influent sur des taux particulièrement élevés d'absentéisme, d'accidents du travail, de maladies professionnelles pour troubles musculo-squelettiques ou encore de licenciement pour incapacité.

Enfin, ces métiers sont également confrontés à des **risques psycho-sociaux** (**Devetter F-X., Dussuet A., Puissant E., 2019**). Ces conditions de travail dans l'aide à domicile entraînent un **défaut d'attractivité** du métier mais également **une problématique importante d'organisation du travail**. Les questions d'organisation du travail dans l'aide à domicile se traduisent également par **un manque de coordination, soutien, accompagnement et communication entre l'encadrement intermédiaire et les intervenants à domicile**.

Néanmoins, l'aide à domicile, 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 préalablement, de nombreux professionnels exercent leur métier 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** ¹.

Ce besoin de reconnaissance **doit également se retrouver sur un plan professionnel** en améliorant notamment le partage d'informations avec les autres professionnels de santé du domicile, principalement les aides-soignants et les infirmiers. Les aides 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



Fort de ce constat, les acteurs du domicile se sentent épuisés et souhaitent dépasser ces contraintes organisationnelle et sectorielle. Certains services à domicile ont engagé des démarches pour développer la qualité de vie au travail de leurs professionnels et rechercher de nouveaux modèles organisationnels notamment au travers de modalités de travail fondées sur l'autonomie des salariées, inspirées de « Buurtzorg », ou encore du Lean management, de Montessori, etc.²

Différents rapports³ commandités par les pouvoirs publics 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**. Pour soutenir et développer ce type de démarches, deux besoins sont identifiés dans le plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité du métier du grand-âge⁴. 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 doivent être formées, notamment au lancement de leur transformation.

¹ Devetter F-X., Dussuet A., Puissant E. (2019). La réduction du travail au temps "productif" dans l'aide à domicile. Socio-économie du travail.

² Caractérisation succincte des méthodes évoquées :

Le Lean Management : inspiré du système de production de Toyota, est une méthode de gestion et d'organisation du travail qui vise à améliorer les performances d'une entreprise.

L'approche Montessori dans l'aide à domicile : 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.

³ Benhamou, S., & Lorenz, E. (2020, Avril). Les organisations du travail apprenantes : enjeux et défis pour la France. Paris.

ANACT. (2020). Organisations participantes : caractéristiques, effets et points de vigilance. Lyon

⁴ 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.

Objectifs de l'évaluation

La démarche engagée par la CNSA et l'AG2R la Mondiale, a pour objectif d'évaluer les résultats et les effets des équipes locales et autonomes.

Mesurer les effets sur les 3 dimensions : qualité de service, qualité de vie au travail et coût de la transformation

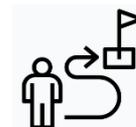


L'objectif est de mesurer des effets concrets du modèle transformé sur **trois dimensions suivantes** : qualité de service, qualité de vie au travail et efficacité du service. L'évaluation de ces effets doit aboutir à minima à l'émergence d'un faisceau d'indices convergents validant, ou invalidant, l'intérêt de la transformation en équipes locales et autonomes et justifiant, ou non, le soutien public à ce processus de transformation.

Les objectifs généraux de cette évaluation visent ainsi à :

- ✓ **Evaluer** 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.).
- ✓ Mener une démarche **d'évaluation rigoureuse** mêlant un recueil de données **quantitatives et qualitatives** à différentes étapes clés.
- ✓ **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.

Apprécier la situation initiale des terrains d'expérimentation avant la transformation



Afin de pouvoir observer les « changements » imputables à la transformation, il est nécessaire de **connaître la situation du SAAD en amont de sa transformation** (appelée « T0 » dans le rapport), concernant son organisation, son fonctionnement ou encore ses performances.

Le rapport reprend ainsi cette étape T0 essentielle pour « l'évaluation avant/après » de la transformation.

Une première vague de recueil de données et d'observations a donc été menée afin de caractériser la situation initiale (T0) au sein de chacun des quatre SAAD retenus comme terrains d'expérimentation par la CNSA et AG2R LA MONDIALE.

Présentation des terrains d'expérimentation⁵

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

- L'Aisne
- L'Eure
- Le Nord
- L'Orne

Les quatre services, terrains d'expérimentation, présentent une diversité de contexte 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 d'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.

	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, Péri-urbain 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 ⁶	Tarif : 22,3 euros Chiffre d'affaires : NC	Tarif : 21,5 euros Chiffre d'affaires : NC	Tarif : 22 euros Chiffre d'affaires : 1.850 millions d'euros

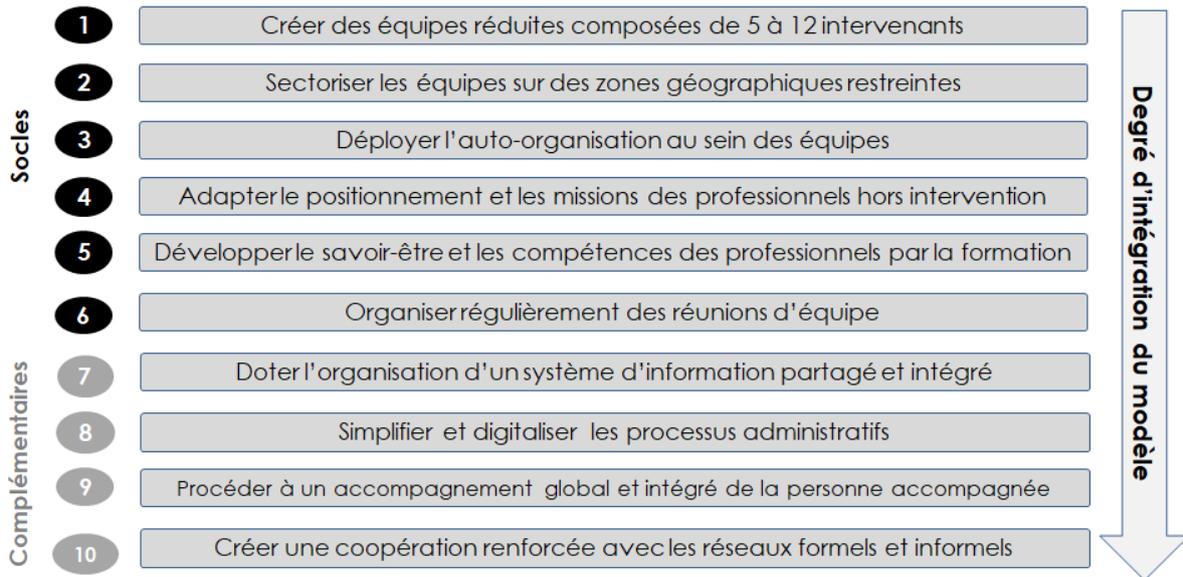
⁵ Une présentation détaillée du contexte individuel de chaque terrain d'expérimentation est disponible en annexe 1

⁶ Non communiqué.

Rappel du modèle théorique des équipes locales et autonomes

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

Schéma des 10 réalisations du modèle des équipes locales et autonomes



Cette modélisation, présentée plus précisément dans le rapport (à partir de la page 18), est composée de 10 **réalisations** clés (ou actions). À T0, les réalisations n'étant logiquement pas mises en œuvre, les réalisations sont dénommées « Objectifs » dans le rapport.

Ainsi, le modèle décliné ci-dessus doit permettre de mesurer les résultats et les effets concrets du modèle de transformation en particulier sur les trois grandes **hypothèses** qui découleraient d'un projet de transformation organisé en équipes locales et autonomes, à savoir :

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

Pour rappel, le modèle des équipes locales et autonomes **a pour but de synthétiser** les grands principes théoriques de cette organisation pour structurer la démarche d'évaluation. Il **n'a pas pour**

vocation d'aboutir à la constitution d'un modèle standard transposable tel quel aux services d'aide à domicile en France.

Quels sont les 10 grands principes du modèle des équipes locales et autonomes déclinés en objectifs dans le cadre de l'évaluation ?

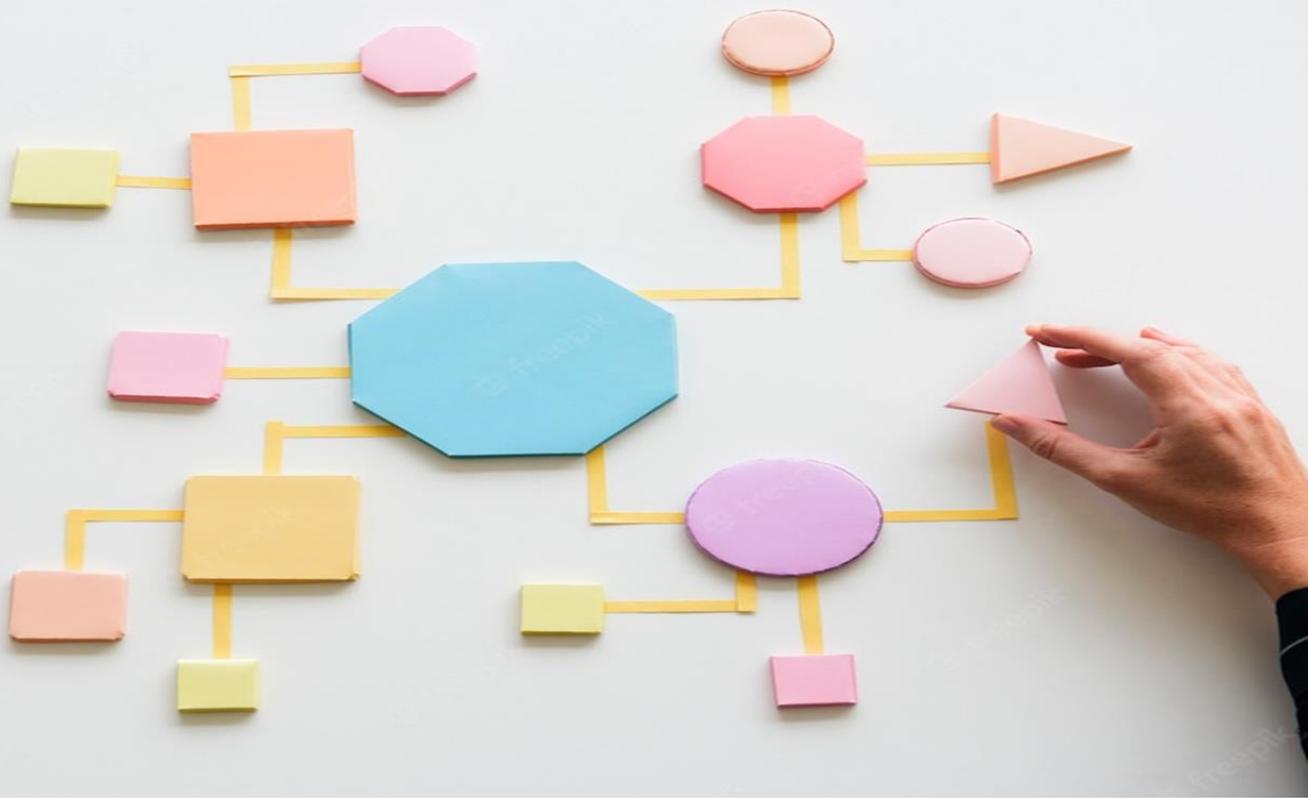


Le principe consiste tout d'abord à créer des **équipes réduites composées de 5 à 12 aides à domicile** (objectif 1) **sectorisées sur une zone géographique restreinte** (objectif 2).

Ces équipes déploient progressivement un **système d'auto-organisation plus ou moins intégré en développant plusieurs « rôles »** au-delà de leurs activités classiques d'accompagnement auprès des usagers (objectif 3) : planification des interventions, recrutement, évaluation des besoins au domicile, tutorat, animation des réunions, partage de bonnes pratiques, recherche de nouveaux usagers, etc.

Les **professionnels hors intervention**, responsables et assistants de secteur principalement, **adaptent parallèlement leur positionnement et leurs missions pour venir en soutien des équipes autonomisées** (objectif 4). Intervenants à domicile comme professionnels administratifs doivent néanmoins **se former pour développer de nouvelles compétences et savoirs-être** (objectif 5) nécessaires pour s'inscrire dans cette organisation. Une coordination renforcée doit également être mise en place avec **des temps de réunion réguliers entre membres de l'équipe** (objectif 6) et des **outils numériques adaptés** (objectif 7).

L'un des principes du modèle vise aussi à **simplifier et diminuer la gestion administrative sans valeur ajoutée** (objectif 8) dans l'organisation pour permettre aux intervenants à domicile de se concentrer davantage sur l'accompagnement des usagers. Le modèle se base également sur une **vision holistique** (objectif 9) **et intégrée** (objectif 10) de l'accompagnement de l'utilisateur en renforçant la coopération avec son réseau de partenaires professionnels (SSIAD, IDEL, médecin traitant, etc.) et les aidants (bénévoles, proches, famille, etc.).



Synthèse par hypothèse à T0

Clés de lecture

L'étude s'attache à évaluer l'impact de la transformation organisationnelle des SAAD selon 3 hypothèses d'amélioration concernant les sujets suivants :

- La qualité d'accompagnement
- La qualité de vie au travail des professionnels du service
- L'efficacité économique du modèle.

Les éléments présentés dans les trois sous-parties ci-dessous reprennent les observations repérées sur les 4 terrains d'expérimentation avant le processus de transformation en équipe locale et autonome.

Pour faciliter la lecture des résultats de cette phase d'évaluation et **donner la parole aux participants des terrains d'expérimentation**, plusieurs pictogrammes illustreront **leurs points de vue** de la transformation tout au long de cette synthèse, à savoir :

Les intervenant(e)s à domicile



Les responsables ou assistant(e)s de secteur ⁷



Les dirigeant(e)s et la gouvernance



Les personnes accompagnées



Les familles, proches aidants, ...



Les partenaires (IDEL, SSIAD, médecins, etc.)



Les **indicateurs clés** pour l'évaluation des effets seront eux identifiés par l'icône suivant :



⁷ Dans une organisation classique de service d'aide et d'accompagnement à domicile, le Responsable de Secteur évalue les besoins de la personne accompagnée, organise la prestation à domicile dans le respect du plan d'aide, établit le planning en mobilisant les ressources humaines nécessaires et veille au suivi des prestations. Il recrute et manage les intervenants à domicile.



Hypothèse 1 : L'amélioration de la qualité d'accompagnement :

La première hypothèse concerne directement les personnes âgées et leur accompagnement. Elle est déclinée en plusieurs critères que sont la personnalisation, la qualité et la sécurité de l'accompagnement, le maintien à domicile de la personne, la coordination interne et externe, la prévention et le renforcement du lien social.

La situation initiale des SAAD 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](#))**.

Personnalisation de l'accompagnement

Les personnes accompagnées rencontrées et leurs aidants évoquent un **sentiment de prise en compte de leur besoins et habitudes de vie favorisé par la relation de proximité**



« C'est plus simple quand c'est des personnes habituées », usager

qu'elles entretiennent avec les intervenants à domicile les plus réguliers : « C'est plus simple quand c'est des personnes habituées » témoigne un usager. Sans concertation et partage d'information entre les aides à domicile concernées, cette personnalisation se retrouve alors **conditionnée à l'expertise et aux connaissances individuelles de certains intervenants, sans formalisation systématique**, avec un risque **de non-uniformisation des pratiques** au sein du service.

La **formalisation du suivi de l'accompagnement se limite régulièrement à un plan d'intervention** qui découle de la première évaluation réalisée par les responsables de secteur et qui définit succinctement les prestations à réaliser au domicile.

« Réintroduire **la confiance selon le principe de subsidiarité qui veut que les aides à domiciles sont, ensemble, capables d'apporter des solutions pour une meilleure prise en charge de la personne aidée et de son** **entourage** », Dirigeante



La dirigeante d'un des SAAD, terrain d'expérimentation, explique comment les **équipes locales et autonomes pourraient contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accompagnement** : « Réintroduire la confiance selon le principe de subsidiarité qui veut que les aides à domiciles sont, ensemble, capables d'apporter des solutions pour une meilleure prise en charge de la personne aidée et de son entourage ».

Le **projet personnalisé**, outil de base du secteur médico-social permettant de définir des objectifs, de suivre l'évolution d'une personne sur plusieurs aspects **n'est que rarement utilisé et formalisé**. Les raisons peuvent être plurielles : **méconnaissance, manque de formation et de temps dédiés** pour les intervenants à domicile. La situation est comparable concernant les **responsables de secteur, davantage accaparés par la gestion des ressources humaines et la planification**.



Indicateur clé : à T0
1 service sur 4
formalise des
projets personnalisés
d'accompagnement

« Le profil des personnes accompagnées à tendance à s'alourdir. Je ne connais pas le GIR des personnes, non. » Aide à domicile



De manière générale, ce constat illustre également **l'absence de prise en compte de l'importance de la définition et de l'analyse collective des besoins**. Les intervenants à domicile **disposent de peu d'information sur les besoins** des personnes accompagnées :

« Le profil des personnes accompagnées à tendance à s'alourdir. Je ne connais pas le GIR des personnes, non. »

Ainsi, l'évaluation de la transformation organisationnelle permettra de constater ou non, une évolution sur cet aspect. En effet, le modèle étudié prévoit des **échanges réguliers** au sein de l'équipe (**objectif 1**), **l'instauration de temps dédiés** au suivi des usagers lors de réunions régulières (objectif 6) ou encore par la **mise en place d'intervenant référent par usager** (objectif 3).

La qualité et la sécurité de l'accompagnement

Le fonctionnement des services à domicile prestataires impliquent un temps de travail et de ressources hors du domicile : gestion des plannings, temps de trajet, formations et réunions de coordination en équipe... Ces activités, estimées non imputables au besoin direct de la personne accompagnée, ne sont pas valorisées.

Parallèlement, de plus en plus de départements détaillent leurs plans d'aide à la personne afin de cadrer les prestations en termes d'heures, d'interventions (répartition heures aide-ménagère / aide aux actes essentiels de la vie), et d'actes à effectuer (nombre d'heures repas, ...). Ainsi, de nombreuses prestations de moins d'une heure se sont développées ces dernières années.

Les acteurs de l'aide à domicile, salariés mais aussi employeurs, ressentent **des difficultés à concilier la finalité visible** (qualité du service rendu sur la base d'un contrat de prestations) **et la**

finalité originelle (qualité de la relation et de la prise en charge globale de la personne) : « Le niveau de fiabilité des interventions délivrées par les aides à domicile (de l'équipe ou non) n'est pas toujours très satisfaisant pour nos usagers ... On respecte les plans d'aide mais pas toujours les horaires et la régularité des intervenants. », témoigne un responsable de secteur.

« Le niveau de fiabilité des interventions délivrées par les aides à domicile (de l'équipe ou non) n'est pas toujours très satisfaisant pour nos usagers ... On respecte les plans d'aide mais pas toujours les horaires et la régularité des intervenants. », Responsable de secteur, SAAD 2



La **qualité et la sécurité de l'accompagnement dans l'aide à domicile** sont donc parfois compromises par **les passages irréguliers de plusieurs intervenants** au domicile avec **des jours et horaires variables, sans planification et suivi partagé** des interventions entre les aides à domicile.

Le suivi de la qualité **n'est assuré que par les responsables et les assistants de secteur**. Ils **centralisent** les informations et peuvent pour certains disposer de compétences spécifiques sur le suivi de la qualité. Ils sont **finalement les seuls professionnels du service avec la direction à bénéficier**

« Le téléphone sonne souvent, beaucoup de personnes accompagnées ou leurs proches appellent l'accueil pour remonter des plaintes et réclamations, en particulier sur les horaires qui ne conviennent pas et les changements d'intervenants à domicile »,

Assistante de secteur, SAAD 2



d'une vision d'ensemble de l'accompagnement alors même qu'ils ne sont pas les plus régulièrement au contact des personnes âgées : « Le téléphone sonne souvent, beaucoup de personnes accompagnées ou leurs proches appellent l'accueil pour remonter des plaintes et réclamations, en particulier sur les horaires qui ne conviennent pas et les changements d'intervenants à domicile », Assistante de secteur, SAAD 2.

La mise en place d'équipe locale et autonome vise notamment à faire évoluer cette situation en **repositionnant**, par exemple, **l'équipe des intervenants à domicile au centre de l'organisation**. Cela pourrait passer également par un **meilleur partage de l'information avec des réunions régulières** entre les aides à domicile (objectifs 6) et par **la mise en place d'un système d'intervenant-référent** (objectif 3 également) par usager ou par thématique (qualité, incontinence, douleur, fin de vie etc.). Il conviendra néanmoins de **s'assurer d'une taille d'équipe adaptée pour assurer la**



« Avec les équipes transformées, les aides à domicile pourront être responsabilisé(e)s collectivement sur le bon déroulement des interventions à domicile ... le but est de leur donner les moyens nécessaires pour garantir la qualité de l'accompagnement. L'utilisateur devra être accompagné par une équipe et non plus uniquement par un intervenant. », Dirigeante

continuité d'équipe avec un nombre raisonnablement restreint d'intervenant (objectif 1) : « Avec les équipes transformées, les aides à domicile pourront être responsabilisé(e)s collectivement sur le bon déroulement des interventions à domicile ... le but est de leur donner les moyens nécessaires pour garantir la qualité de l'accompagnement. L'utilisateur devra être accompagné par une équipe et non plus uniquement par un intervenant. », Dirigeante d'un des SAAD évalué.

Le maintien à domicile de la personne accompagnée

L'expérimentation des équipes locales et autonomes vise à **évaluer si le déploiement du modèle pourrait contribuer par un impact positif à renforcer le maintien à domicile** des personnes



Indicateur clé : à T0 le nombre de personnes accompagnées sorties du service et entrées en institution, soit Résidences services, Résidences autonomie ou EHPAD (ou établissement PH), par équipe et sur les 12 derniers mois, s'élève en moyenne à 10.

accompagnées et plus globalement le virage domiciliaire (durée de maintien à domicile plus longue, durée plus courte en cas d'hospitalisation, diminution du taux d'admission aux urgences, etc.).

Avant transformation, le nombre de personnes accompagnées sorties du service et entrées en institutions s'élève en moyenne à 10 personnes par an.

Néanmoins, la situation des équipes évaluées apparaît assez hétérogène sur ce point. A titre indicatif, à T0 **les durées moyennes de séjour de bénéficiaires varient de 472 à 1095 jours**. Le degré de perte d'autonomie et de dépendance des personnes accompagnées par les équipes évaluées peuvent impacter leur maintien à domicile ou non indépendamment des effets du modèle des équipes locales et autonomes.



Indicateur clé : à T0 les durées moyennes de séjour de bénéficiaires varient de 472 à 1095 jours

Dans le cadre des prochaines vagues d'évaluation, il conviendra de veiller à identifier l'éventuelle évolution de la perte d'autonomie des publics accueillis par les différentes équipes de chaque SAAD (par exemple, avec le suivi de l'évolution des GIR des personnes accompagnées par les équipes évaluées).

Les intervenants informent les responsables de secteur de toute évolution de l'autonomie des personnes accompagnées. Le responsable de secteur en réfère ensuite aux partenaires (IDEL, IDEC du SSIAD, ...). Néanmoins, le suivi réalisé par ces professionnels des soins à domicile n'est pas



Indicateur clé : à T0, le nombre de chutes de personnes accompagnées par équipe est assez homogène, soit en moyenne de 25 par an

formalisé ni partagé auprès des intervenants à domicile des services évalués. Ces derniers ne sont pas directement et formellement sollicités pour réaliser des actions de prévention.

A titre d'exemple, à T0, le nombre de chutes de personnes accompagnées par équipe est assez homogène, soit en moyenne de 25 par an.

Coordination interne/externe et communication

De par son rôle pivot, la coordination des interventions, autant en interne entre les professionnels du service, qu'en externe avec les partenaires (infirmiers, SSIAD, HAD, etc.), **est supervisée par le responsable de secteur**. Ce dernier centralise les informations et est donc en contact avec les structures et professionnels du territoire. Il participe, lorsqu'elles existent, à des réunions territoriales ou dédiées spécifiquement à la coordination autour d'un accompagnement en commun.



*Indicateur clé : à T0
0,86 ETP sont dédiées en moyenne à la coordination*

Outre l'organisation de cette coordination, **des outils sont déployés** pour faciliter le partage entre professionnels comme le cahier de liaison, qu'il soit interne au service ou partagé avec les autres professionnels du domicile (IDEL, SSIAD, kinésithérapeute etc.). Pour résoudre une problématique d'accompagnement, les intervenants à domicile échangent plutôt par téléphone, en premier lieu avec le responsable de secteur, mais parfois aussi entre intervenants.

Second outil largement développé, les réunions. Celles-ci sont organisées et systématiquement animées par les responsables de secteur, qui ont la charge de présenter les nouveaux bénéficiaires.

Néanmoins, tous les SAAD n'organisent pas ce type de rencontre, notamment pour des raisons économiques. En effet, les SAAD sont attentifs aux taux de productivité des intervenants à domicile et ne peuvent pas se permettre d'augmenter le temps de travail rémunéré passé par l'intervenant en réunion qui ne serait alors pas facturé (dans le cadre de l'APA, la PCH, ou directement à l'utilisateur).

« Je ne crois pas beaucoup les autres intervenants, seulement quelques fois les infirmières. Aide à domicile



Avec la mise en œuvre des équipes locales et autonomes, l'objectif **est de développer les réunions entre intervenants (objectif 6)** et également la **co-construction de l'accompagnement avec la personne accompagnée, ses proches aidants et les partenaires (objectif 9)** pour ainsi **favoriser la coordination interne et potentiellement externe (objectif 10)**. A T0, une aide à domicile témoigne du manque de

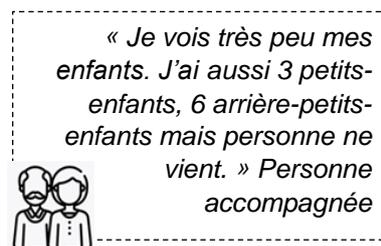
coordination avec les partenaires : « Je ne crois pas beaucoup les autres intervenants, seulement quelques fois les infirmières. »

La prévention et le lien social

Les SAAD, outre leur mission sur l'accompagnement à la vie quotidienne, réalisent des activités **de prévention et de renforcement du lien social**. Cela peut passer par des **activités ciblées** (ateliers mémoire, sensibilisation aux chutes, à la dépression, activités à destination des aidants etc.) mais aussi par les **prestations au quotidien réalisées** auprès des personnes âgées. Certains services ont mis en place des activités à destination des aidants, par exemple les « rencontres familles » du SAAD 4 ou encore le café des aidants, l'accueil de jour et les séjours de répit dans l'association du SAAD 2.

Les **aides à domicile ne semblent pas avoir conscientisé cet aspect** de leur métier, qui est une conséquence indirecte de leurs interventions centrées sur les personnes et leurs besoins essentiels. La **dimension sociale**, le tissu relationnel de la personne (isolement ou présence d'aidants familiaux, voisinage) **sont seulement interrogés** lors de la première évaluation et est réalisé par le responsable de secteur. Par la suite, les intervenants prennent en compte ces informations pour adapter leur manière de travailler, et échanger avec la personne (**objectif 9**) mais cet aspect ne fait pas véritablement l'objet d'une réflexion par les aides à domicile, du fait de ce fonctionnement.

Il a été repéré un **fort isolement des personnes accompagnées, avec l'absence de liens familiaux, donc avec peu ou pas d'aidant** : « Je vois très peu mes enfants. J'ai aussi 3 petits-enfants, 6 arrière-petits-enfants mais personne ne vient. »
Personne accompagnée



L'intervenant à domicile devient parfois **le seul lien social de l'usager**. Les aides à domicile apprennent donc à créer **des liens sociaux avec les personnes accompagnées et à mobiliser leurs proches comme la famille et les voisins**.

Néanmoins, le modèle de financement des **heures d'intervention via l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH) ne favorise pas la mise en place d'actions dédiées** à la prévention ou au lien social. Les services doivent alors les mettre en place avec **leurs fonds propres ou solliciter des fonds dédiés via des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ou par appel à projet** et appels à manifestation d'intérêts



Hypothèse 2 : L'amélioration de la qualité de vie au travail et le développement des compétences

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. Différents critères ont ainsi été développés pour caractériser les conditions de travail et d'exercice des professionnels de chaque SAAD : **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.**

Le développement des compétences

Le secteur de l'aide à domicile connaît actuellement d'importantes évolutions de ses pratiques du fait de l'accroissement de la perte d'autonomie des usagers, du virage domiciliaire ou encore des exigences accrues de qualité de service dans l'accompagnement. **Les services d'aides à domicile se professionnalisent et se doivent de monter en compétence pour répondre à ces nouveaux besoins.** Le développement des compétences constitue également **un levier pour répondre aux problématiques de l'employabilité, du recrutement et de l'attractivité** du métier d'aide à domicile.

A T0, 10 heures de formation par an sont en moyenne dispensées aux intervenants à domicile des équipes évaluées et leurs taux de qualification toute équipe confondue s'élève en moyenne à 25 %.



Indicateurs clés : à T0

10 heures de formation par an sont en moyenne dispensées aux intervenants à domicile

Taux de qualification toute équipe confondue : **25 %**

La logique des équipes locales et autonomes **s'inscrirait pleinement dans cette dynamique de valorisation des compétences des aides à domicile** au regard de la confiance qu'il leur ait accordée pour développer leur capacité et pouvoir d'agir. Ce modèle **nécessite des compétences humaines et comportementales** différentes de celles requises dans une organisation hiérarchique de service d'aide à domicile. Les membres de chaque équipe locale et autonome **doivent apprendre à communiquer ensemble, à se consulter mutuellement et à prendre des décisions pour trouver les actions permettant d'atteindre les résultats attendus (Objectifs 3, 4, 5).**



Indicateur clé : à T0, Seulement 34% des intervenants déclarent disposer d'un projet de formation. La part des intervenants avec un projet de formation est plus importante au sein des équipes en transformation (40%) au regard des équipes non transformées (28%).

A T0, la **majorité des professionnels des terrains d'expérimentation n'est pas engagée dans une démarche de formation** pour accompagner leur montée en compétence et reconnaître leurs expériences. Seul 34% des intervenants déclarent disposer d'un projet de formation. La part des intervenants avec un projet de formation est plus importante au sein des équipes en transformation (40%) au regard des équipes non transformées (28%).

La coordination et prise de décision

La coordination et les prises de décision sur l'organisation des équipes d'intervenants à domicile **sont majoritairement effectuées par la direction et les responsables de secteur**. La plupart des aides à domicile interrogées regrette cette type de prise de décision unilatérale : « Lorsqu'il y a besoin de prendre une décision on s'appelle pour en discuter (entre intervenants), mais la décision est à la main de la responsable de secteur » Aide à domicile, SAAD 4

« Lorsqu'il y a besoin de prendre une décision on s'appelle pour en discuter (entre intervenants), mais la décision est à la main de la responsable de secteur » Aide à domicile, SAAD 4



Ainsi, ce fonctionnement **ne favorise pas toujours l'acceptabilité des décisions et la bonne circulation de l'information** entre intervenants. À titre d'exemple, plusieurs **décisions ont fait l'objet de désaccord et d'incompréhension entre les intervenants à domicile**. L'objet des tensions portait sur souvent sur la gestion des plannings, des week-ends et des remplacements liés l'absentéisme.

L'auto organisation et le transfert de certaines tâches aux intervenants à domicile constitue un moyen de pallier à ces difficultés et de compléter voire remplacer le système décisionnaire actuel en **leur donnant les possibilités et moyens (objectif 3 et 6) de s'informer, se coordonner et de décider**.

« Concernant la possibilité de prendre des décisions qui impacteraient les plannings à distance, à ce jour, elles n'ont pas d'accès. J'ai peur. Il faut les former. Il faut qu'elles aient le visu que sur l'équipe autonome. », Responsable de secteur, SAAD 4



Afin de s'assurer de la bonne mise en œuvre de cet objectif, il est néanmoins important de **définir un cadre précis et formalisé** pour sécuriser les prises de décisions, **limiter les appréhensions** (par exemple dans une charte d'équipe) : « Concernant la possibilité de prendre des décisions qui impacteraient les plannings à distance, à ce jour, elles n'ont pas d'accès. J'ai peur. Il faut les former. Il faut qu'elles aient le visu que sur l'équipe autonome. », Responsable de secteur, SAAD 4.

Enfin, ce transfert doit être **accompagné d'outils, processus adaptés (objectifs 6, 7 et 8) et de formation spécifique** (communication, planification, cadre réglementation, droit du travail etc.).

Le soutien et la reconnaissance

Avec un métier qui se déroule principalement, au domicile de la personne accompagnée sans disposer de réel collectif de travail, **les intervenants évoquent souvent un manque de soutien du service :**

« En cas de difficulté, on n'arrive pas toujours à en parler aux autres. Cela dépend des personnes. On ne se voit pas assez » Aide à domicile, SAAD 4

« En cas de difficulté, on n'arrive pas toujours à en parler aux autres. Cela dépend des personnes. On ne se voit pas assez » Aide à domicile, SAAD 4



Ils se sentent souvent « **seul** » **au domicile** et n'ont pas toujours l'impression d'être reconnu à leur juste valeur pour l'accompagnement apporté auprès des aînés et des personnes en situation de handicap.

La mise en place d'équipes locales et autonomes a pour but de **renforcer le soutien et le sentiment d'appartenance**, notamment grâce à la mise en place de temps d'échange récurrents en **équipe**, pour décider des plannings, des évolutions de prises en charges des personnes, etc. Elle vise également **une meilleure reconnaissance** de leur métier via une **plus grande autonomie et responsabilité** dans leur travail au quotidien.



Indicateur clé :

à T0, le **taux de répondants ayant le sentiment de bénéficiaire d'un soutien suffisant dans les situations difficiles au travail, varie d'un service à l'autre : 100% pour le SAAD 1, autour des 85% pour les SAAD 3 et 4. Pour le SAAD 2, une différence marquante se fait entre l'équipe transformée : 83% et l'équipe non transformée : 38%.**

Grâce à la **création de petites équipes** avec des membres qui se connaissent et se reconnaissent (objectif 1), des **réunions régulières** entre équipe (objectif 6), **un système d'information partagé** (objectif 7 et 8), les intervenants à domicile devraient potentiellement se sentir davantage reconnus dans leur métier et soutenus dans leur travail au quotidien. Appartenir à une équipe réduite d'aide à domicile travaillant autour de valeurs et règles communes, définies ensemble devrait permettre de créer un espace de parole et de soutien face aux difficultés du quotidien.

Les services d'aide à domicile sont confrontés à des problématiques de fidélisation et plus spécifiquement de maintien dans l'emploi de leurs intervenants dans les premiers mois suivant leur recrutement.

De nombreux intervenants ne restent pas sur leurs postes par faute de méconnaissance du métier, d'accompagnement à la prise de poste et de formation :

« Il y a beaucoup de départs des nouveaux arrivants. Ils partent au bout de deux mois... Les nouveaux intervenants à domicile ont une méconnaissance du travail ». Aide à domicile, SAAD 2

« Il y a beaucoup de départs des nouveaux arrivants. Ils partent au bout de deux mois... Les nouveaux intervenants à domicile ont une méconnaissance du travail ». Aide à domicile, SAAD 2



La prévention des risques professionnels

Le secteur de l'aide à domicile est confronté à une **sinistralité élevée**. Les intervenants font en effet face à de nombreux risques (accident de la route, agression/violence, chutes, glissades, risques chimiques, infectieux, psycho-sociaux du fait d'un travail isolé, troubles musculo-squelettiques, etc.). Les professionnels administratifs sont également confrontés, bien que dans une moindre mesure, à des risques professionnels autant **physiques que psycho-sociaux**.

Le secteur connaît ainsi un taux d'**accidents de travail et des maladies professionnelles** important. Le taux d'absentéisme des équipes suivies est en moyenne de 14%. La part d'absentéisme pour accidents de travail s'élève en moyenne à 3% de l'absentéisme (non prévisible) chez les équipes en transformation et 8% chez les équipes non transformées. 69 % des équipes se transformant déclarent souffrir de TMS.



Indicateurs clés : à T0

Le taux d'absentéisme des équipes suivies est en moyenne de 14% sur les 12 derniers mois

La part d'absentéisme pour accidents de travail s'élève en moyenne à 3% de l'absentéisme (non prévisible) chez les équipes en transformation et 8% chez les équipes non transformées.

Le taux de turn-over moyen est de 7% chez les équipes en transformation et 21% chez les équipes non transformées.

69 % des équipes se transformant déclarent souffrir de TMS

L'organisation du travail joue un rôle essentiel dans la qualité de vie et la santé au travail. Les aides à domicile sont confrontées à des plages horaires de travail étendus (tôt le matin, tard le soir) et ont peu de prise sur leur emploi du temps. Ces facteurs peuvent **rendre difficile la conciliation entre le travail et la vie privée**. Dès lors, l'image renvoyée nuit à **l'attractivité du métier** tout en contribuant aux **problématiques de recrutement et de fidélisation** pour les professionnels en postes. La prise de conscience de ces faits passe par la mise en place **d'une stratégie structurante** de sensibilisation, de formation et de prévention sur ces sujets (**objectif 5**).

Au-delà de l'objectif de réduction de la sinistralité, il s'agit également **de valoriser les métiers et d'améliorer les conditions de travail** de ce secteur : « J'aime mon travail, vraiment. Il faut l'amour du métier pour rester ici. Travailler avec des personnes âgées est très gratifiant. J'apprends beaucoup sur la vie. » Aide à domicile, SAAD



« J'aime mon travail, vraiment. Il faut l'amour du métier pour rester ici.

Travailler avec des personnes âgées est très gratifiant.

J'apprends beaucoup sur la vie. » Aide à domicile, SAAD

Le rapport « *Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge* » évoque **à ce sujet les équipes autonomes et la promotion d'une organisation nouvelle pour permettre « la réappropriation par les professionnels du sens de leur activité et leur responsabilisation ».**

L'organisation interne du service

L'organisation interne des SAAD est, de manière synthétique, composée par **les intervenants à domicile** réalisant les accompagnements auprès des personnes accompagnées et **les personnels administratifs**, soit la direction et les responsables de secteur garant de l'encadrement, de la planification et de l'évaluation, ou bien les fonctions supports responsables de leurs processus spécifiques (facturation, comptabilité, paie, recrutement, etc.). **Les processus administratifs sont définis et pris en charge par les personnels administratifs** sans implication des intervenants, outre les tâches en relation avec leur intervention (télégestion notamment). Par exemple, les plannings sont réalisés sans concertation avec les intervenants à domicile.

Le modèle organisationnel en équipe locale et autonome propose **un partage et une redistribution de certaines tâches administratives** (planification, recrutement, gestion des stocks, qualité, etc.) au profit des intervenants (objectif 3 et 4). Ainsi, ce sont toutes les catégories de professionnels qui se voient impacter par la réorganisation nécessitant alors de redéfinir et formaliser le contour des postes de chacun, que ce soit en termes de tâches, missions mais aussi la quotité de temps de travail nécessaire.

A T0, le taux d'intervenants disposant d'un temps plein par équipe reste limité avec seulement 23%. Le pourcentage s'élève à 28% pour les intervenants des équipes en transformation et à 19% pour ceux des équipes non transformées.



*Indicateur clé : à T0, le **taux d'intervenants disposant d'un temps plein par équipe** reste limité avec seulement 23%. Le pourcentage s'élève à 28% pour les intervenants des équipes en transformation et à 19% pour ceux des équipes non transformées.*



*Indicateur clé : à T0, le **temps effectif de travail moyen par équipe** s'élève quant à lui à 80%, soit 82% pour les équipes en transformation et 78% pour celles non transformées.*

Avec l'augmentation des temps de rencontre au sein des équipes et le partage de certaines tâches administratives, un effet pourrait être observé sur **les temps de travail des intervenants** (avec des hausses des heures dédiées à la coordination par exemple) mais aussi sur **la nature des contrats de travail** (augmentation des temps pleins).

De même, le modèle des équipes locales et autonomes impacterait l'organisation du service sur :

- Sa **structuration**, désormais horizontale et non plus pyramidale,
- Ses **modalités de fonctionnement**, par exemple sur la mise en place de réunions et la **répartition des responsabilités** et des **activités** (portées collectivement),
- Les **moyens**, en formation notamment, et les **outils**, comme les systèmes d'information, ou encore,
- Les **comportements** (posture des professionnels hors intervention, confiance, solidarité, soutien, etc.).



Hypothèse 3 : L'amélioration de l'efficacité du service

Les caractéristiques principales liées à l'efficacité économique du service transformé en équipe locale et autonome s'expliqueraient par **plusieurs effets sur les coûts** liés à **l'accompagnement**, à **l'organisation administratives** du service, au **développement de l'autonomie** des équipes et de leurs **compétences**.

Évolution des coûts liés à l'accompagnement

Les équipes des terrains d'expérimentation interviennent majoritairement auprès de bénéficiaires de l'APA, de la PCH, ou dans le cadre de financements par les caisses de retraite pour les personnes âgées les moins dépendantes. En tant que gestionnaires de l'APA et de la PCH, les conseils départementaux sont **soucieux du suivi et de la maîtrise des dépenses publiques liés aux coûts de l'accompagnement** des personnes âgées et des personnes en situation de handicap à domicile.

Le déploiement des équipes locales et autonomes permettrait **des économies pour les pouvoirs publics**. Ces économies liées à l'accompagnement des usagers pourraient s'expliquer du fait de plusieurs critères et des indicateurs suivants :

- **L'utilisation moins importante des heures d'accompagnement à domicile** prescrites dans les plans d'aide :



*Indicateur clé : à T0, un **taux de consommation moyens des plans d'aide** de 72% pour les personnes accompagnées par les équipes en transformation et de 93% pour celles suivies par les professionnels qui ne sont pas inclus dans le projet de transformation.*

- Un **taux d'admission aux urgences inférieur des personnes accompagnées** :



*Indicateur clé : à T0, le **nombre de séjours en service d'urgence pour les personnes accompagnées** par les équipes transformées s'élève à 11 pour les 12 derniers mois, contre 39 pour les personnes accompagnées par l'équipe non transformée*

- Une **diminution du nombre d'hospitalisations des personnes accompagnées** :



*Indicateur clé : à T0, le **nombre d'hospitalisations de personnes accompagnées par équipe** sur les douze derniers mois s'élève en moyenne à 23 pour les équipes en transformation et les celles non-transformées à 33.*

- De la **durée de séjour plus courte en cas d'hospitalisation** :



*Indicateur clé : à T0, la **durée de séjour moyenne en cas d'hospitalisation** est de 46 jours pour les personnes accompagnées par les équipes en transformation contre 64 jours pour celles suivies par les équipes non transformées.*

*Indicateur clé : à T0, le **coût moyen d'accompagnement par équipe** en transformation s'élève à 18,47 euros de l'heure contre 18,97 euros pour les équipes non transformées (ce chiffre comprend seulement les coûts liés aux rémunérations des intervenants et professionnels administratifs, hors frais de structure, pour trois SAAD sur les quatre).*



Les coûts relatifs à l'accompagnement à domicile sont parfois hétérogènes entre les SAAD. Cette situation s'explique en partie **par les spécificités du public accueilli** (niveau de perte d'autonomie, âge, présence d'aidants familiaux etc.), de la **qualification des personnels** d'intervention, du temps **passé au domicile des usagers ou encore du montant de surfacturation** (reste à charge) appliqué par les services.

L'approche globale et intégrée des accompagnements réalisés par les équipes locales et autonomes se traduirait aussi par :

- Une **plus forte productivité des intervenants à domicile** dans l'accompagnement, illustrée notamment par un taux de facturation plus important (soit le nombre d'heures facturées aux personnes accompagnées sur le nombre d'heures de travail de rémunérées aux Intervenants)

*Indicateur clé : A T0, les équipes en transformation ont en moyenne un **taux de facturation** de 80,22% contre 84,06% pour les équipes non transformées. Il s'agira, lors des prochains temps d'observation, d'évaluer l'évolution et surtout la composition des temps des heures dites « improductives », soit celles non facturées dans le cadre de l'accompagnement.*



- 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.

*Indicateur clé : A T0, les équipes en transformation ont en moyenne un **taux de réalisation des plans d'aide** de 72% et celles non-transformées de 93%.*



Cette productivité et efficacité économique du modèle des équipes locales et autonomes reposerait sur la mobilisation du réseau d'aidants permettant ainsi de réduire le nombre d'heures consommées par rapport à ce qui avait été prévu lors de l'évaluation.

L'évolution des données et coûts liés à l'accompagnement pourra être observé lors des prochaines vagues d'évaluation des effets, soit à un an (T.1) et à deux ans (T.2) après la transformation.

Pour les services évalués, la diminution des coûts d'accompagnement **ne constitue pas un objectif prioritaire** dans la mise en place des équipes locales et autonomes. Néanmoins, sur le moyen et long terme, ils espèrent une diminution des coûts d'intervention : « Le projet des équipes autonomes

*« Le projet des équipes autonomes ne vise pas à diminuer les coûts. **Les intérêts sur plan économique** et de la qualité pour la direction des finances sont **principalement liés à la baisse des frais kilométriques** », Directeur financier,*



ne vise pas à diminuer les coûts. Les intérêts sur plan économique et de la qualité pour la direction des finances sont principalement liés à la baisse des frais kilométriques », Directeur financier, SAAD 2.

Évolution des coûts liés à l'organisation administrative du service

L'impact économique de l'auto-organisation pourrait permettre de limiter les dépenses administratives. En effet, les équipes locales et autonomes assureraient désormais directement l'organisation de leur travail, comme la gestion des plannings, et de ce fait les postes d'encadrement intermédiaire pourraient être diminués.

L'évolution des coûts liés à l'organisation administrative pourrait alors être liée à plusieurs paramètres comme **le nombre de professionnels dédiés aux processus administratifs et l'optimisation de la planification et notamment de la sectorisation** qui entraînerait une réduction des coûts de déplacement.



*Indicateur clé : à T0, le **coût horaire lié aux effectifs administratifs** pour les équipes en transformation est estimé à 3,52€ contre 3,02€ pour les équipes non transformées.*

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.

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

La recherche de la maîtrise des coûts par le développement de l'autonomie des équipes s'explique par plusieurs facteurs comme **la diminution des coûts rattachés à l'absentéisme et au turn-over, la sensibilisation des intervenants au suivi de l'activité et à la situation financière** du service ou encore par **l'appropriation des enjeux et moyens financiers** par les équipes.



*Indicateur clé : à T0, le **niveau de sensibilisation des équipes** reste très limité. Seulement 6% des équipes transformées déclarent connaître la situation économique contre 33% pour les équipes non transformées.*

Évolution des coûts liés au développement des compétences

Le modèle des équipes locales et autonomes **implique de nombreux temps dédiés à des formations** (à la gestion de l'activité et du planning, à la démarche de recherche de nouveaux usagers, au repérage de la perte d'autonomie, à l'embauche de nouveaux collaborateurs ou encore sur les savoirs-être et la communication) **qui nécessitent un financement et un temps de travail important pour favoriser le fonctionnement de l'auto-organisation.**



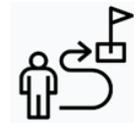
*Indicateur clé : à T0, le **montant des dépenses de formation de l'équipe sur le total de la masse salariale des intervenants.** Cet indicateur pourra être évalué quand les formations nécessaires à la mise en place des équipes locales et autonomes auront débuté.*



Conclusion

L'évaluation à T0, soit juste en amont du processus de transformation, de chaque terrain d'expérimentation **corrobore le constat fait au niveau national concernant le contexte du secteur de l'aide à domicile, tant sur ses difficultés d'attractivité des métiers que sur celles des limites du modèle organisationnel et économique des services.**

Des objectifs qui restent à déployer mais pour la majorité réfléchis en amont de la transformation



A ce stade, le niveau de réalisation des **objectifs et des résultats liés au modèle théorique des équipes locales et autonomes** s'avère **logiquement très limité et assez similaire entre les services**. Néanmoins, certaines **différences peuvent déjà être observées**. **Les quatre services ne partent pas de la même situation de contexte**. Deux ont déjà expérimentés la mise en place d'**équipes locales et autonome** en amont de l'évaluation sur certains territoires d'intervention.

Ainsi, la situation observée en amont de la transformation (T0) présente des **services ayant d'ores et déjà sélectionné et constitué des équipes de tailles réduites** (objectif 1) pour s'engager dans la démarche d'expérimentation. Ils ont pour cela opéré sur la base de critères ou de choix divers, souvent proposés par la direction ou l'encadrement.

La **sectorisation géographique des intervenants des équipes** (objectif 2) constitue pour sa part une pratique déjà à l'œuvre dans les services et mise en place avant le lancement du projet de transformation.

En revanche, **l'auto-organisation** au sein des équipes et **l'adaptation du positionnement** des professionnels hors interventions ne sont pas déployées (objectifs 3 et 4). Les réflexions sur l'auto-organisation en amont de la transformation restent embryonnaires et l'organisation des services encore hiérarchique et pyramidale : direction/responsable de secteur/intervenants à domicile.

Les résultats attendus par le déploiement du modèle des équipes locales et autonomes nécessitent une certaine maturité des équipes, une acculturation et un temps de formation à prendre en compte. Dès lors, il semble cohérent de constater que le **développement du savoir être et des compétences des professionnels** par la formation (objectif 5) n'en soit qu'aux prémices pour les mêmes raisons.

L'organisation régulière des réunions d'équipe avec les intervenants à domicile (objectif 6), et ce malgré des dispositions prévues au cahier des charges des SAAD et à la convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile, est partiellement mis en œuvre. Les réunions sont ponctuelles et peu institutionnalisées. Le financement des temps de réunion, en particulier en lien avec une transformation organisationnelle, peut être prévu dans le cadre des CPOM ou d'autres disposition. La mobilisation de ce levier sera étudiée dans la poursuite de la démarche d'évaluation.

Il est également observé en amont du démarrage du processus de transformation des SAAD, que les services et les équipes **disposent d'un système d'information et de logiciels métiers similaires**, mais qu'ils ne proposent pas les fonctionnalités (accès et modifications par l'aide à domicile au dossier de la personne accompagnée, aux plannings, partage des données de santé ou encore formations en ligne) nécessaire a priori pour répondre à la totalité des résultats attendus, notamment en terme de **partage et d'intégration des données** (objectif 7).

En termes de **simplification et la digitalisation des processus administratifs** (objectif 8), certains processus, comme la facturation, l'élaboration des fiches de salaires, ont évolué. Ces changements sont imputables à la mise en œuvre de la télégestion et l'équipement des aides à domicile en téléphonie mobile, et le déploiement d'outils métiers numériques. Les processus administratifs sont gérés par les fonctions hors intervention (dirigeant, responsable et assistant de secteur, coach, responsable RH, assistant...). Le niveau de dématérialisation est très dépendant des systèmes d'information de chaque service. À T0, le niveau d'adaptation des systèmes d'information ne permet pas encore de digitaliser les processus administratifs et donc de garantir l'effectivité des résultats attendus (automatisation et allègement des tâches administratives ou encore transparence des données et de la performance des équipes et du service).

La philosophie du modèle évalué est axée sur la satisfaction de la qualité de la prise en charge apportée au regard des besoins de la personne de façon holistique. Ainsi, toutes les personnes impliquées dans la prise en charge doivent s'engager dans cet **accompagnement global et intégré de la personne accompagnée** (objectif 9). Si les équipes étudiées proposent systématiquement une évaluation des besoins en amont, ou au début de l'accompagnement, celle-ci n'intègre pas les intervenants à domicile, ni systématiquement les proches aidants et les professionnels externes intervenant conjointement auprès des personnes. Les réponses aux attentes et besoins de la personne peuvent s'en trouver partiellement couvertes.

S'agissant de la **création de coopérations renforcées avec les réseaux formels et informels du territoire** (objectif 10), elle n'est pas clairement établie en amont de la transformation. Les intervenants des équipes en phase de transformation des 4 SAAD sont globalement en lien avec les partenaires. Néanmoins, le travail de réseau est principalement assuré par les responsables de secteur. Les échanges et retours d'information entre les aides à domicile et les réseaux de professionnels (formels) et de proches aidants (informels) ne sont pas structurés et formalisés. Les auxiliaires de vie peuvent faire remonter les besoins spécifiques des personnes qu'ils accompagnent (soins infirmiers, médicaux.) mais ils ne participent pas à l'orientation vers les acteurs de la santé ou du social et médico-social. Ils n'ont pas connaissance des ressources (partenaires sociaux, médico sociaux et professionnels de santé) présentes sur le territoire.

Les éléments clés à retenir : une description fine de la situation initiale et l'identification de premiers leviers de transformation



Ce rapport d'évaluation a permis de **décrire la situation à T0 des services et des terrains d'expérimentation au regard des 10 objectifs liés au modèle théorique des équipes locales et autonomes**. Globalement, si tous les objectifs s'inscrivent dans la philosophie des projets de transformation envisagée par les terrains d'expérimentation, on constate que certains objectifs préexistent de manière partielle ou non, en lien ou non avec la philosophie, avant la transformation (par exemple : la sectorisation, la dématérialisation, les réunions d'équipe, etc.).

Même si le processus de transformation n'est pas formellement engagé, ces analyses ont tout de même permis **d'identifier quelques premiers leviers sur lesquels agit le modèle et dont découlent certains des effets attendus**.

Effectivement, **plusieurs effets ont déjà pu être observés en particulier sur l'hypothèse liée à l'amélioration de la qualité de vie au travail**. Le **sentiment d'appartenance et les prémisses d'un esprit de cohésion d'équipe** ont été observés par **l'association des intervenants à domicile dans la constitution des équipes prochainement transformées**.

Par ailleurs, la nouvelle répartition des intervenants à domicile des équipes en transformation, **définie en fonction de leurs lieux d'habitation et de ceux des personnes accompagnées**, a permis un **sentiment de diminution de la fatigue liée aux déplacements**.

Le rapport s'est également attaché à évaluer la situation des terrains d'expérimentation au regard **des effets attendus rattachés aux 3 hypothèses avancées**. Il est logique que les effets ne soient pas encore identifiables alors même que le processus de transformation en équipe locale et autonome n'a pas été engagé.

Les prochaines phases de l'évaluation : objectifs et calendriers respectifs



Les prochaines vagues d'évaluation permettront de :

- Comprendre la manière dont s'opèrent la transformation.
- Décrire les variantes organisationnelles qui en découlent.
- Mesurer les effets de cette transformation sur :
 - o Les usagers via la qualité du service rendue.
 - o La qualité de vie au travail des aides à domicile.
 - o Le coût de cette transformation.
- Observer et analyser quelles sont les évolutions significatives.
- Comparer les équipes qui se sont transformées avec un groupe témoin (équipe non transformée).
- Comprendre la transformation, ses traductions, ses effets et ses impacts.

Une évaluation intermédiaire des résultats sera réalisée au bout d'un an de transformation auprès du personnel des SAAD, des bénéficiaires des services et des proches aidants. Une évaluation finale sera de nouveau conduite au bout de deux ans après la transformation.

D'ici là, deux phases d'évaluation sont prévues. La première, interrogeant le **processus de transformation**, vise à comprendre les stratégies de transformation et de conduite du changement au sein des SAAD. La seconde phase repose sur une **analyse comparée des modèles mis en œuvre**.



Annexe 1 : Présentation des terrains d'expérimentation

ADMR du Nord (59)

Présent depuis 1947, le réseau de l'ADMR du Nord est reconnu pour ses compétences et son expérience dans les services à la personne. Le réseau ADMR du Nord se compose d'une Fédération, 23 Services d'Aide et d'Accompagnement à domicile, 2 Services de Soins Infirmiers A Domicile, 1 Service famille et 1 Service d'ergothérapie.

La Fédération et les associations locales du réseau ADMR du Nord ont pour objet de mettre en œuvre toutes les actions susceptibles d'améliorer la vie.

La Fédération a ainsi débuté, en 2021, **la transformation de plusieurs associations en instaurant des principes issus de ce modèle dans plusieurs associations locales.**

Deux associations locales ont été intégrées dans l'expérimentation et le projet d'évaluation : les associations locales ADMR de Cysoing et Fretin, services d'aide et d'accompagnement à domicile autorisés par le Département du Nord.

L'association de Cysoing, dont une équipe est en cours de transformation, dispose d'un effectif compris entre 20 et 30 salariés et intervient auprès d'environ 230 bénéficiaires par an, pour plus de 25 000 heures, dont 16 400 heures d'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) et 149 heures de PCH (Prestation de Compensation du Handicap).

L'association de Fretin, impliquée dans l'étude comme équipe dite « non-transformée », comprend un effectif de 20 et 30 salariés également, intervenant auprès d'environ 140 bénéficiaires par an, pour plus de 19 500 heures, dont 14 796 heures APA et 240 heures de PCH.

UNA Alençon-Perche (61)

UNA Alençon Perche est un service d'aide et d'accompagnement à domicile autorisé et habilité à l'aide sociale par le Département de l'Orne. L'association UNA Pays Alençon Perche a pour objet de mettre en œuvre toutes les actions susceptibles d'améliorer la vie à domicile des personnes ou des familles qui font appel à ses services (personnes handicapées, dépendantes ou toute personne nécessitant une aide).

L'association, dispose d'une offre de service diversifiée et propose les services d'aide à domicile, SPASAD, portage de repas, téléassistance, prévention accueil de jour itinérant, plateforme de répit pour les aidants, garde d'enfants.

Dans le cadre de cette expérimentation, l'association UNA Alençon Perche **a choisi 10 équipes d'aides à domicile** (environ 80 professionnels) susceptibles d'accompagner environ 40 personnes chacune, généralement des personnes âgées ou handicapées, dépendantes et/ou en perte d'autonomie soit un total d'environ 400 personnes. Sur **les 10 équipes, une d'elles a déjà engagé son processus de transformation depuis 1 an.**

Dans le cadre plus spécifique de l'étude, l'évaluation du fonctionnement en équipes locales et autonomes de l'association UNA Alençon Perche s'effectue sur un échantillon de deux autres équipes, l'une sur le secteur d'Alençon (équipe en transformation) et l'autre sur celui de Sées (équipe témoin).

Avenir Rural

Avenir Rural est un service d'aide à domicile de la caisse MSA de la Région Est. Il est rattaché à la direction de l'offre de services de la MSA, tout comme le service de téléassistance Présence Verte. Depuis plus de 15 ans, l'association Avenir Rural accompagne au quotidien les personnes fragilisées en leur proposant des services à domicile : aide à domicile et à la personne, assistance aux actes de la vie quotidienne (toilette, repas à domicile ou portage de repas, ménage, etc.), aide à la mobilité, garde malade, etc.

L'activité est principalement centrée sur l'aide à la personne en situation de perte d'autonomie et le public accompagné en majeure partie dépendant et isolé. Avenir Rural intervient sur l'ensemble du département avec différentes équipes. Les responsables de secteur gèrent 1 à 2 territoire(s) chacune, en fonction de la taille des équipes.

Le service a débuté son projet de réorganisation en équipe transformée **afin de répondre à différents objectifs du CPOM conclu avec le Conseil Départemental.**

Lancé en juin 2021, le souhait de l'association est de **pouvoir transposer ce modèle à tous les intervenants du service afin d'avoir une association composée intégralement d'équipes** locales et autonomes en 2022.

Grand Lieu

Le Service d'Aide A Domicile (SAAD) de l'Association du Grand Lieu accompagne à domicile les personnes âgées et/ou handicapées pour des actes de la vie quotidienne mais aussi toutes les personnes ayant besoin d'une aide ponctuelle. Le service a par ailleurs l'ambition de développer ses activités de service à la personne pour diversifier son offre de service : garde d'enfant, portage de repas...

Dans le cadre de cette expérimentation, l'association Grand Lieu a choisi deux équipes d'aides à domicile situées sur le secteur de Pont Audemer et susceptibles d'accompagner environ 30 à 40 personnes chacune, généralement des personnes âgées ou en situation de handicap, dépendante et/ou en perte d'autonomie.



Annexe 2 : Glossaire

A

ADMR	35
Aide à domicile en milieu rural	35
ANACT	
Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail	4
APA	
allocation personnalisée d'autonomie	17

C

CNSA	
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	5
CPOM	
contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens	18

E

EHPAD	
Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	16
ETP	
Equivalent Temps Plein	6

G

GIR	
groupe iso-ressources	16
Groupe iso-ressources	14

H

HAD	
L'hospitalisation à domicile	17

I

IDEC	
Infirmière de coordination	17
IDEL	
Infirmière Diplômée d'Etat Libéral	10

P

PCH	
Prestation de compensation du handicap	17

R

RH	
Ressources Humaines	31

S

SAAD	
Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile	9
SSIAD	
service de soins infirmiers à domicile	10

T

TMS
Troubles musculo-squelettiques..... 23

U

UNA
Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services à domicile 35



Annexe 3 : Calendrier d'évaluation des résultats et des effets de la transformation

Schéma synthétique du calendrier d'évaluation des résultats et des effets de la transformation

