

**Rapport à Monsieur le Premier ministre**

**Juin 1999**

---

**VIEILLIR EN FRANCE**

**Enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la  
politique en direction des personnes âgées en perte  
d'autonomie**

**Paulette Guinchard-Kunstler  
Députée du Doubs**

*"Les mains racontent une histoire,  
l'histoire de chaque homme, de chaque femme.  
Chargées de mémoires, les mains usées des vieillards  
cherchent les mains vives des plus jeunes.  
Les rencontrent-elles ?"*

Extrait de,  
*Projet de vie avec les personnes âgées en institution,*  
Le Centurion, 1984 Charlotte Memin

# Remerciements

---

*Je tiens en premier lieu à remercier Monsieur le Premier ministre, Lionel Jospin, de m'avoir fait l'honneur de me confier cette mission. Nouvelle parlementaire, je me suis efforcée tout au long de ce travail de me placer au cœur de la réalité quotidienne des personnes âgées en perte d'autonomie, et de leurs familles.*

*Je remercie également Madame la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité, Martine Aubry, et Monsieur le Secrétaire d'Etat à la Santé et à l'Action Sociale, Bernard Kouchner pour leur grande disponibilité et leur véritable écouter.*

*Les membres des cabinets du Premier Ministre, de la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité et du Secrétaire d'Etat à la Santé et à l'Action Sociale m'ont fourni par ailleurs une aide précieuse dont je n'aurais pu faire l'économie, et je leur suis reconnaissante des nombreux conseils avisés qu'ils ont su me donner.*

*Je souhaite remercier plus particulièrement M. Pierre Gauthier, Directeur de l'Action Sociale, et tous les agents de cette administration, sans le professionnalisme desquels je n'aurais pu mener à bien cette tâche.*

*Enfin, je tiens à avoir une pensée pour tous ceux et toutes celles qui ont participé à l'enrichissement de ma réflexion sur ce grave problème de société, vécu et partagé par des milliers de personnes âgées et leurs familles.*

*J'associe très sincèrement à ces remerciements Serge CANAPE, Fabienne CHEVALET, Bertrand GAUME et Marie-Edith VALLET.*

*J'ai souhaité que ce rapport rende compte d'une façon très concrète de la situation de ces personnes âgées en perte d'autonomie ; qu'il aborde de front leurs problèmes, et qu'il soit vivant ; et qu'à tous ceux qui se posent la question, "vieillir a-t-il un sens", il démontre simplement que vieillir a un sens, celui de la vie.*

Paulette Guinchard-Kunstler

# Avant-Propos

---

Vieillir en France, pouvoir le faire dans des conditions matérielles satisfaisantes, des conditions sanitaires décentes, être respecté dans son intégrité, tels sont les souhaits de nombreuses personnes âgées aujourd'hui, et telles ont donc été les lignes directrices qui m'ont guidée dans cette mission.

Confrontée à ce défi majeur du vieillissement et des personnes âgées en perte d'autonomie, la France doit y répondre de façon solidaire, de façon positive, et enfin de façon volontaire.

De façon solidaire d'abord. Il faut en effet répondre aux situations d'urgence, de détresse de nombreuses personnes âgées et de leurs familles qui ne peuvent accéder aux dispositifs existants de prise en charge ou qui sont confrontés au manque de moyens accordés globalement à ce domaine. Pour organiser ces réponses, la reconnaissance des besoins des personnes âgées et de leurs familles est essentielle. Elle permettra de développer des dispositifs collectifs d'aide qui tiennent compte à la fois du degré de perte d'autonomie, des capacités restantes de la personne, mais aussi des ressources financières de chacun.

Les politiques du vieillissement se doivent, ensuite, de donner un sens à ce dernier temps de la vie que constitue la vieillesse. Le vieillard doit être, en tant que personne, le cœur de tous les dispositifs publics qui doivent s'adapter aux situations singulières et non l'inverse. L'intégrité des personnes doit être respectée, leur liberté de choix maintenue le plus longtemps possible malgré la perte d'autonomie, notamment dans les cas particuliers de démences séniles. Ces politiques du vieillissement doivent se mettre en œuvre au plus près des préoccupations des gens, sur un territoire, un bassin de vie.

Enfin, cette nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie doit être volontaire. C'est pourquoi, la mission s'est placée sur des objectifs opérationnels en formulant **des propositions d'améliorations concrètes de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. Certaines d'entre elles sont envisageables à très court terme et constituent d'ailleurs le préalable nécessaire pour bâtir une nouvelle prise en charge financière de la personne âgée avec la mise en œuvre d'une prestation unique de maintien de l'autonomie et de lutte contre la dépendance.** La mission invite donc le gouvernement à se saisir de cette question le plus rapidement possible, tant elle s'inscrit dans la perspective de solidarité et de réforme menée par le Premier Ministre. Bien vieillir en France, tel est l'objectif à concrétiser rapidement.

# SOMMAIRE

**Introduction.....P 7**

**Contexte général de la situation des personnes âgées en perte d'autonomie**

## **1<sup>ère</sup> Partie**

### **La prise charge des personnes âgées en perte d'autonomie : des enjeux sociaux majeurs**

**A/ 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> âge : une situation nouvelle ..... P 10**

**I - Une population vieillissante ..... P10**

**II - Le regard sur la vieillesse ..... P 11**

**B/ Bien vieillir et dépendance ..... P 12**

**I – Une grande diversité de besoins..... P 12**

**II - Les démences séniles et la maladie d'Alzheimer: une source majeure de dépendance. P 15**

**III - Les handicapés vieillissants, une catégorie dont la prise en charge est difficile..... P 17**

**IV- Le vieillissement des populations immigrées : un problème spécifique..... P 18**

**C/ Une forte implication de familles..... P 19**

**I - Des familles qui s'investissent..... P 19**

**II - Des familles qui s'épuisent ..... P 19**

**D/ Des années de recherche et de réalisations trop peu valorisées ..... P 21**

**E/ Une politique de la vieillesse marquée par une grande diversité d'acteursP 23**

**F/ La complexité des systèmes de prise en charge financière ..... P 25**

**I - Une logique de financement parcellisée..... P 25**

**II - Une prise en charge médicale diverse qu'il convient d'améliorer ..... P 29**

## 2<sup>ème</sup> Partie

### Pour une prise en charge renouvelée

<b>A/ <u>Une meilleure connaissance du vieillissement</u></b> .....	<b>P 33</b>
<b>I - Pour un Institut National du Vieillissement</b> .....	<b>P 33</b>
<b>II - Mettre en œuvre des initiatives redonnant une place à la personne âgée</b> .....	<b>P 35</b>
<b>B/ <u>Une nouvelle organisation de la prise en charge</u></b> .....	<b>P 40</b>
<b>I - Individualiser la prise en charge</b> .....	<b>P 40</b>
<b>II - Travailler en réseau</b> .....	<b>P 46</b>
<b>III - Le maintien à domicile</b> .....	<b>P 52</b>
<b>IV - Vivre en institution</b> .....	<b>P 63</b>
<b>C/ <u>Des métiers pour les personnes âgées</u></b> .....	<b>P 69</b>
<b>I - Des compétences diversifiées pour la vieillesse</b> .....	<b>P 69</b>
<b>II - Former les professionnels qui sont le plus présents aux côtés des personnes âgées</b> .....	<b>P 70</b>
<b>III - L'encadrement des intervenants</b> .....	<b>P 75</b>
<b>D/ <u>Une prise en charge financière simplifiée, accrue et plus juste</u></b> .....	<b>P 80</b>
<b>I - La solvabilisation des personnes âgées et la prestation unique dépendance</b> .....	<b>P 80</b>
<b>II - Améliorer les conditions financières de l'offre</b> .....	<b>P 86</b>
<b><u>Conclusion</u></b> .....	<b>P 88</b>
<b><u>Synthèse des propositions</u></b> .....	<b>P 89</b>

# Introduction

---

Par lettre du 18 janvier 1999<sup>1</sup>, Monsieur le Premier Ministre m'a chargée d'une mission visant à effectuer une analyse et des propositions quant aux réponses apportées aux personnes âgées qui perdent leur autonomie du fait de déficiences physiques ou psychiques. Ces travaux doivent identifier les besoins des personnes en perte d'autonomie, recenser les réponses apportées, notamment en termes d'initiatives méritant d'être valorisées et développées. Il convient ensuite de proposer les ajustements nécessaires des modes de prise en charge, les moyens à mettre en œuvre pour développer et conforter la professionnalisation des intervenants, de manière à apporter le soutien nécessaire aux familles. Il s'agit enfin d'examiner en quoi les financements permettent ou ne permettent pas de répondre à ces besoins.

La mission s'est essentiellement consacrée à étudier des expériences en France et à auditionner les principaux acteurs et décideurs impliqués dans la définition et la mise en œuvre de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie.

Il convient de préciser que cette mission s'inscrit dans la suite et la continuité de nombreux travaux d'une grande qualité, qui ont contribué à l'élaboration d'une réflexion et d'une politique faite de heurts et d'expérimentations.

Plusieurs dates font de la vieillesse un enjeu constant et majeur des politiques publiques. On fait ainsi souvent remonter le début de la réflexion au rapport Pierre Laroque de 1962, qui fait du maintien à domicile un axe important de la politique de la vieillesse en France. Si ces recommandations n'ont pas été complètement suivies d'effet (en dépit notamment de la circulaire Franchesci de 1982), la réflexion s'est poursuivie avec la définition de la notion même de dépendance (rapport Van Lerberghe et Paul de 1980), plusieurs propositions visant à développer la prise en charge – comme la proposition d'assurance autonomie de T. Braun en 1986. Le rythme des débats et de la réflexion s'est accéléré très rapidement au point de fournir une étude tous les ans (rapport Geneviève Laroque de 1989, rapport Boulard à l'Assemblée Nationale en 1991, rapport Schopflin pour le Plan en 1991, rapports de l'Inspection Générale des Affaires Sociales en 1992 et 1993).

D'autre part, des années de recherches et d'initiatives tant dans le maintien à domicile que dans l'accueil en hébergement ou en milieu hospitalier, ont été portées par des associations d'aide à domicile, des communes, des CCAS, des médecins gériatres.

Pourtant, en dépit de ces nombreuses propositions et initiatives et de nombreux engagements notamment électoraux, la politique de la vieillesse et la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie ne se sont pas affirmées comme des priorités des décideurs publics. **C'est ainsi que le politologue B. Jobert parle, en la matière, de “non-décision” exemplaire.** Cette “non-décision” peut en partie s'expliquer par le manque de structuration de groupes de pression représentant les intérêts des personnes âgées dépendantes et des familles (par opposition à ce qui s'est fait pour la mise en place d'une politique en faveur des populations handicapées), et par l'effort financier à dégager en faveur de ces politiques.

Ce sont d'ailleurs en grande partie des considérations financières qui ont conduit à la loi n°97-60 du 24 janvier 1997 instaurant la Prestation Spécifique Dépendance (PSD). Celle-ci fait aujourd'hui l'objet de nombreuses critiques de la part des professionnels, des syndicats mais aussi des personnes âgées et de leur famille.

---

<sup>1</sup> Cf annexe n°1

Dispositif à l'origine provisoire, ainsi qu'en témoigne l'exposé des motifs de la loi, la Prestation Spécifique Dépendance est appliquée de manière très inégalitaire, en particulier en établissement, d'un département à l'autre. D'autre part, les critères d'attribution et en particulier le seuil de recours sur succession sont dissuasifs, et l'évaluation de la situation des personnes âgées ne semble pas prendre suffisamment en compte les détériorations psychiques et intellectuelles. Il faut reconnaître cependant que cette loi a introduit un dispositif d'individualisation, d'évaluation et de mise en place d'un plan d'aide que ne comporte pas l'Allocation Compensatrice Tierce-Personne.

D'une manière générale, la politique de la vieillesse révèle une grande hétérogénéité d'acteurs et de financements, avec leurs propres critères d'âge, de plafond de ressources et de recours à la solidarité financière, rendant les dispositifs d'aide peu compréhensibles par les personnes âgées et leur famille.

En raison de ce contexte qui laisse apparaître des difficultés, des lacunes, dans la prise en charge notamment financière et en raison d'une absence de politique globale, les familles, et au premier chef les personnes âgées elles-mêmes, les professionnels, sont dans l'attente de changements. Cette demande est perceptible tant au travers des auditions que la mission a pu effectuer, que plus largement, dans les documents des professionnels du secteur ou au travers des témoignages de personnes âgées recueillis par de nombreuses études comme celles de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse en 1992 ou du CREDOC<sup>2</sup> en 1995. Cette demande de changement concerne autant la prise en charge financière que la mise en œuvre d'un dispositif adéquat.

Enfin, la prise en charge des personnes âgées en difficulté est aujourd'hui autant un problème culturel qu'un problème financier.

Paulette GUINCHARD-KUNSTLER

---

<sup>2</sup> “ Aide aux personnes âgées dépendantes : la famille intervient plus que les professionnels ” Pascale BREUNIER-  
Economie et statistique n°316-317, 1998 – 6/7

## **1<sup>ère</sup> Partie**

**La prise en charge des personnes âgées en perte  
d'autonomie : des enjeux sociaux majeurs**

# A/ 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> âge : une situation nouvelle

## I - Une population vieillissante

Le vieillissement de la population est un fait majeur de nos sociétés modernes. Chacun d'entre nous ne peut que s'en réjouir d'autant plus que ce vieillissement correspond à une espérance de vie sans handicap qui s'allonge.

En effet, si en 1900 les personnes âgées ne représentaient que 13 % de la population, elles étaient en 1995, selon une source de l'INSEE, plus de 11 millions, soit environ 20% de la population, à avoir dépassé le seuil de 60 ans ; 4 millions, soit environ 7% de la population, celui de 75 ans et plus d'1 million, soit environ 1,8%, celui de 85 ans.

En appliquant à ces données une perspective d'accroissement de la population sur la base d'une descendance finale d'environ 1,8 enfant par femme, en 2010 les plus de 60 ans représenteront 22,8% de la population, les plus de 75 ans 8,9% et les plus de 85 ans 2,5%. En 2050, ces données, avec la même hypothèse de croissance démographique, portent à 33,7% le pourcentage de 60 ans et plus, à 15,2% celui de 75 ans et plus et à 6,9% le pourcentage de 85 ans et plus. Dans un rapport publié en 1998 l'Organisation Mondiale de la Santé évaluait à 150 000 le nombre de centenaires en 2050, alors qu'ils sont 6 000 actuellement.

Ce vieillissement est dû certes à la baisse des naissances, mais aussi à l'allongement de la durée de la vie, résultat des progrès médicaux, de la protection sociale, de l'augmentation des revenus, des conditions de vie améliorées. Il touche l'ensemble de la population, personnes handicapées et travailleurs immigrés compris.

Cette situation nouvelle interpelle nos sociétés en posant deux problématiques : celle du financement des retraites et celle de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.

Le nombre approximatif de personnes âgées de plus de 65 ans souffrant de dépendance lourde est estimé aujourd'hui à 700 000 soit environ 270 000 hébergées en établissements pour personnes âgées et 430 000 vivant à domicile.

Alors qu'actuellement ce sont particulièrement les difficultés psychiques qui sont d'ordre invalidant, il nous paraît essentiel de prendre en compte la problématique des détériorations intellectuelles relatives notamment à la maladie d'Alzheimer ou à toute autre démence sénile.

Il nous paraît nécessaire de revenir sur les définitions qui ont tenté d'appréhender ce que vivent ces personnes âgées que nous qualifions de "dépendantes", en nous appuyant sur les réflexions du sociologue Bernard Ennuyer<sup>3</sup>.

Le mot "dépendance", synonyme dans son sens premier de "lien social" exprime l'idée de corrélation, d'interdépendance et de solidarité. Son sens a évolué jusqu'à induire une représentation sociale de la dépendance extrêmement négative sous forme de "charge financière" et de "problème social" pour la société.

Les personnes qui rencontrent des difficultés en vieillissant ont ainsi été étiquetées et stigmatisées sous l'appellation de "personnes âgées dépendantes", cette dénomination ne retenant

<sup>3</sup> ENNUYER Bernard. – (1998). 1973-1997, La généalogie de la Prestation Spécifique Dépendance. in *Les Cahiers de la Fondation Nationale de Gérontologie* n°84

que les notions d'"incapacité à faire" qu'elle confond avec le besoin d'aide, alors que ce sont pourtant deux notions distinctes.

C'est pourquoi il semble nécessaire de retenir la notion de désavantage social ou de handicap telle qu'elle a été définie dans la classification internationale des handicaps.

Six dimensions sont ainsi retenues :

- La mobilité, la possibilité de se mouvoir de façon efficace dans son environnement
- L'indépendance physique pour les actes élémentaires de la vie quotidienne
- L'occupation de son temps de façon normale, c'est-à-dire compte tenu de son âge, de sa culture
- L'orientation dans le temps et dans l'espace
- L'intégration sociale
- La suffisance économique

L'atteinte de l'une ou l'autre de ces dimensions confère alors automatiquement un handicap.

**Cette définition s'applique à tous les êtres humains quel que soit leur âge et il convient de s'interroger sur l'opportunité d'une politique particulière en direction des personnes de plus de 60 ans.**

## **II - Le regard sur la vieillesse**

**L'évolution de la définition de la dépendance fait qu'aujourd'hui parler de vieillesse revient trop généralement à évoquer les revers liés au vieillissement.** En utilisant le mot dépendance, en effet, on lui donne un sens négatif en oubliant que tout être humain a besoin des autres pour échanger, communiquer, vivre. Il s'agit donc avant tout d'un problème culturel, d'une démarche qui consiste à penser ce que chacun, quel que soit son âge, peut apporter à la société. Tout en affirmant le droit au soin, le vieillissement ne doit pas être synonyme de maladie mais uniquement d'un risque de plus grande vulnérabilité face aux troubles qui touchent toutes les tranches d'âge de la population et ce sont les maladies invalidantes qui sont à l'origine de la dépendance et non pas l'avancée en âge.

Si le mot vieillesse a longtemps rimé avec sagesse, comme c'est le cas encore dans beaucoup de sociétés, dans les années soixante, soixante-dix, il a été associé à celui de la retraite, qui évoque une époque de la vie durant laquelle hommes et femmes ont des activités diverses et nombreuses, des loisirs, ainsi qu'une riche vie de famille.

De nos jours, la vieillesse est associée à une période de fragilité physique, psychologique et sociale. On ne peut que déplorer cette évolution. Il est donc nécessaire d'aborder plus à fond cette problématique.

- Le vieillissement, processus naturel, constitue un élément inhérent à la personne humaine. Il a ceci de particulier qu'il est l'aboutissement de toute une vie, et que de ce fait il est chargé de l'histoire, de l'expérience de ce que chacun a vécu.
- C'est un temps où chaque homme, où chaque femme, en raison du changement de statut social, du changement dans son corps, de l'évolution de ses capacités physiques et

intellectuelles, de la diminution de son réseau social, se retrouve confronté à la nécessité de se forger une nouvelle image de soi, exercice parfois difficile dans une société où la vieillesse n'a pas sa place, où le corps jeune, sportif, et dynamique est seul valorisé, où c'est surtout le travail qui est source de reconnaissance.

- Tout au long de sa vie, chacun doit apprendre à accepter de vivre des pertes, des séparations, des changements : ce que les psychanalystes appellent le travail de deuil ; parce que proche de la mort, ce travail prend une dimension particulière dans cette période de la vie. Par ailleurs, il est significatif de constater que sur les 11 000 suicides enregistrés chaque année, plus de la moitié concernent les personnes âgées de plus de 55 ans et nous ne pouvons que regretter que le programme national de lutte contre le suicide ne tienne pas compte de cette réalité.

Il est donc nécessaire que ces différentes considérations soient prises en compte dans cette phase de la vie et dans toute politique d'accompagnement et de soins aux personnes âgées.

## **B/ Bien-vieillir et dépendance**

### **I - Une grande diversité de besoins**

Aux âges extrêmes de la vie, l'être humain est fragile. Le XX<sup>ème</sup> siècle a su développer des politiques qui permettent au petit enfant de s'épanouir et de construire sa personnalité. En cette fin de siècle, l'évolution démographique nous oblige à développer cette même démarche en direction des personnes âgées et à promouvoir l'idée du bien-vieillir.

A l'instar du Dr Pierre GUILLET<sup>4</sup>, un certain nombre de besoins fondamentaux doit être retenu concernant les personnes âgées.

- Dans le domaine de la santé, il faut rappeler les risques les plus fréquents chez les personnes âgées, qui devraient pouvoir bénéficier de mesures de prévention : les troubles de la mémoire, de l'humeur et du comportement, les états démentiels, les déficits sensoriels, les troubles de la marche et les maladies vasculaires. Le dépistage précoce de certaines maladies éviterait nombre de handicaps et de perte d'autonomie, en particulier l'ostéoporose, l'incontinence source d'isolement social, la dépression trop méconnue alors que très présente. De même, la diminution de la vue et de l'ouïe augmente le risque d'accident et surtout entraîne un renfermement sur soi.

D'autre part, en présence de risques d'affections nombreuses et pour des raisons culturelles, la demande de soins et médicaments est souvent importante voire trop importante chez les personnes âgées.

- Dans le domaine de la vie quotidienne, l'habitat n'est pas toujours adapté : rarement de plain-pied, sans ascenseur dans encore beaucoup trop de logements sociaux, avec des salles de bains peu adaptées, des volets mécaniques trop difficiles à manipuler, des aménagements à risque (tapis, meubles, sièges ...).
- La question du niveau de ressources financières est aussi essentielle pour les personnes âgées. Différentes études ont montré combien l'absence de moyens financiers peut être

---

<sup>4</sup> GUILLET P. – *L'Aventure de l'âge*.

source de repli sur soi, de solitude et donc d'augmentation du risque de dépendance. Elle renvoie donc directement à la question des pensions de retraite. C'est pourquoi les solutions au problème du financement des retraites devront tenir le plus grand compte du niveau des pensions.

La question financière renvoie également au respect de l'autonomie de la personne âgée handicapée ou non. En effet, combien de personnes âgées ont-elles perdu la possibilité d'effectuer personnellement leurs achats parce que leurs enfants, et surtout les structures qui les hébergent le font pour elles, alors qu'elles en auraient encore la possibilité. A cet égard, il est intéressant de mettre en valeur l'initiative de l'Association des Amis des Personnes Agées des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (Aspah) qui a mis en place une banque appelée GESTAL. Cette banque est au service des personnes âgées dépendantes et de leur projet de vie dans l'établissement.

#### GESTAL

Nom informatisé, qui veut dire : "Gestion Strasbourgeoise de l'Argent Liquide". Il s'agit d'un service quotidien offert aux personnes hébergées. Elles peuvent mettre leur argent liquide en sécurité, y accéder sur l'heure et durant toute la semaine. Elles peuvent ainsi continuer à gérer elles-mêmes leur pécule, sans avoir peur de se faire voler ou de tomber sous la coupe d'aigrefins indécents.

Le suivi des comptes déposés est tenu par un secrétariat que l'Aspah finance actuellement entièrement. La philosophie sous-jacente à cette action est la suivante. Même en institution ou en Maison de retraite, une personne reste en droit de continuer à vivre en citoyenne à part entière et de continuer à gérer son patrimoine (Art IV de la charte de la personne âgée dépendante). Si elle est désorientée, les membres de la famille sont en droit de savoir que ses menus besoins sont couverts et surtout, s'ils sont éloignés du lieu d'hébergement, de pouvoir subvenir à toutes les nécessités qui ne sont pas prévues dans les prix hospitaliers.

Elle suscite des possibilités d'animation comme les sorties et apporte vis-à-vis de l'argent une sérénité et une efficacité certaines. Celui-ci n'est plus tabou et sert à l'amélioration et à une meilleure qualité de vie à l'Hôpital (Rapport d'activité pour l'année 1998 de l'Aspah).

Ce système, tout en restituant l'usage personnel de l'argent, permet d'éviter infantilisation ou dépossession. La mise en place de magasins dans les maisons de retraite procède du même objectif.

Il faut noter également que les textes prévoient pour les personnes âgées qui bénéficient de l'aide sociale à l'hébergement la garantie de conserver 10% de leur retraite (ou au moins 425F par mois). Il n'en est pas de même pour celles dont les ressources sont équivalentes à la charge à assumer, et qui se retrouvent de ce fait sans aucune capacité d'autonomie financière. **Il semble donc que l'idée d'un "forfait autonomie financière" soit à étudier.**

- Dans le domaine des relations humaines, les personnes âgées ont besoin comme tout un chacun d'échange, de vie sociale, et de se sentir utiles.

Ainsi, quels que soient leur niveau de handicap et leur lieu de vie, les personnes âgées doivent trouver leur place dans leur environnement, dans la société.

A cet égard, il est intéressant de noter qu'actuellement presque 40 % des retraités participent à la vie associative contre 23 % il y a 20 ans. Ainsi, du parrainage du jeune chômeur à des actions de soutien scolaire, de la coopération internationale à une présence forte dans les associations caritatives, les retraités prennent toute leur place de citoyens.

De nombreuses initiatives émanant de CCAS, d'associations de maintien à domicile, de maisons de retraites, de services de long séjour ont permis d'éviter que le repli sur soi s'installe.

L'expérience du Printemps des Générations menée conjointement par le Mouvement de la Flamboyance et de nombreuses communes permet à des personnes âgées, par le biais de clubs du 3<sup>ème</sup> âge, de maisons retraites, de foyers logements, d'aider des jeunes à réaliser un projet professionnel. A Blois par exemple, des ateliers d'écriture regroupent personnes âgées et jeunes scolaires.

De même, l'Association de maintien à domicile de la région de Rennes organise à la journée ou à la semaine des sorties, des voyages pour les personnes âgées très dépendantes qui vivent à domicile. L'association "Tête grise et idée verte" développe depuis 10 ans en Saône et Loire et dans la Nièvre des séjours de vacances et des animations en direction des personnes âgées qui vivent dans des maisons de retraites ou des services de long séjour. Il convient de souligner également le travail réalisé par l'Association de Gérontologie du XIII<sup>ème</sup> Arrondissement de Paris qui, grâce à une grande variété d'ateliers, permet à de nombreuses personnes âgées de ce quartier de mener une vie sociale d'une grande intensité.

Citons enfin l'exemple des villes d'Athis-Mons, La Rochelle, Mâcon, qui ont pu, en s'appuyant sur le dispositif Nouveaux Emplois - Nouveaux Services, développer des services de transports, de navette, permettant à des personnes âgées en perte d'autonomie, de se déplacer pour leurs achats, leurs loisirs ou d'aller sur la tombe d'un proche. A Besançon, le Centre Gériatrique de Moyen Séjour, grâce à l'association TAG, offre aux personnes âgées malades ou en perte d'autonomie, des ateliers de peinture et de musicothérapie.

En institution de gériatrie, les initiatives permettant la vie sociale sont particulièrement nécessaires, de manière à éviter le désinvestissement, la somatisation et la dégradation de personnes âgées qui n'ont plus leurs repères, leurs objets familiers, leur chat ou leur chien. Elles se trouvent placées en effet dans des institutions qui permettent difficilement le "réapprovisionnement narcissique" et qui induisent un risque iatrogène, d'où l'importance de leur offrir des moments ou des lieux qui les mettent en situation d'être stimulées et simplement en relation. Le projet de l'hôpital Bretonneau à Paris est particulièrement intéressant dans ce sens : des appartements thérapeutiques, en lien avec l'hôpital gériatrique, permettront à des personnes âgées très dépendantes de rester vivre dans leur quartier. De telles initiatives, dans le XIII<sup>ème</sup> Arrondissement de Paris, à Dijon, ou à Haarlem au Pays-Bas permettent là aussi à des personnes âgées très dépendantes ou démentes séniles, de vivre comme à domicile.

A domicile, comme dans les structures d'hébergement, il faut reconnaître qu'être aidé, encadré, "pris en charge", peut entraîner un sentiment compréhensible de perte de confiance en soi. Concevoir une politique publique en direction de tels publics implique donc nécessairement d'avoir ceci à l'esprit. Toute forme de prise en charge donnant à la personne le sentiment qu'elle n'est plus qu'un objet médical ou qu'elle n'est plus une personne à part entière, révélerait un caractère invalidant, néfaste pour l'autonomie. Aussi, comme en témoignent les études de la Fondation de France ou encore un certain nombre des auditions effectuées par la mission, il importe de préserver cette part parfois ténue d'autonomie en raison du degré de dépendance, pour permettre à la personne âgée d'être actrice de sa vie.

De même, la préservation de la mémoire des personnes âgées constitue un enjeu particulièrement important pour les politiques en direction des personnes âgées. Comme le notait en effet le rapport Boulard en 1991, 95 % des pertes de mémoires ne relèvent pas de pathologies. *"Les personnes âgées ne manquent pas de mémoire ; elles manquent le plus souvent à leur mémoire faute d'avoir trouvé autour d'elles des personnes qui s'intéressent à cette mémoire"*.

Toutes ces initiatives permettent de donner de la vie à la vie. Mais si certaines communes, certains Conseils Généraux acceptent de financer de telles expériences, cela est hélas trop rare.

Malgré toutes ses expériences positives, il faut reconnaître que dans certaines institutions, par absence de moyens financiers, par absence de formation du personnel ou de projet d'établissement, des personnes âgées sont en situation d'extrême souffrance, repliées sur elles-mêmes ou se laissant mourir.

**Ainsi donc, on assiste tant à domicile qu'en hébergement, à l'expression d'une grande diversité de besoins. Il s'agit de besoins liés à des difficultés d'ordre physique : adaptation de l'habitat, hygiène, soins médicaux, vie quotidienne ou de besoins liés à un désinvestissement affectif et psychologique, ou encore de besoins liés à l'isolement, à un manque de communication et d'échange, ou enfin de besoins liés à l'accompagnement de fin de vie.**

**L'ensemble de ces besoins pose bien la définition du soin au sens large du terme, lequel recouvre des actes de nursing, d'accompagnement psychologique, et de mobilisation intellectuelle et sociale.**

Le travail réalisé à domicile et en hébergement par les équipes soignantes tente de prendre en compte cette définition de l'accompagnement, mais se heurte à un financement qui ne prend pas en compte cette globalité. Permettre la satisfaction des besoins d'échange, de lien social, d'utilité, mais aussi de respect des capacités d'autonomie est une composante essentielle de l'accompagnement et du soin aux personnes âgées.

Nous ne pouvons donc que regretter que dans le cadre de la réforme de la tarification des hébergements, les moyens au service de tels objectifs n'aient pas été affectés au tarif dépendance alors qu'ils font partie de façon inhérente de l'action de soins et de la lutte contre la dépendance.

## **II - Les démences séniles et la maladie d'Alzheimer : une source majeure de dépendance**

*"Souvent, je rêve d'elle, telle qu'elle était avant sa maladie. Elle a été morte. Quand je me réveille, pendant une minute, je suis sûre qu'elle vit réellement sous cette double forme, morte et vivante à la fois, comme ces personnages de la mythologie grecque qui ont franchi deux fois le fleuve des morts."<sup>5</sup>*

Le vieillissement de la population engendre un problème particulier qu'il convient de poser de manière spécifique : la question des démences séniles. On estime ainsi que sur 700 000 personnes âgées dépendantes de 70 ans et plus, près de 500 000 sont atteintes de démences séniles (toutes formes confondues). De plus, comme le soulignait récemment un rapport du Conseil Economique et Social<sup>6</sup>, *"au total, même si l'on s'en tient à des approches prudentes, le nombre de personnes âgées susceptibles de développer des pathologies mentales serait multiplié par six dans les 50 ans à venir. (...) Dans vingt ans, à traitement constant, on estime à deux millions le nombre de Français qui seront touchés par la maladie d'Alzheimer"*.

**De plus, il faut rappeler que certains médecins estiment que les démences séniles et les maladies neuro-dégénératives constituent quasiment la première source de dépendance des personnes âgées.**

<sup>5</sup> ERNAUX A. (1996). *Je ne suis pas sortie de ma nuit*. Editions Gallimard

<sup>6</sup> CES. (1998). *La prise en charge des personnes vieillissantes handicapées mentales ou souffrant de troubles mentaux* ; rapport de Janine CAYET, n° 98-22.

Ces problèmes mentaux sont très divers mais peuvent être dépistés et faire l'objet d'actions palliatives<sup>7</sup>. Il s'agit donc de définir une stratégie publique afin de les prendre en charge suffisamment tôt dans l'ensemble de leurs dimensions. La mission insiste sur cette question liée à la définition d'une politique de prévention du vieillissement et de l'apparition de démences séniles. En effet, les démences séniles sont très souvent facteurs de souffrance pour les familles qui voient leur parent âgé ne plus être capable de maîtriser son destin. C'est cette souffrance, issue de ces maladies dégénératives, qu'il convient de mieux mesurer.

Cela passe tout d'abord par un repérage en amont des personnes à risques (existence d'antécédents familiaux), mais aussi par la mise en œuvre d'actions préventives adaptées. Ces dernières sont bien évidemment médicales (traitement des affections en elles-mêmes ou des affections occasionnant une dépendance accrue), mais sont également indissociables d'aspects plus sociaux : environnement relationnel de la personne, soutien suivi des personnes...

Comme l'a souligné le Conseil Economique et Social<sup>8</sup>, les maladies mentales entraînent chez les personnes âgées qui en sont victimes, des pathologies surajoutées (c'est-à-dire des maladies qui viennent en plus en raison des pures pertes de fonctionnement neurologique) qu'il convient naturellement de prendre en charge. Ces surpathologies, qui peuvent correspondre à un vieillissement plus précoce que le reste de la population - ce que l'on appelle la sénescence- doivent être prises en compte dans le dispositif d'accompagnement de la personne. Celui-ci se doit de mettre en valeur la personne, de la faire s'exprimer et de la valoriser. Les hébergements devraient ainsi être pensés pour ces personnes notamment en termes d'accessibilité, de services communs.

En raison de tous ces facteurs, de nombreuses estimations chiffrent le coût global de la prise en charge des démences séniles à 15 à 20 milliards de francs. Ce dernier chiffre, issu de l'enquête épidémiologique PAQUID sur la maladie d'Alzheimer, montre toute l'importance de ces maladies.

La mission tient à mentionner le travail très important mené dans ce secteur par le monde associatif, et plus particulièrement par l'association France Alzheimer. Cette dernière, autour d'initiatives de groupes de paroles, de dispositifs de sensibilisation, de recherches sur l'origine et le dépistage de ces maladies, a suscité une réelle attention sur cette question dans le débat public. Il faut d'ailleurs remarquer certaines initiatives parlementaires à ce sujet. La mission ne prône pas, a priori, de mesures législatives sur cette question des démences séniles, mais elle souhaite que les pouvoirs publics intègrent systématiquement cette dimension dans les politiques menées en direction des personnes âgées dans leur ensemble, et ce d'autant plus, que les démences séniles constituent une source importante de dépendance pour les personnes âgées.

L'amélioration de la prise en charge médicale de ces maladies est urgente (par de meilleures prises en charge des interventions paramédicales, aujourd'hui trop souvent soumises à la bonne volonté de certaines caisses d'assurance maladie), de même qu'une distribution plus large des prestations et des aides financières apportées à la personne, et enfin des aménagements réels dans les dispositifs d'hébergement.

Il s'agit là d'impératifs auxquels les pouvoirs publics doivent répondre afin d'assurer une fin de vie digne aux personnes âgées victimes de ces maladies et à leurs familles, qui sont en première ligne dans la prise en charge.

---

<sup>7</sup> L'étude des 3 cités (Montpellier, Bordeaux, Dijon) menée par l'INSERM montre toute l'ampleur prise par les démences séniles dans la perte d'autonomie des personnes âgées.

<sup>8</sup> CES, (opus cité).

### **III - Les handicapés vieillissants, une catégorie dont la prise en charge est difficile**

La notion de personnes âgées en France est délimitée par la barrière de l'âge de 60 ans. Selon que l'on ait plus ou moins de 60 ans, la situation varie complètement quant aux possibilités de prise en charge. Ceci est d'autant plus valable que la loi du 24 janvier 1997, créant la PSD, marque cette coupure radicale en n'allouant la PSD, qu'aux personnes âgées de plus de 60 ans, alors que l'Allocation Compensatrice Tierce Personne était versée, en vertu d'une lecture extensive de l'article 39 de la loi du 30 juin 1975, sans condition d'âge, donc au-delà de 60 ans.

La réforme de la PSD est ressentie comme un recul pour les personnes handicapées vieillissantes. Pourtant, il convient de noter qu'un mécanisme dit de droit d'option permet de conserver l'ACTP dans deux cas distincts. Ainsi la personne pourra conserver définitivement l'ACTP si son attribution a eu lieu avant ses 60 ans.

En revanche, le problème se pose pour les personnes ayant commencé à percevoir l'ACTP après 60 ans et avant la loi PSD. Ces dernières ne pourront continuer à percevoir l'ACTP que pendant une période déterminée et relèveront par la suite du mécanisme de la PSD.

La mission insiste donc sur la nécessité de prendre en compte la situation des personnes handicapées vieillissantes (dont certaines présentent des caractéristiques spécifiques, comme les personnes aveugles) ne pouvant plus obtenir après 60 ans l'ACTP et donc ne pouvant bénéficier d'aides spécifiques et d'appuis techniques. A cet égard, l'utilisation de la PSD est problématique car elle couvre en l'état actuel imparfaitement les frais entraînés par certains handicaps.

Des inquiétudes ont été exprimées par les associations quant à l'article 134 de la Loi de Finances pour 1999, qui aménage pour l'ensemble des bénéficiaires de l'AAH, un passage automatique dans le dispositif de la retraite pour inaptitude au travail dès l'âge de 60 ans. Cette disposition a pour objet d'affirmer la reconnaissance de l'inaptitude au travail dont ils bénéficiaient déjà en raison de leur taux d'incapacité. La reconnaissance automatique de l'inaptitude au travail à l'âge de 60 ans leur permettra de bénéficier, dès cet âge, du minimum vieillesse.

De même, la mission souhaite attirer l'attention sur la situation des personnes handicapées vieillissantes accueillies en hébergement. Les associations craignent que le vieillissement des personnes hébergées implique un changement de statut, et donc une éventuelle obligation de conventionnement des établissements afin de pouvoir accueillir ces personnes handicapées vieillissantes en ouvrant droit aux prises en charge adéquates. En cas de refus de conventionnement, il est à craindre des difficultés nouvelles pour les personnes handicapées vieillissantes, obligées de quitter un lieu qu'elles connaissaient pour aller vers un hébergement dont les conditions peuvent être déstabilisantes. Leurs conditions d'hébergement doivent être préservées ainsi que la prise en charge financière dont elles font l'objet.

**Enfin, la situation des handicapés vieillissants illustre bien le problème que pose la barrière des 60 ans. L'enjeu de construire une politique du vieillissement en lien avec une politique du handicap, en respectant la spécificité de l'une comme de l'autre est ainsi posé.**

#### **IV - Le vieillissement des populations immigrées : un problème spécifique**

Aborder cette question spécifique surprendra certains observateurs du secteur. Pourtant, la mission considère que la situation de ces femmes et de ces hommes qui ont travaillé en France et qui y vieilliront, mérite d'être regardée avec attention.

Ces vieillards immigrés cumulent plusieurs handicaps. Aux problèmes communs à l'ensemble des personnes âgées (questions de prise en charge, de prestations...), s'ajoutent des problèmes plus spécifiques liés à leur origine, à leur mode d'hébergement (souvent en foyers de travailleurs). En effet, c'est le travail qui a fait venir en France toutes ces personnes (le plus souvent des hommes). La fin de l'activité professionnelle signifie pour elles une véritable rupture avec leur raison de vivre, et ce d'autant plus que les liens avec leur famille souvent restée au pays sont parfois très ténus. Cette population rencontre de fait un passage à la retraite difficile à vivre (difficultés de tous les jours liées à un fort taux d'illettrisme, à l'isolement dans les foyers...). Par ailleurs, leur situation quant aux droits sociaux est complexe. Elle a été améliorée par la loi du 11 mai 1998 modifiant l'ordonnance de 1945 relative à l'entrée et au séjour des étrangers.

Ainsi les personnes âgées de nationalité étrangère ont droit à l'allocation supplémentaire aux personnes âgées (article L816-1 du code de la sécurité sociale) et peuvent bénéficier de l'AAH (article L821-9 du même code). Cette même loi a également supprimé la condition de résidence en France pour demander la liquidation de la pension de retraite, et surtout instauré une carte de séjour portant la mention retraité qui permet de faire des aller-retour entre la France et le pays d'origine.

Toutefois, des améliorations sont encore à attendre, notamment, pour les ressortissants algériens dont les conditions de séjour ne relèvent pas de l'ordonnance de 1945, la limitation de certains délais restreignant l'accès à l'assurance-maladie en cas de trop longue absence à l'étranger, ou quant aux questions de qualité des pièces justificatives ou de conditions de domiciliation qui peuvent, en raison d'un parcours professionnel chaotique, être difficiles à réunir<sup>9</sup>.

Par ailleurs, outre ces aspects d'accès aux droits sociaux des personnes âgées étrangères, la mission insiste sur la situation matérielle de ces personnes. Celles-ci continuent souvent de vivre dans des foyers (en raison d'un isolement familial important) qui ont été conçus pour des travailleurs actifs. Leur accessibilité est donc mauvaise, les conditions d'accompagnement social et médical quasiment inexistantes. A ce titre, il faut souligner les travaux menés dans le cadre de la CILPI (Commission Interministérielle de Logement des Personnes Immigrées), avec le concours du FAS et les initiatives intéressantes qui ont été présentées lors d'un colloque organisé en juin 99 par le FAS et l'association "le Mouvement de la Flamboyance" sur la question des immigrés vieillissants. La mission préconise de développer en collaboration avec le FAS les initiatives de prise en charge particulière de ces personnes et de poursuivre notamment une réflexion autour d'une amélioration de leurs conditions d'hébergement, en respectant leurs identités diverses.

---

<sup>9</sup> Voir la revue du FAS n° 87 (1998), *Ecartis d'identité*, ou la revue *Plein Droit* (juillet 1998).

## **C/ Une forte implication des familles**

Les parents ne vivent plus avec leurs enfants comme c'était le cas il y a encore quelques années, mais le lien familial reste très fort. Les parents habitent encore très souvent à proximité de leurs enfants, les solidarités familiales s'exercent des grands-parents envers les petits enfants (garde, financement des études, aides en cas de chômage, ...), et cette solidarité se retourne des enfants vers les parents âgés quand la dépendance arrive (présence le soir, les fins de semaine et durant les vacances, même dans le cas d'éloignement important). **Ce sont souvent les filles ou les belles-filles qui assument cette présence, ce travail.**

### **I - Des familles qui s'investissent**

Si les aides dont bénéficient les personnes âgées vivant à domicile sont très diverses, une constante se dégage des différentes études qui ont été menées depuis une dizaine d'années : l'aide familiale et de voisinage (aide informelle) est beaucoup plus développée que l'aide professionnelle et ce à tous les niveaux de dépendance. A titre d'exemple, on peut citer 3 enquêtes qui toutes vont dans le même sens :

- L'enquête menée en 1988 par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse auprès de 2000 personnes âgées de 75 ans et plus dans les départements du Doubs et de Loire Atlantique, révèle que 5 à 10% des personnes sévèrement dépendantes vivant à domicile disposent uniquement d'aide professionnelle alors que plus de 50% ne bénéficient que de l'aide de l'entourage et que 40% cumulent les deux types d'aide.
- L'enquête *Relations entre générations et soutien familial* également réalisée par la CNAV en 1992 fait apparaître que 50% des personnes âgées reçoivent une aide régulière de membres de leur famille, ce pourcentage s'élevant à 84% lorsque la personne âgée a des difficultés pour accomplir les actes de la vie quotidienne.
- Enfin une enquête réalisée par le CREDOC en 1995, indique que 80% des personnes sévèrement dépendantes, c'est-à-dire confinées au lit ou au fauteuil, reçoivent une aide de leurs proches dont environ 50% de manière exclusive.<sup>10</sup>

### **II - Des familles qui s'épuisent**

**La vieillesse évolue dans une succession de périodes de calme et de crise. C'est dans ces périodes de crise, de maladies, d'accidents que s'exprime l'épuisement de la famille, en particulier dans les situations de démence. C'est dans ces moments de crise, où problèmes affectifs et financiers se mêlent, que les familles expriment une demande difficile et douloureuse afin de pouvoir répondre au changement de comportement de leur parent. L'absence marquée de lieux d'écoute et d'information, de soutien aux familles, d'aide à la décision, de dispositif de médiation familiale, d'accueil de jour ou encore d'hébergement temporaire, débouche très souvent sur une demande d'hébergement ou une prise en charge à domicile trop lourde.**

<sup>10</sup>BREUNIER P.(1998) *Aide aux personnes âgées dépendantes : la famille intervient plus que les professionnels* – Economie et statistiques n°316-317.

En effet, les familles doivent être aidées de manière significative car la vieillesse constitue bien un enjeu particulier qui renvoie certes au champ public (enjeux démographiques, modes socialisés de prise en charge, etc...), mais aussi au champ privé car la vieillesse est une affaire essentiellement familiale.

La famille est certes, comme l'a rappelé Dominique Gillot<sup>11</sup>, due à la présence d'un enfant ; elle se forge aussi dans la capacité des enfants à prendre en charge leurs parents.

Cette aide reste fondamentale pour la majorité des personnes âgées. Il faut d'ailleurs saluer l'existence d'une telle aide pour le maintien d'une forme de lien social et de transmission intergénérationnelle. Toutefois, il paraît nécessaire de pouvoir définir une forme d'équilibre entre cette aide familiale, qui garde un rôle de première importance dans l'accompagnement du vieillard et une aide socialisée, professionnalisée.

La mission considère comme essentiel de favoriser les dispositifs permettant aux personnes âgées, à leurs familles, de participer à la mise en œuvre de la prise en charge. Il s'agit de redonner une place à la notion de médiation familiale avec les acteurs institutionnels ou professionnels. Ces expériences de coordination avec la famille et la personne qui permettent justement de mieux l'écouter, donc de mieux agir, existent. La mission tient à les mentionner afin qu'elles puissent, autant que faire se peut, contribuer à une plus grande attention portée aux familles dans la définition de l'aide aux personnes âgées. Ainsi, l'action de l'Association Gérontologique du 13<sup>ème</sup> Arrondissement de Paris ou de la coordination de Lunel sont deux exemples qui associent les familles, les personnes âgées dans la construction de l'aide. De même, la constitution de groupes de paroles (développés notamment par l'association France Alzheimer ou l'école d'aide aux aidants de Strasbourg et de Mulhouse) permet aux familles d'exprimer leurs difficultés, leur fatigue, leur souffrance. De la sorte, la liberté de choix des personnes est préservée, et l'on peut raisonnablement penser qu'en fonctionnant de la sorte, des évolutions comme le placement en hébergement peuvent être mieux maîtrisées.

L'investissement des familles ne pourra se maintenir dans une exigence de qualité qu'à la condition que soit mis en place un ensemble de dispositifs allant d'actions de prévention de la dépendance à des actions de maintien à domicile, ainsi que des dispositifs d'hébergement collectif de qualité. Des lieux d'information, d'accueil et d'aide à la décision permettant à la personne et à la famille de connaître l'ensemble des aides financières possibles et des services disponibles, et surtout, des hébergements de fin de semaine ou de semaine complète permettant aux aidants familiaux de faire une pause dans la prise en charge de leur parent âgé doivent prendre toute leur place dans cet ensemble.

Cette attention pour les familles doit aussi s'exprimer par des mesures d'aide financière, des mesures fiscales ou des exonérations de charges liées à la prise en charge d'une personne âgée, mais aussi par des dispositifs précis de soutien, comme la promotion d'un véritable statut de l'aidant bénévole aux côtés de la nécessaire professionnalisation du secteur.

**Il importe donc de reconnaître l'évolution de la famille, l'investissement des enfants aux côtés de leurs parents âgés, leur participation aux choix de vie de la personne et aux modalités de prise en charge tant à domicile qu'en hébergement.**

---

<sup>11</sup> GILLOT D. (juin 1998). *Pour une politique de la famille renouvelée*. Rapport au Premier Ministre et Ministre de l'Emploi et de la Solidarité.

## **D/ Des années de recherche et de réalisations trop peu valorisées.**

Ces travaux, cette recherche, ces initiatives ont touché le domaine médical, les modes de prises en charge des personnes âgées ainsi que les politiques locales.

C'est principalement le milieu médical qui a jusqu'à présent porté la recherche et la connaissance du vieillissement, malgré le manque de reconnaissance du monde universitaire. Il convient à cet égard de citer, en particulier, les travaux réalisés par les Professeurs Huguenot à Grenoble (avec la création du Centre Pluridisciplinaire de Gérontologie), Kuntzmann à Strasbourg, Forette à Paris, et bien d'autres.

Ces travaux ont été relayés par les différentes sociétés gérontologiques qui se sont créées en France. Plusieurs universités ont développé des formations continues (diplômes universitaires) en direction des médecins et des professionnels. Les travaux du Dr Guillet dans le cadre de l'Association Gérontologique du 13<sup>ème</sup> Arrondissement, l'inlassable animation de la Fondation de France, de la Fondation Nationale de Gérontologie relayée par le GERIAPA ont mis en valeur, diffusé, approfondi, les différentes approches de la prise en charge des personnes âgées. Les CODERPA, dans certains départements, ont fait écho à ces travaux.

Tous se sont fait le relais de cette volonté d'initiative et de recherche qui se retrouve dans les structures d'hébergement collectif ainsi qu'au niveau du maintien à domicile. Ces structures ont su par des démarches qualité, par des politiques de formation de leur personnel, par la mise en place de projets d'établissement, mettre en œuvre des approches globales, sanitaires, sociales et psychologiques. A cet égard, les initiatives concernant les démences de type maladie d'Alzheimer constituent un bon exemple d'expériences réussies comme le montrent les mises en place de petites unités de vie sur certaines parties du territoire, à l'image des Diaconesses à Strasbourg ou des appartements d'accueil de Dijon ou du 13<sup>ème</sup> Arrondissement de Paris. De même, le concept des Maisons d'Accueil Rurales pour Personnes Agées (MARPA), développées par la MSA, privilégie l'approche des lieux de vie à la seule approche sanitaire (ces structures étant placées sous la responsabilité d'une maîtresse de maison et les soins étant pris en charge soit par le service de soins à domicile, soit par les infirmières libérales). Ces nombreuses expériences montrent la nécessité d'avoir une approche globale, où l'approche sanitaire, sociale, culturelle et l'accompagnement psychologique sont liés.

Les collectivités locales, communes et Conseils Généraux, à des degrés divers, ont su diffuser, accompagner ou fédérer de telles démarches. Ainsi dans le Territoire de Belfort, à l'initiative de médecins gériatres, une Fédération Gérontologique s'est-elle mise en place. S'adressant d'abord aux professionnels des services hospitaliers concernés, elle s'est très rapidement tournée vers des intervenants extérieurs. Ainsi, grâce à des financements du Conseil Général, l'association mandataire "Colchique" et cette Fédération Gérontologique ont mené des actions de formation en direction des aides à domicile et animent des groupes de paroles où se réunissent professionnels et familles. Depuis, une Confédération Gérontologique réunissant l'ensemble des acteurs du département est née. D'autres départements comme l'Ille-et-Vilaine financent depuis plusieurs années des formations en direction des aides à domicile.

En dépit de ces initiatives, il nous faut souligner plusieurs paradoxes : malgré les recherches dans le domaine médical, **l'insuffisance de la formation gériatrique** longtemps reçue par la majorité des médecins généralistes conduit trop souvent à une mauvaise appréciation de la situation, à une surconsommation de médicaments, voire à des erreurs de diagnostic qui sont source de

renforcement des pathologies, de mauvaise orientation des personnes âgées et très souvent engendrent des surcoûts pour la collectivité. Différentes auditions ont permis à la mission de constater que l'hospitalisation des personnes âgées semble se faire souvent par défaut d'une évaluation médicale appropriée associant un examen clinique attentif, une connaissance des antécédents et la pratique d'éventuels examens complémentaires.

D'autre part, un certain nombre de communes, de CCAS, de Conseils Généraux, d'associations de maintien à domicile, ont développé des politiques de prise en charge qui, sortant de l'approche purement sanitaire, permettent une approche fondée sur le lien social et l'interdépendance (cf les expériences conduites dans les foyers-logements depuis une trentaine d'années, les initiatives des CCAS de Roanne, Athis-Mons, Saint Herblain, Rennes, de l'ASAD du Pays de Rennes, ... à titre d'exemples). Il faut bien constater cependant que cette approche sociale n'a pas prévalu dans les réponses apportées aux attentes des personnes âgées et de leur famille.

**L'approche essentiellement sanitaire empêche que soit mise en place une réponse gérontologique globale.** La réalité de ce que vit une vieille dame ou un vieil homme doit amener à prendre en compte l'ensemble des dimensions : les conditions d'habitat (bien souvent les personnes âgées n'ont besoin pour rester à domicile que d'une adaptation du logement au handicap, dans le logement social en particulier), l'implication des solidarités environnementales qu'elles soient familiales ou de voisinage, les ressources de la personne, la vie affective et l'histoire de la personne, la vie sociale, la santé...

**C'est pourquoi il nous faut donc tout à la fois :**

- **Faire reconnaître la gériatrie dans la médecine généraliste mais aussi dans les hôpitaux, car tout progrès de la gériatrie évite des dépendances lourdes.**
- **Développer une approche plus sociale, plus psychologique, plus culturelle permettant de rompre avec l'idée que le grand vieillard n'est qu'un malade.**
- **Diversifier et former l'ensemble des intervenants auprès des personnes âgées.**

## **E/ Une politique de la vieillesse marquée par une grande diversité d'acteurs**

**La politique de la vieillesse révèle une grande hétérogénéité d'acteurs et de financeurs, rendant les dispositifs d'aide peu compréhensibles par les personnes et leur famille.**

Cette extrême diversité s'exprime tout d'abord au niveau **des décideurs**. Les communes et leurs CCAS, depuis de très nombreuses années animent et construisent des politiques en direction des personnes âgées. Interlocuteurs privilégiés de ces dernières, ils gèrent des foyers-logements, des maisons de retraites, des services d'aide et de soins à domicile, etc..., ils expérimentent également des coordinations, des politiques intergénérationnelles. Toute évolution de la politique de la vieillesse devra tenir compte de cette réalité.

Les Conseils Généraux, rendus compétents par la loi de décentralisation en matière d'aide sociale, sont devenus des décideurs essentiels dans le cadre de la loi de janvier 1997 sur la PSD. Si certains ont une approche très financière de cette responsabilité, d'autres ont développé de véritables politiques de coordination gérontologique, mobilisant l'ensemble des acteurs, et participent à des politiques de formation en direction des professionnels. La plupart, dans le cadre des schémas gérontologiques départementaux, interviennent dans la réhabilitation des structures d'hébergements. Un certain nombre d'entre eux font part de leur souhait d'être dessaisis de la PSD.

L'Assurance Maladie quant à elle prend en charge, dans le cadre de la politique et du financement de la santé, une partie non négligeable des soins médicaux.

Les Caisses de Retraites dans le cadre de leurs actions sociales, elles-aussi, développent et financent du maintien à domicile (aide à domicile, amélioration de l'habitat), et initient des actions de préventions. Elles sont un des financeurs les plus importants du maintien à domicile.

Cette complexité se retrouve aussi dans **les structures gestionnaires** de l'aide aux personnes âgées, que ce soit dans les services de soins à domicile ou dans les structures d'accueil des personnes âgées. **Rares sont les gestionnaires responsables en même temps de ces deux types d'offre, ce qui renforce la dichotomie entre hébergement et domicile.**

Les services à domicile peuvent être gérés par des communes ou des associations, ces dernières regroupées en deux principales fédérations nationales : l'UNADMR et l'UNASSAD. Depuis plusieurs années, associations mandataires et intermédiaires, pour des raisons fiscales, se sont développées.

Le maintien à domicile est d'autant plus complexe qu'il s'organise autour de deux types d'aide séparés dans leur financement : celui des soins infirmiers, et celui de l'aide à domicile. Cette dernière relève elle-même de financements différents : la PSD, l'aide extra-légale des caisses de retraite et le financement par les particuliers eux-mêmes.

Ainsi, **les intervenants** auprès de la personne âgée sont parfois très nombreux, surtout si la perte d'autonomie est lourde. Dans la journée ou dans la semaine peuvent se succéder au domicile de la personne âgée des infirmières, des aides-soignantes, des aides ménagères, des kinésithérapeutes...etc, sans forcément qu'il y ait de coordination entre ces professionnels. Les médecins généralistes ou les SSIAD en prennent parfois l'initiative.

Les exemples des associations d'aide à domicile qui gèrent ces 2 types de services comme l'ASAD du Pays de Rennes montrent la pertinence de véritables services polyvalents d'aide et de soutien à domicile.

Les structures d'hébergement sont quant à elles gérées par des associations à but non lucratif, des hôpitaux, des collectivités locales et des sociétés privées qui se sont développées dans des secteurs géographiques du fait de l'absence de places en institutions et du fait de l'absence de modes de prise en charge spécifique pour les démences séniles par exemple.

Enfin, **les financeurs** sont également multiples et recouvrent l'Etat (notamment par les mesures fiscales), les Caisses de Retraites, les collectivités locales et surtout, les personnes et leurs familles.

Malgré cette complexité, il est nécessaire de reconnaître la richesse des initiatives qui se sont développées au niveau local. Il est impératif de promouvoir la notion de travail en réseau pour l'ensemble de ces acteurs. Cette coordination atteindra toute son efficacité en se développant à l'échelon territorial du bassin de vie.

## **F/ La complexité des systèmes de prise en charge financière**

Un fait simple doit être rappelé. Les personnes âgées, leur famille assument aujourd'hui la part la plus importante de l'effort financier pour prendre en charge la question de la dépendance. Ainsi, une estimation approchée des enjeux financiers pour le seul domaine de l'hébergement en 1995<sup>12</sup> aboutissait à un total de 64,5 milliards de francs en comprenant l'ensemble des dépenses liées à la dépendance. Sur ce total, 22,9 milliards de francs revenaient à la Sécurité Sociale, 6,3 aux Conseils Généraux, et 38,7 aux personnes âgées elles-mêmes.

Un tel chiffre permet de comprendre les critiques formulées par les personnes âgées et les familles. Certaines situations individuelles rencontrent des problèmes importants en termes de prise en charge de la personne. De même, la complexité, la faiblesse ou les effets de seuil créés par certains dispositifs peuvent entraîner un transfert vers le secteur souterrain ("travail au noir"). Les familles peuvent préférer cette solution pour des raisons strictement financières, alors que celle-ci n'est satisfaisante ni pour l'accompagnement de la personne (en raison de la faible professionnalisation de l'aidant), ni pour le statut et les conditions de travail de cette personne aidante.

Par ailleurs, si des avancées ont été progressivement mises en œuvre grâce à l'individualisation de l'aide, la prise en charge demeure encore trop mécanique et ne prend pas encore assez en compte l'ensemble des besoins. La mission regrette que les prestations soient réservées presque exclusivement au financement d'heures d'aide à domicile, rendant la prise en charge insuffisante. Il convient donc de réformer cette prise en charge dans le sens d'une utilisation plus souple.

### **I - une logique de financement parcellisé**

#### **1/ Les aides au soutien à domicile ou à l'hébergement**

Outre la PSD, les mesures fiscales ou d'exonérations de charges sociales, les personnes en perte d'autonomie peuvent bénéficier de prestations d'aide ménagère ou d'aide de garde à domicile. Ces prestations sont de deux natures.

##### **a/ L'aide sociale des Conseils Généraux**

Les Conseils Généraux financent d'abord des prestations d'aide ménagère à domicile dans la limite de 30H par mois avec un recours sur succession limité (article 146 du CFAS), des allocations représentatives des services ménagers ou encore des fournitures de repas. Ces prestations permettent de fournir une assistance aux personnes incapables d'assumer seules les tâches domestiques. Elles sont versées par les Départements aux personnes dont les ressources sont inférieures au Minimum Vieillesse (3 300 F environ)<sup>13</sup>. Par ailleurs, que ce soit, en placement familial ou en établissements, le Conseil Général finance l'aide sociale à l'hébergement.

<sup>12</sup> Chiffres tirés d'une étude de la CNAV

<sup>13</sup> art. 157 à 186 du CFAS.

## **b/ L'aide extra-légale des Caisses de retraite**

Au-delà des plafonds légaux dans lesquels se placent les Conseils Généraux, les Caisses de retraites attribuent également une aide ménagère à domicile pour les personnes âgées le nécessitant. Celle-ci représente une part nettement plus importante que l'aide légale des Conseils Généraux. La prestation d'aide ménagère servie par les caisses de retraites constitue ainsi une prestation extra-légale. La détermination du nombre d'heures nécessaires est fonction du régime de retraites. De même, un barème de contribution des personnes est également déterminé en fonction du régime de retraites. Ces aides ménagères sont d'une importance considérable pour les personnes âgées en perte d'autonomie qui ne sont pas concernées par les critères d'application de la PSD (celles qui ne sont pas suffisamment dépendantes pour être classées dans les trois premiers niveaux de la grille AGGIR<sup>14</sup> qui ouvrent droit à la prestation, ou celles dont les niveaux de revenus dépassent les critères retenus).

Il est à noter toutefois que les caisses de retraite refusent parfois l'aide ménagère aux personnes dépassant les critères de revenus de la PSD.

Enfin, il faut souligner que les critères d'intervention et de versement de l'aide ménagère des caisses sont différents d'un régime à l'autre créant du même coup des inégalités de fait. Ce phénomène est d'autant plus dommageable que les caisses peuvent avoir tendance à vouloir diminuer leur niveau d'intervention, comme a pu en témoigner le débat autour du niveau du forfait d'intervention des heures ménagères.

Les différentes caisses restent ainsi a priori souveraines de leur niveau d'intervention, du nombre d'heures mensuelles allouées (pouvant varier de 10 à 90 heures par mois en fonction des caisses), de l'application d'un système de dégressivité en fonction du nombre d'heures (celui-ci n'existe que dans certains régimes : CRAM, Régime des Mines) ou encore de la participation des usagers qui, à niveau égal de ressources se verront demander des sommes très différentes selon leur régime d'affiliation. Il conviendrait rapidement de mettre un terme à cette inégalité entre personnes âgées, inégalité d'autant plus flagrante qu'elle peut s'exprimer à un échelon local où elle prend encore plus de sens. En effet, dans une même commune, dans une même famille, deux personnes relevant d'un même niveau de dépendance avec des ressources identiques mais appartenant à un régime différent, bénéficieront d'aides sensiblement différentes ; voire l'une pourrait être aidée, l'autre non. Au niveau national, le pourcentage de l'aide ménagère à domicile par rapport au montant de prestation vieillesse versé passe ainsi de 0,627% pour la CNAVTS, à 0,385% pour la MSA, ou encore à 1,369% pour le régime ORGANIC ou à 0,258% pour le régime SNCF<sup>15</sup>.

Afin de répondre à cette situation problématique, la mission propose d'instaurer très rapidement la création **d'une prestation légale de soutien à domicile**.

## **2/ Mesures fiscales et d'exonérations de charges patronales**

Par ailleurs, outre la PSD ou l'ACTP qui continue d'être versée si elle a été acquise avant 60 ans (cf. mécanisme du droit d'option), les personnes âgées peuvent recevoir différentes aides financières ou matérielles - en termes d'aides et soins à domicile.<sup>16</sup>

<sup>14</sup> Cf annexe n°2 : présentation de la grille AGGIR.

<sup>15</sup> Cf annexe n°3.

<sup>16</sup> Cf annexe n°4.

En matière **d'exonérations de cotisations patronales**, la personne est complètement exonérée si elle perçoit la PSD - classée en GIR I à III -, ou l'ACTP. Ces exonérations de cotisations patronales liées à l'emploi d'une tierce personne sont prévues à l'article L 241-10 du Code de la Sécurité Sociale.

De plus, la loi n°98-1194 du 23 décembre 1998 portant financement de la Sécurité Sociale pour 1999 a instauré, par son article 5, la généralisation de ces mécanismes d'exonérations. A cet égard, en terme d'efficacité économique, mais aussi de justice sociale, il semble bien qu'il soit préférable d'utiliser ces mécanismes d'exonérations de charges liées aux handicaps, plutôt que les seules réductions d'impôt<sup>17</sup>. Toutefois, la problématique de la compensation de telles exonérations reste à étudier. En effet, de telles exonérations pèsent sur les comptes des régimes de Sécurité Sociale si l'Etat ne les compense pas. C'est ainsi que la CNAV a justifié, récemment, à tort d'ailleurs, la baisse de son taux d'intervention pour l'aide-ménagère à domicile en raison de la non-compensation de l'élargissement des exonérations établies par la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 1999. La mission souligne ainsi l'importance de la mise en cohérence de l'ensemble des dispositifs publics d'aide aux personnes âgées.

Fiscalement, des réductions d'impôt, dites "Emplois familiaux" peuvent être utilisées à raison de 50% des dépenses d'aide à domicile, dans la limite de 45 000 F et 90 000 F pour les personnes invalides ou les contribuables ayant à charge à domicile une personne âgée, ou pour les plus de 70 ans à raison de 25% des sommes versées en SCM ou SLD dans la limite d'un plafond de 15 000 F. En 1996, la réduction d'impôt "emplois-familiaux" a représenté globalement une charge relativement importante pour les finances publiques, puisqu'elle s'est montée à 6,1 milliards de francs, et les chiffres du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité ainsi que le rapport Hespel-Thierry laissent à penser que ces initiatives n'ont pas créé un nombre additionnel d'emplois conséquent. De 1992 à 1996, on a créé 84 000 emplois équivalent temps plein, dont une large part sans création réelle d'activité mais par "blanchiment de travail au noir"<sup>18</sup>. De plus, ces mesures fiscales présentent des limites importantes. Comme le mentionnait déjà le rapport Boulard, *"ces aides sont également inégalitaires, tout le monde n'ayant pas les moyens de recruter une aide à domicile ou ne disposant pas de revenus rendant intéressant le droit à réduction d'impôt"*. A cet égard, il convient de souligner qu'une première réforme serait, sans remettre complètement en cause ces dispositifs, de moduler ces aides en tenant compte de critères de dépendance et non pas uniquement de critères d'âge (cette amélioration ne solutionne toutefois pas le problème des grands dépendants qui ne paient pas d'impôts sur le revenu).

### **3/ La PSD**

La création de la PSD a constitué, sans parler des critiques et des limites quant à sa philosophie et à son application, un changement important dans l'aide apportée aux personnes âgées.

Cette prestation, créée pour remplacer progressivement l'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP) pour les personnes de plus de 60 ans (allocation qui était à l'origine destinée à tous les adultes handicapés sans limite d'âge), est une prestation en nature, **définie dans le cadre d'un plan d'aide individualisé**, devant servir à couvrir des dépenses d'accompagnement de la dépendance par la rémunération d'un salarié ou d'un service que le bénéficiaire emploie à domicile, ou à payer un dispositif d'hébergement.

<sup>17</sup> Voir rapport HESPEL THIERRY (IGAS, IGF, 1998), et le rapport du CAE sur les emplois de proximité.

<sup>18</sup> Voir DARES. (1997). *Les emplois familiaux et les organismes de services aux personnes en 1996*, Premières informations et premières synthèses, n° 46.1.

**Le bilan de la PSD est très contrasté.** Par le jeu d'un plafond de revenu relativement élevé et de la mise en œuvre d'une forme de dégressivité dans la prestation, la PSD permet de couvrir près de 80% des personnes âgées dépendantes de 75 ans - deux tiers ayant droit à l'intégralité de la prestation, et 20% ayant droit à une prestation différentielle.

**Toutefois, cette large assise de la PSD reste très théorique tant la PSD est soumise à un ensemble d'autres conditions :**

- **le niveau de dépendance**
- **les mécanismes de recours sur succession** qui créent des **phénomènes d'“autocensure”** importants sur lesquels nous reviendrons
- **un mécanisme de dégressivité au-delà de 6 000 francs de revenus mensuels** pour une personne.

**La PSD, selon les règles de l'aide sociale, ne fonctionne que dans le cas où la personne ne peut payer les services d'hébergement quand bien même son niveau de revenus est inférieur au plafond de ressources maximal autorisé théoriquement (soit aujourd'hui 10 477 francs).** Cette mesure rend d'une utilisation très faible le dispositif de la PSD en hébergement.

**La PSD devient, sous l'effet du cumul de ces conditions, expliquant en partie la très faible montée en charge du dispositif depuis 1997.**

C'est pourquoi il conviendrait d'élargir le nombre de personnes âgées concernées par le dispositif PSD, à condition d'en dégager le financement, ainsi que Madame la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité le déclarait devant le Comité National de Coordination Gérontologique le 29 avril dernier. La mission considère pour sa part, qu'il serait bien évidemment envisageable de couvrir une population théorique encore plus grande qu'actuellement. Il n'est pas anormal qu'une telle politique publique tienne compte des revenus des personnes. Ceci passe actuellement par les mécanismes de recours sur succession (mécanismes qui recèlent toutefois des problèmes d'effets de seuil) ou encore de participation des usagers aux frais. La deuxième solution semble la meilleure, il s'agit d'aider les personnes qui perdent le plus leur autonomie, mais prioritairement parmi celles-ci, celles qui en ont financièrement le plus besoin. A cet égard, la PSD a pu constituer un relatif progrès dans la nécessaire solvabilisation des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie puisque le montant moyen attribué est en effet d'environ 3 200 F à domicile contre 2 700 F pour l'ACTP, précédemment versée.

Au plan qualitatif, la PSD a été une initiative positive en tant qu'elle établit un plan d'aide, une analyse personnalisée de la dépendance des personnes ; il n'en demeure pas moins que le niveau de la prestation reste faible pour nombre de personnes. Servie et gérée par les Conseils généraux, la PSD connaît des différences de niveau entre Départements, générant une inégalité entre citoyens sur l'ensemble du territoire national, surtout valable en établissement où les tarifs peuvent varier de 30 F à 120F, soit un écart de 1 à 4 entre les Départements. Cette situation ne saurait être pérennisée même si, là encore, l'inégalité préexistait à la PSD, certains Départements attribuant l'ACTP avec des restrictions, voire ne l'attribuant pas du tout en établissement.

Toutefois, les inégalités entre départements sont trop fortes aujourd'hui et ne sauraient être acceptées en l'état. Il conviendrait donc d'y remédier dans le cadre d'un réaménagement des prestations que la mission préconise.

La réforme de la tarification des hébergements actuellement en cours constitue l'occasion d'une remise à plat de toutes les inégalités constatées ; la mission d'appui à la réforme menée par M.

Brunetière a engagé une simulation qui devrait pouvoir faire un point précis des conséquences de ces inégalités territoriales.

Par ailleurs, de manière plus générale, nombre de personnes âgées sont aujourd'hui exclues du dispositif PSD en raison de leur classement en GIR IV<sup>19</sup>, de leur niveau de revenus, de la complexité des procédures ou tout simplement d'une forme "d'autocensure" qu'elles s'appliquent en raison du niveau de recours sur succession et donation. Avant une refonte plus générale des prestations, un certain nombre de mesures d'urgence devraient pouvoir être mises en œuvre rapidement ainsi que la Ministre l'a souligné devant le Comité National de Coordination Gériatrique.

**En conclusion, l'ensemble de ces dispositifs d'aide font appel à des critères d'attribution différents quant à l'âge, quant à la dépendance, quant au niveau de ressources, quant à la contribution des personnes âgées ou de leurs familles (recours sur succession pour la PSD, participation directe, obligation alimentaire pour l'aide sociale). On comprend combien il peut être difficile pour la personne âgée et sa famille de se retrouver dans cette complexité.**

Ce système complexe est le résultat de la fragmentation des responsabilités citées plus haut et entraîne une concurrence entre institutions et professionnels. Tout changement de responsabilité remet en cause les frontières entre système de décision et réseau préexistant. La Prestation Spécifique Dépendance est significative de cette problématique. Il faut bien reconnaître que cette dispersion des responsabilités accroît l'inefficacité des dispositifs d'aide. Cette complexité a, depuis de nombreuses années, été à l'origine de la mise en place de coordinations que ce soit en matière de services rendus à la personne âgée, d'animation de réseaux ou de coordination financière et institutionnelle. Ainsi la loi du 24 janvier 97 a prévu des dispositifs relatifs à la coordination de façon obligatoire entre les Départements, les organismes de Sécurité Sociale. Elle invite également les Départements par le biais du cahier des charges de ces coordinations à organiser des partenaires du secteur gériatrique. Il serait nécessaire d'en faire un bilan le plus complet possible en regardant plus particulièrement ce que ces coordinations ont pu apporter à l'amélioration des services rendus à la personne âgée.

**Il nous faudra bien faire face à cette complexité et, comme le dit Jean Claude Henrard<sup>20</sup>, désigner "qui doit être responsable de la gestion de ce public", si l'on veut réellement progresser dans ce domaine.**

## **II - Une prise en charge médicale diverse qu'il convient d'améliorer**

La prise en charge médicale des personnes âgées doit être analysée entre ce qui correspond à la médicalisation de l'hébergement, et ce qui relève plus directement de la prise en charge des soins, notamment à domicile.

Jusqu'à l'application de la réforme de la tarification, concernant l'hébergement, les financements s'effectuent en fonction du lieu d'hébergement de la personne. Une telle situation engendre de nombreux problèmes. D'abord, la prise en charge de la personne varie en fonction de ses besoins, mais également en fonction du statut juridique de la structure qui l'héberge. Cela occasionne donc une inégalité de traitement.

<sup>19</sup> Le bilan de la PSD établi par l'ODAS en juillet 1998 relève ainsi que *"l'effet de seuil, à un niveau de dépendance moyenne, provoque un sentiment d'incompréhension pour toutes les personnes de GIR IV"*.

<sup>20</sup> HENRARD J. C. (1998). -. *Histoire de la dépendance* in Les Cahiers de la Fondation Nationale de Gériatrie n°84

Ensuite, le système conduit trop souvent à des transferts de charges indues, une partie des dépenses prises en charge par l'assurance maladie étant utilisée au financement des tâches liées à la perte d'autonomie domestique et sociale des personnes et non directement aux soins qui leur sont prodigués. La réforme de la tarification mise en œuvre récemment par les décrets n°99-316 et 99-317 du 26 avril 1999 devrait permettre de mettre un terme à ces dysfonctionnements.

Celle-ci doit répondre à ces enjeux en clarifiant autour de trois tarifs, ce qui relève des soins, de l'hébergement et de la dépendance. Il appartiendra aux pouvoirs publics en s'appuyant sur les travaux conduits par M. Brunetière de déterminer les conditions d'application de cette réforme. La mission signifie toutefois son attachement à la réussite d'une réforme qui doit répondre aux besoins des personnes âgées. Plusieurs conditions sont nécessaires à cet effet. Il s'agit de maintenir les engagements financiers existants et sûrement de les augmenter car la réforme ne saurait se faire à coût constant sauf à la faire financer par les usagers. Il convient également de fixer un tarif minimum dans le cadre de la PSD, tel que l'a prévu le législateur, à un niveau qui permette réellement de prendre en charge la dépendance. Il faut enfin tenir compte de l'évolution de la dépendance d'une personne âgée accueillie en établissement. A son admission, la personne âgée, quand elle ne bénéficie pas de la PSD, connaît, en fonction de son degré de dépendance, le montant de la prise en charge qui lui incombe. Avec l'évolution de la dépendance, la personne âgée se verrait affectée une augmentation de tarif liée à la dégradation de sa perte d'autonomie. Le principe d'une mutualisation des coûts de la dépendance n'a pu être établi.

De même, les soins à domicile financés par l'assurance-maladie demeurent trop restreints. La mission regrette l'insuffisance chronique de places dans les SSIAD, ayant pour conséquence l'absence d'une couverture médicale efficace (à peine un dixième des personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile, c'est-à-dire entre 40 000 et 50 000 personnes, sont concernées). Il convient de développer le forfait de soins infirmiers mais aussi les visites à domicile des médecins généralistes, souvent dernières tentatives médicales afin d'éviter une entrée en hébergement. **A ce titre, l'idée de la création d'une visite d'aide au maintien à domicile prise en charge par l'assurance maladie mérite d'être soigneusement étudiée.** Une telle solution, qui nécessite une réforme de la nomenclature des actes des médecins généralistes, comme cela a été fait pour la visite d'urgence en 1988, pourrait passer soit par un déblocage de crédits, soit à coût constant, par des économies potentiellement réalisables sur les visites de confort. En tout état de cause, la mission considère comme nécessaire de développer la réflexion dans ce sens.

## **Ces besoins nécessitent donc une organisation nouvelle pour parvenir à une prise en charge globale de la personne**

De la place que la société accorde à ses personnes âgées découle le type de réponse qu'elle donnera au problème des personnes âgées en perte d'autonomie. Quelle place, quel rôle, la société dans son ensemble donne-t-elle à ses vieux ? Quel regard porte-t-on sur eux ? Derrière ces questions, c'est un véritable enjeu politique qui s'affirme. La mission considère que cet enjeu fonde l'ensemble des mesures techniques et financières qui devront être prises pour favoriser concrètement un meilleur accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie. La première bataille est donc bien là, dans la nécessaire définition du sens donné à une politique du vieillissement, dans le nouveau regard porté sur le vieux. L'objectif de la mission est de contribuer à son échelle (en se concentrant spécifiquement sur les personnes âgées en perte d'autonomie) à la redéfinition des politiques publiques dans le rapport qu'elles entretiennent au temps. Penser le vieillissement en tant qu'il est un processus de la vie est un signe politique fort. Une telle orientation politique comporte des nécessités. Il conviendra ainsi de mieux comprendre le vieillissement et ce que sont les personnes âgées afin de mieux les aider. De même, si on les respecte en tant qu'individus à part entière, les personnes âgées pourront prendre une place nouvelle dans la société.

L'amélioration des conditions de vie des personnes âgées passe par plusieurs axes très concrets de travail. Il importe d'abord de créer des dispositifs d'information, d'écoute pour les personnes et leur famille qui permettent de bâtir de véritables plans d'aide individualisés. Ceux-ci pourront atteindre toute leur efficacité s'ils s'appuient sur une offre de services la plus large possible (hébergement adapté en particulier à la démence sénile, services de maintien à domicile, accueil temporaire, lien ville-hôpital), ces services travaillant en réseau, en complémentarité, sur un bassin territorial clairement défini. Les différents travaux dans le cadre de l'aménagement du territoire ont bien identifié le cadre géographique dans lequel l'ensemble des activités humaines se développe. Très souvent, cet espace correspond au bassin d'emploi. C'est pourquoi le travail en réseau de l'ensemble des services aux personnes âgées dépendantes pourrait se développer de manière pertinente à l'échelon d'un tel territoire. La mise en place de véritables services de soutien à domicile et le recours à des métiers de la relation et du social aux côtés de ceux du sanitaire est une nécessité.

Ces propositions ne prendront toute leur dimension que dans le cadre de la clarification des compétences afin de sortir de la complexité du système actuellement imposé aux familles et aux personnes âgées, et dans le cadre d'une solvabilisation accrue des besoins.

Autant de défis majeurs à relever pour une société plus solidaire.

## **2<sup>ème</sup> Partie**

**Pour une prise en charge renouvelée**

La définition d'une véritable politique du vieillissement est nécessaire aujourd'hui afin de répondre aux enjeux de cette tendance démographique lourde ainsi qu'aux besoins afférents tels que la mission a pu les définir précédemment. La perspective de ces prochaines années est donc de construire des politiques publiques adaptées aux besoins de la vieillesse et du grand vieillard. Avant même d'établir des réponses relevant de l'organisation générale de la prise en charge, il convient de considérer le vieillissement dans sa spécificité, et donc de contribuer au changement du regard que la société toute entière porte sur le vieillard.

Penser le vieillissement et agir en retour de manière plus sereine, tel est l'un des enjeux majeurs que les politiques publiques ont à relever. Un tel objectif n'est pas facile à atteindre tant la vieillesse comporte une dimension individuelle et affective importante. A cet égard, il faut constater, avec les études qui ont mesuré les attitudes sociales sur le vieillissement, que le vieux, c'est toujours l'autre. La vieillesse prend la mesure d'une altérité radicale. Comme le définit la sociologue Cornélia Hummel, en agissant de la sorte, on "*se défendrait de la vieillesse en la rejetant hors des frontières de notre identité alors qu'on est tous potentiellement vieux et que notre société est pleine de vieux*"<sup>21</sup>.

Les politiques publiques de la vieillesse doivent donc répondre à cette problématique en renforçant la connaissance du processus du vieillissement, en donnant à la personne âgée une véritable place dans la société, en se dotant enfin de moyens administratifs et techniques efficaces en réponse au caractère spécifique du vieillissement.

## **A/ Une meilleure connaissance du vieillissement**

### **I - Pour un Institut National du Vieillissement**

La France souffre d'un défaut de culture gérontologique qui s'exprime par l'absence de prise en compte globale de la personne âgée, et de facto, par une focalisation sur les questions strictement médicales. Cette réduction des personnes âgées en perte d'autonomie à de simples corps souffrants est dommageable tant elle peut occasionner des erreurs de diagnostics, des aggravations de leur état (notamment de la mémoire), ou certaines formes de maltraitements (cf. diagnostics établis par l'association ALMA).

Aussi, il est nécessaire de développer une prise en charge fondée sur une connaissance de la vieillesse qui, en incorporant l'approche médicale, parvienne à rendre compte de la dimension plurielle de la vieillesse. Il s'agit bien d'une condition impérative pour rendre efficace la prise en charge des personnes âgées dépendantes<sup>22</sup>.

C'est à l'Etat qu'il revient de créer les conditions permettant une réelle confrontation des savoirs, des représentations, des points de vue afin de mieux cerner les enjeux de la vieillesse et d'en faire un réel enjeu des politiques publiques.

<sup>21</sup> HUMMEL C. *Images de la vieillesse, représentation de l'altérité.*

<sup>22</sup> COLVEZ A., (juin 1997). *Conditions requises pour assurer l'efficacité des prestations d'aide aux personnes âgées dépendantes.*

Il s'agit en l'occurrence de changer le regard que l'on porte traditionnellement en occident sur la vieillesse, qui peut souvent se résumer soit autour de la seule maladie, de la seule dégénérescence physique ou psychique, soit autour du laid, de l'inutile, de la solitude, du pauvre<sup>23</sup>.

Pour ce faire, la mission envisage avec intérêt la création d'un lieu de confrontation, de débat entre les différents acteurs du secteur (ministères, corps médical et paramédical, syndicats, associations, familles, chercheurs...), qui s'appuierait sur les différentes dimensions du vieillissement (philosophique, sociologique, économique, culturelle, médicale). Ce lieu devrait être également un espace de propositions, un moyen de promotion pour des recherches sur le processus de vieillissement et de dépendance (en distribuant notamment des crédits de recherche). Par ailleurs, cette structure pourrait constituer un soutien actif pour les campagnes de communication, de sensibilisation, d'actions de terrain que le rapport préconise, afin de donner une place sociale véritable aux personnes âgées. Finalement, cette instance devrait pouvoir s'orienter dans deux directions. D'une part, il s'agit de développer à proprement parler les savoirs et leurs applications autour du processus de vieillissement. D'autre part, il paraît nécessaire de renforcer la confrontation des analyses en vue de formuler des orientations pour une prise en charge de la vieillesse, ces analyses pouvant servir de dispositif-ressource pour les pouvoirs publics qui trouveraient là, sans pour autant oublier les modes traditionnels de négociation, un espace de discussion autour des politiques menées. **Il pourrait s'agir alors de répondre aux critiques apportées par certains acteurs à l'actuel Comité National de Coordination Gérontologique qui consacre la plupart de ses travaux à la seule PSD (soit un peu plus de 80 000 bénéficiaires) sans prendre complètement en compte la situation de l'ensemble des personnes âgées en perte d'autonomie (700 000 au total).**

**C'est pourquoi, la mission préconise la mise en place d'un Institut National du Vieillessement (I.N.V).**

Cet institut pourrait rassembler des structures pluridisciplinaires comme la Fondation Nationale de Gérontologie, le CLEIRPPA, le Centre Pluridisciplinaire de Grenoble, qui travaillent depuis plusieurs années dans le sens d'une meilleure connaissance des personnes âgées. Le CNRPA devrait être lui aussi partie prenante de cet Institut. Celui-ci constituerait donc un dispositif-ressource dans le domaine spécifique du vieillissement. Le champ d'étude permettrait de plus d'appréhender cette question dans toute sa globalité et de ne pas se limiter aux seules personnes dépendantes ou en perte d'autonomie.

La question de la dépendance des personnes âgées est à la confluence de différentes problématiques qui ne sont pas l'apanage d'une seule direction d'administration centrale, et, a fortiori, d'un seul ministère. Les mesures préconisées par la mission le montrent d'ailleurs aisément. Tout l'enjeu autour d'un changement de regard porté sur la personne âgée le démontre aussi de la manière la plus simple. Plus généralement, il s'agit à chaque fois de dispositifs globaux, de dispositifs interministériels, qui nécessitent une véritable volonté politique d'ensemble. Aussi, pour ces raisons, **la mission s'est interrogée sur la pertinence de la création d'une mission ou d'une délégation interministérielle sur le vieillissement. Une telle hypothèse n'est pas, en l'état actuel des choses, préconisée par la mission.** Celle-ci considère en effet qu'en dépit du caractère éminemment interministériel de la dépendance, la création d'une délégation interministérielle ne répondrait pas totalement en l'état aux enjeux actuels. Structure souple, peut-être trop souple, une délégation constituerait sans doute un moyen de coordonner l'action des services et des ministères.

<sup>23</sup> ROUX et DESCHAMPS, (1995) *Stéréotypes et solidarité dans le cadre des relations entre générations*, Fonds National Suisse de la Recherche Scientifique.

Toutefois, il semble qu'une telle coordination interministérielle puisse être menée sans la création d'une nouvelle structure en propre. Les services du Premier ministre, qui sont traditionnellement un lieu de coordination et d'impulsion interministérielles, constituent à ce titre certainement le niveau adéquat pour insuffler cette volonté politique nécessaire à une réorientation de la prise en charge de la dépendance. Si une telle coordination est donc utile, la mission rappelle qu'un travail de concertation entre les directions d'administration demeure également à encourager. Au sein d'un même ministère, il peut sembler intéressant de développer des initiatives visant à développer des synergies entre les services sur le domaine de la dépendance.

D'autres pistes peuvent être envisagées pour permettre un débat sur les politiques de la vieillesse. Il en va ainsi de la conférence annuelle sur la famille. Dans le cadre de la délégation interministérielle à la famille, il paraît opportun de promouvoir les réflexions sur la solidarité familiale et la dépendance car, une fois encore, il faut toujours avoir à l'esprit que l'aide à une personne âgée dépendante repose principalement dans les faits sur l'entourage, et ensuite, de manière secondaire, sur les professionnels du secteur ou sur "l'aide organisée".

Le rôle de l'Institut National du Vieillissement peut être à l'évidence important dans une telle démarche, et la création d'une telle structure constituerait, à n'en pas douter, un signal fort donné aux acteurs du secteur dans le sens d'une meilleure prise en compte des personnes âgées dans le champ des politiques publiques. Il s'agirait de développer "*une vision objective et prospective des besoins*"<sup>24</sup> des personnes âgées. **Outil de connaissance, de débat, mais aussi d'aide à la décision publique, l'Institut National du Vieillissement constituerait également un premier moyen de donner une véritable place aux personnes âgées dans la société.**

### **Institut National du Vieillissement**

- **un lieu de développement des savoirs autour du processus du vieillissement, de leurs applications, et de promotion de la recherche,**
- **un lieu de confrontation des analyses et de débat entre les différents acteurs du secteur (ministères, corps médical et paramédical, associations, familles, syndicats, chercheurs...) qui favoriserait une approche "interdisciplinaire" du vieillissement (philosophique, sociologique, économique, culturelle, médicale...) sans remettre en cause les modes traditionnels de négociation,**
- **un espace de propositions et de discussion autour des politiques publiques,**
- **une structure d'appui aux campagnes de communication, de sensibilisation, d'actions de terrain préconisées par ailleurs.**

## **II - Mettre en œuvre des initiatives redonnant une place à la personne âgée.**

Les personnes âgées ont besoin de se sentir reconnues, utiles et en dépit de leurs problèmes de santé, elles peuvent avoir les capacités de participer à des activités sociales, quel que soit leur lieu de vie. A cet égard, la mission souligne l'importance d'initiatives locales qui font de cet objectif le cœur de leur action. Il en va ainsi du Mouvement de La Flamboyance, qui organise le maintien d'un lien intergénérationnel en faisant participer les personnes âgées à la vie d'une cité, d'un village, en valorisant ce que la personne âgée peut apporter.

<sup>24</sup> Selon la formule de Jean-Louis SANCHEZ, Délégué Général de l'ODAS, in Pouvoirs Locaux n° 36.

Dans ce cadre, il convient également de réfléchir à la revalorisation de l'action des associations de 3ème âge, des **associations de quartier** qui permettent de mettre en œuvre des dispositifs dans lesquels s'intègrent les personnes âgées. Dans le quartier, l'expérience de la personne âgée permet de mettre en valeur sa mémoire, et de contribuer à transmettre une histoire de ce quartier.

Les expériences des "**Universités ouvertes**" (ou **universités du troisième âge**) sont intéressantes et devront être soutenues.

D'ailleurs, il est un certain nombre de matières, de disciplines dans lesquelles (en fonction du niveau scolaire des uns et des autres), les différentes générations pourraient se côtoyer. Cette idée d'université citoyenne peut se retrouver à une toute autre échelle dans le cadre de projets de quartier, de projets d'école qui font intervenir les jeunes, les adultes d'âge mûr, et les personnes âgées. Il y a là, sans nul doute, des voies à encourager, avec en plus la **perspective de créations d'emplois** dans le cadre de la Politique de la Ville et de l'animation des quartiers.

**La mission recommande ainsi de renforcer le lien intergénérationnel par des initiatives autour de l'éducation, de la participation des plus âgés à la vie des quartiers, des cités.** Bien évidemment, un tel objectif ne peut se faire qu'en dégagant des moyens financiers venant de différentes sources (Ministères de l'Education nationale, de la Ville, de l'Emploi et de la Solidarité, Régions, Départements, Communes...). De tels engagements peuvent avoir lieu à l'occasion des négociations périodiques entre les différents acteurs en vue de la définition des Contrats de Plan Etat-Région, ou des Contrats de Ville, notamment.

Le Ministère de l'Education Nationale devrait être associé à ces initiatives qui tendent à faire comprendre aux plus jeunes les ressorts du vieillissement et les enjeux qui y sont liés (et non pas exclusivement, sous le double aspect trop souvent développé aujourd'hui, de la seule évolution biologique, ou du seul danger démographique...). Ainsi, **le rôle des personnes âgées dans la transmission du savoir à l'école**, ou dans l'entreprise (influence des anciens dans la formation de jeunes apprentis...) doit être renforcé. D'ailleurs, il convient de prendre en considération (et les pouvoirs publics devront en tenir compte) l'évolution de certains médias et entreprises privés qui communiquent aujourd'hui en direction des personnes âgées.

### **1/ Pour une véritable campagne de communication**

De la même manière, il est nécessaire de démontrer concrètement l'utilité sociale des personnes âgées (plutôt que de ne communiquer que sur leur coût, sur leur "désavantage social" en référence à la grille de l'OMS).

**La mission considère comme nécessaire de développer une campagne générale d'information, de communication sur le vieillissement**, ses problèmes, ses enjeux, mais aussi sur les initiatives qui tendent à réduire la dépendance.

**Dans le cadre des missions du service public définies par le cahier des charges de Radio-France ou de France Télévision, la mission estime utile la diffusion d'émissions et de reportages sur ces questions.** Déjà Radio-France avec Radio Bleue mène des efforts louables qui conviendraient d'être amplifiés. **Rappelons l'influence des émissions de radio de Françoise Dolto sur l'évolution des relations parent-enfant.** Une initiative du même ordre pourrait utilement être transposée pour changer le regard sur le vieillissement.

De la même manière, il convient de saluer les initiatives de la presse écrite comme "Notre Temps", "Bel Age", qui contribuent à promouvoir une image positive de la vieillesse, ou comme la revue "Entourage" qui informe les familles, les aidants sur la manière d'accompagner un parent en perte d'autonomie.

## **2/ De nouveaux services pour de nouveaux emplois**

**Le secteur de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie doit voir la création de nouveaux services, de nouveaux emplois. La mission recommande vivement l'utilisation du plan Emplois-jeunes de manière à développer des initiatives redonnant une place aux vieillards et aux grands vieillards notamment par un travail autour de la parole, de l'écoute, de la mémoire.**

La loi votée en 1997, instituant le dispositif "**nouveaux emplois nouveaux services**" n'a pas retenu le champ des services en relation directe avec les personnes âgées. Par la suite, une approche trop restrictive de certains services préfectoraux, dans l'application du texte, a pu décourager le développement des projets en direction des personnes âgées alors qu'il y a là, au contraire, la nécessité d'investir ce secteur car il regorge de besoins peu ou mal satisfaits.

De nombreuses initiatives locales sont à mettre en avant pour justifier l'utilisation des emplois-jeunes dans le domaine des personnes âgées. Ainsi, en Moselle, un emploi-jeune est chargé de mettre en valeur l'utilisation de la téléalarme par les personnes âgées. De même, à Strasbourg, des jeunes gens issus de la filière UFR STAPS, recrutés par l'association "Siel-Bleu", proposent des activités physiques aux personnes hébergées en maisons de retraite et foyers-logements. Si nous avons mis en exergue ces quelques initiatives, c'est simplement parce que ces emplois sont maintenant pérennisés.

A ce titre, il faut souligner l'importance d'un travail sur **la mémoire des personnes âgées**. La mémoire est faite pour vivre ensemble et pour partager avec les autres. C'est faute de se souvenir de cet aspect des choses que l'on fait croire, en les laissant isolés, que les vieux oublient. Ainsi l'utilisation et la valorisation des emplois-jeunes à l'instar du programme développé par le Secrétariat d'Etat aux Anciens Combattants pourraient permettre de s'orienter vers une meilleure prévention du vieillissement, et redonner une place aux vieillards dans la société.

Le dispositif "nouveaux Emplois, nouveaux Services" peut permettre de confirmer cette logique de lien intergénérationnel qui nous paraît fondamentale. Ces emplois pourront être développés par des associations, des collectivités locales soucieuses de mettre en avant cette problématique. Le sens des emplois-jeunes prend ici toute sa dimension : redonner à des personnes en marginalisation une place, un nouvel horizon. Cela vaut en l'occurrence tant pour les jeunes gens concernés que pour les personnes âgées qui retrouvent ainsi une place sociale et un regard qui leur faisaient défaut.

## **3/ Prévenir la perte d'autonomie**

Les risques de perte d'autonomie s'expriment de manières très diverses, que ce soit socialement, physiquement, psychologiquement... Dans ce cadre, mener une politique de prévention, c'est mettre en place un système qui permette d'appréhender le vieillissement de manière précoce et continue.

Les personnes âgées sont sujettes à des affections particulières comme l'ostéoporose, la dépression, les questions liées à la mémoire, les démences séniles, et les déséquilibres nutritionnels et hormonaux.

L'évaluation médicale doit prendre en compte les fonctions cognitives, l'état psychoaffectif, les risques de chute (troubles de l'équilibre...), les déficits sensoriels (à l'origine de handicaps sévères), ainsi que l'état nutritionnel<sup>25</sup>.

Elles sont également soumises à des risques d'isolement, qui peuvent entraîner un repli sur soi source de détérioration intellectuelle et psychique. Certains acteurs de la prise en charge ont d'ores et déjà imaginé et proposé des systèmes de prévention. Ainsi, il convient de souligner les efforts menés par la MSA ou par la CRAM de Bourgogne<sup>26</sup>, qui permettent de bien préparer les personnes âgées à éviter les risques de la dépendance que ce soit dans le domaine de la mémoire, de la lutte contre l'isolement. Les collectivités locales, les CCAS participent eux-aussi à une démarche de prévention quand ils développent des actions de type intergénérationnel, des réseaux de lutte contre la solitude, des groupes de parole...

**Ces actions de prévention, comme c'est déjà le cas, doivent être l'objet d'actions conjointes de la part des Caisses de retraite, des Conseils Généraux, des CCAS, des Caisses d'Assurance Maladie et des professionnels. Elles pourront s'inscrire dans le cadre des schémas départementaux gérontologiques.**

**De manière plus directe, la mission considère avec intérêt et souhaite la promotion de campagnes publiques d'information, de prévention (des accidents à domicile qui représentent une source importante des accidents invalidants, des risques d'automédication et de surconsommation médicamenteuse...).**

De même la prévention passe par la prise en charge des personnes très faiblement dépendantes, (les personnes actuellement classées en GIR VI). A cet égard, plusieurs pistes sont envisageables. La mission tient ainsi à rappeler la préconisation issue de la mission Hespel-Thierry<sup>27</sup> de **créer pour les personnes les moins dépendantes classées en GIR VI un forfait d'aide financière pour favoriser la prévention de la dépendance.**

#### **4/ Respecter, dans la prise en charge, les droits et l'intégrité de la personne.**

Afin de renforcer les droits des personnes âgées, la mission recommande de développer la diffusion de chartes des droits des personnes âgées. En 1991, dans son rapport parlementaire "Vivre ensemble"<sup>28</sup>, Jean-Claude Boulard écrivait d'abord que *"la liberté inaliénable des personnes, même diminuées physiquement ou mentalement, de choisir leur lieu de vie et leur manière de vivre doit être fortement réaffirmée"*, et aussi, qu'il *"apparaît tout à fait utile d'encourager la signature de chartes de qualité d'accueil, rassemblant l'ensemble des conditions offertes aux personnes âgées dans les services de soins à domicile comme dans les hébergements collectifs"*. Dans ce sens, de nombreuses initiatives faisant du respect de l'autonomie de la personne un aspect central des politiques menées ont vu le jour.

<sup>25</sup> Cf. les réflexions et propositions à propos de l'évaluation de la coordination gérontologique du Dr M. IEHL-ROBERT, Centre de soins de moyen séjour de Besançon.

<sup>26</sup> Cf. annexe n°5

<sup>27</sup> HESPEL V. et THIERRY M., IGAS, IGF, (septembre 1998) Rapport sur les services d'aide aux personnes.

<sup>28</sup> BOULARD J.C. (1991). Rapport d'information n° 2135, p. 47

Une recommandation du Conseil des Ministres du Conseil de l'Europe du 22 novembre 1994<sup>29</sup> affirme ainsi comme principe fondamental le fait que *"pour que la vieillesse puisse se dérouler dans des conditions de dignité et de sécurité, il faut notamment respecter la capacité des plus âgés à prendre leurs propres décisions et à rester socialement intégrés"*.

De même, depuis 1996, la Charte des Droits et Libertés de la Personne Agée Dépendante, élaborée par la Fondation Nationale de Gérontologie et le Ministère des Affaires Sociales est devenue un véritable texte de référence pour l'action publique en direction des personnes âgées. Son article 1<sup>er</sup> énonce notamment que *"toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie"*, et son article 8 alinéa 2 que *"la vieillesse est un état physiologique qui n'appelle pas en soi de médicalisation"*.

Si ces déclarations de principe ne constituent pas en elles-mêmes des mesures d'amélioration concrète de la situation des personnes âgées, il n'en demeure pas moins qu'elles témoignent d'un fort intérêt, et d'un changement de regard porté sur ces personnes âgées. **La mission préconise rendre obligatoire la diffusion de ces chartes des droits des personnes âgées dépendantes dans les structures d'hébergement et dans les services de soin et d'aide à domicile. Elles pourraient faire l'objet également d'une diffusion à l'occasion de l'envoi de courriers d'attribution des aides.**

Dans le cadre du projet de loi concernant les droits des malades, ceux des personnes âgées doivent également être réaffirmés tant en hébergement qu'à domicile. Il s'agit d'une démarche de respect de la dignité des personnes à laquelle la mission tient particulièrement.

Par ailleurs, **la maltraitance des personnes âgées**<sup>30</sup> est un phénomène mieux connu. Les conséquences physiques et psychopathologiques des mauvais traitements sont graves pour les personnes âgées. Aujourd'hui, un certain nombre de réponses sont apportées à ce phénomène : prévention, sanctions légales, mise en place d'un réseau national d'écoute des plaintes (ALMA), commissions de conciliation, systèmes de sectorisations gérontologiques pilotées par un assistant social. Pour autant, la maltraitance ne sera combattue efficacement que par la mise en œuvre d'une réelle politique de formation, d'une politique familiale de la vieillesse et d'une politique de communication.

Dans cette volonté de respecter les droits fondamentaux de la personne âgée, la mission insiste sur la nécessité de poursuivre et de développer le travail de réflexion mené à l'initiative des Ministères de la Justice, de l'Emploi et de la Solidarité et du Budget sur **le problème des tutelles**. Un groupe de travail a d'ailleurs été mis en place à cet effet par ces trois Ministères. La gestion des tutelles en établissement d'hébergement est souvent confiée à des personnels administratifs qui ne sont pas associés aux équipes de soins. A ce sujet, il convient de mentionner l'exemple de la maison de retraite de Riaucourt, en Haute-Marne, qui a mis en place un projet de soin individualisé dans lequel la personne chargée des tutelles fait partie intégrante de l'équipe d'accompagnement. Cela permet ainsi de faire appel aux ressources de la personne âgée pour répondre à des besoins particuliers. D'autre part, l'accès aux comptes du parent âgé décédé, théoriquement obligatoire, est dans les faits parfois difficile et surtout long pour les familles. Le problème du fonctionnement de la gestion des tutelles en hébergement a été soulevé par un grand nombre d'interlocuteurs. Les souhaits exprimés par les responsables des établissements sont :

- une mise en œuvre rapide de la mesure de protection
- un dispositif qui ne déresponsabilise pas les personnes âgées, qui ne les dépossède pas de leurs droits et de la possibilité de continuer à exercer en particulier l'acte d'achat

<sup>29</sup> Recommandation n° R (94) 14 du 22 novembre 1994

<sup>30</sup> Cf. annexe n°6 : ALMA (1998). *La maltraitance des personnes âgées, expériences du réseau d'écoute et de prévention ALMA*. p. 10 à 16

**La mesure de sauvegarde de justice** paraît être plus adaptée à la situation de la personne âgée dépendante, sous réserve d'une capacité réelle de cette personne à exercer ses droits.

Dans un autre registre, **la représentation des personnes âgées au sein des structures d'hébergement collectif ou temporaire (qui existe déjà dans certains établissements depuis le décret du 31 décembre 1991) ou des services d'aide à domicile, par le biais de leur famille ou même, dans certains cas de leur fait propre, doit être encouragée et soutenue.** Cette représentation devrait pouvoir être étendue à l'ensemble des établissements d'hébergement. De même, il convient de souligner un certain nombre d'initiatives intéressantes qui permettent la participation des résidents à la vie de l'établissement.

A l'instar notamment des actions de l'ADEHPA, ont été lancées des réunions de type Conseil des Résidents, qui permettent aux personnes âgées d'échanger avec la direction de l'établissement ou le personnel sur les conditions d'hébergement et les possibilités d'amélioration de leur séjour.

De même, il faut souligner l'initiative de l'association Liberté du Résident en Institution, qui permet aux résidents de s'exprimer à partir des thèmes choisis par eux concernant leurs conditions de vie, les échanges entre établissements ajoutant à la dynamique interne et permettant aux uns et aux autres de situer leurs attentes et d'affirmer leurs droits.

## **B/ Une nouvelle organisation de la prise en charge**

### **I - Individualiser la prise en charge**

Parce que la situation de chaque personne âgée en perte d'autonomie est singulière, parce qu'elle appelle plusieurs formes de réponse, qu'elles soient sociales, médicales, à domicile ou en hébergement, parce que les décideurs et les financeurs sont multiples, tout le monde s'accorde à souhaiter la mise en place de coordinations et de dispositifs d'information et d'individualisation. La loi de janvier 1997 a instauré ce principe en prévoyant la mise en place de coordination financière, ainsi que des équipes médico-sociales qui, s'appuyant sur la grille AGGIR, sont chargées de proposer des plans d'aide et de fixer le montant de la PSD.

A partir des différents bilans d'application de la loi, il faut constater que la moitié des conventions prévoit une évaluation séparée entre les équipes médico-sociales et les Conseils Généraux. Et d'autre part, il faut reconnaître que les équipes médico-sociales n'ont pas la fonction de coordinateur, et que les familles ne sont que rarement associées à la mise en place du plan d'aide.

Il apparaît donc nécessaire, en s'appuyant sur les différentes expériences présentées à la mission dans le cadre de ses auditions et de ses déplacements, de bien définir à quelles fonctions doivent correspondre les coordinations et de clarifier cette notion de coordination gérontologique.

Plusieurs expériences paraissent devoir retenir l'attention, par l'approche globale des besoins auxquels elles répondent ainsi que par la coordination et la mise en synergie des différents opérateurs qu'elles permettent.

### **Le Bureau d'Information et de Coordination Gérontologique de LUNEL**

Depuis trois années le Bureau d'Information et de Coordination Gérontologique de LUNEL (BICG) se propose d'être un lieu d'analyse des besoins de la personne bénéficiaire et de sa famille, catalyseur de la coordination et régulateur des décisions et des actions des professionnels. Il propose un recueil d'informations, une concertation avec l'ensemble des professionnels afin de réaliser une véritable coordination à domicile et enfin une phase de suivi visant à veiller à la bonne adéquation des services aux besoins.

Le Bureau d'Information et de Coordination Gérontologique de Lunel intervient sur un bassin de vie comprenant 16 communes pour une population d'environ 50 000 personnes à l'horizon 2000 dont plus de 3000 personnes de plus de 75 ans.

L'équipe du BICG est constituée d'une infirmière coordinatrice, d'une animatrice chargée de l'accueil et de l'information et d'une assistante de service social.

Mise en place sur l'initiative de l'hôpital local de LUNEL, cette coordination a choisi le statut d'association loi 1901 dont les ressources, outre les cotisations des adhérents, proviennent de subventions de l'Etat, du Conseil Général, des communes et des établissements publics ou privés. Le financement des trois emplois est assuré grâce à un redéploiement de postes hospitaliers.

L'origine des demandes est relativement diversifiée, des médecins libéraux particulièrement partie prenante du dispositif aux professionnels paramédicaux et sociaux en passant par les familles et le voisinage. Il paraît cependant nécessaire de développer une meilleure coordination avec l'équipe médico-sociale intervenant dans le cadre du dispositif PSD.

Le fonctionnement du BICG a permis la mise en réseau des professionnels de la santé et du social autour de la problématique spécifique qu'est la prise en charge des personnes âgées et une réponse à toutes les personnes sans considération de leur état de dépendance.

La force de cette expérience tient en quatre points :

- l'existence d'un lieu à la disposition des familles, des personnes âgées et des professionnels
- la pluridisciplinarité,
- la territorialité,
- la fonction d'animation d'un réseau par la structure associative.

### **L'Association de Gérontologie du 13 Arrondissement de Paris**

Crée en 1965 autour de praticiens de santé, d'élus locaux, de responsables administratifs, l'Association de Gérontologie du 13 Arrondissement vise à prendre en compte de façon globale les différents aspects sociaux, psychologiques et médicaux du vieillissement. Elle offre des services diversifiés allant de l'accueil dans le cadre d'un centre d'information animé par des retraités bénévoles à des activités de recherche, d'animation d'ateliers par des bénévoles du quartier, d'hébergement en appartement et de concertation gérontologique.

Cette concertation passe à la fois par une information sur le vieillissement, des conseils et un accompagnement dans le temps pour les démarches.

Son fonctionnement est organisé autour de 3 temps :

- un accueil initial auquel participent la personne concernée, sa famille et son soignant si nécessaire, un médecin gérontologue de l'association, une assistante de service social, une infirmière coordinatrice et, selon les nécessités, un ergothérapeute ou un psychologue,
- une rencontre à domicile au terme de laquelle est affiné le contrat initial élaboré au terme de la première rencontre,
- une évaluation de la situation à l'issue de quelques mois de prise en charge afin éventuellement de moduler les réponses initialement proposées.

Outre les services rendus à la personne âgée et à sa famille, la concertation gérontologique apporte un éclairage complémentaire à l'intervention des acteurs médicaux et sociaux impliqués dans la prise en charge et représente une véritable plaque tournante des activités de l'association comme lieu de formation permanente et de coordination de secteur à partir de situations concrètes.

L'intérêt de l'action de l'Association de Gérontologie du 13 Arrondissement réside dans :

- la prévention effectuée grâce à l'animation réalisée dans le cadre des ateliers,
- l'existence d'une animation sociale restaurant la place de la personne âgée dans son quartier,
- l'animation et la mise en synergie d'un véritable réseau gérontologique.

### Les réseaux gérontologiques de la MSA

Partant du triple constat suivant :

- la population relevant de la MSA est âgée, isolée et soucieuse de vivre chez elle,
- une meilleure organisation des soins doit permettre d'améliorer la qualité,
- il convient de parvenir à une nécessaire maîtrise des coûts des dépenses de santé,

La MSA s'est engagée dans la création de réseaux gérontologiques.

Il s'agit de réseaux sanitaires qui participent à la coordination ville/hôpital et à la coordination sanitaire et sociale en posant les principes suivants :

- une coordination qui se fait par le médecin généraliste,
- une utilisation optimale des structures existantes,
- un respect du libre choix pour la personne âgée,
- le principe du volontariat de la personne âgée et de l'ensemble des acteurs locaux.

Le projet s'inscrit dans le cadre de l'article 6 de l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, de l'article 29 de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée et du décret n°96-789 du 11 septembre 1996 relatif aux filières et réseaux de soins.

Le bilan gériatrique initial est effectué à l'hôpital de proximité sous la responsabilité du médecin coordonnateur, le médecin généraliste étant autorisé à suivre les hospitalisations de ses patients. Cette coordination peut revêtir différentes formes, dans le cadre d'une clinique ouverte, sous forme d'une délégation (le médecin généraliste déléguant son rôle à un médecin hospitalier) ou par l'attribution de vacations hospitalières aux médecins généralistes. Ainsi se développe la coordination ville-hôpital.

Le dispositif de prise en charge sociale est placé sous la responsabilité d'un assistant de service social, pivot du réseau pour les prestations sociales et il comprend :

- un bilan initial composé d'un bilan gériatrique effectué à l'hôpital de proximité au cours d'une journée d'hospitalisation et d'un bilan social effectué au domicile en présence de la personne et éventuellement de sa famille,
- une réunion de coordination organisée entre tous les intervenants et synthétisant les données médicales et sociales. Cette réunion oriente et organise les interventions et prévoit les aides techniques. Elle se concrétise par la rédaction d'un plan d'intervention avec un volet médical et un volet social,
- une réunion annuelle d'évaluation pour éventuellement modifier le plan d'intervention.

Le dispositif est géré par une association loi 1901 réunissant des représentants des caisses d'assurance maladie, des professionnels libéraux des domaines médical et paramédical, les établissements de santé concernés, les collectivités locales, les associations d'aide aux personnes âgées, les SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile).

Le financement des acteurs de soins est assuré par la Sécurité Sociale :

- un forfait global rémunérant le médecin pour sa participation au bilan gériatrique
- un forfait annuel rémunérant la fonction de coordination du médecin généraliste
- un forfait pour les prestations paramédicales

Il convient de retenir trois notions fondamentales pour définir les niveaux de coordination nécessaires :

- placer la personne âgée au centre du dispositif
- mettre en place un dispositif adapté à la mise en dynamique de l'ensemble des intervenants
- assurer la coordination des financeurs et des décideurs

La prise en compte de l'ensemble des besoins des personnes en perte d'autonomie et de la participation des familles au soutien à leur parent en difficulté nécessite de construire autour de la personne âgée un dispositif qui, s'appuyant sur l'implication des proches dans le choix de la réponse, doit être en mesure d'offrir une palette de réponses appropriées. Ce dispositif constitué d'un échelon institutionnel départemental et d'un échelon opérationnel " au pied de la personne " représente la clé de voûte d'une prise en charge adaptée de l'ensemble des besoins de la population concernée sur un territoire déterminé. Il permettra de résoudre deux difficultés caractérisant actuellement le système de prise en charge des personnes en perte d'autonomie : la parcellisation des prestations délivrées et l'insuffisante coordination des intervenants et des services.

Ces trois expériences montrent bien l'intérêt de bâtir un réel dispositif d'écoute, et d'information afin de mieux construire un plan d'aide dépassant la simple problématique de la coordination.

### **1/ Le bureau d'information et d'aide à la décision**

Au plus près de la personne âgée, avec l'appui de l'environnement et de la famille, il faut tout faire pour informer, conseiller, aider.

Il est nécessaire de créer des structures de dialogue, d'information, d'aide à la décision et de communication dans lesquelles les personnes âgées peuvent comprendre leur environnement institutionnel de prise en charge et où les différents partenaires peuvent échanger, au-delà de leur spécialité initiale, afin de construire un véritable plan d'aide.

**Cet échelon de proximité doit être conçu comme un véritable lieu d'accueil et d'écoute des personnes en perte d'autonomie et de leur famille afin d'offrir les réponses appropriées et de mettre en œuvre les services nécessaires.**

Les équipes médico-sociales ont été imaginées comme des structures d'évaluation du degré de dépendance de la personne et de construction du plan d'aide, et n'ont pas la compétence pour permettre une coordination de l'ensemble des acteurs. D'autre part, elles ont abouti très souvent à un ajout d'évaluateurs qui se succèdent chez la personne âgée : le responsable du service d'aide ménagère, l'infirmière libérale ou du SSIAD, le médecin généraliste.

Il convient donc de mettre en place **une réelle organisation autour de la personne, structurée sur un bassin territorial limité, déterminé à l'échelon local, afin de créer des synergies autour de la personne en perte d'autonomie.** Cette dynamique concernant dans le même temps les acteurs eux-mêmes, est le gage d'une plus grande efficacité, d'une meilleure efficacité des fonds engagés, d'un soutien aux familles. Différentes expériences rencontrées dans le cadre de la mission semblent montrer qu'un tel dispositif d'information et d'aide à la décision doit s'adresser à des zones de population comprises entre 50 000 et 70 000 habitants.

Dans un contexte dominé par la fragmentation de l'offre gérontologique et des financements et par la césure entre le secteur sanitaire et le secteur social, la capacité de coordonner les réponses apportées aux besoins de la personne en perte d'autonomie pour bénéficier d'une prise en charge adaptée et souple influencera de manière décisive la qualité de la prise en charge.

Cette coordination des intervenants autour de la personne prise en charge, coordination de proximité, vise à mieux répondre aux besoins en réunissant autour de la personne les moyens et surtout les services permettant une bonne adéquation de la réponse.

Les missions de cette coordination peuvent se décliner de la façon suivante :

- assurer la fonction de lieu d'accueil personnalisé quelle que soit l'origine de la demande, qu'elle émane de la personne concernée, de sa famille, des services sociaux, du médecin traitant ou d'une structure hospitalière ou médico-sociale,
- dès que cette demande est formulée, être en mesure d'effectuer une évaluation pluridisciplinaire qui devra impérativement prendre en compte les conditions de vie de la personne, son environnement social et affectif en conservant, dans la mesure du possible les référents habituels,
- **proposer l'élaboration d'un plan d'aide personnalisé qui intégrera les aides financières disponibles,**

- veiller à la mise en œuvre du plan d'aide et à son suivi,
- apporter les informations pour répondre aux demandes en urgence, telles que les gardes de nuit et éviter parfois une hospitalisation en cas de crise,
- alimenter et animer le réseau des intervenants, la chaîne des réponses.

Pour une réelle efficacité, la coordination devra impérativement travailler en étroite collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés par la prise en charge et en mesure d'élaborer un plan d'aide pertinent. Il convient tout d'abord de parfaitement intégrer les travaux de cette coordination avec le dispositif existant tel que mis en place dans le cadre de la loi instaurant une Prestation Spécifique Dépendance, ce qui implique que les équipes médico-sociales intervenant dans le cadre de la PSD soient parties intégrantes de la coordination ou y collaborent de façon très étroite, condition sine qua non pour que les propositions faites dans le cadre du plan d'aide restent pertinentes avec le dispositif des aides financières possibles. Dans l'hypothèse où une telle participation des équipes médico-sociales se révèle impossible du fait d'une structuration existante différente, il conviendra que la collaboration entre les deux instances soit réglée par le biais d'une convention permettant d'organiser les conditions d'évaluation et de détermination du plan d'aide.

**Un cahier des charges national** définissant la composition de l'équipe de coordination ainsi que ses modalités d'intervention peut représenter une base nécessaire à une mise en place aussi opérationnelle que possible de cette instance. Ce cahier des charges devra servir de base à la délivrance d'un label d'instance de coordination délivré par l'échelon institutionnel départemental.

Au regard des missions qui pourraient être imparties aux coordinations, il conviendra que celles-ci soient composées de partenaires professionnels dont les compétences et les qualifications permettront une réponse la plus ouverte possible.

A titre d'exemple et suivant les disponibilités locales il paraît nécessaire que la coordination comprenne :

- un animateur de la coordination chargé d'animer et de coordonner l'équipe et d'entretenir la dynamique du réseau, de la chaîne,
- un ou deux professionnels en mesure d'apporter les compétences nécessaires à une prise en compte globale des besoins des personnes. A titre d'exemple quelques profils professionnels peuvent être utilement repérés : assistant de service social, kinésithérapeute, ergothérapeute, animateur, etc...

Cette instance s'adjoindra, pour permettre un diagnostic de chaque situation, le médecin traitant de la personne concernée, la famille et autant que de besoin les services de l'hôpital compétent sur le secteur déterminé afin de permettre un lien ville /hôpital en cas de nécessité d'hospitalisation ou de sortie d'hospitalisation..

Animée par un professionnel permanent, elle fonctionnera en proposant un système de réponse continu, correspondant aux besoins des personnes. Enfin, la mission tient à souligner son attachement au fait que cette instance d'animation et d'aide à la décision soit ouverte à l'ensemble des personnes âgées et de leurs familles, et non pas exclusivement à celles concernées par des prestations d'aide. En ce sens, l'instance d'information constitue une forme de lieu ouvert à l'ensemble des personnes concernées par le vieillissement, et représente donc un progrès dans le sens d'une prise en compte globale de la personne âgée.

La mission souhaite que le financement de cette instance puisse s'appuyer sur l'existant. Au regard des exemples qui fonctionnent, il apparaît que les services de soins infirmiers à domicile, les hôpitaux locaux, les services de maintien à domicile ou les équipes médico-sociales du Conseil Général peuvent constituer des supports de coordination adaptés.

Dans sa conception même, le service de soins infirmiers à domicile est déjà un support de coordination et l'infirmière coordinatrice a notamment pour mission d'évaluer les besoins de la personne. Ce service doit également répondre au principe de continuité de la prise en charge. Une évolution du texte réglementaire instituant le SSIAD devrait lui permettre de devenir un service d'aide et de soins à domicile.

Si le bureau d'information est développé à partir d'un hôpital local, le financement pourra se faire par redéploiement de l'enveloppe budgétaire, restructuration, abondement de l'ARH ; alors que s'il s'agit d'un SSIAD ou d'un service d'aide à domicile, son enveloppe devra être abondée par l'assurance maladie en faisant appel au mécanisme de fongibilité entre enveloppes.

On relève actuellement que la mise en place de tels dispositifs se heurte le plus souvent à des questions de moyens.

La mission souhaite que l'Etat impulse fortement une telle organisation par l'abondement de crédits destinés à faciliter la mise en place rapide de coordinations sur l'ensemble du territoire.

**A partir de l'expérience de Lunel, le chiffrage d'un tel dispositif peut être évalué à environ 500 000 francs.** Le financement de mille coordinations représenterait donc 500 millions de francs.

Ce financement doit être recherché au niveau des Conseils Généraux ou des caisses de retraites en fonction des engagements qui existent, en particulier dans le cadre des équipes médico-sociales de la PSD et de l'aide extralégale mais aussi dégagés par l'enveloppe maladie de la Sécurité Sociale.

Une telle mise en place constituerait un message politique fort en terme d'impulsion d'une politique publique du vieillissement pendant l'Année Internationale des Personnes Agées qu'est cette année 1999.

**Un tel dispositif d'aide à la décision implique nécessairement de mettre en œuvre une prestation globale.**

Le développement de ce mécanisme correspond en effet à la volonté de parvenir à un financement de l'ensemble des besoins de la personne, par le jeu d'une prestation plus générale.

## **2/ Aménager l'outil d'évaluation de la dépendance pour mieux construire les plans d'aide**

L'individualisation de la prise en charge d'une personne âgée et la construction d'un plan d'aide s'appuie sur une évaluation des capacités de la personne âgée et de son entourage, et des difficultés rencontrées. Le dispositif retenu ainsi que son utilisation est essentiel. De très nombreux outils d'évaluation ont été expérimentés et appliqués. Ainsi, l'INSERM, avec notamment les travaux du Dr Colvez, a pu utiliser une graduation des états de dépendance selon le nombre d'activités élémentaires de la vie quotidienne nécessitant l'aide d'un tiers (système dit de l'AVQ de Katz).

Ces dispositifs permettent de tenir compte de manière plus large des conditions de vie de la personne, c'est-à-dire de l'altération éventuelle des fonctions cérébrales supérieures (problème de démences ou de maladie d'Alzheimer), des conditions de l'environnement physique (conditions d'habitat...), des conditions de l'environnement social (aide ou non de l'entourage...). Les décrets d'application de la loi du 24 janvier 1997 portant création d'une Prestation Spécifique Dépendance, ont retenu la grille AGGIR. Celle-ci classe la dépendance en six catégories. Beaucoup de spécialistes auraient préféré retenir des critères débouchant sur une classification de la dépendance en trois niveaux, comme cela a été le cas dans certains pays européens. Tant par son caractère

synthétique que par une démarche qui se veut très opérationnelle, la grille AGGIR a pu correspondre à un besoin réel. Toutefois, cet outil recèle des limites quant à son utilisation dans le montage des plans d'aide et la distribution des prestations liées à la dépendance.

C'est dans ce cadre qu'il convient de rendre plus efficace ce dispositif d'évaluation de la dépendance. En effet, comme la mission a pu le constater dans de nombreuses visites, un certain nombre d'équipes médico-sociales aménagent ou complètent la grille AGGIR afin de mieux tenir compte du contexte de vie particulier de la personne âgée. En critiquant cet aspect sans doute mécanique de la grille AGGIR, les acteurs de terrain ne remettent absolument pas en cause l'utilité profonde de celle-ci, ni l'avancée qu'elle a pu constituer en permettant une meilleure mesure de la dépendance.

**C'est pour l'ensemble de ces raisons que la mission propose que soit validé scientifiquement cet outil d'évaluation. Cette validation pourra être conduite soit dans le cadre d'un groupe de travail, soit dans le cadre d'un comité scientifique. Il devra être fait appel à des avis pluridisciplinaires : professionnels de terrain (domicile et hébergement), représentants des équipes médico-sociales ou des bureaux d'information et de coordination, médecins généralistes et gériatres.**

**Un tel travail devra permettre une meilleure utilisation de la grille AGGIR rénovée dans la construction des plans d'aide.**

## **II - Travailler en réseau**

### **1/ Un réseau territorial**

Comme nous l'avons indiqué précédemment le bureau d'information et de coordination devra s'appuyer sur une offre de services mise en œuvre dans le cadre du réseau des intervenants. Par cette chaîne d'interventions structurées sur un bassin territorial limité, sur un bassin de vie, il s'agit de créer des synergies autour de la personne. Naturellement, cette dynamique peut, dans le même temps, signifier meilleure organisation pour les acteurs eux-mêmes, plus grande efficacité, meilleure efficience des fonds engagés, soutien aux familles aidant bénévolement la personne âgée.

**Le réseau et son animation doivent donner toute leur place au domicile, à l'hébergement collectif, aux petites unités, en un mot à l'ensemble des lieux de vie, et à l'hôpital.**

A ce titre la mission souhaite mettre en évidence les réalisations effectuées par la commune de Saint Herblain et le Territoire de Belfort, la démarche mise en place par l'ASSAD du pays de Rennes et le projet de pôle de coopération sanitaire et médico-social du Pays Nivernais Morvan.

### **La prise en compte globale du vieillissement par la commune de Saint Herblain.**

Le CCAS de Saint Herblain a passé convention avec l'hôpital et avec une association locale d'aide ménagère afin d'offrir une palette de réponses aux besoins des usagers. La commune développe toute une série de services :

- un service d'assistants itinérants de nuit financé par les usagers et effectuant des interventions d'aide au coucher et aux toilettes qui permet notamment une bonne sécurisation des familles
  - un service de bénévoles de réseau de voisinage intervenant à la demande de l'assistant de service social du quartier et bénéficiant de réunions mensuelles d'échange. Ce réseau s'appuie sur les clubs de retraités locaux
  - un accueil de jour pour personnes âgées ayant un coût journalier de 150 F (pour mémoire une place de crèche s'élève à environ 380 F par jour)
  - un foyer logement
  - des petites unités de vie dans un domicile collectif (immeubles banalisés du parc HLM) encadrés par une équipe de 3 permanents la journée et utilisant les services de l'association d'aide ménagère et du SSIAD
  - un réseau gérontologique, les services du CCAS traitant l'ensemble des appels et effectuant une évaluation de la demande.
- Le CCAS a un rôle d'information et d'aide à la décision et a passé convention avec le CHU de Nantes afin que toute personne arrivant de la commune au CHU se voit proposer une liaison avec la mairie qui est par ailleurs prévenue de la sortie d'hôpital environ 48 H avant afin de pouvoir organiser les conditions de retour à domicile.

### **La politique gérontologique départementale du Territoire de Belfort.**

Dès 1993 le département du Territoire de Belfort a créé des lieux d'information et d'orientation des personnes âgées de plus de 60 ans, et à cet effet, a mis en place des conseillers gérontologiques..

Avec la publication de la loi du 24 janvier 1997 instaurant la Prestation Spécifique Dépendance, cette fonction s'est naturellement développée et les 6 conseillers gérontologiques sont devenus les personnes pivots de la coordination autour de la personne âgée.

Fonctionnant dans le cadre d'une sectorisation géographique, les conseillers gérontologiques sont très bien identifiés sur leur territoire respectif et sont sollicités par des appels directs des personnes âgées ou de leur famille ainsi que par des signalements des travailleurs sociaux et du corps médical. Ils sont les référents des équipes médico-sociales départementales qui effectuent toutes les démarches administratives d'instruction du dossier et de concertation avec les familles dans le cadre de visites à domicile.

L'établissement du dossier PSD donne lieu à plusieurs visites au domicile des demandeurs pour, tout d'abord, effectuer une bonne information sur les conditions d'attribution de l'allocation, évaluer le niveau de dépendance au regard de la grille AGGIR, proposer un plan d'aide et enfin présenter ce plan d'aide et éventuellement le faire évoluer en fonction de la demande de la famille.

Les équipes médico-sociales, sous la coordination des conseillers gérontologiques, se réunissent une fois par semaine pour échanger sur leurs pratiques et faire remonter les besoins secteur par secteur.

De plus, à l'initiative des médecins gériatres de l'hôpital et du Conseil Général vient de se créer une confédération gérontologique chargée de coordonner l'ensemble des partenaires de la prise en charge des personnes âgées qu'ils soient financeurs, prestataires ou usagers. Cette confédération gérontologique devra à terme être à l'initiative d'un observatoire départemental chargé de réaliser des études et d'améliorer les pratiques pour optimiser la prise en charge gérontologique sur le département.

**L'ASSAD du pays de Rennes**

L'ASSAD du pays de Rennes s'appuyant sur une offre de service de soutien à domicile allant de la présence d'aides ménagères, à des visiteurs de nuit, à l'accueil de nuit et de jour, développe un travail de partenaire avec l'ensemble des acteurs de son secteur. Elle présente ainsi ses actions et ses partenaires

**Le pôle de coopération sanitaire et médico-social du Pays Nivernais Morvan.**

La mise en place d'un pôle de coopération sanitaire et sociale pour la prise en charge des personnes âgées du Pays Nivernais-Morvan vise à lutter contre l'isolement et la raréfaction des moyens de ce territoire comprenant 8 cantons peuplés d'environ 17 habitants au km<sup>2</sup>. Elle permet la création d'un seuil critique d'environ 37 000 habitants et 1000 lits et places de SSIAD par le regroupement des établissements publics de santé et des établissements d'hébergement pour personnes âgées du secteur médico-social.

Le regroupement dans un cadre associatif de l'ensemble des acteurs du soin gériatrique vise plusieurs objectifs :

- assurer une meilleure orientation du patient âgé en favorisant la coordination et la continuité des soins
- favoriser les adaptations des établissements et les redéploiements
- mettre en cohérence l'offre professionnelle en la recentrant sur la personne
- maintenir le lien domicile/établissements

Cette mise en place repose tout d'abord sur l'identification des réseaux locaux de soins incluant l'ensemble des acteurs : médecins et paramédicaux libéraux, services de soins et de maintien à domicile, établissements d'hébergement, services sociaux de secteur, familles. Dans un deuxième temps s'est créée une communauté d'établissements reposant sur l'article 30 de l'ordonnance d'avril 1996 élargie aux établissements médico-sociaux afin de partager les ressources et les compétences, de mener des réflexions communes et d'harmoniser les projets d'établissements. Ceci doit permettre de créer des valeurs communes aux différents établissements permettant ainsi aux familles et aux personnes accueillies de trouver un certain continuum dans les modes de prise en charge et de réponse aux besoins.

Enfin la mise en place de la structure associative regroupant environ 180 professionnels (prévue au début du mois de septembre 1999) permettra une réelle mise en œuvre d'une politique gériatrique et le recrutement de ce qui est identifié comme des compétences rares dans ce territoire déficitaire en termes de moyens : l'emploi de psychologue, ergothérapeute, gérant de tutelle, diététicien et assistant de service social attaché aux établissements.

Cette initiative soutenue par les différentes autorités représentant l'Etat et les collectivités locales est actuellement à la recherche de financements auprès de la DDASS, du Conseil général, de la DATAR ou de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

Ces quatre initiatives indiquent l'importance de construire et de coordonner une offre de réponse la plus complète possible.

Pour être efficace, cette offre doit être globale, elle doit donc en finir avec une double coupure traditionnelle, d'une part, sanitaire/social, d'autre part, domicile/hébergement. La logique territoriale est fondamentale. Cette offre et ce travail en réseau doivent s'organiser autour des bassins de vie tels que nous les avons définis précédemment. Les exemples de Lunel et du 13<sup>ème</sup> Arrondissement de Paris sont à cet égard significatifs. Les schémas gérontologiques départementaux devront pouvoir intégrer cette notion de réseau.

Vivre à domicile nécessite, en s'appuyant sur un vrai dispositif d'aide, de pouvoir accéder à des actions et des services allant de la prévention et de l'aide à domicile (ateliers mémoire, adaptation du logement, gardes de nuit itinérantes ou avec des techniques souples comme la téléalarme, portage de repas à domicile, intervention d'équipes médicales d'aides ménagères à domicile...) à des dispositifs de soutien permettant une intervention de la famille et/ou de professionnels (hébergement temporaire de jour, en semaine ou en week-end...). L'insertion de la personne au sein d'un tel dispositif permet d'envisager des interactions avec les mesures d'hébergement de longue durée et de rendre moins douloureux et moins problématique cet hébergement qui s'avère parfois nécessaire.

Une telle perspective nécessite avant tout, sur un même territoire, le développement d'une réelle culture gérontologique, de financements adéquats à cette structuration et enfin, d'une réelle volonté politique locale de modifier les habitudes des acteurs du secteur. **Dans ce cadre, la mission estime nécessaire de mobiliser les moyens des contrats de plan Etat-Régions ou des Contrats de Ville pour favoriser de telles initiatives. De même, cette réflexion devrait pouvoir être menée en collaboration avec les Agences Régionales d'Hospitalisation.** Cette perspective prendrait encore plus d'intérêt dans le cadre d'une réflexion plus large sur la politique de santé publique en France.

## **2/ Un échelon institutionnel départemental**

Dans le cadre de la Prestation Expérimentale Dépendance instituée par l'article 38 de la loi du 25 juillet 1994 relative au financement de la Sécurité Sociale, des expériences de coordination départementale avaient principalement porté sur la mise en synergie des financements, objectif souvent atteint.

D'autre part, la loi du 24 janvier 1997 portant création de la PSD a prévu la mise en œuvre de coordinations départementales. Celles-ci connaissent un bilan mitigé. Il en va de même pour les schémas départementaux gérontologiques, qui ont, pour leur première génération, porté sur des hébergements. Pourtant, au vu de ces expériences et de ces applications et en l'absence d'identification d'un responsable unique comme nous l'avons exprimé dans la première partie, il nous semble nécessaire d'aller plus loin dans la coordination de ces actions. C'est pour ces raisons que la mission préconise la création d'**un échelon départemental de coordination**. Cette instance institutionnelle décisionnelle aura pour missions principales de déterminer et d'**impulser les politiques publiques locales du vieillissement sur le département** ainsi que d'assurer une coordination financière et administrative.

Cette instance aura également des **compétences organisationnelles et financières** en arrêtant les objectifs annuels des services prestataires. De même, **l'instance départementale devra jouer un rôle de planification et de prévision de la politique gérontologique en relançant les schémas départementaux gérontologiques.**

Un rapport annuel d'évaluation des prestations et des services permettra un suivi des objectifs.

A titre d'exemple et tenant compte des réalités locales on peut citer quelques-uns des acteurs concernés par la composition de l'échelon institutionnel départemental :

- le Conseil Général,
- la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales,
- les communes ou leurs représentants que sont les CCAS
- la Caisse Régionale d'Assurance Maladie agissant au titre de la branche vieillesse de la Sécurité Sociale,
- la Mutualité Sociale Agricole,
- les caisses de retraites complémentaires,
- les représentants des associations d'aide à domicile,
- les représentants des familles.

Trois formes juridiques peuvent être retenues pour cette instance départementale<sup>31</sup> :

- la convention qui, par une formule souple, permet de s'adapter au contexte local et de limiter au maximum les frais de structure. Le mode conventionnel paraît parfaitement adapté pour les départements ayant déjà un mode de fonctionnement similaire.
- le groupement d'intérêt public qui présente de nombreuses difficultés de mise en œuvre dans un dispositif dont les règles de financement sont multiples tel que peut l'être le secteur de la prise en charge des personnes âgées, mais qui présente l'avantage de laisser une large autonomie de constitution des statuts.
- l'établissement public départemental, personne morale de droit public, d'une gestion financière lourde.

Il semble que la voie conventionnelle soit la plus souple et la plus appropriée pour la mise en place rapide de telles instances départementales et c'est vers cette forme juridique que la mission propose de s'orienter.

---

<sup>31</sup> Voir les travaux effectués sous la direction de Mme BENOIT-PASSAT, Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales de l'Yonne : *Rapport du groupe de travail relatif à la faisabilité de l'organisation de services polyvalents de soutien à domicile.*

### **III - Le maintien à domicile**

Organiser le maintien à domicile d'un parent âgé implique pour les familles d'avoir à leur disposition des informations et des possibilités de choix quant aux modalités de prise en charge. Il convient de rappeler que le secteur des emplois de proximité en général continue d'être marqué par le phénomène du travail "illégal".

Pour autant, dans le secteur de l'aide en direction des personnes âgées, de nombreux dispositifs légaux peuvent exister. Il peut s'agir soit d'emplois dits de gré à gré, dans lesquels la personne âgée est de fait l'employeur ; soit d'associations mandataires et intermédiaires, qui constituent un intermédiaire pour le compte de la personne âgée ; soit, enfin, de structures prestataires de services. Ces dernières présentent une qualité certaine dans le suivi de la personne âgée, mais elles ont par ailleurs, un coût parfois plus élevé que les autres modalités de prise en charge à domicile. Ce coût plus élevé est lié à de meilleures conditions de travail des salariés et un encadrement nécessaire.

En règle générale, les services de maintien à domicile peuvent et doivent remplir deux fonctions qu'il convient de ne pas opposer mais au contraire de rendre complémentaires<sup>32</sup>:

- les services à domicile qui permettent de mettre à disposition un personnel qualifié pour assurer des tâches de maintien de l'environnement telles que le ménage ou toute tâche d'ordre matériel ne nécessitant pas une aide directe à la personne mais plutôt d'entretien de son espace de vie,
- les services d'aide à domicile ayant vocation à apporter une aide aux personnes dépendantes.

La politique de maintien à domicile doit partir des souhaits des personnes âgées. Les conclusions de l'étude réalisée en 1994 par l'ODAS pour l'Association des Maires de France, "Personnes âgées, villes et emplois de proximité"<sup>33</sup>, dégagent deux points fondamentaux :

- les emplois de proximité, pour répondre aux attentes des usagers, doivent être souples et polyvalents dans leur mise en œuvre. La demande évolue parce que la vieillesse évolue dans des périodes de crise. Les services offerts doivent donc être en mesure de prendre en compte les demandes, notamment d'une prise en charge 24 heures sur 24, 365 jours par an, en fin de semaine et pendant les périodes de vacances. Ils doivent permettre de répondre à l'urgence de la sortie d'hôpital et gérer les périodes difficiles. Cette adaptabilité des services implique nécessairement de rompre avec la logique de financement horaire, qui existe dans le cadre de la PSD ou des mécanismes d'aide ménagère, afin de passer à un financement global du plan d'aide s'appuyant sur un dispositif d'écoute et d'aide à la décision individualisé.
- respecter le libre choix des personnes âgées qui optent massivement pour une qualité, une meilleure sécurité et une simplification des démarches, rôle que peuvent jouer les services de soutien à domicile.

#### **Il nous faut donc tout à la fois respecter :**

- **cette volonté de choisir entre l'emploi direct et les services de maintien à domicile**
- **cette demande de qualité et de sécurité exprimée par les personnes âgées**

<sup>32</sup> Conseil d'Analyses Economiques (1998). Rapport n°12 La Documentation Française.

<sup>33</sup> PADIEU C (1994). Les Cahiers de l'ODAS,

C'est donc bien au vu de ces demandes que devront être réfléchies :

- la réorganisation et le financement des services d'aide ménagère ou de soutien à domicile
- l'ouverture ou non de l'application de la TVA à taux réduit pour les services aux personnes
- la réforme de la fiscalité des associations dans ce secteur
- les réductions de charges sociales préférables aux réductions d'impôts.<sup>34</sup>

De fait, il est tout à fait envisageable que :

- les associations de maintien à domicile puissent élargir leur champ d'activités en offrant des services de proximité,
- les services de maintien à domicile soient restructurés pour permettre une meilleure réponse aux nécessités de l'aide à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie.

### **Les difficultés et les dysfonctionnements du système**

Depuis 1987 les politiques publiques se sont caractérisées par des mesures visant à favoriser la création d'emplois. Cette approche a perturbé le secteur du maintien à domicile en favorisant la coexistence, en son sein, des activités prestataires et des activités mandataires.

Le maintien à domicile des personnes âgées se caractérise par une multiplicité d'intervenants et par une grande hétérogénéité des financements qui sont sources de difficultés.

Les difficultés d'ordre organisationnel se traduisent notamment par :

- une insuffisance de l'évaluation des besoins des personnes âgées,
- une difficulté de mise en œuvre de réponses pluridisciplinaires,
- une absence de coordination des services,
- une offre de services limitée dans le temps ne permettant pas ou peu les interventions de nuit ou le week-end,
- une difficile coordination des interventions lors de l'hospitalisation et du retour au domicile,
- un suivi des interventions parcellaire,
- une sous-qualification des professionnels.

Les difficultés économiques liées à la multiplicité des financeurs se traduisent pour les services de maintien à domicile par une grande complexité du système, une multiplicité d'interlocuteurs et de réelles difficultés d'organisation des interventions et de professionnalisation des intervenants.

La proposition de coordination des financeurs et l'instauration d'une caisse pivot doit permettre de résoudre tout ou partie de ce type de difficultés.

---

<sup>34</sup> l'article 5 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 1999 a très justement prévu l'exonération pour le secteur associatif des charges patronales

## Les conditions de travail des intervenants

Actuellement, les intervenants auprès des personnes en perte d'autonomie s'inscrivent dans des cadres d'interventions différents : services gérés par des associations assurant un service prestataire, par des associations assurant un service mandataire (souvent les mêmes, employant soit un personnel différent soit le même personnel soumis à des conventions collectives différentes) ou dans le cadre de l'emploi de gré à gré, voire d'associations intermédiaires. Cette disparité des modes d'intervention tient essentiellement aux différents systèmes de financement.

**De plus, la mission revient sur un élément concret de la vie quotidienne des familles confrontées au vieillissement de leurs parents, à savoir l'utilisation du "travail au noir".** Parce que les dispositifs existants peuvent sembler trop compliqués à mettre en œuvre, parce que certaines personnes sont exclues du dispositif PSD, parce que l'aide ménagère extralégale des caisses est insuffisante, cette forme d'économie souterraine est réelle. Il convient de noter que ce travail au noir peut **constituer une source de revenus** pour des proches (exemples de solidarités en milieu rural où l'on préfère le "coup de main" d'une connaissance que l'appel à un service extérieur).

**Pourtant, cette situation n'est satisfaisante ni pour les personnes âgées, ni pour les personnes qui les aident dans ces conditions.** Les personnes âgées ne sont pas encadrées par des gens compétents pour cela (en dépit de l'attention importante qui peut leur être portée) les aidants se retrouvent dans une situation sociale difficile, sans statut (sans contrat de travail, sans protection sociale...), sans avenir et surtout dans une situation de dépendance forte vis à vis de la personne âgée. **Afin de remédier à cette situation, il est d'abord nécessaire de renforcer la prise en charge financière de la perte d'autonomie des personnes âgées. Si les personnes âgées et leurs familles sont solvables, alors le développement des services d'aide à domicile pourra être assuré. Ensuite, dans ce cadre, il importe de veiller aux conditions de travail effectives des intervenants dans l'aide à domicile.**

Par ailleurs, le chèque emploi-service (à ne pas confondre avec le Titre Emploi-Service) utilisé par les particuliers dont un certain nombre de personnes âgées est source d'une grande précarité pour les salariés. En effet, les personnes utilisant ce dispositif pensent à tort ne pas se trouver dans la situation d'un employeur et croient ne pas être soumises aux obligations liées à ce statut. Les tribunaux de Prud'hommes sont ainsi régulièrement sollicités.

Le gré à gré s'est développé, parce que certaines familles préfèrent engager elles-mêmes la personne qui interviendra à domicile, mais aussi en raison d'un certain nombre d'incitations fiscales. L'emploi direct par les personnes âgées, par le biais d'associations mandataires ou intermédiaires, présente un certain nombre de difficultés pour les salariés, en particulier au regard des allocations de chômage. Lors du décès de l'employeur, se pose le problème de la prise en compte des heures de travail liées au préavis. Il s'avère que les ASSEDIC refusent de prendre en compte ces heures de travail qui par nature ne sont pas effectuées. D'autre part, les employés de maison ne peuvent avoir accès à la deuxième solution de l'annexe 11 de la convention UNEDIC. Cette précarité que rencontrent beaucoup de salariées à domicile déjà elles-mêmes en situation précaire a été largement soulignée lors de nombreuses auditions.

Enfin, il apparaît pour le moins paradoxal que des personnes réputées dépendantes soient mises en situation d'employeurs dans le cadre de l'emploi mandataire ou de gré à gré avec, à leur charge, l'ensemble des obligations afférentes à ce statut. Il n'est plus rare de voir les Prud'hommes saisis de recours contentieux contre des personnes âgées, voire très âgées, ayant agi comme employeurs.

Il est préférable, sans doute, que les interventions de l'aide auprès des personnes en perte d'autonomie soient sous la responsabilité d'un service compétent, qui présente à priori la garantie

de mise en place d'un dispositif de formation initiale et continue et de la possibilité d'encadrement, il faut reconnaître, toutefois :

- la volonté de professionnalisation des intervenants à domicile a été prise en compte par la FEPEM et le Ministère du Travail qui a homologué en 1998 le certificat d'employé familial polyvalent d'une durée totale de formation de 450 heures dont 360 en centres où ce sont créés des "appartements formations".
- les initiatives prises par certains Conseils Généraux (Territoire de Belfort, Ille et Vilaine ...) qui ont mis en place des formations en direction des aides à domicile employées dans le cadre du gré à gré ou dans les associations mandataires.

Il convient de bien faire la différence entre l'intervention d'aide à la personne visant les publics fragilisés, que ce soit par l'âge, la maladie, le handicap ou les difficultés sociales et l'intervention de l'employé de maison dont l'action vise essentiellement une aide matérielle à l'environnement sans que la logique d'intervention s'inscrive dans un processus d'action sociale.

Le soutien apporté aux publics fragilisés doit prendre en compte, notamment, des besoins d'aide à la vie quotidienne – ce qui contribuera à entretenir, stimuler et assurer une surveillance plus ou moins constante de ces personnes - ainsi qu'une aide aux tâches ménagères.

L'intervention au domicile des publics fragilisés est aujourd'hui qualifiée d'une multitude d'appellations dont aucune ne correspond à une qualification précise : aide ménagère, aide à domicile, auxiliaire de vie ...).

La création d'une identité professionnelle nécessite que soit enfin adoptée une terminologie commune permettant de bien identifier le statut professionnel. Cette identification devrait également être l'occasion **d'encourager la réflexion en cours sur la réunification des 3 conventions collectives de l'aide à domicile, conventions collectives du 6 mai 1970 pour l'UNADMR, du 11 mai 1983 pour l'UNASSAD et du 2 mars 1970 pour les travailleuses familiales.**

Cette **convention collective unique pour les métiers de l'aide à domicile** présenterait l'avantage de parfaitement identifier ces métiers en les positionnant dans une logique d'intervention différente de celle des employés de maison ayant leur propre convention collective (la mission insiste d'ailleurs particulièrement sur le fait que cette convention devrait faire l'objet d'un examen attentif en vue de renforcer les droits des employés de ce secteur).

Il conviendra dans une telle réflexion de bien intégrer les conditions de travail particulièrement difficiles des aides à domicile dont quelques aspects méritent d'être soulignés :

- un rythme de travail très soutenu associé à une grande parcellisation du temps de travail. Les interventions chez les personnes se font souvent par tranches de une heure quelquefois entrecoupées de temps de trajet plus ou moins longs, notamment en milieu rural
- un temps de trajet pas toujours comptabilisé dans le temps de travail
- des indemnités kilométriques plus ou moins bien remboursées
- un temps de travail partiel rarement choisi
- un classement dans la grille des conventions collectives ne prenant pas toujours en compte les qualifications
- une grande solitude morale
- une insuffisance voire une absence de formation continue
- un métier socialement dévalorisé

Avant de formuler des propositions, il convient de redire que le souhait de la majorité des personnes en perte d'autonomie est de rester à domicile et qu'une solution institutionnelle représente bien souvent une déchirure qui n'est envisagée que parce que le maintien à domicile n'est plus possible. De l'avis quasiment unanime des spécialistes de la vieillesse rencontrés dans le cadre de la mission, le niveau de dépendance n'est pas à priori un obstacle au maintien à domicile, si l'on excepte le cas particulier des démences, et l'inadéquation de l'organisation de la prise en charge à domicile peut en partie expliquer les demandes de placements en hébergements collectifs. Toutefois, il convient de souligner également la difficulté matérielle, morale, affective que peut représenter pour certaines familles le fait d'organiser le maintien à domicile de leur parent. C'est en ayant cette donnée à l'esprit qu'il est possible d'envisager une rénovation des dispositifs permettant de maintenir à domicile les personnes les plus âgées.

Trois pistes doivent être explorées afin de réformer l'aide à domicile. Il faut d'abord rénover les services d'aide à domicile, promouvoir, ensuite, une démarche de qualité de ce maintien à domicile, favoriser l'usage des titres emplois services permettant un accès plus facile aux prestataires de l'aide à domicile.

### **1/ Rénover les services d'aide à domicile**

Les services de soins à domicile pourraient être le socle d'une réelle politique de maintien à domicile dans la mesure où ils seraient réorganisés afin d'offrir des réponses réellement adaptées aux besoins.

Là encore il n'est pas question de nier l'existant. Une réorganisation du secteur du maintien à domicile doit pouvoir s'appuyer sur les nombreuses expériences existantes en formalisant leurs procédures et en facilitant une réorganisation, lorsque cela s'avère nécessaire. Il conviendrait, de ce point de vue, qu'avant toute réflexion sur une réorganisation du secteur, la Direction de l'Action Sociale, en lien avec les services déconcentrés du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité et les services des Conseils Généraux, effectue un recensement exhaustif des fonctionnements de ce type.

**La création de véritables services polyvalents d'aide et de soins à domicile doit s'appuyer sur une parfaite connaissance des besoins associant une prise en charge sanitaire à une prise en charge sociale.**

Ces services polyvalents d'aide et de soins à **domicile doivent être en mesure d'offrir une palette d'interventions qui**, se centrant sur la personne en perte d'autonomie permettent un réel travail en équipes pluridisciplinaires, une capacité d'adaptation des aides en fonction des besoins identifiés, des réponses immédiates aux situations d'urgence.

Sans qu'elle ait un caractère exhaustif il est possible de dresser une liste des services qui pourraient être offerts dans le cadre de ce type de service polyvalent d'aide et de soins à domicile :

- un service de soins à domicile,
- un service d'aide à domicile,
- un service de garde à domicile de jour et de nuit assuré de façon ponctuelle ou permanente,
- des possibilités d'accueil de jour et/ou d'accueil temporaire à inscrire dans le cadre de la chaîne évoquée ci-dessus,
- un soutien aux aidants dans le cadre de réunions de familles et de débats à thème,
- un service d'amélioration et d'adaptation de l'habitat,
- une organisation des séjours de vacances,
- des services de transport, de portage des repas, de téléalarme, etc...

**Il apparaît immédiatement qu'une telle offre de services nécessite que soit organisé un service bénéficiant de compétences pluri-professionnelles mettant en jeu tous les métiers ayant légitimité à intervenir auprès des personnes en perte d'autonomie.**

Sans dresser une liste exhaustive des professionnels pouvant être concernés par une telle offre de services, la mission considère que certaines professions paraissent particulièrement adaptées :

- le personnel infirmier, que ce soit infirmier coordonnateur du SSIAD ou infirmiers libéraux intervenant dans le cadre de conventions
- les assistantes sociales, les conseillères en éducation sociale et familiale, les travailleuses familiales
- le personnel d'aide à la personne tel que défini dans la proposition faite dans le chapitre professionnalisation du présent rapport (aide soignant, aide à domicile, aide médico-psychologique)
- les kinésithérapeutes
- les ergothérapeutes
- les animateurs
- les psychologues

**L'utilisation du dispositif emplois-jeunes pourrait également représenter un apport non négligeable dans les possibilités de diversification des réponses** notamment dans le cadre des gardes itinérantes de nuit et des transports à la condition que les bénéficiaires du dispositif soient déjà qualifiés dans le champ concerné et que puisse être mise en place une réelle formation au cours des 5 ans de leur contrat.

Plusieurs scénarios d'organisation de ce service polyvalent sont envisageables et pourront être adaptés en fonction de l'organisation déjà existante :

- un service coordonné à partir des services existants qui fonctionnent en commun sur une zone géographique par le biais d'une convention,
- un service intégré, avec un gestionnaire unique de plusieurs services s'appuyant sur une structure telle qu'un hôpital local, un CCAS (exemple du CCAS de la ville de Saint Herblain), un Conseil Général (Ille et Vilaine, Meurthe et Moselle, ...), une association (Association de Gérontologie du 13<sup>ème</sup> Arrondissement, Association du Sud de l'Agglomération Rennaise, ...) ou une structure spécifique telle qu'il en existe à Athis-Mons.

## **2/ Pour une qualité de l'aide à domicile**

La qualité de l'aide à domicile doit être recherchée dans le cadre de l'aide fournie par des prestataires de services comme dans le cadre de l'emploi direct.

- **Dans le cadre de l'emploi direct**

**La mission souhaite que comme pour les assistantes maternelles, soit créé un agrément préalable délivré par les services du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.** Un tel agrément, attribué aux salariés qui interviendraient dans le cadre de l'emploi direct, permettrait d'organiser une prise en charge de qualité, et de garantir, dans le même temps, une sécurité pour les familles. Cet agrément pourrait s'appuyer sur différents critères, en particulier, le fait d'être titulaire d'un diplôme du secteur, entre autres le certificat d'employé polyvalent mention assistante de vie, le CAFAD. Un tel dispositif, s'il peut améliorer la qualité du service rendu présentera toujours des limites quant aux conditions de travail des salariés.

- **Dans le cadre des services d'aide à domicile.**

Une même démarche de qualité est lancée dans le secteur des associations d'aide à domicile afin de donner aux personnes une réelle marge d'autonomie et de participation dans les dispositifs qui leur sont proposés. La mission souligne d'ailleurs à cet effet l'importance des travaux de la Fondation de France sur cette question qui ont permis de dresser une sorte de référentiel de qualité pour ces services<sup>35</sup>.

La mission constate avec satisfaction l'engagement en ce sens d'un nombre relativement conséquent d'acteurs du secteur dans ce processus d'amélioration de la qualité des prestations fournies aux personnes âgées (dont certains appartenant au secteur marchand, comme le GERIAPA, Groupement d'Etudes de Recherches et d'Initiatives pour l'Aide aux Personnes Agées). Dans le domaine de l'aide à domicile, l'initiative conjointe du GERIAPA et du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, à la fin 98, visant à faire élaborer des normes de qualité par L'Agence Française de Normalisation (AFNOR) est particulièrement intéressante et devra être concrétisée. Dans le même secteur de l'aide à domicile, la mission tient également à saluer les engagements de la CNAV pour promouvoir une démarche de qualité. Celle-ci, suite d'une part à la loi n° 96-63 du 29 janvier 1996 en faveur du développement des emplois de services aux particuliers instaurant l'agrément qualité, d'autre part à un rapport de l'IGAS de janvier 1997, et enfin aux préconisations générales de nombreux observateurs du secteur (parlementaires, pouvoirs publics, associations familiales...), a développé une démarche qualité. Mise en jeu par voie d'une circulaire CNAV (la dernière définie très récemment, le 4 juin 1999, n°35-99<sup>36</sup>), elle est source d'amélioration des services d'aide aux personnes âgées. La mission préconise la pérennisation de telles initiatives, conditions d'une nouvelle politique de prise en charge permettant de respecter les droits et l'intégrité de la personne âgée. Elle propose l'adoption d'un règlement national de qualité qui pourrait constituer un élément de l'agrément qualité dans le cadre des associations de service à domicile, réfléchi en lien avec la démarche de normalisation.

D'autre part dans le cadre des associations de service aux personnes prévues par la loi n° 96-63 du 29 janvier 96, les associations peuvent obtenir soit l'agrément simple pour leurs interventions à domicile, soit l'agrément qualité tel que nous l'avons décrit plus haut. Pour l'agrément qualité, ce sont des critères d'âge qui ont été retenus (moins de 3 ans, plus de 70 ans). Il serait plus pertinent de retenir les critères de tâches (repassage, ménages, jardinages...), permettant par là même de tenter d'identifier les emplois de services par rapport à des emplois d'aides.

En conclusion, il semble bien que l'aide à domicile constitue un secteur qu'il convient de continuer à structurer. Dans celui-ci, **les associations prennent une place particulière**. La mission souligne leur place importante pour une rénovation du soutien à domicile. Cette rénovation doit se faire **en organisant de manière complémentaire des emplois d'aide à la personne** (ce que les associations pratiquent depuis très longtemps), **et des emplois de service à la personne**. Ces emplois-là constituent un des enjeux majeurs pour les prochaines années tant ils peuvent signifier l'amélioration des conditions de vie quotidienne de la personne et possibilité importante de créations d'emplois. **C'est finalement dans ce cadre que doit être abordée la question d'inclure les services de maintien à domicile, pour les emplois d'aides à la personne, dans le champ de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Cette inclusion éventuelle pourrait permettre d'asseoir leur légitimité pour mieux construire la chaîne des réponses que la mission préconise.**

<sup>35</sup> Voir notamment, Fondation de France (mars 1995), *La qualité de l'aide à domicile, un nouveau défi social*, étude initiée par la FNADAR et réalisée par le RESHUS.

<sup>36</sup> Cf annexe n°7

### **3/ Titre Emploi Service (TES)**

Très peu utilisé dans l'aide à domicile, le dispositif du Titre Emploi Service (TES) devrait être développé. Solution souple, ce dispositif qui s'apparente à celui des chèques déjeuner, permet de payer des services uniquement fournis par des structures ayant obtenu un **agrément qualité et habilités par les Caisses de retraite**. C'est donc à la fois une garantie de qualité et de liberté dans le choix du service et de la structure prestataire. Le Titre Emploi-Service est abondé par les Comités d'entreprise. Certaines entreprises acceptent qu'il soit utilisé par un ascendant du salarié.

Actuellement, certains CCAS, pour faire évoluer leurs aides en direction des personnes âgées, utilisent le Titre Emploi-Service en l'abondant, dans le souci de développer des politiques de maintien à domicile de qualité. Cette évolution dans l'intervention des CCAS s'inscrit dans le refus de stigmatiser la pauvreté et la personne âgée dépendante, dans la même logique que le chèque d'accompagnement social prévu par la loi de lutte contre l'exclusion.

Par ailleurs, avec le Titre Emploi-Service, les réductions d'impôt sur le revenu sont accordées comme dans le cadre de l'embauche de personnel à domicile. Ce ne sont donc que les personnes âgées assujetties à l'impôt sur le revenu qui bénéficient de tels avantages. Pour favoriser le développement du Titre Emploi-Service, gage de qualité, l'Etat pourrait affecter une bonification à priori du Titre Emploi-Service (prise en charge de 45 % de la valeur faciale du titre par l'Etat), permettant à l'utilisateur d'acquérir immédiatement un pouvoir d'achat de services plus important. Les personnes non-imposables pourraient ainsi profiter de ce dispositif.

### **4/ Renforcer l'aide aux familles**

Comme nous l'avons vu précédemment **l'implication des familles dans l'aide à leur parent en perte d'autonomie représente une part déterminante de la prise en charge**. Il convient de prendre en compte cette dimension notamment dans les implications qu'elle peut avoir sur les aidants qui peuvent se retrouver dans une situation d'épuisement conduisant à une détérioration de l'environnement familial, un questionnement sur la pertinence de l'action et à une culpabilisation des familles souvent seules devant les problèmes.

La vieillesse, lorsqu'elle s'accompagne d'une détérioration des possibilités physiques ou psychiques, est bien souvent marquée par des situations de crise, situations qui doivent être gérées dans l'urgence.

C'est dans ces situations de crise vécues par la personne en perte d'autonomie que la famille est le plus sollicitée et qu'elle doit pouvoir trouver des réponses lui permettant de dépasser ces moments difficiles.

**Plusieurs solutions semblent devoir être** mises soit en place ou développées afin de répondre à l'épuisement des familles, de ces *"oubliés de l'action sociale"* comme les définissent certains de nos interlocuteurs:

- **les hébergements temporaires et les accueils de jour pour permettre un répit des familles,**
- **un congé dépendance,**
- **des groupes de paroles.**

La mise en place d'une telle politique d'aide aux aidants représente une réelle nécessité pour notre pays d'autant que la France paraît en retard par rapport à ce qui peut se faire au Nord de l'Europe.

## **a/ Les hébergements temporaires et les accueils de jour**

La mise en place d'hébergements temporaires répond à plusieurs problèmes qui se posent lors de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie et de leur maintien à domicile.

Solution de répit, ces hébergements représentent "une soupape de sécurité" à l'épuisement des familles. L'accompagnement d'un parent âgé nécessite une présence exigeante en terme de contrainte horaire et de calendrier, qui est souvent un obstacle à une organisation satisfaisante d'une vie personnelle et familiale.

De nombreux aidants familiaux se refusent le droit au week-end ou aux vacances du fait de la présence du parent âgé.

Si des solutions de garde à domicile peuvent être mises en œuvre, elles sont souvent difficiles à organiser et surtout très coûteuses d'autant qu'elles viennent en supplément des frais déjà engagés quotidiennement.

**Le développement des solutions d'hébergements temporaires mises en place soit par des services polyvalents d'aide et de soutien à domicile, soit par des établissements d'hébergement permettrait d'offrir des lieux d'accueil des personnes en perte d'autonomie, pour des temps limités, dans des conditions satisfaisantes pour les hébergés et rassurantes pour les familles.**

Là encore il n'est pas question de nier l'existant. Des expériences fonctionnent déjà, à la grande satisfaction des usagers. Il convient néanmoins de les développer et d'en assurer un financement pérenne. Actuellement leur coût est bien souvent laissé à la charge des familles ou des communes, limitant donc de fait leur utilisation.

**La prise en charge d'un tel type d'hébergement doit pouvoir être trouvée dans le droit commun des financements : intégration dans les plans d'aide de la PSD, prise en charge par l'aide sociale des Départements. Des solutions existent, il convient que l'ensemble des acteurs soit persuadé de la pertinence d'un tel dispositif pour qu'il soit intégré dans la chaîne des réponses offertes.**

Au-delà du répit que ce dispositif permet d'offrir aux aidants familiaux, il représente également **une première prise de contact de la personne en perte d'autonomie avec le milieu de l'hébergement collectif**. Prise de contact qui prépare à l'éventualité d'un hébergement en institution, lorsqu'il s'avère nécessaire, ne soit plus vécu comme une rupture, un déracinement et l'arrivée dans un monde inconnu mais plutôt comme un continuum vers un lieu connu. A cet effet, il est souhaitable que les établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes âgées puissent systématiquement réserver quelques places d'hébergement temporaire. Cette organisation ayant le double avantage d'ouvrir l'établissement vers l'extérieur et de dédramatiser l'établissement pour les personnes encore au domicile.

**Ces structures légères d'accueil temporaire ont aussi pour objectif de favoriser le passage d'un mode d'accueil à l'autre, notamment lors de retour d'hospitalisation dans l'attente d'une adaptation du domicile.**

Les accueils de jour sont le deuxième volet de ces dispositifs relais permettant d'aider les familles dans la prise en charge de leur parent âgé et de favoriser un projet de maintien à domicile.

Ils permettent d'accueillir dans un milieu sécurisant, se rapprochant du cadre naturel de vie, des personnes en perte d'autonomie pendant des périodes allant de 8H à 18H environ.

L'accueil de jour assure un relais dans le projet de maintien à domicile en permettant aux familles soit de "souffler" quelques heures dans la journée, soit de confier leur parent âgé durant leurs heures de travail en ayant une parfaite tranquillité sur les conditions de prise en charge et de sécurité.

Au-delà de ces possibilités, le répit offert aux familles, les accueils de jour favorisent la rencontre avec d'autres, maintenant ou restaurant la socialisation en rompant avec le confinement et l'isolement que peut parfois engendrer le maintien à domicile. La personne accueillie se voit offrir la possibilité de participer à des activités collectives qui lui permettent de maintenir son autonomie et ses capacités. Dans un environnement adapté, avec des professionnels compétents, ces "**lieux de vie**" au sens propre du terme, offrent des possibilités de mobilisation des capacités.

Des expériences d'accueil de jour existent mais, tout comme pour les hébergements temporaires, souffrent d'une mauvaise reconnaissance institutionnelle et de financements trop souvent aléatoires voire inexistantes.

Ces deux types d'accueil, structures d'avenir dans un contexte de maintien à domicile renforcé, doivent être confortés et développés pour les services qu'ils rendent aux usagers mais également comme lieux de rencontre des professionnels.

## **b/ Le congé dépendance**

Nous l'avons déjà largement évoqué, la présence auprès d'un parent âgé nécessite une grande disponibilité ainsi qu'un investissement personnel important.

Le Conseil Economique et Social, dans un avis adopté le 13 septembre 1995 sur le rapport de M. Hubert Brin, a proposé de créer dans le code du travail un "congé aide à la dépendance", sur le modèle du congé parental d'éducation. Ce congé aurait permis à un salarié, membre de la famille, de se consacrer, à plein-temps, à une personne âgée éligible à la prestation. Dans ce cas, la prestation aurait été versée en espèces à l'intéressé. Un dispositif similaire aurait pu être mis en place pour les travailleurs indépendants.

Cette proposition mérite d'être à nouveau étudiée sérieusement en liaison avec les partenaires sociaux pour une inscription dans les conventions collectives. Il conviendra toutefois de veiller à ce que ce dispositif ne soit pas dans les faits réservé aux femmes, comme c'est trop souvent le cas pour le congé parental, entravant en cela leur insertion professionnelle.

On peut par ailleurs s'interroger sur l'opportunité d'instaurer un "congé familial" valable pour l'ensemble des circonstances de la vie, qu'il s'agisse de conjoint ou d'enfant gravement malade, handicapé ou victime d'un accident, d'un parent en fin de vie ou dépendant. La législation y gagnerait certainement en clarté pour les employeurs. Il convient également d'examiner l'articulation d'un tel dispositif avec la loi n° 99.477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit et l'accès aux soins palliatifs.

## **c/ La mise en place de groupes de parole.**

Ces groupes de parole doivent permettre à l'ensemble des aidants de prendre conscience, qu'ils ne sont pas seuls à vivre une situation quelques fois difficile, d'échanger avec d'autres, d'établir des relations et enfin, par des réunions à thème, d'acquérir des connaissances dans le champ de la vieillesse.

Lieux carrefours, les groupes de parole, animés par un professionnel, psychologue de préférence, permettent de débattre des questions qui se posent au quotidien et que puissent s'exprimer des situations que les familles dans leur isolement imaginent être seules à vivre.

La mise en place de tels groupes de paroles doit impérativement être intégrée dans la chaîne des réponses sous l'impulsion soit de la coordination gérontologique, soit des services polyvalents d'aide et de soins à domicile, soit des CCAS. Leur financement devrait pouvoir être assuré par les Conseils Généraux, les caisses de Sécurité Sociale, ou encore dans le cadre de la PSD et de la prestation unique et globale que propose la mission, tant pour les personnes à domicile (par le biais de réunions de quartier), que pour les personnes en hébergement.

## **5/ Un logement adapté aux enjeux du grand âge**

Essentielles au maintien à domicile, les politiques d'adaptation, d'accessibilité au logement doivent être soutenues.

Le Ministère du Logement a développé des actions visant à la fois le maintien à domicile pour les propriétaires occupants et les locataires d'immeuble, et le soutien à la réalisation de solutions locales et au financement de foyers-logements. Les locataires de logements sociaux manquent quant à eux de dispositifs particuliers.

Des Conseils Généraux et des communes ont pu sous forme de subventions ou de prêts mis en place par des caisses locales soutenir des actions d'adaptation au logement. Les différentes Caisses de Retraite, au titre de l'Aide extralégale, ont développé des aides aux diagnostics et aux travaux. Cette nécessité d'adaptation des logements et des immeubles est réelle et souffre d'une absence de système d'aide.

La politique du logement pour les personnes âgées doit, elle aussi, bénéficier d'un partenariat entre les différents acteurs qu'ils soient ministériels (logement, affaires sociales) ou collectivités locales. Les PACT-ARIM interviennent soit au service des communes ou des particuliers, ils peuvent disposer d'ergothérapeutes. Les CICAT, lieux d'informations et de conseils aux handicapés, peuvent être orientés vers les personnes âgées.

Les financements, dans beaucoup de cas, sont très insuffisants, mais surtout ne permettent pas de grandes adaptations, et n'interviennent que trop rarement sur les travaux d'accessibilité à l'immeuble<sup>37</sup>.

Les différentes solutions mises en œuvre doivent être à l'écoute des besoins des personnes âgées de manière à leur proposer des formules d'habitat diversifiées, intégrées dans la cité afin de promouvoir tout ce qui de près ou de loin permet de maintenir ou de développer des liens relationnels. A ce titre, la mission souligne les actions menées notamment par les collectivités locales comme les Conseils Régionaux d'Ile de France et de Franche-Comté.

La mission soutient les propositions faites dans le cadre du groupe de travail consacré à l'habitat pour l'Année Internationale des Personnes Agées :

- **Faciliter et accroître l'accès à des logements adaptés grâce à une fluidité du parc de logements en prenant en compte les aspects d'adaptation technique interne et par des systèmes de prêts avantageux.**

<sup>37</sup> EDOU E. et LEFEBVRE J.J (1997. *Les personnes handicapées et le domaine de l'équipement, du logement, des transports et du tourisme*. Rapport du Conseil Général des Ponts et Chaussées.

- Adapter les règles d'attribution du parc social de manière à tenir compte de la diversité des handicaps dans l'attribution.
- Faciliter l'adaptation des logements par la fongibilité des aides qui pour le moment font intervenir une multitude de financeurs. Là encore la mise en place d'une caisse pivot pourrait représenter une solution efficace.
- Adapter les bâtiments eux-mêmes au-delà de l'adaptation des logements afin que les règles d'accessibilité soient effectivement appliquées, ce qui ne semble malheureusement pas toujours être le cas.
- Intégrer un volet habitat dans les schémas gérontologiques départementaux.

## **IV - Vivre en institution**

### **1/ L'hébergement collectif**

*"Toute institution gériatrique, quels que soient son appellation et le nombre de personnes âgées accueillies et hébergées, est une collectivité complexe".*

*Ces vieillards sont de plus en plus âgés, leurs handicaps tant physiques que psychiques de plus en plus lourds à assumer autant pour eux que pour l'entourage. Pour la plupart, l'institution est leur dernier domicile ; ils n'en sortiront que morts. Tant mieux s'ils l'ont choisi tant mieux s'ils ont pu la visiter, se familiariser avec son organisation et son règlement intérieur ; tant mieux s'ils ont pu y emporter des objets personnels de leur choix sans aucune contrainte de leurs proches.<sup>38</sup>*

L'histoire de l'hébergement a vu se développer des structures à la "philosophie" et au fonctionnement différents : hospices, transformés en maisons de retraite ou en longs séjours, constructions de longs séjours ex-nihilo (les V80, V120...), foyers-logements aménagés à l'initiative des communes, MARPA et MAPAD sous statut privé, à but lucratif ou non, ou établissements publics dépendant des Conseils Généraux, des communes, des hôpitaux...

Il y a 15 ans, les personnes âgées restaient dans des établissements pour une durée qui pouvait aller jusqu'à 10 ans. Aujourd'hui, leur séjour dure en moyenne 2 ans et demi, et à leur entrée dans ces structures, à l'occasion d'une situation de crise (veuvage, chute, suite d'une hospitalisation...). Elles sont souvent en situation de dépendance lourde. La vraie dépendance est souvent psychique et intellectuelle, l'angoisse et le repli sur soi étant très présents.

La fragilité de ces personnes a conduit à une demande de médicalisation avec le développement en corollaire de la prise en charge sanitaire et la présence presque exclusive de métiers médicaux.

Les familles vivent très souvent de manière douloureuse l'entrée en hébergement de leur parent, ce qui peut entraîner des réactions de surprotection (avec une forte présence) ou au contraire d'abandon.

Parce qu'il y a des pratiques dans la prise en charge qui peuvent conduire à de l'infantilisation, parce que l'institution comporte des risques iatrogènes, depuis une dizaine d'années, avec la diffusion de la Charte des Droits des personnes âgées dépendantes, des structures d'hébergement ont tenté de transformer des établissements en véritables lieux de vie, grâce à la mobilisation de leurs personnels, et en dépit souvent de la faiblesse de leur effectif : certains

---

<sup>38</sup>MEMIN C. (1984). *Projet de vie avec les personnes âgées en institution*. Editions Le Centurion. Collection "infirmières d'aujourd'hui".

établissements ont ouvert leur restaurant aux écoles de quartier, créé des jardins potagers, laissé toute liberté pour l'aménagement de la chambre, organisé des séjours vacances, ou encore accepté l'implantation d'une crèche dans leurs locaux (comme à Lyon).

Ainsi, la Fondation de France, dans le cadre du remarquable travail du Groupe Saumon, sous la direction de Marie-Jo Guisset, a dégagé deux notions centrales pour une prise en charge de qualité des personnes âgées en hébergement, s'appuyant sur l'application de la Charte des Droits des Personnes Agées dépendantes : **maintenir le plus longtemps possible le choix de la personne, malgré le développement d'une dépendance, et assumer une part de risque mesuré dans chaque activité de la personne âgée. Il s'agit ni plus ni moins que de respecter la personne en tant que telle. Toute prise en charge se doit ainsi de respecter la part de risque inhérente à toute activité humaine, mais aussi la part de choix qu'implique également la liberté humaine.**

C'est pourquoi, l'enjeu pour l'hébergement consiste notamment dans son adaptation constante afin de répondre aux évolutions prévisibles et d'organiser ces lieux en véritables lieux de vie, permettant aux personnes âgées de continuer de mener une vie la plus "normale" possible. L'hébergement constitue en effet à proprement parler une rupture spatiale puisque la personne âgée va vivre dans un espace complètement nouveau. Elle est ensuite temporelle car la vie en collectivité s'organise selon des règles propres, celle du groupe. Enfin, l'hébergement peut finalement générer pour la personne âgée, un sentiment d'inutilité et d'enfermement. Il est donc nécessaire de développer dans la prise en charge en hébergement des animations autour des personnes, en tenant compte de leur singularité, de l'histoire de leur vie. L'individualisation est en effet essentielle pour comprendre le vieillissement dans sa complexité.

Naturellement, une telle démarche occasionne un certain changement culturel dans les établissements et des efforts d'aménagements dans les modes d'hébergement.

Le cahier des charges prévu dans le cadre de la réforme de la tarification est symbolique de ce souhait de faire des institutions accueillant des personnes âgées de véritables lieux de vie respectant l'intégrité de la personne âgée, tenant compte de l'ensemble de ses difficultés (douleurs, difficultés psychologiques et physiques) et accompagnant ce dernier temps avant la mort.

Les structures d'hébergement sont aujourd'hui confrontées à un certain nombre de problèmes pour répondre à de tels changements.

- Elles souffrent d'un déficit de moyens financiers en particulier dans le cas de dépendance très lourde. A cet égard, la comparaison entre le prix de journée pour les handicapés dans les Maisons d'Accueil Spécialisées (950 F) et le coût moyen d'un accueil en structure d'hébergement pour personne âgée quel que soit le niveau de dépendance (450 F), mérite réflexion. La réforme de la tarification et du régime budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes initiée par le décret n°99-316 du 26 avril 1999 devrait pouvoir remédier à cette situation en tant qu'elle définit les tarifs suivant le niveau de dépendance. Pour qu'elle réussisse, il conviendra, dès l'année prochaine, de dégager les moyens suffisants. Il semble que l'absence actuelle de moyens doive être particulièrement prise en compte dans le cadre de la mission d'appui de la réforme de la tarification des établissements confiée à M. Brunetière. Cette réflexion devra sûrement prendre en compte les effets du passage aux 35 heures.
- Les structures d'hébergement accueillent très souvent des personnes âgées avec des difficultés d'origines diverses dans des locaux qui ne sont pas tous adaptés à cette diversité de handicaps, en particulier du fait de l'absence de lieux spécifiques pour les déments séniles, qui perturbent les autres personnes.

- L'évolution de la prise en charge en hôpital psychiatrique conduit de plus en plus de malades psychiatriques chroniques dans les maisons de retraite.

Si la réussite d'une politique publique en direction des personnes âgées passe par un développement de la politique de maintien à domicile, il ne faut pas oublier que celle-ci, pour un certain nombre de personnes en perte d'autonomie, ne fait que retarder l'entrée en hébergement collectif, **ceci étant particulièrement vrai pour les personnes souffrant de déficiences intellectuelles (maladie d'Alzheimer et autres maladies dégénératives) et les malades psychiatriques chroniques.**

**Ainsi la prise en charge de ce type d'usagers présente des spécificités qui doivent être prises en compte dans les projets de vie des établissements que ce soit d'un point de vue architectural ou en terme de fonctionnement.**

**De même, la configuration architecturale des lieux doit permettre de répondre à une des caractéristiques de ce type de détérioration intellectuelle qu'est la déambulation. Cette dimension doit concilier deux objectifs fondamentaux que sont la sécurité et la liberté.**

**La spécificité de la prise en charge des personnes désorientées ne nécessite pas forcément une séparation des lieux d'hébergement mais que ceux-ci soient accueillis dans de petites unités de vie regroupant une dizaine de personnes au sein des structures déjà existantes.**

**La mission préconise un certain nombre de pistes pour promouvoir la qualité de l'hébergement et favoriser la création de lieux de vie pour les personnes âgées et plus particulièrement les déments séniles :**

Au terme de CANTOU qui recouvre des réalités très diverses d'accompagnement, la mission préfère le concept de "lieux de vie". Ces petites unités permettent un mode de vie normal, une aide adaptée aux besoins individuels, des échanges entre aidants et aidés, une valorisation du rôle de la famille et des contacts avec le voisinage tout en faisant preuve d'une grande souplesse.

La mission souhaite que s'ouvre dans notre pays un vrai débat autour de ces possibilités d'accueil qu'il convient impérativement de soutenir.

Elle considère également que toute nouvelle autorisation d'ouverture d'établissements, ou toute réhabilitation, accueillant des personnes âgées doit être conditionnée à la prise en compte de ces dimensions.

**Les projets de type "petites unités de vie", qui devront être pris en considération dans le projet de réforme de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, devront ainsi faire l'objet d'un traitement particulier au regard du cahier des charges tel que défini dans la réforme de la tarification des établissements accueillant des personnes âgées.**

Il semble en effet que les obligations prévues dans ce cahier des charges (qualification du directeur, du médecin coordonnateur...) ne soient pas compatibles avec la cohérence des projets de ces unités de vie (MARPA notamment) et qu'elles doivent être placées hors champ d'application de la réforme de la tarification et être considérées comme des domiciles tout en s'inscrivant dans une démarche de qualité et de coordination.

**Il convient également que soit étudiée la mise en place de mécanismes de prêts avantageux afin de favoriser les investissements tendant à l'adaptation des structures**

**d'hébergement en lieux de vie. De même, il serait également envisageable de ramener à un taux réduit la TVA sur les travaux et les mises aux normes des établissements d'hébergement des personnes âgées.**

**La mission souhaite par ailleurs attirer l'attention sur les enjeux des normes de sécurité applicables aux établissements d'hébergement de personnes âgées.** Actuellement à l'étude dans le cadre de travaux interministériels (entre les Ministères de l'Intérieur, du Logement, de l'Emploi et de la Solidarité), la définition de telles normes pose un certain nombre de problèmes. Il est ainsi nécessaire de **garantir un niveau de sécurité suffisant dans ces établissements en tenant compte des spécificités du secteur médico-social.** Il convient donc de prévoir des sujétions particulières unifiées pour l'ensemble des maisons de retraites et des foyers-logements, certainement différentes de celles applicables aux établissements de santé.

**Enfin, les hébergements collectifs doivent être intégrés dans la cité et ouvrir largement une place aux familles qui là aussi jouent un rôle fondamental dans l'accompagnement et la prise en charge de leur parent âgé.**

## **2/ Les familles d'accueil**

L'accueil familial en France s'adresse aussi bien aux enfants dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance, qu'aux personnes âgées et aux personnes adultes handicapées.

L'accueil des personnes âgées, organisé dans le cadre de la loi n°89-475 du 10 juillet 1989, représente 53% de l'accueil global avec comme seule contrainte un agrément du Président du Conseil Général et sans aucune exigence de qualification ni de formation pour les familles accueillantes.

Des expériences intéressantes se développent comme le concept de Villa family. Dans le cadre des constructions nouvelles le projet architectural prévoit de réserver un lieu à la famille et un à la personne âgée. Ces constructions sont systématiquement jumelées pour permettre aux familles de disposer de temps de repos et de vacances.

Au-delà du débat sur la pertinence de ce mode d'hébergement pour des personnes âgées, la mission considère qu'il conviendrait au moins que soit recherchée une véritable professionnalisation des accueillants qui, si elle ne passe pas obligatoirement par un statut de familles d'accueil doit impérativement donner lieu à de bonnes conditions de travail, à une réelle qualification et permettre des actions de formation. C'est à cette condition que pourra se développer un accueil de qualité avec toute les garanties nécessaires pour les personnes âgées. Il semble que cette question doive être pensée dans une réflexion beaucoup plus globale concernant la formation de l'ensemble des familles d'accueil au-delà du seul champ de l'accueil de personnes âgées.

## **3/ L'hôpital**

**L'hospitalisation des personnes âgées ou très âgées se fait souvent pour répondre dans l'urgence à des situations de crise. Il convient donc que la structure hospitalière soit en mesure d'apporter une réponse adéquate à ces patients souffrant de polyopathologies.** En effet, les personnes âgées connaissent fréquemment ce que les médecins appellent des phénomènes de compensation. Lors d'une hospitalisation, on découvre, à partir d'une pathologie la justifiant, des affections connexes qui peuvent donner lieu à un maintien au sein de l'hôpital.

**En préalable, la mission réaffirme que toute prise en charge hospitalière doit se faire dans le respect des droits et libertés de l'individu,** et les protocoles de soins doivent éviter tout ce

qui de près ou de loin pourrait être considéré comme un acharnement thérapeutique. Cette problématique est sensiblement la même que pour les soins palliatifs ; il s'agit d'un problème de formation éthique des intervenants qui doivent prendre en compte la délicate question de la fin de vie et du vieillissement.

Au sein de l'offre hospitalière il convient de reconnaître et de valoriser la place particulière qu'occupe l'hôpital local qui représente le premier maillon de soins entre le maintien à domicile et l'hospitalisation lourde. L'hôpital local a pour principales fonctions un traitement et une surveillance des affections aiguës ne nécessitant pas de plateau technique spécialisé, un bilan de la perte d'autonomie et la prise en charge des soins palliatifs.

L'accueil des personnes âgées à l'hôpital conduit à se poser la question de l'accueil dans les services d'urgence, dans les services classiques de l'hôpital, et dans les services gériatriques –court et moyen séjour.

#### **a/ La question des urgences**

L'admission des personnes âgées au service des urgences se fait pour des raisons médicales qui peuvent être souvent accompagnées de difficultés sociales ou familiales.

D'autre part, les services classiques d'un hôpital (cardiologie, traumatologie, médecine ...) ne sont pas systématiquement, même s'ils accueillent un nombre non négligeable de personnes âgées, organisés et formés pour les recevoir et pour préparer leur sortie. C'est pourquoi la mise en place d'une équipe mobile de gériatrie s'appuyant sur les services de gériatrie pourrait accompagner les différents services dans la prise en charge des personnes âgées. Cette équipe pluridisciplinaire pourrait être chargée d'organiser des passerelles dans l'accompagnement médical, d'organiser le lien ville-hôpital (permettant la collaboration entre le service hospitalier et les médecins de ville), et surtout de préparer la sortie de l'hôpital en collaboration avec les services de maintien à domicile.

#### **b/ Le diagnostic gérontologique et l'hôpital de jour**

Actuellement les **hôpitaux de jour** souffrent de grandes difficultés de développement. Au regard des fonctions qui pourraient être attribuées à ces structures - hôpital de jour d'expertise gériatrique effectuant des activités d'évaluation gériatrique, de diagnostic et de prise en charge et hôpital de jour de rééducation gériatrique s'adressant à des patients relevant de prises en charge particulières après hospitalisation -, il conviendrait que ce type de structure soit tout particulièrement développé, notamment dans les bassins de vie à forte densité de population<sup>39</sup>.

#### **c/ Une réponse transdisciplinaire dans les services de gériatrie**

Une bonne prise en compte de l'ensemble des besoins de la personne âgée implique que les structures hospitalières soient en mesure d'**offrir une approche transdisciplinaire**. S'il n'est pas question de remettre en cause la fonction principale de l'hôpital qui doit apporter une réponse médicale et sanitaire aux patients, il apparaît nécessaire que les compétences des équipes médicales et paramédicales puissent s'enrichir de compétences liées à une diversification des professionnels chargés de la prise en charge de patients âgés.

Pour ce faire, un renforcement des professionnels du secteur social dans l'hôpital semble pouvoir apporter des qualifications qui, à ce jour, font bien souvent défaut. Les différents entretiens menés par la mission avec des chefs de service hospitaliers ont mis en évidence le souhait de pouvoir s'adjoindre les qualifications de travailleurs sociaux qu'ils soient éducateurs spécialisés, assistants de service social ou aides médico-psychologiques. Mais surtout il convient de reconnaître

<sup>39</sup> Voir le projet de diagnostic gérontologique du Centre de Soins des Tilleroyes à Besançon

la nécessité de dégager des effectifs plus importants, ces services souffrant très souvent d'un manque chronique de personnels. La difficulté de mise en place du PMSI en gériatrie est révélatrice à la fois de ce manque de personnels et de cette nécessité d'une réponse transdisciplinaire.

## C/ Des métiers pour les personnes âgées

La configuration actuelle des métiers et statuts des professionnels intervenant dans ce champ, présente à la fois de nombreuses qualifications et statuts, d'une majorité de métiers d'origine sanitaire et une qualification gérontologique insuffisante.

En 1993 un ouvrage d'Yves Lamy<sup>40</sup> a défini une grille de métiers intervenant en direction des personnes âgées, allant de missions strictement soignantes à des missions plus sociales d'accompagnement en passant par des tâches strictement administratives : aide soignant, agent des services hospitaliers, aide ménagère, infirmier en soins généraux, médecin gériatre, surveillant, surveillant chef, animateur, ergothérapeute, masseur kinésithérapeute, psychomotricien, orthophoniste, diététicien, assistant de service social, psychologue, infirmier général, directeur. Ce sont les métiers qui interviennent sur le principe de la réparation qui sont les plus nombreux et les plus présents. Leur présence est obligatoire en particulier dans le cas de dépendance très lourde. En fonction des orientations proposées dans ce rapport il sera nécessaire d'introduire des métiers plus liés à l'accompagnement, à l'animation et au travail social.

La mission préconise de concentrer les efforts sur quatre points :

- La diversification des qualifications et des métiers qui interviennent auprès des personnes âgées
- un socle commun de formation pour les métiers qui sont le plus présents auprès des personnes âgées
- le renforcement des contenus gérontologiques de l'ensemble des formations conduisant aux métiers susceptibles d'intervenir auprès des personnes en perte d'autonomie,
- une professionnalisation de l'encadrement
- l'amélioration de la formation des médecins dans le domaine de la gériatrie et/ou de la gérontologie,

### I - Des compétences diversifiées pour la vieillesse

**Choisir les métiers qui interviendront auprès des personnes âgées est évidemment porteur du sens que l'on entend donner à cette intervention. Au delà des compétences sanitaires et médico-sociales, il importe que d'autres professionnels puissent faire bénéficier de leur savoir-faire.**

Le secteur du handicap a, depuis 30 ans, su former les métiers d'accompagnement aux différentes formes de handicap, physique ou psychique. Ces métiers sont très peu présents dans le champ de l'accompagnement des personnes âgées : moniteurs-éducateurs, éducateurs spécialisés, aides médico-psychologiques. Or ils ont toute leur place aux côtés des métiers du domaine sanitaire.

Des expériences ou en institution ont contribué à ouvrir d'autres pistes. Tant autour de la culture (participation à des groupes de lecture<sup>41</sup>, à des activités musicales utilisant les compétences

<sup>40</sup> LAMY Y (1993). *L'évolution des métiers de la gériatrie*. Editions ENSP.

<sup>41</sup> Voir l'expérience de l'association Dynamo à Paris.

des musicothérapeutes...), qu'autour d'activités physiques<sup>42</sup>, nombreuses sont les possibilités d'enrichir la prise en charge des personnes. A cet égard, la mission rappelle tout l'intérêt qu'il peut y avoir à **utiliser le plan Nouveaux Emplois, Nouveaux Services** pour diversifier les compétences et les modes d'approche. Dans ce cadre, les Ministères de la Culture, de la Jeunesse et des Sports pourraient être sollicités afin de développer de telles activités et l'accompagnement apporté à ces personnes. De nombreuses expériences d'animation ont été développées dans les maisons de retraite, elles ont pu se mettre en place soit grâce au recrutement de personnels formés dans l'animation soit par la formation à l'animation du personnel soignant. Le DEFA, sous la responsabilité conjointe du Ministère des Affaires Sociales et de Jeunesse et Sports, en incluant un module sur la personne âgée, peut ainsi permettre à ces professionnels de prendre toute leur place dans ces établissements. **La mission souhaite vivement le développement de tels métiers dans le secteur de la prise en charge des personnes âgées.** Il s'agit d'un enjeu véritable, celui du nécessaire **rééquilibrage entre les métiers sanitaires et sociaux** dans l'accompagnement des personnes âgées.

C'est dans ce champ que les infirmières peuvent développer en collaboration avec les autres professions dans le domaine sanitaire et social, leur rôle propre tel que prévu dans le décret de compétence. Différentes expériences, que ce soit à domicile ou en hébergement, l'ont démontré, même si ce positionnement n'est pas toujours aisé.

Les contenus gérontologiques des autres cursus de formation devront, être soit renforcés (diplôme d'état d'infirmier, diplôme professionnel d'aide soignant), soit introduits dans les formations de l'ensemble des métiers notamment pour, les conseillères en économie sociale et familiale, les assistantes sociales.

Les difficultés que rencontrent les personnes âgées sont autant d'ordre médical que relationnel, affectif ou social. Les métiers qui interviennent dans leur accompagnement doivent tenir compte de cette donnée. A cet égard, il faut souligner combien la présence de psychologues a toute sa place que ce soit à l'hôpital, dans les services de soins à domicile, ou dans les institutions, leur intervention s'adressant autant aux personnes âgées qu'aux professionnels à domicile et en hébergement.

## **II - Former les professionnels qui sont le plus présents aux côtés des personnes âgées.**

*"Si travailler en gériatrie, c'est être confronté aux valeurs fondamentales : la vie, la mort, le temps, c'est aussi se colleter quotidiennement avec de petits détails qui sont les choses de la vie : une chaussure mal lacée, un pyjama mal fermé, une sonnette mal placée, une cuvette trop loin située, un emballage de fromage impossible à ouvrir, prennent une importance presque aussi grande qu'une perfusion mal posée."<sup>43</sup>*

Travailler auprès des personnes âgées atteintes de démence sénile, ou de grands vieillards amène les professionnels à être confrontés à des tâches, des situations physiquement et psychologiquement lourdes. Les situations sont d'autant plus difficiles qu'elles les renvoient à leur propre vieillesse, à leur propre mort. C'est pourquoi, notre attention doit être portée prioritairement en direction des personnels qui sont le plus présents que ce soit dans la durée ou dans la fréquence.

<sup>42</sup> Voir. l'expérience de l'association "Siel Bleu" à Strasbourg.

<sup>43</sup> MEMIN C ; Opus cité.

Au regard de l'organisation actuelle de l'intervention auprès des personnes âgées, il apparaît que :

- 1) **ce sont les métiers d'aide soignant, d'aide à domicile, voire d'employés sans qualification particulière qui sont le plus présents aux côtés des personnes âgées à domicile ou en hébergement.**
- 2) **comme le mettent en évidence Mme Hespel et Monsieur Thierry<sup>44</sup>, les différentes mesures pour l'emploi, exonérations fiscales, exonérations de charges sociales, utilisation de l'emploi de gré à gré, ont développé pour le domicile une embauche par la personne âgée ou la famille, de femmes (car ce sont très majoritairement des femmes) sans qualification, pour effectuer des activités ménagères mais aussi des actes d'accompagnement favorisant la vie sociale et le confort moral.**

Dans de nombreuses institutions sociales et médico-sociales (maisons de retraite, foyers-logements...), **aux côtés d'infirmiers diplômés d'Etat ou d'aides soignants, des ASH, des auxiliaires de vie, souvent insuffisamment formées, accomplissent des tâches en direction des personnes âgées.**

A travers les différentes auditions, il apparaît clairement qu'autant au domicile qu'en hébergement, c'est autour de trois champs que s'accomplit le **travail nécessaire à l'accompagnement des personnes âgées : les soins du corps, les actes de la vie quotidienne, la vie sociale et relationnelle.**

Trois métiers de niveau V ont été identifiés comme ayant une pertinence particulière à intervenir auprès des personnes en perte d'autonomie que ce soit dans le cadre du maintien à domicile ou dans celui de la prise en charge en établissements (hospitaliers ou médico-sociaux) : les aides soignants, les aides à domicile, les aides médico-psychologiques<sup>45</sup>. Nous pourrions aussi ajouter le certificat d'employé polyvalent mention assistante de vie homologué par le Ministère du Travail en 1998.

Pour ces métiers plusieurs activités principales ont pu être identifiées :

#### 1. Aides soignants

- assurer le bien-être de la personne, les soins d'hygiène, d'esthétique et de confort physique et moral.
- assurer une aide à la mobilité, au maintien et au développement de l'autonomie.
- effectuer des interventions en appui des professionnels médicaux.
- effectuer une prévention des contaminations.

#### 2. Aide à domicile et assistante de vie

- aide à la vie domestique et aux gestes de la vie quotidienne, entretien et aménagement du cadre de vie.
- aide pour la mobilité, les démarches, le confort physique, intellectuel et moral.

<sup>44</sup>HESPEL V., THIERRY M. Opus cité

<sup>45</sup> Etude réalisée par C. BIGOT à partir de la méthode ADAC élaborée par le laboratoire FFPS du Conservatoire National des Arts et Métiers.

3. Aides médico-psychologiques (l'intervention de ces dernières étant beaucoup plus récente dans l'aide aux personnes âgées et encore peu développée).
- accompagnement des personnes handicapées dans leur vie quotidienne.
  - maintien des acquis physiques et intellectuels, développement de l'autonomie.
  - évaluation et suivi de l'état de la personne.
  - développement des communications, intégration dans une équipe.

Au regard des besoins des personnes âgées et des différentes activités et des modes et lieux d'exercice de ces professionnels il apparaît que **des compétences communes** peuvent être dégagées qui devraient être prises en compte dans la formation initiale des 4 diplômes qualifiant les professionnels, auxquels il faudra peut-être ajouter le certificat d'employé familial polyvalent option assistante de vie :

- Diplôme professionnel d'aide soignant (DPAS)
- Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico-psychologique (CAFAMP)
- Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (CAFAD)
- Brevet d'études professionnelles carrières sanitaires et sociales, mention complémentaire aide à domicile

Il apparaît que les formations conduisant à ces diplômes doivent pouvoir être organisées autour **d'un tronc commun de formation qui permettrait aux étudiants d'acquérir les compétences communes nécessaires**. A ce tronc commun de formation, faisant l'objet d'une validation commune, viendrait s'ajouter une série de modules spécifiques à chaque diplôme permettant aux étudiants d'acquérir la spécialisation requise pour l'exercice du métier concerné.

La mise en place d'une telle réforme suppose qu'au préalable soient engagés des travaux, sous la responsabilité des Ministères concernés voire des Directions pour ce qui concerne le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité (Direction Générale de la Santé et Direction de l'Action Sociale), afin de définir, pour chaque métier, **un référentiel de compétences et un référentiel de formation** (permettant de vérifier la pertinence d'une telle harmonisation des cursus de formation et l'étendue du tronc commun à mettre en place). Il conviendra d'aborder ce travail avec un réel souci d'ouverture et de ne pas se contenter de proposer un tronc commun minimum qui viserait à ne pas remettre en cause l'organisation existante des formations et à préserver les logiques propres à chaque formation. Ce travail préalable devra, de plus, être l'occasion d'**une réelle coordination interministérielle**.

Une telle réorganisation des formations de niveau V<sup>46</sup> préparant aux métiers d'aide à la personne présente plusieurs intérêts évidents :

- La formation d'intervenants aux compétences élargies capables de répondre à l'ensemble des besoins des personnes en perte d'autonomie que ce soit au domicile privé de la personne ou en structure sanitaire ou médico-sociale. Outre l'intérêt évident que ce type de compétences peut présenter pour mieux adapter les réponses, **ce nouveau profil professionnel favorisera le passage d'un exercice en hébergement vers un exercice à domicile et vice versa**. La perception des intervenants sera ainsi enrichie par une expérience diversifiée et la qualité de la prise en charge en sera d'autant accrue.

<sup>46</sup> Des expérimentations dans ce sens sont actuellement menées par différents centres de formation de travailleurs sociaux en collaboration avec des centres de formation préparant aux diplômes paramédicaux (l'IRTS Provence Alpes Côte d'azur avec le GRETA de Nice, l'IRTS du Nord-Pas de Calais avec l'Institut de Soins Infirmiers Santélys, Groupement des institutions médico-éducatives et sanitaires de Bretagne sud)

- **L'acquisition de compétences permettant de confier à ces professionnels des actes, jusqu'à il y a peu considérés comme exercés dans l'illégalité par les aides ménagères ou les aides médico-psychologiques et les aides à domicile, tels que la distribution des médicaments ou des actes dont le statut reste imprécis comme pour les aides à la toilette<sup>47</sup>, en situation de suppléance d'un acte qu'aurait pu effectuer la famille.**
- **Faciliter l'émergence d'une culture professionnelle commune, premier pas vers un rapprochement entre le secteur sanitaire et le secteur social.**
- **Faciliter la mobilité professionnelle et la promotion sociale.**

Dans ce type d'organisation, un professionnel titulaire par exemple du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (CAFAD), souhaitant une réorientation professionnelle ne devrait préparer et valider que les modules spécifiques à l'un des deux autres diplômes pour obtenir le diplôme professionnel d'aide soignant (DPAS) ou le certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico-psychologique (CAFAMP).

Plutôt que de mettre en place un diplôme spécifique à la prise en charge des personnes âgées du type auxiliaire de gériatrie, cette proposition permet d'offrir à ces métiers un champ d'intervention large, des handicapés adultes à la personne âgée en grande difficulté.

La restructuration modulaire des formations présente en outre le double avantage de favoriser la promotion sociale et l'application du **dispositif de validation des acquis professionnels** tel que prévu par la loi de juillet 1992 et actuellement toujours en attente d'application dans le champ des formations sociales, du fait notamment de la difficile adaptation des formations aux exigences organisationnelles du dispositif et de la non-publication des textes réglementaires.

La validation des acquis professionnels représente une réelle opportunité de qualification pour des professionnels investis de longue date dans un exercice professionnel et qui, grâce à ce dispositif, se verraient reconnaître des compétences acquises au cours des années d'exercice. Ce d'autant que si les métiers de la relation d'aide nécessitent une qualification acquise par des savoirs théoriques, ils nécessitent également une posture, un savoir-être, pour lesquels le contact avec les usagers demeure irremplaçable.

Dans un secteur où la formation continue est relativement difficile à mettre en œuvre du fait de l'organisation des conditions de travail et où la qualification des intervenants ne concerne qu'une faible part des salariés du fait d'un manque de pré-requis nécessaires, **une organisation modulaire des formations** peut être un élément déclencheur du processus de qualification.

Plutôt que de devoir suivre en une fois l'intégralité d'un cursus de formation, ce qui représente un engagement personnel et financier particulièrement lourd, les salariés de ce secteur pourront envisager une qualification par unités de valeur (modules) capitalisables qui pourront être préparées et validées en discontinu.

---

<sup>47</sup> Cf annexe n°8

**Cette réorganisation de l'architecture des formations** devra également être l'occasion d'une profonde réforme de la formation des aides à domicile dont la qualification est actuellement assurée par le Brevet d'Etudes Professionnelles carrières sanitaires et sociales, mention complémentaire aide à domicile et le Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile (CAFAD).

Ces deux diplômes, actuellement positionnés au même niveau dans les conventions collectives, représentent deux voies d'accès distinctes à la qualification :

- une formation en cours d'emploi pour les salariés suivant la formation préparant au CAFAD,
- une formation sous statut scolaire pour les étudiants suivant la formation au brevet d'études professionnelles carrières sanitaires et sociales, mention complémentaire aide à domicile.

Deux points importants paraissent devoir être pris en compte pour un réel rapprochement des qualifications de ce secteur :

- seule la formation conduisant au brevet d'études professionnelles carrières sanitaires et sociales, mention complémentaire aide à domicile est assise sur une mise en relation du référentiel des activités professionnelles et du diplôme (cf. annexe) alors que l'annexe pédagogique de l'arrêté du 30 novembre 1988 instituant le certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (cf. annexe) se limite à décliner les objectifs de la formation, la démarche pédagogique, l'organisation et le déroulement de la formation ainsi que le programme. La formation conduisant au certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico-psychologique souffrant d'ailleurs du même déficit de mise en relation d'un référentiel des activités professionnelles avec la formation.
- la formation conduisant au certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile, même si elle prend implicitement en compte les acquis antérieurs des stagiaires compte tenu de leur expérience professionnelle, devra être adaptée aux exigences des missions et responsabilités des professionnels intervenant, souvent seuls, auprès de publics fragilisés.

**Il conviendra donc qu'une réflexion visant à profondément réactualiser les contenus de formation conduisant au diplôme soit engagée afin de mettre à niveau les compétences attendues des professionnels.**

### **III - L'encadrement des intervenants.**

#### **1/ Les intervenants de l'aide à domicile**

Si le renforcement de la professionnalisation des intervenants de l'aide à domicile passe par une meilleure qualification due à un accès plus facile à la formation et à une meilleure organisation des formations conduisant aux diplômes de niveau V, **il nécessite également que soient organisées les conditions d'un bon encadrement de ces professionnels.**

Les conditions de travail et les responsabilités confiées aux intervenants auprès de la personne impliquent que ces professionnels puissent être relayés par un encadrement compétent et en capacité d'offrir un temps d'écoute aux différentes situations professionnelles qui peuvent se présenter au quotidien.

Bien souvent seuls devant des situations personnelles très complexes, les intervenants auprès de la personne sont amenés à évaluer des situations nouvelles et à répondre aux demandes des usagers et de leur famille. Les différentes interventions au domicile mettent en présence de nombreux professionnels de formation et de culture différentes (médecin, kinésithérapeute, infirmier, ...) et la présence permanente et régulière est celle de l'aide à domicile qui ne dispose pas de référent pour "faire le point". **Cette solitude dans l'exercice professionnel et cette absence d'un tiers référent avec les usagers sont source d'épuisement pour ces professionnels.**

Actuellement ce secteur professionnel est très peu encadré et la formation et la qualification des encadrants sont laissées à l'appréciation des organismes employeurs avec les difficultés dues à la non prise en compte financière de cette dimension pourtant fondamentale de la professionnalisation.

**La réorganisation des services de soutien à domicile devra permettre de prendre en compte la dimension de l'encadrement, notamment dans le cadre du financement des associations.** Actuellement, c'est principalement le temps de présence auprès des usagers qui est retenu dans le financement des Caisses de Retraites ce qui conduit inévitablement les associations de soutien à domicile à faire insuffisamment appel à des postes d'encadrement. Il n'est pas rare de voir que certains usagers des services de soutien à domicile n'ont jamais rencontré de responsable de l'association prestataire ou au mieux ont reçu une visite préalable à l'intervention sans qu'aucune évaluation du service rendu ne soit ensuite effectuée. A ce titre, il faut souligner les efforts menés par certaines associations de soutien à domicile qui s'appuient sur leurs services de soins à domicile pour développer l'encadrement de leurs professionnels. Ces dernières ont organisé des dispositifs d'aide performants pour les personnes âgées en renforçant le temps de présence auprès de la personne. La participation de bénévoles (surtout dans le cas de l'ADMR), privilégie le lien social. Ils sont et devront être appuyés de plus en plus par des professionnels.

D'autre part, la formation des responsables de secteur n'a pas fait l'objet d'une attention particulière et les pouvoirs publics n'ont, à ce jour, développé aucun projet de formation. Sur le terrain cette fonction peut-être exercée par des professionnels issus de métiers divers : conseillères en économie sociale et familiale, travailleuses familiales, aides ménagères, assistantes sociales, éducatrices...

La mise en place d'une filière de formation de l'aide à domicile, telle qu'elle a été initiée par la réforme de la formation des travailleuses familiales qui, par l'élargissement de leurs champs et lieux de compétence, bénéficient maintenant d'une formation plus appropriée aux exigences de leurs missions, devrait être l'occasion de définir un profil de compétences et de formation pour l'encadrement de ce secteur.

Les techniciens de l'intervention sociale et familiale (nouveau nom des "travailleuses familiales"), présentent un profil de compétences les destinant, avec éventuellement un module complémentaire sur le management, à assurer les fonctions de responsables de secteur.

Ces travailleurs sociaux bénéficient d'une formation leur permettant un exercice professionnel en direction de l'ensemble des publics fragilisés, alliant une très bonne connaissance des conditions de vie quotidienne à une capacité de prise de distance pour analyser les situations. Leur savoir-faire pourraient prendre toute sa place dans le cadre d'un retour à domicile après une hospitalisation (moment de fragilité qui mérite l'accompagnement par un professionnel très compétent comme l'ont souligné un certain nombre de médecins généralistes).

Il conviendrait donc que soit très rapidement mise en œuvre, sous la responsabilité de la Direction de l'Action Sociale, une réflexion sur la définition d'un référentiel de compétences des responsables de secteur et que soit organisée dans les plus brefs délais la formation complémentaire permettant aux techniciens de l'intervention sociale et familiale d'obtenir la qualification nécessaire à l'exercice professionnel et à la reconnaissance dans les grilles de classification des conventions collectives de la branche.

Des financements peuvent être trouvés dans le cadre des engagements de développement de la formation (EDDF) qui font suite au contrat d'étude prospective réalisé par la branche aide à domicile et la branche "employés de maison" sous la coordination de la Délégation Générale à l'Emploi et à la Formation Professionnelle du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Les financements abondés dans le cadre d'un engagement de développement de la formation (EDDF) viennent en complément des financements des plans de formation et doivent bénéficier aux salariés en exercice que ce soit pour une action de qualification ou pour financer des actions de réflexion autour de la professionnalisation notamment en termes de structuration de la filière professionnelle ou de réflexion autour de l'encadrement.

**Les engagements de développement de la formation se déclinant au niveau régional, il conviendrait qu'ils soient systématiquement inclus dans les renouvellements de Contrats de Plan alors qu'actuellement seule une dizaine de Conseils Régionaux se sont engagés dans cette voie. En s'organisant de la sorte, le financement évoluerait en validant cette nécessité d'encadrement des intervenants.**

## **2/ Les intervenants en institutions sociales et médico-sociales**

**Au-delà de la formation des responsables de secteur de l'aide à domicile il convient également de renforcer le niveau de qualification des directeurs d'établissements accueillant des personnes âgées d'autant que le projet de réforme de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales prévoit l'obligation de qualification pour ces professionnels.**

Plusieurs formations existent actuellement, des diplômes universitaires au certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement social (CAFDES) initié par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité et délivré par le directeur de l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

S'il est souhaitable de maintenir une pluralité de formation et de qualification pour les directeurs, il convient que le CAFDES, par son caractère généraliste et sa reconnaissance sur le marché du travail, soit plus facilement accessible aux personnels de direction des établissements accueillant des personnes âgées. Actuellement seuls 10% des stagiaires admis à la formation sont inscrits dans l'option personnes âgées.

Plusieurs raisons expliquent ce phénomène :

- les épreuves de sélection sont d'un niveau relativement élevé à la formation au regard des pré-requis des actuels directeurs d'établissements pour personnes âgées et ceux-ci ne viennent pas spontanément à la formation,
- l'organisation de ces établissements ne permet pas de remplacer facilement le directeur pendant les périodes d'absence entraînées par la formation (en moyenne une semaine par mois pendant 3 ans),
- le coût de la formation relativement élevé (environ 80 000 francs auxquels il faut ajouter les frais de déplacement) est difficile à assurer par les petits.

Pour un réel développement de la qualification des directeurs d'établissements pour personnes âgées, il convient que certains ajustements soient apportés dans le cadre de la réforme de ce diplôme actuellement en cours au niveau des services de la Direction de l'Action Sociale conjointement avec l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

La mission préconise que soient pris en compte les points suivants dans les travaux de réflexion :

- Aménager les épreuves de sélection pour que celles-ci ne fassent pas obstacle à l'entrée en formation des directeurs d'établissements pour personnes âgées
- Mettre effectivement en œuvre la procédure de validation des acquis professionnels permettant de donner un véritable bonus aux personnels déjà en poste. Une telle validation d'acquis professionnels permettant un allègement du temps de formation cela aura une incidence non négligeable sur le coût de la formation
- Modifier la structuration actuelle de l'examen final afin de valoriser le champ de la prise en charge des personnes âgées. De la même manière une réforme du contrôle continu devrait permettre une plus grande personnalisation des épreuves
- Diminuer sensiblement le temps de présence en centre de formation en privilégiant le travail de recherches personnelles afin de permettre aux directeurs de petites structures d'être présents dans l'établissement et que leur non-remplacement ne soit pas un obstacle à la formation
- Développer des possibilités de formation des cadres d'un établissement dans le projet d'établissement.
- Enfin, considérant que la qualification des directeurs d'établissements accueillant des personnes âgées répond à une nécessité d'intérêt général, les centres de formation dans le cadre de leur mission de service public doivent s'investir dans cette mission et envisager de moduler les coûts de formation afin que l'obstacle financier soit effectivement levé. Un tel abaissement des coûts nécessiterait évidemment une augmentation du nombre de stagiaires il semble que les centres pourraient, grâce à des économies d'échelle, trouver un équilibre financier.

### 3/ Impulser un véritable enseignement de la gériatrie

Actuellement, environ 2000 médecins ont été formés à la gériatrie que ce soit par le biais des capacités mises en place par l'arrêté du 29 avril 1988 ou par celui des anciens diplômés d'universités dont certains ont été maintenus. Vingt-six universités assurent cette formation sur l'ensemble du territoire national. Le programme des capacités est homogène au plan national avec une durée d'études de 80 à 120 heures sur une amplitude de 2 années.

Les médecins capacitaires utilisent leurs compétences soit dans le domaine de leur exercice de ville soit dans le cadre d'une activité à orientation gériatrique à temps partiel ou à temps complet dans des établissements de santé ou des établissements médico-sociaux. Il est de ce point de vue tout à fait intéressant que l'arrêté du 26 avril 1999, fixant le profil et les compétences du médecin coordonnateur des établissements assurant l'hébergement des personnes âgées dépendantes ayant passé convention avec le président du Conseil Général et l'assurance maladie, prévoit des critères de compétences en gérontologie.

Si la **capacité en gérontologie** peut être considérée comme une formation parfaitement adaptée aux besoins des médecins, il convient de mettre en place un système de formation permettant une qualification beaucoup plus large de l'ensemble du corps médical.

**Une réforme de la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales, actuellement en réflexion au Ministère de l'Education Nationale de la Recherche et de la Technologie, semble aller dans le sens du renforcement souhaité.**

L'enseignement disciplinaire serait à terme remplacé par un enseignement par thèmes définis par la commission pédagogique nationale. **Il paraît tout à fait primordial que le vieillissement fasse partie des grands thèmes retenus par la commission pédagogique nationale**, étant entendu qu'une réflexion sur la prise en charge des personnes âgées doit impérativement s'appuyer sur une réflexion préalable sur le vieillissement et les pathologies associées.

Ce renforcement de la formation initiale des médecins doit pouvoir se faire dans les plus brefs délais afin de concerner, dans les premières années du vingt-et-unième siècle, les nouveaux médecins.

Au-delà de la formation initiale, il convient également de faciliter la formation continue des médecins actuellement en exercice en déterminant un module de formation continue de gérontologie, plus souple que l'actuelle capacité, afin de permettre au plus grand nombre d'en bénéficier.

Si l'on peut considérer que la capacité en gérontologie atteste d'une excellente qualification, elle ne concerne qu'une minorité de médecins du fait notamment de l'investissement que représente ce cycle d'études (deux années de formation et obligation de déplacements fréquents vers une ville universitaire).

Il conviendrait donc, en lien avec les exigences de l'arrêté du 26 avril 1999 relatif au profil et aux compétences des médecins coordonnateurs, de mettre en place un tel module de formation, accessible à l'ensemble des médecins généralistes et dont la validation pourrait représenter une partie de la capacité.

La culture française de soins s'appuie actuellement sur le médecin généraliste. Les personnes âgées lui font très régulièrement et très souvent appel, d'où l'enjeu des propositions ci-

dessus et les raisons pour lesquelles la mission privilégie la formation continue des médecins généralistes plutôt qu'une spécialité gériatrique de ville.

Pour réussir cette diffusion de la gériatrie, il nous semble essentiel (afin d'accompagner l'amélioration des formations initiale et continue et de développer la qualité des prises en charge hospitalière), de favoriser un enseignement et une recherche de haut niveau, comme le préconise le docteur Forette.<sup>48</sup> Cette recherche devra privilégier une véritable approche pluridisciplinaire (psychologique, médicale, sociale). **Il est à cet égard intéressant de noter que plusieurs universités, dans le cadre des plans quadriennaux, présentent des projets d'Institut du Vieillissement, reconnaissant ainsi la nécessité d'un travail de recherche et de formation. Ces Instituts du Vieillissement, créés par les universités, pourraient être rattachés à l'Institut National du Vieillissement, en jouant un rôle de correspondants régionaux.**

**La création de postes de Professeurs des Universités Praticiens Hospitaliers semble donc être une voie nécessaire pour renforcer la qualité des soins, la formation et la recherche clinique.** La création par l'arrêté du 20 avril 1999 d'une option de la médecine interne "gériatrie et biologie du vieillissement" est une première avancée qu'il convient maintenant de concrétiser.

Ces créations de postes de PUPH en gériatrie ne pourront être réellement mises en place qu'en s'appuyant sur les pôles de formation et de recherche déjà existants. Il convient pour ce faire de créer une dynamique pour former les futurs PUPH avec une vision très large de la question du vieillissement. L'ensemble des personnalités de ce champ doit être en mesure de dresser, en lien avec les services du Ministère de l'Education Nationale, de la Recherche et de la Technologie, une carte des lieux, en France et à l'étranger, où l'on peut recevoir une formation d'excellence et de dresser un plan de développement de cette discipline universitaire.

Il est nécessaire également d'envisager la création de postes de maîtres de conférences en gériatrie et biologie du vieillissement.

---

<sup>48</sup> Etats Généraux de la Santé (1999) - document thématique *Le droit de vieillir*.

# **D/ Une prise en charge financière simplifiée, accrue et plus juste**

## **I - La solvabilisation des personnes âgées et la prestation unique dépendance**

Pour répondre correctement aux besoins des personnes âgées et de leur famille, nous formulons des propositions quant à la solvabilisation des besoins des personnes âgées et quant aux conditions du fonctionnement financier de l'offre.

### **1/ L'objectif d'une prestation unique dépendance**

Les modalités des différentes aides pour les personnes âgées en perte d'autonomie sont très complexes et méritent d'être rassemblées, simplifiées et orientées vers les besoins des personnes. De fait, répondre à l'urgence des situations ne saurait suffire à terme. C'est pour cela que la mission s'inscrit dans la perspective de la création d'une prestation unique dépendance. L'objectif est donc clair. **Il s'agit de refonder la prise en charge financière du vieillissement et de la perte d'autonomie en répondant à une perspective : celle de l'individualisation de l'aide.** L'aide doit ainsi répondre à la diversité des besoins des personnes. La réponse à ces besoins, dont la mission a pu entendre l'urgence, doit prendre en compte la notion de libre choix et de respect de la personne. **Il est donc urgent de bâtir un dispositif financier qui prenne en compte l'ensemble des possibilités d'aide et de services (aide ménagère, téléalarme, accueils temporaires, appuis et aides techniques). Allocataire d'une prestation, la personne, guidée par les objectifs du plan d'aide, devrait déterminer avec le bureau d'information et de coordination et l'équipe médico-sociale, les besoins à couvrir prioritairement.**

Cette prestation devrait d'abord répondre au souci de garantir à toute personne âgée en perte d'autonomie et à sa famille une aide la plus juste possible déterminée en fonction de ses revenus, de ses capacités, et de ces difficultés.

**La mission rappelle ainsi son attachement pour une prise en compte des revenus de la personne pour le versement de la prestation.** Cette prise en compte peut s'opérer soit par la mise en jeu d'un barème établissant une proportionnalité entre un montant donné de prestation et le niveau de revenu, soit par des mécanismes, qui peuvent exister actuellement, de recours sur succession ou sur donation. **La mission marque toutefois sa préférence pour des mécanismes de participation progressive aux frais par les personnes. Cela supprimerait les effets négatifs des recours sur succession ou sur donation, et permettrait de garantir davantage de justice sociale dans la diffusion de l'aide.**

#### **Une prestation unique dépendance**

- Qui s'appuie sur un plan d'aide
- Qui finance l'ensemble des besoins médico-sociaux
- Avec des critères de ressources suffisantes et en tenant compte du niveau de dépendance
- Avec une participation financière progressive de la personne âgée

Par ailleurs afin de mettre en place la prestation unique dépendance, la mission souhaite que toutes les pistes de financement soient étudiées.

De très nombreuses voix s'élèvent pour demander la prise en charge de cette prestation dans le cadre de la Sécurité Sociale aux côtés des risques maladie, accident du travail, retraite et maternité. Un tel choix ne peut être retenu qu'en faisant appel à la Contribution Sociale Généralisée soit par une augmentation générale uniforme de cette cotisation soit par une augmentation spécifique pour les retraités. En tout état de cause, cette possibilité ne pourra être retenue qu'après l'application des mesures présentées ci-dessous qui devront permettre de revenir au niveau des financements engagés par chacun des acteurs avant la réforme de la PSD (soit les données de l'exercice 1996)<sup>49</sup>.

Enfin, l'évolution démographique nous oblige à organiser la réponse financière à l'augmentation du nombre de retraités à partir de 2006. C'est ainsi que le gouvernement a prévu la création d'un fonds de réserve permettant d'amortir le phénomène. Il semble dès à présent nécessaire de s'interroger sur l'opportunité d'utiliser ce fonds également en direction de la dépendance, qui peut suivre la même tendance que l'augmentation du nombre de retraités. Les réflexions à venir sur ce sujet pourraient être menées à partir des travaux de l'Institut National du Vieillessement, du Haut Comité de la Santé Publique, des représentants des personnes et des familles, des Ministères, afin de définir une planification financière sur plusieurs années.

Tous ces principes ne pourront se mettre en place rapidement que si des mesures concrètes préparent la création d'une telle prestation.

#### **a/ Les conditions de la préparation de la prestation unique dépendance**

##### **a/1/ Création d'une prestation légale et globale de soutien à domicile**

L'application actuelle du dispositif PSD a entraîné des situations de prises en charge financière délicates pour les personnes âgées en situation de dépendance moyenne (GIR IV et V). Le nombre de personnes âgées classées en GIR IV est évalué entre 40 000 et 50 000 personnes. Un rapide bilan montre que ce sont ces personnes qui ont été les "perdantes" de la suppression de l'ACTP<sup>50</sup>. Elles représentent le quart des bénéficiaires de la PSD, alors qu'elles auraient pu bénéficier de l'ACTP en remplissant les conditions d'incapacité minimale de 80 %. Ces personnes sont ainsi doublement désavantagées. Elle se retrouve immédiatement exclues du dispositif et peuvent prétendre uniquement aux prestations d'aide ménagère des départements (pour les personnes âgées à très faible revenu) ou des Caisses de retraite.

Dans ce dernier cas, il est à constater une très forte disparité de situations entre les régimes de retraites, les caisses étant souveraines dans leurs modalités d'attribution d'heures mensuelles et dans l'application d'un mécanisme de dégressivité de la participation des usagers.

Cette situation est source d'inégalités flagrantes entre les personnes âgées en perte d'autonomie, alors qu'il s'agit d'une population qui peut voir sa situation s'aggraver rapidement

La mission préconise donc de remédier à ces inégalités de traitement déjà dit, en créant une prestation légale de soutien à domicile qui permettrait de mieux répondre aux objectifs que nous

<sup>49</sup> Les chiffres fournis par l'ODAS en 1999 montrent que la participation des Conseils Généraux pour la prise en charge de la dépendance se montait à 13,7 milliards de francs en 1996 et à 12,6 milliards de francs en 1998, soit une économie de 1,1 milliards de francs. Ce qui correspond à 13 750 000 heures de présences d'aide à domicile soit 23000 personnes âgées qui auraient pu bénéficier de 50 heures par mois de prestations.

<sup>50</sup> Rapport du Comité National de Coordination Gérontologique du 16 octobre 1998

déterminions précédemment. Une telle réforme nécessite bien évidemment une adaptation législative.

Le financement d'une telle réforme pourrait être effectué par une mise en commun des financements actuels de l'aide ménagère extralégale des Caisses et de ceux de l'aide ménagère départementale. Les Départements n'auraient plus dans cette hypothèse qu'une capacité subsidiaire et complémentaire par rapport à la prestation légale. La mission attire l'attention sur les conséquences d'une telle mesure au niveau de la décentralisation (même si cela reste relatif au regard du rôle maintenu des Conseils Généraux dans le cadre de la PSD).

Par ailleurs, une telle réforme impliquerait d'importants transferts inter-régimes qu'il conviendrait d'évaluer. Ce surcoût devrait pouvoir être financé par les régimes de retraite. Se pose dans cette construction le problème de l'avenir des personnes situées en GIR VI. En effet, celles-ci, vivant une situation de dépendance minimum, ont des besoins de prise en charge moins importants. Il conviendrait de conserver la prise en charge des personnes classées en GIR VI dans le cadre du maintien d'une allocation extralégale

Il est certain que la mise en œuvre d'une telle prestation légale implique à terme de parvenir à une harmonisation des conditions et des modalités d'attribution de la PSD et de la prestation légale de soutien à domicile afin de parvenir à une prise en charge la plus adaptée possible aux personnes âgées en perte d'autonomie. Cet élément sera une condition majeure d'un rapprochement par étapes permettant de constituer la prestation unique dépendance. Enfin, il convient de souligner la nécessité qu'une telle prestation légale puisse participer elle-aussi à des financements plus larges que la présence d'aide à domicile. Par le jeu de cette prestation légale d'aide à domicile qui pourrait être mise en œuvre (comme la PSD) suite à l'établissement d'un plan d'aide personnalisé, une véritable prise en charge globale de la personne âgée pourrait voir le jour.

Les Caisses de Retraite, très attachées aux politiques d'aide sociale dans le cadre des aides extralégales, pourront se concentrer sur les politiques de prévention ou des actions plus novatrices.

La mise en œuvre d'une telle prestation pourrait limiter et redonner la place qui doit lui revenir à l'assurance-dépendance facultative. En effet, en raison des perspectives démographiques, de nombreuses mutuelles ou assurances privées se sont positionnées sur le secteur de la dépendance des personnes âgées. Si ces dispositifs peuvent bénéficier (au titre de la politique sur l'épargne) d'aides publiques, il reste qu'ils doivent demeurer un élément complémentaire aux mécanismes d'aide publique de droit commun. Ce sont en effet ces derniers qui sont le plus à même d'exprimer la part de solidarité nécessaire à la politique du vieillissement telle que la mission la conçoit.

### **a/2/Améliorer d'urgence les conditions d'application de la PSD**

Afin de répondre le plus rapidement possible aux enjeux définis précédemment, la mission préconise une mise en œuvre urgente de mesures améliorant notamment la solvabilisation des personnes âgées dans le cadre de la PSD.

Plusieurs problèmes méritent d'être réglés, certains d'entre eux ayant d'ailleurs été mis en exergue par la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité le 29 avril dernier devant le Comité National de Coordination Gérontologique.

#### **Plafond de revenu et de recours sur succession**

D'abord, ainsi que les bilans divers de la PSD émanant d'organismes comme l'ODAS ou de professionnels du secteur peuvent en témoigner, le niveau de revenu retenu pour l'attribution de la PSD ne paraît pas adaptée et le niveau de recours sur succession et donation paraît provoquer des

mécanismes d'autocensure pour les personnes âgées et leurs familles. A cette fin, le niveau de revenu devra pouvoir être augmenté. La Ministre évoquait une augmentation du plafond de ressources de 1 145 F pour pouvoir bénéficier du montant maximum de la PSD soit 5 746 F. Il semble qu'une telle modification de l'article 7 du décret n°97-247 du 28 avril 1997 constitue une réelle avancée pour la situation de personnes souvent très âgées et en forte perte d'autonomie qui ne souhaitent, et n'ont pas obligatoirement les moyens financiers d'être hébergés en établissement, sachant que ce sont surtout les revenus moyens qui sont confrontés au problème de la solvabilisation de la dépendance.

De même, concernant le niveau de recours sur succession, la mission considère qu'il convient de le relever rapidement. A ce titre, elle considère avec satisfaction les annonces de la Ministre. Il faut en effet réagir contre les conséquences dissuasives de ce mécanisme sur de nombreuses familles, d'autant que le seuil actuel peut concerner des familles peu aisées mais qui ont eu un "comportement de fourmi", et donc détiennent un patrimoine sans que celui-ci soit très important. La mission préconise donc une multiplication par deux de la valeur du seuil de l'actif successoral net, c'est-à-dire, un passage de 300 000 F à 600 000 F (par modification de l'article 4-1 du décret du 15 mai 1961). Ainsi serait évitée une pénalisation excessive des revenus et des patrimoines modestes. La mission insiste, à cet égard, sur le niveau de 600 000 F qui paraît être opportun, au sens où il correspond souvent à la valeur de la petite maison familiale (souvent l'essentiel du patrimoine). A ce titre, la mission s'interroge, reprenant par-là même une forte revendication des associations familiales, sur la pertinence de tels mécanismes de recours. Ne serait-il pas plus simple et plus juste d'imaginer, à terme, notamment dans le cadre d'une prestation unique dépendance, un système de participation des usagers aux dépenses de prise en charge, cette participation étant bien évidemment établie en fonction de leur niveau de revenus ?

### **Les conditions d'attribution de la PSD**

La PSD doit également se voir améliorée du point de vue de la qualité du dispositif mis en œuvre par cette prestation.

A ce titre, la mission se félicite de l'engagement du Gouvernement de faire cesser certaines pratiques, pour le moins malvenues, qui consistaient à retarder le moment où un dossier de PSD est déclaré complet. Le Gouvernement imagine, par voie législative, d'instaurer un délai de 15 jours pour réclamer les pièces manquantes ; la mission y souscrit et souligne l'urgence de ce type de mesures sans doute techniques mais nécessaires pour une meilleure application de la PSD.

De même, il convient de redonner une base légale au montant réputé tacitement attribué en cas d'absence de décision dans un délai de deux mois à compter de la date à laquelle un dossier est déclaré complet. Fixé à 50% de la Majoration Tierce Personne (soit 2 863 F), il a été annulé par le Conseil d'Etat, pour une insuffisance de base légale. Un article de loi devrait venir confirmer ce mécanisme qui avait été accepté par les Conseils Généraux.

La question de l'élargissement des situations où le plafond de revenu est doublé pour les couples en cas de deux domiciliations différentes devrait également être menée à terme (alors qu'aujourd'hui, un tel système ne fonctionne que dans le cas où le demandeur serait en établissement).

Par ailleurs, afin de développer une réelle prise en compte des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie et une meilleure utilisation des plans d'aide conçus par les équipes médico-sociales, il est nécessaire que l'utilisation de l'allocation servie dans le cadre de la PSD soit élargie. **L'actuel dispositif semble en effet méconnaître l'implication des familles et de l'entourage dans l'aide apportée aux personnes âgées ainsi que le principe de la nécessaire chaîne de réponses pour assurer le maintien à domicile dans de bonnes conditions. Il conviendrait ainsi**

**de faire en sorte que la PSD puisse plus facilement servir au paiement d'hébergement temporaire, d'accueil de jour, de travaux permettant une meilleure accessibilité de l'habitat, d'utilisation de la téléalarme, de portage de repas...** Cette réforme qui nécessite une mise en œuvre législative correspond à ce besoin de répit nécessaire aux aidants familiaux notamment dans certaines situations difficiles comme les démences séniles ou les maladies d'Alzheimer.

Enfin, une autre mesure d'urgence doit être prise afin de renforcer la qualité de la prise en charge, c'est la possibilité d'utiliser une plus large part de la PSD pour financer des dispositifs ou appuis techniques améliorant les conditions de vie des allocataires. Cette mesure passerait par une modification réglementaire (modification du premier alinéa de l'article 11 du décret n°97-247 du 28 avril 1997 portant application de l'article 16 de la loi PSD du 24 janvier 1997). Cela pourrait passer, comme de nombreuses associations du secteur le réclament, par le fait de porter de 10 à 30 % cette part de la prestation pouvant être affectée à autre chose que des dépenses de personnel. Une telle évolution constituerait un signe positif dans la perspective d'en finir avec une logique strictement horaire de l'aide apportée aux personnes âgées.

### **a/3/ Les inégalités territoriales**

Enfin, la mission propose de limiter les inégalités de fait entre départements dans le versement de la PSD. Cette question d'inégalité géographique se pose principalement pour les personnes en hébergement, même si des différences pour le domicile peuvent être constatées. Comme peuvent le montrer des études menées par la Direction de l'Action Sociale du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité<sup>51</sup>, une réelle difficulté existe dans l'application de la PSD eu égard aux différences de situation entre départements. Il est possible de distinguer d'une part les départements riches avec peu de personnes âgées, et d'autre part, les départements pauvres avec beaucoup de personnes âgées, elles-mêmes souvent très pauvres. C'est d'ailleurs en partie la raison de vifs débats existant actuellement au sein des Conseils Généraux entre ceux qui sont dans une situation démographique et financière favorable et les autres. Il est donc nécessaire de rénover la péréquation entre départements afin de lutter contre une inégalité de fait dont les personnes âgées leurs familles peuvent être les victimes. Cette péréquation doit ainsi intégrer des éléments relatifs au potentiel fiscal du département, au nombre de personnes âgées et à la proportion de personnes âgées en perte d'autonomie. Cette péréquation peut s'opérer par le jeu d'un fonds national de péréquation. Celui-ci peut se décliner, ainsi que cela avait été prévu par un projet gouvernemental de début 1993, par l'entremise du Fonds de Solidarité Vieillesse ou s'opérer annuellement dans la Dotation Globale de Fonctionnement (DGF) allouée aux Conseils Généraux.

Par ailleurs, afin de lutter contre les inégalités territoriales dues certes à des éléments économiques et démographiques, mais résultant aussi de la volonté politique de certains Conseils Généraux, la mission considère comme nécessaire de fixer des tarifs de base pour la PSD en hébergement. Cela peut s'effectuer de deux manières. La première laisse aux départements une "prime à la bonne volonté" et reste incitative. Il s'agit de déterminer un taux moyen national de prise en charge et d'autoriser les départements à varier autour de ce taux moyen en fonction d'un écart type. La seconde, plus contraignante et qui peut occasionner une tendance à tirer vers le bas le niveau de prise en charge, consiste à déterminer par voie réglementaire des montants minima nationaux. La mission considère nécessaire d'organiser une concertation sur ce point (notamment dans le cadre de la mission de M. Brunetière), et si la seconde possibilité est choisie de se rapprocher progressivement d'un tarif minimal suffisant.

---

<sup>51</sup> Cf annexe n°9.

#### **a/4/ Accompagner financièrement le succès de la réforme de la tarification des établissements d'hébergement**

Les décrets n° 99-316 et 99-317 du 26 avril 1999 mettent en place concrètement la réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées dépendantes prévue par la loi du 24 janvier 1997. Il s'agit par cette mesure de substituer à un financement fondé sur le statut juridique de l'établissement une tarification établie en fonction du degré de dépendance des personnes accueillies. La tarification appliquée sera désormais ternaire en identifiant ce qui relève de l'hébergement, de la dépendance et enfin, des soins.

Les réactions et les débats qui se font jour dans le secteur suite à la parution de ces décrets devront être entendus dans le cadre de la mission d'appui et de suivi que la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité et le Secrétaire d'Etat à la Santé et à l'Action Sociale ont confié à M. Jean-René Brunetière.

La réforme de la tarification comporte plusieurs aspects qu'il convient de développer. D'abord, le cahier des charges prévu par les décrets va dans le sens d'une meilleure qualité de la prise en charge et doit répondre aux attentes de nombreux acteurs du secteur<sup>52</sup>. Toutefois, une des conditions de réussite consiste en un engagement financier majeur notamment pour les parties soins afin de ne pas alourdir la charge des personnes âgées et de leurs familles. A cet égard, des inquiétudes se sont fait jour quant à la situation des personnes qui, ne percevant pas la PSD et subissant une aggravation de leur dépendance (passage du GIR III au GIR I, par exemple), subiraient une augmentation de leur participation au titre de la dépendance. Il est à noter que les tarifs dépendances sont fixés pour une année, ce qui peut permettre de diminuer cette difficulté. Néanmoins, il conviendra d'évaluer les conditions d'évolution du tarif dépendance. Si cette évaluation indique que ce dispositif pose des problèmes aux personnes âgées, il conviendra de réfléchir à nouveau à la possibilité d'une mutualisation de la prise en charge de la dépendance telle qu'elle avait été explorée puis écartée par certains Conseils Généraux.

#### **a/5/ La mise en place d'une "caisse pivot"**

Du point de vue des personnes âgées et de leurs familles, la question du paiement des prestations est sans doute la plus importante. Il importe donc de mieux coordonner le paiement de ces prestations. **La mission recommande ainsi la mise en œuvre de caisses pivots afin de coordonner les différentes prestations pour la personne âgée.** Un tel mécanisme serait un facteur d'unification des prestations, de simplification pour les personnes et leur famille. Par ailleurs, une telle organisation présente l'avantage certain d'être opérante quel que soit le statut juridique de l'instance décisionnelle départementale retenu (GIP, Convention...).

La caisse pivot ne serait pas un organisme particulier qui aurait vocation à faire disparaître toute identité propre aux autres acteurs de la prise en charge. Il s'agirait plus d'une forme de "pot commun" qui serait mis à la disposition des personnes âgées et de leur famille afin de simplifier le versement des prestations. Le choix d'un tel organisme de mise en commun doit se faire au plus près des réalités locales.

Une fois l'organisme pivot désigné par les différents acteurs départementaux, celui-ci serait l'unique distributeur des aides et prestations versées aux personnes en perte d'autonomie et à leurs familles et se verrait contrôlé a posteriori par les différents financeurs de base. Ces derniers verseraient une contribution au prorata de leurs bénéficiaires, et garderaient au final leurs assises financières particulières.

<sup>52</sup> Voir les travaux de la Fondation de France autour de la qualité de la prise en charge.

Plusieurs éléments conditionnent bien évidemment la réussite d'un tel dispositif. D'abord, il faut renforcer la connaissance par chaque financeur de l'utilisation des sommes versées, harmoniser les règles de gestion des prestations (entre financeurs et entre types de prise en charge de la personne en hébergement ou à domicile). Ces conditions remplies, une meilleure organisation de l'aide aux personnes en perte d'autonomie et à leurs familles pourrait être envisagée, avant même d'imaginer la création d'une prestation unique dépendance et en l'absence de compétences clairement identifiées.

## **II - Améliorer les conditions financières de l'offre**

La volonté, clairement affirmée par les familles et les personnes âgées de pouvoir librement choisir les services nécessaires au maintien à domicile et d'améliorer l'accès à certains appuis techniques, nous oblige à reconsidérer l'évolution du taux de TVA sur les services notamment.

### **1/ Engager une réflexion sur une modification du régime fiscal des services aux personnes**

La publication le 17 février 1999 de la proposition de directive européenne sur la baisse du taux de TVA sur les secteurs à forte potentialité de main d'œuvre intéresse directement le secteur du maintien à domicile de même que la réforme de la fiscalité des associations.

Les associations d'aide à domicile ont pu exprimer des inquiétudes quant à cette proposition. Il apparaît dans l'état actuel que ce sont elles qui sont les entreprises les plus présentes sur le marché du travail à domicile. Ces structures savent rapidement s'adapter à l'évolution et pourront tout à la fois se maintenir dans le champ de l'aide à domicile (en direction du public dépendant et handicapé) mais aussi développer leurs activités en direction des services à domicile (public sans difficultés).

Cette hypothèse d'une baisse du taux de TVA de 20,6% à 5,5% pose la question de l'entrée du secteur marchand dans ce champ d'activité et nécessite que toute décision soit anticipée par la mise en place d'un groupe de travail composé des représentants des acteurs concernés afin que cette disposition tout en s'appuyant sur une volonté de création d'emplois puisse poser de façon claire les exigences de qualité qui devront être respectées dans une telle hypothèse<sup>53</sup>.

### **2/ Baisser le taux de TVA sur certaines aides techniques**

De manière plus technique, la baisse du taux de TVA applicable aux changes pour incontinents représenterait une avancée certaine tant en terme de prévention de risques sanitaires (escarres) qu'en terme de soutien financier aux personnes âgées.

En effet, à domicile les protections absorbantes à usage unique représentent un poste important de dépenses en raison du caractère permanent du handicap, de la nécessité de les remplacer plusieurs fois par jour.

Ces systèmes de protection, qui constituent des dispositifs médicaux au sens de la directive européenne 93/42/CEE du 14 juin 1993 (article premier), de l'article L665-3 du code de la santé publique, de l'article R665-1 du code de la santé publique, doivent être revêtus lors de la mise sur le marché du marquage CE (article R665-8 du code de santé publique) qui atteste que les exigences

<sup>53</sup> Rapport du Conseil d'Analyses Economiques (1998), *Les emplois de proximité*, La Documentation Française.

essentielles relatives à la sécurité et à la santé des patients, des utilisateurs et des tiers sont satisfaits. Les systèmes absorbants visés ne peuvent donc être confondus avec les couches pour bébé ni les articles d'hygiène féminine puisque s'en distinguant réglementairement et normativement.

3,5 à 5 millions de personnes sont sujettes à l'incontinence, les personnes âgées de plus de 60 ans étant les plus concernées. Le coût annuel par personne peut être estimé à 7 000 francs dont 1 200 francs de TVA, ce qui représente dans un grand nombre de cas environ 10% du montant des pensions et retraites perçues. La réduction du taux de TVA à 5,5% réduirait la charge d'environ 1 000 francs alors que globalement le chiffre d'affaire du secteur, tous modes de distribution confondus, est évalué à 1,6 milliards de francs dont 280 millions au titre de la TVA. La réduction du taux de TVA à 5,5% contre 20,6% actuellement générerait une perte budgétaire de 200 millions de francs voire un peu moins compte tenu des rentrées fiscales supplémentaires que provoqueraient les achats supplémentaires initiés par la baisse du prix de vente. Dans les hébergements, la dépense consacrée à ces dispositifs s'élève à 550 millions de F. Une telle diminution de la TVA permettrait de dégager 70 millions de F pour les budgets de ces établissements.

### **3/ Les travaux de mise aux normes des établissements doivent être rendus possibles par une diminution de TVA**

La réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées prévoit la mise aux normes de ces derniers, ce qui pose un problème important pour leur budget. L'application de ces normes, d'influence très "sanitaire" entraîne d'importantes dépenses pour ces établissements. C'est pourquoi il paraît intéressant d'élargir à l'ensemble de ces établissements la diminution du taux de TVA de ces travaux de mises aux normes, telle que l'a prévue pour les logements foyers la loi de finances pour 1999.

## Conclusion

---

La question de la perte d'autonomie des personnes âgées et de sa prise en charge renvoie à un fait de société, à un phénomène de civilisation. Elle est intimement liée à l'image de la vieillesse et à la place que lui reconnaît la société.

Afficher des objectifs de solidarité dans ce domaine revient donc à engager un changement de mentalité : à rompre avec l'image négative du «vieux», et tout au contraire à contribuer à un changement de regard qui valorise le rôle social des personnes âgées, en particulier dans la structuration des familles et la construction de l'histoire et de l'identité des enfants et des petits-enfants. C'est aussi reconnaître leur place dans la cité, dans le quartier.

Cette approche interdépendante, intergénérationnelle et solidaire sera un élément fondamental pour réduire les difficultés et les handicaps vécus par certaines personnes âgées. Les pouvoirs publics ont leur rôle à jouer dans cette démarche, que ce soit l'Etat ou les Conseils Généraux, les communes ou les structures de financement de la solidarité nationale comme les caisses de retraite.

La prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie suppose que l'action publique soit pluridisciplinaire : sociale, culturelle et médicale. Les métiers présents aux cotés des personnes âgées handicapées et malades, la recherche, les dispositifs de financement et l'organisation de la prise en charge doivent tenir compte de cet impératif.

Reconnaître l'investissement des familles et les situations particulières de chaque personne âgée dans son histoire et son environnement, nous oblige à largement développer des réponses individualisées, à rendre complémentaires sur un même bassin de vie le maintien à domicile et les structures d'hébergement.

La réforme du financement des structures d'hébergement, dans le cadre d'un appui financier solide et nécessaire, devrait permettre de soutenir les évolutions et les initiatives engagées dans ce secteur. C'est pourquoi nos efforts de réorganisation, tenant compte de l'évolution de la demande, devront principalement s'orienter en direction du maintien à domicile.

Alors que Monsieur le Premier Ministre vient de charger Madame la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité de dégager des solutions sur le problème du financement des retraites, il est indispensable de compléter cet effort par la recherche des dispositifs financiers nécessaires à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées, pour que ces femmes et ces hommes âgés terminent leur vie dans la dignité. L'initiative d'un projet de loi, montrant toute la détermination du Gouvernement d'entendre et de répondre à ces situations avec le souci constant de la justice sociale et du respect des droits de l'homme, semble devoir être envisagée.

43 propositions pour une prise en charge  
plus juste et solidaire des personnes âgées  
en perte d'autonomie

## Changer le regard sur la vieillesse

### 1. Créer un Institut National du Vieillissement

Lieu de développement des savoirs autour du processus du vieillissement et de promotion de la recherche, outil de débat favorisant une approche pluridisciplinaire du vieillissement, espace de proposition et de discussion autour des politiques publiques.

### 2. Développer des initiatives renforçant le lien intergénérationnel

dans les domaines de l'éducation, de la politique de la ville (actions dans les quartiers, universités ouvertes, enseignement scolaire...)

### 3. Développer une campagne de communication et d'information sur le vieillissement

Promouvoir une image positive de la vieillesse et contribuer à l'information des familles (à partir de campagnes radiotélévisées ou de presse écrite, en particulier).

## Organiser une nouvelle prise en charge

### 4. Renforcer la représentation des personnes âgées et de leur famille

au sein des institutions sociales et médico-sociales.

### 5. Créer de nouveaux services dans le secteur de la prise en charge

Recourir au dispositif emplois-jeunes pour développer des initiatives redonnant une place aux vieillards (autour de la parole, de l'écoute, de la mémoire, par exemple).

### 6. Conduire une politique de prévention des risques de perte d'autonomie

dans le domaine social, au niveau physique ou psychologique

### 7. Rendre obligatoire la diffusion et l'affichage de la Charte des Droits des Personnes Agées dépendantes

dans les structures d'hébergement et dans les services de soin et d'aide à domicile.

8. Renforcer la lutte contre la maltraitance des personnes âgées

par une réelle politique de formation, une politique familiale de la vieillesse et une politique de communication

9. Créer des bureaux d'information et d'aide à la décision

Accueillir les familles et les personnes âgées de manière individualisée, évaluer les besoins à partir d'une approche pluridisciplinaire, élaborer un plan d'aide personnalisé, animer le réseau d'intervenants.

10. Améliorer l'outil d'évaluation de la dépendance

Rénover la grille AGGIR et la valider scientifiquement de manière à construire de véritables plans d'aide.

11. Travailler en réseau, mettre en œuvre des politiques de développement local en direct des personnes âgées

Permettre en particulier une collaboration entre le maintien à domicile, l'hébergement collectif et l'hôpital.

12. Recommander l'utilisation des Contrats de Plan et des Contrats de Ville

pour favoriser la création de réseaux et de coordinations gérontologiques.

13. Créer un échelon institutionnel départemental de coordination

chargé de déterminer et d'impulser les politiques publiques locales de la vieillesse sur le département, d'assurer une coordination financière et administrative, de jouer un rôle de planification et de prévision de la politique de gérontologie.

14. Créer de véritables services polyvalents de maintien à domicile

diversifier les services proposés aux personnes âgées (gardes...), instaurer un véritable statut et une professionnalisation des salariés, favoriser le travail en équipes pluridisciplinaires, une capacité d'adaptation des aides et des réponses immédiates aux situations d'urgence.

15. Développer la qualité dans le secteur du maintien à domicile

- dans le cadre de l'emploi direct, créer un agrément préalable délivré aux professionnels.
- dans le cadre des services d'aide à domicile, encourager la démarche de normalisation et de certification engagée.

16. Favoriser l'utilisation du Titre-Emploi-Service sous certaines conditions d'agrément-qualité

Le TES peut constituer une garantie de qualité et de liberté dans le choix du service et de la structure prestataire.

17. Améliorer les conditions de travail des intervenants à domicile

engager notamment une réflexion sur la réunification des trois conventions collectives de l'aide à domicile

## Renforcer l'aide aux familles

18. Développer les hébergements temporaires et les accueils de jour

Ce sont des solutions de répit pour les familles dans des conditions rassurantes pour celles-ci et satisfaisantes pour les hébergés.

19. Instaurer un congé-dépendance voire un congé familial valable pour l'ensemble des circonstances de la vie

sur le modèle du congé parental d'éducation, ils permettraient à un salarié de pouvoir se consacrer à l'accompagnement de son parent âgé.

20. Mettre en place un financement des groupes de paroles

Ils doivent permettre aux aidants, en particulier dans le cadre de la prise en charge des démences séniles, d'échanger sur des questions qui se posent au quotidien, de vaincre une forme d'isolement et de détresse, et d'acquérir des connaissances dans le champ de la vieillesse.

## Adapter le logement aux enjeux du grand âge

### 21. Adapter et rendre accessibles les logements

- Développer des systèmes de prêts avantageux pour encourager ces adaptations, tenir compte de la diversité des handicaps dans l'attribution des logements.
- Proposer des formules d'habitat diversifiées, intégrées dans la cité.
- Intégrer un volet habitat dans les schémas gérontologiques départementaux.

## Organiser l'hébergement

### 22. Adapter l'hébergement collectif aux personnes souffrant de maladies dégénératives, psychiatriques ou de troubles du comportement

Prendre en compte les spécificités de la prise en charge de ce type d'usagers, dans les projets de vie des établissements au niveau du fonctionnement ou d'un point de vue architectural.

### 23. Favoriser l'organisation de l'hébergement en petites unités de vie

permettant un mode de vie le plus normal possible, une aide adaptée aux besoins individuels et une valorisation du rôle de la famille.

### 24. Garantir pour les établissements des normes de sécurité adaptées

### 25. Améliorer les conditions de travail des familles d'accueil

Tendre à une professionnalisation des accueillants, gage de meilleures conditions de travail, et garante de réelles possibilités de qualification et de formation.

## Améliorer les réponses hospitalières

### 26. Doter les services hospitaliers d'équipes mobiles de gériatrie

chargées d'accompagner l'ensemble des autres services en particulier le service des urgences, d'assurer le lien ville-hôpital, et d'organiser la sortie de l'hôpital en liaison avec les services de maintien à domicile.

### 27. Développer les hôpitaux de jour.

Ils assurent le diagnostic gérontologique ou la rééducation gériatrique.

### 28. Renforcer la présence de professionnels du secteur social aux côtés des professions médicales dans les services de gériatrie

## Professionnaliser la prise en charge

### 29. Diversifier les métiers

- Aux côtés des compétences sanitaires et médico-sociales, recourir à d'autres professions : moniteurs, éducateurs, AMP, animateurs...
- Renforcer les contenus gérontologiques des cursus sanitaires.

### 30. Former les professionnels présents "au quotidien" auprès des personnes âgées

Réorganiser les formations de niveau V préparant aux métiers d'aide à la personne, de manière à former des intervenants aux compétences élargies couvrant le champ des besoins : soins corporels, actes de la vie quotidienne, vie sociale et relationnelle.

### 31. Encadrer les intervenants auprès de la personne âgée dépendante

Dégager des financements pour permettre un encadrement professionnel des intervenants à domicile, qui exercent dans la solitude et sont confrontés à des situations complexes.

### 32. Renforcer le niveau de qualification des directeurs d'établissements sociaux et médico-sociaux.

### 33. Impulser un enseignement de la gériatrie

dans la formation initiale des médecins (réforme de la 2<sup>ème</sup> partie du 2<sup>ème</sup> cycle des études médicales en cours) et dans la formation continue.

34. Créer des postes de PUPH (Professeurs d'Université Praticiens Hospitaliers) en gériatrie et de maîtres de conférences en gériatrie et biologie du vieillissement

Mettre en œuvre une prise en charge financière simplifiée, accrue et plus juste

35. Instaurer à terme une prestation unique dépendance

- Faire évoluer les dispositifs financiers pour répondre à l'étendue des besoins.
- Individualiser l'aide dans le respect de la personne et de son libre choix.
- Déterminer l'aide financière en fonction des revenus et du niveau de dépendance .

36. Réfléchir à de nouveaux mécanismes alternatifs au recours sur succession

37. De manière transitoire, instaurer une prestation légale et globale de soutien à domicile

Remédier aux inégalités de traitement dans l'attribution d'heures d'aide ménagère, liées aux différences de régime de retraite, et mieux prendre en charge la dépendance moyenne.

38. Améliorer d'urgence les conditions d'application de la PSD

Dans l'attente de la mise œuvre de la prestation unique dépendance, il convient d'améliorer la solvabilisation des personnes âgées (augmentation du niveau de plafond de revenu, relèvement du recours sur succession), et de limiter les inégalités territoriales constatées dans l'application de la PSD.

39. Accompagner financièrement la réforme de la tarification des établissements d'hébergement

40. Instaurer des "Caisses-Pivots"

pour coordonner les différentes prestations aux personnes âgées, dans un souci d'unification et de simplification des prestations.

41. Mettre en place un groupe de travail pour accompagner la modification du régime fiscal des services aux personnes

et particulièrement la baisse du taux de TVA de 20,6 à 5,5 %

42. Baisser le taux de TVA sur les aides techniques

en particulier les changes pour incontinence

43. Baisser le taux de TVA sur les travaux de mises aux normes des établissements

- Cabinets ministériels (Premier Ministre, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'Etat à la Santé et à l'Action Sociale, Ministère de l'Education Nationale, de la Recherche et de la Technologie, Ministère Délégué chargé des Affaires Européennes, Secrétariat d'Etat au Budget, Secrétariat d'Etat au Logement, Ministère de la Culture et de la Communication, Ministère de la Justice)
- M. ALPY, Président des ADMR du Doubs
- Mme AMAR, Association pour le futur Hôpital Bretonneau
- Mme d'ARAMON, Présidente de France Alzheimer
- M. ARNAL, Directeur de l'Hôpital de Lunel
- Mme BACHELOT-NARQUIN, Députée du Maine-et-Loire
- M. BARUCQ, Sous-Directeur de la FEHAP
- Mme BELOT, Directrice de l'AMAD Besançon
- Professeur BERTHEL, Hôpital de la Roberstau, Strasbourg
- M. BONNET, Vice-Président du CNRPA
- M. BOSSAU, Vice-Président de la Fédération Nationale des Clubs des Aînés Ruraux
- Mme BOUBET, Secrétaire Générale de l'UNCASS
- M. BOUDART, Directeur Coordination Gériatrique, CCAS de Besançon
- M. BOUDREAU, Directeur de l'Action Sociale Nationale - CNAVTS
- Mme BRASSEUR, Directrice de la FEPEM
- M. BRIN, Président de l'UNAF
- M. BROUSSY, Délégué Principal de l'UNEPPA
- M. BRUNETIERE, Mission d'appui à la réforme de la tarification des établissements d'hébergement
- M. BRUNOT, Secrétaire Confédéral de l'UCR-CGT
- M. BUCCO, Directeur des services, Mairie de St Herblain
- M. BUR, Vice-Président du Conseil Général du Bas-Rhin, Député
- M. CADOT, Secrétaire Confédéral de l'Union Confédérale des Cadres CFDT

- M. CARLE, Directeur-Adjoint du Conseil Général du Territoire de Belfort, Chargé de la solidarité
- Mme CHABERT, Rédactrice en Chef de la Revue Entourage
- M. CHAMPVERT, Président de l'ADEHPA
- Mme CHAUMIN, Conseillère Technique de l'ADF
- M. CHAVAS, Directeur-Adjoint de la MSA de l'Hérault
- Mme CHEVANNE, Présidente de la FEPEM
- M. CHEVIT, Directeur de l'Ecole Nationale de la Santé Publique
- M. COLLANGE, Directeur de l'Hôpital de Château-Chinon
- Docteur COLVEZ, INSERM de Montpellier
- M. COUDRON, Président de l'ASAD du Pays de Rennes
- M. COUTY, Directeur des Hôpitaux
- M. DETOLLE, CNP
- M. DORIVAL, Chèques-Emplois-Services, Directeur Général
- Mme DOST, Directrice de Radio Bleue
- Mme DRAPIER
- M. DROUET, Maire de Belfort
- M. DUJOLS, Directeur de l'Union Nationale des Fédérations d'Organismes HLM
- Mme DUMAS, Vice-Présidente de l'UNADMR
- M. DUPONT, Vice-Président du Conseil Général du Territoire de Belfort
- Mme ELBAUM, Directrice de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
- Equipe d'aides ménagères des ADMR du Doubs
- Equipes Médico-Sociales du Conseil Général du Doubs
- Equipe Médico-Sociale du Secteur de Montpellier-Est
- Mme FAZANO, Secrétaire Fédérale de la CFTC Fédération santé sociaux
- M. FELTESSE, Directeur Général de l'UNIOPSS
- M. FIESSE, chargé du soutien à domicile, CCAS de Besançon
- M. FRAYSSE, Directeur de France Alzheimer
- M. FRANCE, Président de l'ASPAH
- Mme FRULEUX, Présidente d'ARCADIA, Roanne

- FNATH
- M. GAESSLER, Association Dynamo, Comédien
- M. GAROT, Adjoint au Maire de Belfort
- M. GATE, Secrétaire Général de la FNAAMED
- Mme GAUTHIER, Association "Les Marguerites", Toulon
- M. GAUTHIER, Directeur de l'Action Sociale
- Mme GELY-NARGEOT
- M. GIRARD, Adjoint au Maire de Besançon, Vice-Président du CCAS
- M. GOUET, Directeur de l'UNAPEI
- M. GRILLET, Directeur de l'Hôpital de Baume-les-Dames
- M. GRIMBERG, Président de l'Association des familles de Broca Laroche Foucaud
- Mme GROS, Présidente de la MSA
- Docteur GUILLET, Association du 13<sup>ème</sup> Arrondissement de Paris
- Mme GUISSSET, Fondation de France, Chargée de Mission, Secteur Personnes âgées
- Mme AUDEBOURG, Adjointe au Maire, Le Mans
- M. HEID, Directeur de l'Association de Gérontologie du 13<sup>ème</sup> Arrondissement
- M. HENRARD, Syndicat CFDT
- M. HERMANGE, Directeur de la CNAVTS
- Mme HERMANN, Présidente de Association "Gri Gri l'Antigris", Besançon
- Docteur HERVY, Gériatre, Hôpital du Kremlin-Bicêtre
- M. HUBERT, Directeur de la Vie Familiale et Sociale, Conseil Général du Doubs
- Dr IEHL-ROBERT, Gériatre, Centre de Soins des Tilleroyes à Besançon
- M. JACQUAT, Député de la Moselle
- M. JAYEZ, Secrétaire Confédéral de l'UCR-FO
- Professeur JEANDEL, CHU de Nancy, Centre Anthonin Baulmes
- Mme JEGU, APF, Responsable du service juridique du handicap
- Mme JOIN-LAMBERT, Inspectrice Générale des Affaires Sociales
- Mme JOMAIN, Adjointe au Maire, Mairie de Chambéry
- M. KAMMERER, ADAPEI de Besançon
- M. KANNER, Président de l'UNCASS
- M. KELLER, Directeur des ADMR du Doubs

- M. KERROMEN, Directeur Général Adjoint du CCAS de Besançon
- M. KOEBERLE, Directeur Général du Conseil Général du Territoire de Belfort, Chargé de la santé, de la dépendance et du handicap
- M. KOESLER, Directeur Général du CCAS de Besançon
- Professeur KUNTZMANN, Hôpital de la Roberstau, Strasbourg,
- M. LABAYLE-COUHAT, Directeur Général de l'AREPA
- M. LADSOUS, Vice-Président du CSTS
- M. LAJARGE, Conseiller Délégué aux personnes âgées, Fédération Hospitalière de France
- Mme LAROQUE, Présidente de la Fédération Hospitalière de France
- Mme LAZERGES, Députée de l'Hérault
- Mme LEDUC, Présidente de la FASSAD de Paris
- Mme LEROY, Directrice de INTERMED'25
- Mme LESAGE, Directrice de l'Hôpital Bretonneau
- Docteur LEVY, Vice-Président de MG France
- M. MADDOZ, Directeur-Adjoint de la CRAM de Bourgogne-Franche-Comté
- Mme MARIN-MOSKOVITZ, Députée du Territoire de Belfort
- Mme MARTEL, Présidente de l'UNASSAD et Présidente de ASAD de St Omer
- Mme MARTINEZ, Chargée de Mission pour l'Action Sociale, Conseil Général de l'Hérault
- Mme MARTINOT, Assistante de Direction, INFIPP
- M. MERCIER, Handi-Doc et Foyer "l'Escapade" (CCAS de Besançon)
- M. MERE, Directeur des Collectivités locales et de l'administration, INFIPP
- Mme MERLE, Secrétaire Générale de la FNADAR
- M. MOISSONIER, Président de l'AREPA
- M. MONTAIGNE, Directeur de la Maison de Retraite de Conches
- M. MOREL, Directeur de la Maison de Retraite de Mamirolle
- M. NAUROY, Caisse des Dépôts et Consignations
- Mme NICOLLE, Secrétaire Fédérale de la CFDT Fédération santé sociaux
- M. NORTH, Centre de Soins des Tilleroyes, Besançon
- M. ODE, Directeur Général des Services, Conseil Général de l'Hérault
- M. OLIVIER-KOEHRET, Médecin Généraliste, MG France
- Mme OURTHE-BRESLE, Présidente du FNI

- Mme PARISOT, Directrice de l'Association "Colchique", Belfort
- Mme PAUGAM, Adjointe au Maire, Mairie de St Herblain
- Mme PETIT, Directrice du CCAS de la Ville de Belfort
- Mme PERNOT, Directrice de la Maison de Retraite St Fergeux, Besançon
- M. PIMMEL, Président de l'ABRAPA
- M. PLANCHOU, Direction de l'Enseignement Supérieur, Ministère de l'Education Nationale
- M. PLANTARD, Maison de Retraite de Luzy
- M. de PLINVAL, Président de l'Association de Gérontologie du 13<sup>ème</sup> Arrondissement
- M. PREVOT, IUT de Belfort
- M. PROUST, Président du Conseil Général du Territoire de Belfort
- M. REMY, Délégué interministériel à la Famille
- M. RICARD, Association Siel Bleu, Strasbourg
- M. RIONDET, Président de QUALIDOM
- Mme RITCHIE, Directeur de Recherche, INSERM
- M. ROBINE, Chargé de recherche, INSERM Groupe Démographie et Santé
- Mme ROCHE, Responsable du Service Aide aux Personnes âgées, ADMR du Doubs
- Mme de SAINT-YVES, Présidente du COORACE
- M. SALMON, MEDEF
- M. SANCHEZ, Délégué Général de l'ODAS
- M. SAPY, Délégué Général de la FNACPA
- M. SENSE, Secrétaire Confédéral de l'UCR-CFDT
- Dr SIMON, Hôpital de Belfort
- M. SOUFFLET, Association pour le futur Hôpital Bretonneau
- Mme STAMANDINOLI, Mutualité Française
- M. SUSINI, Directeur de l'IRTS de Besançon
- M. TERRASSE, Député de l'Ardèche
- M. THIERRY, Inspecteur Général des Affaires Sociales
- Mme THOMAS, Conseillère en Gérontologie, Conseil Général du Territoire de Belfort
- M. TOURISSEAU, Syndicat CFDT
- Travailleurs sociaux du CCAS de Besançon
- M. VAREILLES, Sous-Directeur Général de la Santé

- Mme VERNEUIL, Présidente de l'Union Nationale des Familles d'Accueil
- M. VERNY, Directeur de l'UNASSAD
- Dr VETEL, Président du Syndicat National de Gériatrie Clinique
- M. VIEGENER, Représentant du Land de Bade Wurtemberg
- Mme VOISIN, Sous-Directeur de l'Action Sociale
- Mme VUILLEMOT, Chargée de mission au CCAS de Belfort
- Mme VILLENEUVE, Revue Entourage
- M. Jean-Jacques WERTH, Directeur de la MSA du Doubs

Paris, le 18 JAN. 1999

49/99/SG

Madame la Députée,

Les réponses apportées aux personnes qui perdent leur autonomie du fait de l'âge et de déficiences physiques ou psychiques ne prennent pas suffisamment en compte dans notre pays la diversité de leurs besoins et de leurs aspirations.

Cette situation les empêche souvent de mener des activités telles que le leur permettraient leurs capacités et peut conduire à une dégradation accélérée de leur état. Une approche plus globale des besoins de la personne apparaît nécessaire, fondée sur son projet de vie et qui soit moins déterminée par l'offre de services de soins, de surveillance et d'hygiène habituellement disponible.

De nombreuses initiatives ont été prises en ce sens par des professionnels ou des bénévoles au cours des dernières années qui ont amélioré sensiblement la qualité de vie de leurs bénéficiaires. Mais ces initiatives restent trop isolées et n'ont que peu inspiré l'évolution générale de ce secteur d'activité. Il convient, en partant d'un certain nombre de pratiques et de réalisations exemplaires et de comparaisons internationales, d'analyser les obstacles actuels à leur développement.

Je vous confie donc, dans le cadre des dispositions de l'article LO 144 du code électoral, une mission d'analyse et de propositions sur ce sujet. Vous effectuerez cette mission auprès de Mme Martine Aubry, ministre de l'emploi et de la solidarité, et de M. Bernard Kouchner, secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale.

Vous vous attacherez tout particulièrement à l'évolution nécessaire des métiers qui contribuent à la prise en charge des personnes perdant leur autonomie et des formations qui préparent à ces métiers.

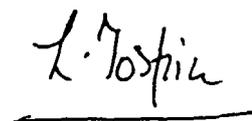
**Madame Paulette GUINCHARD-KUNSTLER**  
Députée du Doubs  
Assemblée nationale  
Palais Bourbon  
75007 - PARIS -

Vous examinerez également en quoi les financements actuellement affectés à la couverture des besoins des personnes concernées ou la définition et la conduite des politiques gérontologiques locales pourraient mieux contribuer à la satisfaction des attentes de nos concitoyens directement concernés et de leur famille.

Je souhaite pouvoir disposer de vos premières conclusions et propositions pour le 31 mars 1999. Vous me remettrez votre rapport final au début du mois de juin 1999.

Je vous remercie de votre engagement dans cette mission qui, j'en suis convaincu, contribuera à éclairer les réflexions gouvernementales en vue d'assurer une vie plus digne aux personnes qui deviennent dépendantes.

Je vous prie de croire, Madame la Députée, à l'assurance de mes respectueux hommages.

A handwritten signature in black ink, reading "L. Jospin", written over a horizontal line.

**Lionel JOSPIN**



## LES GROUPES ISO-RESSOURCES

Une classification logique a précédé la classification finalisée. Il est donc normal que dans certains groupes figurent des situations sensiblement différentes par rapport à la perte d'autonomie et même parfois très différentes comme par exemple des déments déambulants et des grabataires lucides et participatifs .

Le présent document ne décrit, par groupe Iso-Ressources, que les profils les plus statistiquement fréquents.

### LE GROUPE 1

Il s'agit de personnes ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

Dans ce groupe se trouvent, entre autres, des personnes en fin de vie.

### LE GROUPE 2

Deux sous groupes essentiels composent le groupe 2 :

- Les grabataires lucides ou dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante . Une majorité d'entr'elles n'assurent pas seule tout ou partie de l'hygiène de l'élimination, de la toilette, de l'habillement et de l'alimentation.

Ceci nécessite une surveillance permanente et des actions d'aide répétitives de jour comme de nuit.

- Les déments déambulants ou les détériorés mentaux graves qui ont conservé totalement ou significativement leurs facultés locomotrices ainsi que certaines activités corporelles que, souvent, ils n'effectuent que stimulés.

La conservation de leurs activités locomotrices induit une surveillance permanente, des interventions liées aux troubles du comportement et des aides ponctuelles mais fréquentes pour certaines activités corporelles.

### LE GROUPE 3

Il s'agit essentiellement de personnes ayant conservé leur autonomie mentale et partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour de aides pour leur autonomie corporelle. Il n'assurent pas majoritairement leur hygiène de l'élimination tant anale qu'urinaire ...

Il ne nécessitent pas une surveillance permanente.

### LE GROUPE 4

Deux sous groupes essentiels dans le groupe 4 :

- Ceux qui n'assument pas seuls leurs transferts mais qui, une fois levés, ont des activités de déplacement à l'intérieur du logement et qui par ailleurs doivent être aidés ou stimulés pour la toilette, l'habillement et dont la presque totalité s'alimente seul.
- Ceux qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles y compris pour les repas.

Pour ces deux sous groupes, il n'existe plus de personnes n'assurant pas seul et totalement l'hygiène de l'élimination, mais des aides ponctuelles ou partielles peuvent être nécessaires.

Pour ces personnes les aides de tiers sont indispensables au lever, aux repas, au coucher et ponctuellement sur demande de leur part.

### LE GROUPE 5

Toutes les personnes de ce groupe assurent seules leurs transferts et les déplacements à

l'intérieur du logement, s'alimentent et s'habillent seuls.

Elles nécessitent une surveillance ponctuelle qui peut être étalée dans la semaine et des aides pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

Ce sont typiquement des personnes ayant besoin pour l'essentiel d'heures d'aides ménagères.

### **LE GROUPE 6**

Il regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

## **LES GROUPES 5 ET 6 AU DOMICILE**

En institution, l'environnement prend normalement en charge la continuité de la sécurité des personnes et fournit les denrées et autres produits nécessaires à la vie courante.

Au domicile, il en est tout autrement. Pour les groupes 5 et 6 il convient de prendre en compte deux nouvelles variables :

- le déplacement à l'extérieur,
- l'utilisation des moyens de communication à distance pour appel en cas de besoin.

Les groupes 5 et 6 se répartissent donc en trois sous-groupes chacun :

- **Sous-groupe C** : la personne a besoin de tiers pour que soient apportés à son logement les produits nécessaires à la vie courante **OU** ne peut en cas d'urgence alerter **correctement** son entourage. Il s'agit d'une personne confinée.
- **sous-groupe B** : soit de façon intermittente (dans le temps) soit par rapport à la fiabilité de sa propre sécurité ou de son approvisionnement, la personne nécessite une surveillance et des actions ponctuelles,
- **Sous-groupe A** : la personne n'a pas de problèmes majeurs et permanents sur ces deux points.

La codification A, B, C pour ces sous-groupes reprend la logique des modalités des variables discriminantes.

## Les modalités des variables discriminantes

AGGIR comporte 10 variables discriminantes de la perte d'autonomie .

Chaque variable a trois modalités :

- **A** : fait seul, totalement, habituellement et correctement
- **B** : fait partiellement, ou non habituellement ou non correctement
- **C** : ne fait pas

Habituellement est la référence au temps.

Correctement est la référence à l'environnement conforme aux usages et aux moeurs.

### **ATTENTION à bien utiliser la modalité B**

La modalité B, en aucun cas, n'est à utiliser lorsque l'évaluateur ne sait pas. Elle correspond à une définition précise.

Dans le doute, on réobserve ce que fait la personne et on se pose les questions de faire seul, de façon partielle, correcte, habituelle.

La notion "seule" correspondant à : "fait spontanément seul" suppose qu'il n'existe pas d'incitation donc qu'il n'existe aucune stimulation.

VARIABLES DISCRIMINANTES		VALEUR
<b>COHERENCE</b>	Converser et/ou se comporter de façon sensée	
<b>ORIENTATION</b>	Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
<b>TOILETTE</b>	Concerne l'hygiène corporelle Haut (visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffure) A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Bas (membres Inférieurs, pieds, régions intimes) A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> AA = A CC = C AUTRES = B	
<b>HABILLAGE</b>	S'habiller, se déshabiller, se présenter Haut (vêtements passés par les bras et/ou la tête) A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Moyen (fermeture des vêtements : boutonnage, fermeture éclair, ceinture, bretelles, pressions) A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Bas (vêtements passés par le bas du corps y compris les chaussettes, les bas, les chaussures) A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> AAA = A CCC = C AUTRES = B	
<b>ALIMENTATION</b>	Manger les aliments préparés Se servir (couper la viande, peler un fruit, remplir son verre, ...) A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Manger (manger les aliments préparés, les porter à la bouche et avaler) A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> AA = A CC = C BC ou CB = C AUTRES = B	
<b>ELIMINATION</b>	Assumer l'hygiène de l'élimination Urinaire (assumer l'hygiène de l'élimination urinaire) A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Fécale (assumer l'hygiène de l'élimination fécale) A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> AA = A CC = C AC ou CA = C BC ou CB = C AUTRES = B	
<b>TRANSFERTS</b>	Se lever, se coucher, s'asseoir	
<b>DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR</b>	Avec ou sans canno, déambulateur, fauteuil roulant ...	
<b>DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR</b>	A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
<b>COMMUNICATION A DISTANCE</b>	Utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme ...	

VARIABLES ILLUSTRATIVES		VALEUR
<b>GESTION</b>	Gérer ses propres affaires, son budget, ses biens	
<b>CUISINE</b>	Préparer ses repas et les conditionner pour être servis	
<b>MENAGE</b>	Effectuer l'ensemble des travaux ménagers	
<b>TRANSPORTS</b>	Prendre et/ou commander un moyen de transport	
<b>ACHATS</b>	Acquisition directe ou par correspondance	
<b>SUIVI TRAITEMENT</b>	Se conformer à l'ordonnance du médecin	
<b>ACTIVITES DE TEMPS LIBRE</b>	Activités sportives, culturelles, sociales, de loisir ou de passe-temps	

① légende :

- A : fait seul(e) totalement, habituellement correctement  
 B : fait partiellement, ou non habituellement, ou non correctement  
 C : ne fait pas

ANNEXE 50 - XLS

TABLEAU 1 - AIDE MENAGERE A DOMICILE - Source DAS

CAISSES ou Aide sociale	1995			1996			1997		
	DEPENSES (en F.)	BENEFICIAIRES	NOMBRE D'HEURES	DEPENSES (en F.)	BENEFICIAIRES	NOMBRE D'HEURES	DEPENSES (en F.)	BENEFICIAIRES	NOMBRE D'HEURES
C.N.A.V.T.S.	2 114 359 000	331 973	34 878 724	2 157 281 365	319 712	35 920 938	2 184 464 439	321 583	35 767 059
A.R.R.C.O (1)	192 426 976			199 909 911		ND**	199 215 741		
ARRCO en coord. avec les Mines	ND	ND	ND	13 986 765	ND	ND**	13 836 261	ND	ND
IRCANTEC (1)	ND	ND	ND	4 975 092	4 164	ND**	6 310 696		
AIDE SOCIALE	1 345 900 000	90 900	ND	1 200 000 000	(6)	85 000	(6) 1 100 000 000	(6)	78 000 N.C.
MUTUALITE FONCTION PUBLIQUE	171 000 000	36 871	7 824 893	177 554 000	29 639	6 679 073	128 600 000	27 740	3 945 808
MUT. SOCIALE	265 234 742	64 924	5 975 239	272 188 355	66 479	6 269 659	298 000 000	76 281	6 680 005
AGRICOLE	(Faas: 129,4MF)(4)			(FAAS: 191,8MF)	(ménages au sens large)		(FAAS: 206,70MF)	(personnes)	
ORGANIC	254 031 000	26 840	3 580 308	244 062 000	27 250	3 660 890	241 083 480	26 366	3 440 986
CANCAVA	148 669 217	19 825	3 268 850	142 537 909	19 851	3 042 942	142 253 371	19 517	3 094 097
CAISSE DES MINES	134 563 592	15 651	2 450 624	135 269 475	15 979	2 314 334	131 875 142	16 442	2 370 114
S.N.C.F.	69 879 000	11 960	1 007 075	69 847 000	15 116	961 136	69 021 000	13 097	932 631
Caisse nationale militaire de sécurité sociale	ND	ND	ND	34 300 000	6 756	1 297 152	31 503 891	7 090	1 325 830
AGIRC	ND	ND	ND	(AMD et GAD)	(AMD et GAD)		(AMD et GAD)		
RATP	7 900 000	1 323	173 789	12 300 000	14 369	ND**	13 013 852	5 239	N.C.
AUTRES REGIMES (3)	ND	ND	ND	11 100 000	1 193	249 788	9 600 000	971	203 852
				3 849 876	(AMD et GAD)	ND**	(5) 2 299 022	200	30 600
TOTAL (PARTIEL sur certaines colonnes)	4 703 963 527	600 267	59 160 502	4 679 161 748	605 508	84 901 175	4 571 076 895	600 787	57 790 982

(1) L'ARRCO et le CNAVTS ont établi une procédure coordonnée L'ARRCO financée pour ses ressortissants (87% des ressort. CNAVTS) 10% des heures attribuées par le CNAVTS. Le nombre de bénéficiaires est à peu près identique. Cette procédure coordonnée CNAVTS-ARRCO est étendue depuis le 01.01.98 à l'IRCANTEC pour ses ressortissants. Les chiffres (IRCANTEC sont) globaux (simples-coordonnés).

(2) Hors financement sur cotisations mutualistes et frais de gestion.

(3) Données disponibles : Cavaillac, Caraf, Carpy, Carpinco, Carref, Carvec et CARCO pour un total de dépenses AMD de 3.849.876 F au profit de 410 bénéficiaires en 1996.

(4) FAAS : Fonds additionnel d'action sociale de la Mutualité Sociale Agricole auquel est rattaché un effort propre des caisses.

(5) Estimations pour l'IRCANTEC 1996 et pour les dépenses d'aide sociale 1997. Pour le coût moyen par heure en 1996 de l'aide sociale, hypothèse = (60 - 12) = 48 F/h.

ND = Non déterminé NC = non communiqué

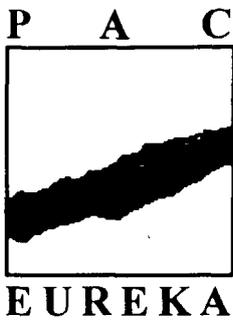
(6) Estimations ODAS

TOTAL des dépenses des ND\*\* (1996) = 235 021 844 F, soit à 60 F par heure (hypothèse; même coût moyen que CNAVTS); 3 917 000 heures (estimation)

ORGANISME	NOMBRE D'HEURES MAXI-MENSUELS	SURCROUTES	GRILLE D'ACTIVITES
GNAM (régime général)	90 heures	Tarif dégressif au delà de 30 heures 30 à 40 h : 50 % du tarif 40 à 90 h : 25 % du tarif	Grille CRAM
AVA (caisse artisanale)	30 heures (possibilité de 45 h sur une courte durée pour un retour d'hôpital par exemple)	Certificat médical détaillé justifiant de l'état de santé	Grille CRAM
AVA Coiffure (caisse artisanale spéciale coiffeurs)	15 heures	Certificat médical détaillé	Grille CRAM
CARBOFF (caisse de la bouche)	10 heures	Certificat médical détaillé	Grille CRAM
CAISSE DE LA BOULANGERIE	10 heures	Certificat médical détaillé	Grille CRAM
ORGANIC (caisse des commerçants)	12 heures	Certificat médical détaillé	Grille CRAM
ARMÉE	15 heures	Certificat médical détaillé sous pli cacheté	Grille CRAM
MSA	10 heures		
CNRAOI	45 heures	Certificat médical détaillé	Grille CRAM
SUI (fonction publique)	30 heures (possibilité de 45 heures pour une courte durée suite à retour d'hôpital)	Certificat médical détaillé	Grille CRAM
CAMAVIC (caisse des cultes)	30 heures		Voir barème, différents si salariés ou exploitants
CAISSE DE LA HOUBLERIE	10 à 15 heures		Grille CRAM
CPAM	Limité à 10 heures, enveloppe annuelle à gérer	Réservé aux non-retraités et Etre 100 % sécu sociale	Grille CRAM
MGEN (éducation nationale)	45 heures	Certificat médical détaillé	
SNGF	Sur décision de l'Assistante Sociale		
MINES	15 heures		
EDF	Sur décision de l'Assistante Sociale mais possibilité de 45 heures		Barème spécifique non diffusé, décidé au cas par cas par l'organisme

AIDES MOBILISABLES	TYPE D'AIDES	CONDITIONS D'ATTRIBUTION OU DE FONCTIONNEMENT	
		< 60 ANS	≥ 60 ANS
AIDES FINANCIERES	ACTP	conditions de ressources taux invalidité ≥ 80% max 80% MTP : 4.580 F	possibilité de maintien si acquis avant 60 ans ≥ 70 ANS
	PSD		conditions de ressources et GIR 1 à 3 recours sur succession (>300 KFr) max 100 % MTP (5.726 Frs par mois) cumul avec ressources jusqu'à 6.187 Frs, 10.312 Frs pour un couple - ensuite allocation différentielle
	Exo. cotisations patronales	si ACTP ou pension d'invalidité	si ACTP ou MTP ou PSD ou GIR 1 à 5
	Réductions fiscales	50 % des dépenses d'aide à domicile domicile une personne âgée	limite 45 KFr et 90 KFr pour invalides ou contribuables ayant à charge à domicile une personne âgée
	Aide sociale à l'hébergement		en <u>SCM</u> ou <u>SLD</u> 25% sommes versées - plafond 15 KF
AIDES ET SOINS A DOMICILE	Médecins et paramédicaux		conditions de ressources - obligation alimentaire - recours sur succession et sur donations de - 10 ans
	SIAD	paiement à l'acte avec exonération du ticket modérateur si affection de longue durée	
	Aide-ménagère	si accord méd conseil id > 60ans	financement assurance maladie, forfait plafond 200,6 Frs en 98 pas de ticket modérateur pour les personnes
	Garde à domicile CNAVTS	possible au titre de l'aide sociale	attribution des heures fonction du régime de retraite barème de participation fonction du régime de retraite
	Auxiliaire de vie	4 000 au total pour toutes les personnes handicapées et/ou âgées - conditions ressources	conditions de ressources (10.000 Frs/ 15.000 Frs couple) participation de 80 % des sommes engagées - plafond annuel de 7.700 Frs / 11 500 Frs couple - aide ponctuelle

AIDES MOBILISABLES	TYPE D'AIDES	CONDITIONS D'ATTRIBUTION OU DE FONCTIONNEMENT		
		< 60 ANS	≥ 60 ANS	
INSTITUTIONS	Accueil ou centre de jour	généralement paiement par la personne peu de places	≥ 70 ANS	
	Accueil de nuit	très peu de places		
	Hébergement temporaire	coût supporté par la personne quelques places habilitées aide sociale		
	Hôpital de jour	aide au diagnostic et prise en charge en cours d'évolution pour équilibre du traitement et aide de type réadaptation		
	Hôpital psy	aide au diagnostic et au suivi du traitement travail du secteur hors des murs quelque soit le domicile de la personne forfait journalier à 70 frs/j		
	Autres services hospitaliers	forfait journalier à 70 frs/j existence de centres d'évaluation et de diagnostic, référents possibles		
	EHPA ou SLD	noter que 2,4% des résidents en EHPA ont moins de 60 ans	Prix de journée hébergement à la charge des PA, éventuellement ASH et/ou PSD (remarque : 40% des résidents en EHPA ont une détérioration intellectuelle)	



## PAC EUREKA

### Le Remue-Méninges

améliorer votre mémoire

La mémoire est un outil indispensable à la vie quotidienne mais elle est capricieuse et fragile. Nous avons tous eu à le déplorer.

Qui n'a pas un jour perdu ses clefs, égaré ses lunettes, cherché vainement un nom, voire un mot ou encore oublié un rendez - vous.

Notre mémoire nous trahit donc parfois, et ce à tous les âges, mais le plus souvent en vieillissant. De surcroît les personnes âgées justifient les trous de mémoire avec résignation par le seul vieillissement.

Statistiquement 65% des personnes de plus de 60 ans se plaignent de "trous de mémoire". Plus que de réels trous de mémoire, il s'agit souvent d'un manque d'entraînement des fonctions cérébrales, mises en sommeil au moment de la retraite.

Or, la mémoire n'est pas une peau de chagrin qui se rétrécit inéluctablement. Régulièrement sollicitée et exercée elle peut sans difficulté rester fidèle.

En effet, il a été scientifiquement prouvé que la capacité humaine d'enregistrement et de mémorisation est quasi-permanente chez un sujet en bonne santé générale.

L'isolement, le repli sur soi d'une part, l'anxiété et la déprime d'autre part, se conjuguent aussi pour court-circuiter et paralyser la mémoire des sujets les plus fragiles.

Aider les personnes âgées à retrouver confiance en elles et sortir du cercle vicieux de l'isolement moral et social est un des buts que s'est fixé la Mutualité Sociale Agricole en proposant un programme d'activation cérébrale intitulé EUREKA.

Ce programme élaboré en collaboration étroite avec la Fédération Nationale de Gériatrie repose sur une méthodologie neuropsychologique rigoureuse de stimulation des fonctions cognitives.

PAC EUREKA a pour objectif général l'accroissement de l'efficacité cognitive, son principe essentiel repose sur le proverbe :

*"Donner un poisson à quelqu'un, c'est le nourrir pour un jour, lui apprendre à pêcher c'est le nourrir toute sa vie".*

#### OBJECTIF DE LA METHODE

Il est multiple et peut-être défini comme :

- l'entretien des facultés cérébrales, voire leur accroissement,
- et l'entretien de l'équilibre psychologique, voire l'épanouissement personnel.

Association Loi 1901 Interdépartementale (25 - 70 et 90) - Siège social : rue René Hologne - CMSA - 70021 VESOUL CEDEX  
 Vos contacts : MSA 25 ☎ 81.65.60.57 - MSA 70/90 ☎ 84.96.31.42

## CONTENU DE LA METHODE

PAC EUREKA comporte actuellement 15 séances. Chacune des séances comporte en moyenne 5 types d'exercices différents.

Les exercices sont présentés sous forme :

- de feuilles d'instruction,
- de transparents,
- de clichés sur papier.

Chaque séance commence par une revue de presse.

L'objectif :

- faire parler chacun des participants,
- stimuler la curiosité,
- gagner la confiance en soi lorsqu'on s'exprime devant un public.

## CARACTERISTIQUES FORMELLES DE LA SEANCE

La séance

- est collective
- a lieu dans la commune
- réunit entre 12 et 15 personnes
- est hebdomadaire,
- dure 1 h 30

Le rythme de la séance est modulé par l'animateur en fonction du groupe de participants.

## CARACTERISTIQUES PRAGMATIQUES DE LA METHODE

Les exercices ont été choisis pour la plupart en fonction des situations les plus fréquemment expérimentées dans la vie quotidienne.

2 exemples :

- les exercices qui demandent de classer des éléments présentés dans le désordre correspondent aux mêmes mécanismes de classification qui sont sollicités lorsque l'on fait ses courses dans un supermarché dont les marchandises sont classées par rayons.

- apprendre à se représenter et à construire l'espace au cours d'un exercice visuo-spatial développe l'aptitude à lire un plan, à s'orienter dans un quartier, une ville...

Chaque exercice sera expliqué de façon à ce que le participant comprenne quel type d'activité cognitive il met en oeuvre (perception, langage...).

Ainsi chacun des exercices est expliqué de façon à susciter de la part des membres du groupe une participation active et à favoriser le transfert d'apprentissage des situations aux situations réelles.

## CARACTERISTIQUES PSYCHOTHERAPIQUES DE LA METHODE

Elles ont pour principaux objectifs :

- de dédramatiser et démystifier la situation "Trouble de mémoire",
- de reprendre confiance en ses ressources,
- de retrouver des motivations,
- de sortir de l'isolement,
- et de réduire l'état anxieux et dépressif dû à la crainte d'une baisse de ses capacités.

## PARTICIPATION FINANCIERE

Un forfait est demandé pour les 15 séances et le test médical. Le tarif au 1er juin 1993 est de 320 F par personne .

## CONCLUSION

PAC EUREKA est une méthode qui permet d'apprendre, de se découvrir et de découvrir l'autre à travers une large gamme d'exercices.

PAC EUREKA met l'accent sur l'acquisition des stratégies qui conditionnent l'efficacité cognitive sur la découverte et l'utilisation de son propre potentiel cérébral.

PAC EUREKA est un art d'apprendre qui associe la pédagogie et la psychologie.

Il faut éveiller le désir d'apprendre en montrant comment apprendre.

*Il faut savoir que cette méthode n'est pas destinée à soigner des malades.*

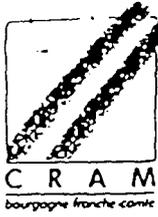
*Elle ne s'adresse qu'à des personnes réputées saines de toutes pathologies mentales.*

C'est pourquoi chaque personne inscrite à PAC EUREKA devra passer un bilan cérébral sous la forme d'un test simple "le Mini Mental Status" (questionnaire).

Ce test reconnu scientifiquement sur le plan international, notamment dans le dépistage de la maladie d'Alzheimer, sera passé par nos services médicaux.

Par ailleurs, quelques règles d'hygiène simples sont à respecter pour garder un bon état général de santé :

- une alimentation variée et équilibrée,
- la pratique régulière d'exercices physiques adaptés à ses possibilités,
- le sommeil qui permet à l'organisme de retrouver sa vitalité,
- enfin éviter les excès d'alcool et de tabac dont l'action toxique influe sur les cellules cérébrales et exerce donc un rôle défavorable sur la mémoire.



CRAM

Bourgogne et Franche-Comté

C.N.A.V.T.S

19 MAI 1999

ACTION SOCIALE

Réf. 3410/PhD/EL  
Ph. DESCHAMPS  
☎ 03 80 70 50 73  
Fax : 03 80 70 52 98  
RISS

Monsieur le Directeur  
C.N.A.V.T.S.  
Direction Nationale de l'Action Sociale  
110 Avenue de Flandre  
75951 PARIS CEDEX 19

DIJON, le 11 mai 1999

A l'attention de Madame AUBEUF

Monsieur le Directeur,

Par courrier du 19 février 1999, je vous ai fait part de réflexion sur les règles de gestion des Actions Gérontologiques d'Initiatives Locales, et en particulier j'ai attiré à nouveau votre attention sur le programme "EQUILIBRE" développé par la CRAM. Il s'agit d'un programme de lutte contre les chutes chez les personnes âgées pour lequel la CRAM demande à pouvoir sortir du cadre expérimental des actions gérontologiques d'initiatives locales afin d'en assurer le développement au plan régional décidé par sa CASS.

En complément aux renseignements qui vous ont été donnés sur ce dossier, j'ai estimé utile de vous communiquer les informations complémentaires ci-après :

• Financement :

La CNAM a notifié à la CRAM-pour 1999 une enveloppe budgétaire de 200 000 F pour le financement du programme.

• Population participant aux ateliers EQUILIBRE :

50 % des personnes ont plus de 70 ans  
60 à 80 % vivent à domicile (variable selon les départements).

• Finalités du programme EQUILIBRE

En France, on estime que 2 millions de personnes de + 65 ans chutent chaque année. Il s'agit donc d'un problème de santé publique dont les conséquences en terme de dépenses de soins sont importantes (7 milliards de francs selon une étude CNAM - SESI). A cet égard le programme EQUILIBRE contribue à réduire les dépenses de l'Assurance Maladie.



ZAE CAPNORD - 38 rue de Cracovie - CRAM 21024 DIJON cedex - Téléphone : 03 80 70 50 73

Cependant, l'aspect économique des conséquences du phénomène des chutes chez les personnes âgées ne doit pas occulter ses conséquences sociales. Une fois sur deux le sujet âgé ayant chuté ne peut se relever seul et peut rester au sol pendant une longue période. Ces chutes sont des expériences traumatisantes qui conduisent des personnes âgées à perdre confiance dans leur capacité à se mouvoir en sécurité et restreindre leurs activités de peur de tomber et de se blesser.

C'est pourquoi le programme EQUILIBRE doit être appréhendé comme un programme de prévention visant à améliorer la qualité de vie des personnes âgées :

- sur le plan physique, par le maintien de la fonction d'équilibration : ceci a un impact direct sur l'amélioration des conditions de vie quotidienne et du maintien de l'autonomie. De ce point de vue le programme Equilibre vient en complément de la politique CNAVTS en matière d'Habitat et en particulier de l'Adaptation Personnalisée du Logement,
- sur le plan psychique, en diminuant l'anxiété et l'angoisse, source d'enfermement sur soi et de difficultés psychologiques avec l'entourage,
- sur le plan de la vie sociale, une meilleure mobilité permet le retour de la convivialité. La personne âgée peut rompre l'isolement qui résulte du confinement, lui-même dû à la peur de quitter son environnement familial et de tomber dans la rue. La reprise des contacts sociaux favorise la réinsertion et inverse les processus d'exclusion.

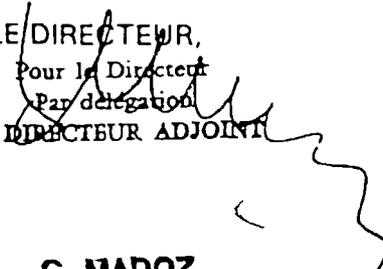
Tous ces éléments contribuent à prévenir la perte d'autonomie et augmenter l'espérance de vie sans incapacité.

Comme vous pouvez le constater le programme EQUILIBRE dépasse largement le cadre de la gestion du risque Maladie. Pour ces dimensions sociales fortes, le programme EQUILIBRE constitue un élément important de la politique de la CRAM en matière de Prévention du mauvais vieillissement et du soutien à domicile de ses retraités.

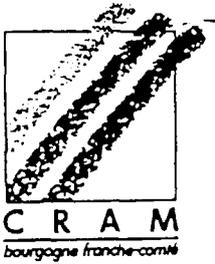
Restant à votre disposition pour tous renseignements complémentaires,

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations respectueuses.

LE DIRECTEUR,  
Pour le Directeur  
Par délégation  
LE DIRECTEUR ADJOINT



**G. MADOZ**



## LISTE INDICATIVE DE MATERIEL pour ATELIER EQUILIBRE



ANNEAUX

BALLES DE TENNIS

BALLES DURES

BALLES MOUSSE

BALLONS

BALLONS MOUSSE

1 BANC (hauteur = 30 cm)

CARRÉS MOQUETTES VARIEES (30 cm de côté)

CERCEAUX (diamètre = 75 cm)

CÔNES

CORDES

1 DISQUE OU PLANCHE D'EQUILIBRE

1 KIT PARCOURS EQUILIBRE

LUNES

1 MATELAS REPLIABLE (3 m X 2 m X 20 cm - plié = 2 m X 1,5 m X 40 cm)

1 MODULE INCLINE

MORCEAUX DE MOUSSE (volumes et formes variés)

NATTES INDIVIDUELLES

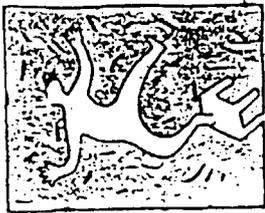
1 POUTRE BASSE (hauteur = 20 cm)

### MATÉRIEL DIVERS :

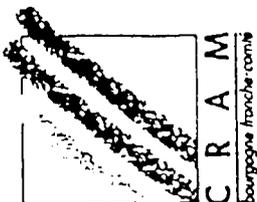
*Annuaire téléphonique, Foulards, Sac de riz, de noisettes (30 X 20 cm), etc...*

**Coût TOTAL = ENVIRON 5 000 F**

Janvier 1998



# BUDGET-TYPE POUR LA CREATION D'UN ATELIER EQUILIBRE



CRAM  
Bourgogne-Franche-Comté

MATERIEL PEDAGOGIQUE (Voir liste ci-jointe)..... 5 000 F

REMUNERATION DE L'ANIMATEUR (Simulation à 140 F total/heure, charges sociales comprises)..... 3 780 F

- 10 séances d'ateliers X 1 H 50 mn      ⇨ 18 H 20 mn
- Tests T1 et T2 (15 mn/pers. X 14 pers./groupe = env. 4 H/les)      ⇨ 8 H 00 mn

TOTAL des HEURES → 26 H 20 mn (arrondi à 27 H)

COUT MOYEN DE DEPLACEMENT (Moyenne : 30 kms (A + R) X 2,25 F/km X 12 déplacements)  
30 X 2,25 X 12 .....810 F

FORMATION DES ANIMATEURS (Coût indicatif Bourgogne 1998)

- Coût pédagogique..... 1 000 F
  - Hébergement au CREPS de DIJON en pension complète et chambre non individuelle..... 735 F  
ou 44 F par repas sans hébergement
- TOTAL ..... 1 735 F

INSTALLATION-CHAUFFAGE-LOCATION : PRIS EN CHARGE PAR INSTITUTIONS  
OU COLLECTIVITES TERRITORIALES (COMMUNES, SIVOM...)

**TOTAL = 11 325 F**

Dijon, le 28 Janvier 1998



## LA CAMPAGNE "L'ÉQUILIBRE, OÙ EN ÊTES-VOUS ?" : LA PREVENTION DES CHUTES DES PERSONNES AGEES ET LA PRESERVATION DE LEUR AUTONOMIE

### LE PROJET PILOTE 1993 - 1995

#### Historique et organisation

Des recherches menées à DIJON depuis 20 ans ont permis aux partenaires régionaux de lancer, fin 1992, la campagne "L'Équilibre, où en êtes-vous ?" sélectionnée en tant que projet pilote national par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés et le Comité Français d'Éducation pour la Santé.

L'objectif final de ce programme est de diminuer le risque, la fréquence et la gravité des chutes des personnes de plus de 55 - 60 ans par l'entretien et la stimulation de leur fonction d'équilibration.

Les objectifs intermédiaires sont :

- réassurer la stabilisation posturale et prévenir la perte d'équilibre,
- diminuer l'impact psychologique de la chute, en apprenant aux personnes de plus de 55 - 60 ans à se relever du sol,
- améliorer leur insertion sociale,

Pour cela, le concept « Atelier Equilibre<sup>®</sup> » a été mis au point. Un « Atelier Equilibre<sup>®</sup> » comprend une séance de tests servant à adapter le programme à chaque personne, dix séances hebdomadaires, collectives, d'une heure d'animation physique spécifique et enfin une séance de tests permettant de mesurer l'évolution des aptitudes de chacun. De plus, l'animateur propose des exercices personnalisés à faire seul à domicile pour continuer à entraîner la stimulation de la fonction d'équilibration.

Le partenariat du projet pilote (Centre Hospitalier Régional et Universitaire de DIJON, Comité Départemental d'Éducation pour la Santé de Saône-et-Loire, Comité Régional d'Éducation pour la Santé de Bourgogne, CRAM Bourgogne et Franche-Comté, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Bourgogne, Mutualité de Bourgogne, Services Jeunesse et Sports de Bourgogne) apporte une complémentarité de ressources et d'expériences.

Le projet est géré par le Comité de Pilotage Régional aidé par l'Équipe Technique Régionale, où chaque partenaire est représenté. Dans chaque département, une Équipe Technique Coordinatrice fédère l'ensemble des promoteurs, financeurs et acteurs, gère les ressources qui sont d'origine locale et/ou régionale et sélectionne les futurs animateurs.

L'organisation du projet est ainsi décentralisée et fonctionne de la région vers les départements et des départements vers la région.

L'évaluation du programme a donc pu être uniformisée sur l'ensemble de la région.

Le projet pilote 1993-1995 a concerné 1 191 personnes (80 % de femmes et 20 % d'hommes), 110 ateliers, 77 sites et 63 communes en Bourgogne.

## Evaluation

Les résultats de l'évaluation quantitative nous ont permis de démontrer l'impact réel du processus Equilibre sur la fonction d'équilibration. En effet, on note dans tous les cas (population chuteurs et non chuteurs) une nette amélioration de l'aptitude à l'équilibre. **Les ateliers améliorent la fonction d'équilibration, cette amélioration est persistante dans le temps.**

Le taux de chute ne peut pas être retenu comme indicateur pertinent, les différentes données disponibles ne permettant pas, en effet, de juger de son degré de signification.

L'évaluation a démontré l'évolution positive des aptitudes physiques des participants, le gain en lien social et la demande de poursuite des personnes âgées.

**En conclusion, on peut dire que le projet Equilibre s'inscrit parfaitement dans un contexte de prévention.** Il permet de repousser le moment de la chute, en préservant les qualités physiques et psychologiques de l'individu (peur de tomber). Il permet de diminuer la gravité de la chute et de pallier la perte d'autonomie.

L'évaluation qualitative du projet Equilibre est tout à fait positive. Incontestablement, les participants sont satisfaits. Les ateliers semblent leur avoir apporté une plus grande mobilité corporelle ainsi qu'une sécurité accrue dans leurs déplacements. Globalement, ils ont la sensation que leur équilibre s'est amélioré et qu'ils savent mieux se relever.

L'évaluation du processus menée auprès de tous les partenaires a montré qu'ils sont motivés par ce projet qu'ils jugent pertinent et désirent poursuivre.

### LE PROGRAMME EQUILIBRE DEPUIS 1996

A partir de 1996, vu les résultats du projet pilote, le programme Equilibre s'est étendu à la Franche-Comté et s'est poursuivi en Bourgogne.

De 1996 à fin 1998, 349 ateliers ont été mis en place en Bourgogne et 166 en Franche-Comté.

Le coût de la création d'un atelier est estimé à environ 11 325 F (dont achat de matériel = 5 000 F, formation de l'animateur = 1 735 F, vacations de l'animateur = 3 780 F et déplacements = 810 F). Le coût de la reconduction d'un atelier est estimé à 4 790 F puisque l'animateur est déjà formé et le matériel acquis.

Le financement des ateliers est assuré par :

- la CRAM, soit sur le Fonds National de Prévention, Education et Information Sanitaires (FNPEIS) de l'Assurance Maladie, soit sur le Fonds d'Action Sociale de la CNAVTS, grâce à la création de la "PRESTATION EQUILIBRE" (subvention de 7 000 F maximum pour la création d'un atelier et de 2 400 F pour la reconduction d'un atelier),
- et les Conseils Généraux, les communes, la Mutualité Sociale Agricole, les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales, les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales, Directions Départementales de la Jeunesse et des Sports, les Directions Régionales de la Jeunesse et des Sports, les établissements pour leurs résidents, ainsi que les participants eux-mêmes.

Depuis 1998, le programme Equilibre s'implante progressivement dans d'autres régions de France, grâce à une structuration respectant le concept « Ateliers Equilibre ». La Suisse romande et italienne développe également le programme et d'autres pays étrangers sont intéressés.

## LA FORMATION

La cohérence du projet, qui touche aussi bien des personnes vivant à domicile que des personnes vivant en institution et la diversité des publics stagiaires ont conduit le Comité de Pilotage à définir trois niveaux différents de formation :

- concepteur de projet,
- animateur d'atelier Equilibre,
- aidant de l'Equilibre au quotidien.

Ces niveaux correspondent aux besoins du terrain et aux demandes pour mettre en place des projets Equilibre. Ils reflètent la complémentarité des trois types d'acteurs et tiennent compte des évolutions des partenaires.

Ces formations Equilibre, assurées en Bourgogne, ont accueilli des stagiaires extérieurs à la région jusqu'en 1998.

Devant le nombre croissant de demandes émanant d'autres régions, ces formations se décentralisent grâce au Réseau de la Fédération Française d'Education Physique et de Gymnastique Volontaire (FFEPGV).

- Ainsi se forme un réseau qui permettra l'organisation partenariale dans chaque région et département, la CNAMTS et la CNAVTS pouvant, par le biais des caisses locales, financer les ateliers Equilibre comme en Bourgogne - Franche-Comté.

PARTENARIAT : CHU DIJON Centre gérontologique de Champmaillot  
CODES 71 pour le Réseau CFES  
CRAM Bourgogne et Franche-Comté  
DRASS de Bourgogne  
Direct<sup>e</sup> rég. et dép. de la Jeunesse et des Sports DIJON  
Mutualité de la Côte d'Or

CONTACT : Jutta BUCHON ou Mireille RAVOUX  
CRAM Bourgogne et Franche-Comté  
21044 DIJON CEDEX  
Tél : 03.80.70.50.93 ou 52.60  
Fax : 03.80.70.52.98

Janvier 1999



Rapport rédigé à la demande du  
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

Direction de l'Action Sociale  
Sous-direction de la Réadaptation, de la Vieillesse et de l'Aide Sociale  
Lettre du 24 novembre 1998

## La maltraitance des personnes âgées

### Expérience du réseau d'écoute et de prévention ALMA

#### *Sommaire*

#### Introduction

1. Le réseau ALMA et son fonctionnement
2. Synthèse des formes de maltraitance des personnes âgées observées en France et estimation de l'importance du phénomène
3. Evaluation des réponses apportées par le dispositif actuel
4. Besoins nationaux en termes de centres d'accueil téléphonique
5. Propositions pour un dispositif d'écoute étendu à l'ensemble du territoire.

#### Conclusion

#### Annexes

---

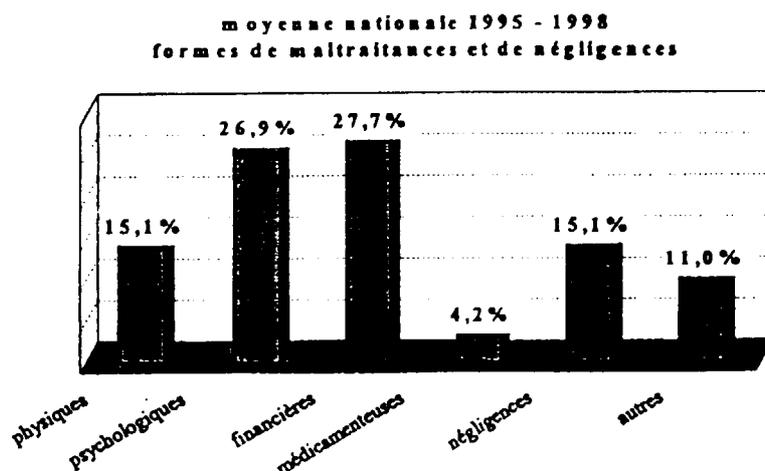
association ALMA      siège social : BP 251 38 007 - Grenoble cedex 1  
 téléphone : (33) 04 76 01 06 06      fax : (33) 04 76 51 15 21  
 numéro national INPI : 95582520      SIRET : 399 704 980 00016

## 2. Synthèse des formes de maltraitance des personnes âgées observées en France et estimation de l'importance du phénomène

La maltraitance envers les personnes âgées étant encore largement ignorée en France, des outils de la classification internationale, issus des pays anglophones (Etats-Unis, Grande Bretagne, Canada) ont été utilisés au début.

L'écoute, le traitement des dossiers ont permis à ALMA de mettre au point un dossier rempli par les bénévoles (cf. annexe). A la suite de ce dossier, une évaluation, établie par les bénévoles et les référents, permet de comptabiliser les données transmises lors des appels, de confirmer les situations de maltraitance ou d'en modifier les informations.

2.1. Les catégories de maltraitements et négligences observées sont les suivantes :



Ces maltraitements sont le plus souvent **associés et en cascade** : appui psychologique à une maltraitance financière, brutalités physiques si nécessaire.

Les plus fréquentes sont financières (27,7%) et psychologiques (26,9%).  
– financières : spoliation d'argent, de biens mobiliers et immobiliers, vie aux crochets de l'aïeul, procurations abusives, etc.

– psychologiques : menaces de rejet, privation de visite, harcèlement, humiliation, infantilisation.

Les maltraitements physiques (15,1%) regroupent les brutalités, coups, gifles, escarres faute de soins préventifs, abus sexuels.

Les maltraitements médicamenteux sont l'excès de médicaments, de neuroleptiques ou la privation de médicaments, de soins indispensables.

Les plus nombreuses sans doute, mais plus ignorées que les précédentes sont les négligences, parfois graves, par omission, volontaires ou non, d'aide à la vie quotidienne : le lever, le coucher, la toilette, les repas, la marche, etc.

## **2.2. Les victimes**

De 1995 à 1997 16% des personnes âgées ont elles-mêmes appelé ALMA ; en 1998 leur nombre est en progression, soit 22% . Ceci tient au fait qu'en 1998 les revues de plusieurs caisses de retraite ont publié le numéro d'ALMA et ont consacré des articles sur la maltraitance envers les personnes âgées. Parmi ces appelants âgés, 5% (moyenne nationale) présentent des symptômes de confusion, de délire de persécution, de paranoïa, de troubles psychiatriques graves. Ces personnes sont également écoutées, aidées et soutenues par les écoutants. Les référents cherchent des moyens de leur venir en aide.

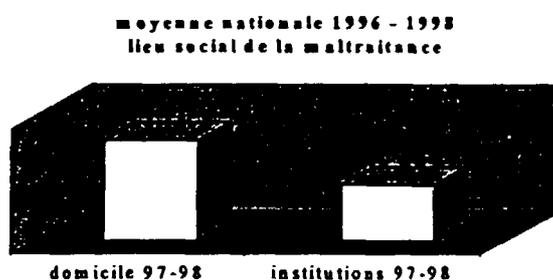
La majorité des personnes âgées victimes sont des femmes, 75% ; 25% des hommes. Ces taux sont stables depuis 1996.

La majorité des cas signalés concernent des femmes et des hommes âgés de 70 à 80 ans. Cependant, le taux de personnes âgées de plus de 80 ans est en augmentation. Il est évident que cette tranche d'âge, 80 ans et plus, est la plus fragile, car la plus dépendante de l'entourage tant familial que professionnel. Les personnes âgées les plus touchées par ces maltraitements ne peuvent pas appeler elles-mêmes ALMA. Elles font encore partie de cette génération qui n'a pas utilisé le téléphone au quotidien et, surtout, elles n'ont pas accès à l'information. Trop souvent, elles « subissent » l'entourage.

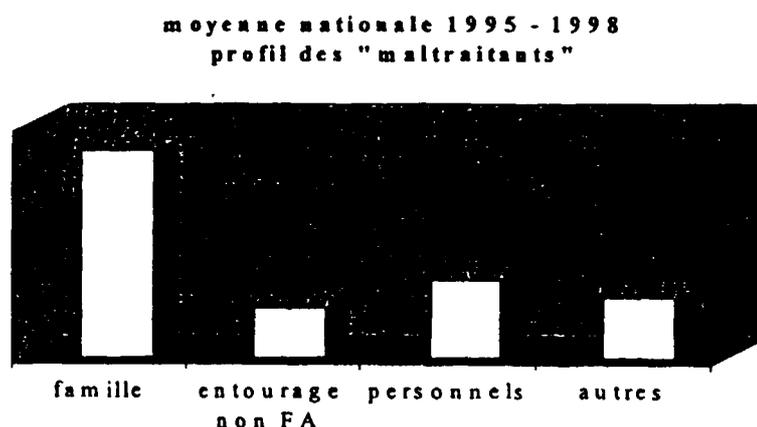
### 2.3. Les auteurs de maltraitances, les "maltraitants"

Les appels reçus à ALMA évoquent des situations parfois pénibles qui, sans vigilance ni discernement, peuvent faire l'objet de jugements hâtifs. ALMA entend la description d'un vécu à un moment donné de l'histoire d'une vie et ne sait rien encore de l'évolution des faits qui a induit une dégradation désormais intolérable.

Le lieu où s'exercent les maltraitances est encore le plus souvent le domicile ; cependant ALMA en relève depuis 1996 un plus grand nombre en institution :



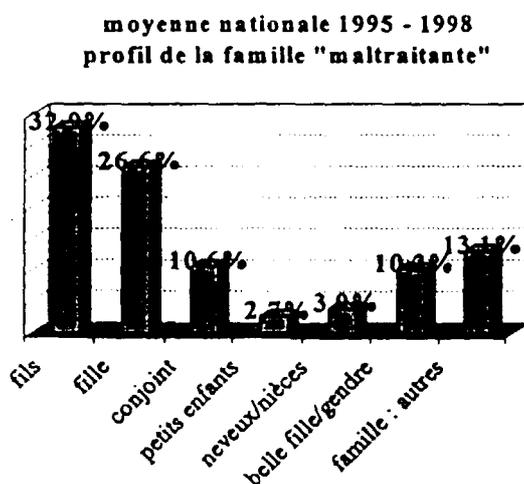
Les auteurs de maltraitances ou soi-disant tels, tant à domicile qu'en institution, sont les suivants :



L'entourage et les auteurs « autres » de maltraitements représentent 34,7% de l'ensemble connu, un chiffre non négligeable. L'entourage non familial comprend les voisins, les amis des personnes âgées. Les autres sont soit toute personne qui repère la fragilité, la dépendance physique, la dépendance affective des personnes âgées, soit des professionnels dans l'exercice de leurs fonctions auprès des personnes âgées : banquiers, assureurs, gérants de tutelle, etc.

□ Les personnels administratifs, sociaux, soignants (médecins, infirmiers, aides-soignants) qui appellent ALMA sont en augmentation depuis 1995 (15%). Ceci est dû à la publication plus fréquente d'articles sur ce thème dans les revues professionnelles. De plus en plus de professionnels appellent pour être guidés dans les démarches à suivre en cas de maltraitance. Dans le paragraphe 2.4., les facteurs de risque de maltraitance ou de négligences, repérés au cours des appels et des traitements de dossiers mettent en évidence les situations qui éclairent les causes de maltraitance et de négligences.

□ La majorité des maltraitements s'exercent en famille (64,1%). A l'intérieur de la famille, les auteurs de maltraitements les plus souvent mentionnés sont indiqués dans le tableau ci-dessous:



La famille est, comme cela a été souvent souligné, le lieu du meilleur et du pire ; ce monde est fermé et refuse souvent de chercher de l'aide à l'extérieur. Appeler ALMA est un dernier recours avant peut-être de se mettre dans «l'engrenage» des services sociaux ou judiciaires, que les familles tentent d'éviter.

Les conflits de fratrie sont majoritaires dans les dossiers que nous avons ouverts. Souvent, parler des difficultés relationnelles permet d'évacuer le « trop-plein », de comprendre les mesures à prendre et de faire des compromis pour le bien-être de la personne âgée concernée par la maltraitance.

Les problèmes financiers sont en tête des maltraitances, associées aux pressions psychologiques. Les personnes âgées elles-mêmes ne prennent pas toujours les mesures nécessaires (testament contrôlé par un notaire), ne prévoient pas les difficultés futures, « rêvent » souvent que les enfants ou les petits-enfants ne leur feront jamais de mal. Actuellement, les difficultés financières liées au chômage augmentent les risques d'abus. Une personne âgée qui perçoit le minimum vieillesse a parfois plus d'argent qu'un petit-fils en fin de droits. Garder une personne âgée démente, incontinente à domicile coûte sans doute moins cher que de la confier à une institution répondant à ses besoins, mais elle encourt un risque réel de maltraitance d'une famille « à bout de tolérance ».

#### **2.4. Facteurs de risque à domicile et en institution : un repérage utile pour les professionnels**

Les facteurs de risque communs à la famille et à l'institution ont pour dénominateur commun la soumission, imposée aux personnes âgées, à des événements ou des éléments de la vie, extérieurs à elles ou en elles, difficilement acceptés, mal gérés et aggravés par d'autres événements ou éléments qui se succèdent ou se superposent. Les facteurs de risque de maltraitances, de négligences, communs au domicile et à l'institution, sont liés à

- l'habitat inadapté
- l'isolement géographique
- l'isolement social (manque d'ouverture vers l'extérieur)
- aux liens affectifs étouffants ou au contraire non existants entre les personnes âgées et leurs familles, à l'épuisement des aidants, au dépassement du seuil de tolérance, de patience
- l'ignorance de la différence pour la personne âgée entre la dépendance et l'autonomie

- au ralentissement progressif qui appelle à une stimulation ; les dangers à surveiller sont la sur-stimulation ou la sous-stimulation, voire l'abandon
- la fragilité physique et/ou psychique qui permet tous les excès de comportement.

### **Les facteurs de risque propres au milieu familial sont**

#### **pour les personnes âgées**

- le refus de prendre en compte son propre vieillissement,
- la négligence de s'occuper de ses affaires financières,
- les maladies qui se prolongent, les handicaps qui s'accroissent, l'incontinence qui s'installe et n'est pas prise en charge médicalement, la dépendance physique et/ou psychique
- la culpabilité de se sentir une charge psychologique et/ou financière pour les enfants
- la charge émotionnelle reportée sur les enfants, l'agressivité, la dépression
- la cohabitation difficilement acceptée

#### **pour certains membres de la famille**

- l'alcoolisme, la drogue
- la cupidité, les problèmes financiers, le chômage, la cohabitation de générations multiples
- le refus de la maison de retraite en raison de son coût
- l'entrée forcée en maison de retraite
- les relations familiales négligées
- l'ignorance des soutiens familiaux possibles
- les prises de décision hâtives en période de crise
- l'ignorance des mesures de tutelles et leurs lacunes

### **Les facteurs de risque propres à l'institution**

- le manque de formation gérontologique des directeurs de maison de retraite
- l'absence de conseil d'établissement ou les dysfonctionnements
- les clauses abusives de certains règlements intérieurs

- le manque de communication entre les familles, les personnels soignants et les gestionnaires
- l'insuffisance numérique des personnels soignants
- le manque de formation, de qualification des personnels
- l'épuisement des personnels, le « burn out » syndrome qui contribue à des abus de neuroleptiques ou des négligences de soins
- l'irrespect envers les personnes âgées et leurs familles
- l'ignorance volontaire ou non de la part des personnels des droits des personnes âgées, résidant en maison de retraite.

## CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE

---

Le Directeur de la CNAV

à

Mesdames et Messieurs les Directeurs des CRAM  
chargées de l'assurance vieillesse, de la caisse  
régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg et  
des caisses générales de sécurité sociale

---

**CIRCULAIRE CNAV**

**N° 35/99**

**LE 4 juin 1999**

**OBJET :**

ACTION SOCIALE - AIDE MENAGERE A DOMICILE  
Démarche qualité de la branche retraite

**RESUME**

AIDE MENAGERE A DOMICILE/DEMARCHE QUALITE/

La présente circulaire décrit le contenu de la démarche qualité initiée par la branche retraite et spécifique à l'aide ménagère à domicile aux personnes âgées, arrêtée par le conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse du 4 février 1999. Sa mise en oeuvre doit permettre d'améliorer la qualité du service rendu aux bénéficiaires de la prestation par les prestataires de services conventionnés en la matière avec les organismes régionaux de la branche retraite.

Dans cet objectif, une mise en place progressive sur 2 ou 3 années des critères qualité définis est prévue ainsi que des mesures d'accompagnement spécifiques. En cas de non application du dispositif par les prestataires de services, des mesures appropriées devront être mises en oeuvre par les caisses.



110 AVENUE DE FLANDRE  
75851 PARIS CEDEX 19  
TEL 01 55 45 50 00  
FAX 01 55 45 51 99

La loi n° 96-63 du 29 janvier 1996 en faveur du développement des emplois de services aux particuliers instaurant l'agrément qualité ainsi que le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de janvier 1997 sur « l'aide à domicile aux personnes âgées » ont conduit le conseil d'administration de la CNAV, lors de sa réunion du 3 juillet 1997, à souhaiter que la branche retraite élabore et mette en oeuvre une démarche qualité dans le domaine de l'aide ménagère en faveur des personnes âgées.

Cette démarche vise à s'assurer, mieux qu'à l'heure actuelle, que les prestataires de services fournissent aux personnes âgées un soutien à domicile de qualité aux plans matériel, moral et social. Elle est matérialisée par un document contractuel valant engagement de la part des prestataires pour atteindre cet objectif. Ce document est diffusé par la présente circulaire.

Cette orientation prise par la CNAV dès 1997 s'inscrit pleinement dans les dispositions nouvelles de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999. Cette loi a en effet créé un article L. 177-1 dans le Code de la sécurité sociale qui stipule que : « *Les caisses de sécurité sociale procèdent, au moins une fois par an, au contrôle, dans des conditions déterminées par décret, des associations et organismes chargés de l'exécution des prestations à caractère familial ou domestique dont elles assurent, en tout ou partie, le financement, afin de s'assurer de la régularité des opérations financières et comptables et d'apprécier la qualité des prestations servies* ».

A cet égard, la démarche qualité précise les conditions qui permettront aux prestataires de services de répondre à deux priorités essentielles.

La première priorité concerne l'évaluation des besoins des personnes âgées et l'organisation de l'aide qui leur est apportée. Elle s'inscrit dans les nouvelles méthodologies issues de l'expérimentation de la prestation dépendance (PED) : visite à domicile, utilisation de la grille AGGIR, détermination des besoins, nature et importance de l'aide à apporter, suivi de la prise en charge, etc.

La seconde priorité concerne les exigences de rigueur de la gestion. En effet, la nécessité de contribuer de façon efficace à la gestion des importants crédits mobilisés par la branche retraite confère une responsabilité particulière à la fois aux prestataires de services et aux caisses régionales et générales, dans la manière dont sont réalisées leurs interventions auprès des personnes âgées.

La démarche qualité ayant pour but de formaliser l'activité mise en oeuvre par le prestataire de services telle que définie par la convention nationale d'aide ménagère à domicile, sa mise en oeuvre ne devrait pas engendrer de coûts supplémentaires et ce, d'autant plus qu'elle s'effectuera avec un étalement dans le temps.

Il est à noter, enfin, qu'une approche pragmatique a été retenue, la démarche qualité de la branche retraite ayant vocation à être progressivement enrichie, dans une optique à moyen terme.

## I. CONTENU DE LA DEMARCHE QUALITE

La démarche qualité de la branche retraite qui, dans une première étape, ne concerne que l'aide ménagère à domicile aux personnes âgées a été élaborée par la CNAV avec le concours des caisses régionales et en association avec les Fédérations nationales d'aide à domicile dont la quasi totalité des remarques a été prise en compte par le conseil d'administration de la CNAV du 4 février 1999. Elle comprend 5 documents indissociables :

- les principes,
- la démarche qualité de la branche retraite spécifique à l'aide à domicile aux personnes âgées,
- la mise en oeuvre de la démarche qualité de la branche retraite,
- la progressivité de la mise en place des critères relatifs à la démarche qualité de la branche retraite,
- l'imprimé d'évaluation des besoins d'aide à domicile.

S'agissant de cet imprimé d'évaluation des besoins, vos caisses régionales et générales doivent impérativement l'utiliser comme support de référence. En effet, les items qui le composent ont été incorporés dans le programme informatique ANNAS dont le module complémentaire vous sera livré prochainement. Par ailleurs, cet imprimé intègre la grille AGGIR enrichie de données environnementales. Il a fait l'objet, au cours de l'élaboration de la démarche qualité, d'un large consensus.

La démarche qualité proprement dite définit la recherche de qualité au niveau du prestataire de services dans 4 grands domaines :

- la gestion administrative de la structure,
- l'organisation du recrutement et du suivi du personnel,
- l'organisation du travail et du suivi de la prestation,
- l'intégration de la structure au niveau local.

Pour chacun de ces domaines, la démarche qualité prévoit trois niveaux :

- le niveau indispensable, qui conditionne le conventionnement ou le maintien du conventionnement,
- le niveau normal,
- le niveau correspondant à la recherche de progrès et d'amélioration.

## **II. MISE EN OEUVRE DE LA DEMARCHE QUALITE PAR LES ORGANISMES REGIONAUX**

### **2.1. Processus de sensibilisation à la démarche qualité**

Les organismes régionaux doivent s'attacher à engager très rapidement la mise en place de la démarche qualité. Pour cela, il convient de présenter le contenu de ladite démarche aux représentants locaux des prestataires de services conventionnés en aide ménagère à domicile dans le cadre du dispositif traditionnel et d'engager un dialogue approfondi avec ces derniers sur la finalité de la démarche, son contenu et ses modalités de mise en oeuvre.

En pratique, et au vu de certaines spécificités locales, certaines marges d'adaptation et de souplesse peuvent être introduites. Toutefois, ces dernières ne doivent pas conduire à altérer la philosophie ou à s'éloigner par trop du contenu même de la démarche qualité adoptée par la CNAV.

Dans le cadre de cette démarche, il convient de sensibiliser les prestataires de services à ce qu'ils mettent eux-mêmes en place une procédure interne de suivi de la qualité, notamment à l'aide d'un questionnaire de satisfaction à destination des bénéficiaires de la prestation d'aide ménagère. Il vous appartient de veiller à ce que cette appropriation par lesdits prestataires de cette dimension de la qualité du service rendu soit effective.

Enfin, il serait souhaitable que cette initiative de la branche retraite donne lieu à une large information de votre part en particulier auprès des conseils généraux et des représentants locaux des régimes de base et complémentaires de retraite.

### **2.2. Mise en place de la démarche qualité et contrôle de son effectivité**

En préalable à sa mise en place, il vous appartient de présenter les objectifs majeurs de la démarche qualité à la totalité des prestataires de services conventionnés soit au niveau de la circonscription de votre caisse, soit au niveau de la région administrative, soit au niveau du département.

Dans une deuxième étape, il conviendra de définir en association étroite avec chaque prestataire de services conventionné, les conditions de réussite de la démarche qualité leur permettant de répondre à la totalité des critères de qualité élaborés par la CNAV dans le délai prévu de 2 années. Cette phase préparatoire à la mise en place de la démarche qualité doit être suffisamment approfondie afin de limiter les échecs. A cette fin, cette phase pourra prévoir si nécessaire des mesures d'accompagnement du prestataire de services (informations, formations, conseils...) de manière à lui permettre de remplir la totalité des critères à l'issue du délai de 2 ou 3 années.

Une fois ce processus mené à bien, la démarche qualité devra se traduire par l'établissement d'un avenant à la convention signée entre vos organismes régionaux et chaque prestataire de services, en vue d'enrichir le lien contractuel existant actuellement en lui adjoignant un nouveau volet plus qualitatif.

A l'expiration du délai des 2 années éventuellement prolongé d'une année, les organismes régionaux pourraient être conduits à constater dans quelques situations - que la CNAV espère exceptionnelles - que certains prestataires de services ne remplissent pas totalement les critères qualité fixés par la CNAV ou n'ont pas respecté les engagements pris au titre de la période transitoire.

Dans cette hypothèse, il vous appartiendra de mettre en oeuvre, des mesures adaptées à chaque situation pour ceux des prestataires de services qui refuseraient de s'inscrire dans la démarche qualité de la branche retraite ou ne se conformeraient pas aux dispositions et aux critères retenus ou ne respecteraient pas les engagements contractuels pris. A ce titre, une démarche graduée devra être mise en oeuvre, à savoir :

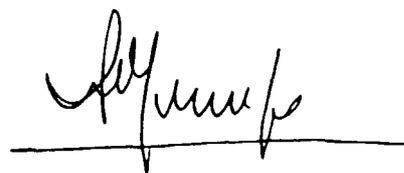
- . information du prestataire de services, concertation et éventuellement soutien pour l'atteinte des objectifs,
- . avertissement avec mise en demeure,
- . déconventionnement après concertation et mise en jeu des dispositions conventionnelles.

### **2.3. Accompagnement de la mise en place de la démarche qualité**

Lors de sa réunion du 4 février 1999, le conseil d'administration de la CNAV a décidé de mobiliser une enveloppe de crédits limitatifs pour accompagner la mise en place de la démarche qualité et engager, si nécessaire, un processus de formation des prestataires de services. L'utilisation de cette enveloppe sera confiée aux caisses régionales et générales et sous leur strict contrôle.

Les modalités précises de mise en oeuvre de cette décision vous seront prochainement communiquées après leur adoption par le conseil d'administration de la CNAV.

Je vous serais obligé de me tenir informé du processus de mise en oeuvre de la démarche qualité dans votre circonscription de compétence et des éventuelles difficultés rencontrées. A cette fin, il me serait utile de pouvoir disposer de votre part d'un premier bilan pour le 20 octobre prochain.



**Patrick HERMANGE**

**La démarche qualité de la branche retraite  
spécifique à l'aide à domicile aux personnes âgées**

- ↳ Les principes
- ↳ La démarche qualité de la branche retraite spécifique à l'aide à domicile aux personnes âgées
- ↳ La mise en oeuvre de la démarche qualité de la branche retraite
- ↳ La progressivité de la mise en place des critères relatifs à la démarche qualité de la branche retraite
- ↳ L'imprimé d'évaluation des besoins d'aide à domicile



# La démarche qualité de la branche retraite spécifique à l'aide à domicile aux personnes âgées

## - Les principes -

Les exigences, le progrès de notre société imposent des réponses qui intègrent la notion de qualité.

La démarche qualité doit servir de cadre et de guide pour la mise en place de démarches qualité, voire d'engagements et d'actions qui contribuent toutes à leur niveau à l'amélioration du service rendu à l'utilisateur.

Parmi les grands axes recensés par le Commissariat à la réforme de l'Etat, on peut extraire ceux qui semblent les plus en phase avec le projet de démarche qualité de la branche retraite en matière d'action sociale :

- ⊖ la classification des missions,
- ⊖ l'amélioration et la reconfiguration de l'offre de services,
- ⊖ l'écoute des usagers et du personnel,
- ⊖ la mesure et l'évaluation,
- ⊖ l'articulation du local et du national dans la dynamique et la mise en place de la démarche qualité,
- ⊖ les échéances pour formuler des engagements sur des services précis.

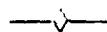
La démarche doit être en soi un projet fédérateur et un guide pour l'action.

Elle doit inclure également la notion d'engagements qui, selon la définition qui peut en être retenue, constitue :

### **« une action de se lier par une promesse ou une convention »**

C'est bien là le but à atteindre par la branche retraite pour son action sociale pour un accompagnement dans la démarche, une présence efficace et un suivi attentif des réalisations au travers des contrats ou conventions d'objectifs qu'elle établira et dont les engagements mutuels devront être réalisables et vérifiables.

Les principes énoncés ci-dessus peuvent s'appliquer à toutes les formes d'aides de la politique d'action sociale dans le domaine du soutien à domicile. Pour des raisons pratiques, la démarche qualité jointe commencera à s'appliquer en aide ménagère à domicile. Par la suite, elle pourra concerner les autres aides de la branche retraite : garde à domicile, amélioration de l'habitat...



# La démarche qualité de la branche retraite spécifique à l'aide à domicile aux personnes âgées

## - Préambule -

L'Action sociale individuelle menée par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse contribue à assurer auprès des personnes âgées un soutien à domicile de qualité aux plans matériel, moral et social.

Il convient en effet que l'ensemble des prestataires de services intervenant dans le domaine de l'aide aux personnes âgées :

- ☛ apportent au domicile une aide de qualité aux formes diverses afin de permettre leur maintien dans leurs liens familiaux et sociaux selon des conditions de confort et de sécurité adaptées,
- ☛ soutiennent les personnes dépendantes en apportant des réponses spécifiques à leurs besoins propres tout en leur conservant une part d'autonomie permettant notamment d'éviter les phénomènes d'exclusion.

La loi n° 96/63 du 29 janvier 1996 et la procédure d'agrément prévue par le décret n° 96/562 du 24 juin 1996 ouvre le secteur à toutes les formes de structures y compris les entreprises. C'est pourquoi chaque critère qualité compris dans cette démarche doit pouvoir être interprété selon les spécificités tant juridiques que structurelles des prestataires de services.

Par ailleurs, elle doit constituer un document indispensable et complémentaire aux textes précités.

Au-delà du respect des critères qualités de cette démarche, toute structure intervenant auprès des personnes âgées doit également avoir le souci du respect de « la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante », établie en 1987 par la Fondation Nationale de Gérontologie et le Ministère des affaires sociales, afin d'être vigilante aux droits élémentaires reconnus à toute personne et d'apporter le service justement adapté à sa situation.

Les grands domaines de cette démarche qualité qui, dans son application est un ensemble, peuvent toutefois être examinés indépendamment les uns des autres. Ils peuvent dans leur application revêtir chacun une importance adaptée aux besoins et aux nécessités de la structure en cause, parallèlement aux spécificités locales. Ces domaines sont les suivants : gestion administrative de la structure, organisation du recrutement et du suivi du personnel, organisation du travail et du suivi de la prestation, intégration de la structure au niveau local.

En raison des priorités, cette démarche qualité s'appliquera dans un premier temps à l'aide ménagère à domicile à partir des bases conventionnelles actuelles. Elle sera étendue par la suite, éventuellement, aux autres formes d'aide.

Si la qualité de l'aide peut être synonyme de meilleure efficacité, elle reste néanmoins très liée à la qualité du relationnel qui s'établit entre les acteurs. "Le consommateur" peut avoir un rôle déterminant dans la gestion et l'appréciation de cette relation.

Il est toutefois à souligner que le service rendu dépend de la capacité des prestataires de services à s'adapter à la demande et aux besoins des bénéficiaires en mettant en œuvre un professionnalisme basé en particulier sur la relation, la formation, l'encadrement des professionnels et le contenu du projet social qui les anime.

## **La gestion administrative de la structure** ---

### **○ Situation administrative**

- Déclaration du demandeur à la Préfecture (et parution au Journal Officiel),
- Communication des statuts, du règlement intérieur de travail de la structure,
- Production de l'agrément qualité délivré par le Préfet (conformément à la loi du 29 janvier 1996),
- Indication de la convention collective appliquée parmi celles actuellement en vigueur.

### **○ Moyens structurels à disposition**

#### **Matériel**

- La structure doit disposer d'un local indépendant, aménagé d'un équipement de gestion de base (téléphone) et offrant des conditions d'accueil satisfaisantes.
- Le cas échéant, et en fonction du volume d'activité de la structure, un outil informatique adapté à la gestion des dossiers peut être prévu.

#### **Personnel**

- Un employé permanent doit pouvoir être contacté par téléphone ou rencontré selon un planning établi,
- Un poste d'encadrement de proximité, par exemple responsable de secteur, est nécessaire à partir de 40 000 heures annuelles d'intervention (ce qui peut représenter une supervision de 30 à 40 aides ménagères pour des prises en charge de 250 personnes âgées ciblées). S'agissant des structures pour lesquelles l'activité est inférieure à 40 000 heures, une certaine latitude est laissée aux responsables des prestataires de services.  
Néanmoins, un encadrement global peut être mis en place dès lors que l'activité atteint 25.000 heures annuelles.

## **Gestion comptable**

- Les comptes de la structure (comptes de résultat et bilan) doivent être présentés à l'assemblée générale des adhérents chaque année au cours du premier semestre,
- En cas d'activités multiples, un compte de résultat spécifique à chacune d'elles doit pouvoir être établi,
- Le respect des obligations légales en matière de conservation des bulletins de paie et la tenue d'un livre de caisse en cas de remise d'espèces, sont exigés,
- Les cotisations dues à l'URSSAF doivent être régulièrement acquittées,
- Un commissaire aux comptes doit être nommé si deux de ces seuils sont dépassés :
  - les effectifs sont supérieurs à 50 salariés,
  - les ressources sont supérieures à 20 millions de francs,
  - le bilan est supérieur à 10 millions de francs, ou si les subventions publiques annuelles sont supérieures à 1 million de francs (décret du 27 mars 1993).

## **L'organisation du recrutement et du suivi du personnel** ---

### **○ Le recrutement**

- Le recrutement doit être effectué par une personne qualifiée et reconnue, au moyen d'un entretien suivi le cas échéant d'une vérification des références et des compétences dans le domaine d'activité dans le respect des obligations légales ou de celles définies par les dispositions de la convention collective appliquée,
- La sélection doit porter sur la possession de diplômes propres à l'activité (CAFAD, BEP sanitaire et social avec option aide à domicile...) et/ou l'expérience professionnelle,
- Il est souhaitable que la décision d'embauche intervienne selon des critères définis ou, le cas échéant, après avis d'une instance collégiale,
- Une période d'essai peut être négociée, dans le respect des obligations légales définies par les dispositions conventionnelles,
- La structure peut assurer une mission de tutorat professionnel pour les personnels récemment embauchés, effectuée par un(e) professionnel(le) qualifié(e) ou à défaut par le personnel d'encadrement,
- Le personnel qui intervient auprès de la personne âgée doit obligatoirement être titulaire d'un contrat de travail écrit avec le prestataire de services.

### **○ Le suivi du personnel**

- Un plan de formation doit être établi et les fonds prévus à cet effet par le législateur doivent être utilisés,
- Afin de renforcer la qualité des prises en charge, des réunions de synthèse devront être organisées régulièrement avec les responsables et l'ensemble des aides ménagères,

- Des plannings d'intervention doivent être établis et mis en cohérence avec ceux des personnels de terrain,
- Un organigramme du service doit être établi, diffusé au personnel et mis à disposition des bénéficiaires,
- Un projet de service pourra être mis en place selon une démarche participative (dynamique de développement, travail par objectif...).

## ***L'organisation du travail et du suivi de la prestation*** ---

### **○ Une analyse adaptée du besoin**

- Effectuée dans l'objectif de mettre en valeur les capacités de la personne à aider, l'évaluation est réalisée sur le lieu de vie de l'intéressé,
- L'évaluation prend en compte les incapacités fonctionnelles de la personne à partir des variables discriminantes de la grille AGGIR en y associant les données environnementales nécessaires,
- Elle permet de déterminer la nature de l'aide à apporter.

### **○ Le suivi de la prestation**

- Selon une périodicité définie entre la caisse et le prestataire de services et au minimum une fois par an, la situation de la personne âgée fera l'objet d'un nouvel examen afin de mesurer l'adéquation entre le besoin constaté et la réponse donnée et le cas échéant d'adapter les moyens mis en oeuvre,
- Une procédure de suivi de la qualité doit être mise en place par le prestataire de services (celle-ci peut être notamment matérialisée par un questionnaire de satisfaction, la réponse aux réclamations, un sondage par visites ponctuelles de l'encadrement lors des interventions). Les résultats des différentes actions entreprises dans le cadre de cette procédure devront être transmis à la caisse régionale dès qu'ils seront connus par le prestataire de services. Par ailleurs, ils donneront lieu à présentation et aux commentaires appropriés qu'ils appellent dans le rapport annuel d'activité établi par le prestataire de services et adressé à la caisse avec laquelle ce dernier a passé convention.

### **○ La continuité du service**

La structure doit garantir une continuité du service :

- par une intervention les week-ends, dimanche et jours fériés,
- par un remplacement systématique en cas d'absence de l'intervenant habituel y compris pendant les congés annuels.

## ○ La mise en place de l'intervention

- Préalablement à toute intervention, une documentation concernant les prestations offertes et leurs conditions de mise en oeuvre sera remise, si elle le souhaite, à la personne âgée ou à sa famille.

Cette documentation comprendra les éléments de la convention collective appliquée, une tarification à jour, ainsi que toutes informations utiles à la personne âgée dans le cadre de la prestation effectuée.

- Un devis et/ou un contrat devra être établi par le prestataire de services pour chaque nature d'intervention à destination du bénéficiaire. Ce document devra préciser le nom et les coordonnées d'un référent de la structure qui pourra être contacté, en cas de problème, par la personne âgée ou sa famille.
- Sur la base du service effectué, une facture détaillée, établie mensuellement par la structure conventionnée, sera adressée à la personne âgée.

## ***L'intégration de la structure au niveau local*** ---

### ○ La coordination

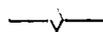
- La structure doit rechercher à s'intégrer au sein d'une coordination ou d'un réseau gérontologique,
- Une concertation avec les acteurs du maintien à domicile, les soins infirmiers à domicile et particulièrement le secteur libéral et les travailleurs sociaux doit être privilégiée (une liste de l'ensemble des intervenants à domicile potentiels dans les autres domaines gérontologiques doit être disponible à la permanence).

### ○ Le regroupement

- L'appartenance à une fédération d'associations est souhaitable afin de permettre soit un regroupement, soit une mise en commun des moyens propres à assurer une gestion rationnelle qui permettra au prestataire de services de répondre à ses obligations envers la caisse.

### ○ La communication

- Il appartient à la structure habilitée et conventionnée de mettre en oeuvre des actions d'information auprès de la population concernée. Ces actions doivent notamment porter sur la nature des prestations offertes et le rôle joué par la structure.



# La mise en oeuvre de la démarche qualité de la branche retraite

## I. Selon un ordonnancement des critères qualité ---

Afin de pouvoir être intégrée par l'ensemble des prestataires de services, il convient de prévoir une application progressive des critères de mise en place de cette démarche qualité.

Il semble dès lors judicieux de prévoir cette progressivité sur 3 années.

### 1ère année

En accord avec la loi du 29 janvier 1996, les critères visés cette 1ère année correspondent au socle de base indispensable tant pour la délivrance d'un agrément qualité (décret n° 96-562 du 24 juin 1996) que pour un conventionnement avec la branche retraite.

Ne pas atteindre ce résultat remettrait en cause la pérennité et la fiabilité de la structure.

### 2ème année

Les réponses apportées cette 2ème année doivent tenir compte entre autres de l'importance de l'activité du prestataire de services.

Néanmoins, l'absence de réponse à l'un des critères induit impérativement une demande complémentaire quant aux explications fournies.

### 3ème année

C'est à la fin de cette 3ème année que la faculté d'adaptation des structures et que leur souci de recherche de l'amélioration de la qualité seront mis en évidence.

Les critères visés dans ce cadre ne doivent en aucun cas être déterminants pour étayer les mesures qui seraient prises à l'encontre des prestataires de services.

## **II - Avec des objectifs mesurés et négociés**

---

En raison de leur importance et de leur organisation propres, les structures d'aide aux personnes ne pourront s'aligner que progressivement sur les critères qualité de la démarche.

Même si, à terme, la branche retraite ne devait traiter conventionnellement qu'avec les structures répondant à la démarche qualité, il apparaît que cette progression doit s'étaler sur une période de 3 années.

Si aujourd'hui peu de structures peuvent répondre exhaustivement à l'ensemble des critères qualité, il conviendrait que la plupart d'entre-elles puissent répondre à l'ensemble de ces critères dès la fin de la deuxième année. Toutefois, les associations qui n'auront pas atteint cet objectif pourraient bénéficier d'une année supplémentaire.

En deuxième étape et en fonction des spécificités régionales et locales, certains critères doivent être déterminants pour répondre aux règles que se fixeront les organismes régionaux.

## **III - Le choix des critères**

---

Après avoir satisfait aux normes administratives, toute structure doit être à même de répondre aux items qualité liés :

- au recrutement et à l'encadrement,
- à l'organisation et en particulier aux modes d'évaluation du besoin et du suivi des prestations,
- à la formation du personnel et à la gestion d'ensemble du service.

## **IV - Le mode opérationnel**

---

La mise en oeuvre de cette démarche implique :

- que les objectifs soient présentés en concertation avec les représentants des prestataires de services,
- que la situation individuelle de chaque prestataire soit évaluée, que les orientations à prendre soient négociées.

Toutefois, en raison de leur nombre, il est difficile de pouvoir examiner immédiatement la situation individuelle de chacun des prestataires de services conventionnés.

C'est pourquoi les organismes régionaux peuvent conclure dans un premier temps des contrats d'objectifs sous forme d'avenant à la convention comportant une clause de révision permettant de formaliser avec précision dans un deuxième temps, les engagements annuels du prestataire de services.

Des adaptations pourront être opérées lors des visites réalisées dans le cadre de missions conseil ou de contrôle.

## **V - La position de la branche retraite dans le cadre de l'application de la démarche qualité**

---

Un dispositif de surveillance des éléments de la démarche qualité devra être obligatoirement mis en place par la branche retraite au travers de moyens adaptés (contrôles, missions conseils, etc...).

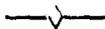
Afin de faciliter la prise en compte de cette démarche par les prestataires de services, la CNAV pourrait abandonner le renouvellement administratif systématique des dossiers d'aide ménagère à domicile.

En contrepartie, l'évaluation sociale annuelle reflétant l'évolution des besoins des personnes aidées serait obligatoire.

Le renouvellement administratif des dossiers ne s'effectuerait seulement qu'en cas de nécessité : modification de la situation ou des ressources, la CNAV se réservant la possibilité d'effectuer des contrôles par sondages.

En cas d'inobservation des règles ou de non respect des éléments de la démarche, une graduation de mesures est envisagée :

- information du prestataire de services, concertation et éventuellement soutien pour l'atteinte des objectifs,
- avertissement avec mise en demeure,
- déconventionnement après concertation et respect des dispositions contractuelles.



## La progressivité de la mise en place des critères relatifs à la démarche qualité de la branche retraite (1)

1 - La gestion administrative de la structure	1ère année	2ème année	3ème année
<p><b>Renseignements administratifs</b></p> <p>Déclaration Préfecture (J.O.) ou autorités spécifiques - statuts -----            Présence de l'Agrément Qualité (loi du 29 janvier 1996) -----            Règlement intérieur de la structure -----</p>	<p>X X</p>	<p>X &gt; 20 salariés</p>	
<p><b>Renseignements structurels</b></p> <p>a - <u>matériel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- local indépendant avec équipement de gestion (téléphone) -----              les conditions d'accueil doivent être adaptées, connues et reconnues              par les utilisateurs</li> <li>- gestion informatisée -----</li> </ul>	<p>X</p>	<p>X si volume d'activité mportant</p>	<p>X si volume d'activité moyen</p>
<p>b - <u>personnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- au moins un permanent à pouvoir contacter -----</li> <li>- un poste d'encadrement de proximité par tranche d'activité de 40.000 heures -----</li> <li>- un poste d'encadrement global à partir de 25.000 heures d'activité --</li> </ul>	<p>X</p>	<p>X X</p>	

(1) ce tableau est un abrégé du texte intégral de la démarche qualité

## La progressivité de la mise en place des critères relatifs à la démarche qualité de la branche retraite

1 - La gestion administrative de la structure	1ère année	2ème année	3ème année
<p>C - <u>gestion comptable</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- présentation annuelle des comptes à l'Assemblée Générale -----</li> <li>- bilan annuel selon plan comptable (arrêté du 27 avril 1982 modifié le 6 août 1986) -----</li> <li>- existence d'un compte de résultat -----</li> <li>- nomination d'un Commissaire aux Comptes si dépassement de 2 des 3 seuils suivants :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• plus de 50 salariés</li> <li>• ressources &gt; 20 millions de francs</li> <li>• bilan &gt; 10 millions de francs</li> </ul> </li> </ul> <p>ou si subvention annuelle &gt; 1 million de francs</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p style="text-align: center;">} X</p>		
- versement à jour des cotisations URSSAF -----	X		
- conservation du double des bulletins de salaire pendant 5 ans -----	X		
- tenue d'un livre de caisse si versement d'espèces (*) -----	X		
- pour les CCAS : compte de résultat spécifique à l'activité -----		X	X

(\*) attention en cas de gestion des tutelles

La démarche qualifiée de la branche retraite

**La progressivité de la mise en place des critères relatifs à la démarche qualité de la branche retraite**

2 - L'organisation du recrutement et du suivi du personnel	1ère année	2ème année	3ème année
<p>a - <u>Le déroulement du recrutement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- collégialité dans la prise de décision-----</li> <li>- entretien-----</li> <li>- vérification des références et des compétences-----</li> <li>- sélection sur expérience professionnelle et/ou diplômes-----</li> </ul>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>
<p>b - <u>Le suivi du personnel intervenant</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- convention d'intervention chez le particulier avec</li> <li>• pour les associations : contrat de travail écrit-----</li> <li>• pour les prestataires employeurs, existence d'un plan de formation et utilisation de l'intégralité des fonds de formation-----</li> </ul>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>

**La progressivité de la mise en place des critères  
relatifs à la démarche qualité de la branche retraite**

2 - L'organisation du recrutement et du suivi du personnel	1ère année	2ème année	3ème année
• réunion de synthèse et de suivi -----		X	
• existence d'un tutorat professionnel -----		X	X
• élaboration d'un organigramme du service et diffusion -----	X		
• établissement de plannings d'intervention -----	X		
• existence d'un projet de service -----			X

**La progressivité de la mise en place des critères relatifs à la démarche qualité de la branche retraite**

3 - L'organisation du travail et du suivi de la prestation	1ère année	2ème année	3ème année
- évaluation complète de la demande sur le lieu de vie de la personne réalisée au moyen de l'imprimé joint comprenant la grille AGGIR enrichie des données environnementales -----	X	X	
- établissement d'une documentation destinée aux bénéficiaires-----		X	
- information des bénéficiaires sur la convention collective appliquée -	X		
- envoi d'une tarification des services à jour-----	X		
- établissement de factures détaillées -----	X		
- existence d'une procédure de suivi des interventions -----		X	
- remplacement de l'intervenant en cas d'absence -----	X	X	
- interventions les week-end, dimanches et jours fériés-----		X	X
- examen périodique de la situation du bénéficiaire-----	X		
- existence et envoi périodique d'un questionnaire de satisfaction -----		X	
- procédure de réponse aux réclamations-----		X	

**La progressivité de la mise en place des critères relatifs à la démarche qualité de la branche retraite**

4 - L'intégration de la structure au niveau local	1ère année	2ème année	3ème année
- appartenance à un réseau ou une coordination gérontologique-----		X si existence de la structure	
- appartenance à une fédération d'associations-----			X
- implication des acteurs du soutien à domicile dans la vie locale et réciproquement -----			X

# EVALUATION DES BESOINS D'AIDE A DOMICILE

## Identification du bénéficiaire

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Age : ..... N° de sécurité sociale (NIR) : .....

N° de Retraite Régime Général : .....

## Demande d'aide à domicile

Personne ou organisme à l'origine de la demande →	Bénéficiaire	<input type="checkbox"/>	Conseil Général	<input type="checkbox"/>
	Famille	<input type="checkbox"/>	Equipe médico-sociale	<input type="checkbox"/>
	Service Social	<input type="checkbox"/>	Coordination gérontologique	<input type="checkbox"/>
	Médecin traitant	<input type="checkbox"/>	Autre	<input type="checkbox"/>

## Modification du besoin

Aggravation  OUI  NON  
Modification environnement ou entourage  OUI  NON

Autre (à préciser) : .....

<b>DEMANDE D'ACCORD EN URGENCE</b>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<b>MOTIF DE L'URGENCE :</b>		
Sortie d'hospitalisation	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Modification environnement ou entourage	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Problème subit de santé	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

## Evaluation du besoin

Date de l'évaluation : ..... Visite à domicile :  OUI  NON

### Evaluation réalisée par :

Service d'aide à domicile	<input type="checkbox"/>	N° de service : .....
Service social	<input type="checkbox"/>	
Prise en compte de l'évaluation de l'équipe médico-sociale	<input type="checkbox"/>	
Coordination gérontologique	<input type="checkbox"/>	

Nom, fonction et numéro de téléphone de la personne chargée de l'évaluation : .....

## AUTONOMIE

A - Fait seule totalement, habituellement, correctement.

B = fait partiellement

C = Ne fait pas

### VARIABLES DISCRIMINANTES

<b>COHERENCE :</b> Converser et/ou se comporter de façon sensée.	
<b>ORIENTATION :</b> Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux.	
<b>TOILETTE DU HAUT DU CORPS</b> Concerne le visage (incluant le rasage et le coiffage), le tronc, les membres supérieurs et les mains.	
<b>TOILETTE DU BAS DU CORPS</b> Concerne les régions intimes, les membres inférieurs, les pieds.	
<b>HABILLAGE HAUT</b> Le fait de passer des vêtements par la tête et/ou les bras.	
<b>HABILLAGE MOYEN</b> Le fait de boutonner un vêtement, de mettre une fermeture éclair ou des pressions, une ceinture ou des bretelles.	
<b>HABILLAGE BAS</b> Le fait de passer des vêtements par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas et les chaussures.	
<b>ALIMENTATION : SE SERVIR</b> Couper la viande, ouvrir un pot de yaourt, peler un fruit, remplir un verre.	
<b>ALIMENTATION : MANGER</b> Porter les aliments et les boissons à la bouche et les avaler.	
<b>ELIMINATION URINAIRE</b> Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire.	
<b>ELIMINATION FECALE</b> Assurer l'hygiène de l'élimination fécale.	
<b>TRANSFERTS</b> Se lever, se coucher, s'asseoir.	
<b>DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR</b> Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant.	
<b>DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR</b> A partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport.	
<b>COMMUNICATION A DISTANCE</b> Utiliser les moyens de communication : téléphone, alarme, sonnette, .... dans le but d'alerter.	

### GIR :

### VARIABLES ILLUSTRATIVES

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

## ENVIRONNEMENT

RESEAUX PERSONNELS ET ENVIRONNEMENT SOCIAL	HABITAT
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vit seul <input type="checkbox"/></li> <li>• Vit avec une personne <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ est-elle dépendante ? <input type="checkbox"/></li> <li>⇒ est-elle autonome ? <input type="checkbox"/></li> <li>aidante <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</li> </ul> </li> <li>• La personne a-t-elle des contacts avec sa famille ? <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ OUI <input type="checkbox"/></li> <li>aidante <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</li> <li>Fréquence</li> <li>.....</li> <li>.....</li> <li>.....</li> <li>⇒ NON</li> </ul> </li> <li>• La personne a-t-elle des contacts avec son voisinage ? <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ OUI <input type="checkbox"/></li> <li>aidant <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</li> <li>⇒ NON</li> </ul> </li> <li>• La personne a-t-elle des contacts avec : <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ une ou des associations <input type="checkbox"/></li> <li>⇒ des amis qu'elle voit régulièrement <input type="checkbox"/></li> <li>.....</li> <li>.....</li> <li>.....</li> </ul> </li> <li>• Commerces inaccessibles ? <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ OUI <input type="checkbox"/></li> <li>⇒ NON <input type="checkbox"/></li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Statut <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Propriétaire <input type="checkbox"/></li> <li>⇒ Locataire <input type="checkbox"/></li> <li>⇒ Hébergé (y compris usufruitier) <input type="checkbox"/></li> <li>⇒ Autres cas <input type="checkbox"/></li> </ul> </li> <li>• Type <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Rural regroupé/Ville <input type="checkbox"/></li> <li>⇒ Rural dispersé <input type="checkbox"/></li> <li>⇒ Appartement <input type="checkbox"/></li> <li>⇒ Maison individuelle <input type="checkbox"/></li> <li>⇒ Logement foyer <input type="checkbox"/></li> <li>⇒ autre <input type="checkbox"/></li> </ul> </li> <li>• Accessibilité <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Etage sans ascenseur <input type="checkbox"/></li> <li>⇒ Présence de marches ou de niveaux différents <input type="checkbox"/></li> <li>⇒ Sols défectueux <input type="checkbox"/></li> </ul> </li> <li>• Sanitaires adaptés <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non           <ul style="list-style-type: none"> <li>Si non ... <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Absence d'eau courante <input type="checkbox"/></li> <li>⇒ Absence d'eau chaude <input type="checkbox"/></li> <li>⇒ W.C. extérieurs ou absents <input type="checkbox"/></li> <li>⇒ W.C. non adaptés <input type="checkbox"/></li> <li>⇒ Absence de salle de bains <input type="checkbox"/></li> <li>⇒ Présence de baignoire ou douche <input type="checkbox"/></li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Equipement adapté <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non           <ul style="list-style-type: none"> <li>Si non ... <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Electroménager insuffisant <input type="checkbox"/></li> <li>⇒ Electroménager dangereux <input type="checkbox"/></li> <li>⇒ Mobilier insuffisant <input type="checkbox"/></li> <li>⇒ Absence de téléphone <input type="checkbox"/></li> <li>⇒ Logement trop petit <input type="checkbox"/></li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Chauffage <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Problème approvisionnement <input type="checkbox"/></li> <li>⇒ Défectueux ou inexistant <input type="checkbox"/></li> </ul> </li> <li>• Logement insalubre <input type="checkbox"/></li> </ul>

### DEMANDES EXPRIMEES PAR LA PERSONNE

## Services et aides au maintien à domicile existants

RESEAUX EXISTANTS PROFESSIONNELS	NATURE DES TACHES	FREQUENCE*	DUREE**
Aide ménagère à domicile	Aide à la toilette ..... <input type="checkbox"/>	.....	.....
	Aide à l'habillage ..... <input type="checkbox"/>	.....	.....
	Aide à la préparation des repas .... <input type="checkbox"/>	.....	.....
	Aide à la prise des repas ..... <input type="checkbox"/>	.....	.....
	Aide au ménage ..... <input type="checkbox"/>	.....	.....
	Aide à l'entretien du linge ..... <input type="checkbox"/>	.....	.....
	Aide aux courses ..... <input type="checkbox"/>	.....	.....
	Aide aux transferts ..... <input type="checkbox"/>	.....	.....
	Aide aux déplacements intérieurs.. <input type="checkbox"/>	.....	.....
	Aide aux déplacements extérieurs. <input type="checkbox"/>	.....	.....
	Aide à la gestion ..... <input type="checkbox"/>	.....	.....
Garde à domicile	Jour ..... <input type="checkbox"/>	.....	.....
	Nuit ..... <input type="checkbox"/>	.....	.....
	Week-end ..... <input type="checkbox"/>	.....	.....
	Forfait ..... <input type="checkbox"/>	.....	.....
Auxiliaire de vie	.....	.....	.....
Soins infirmiers libéraux	.....	.....	.....
S.I.A.D.	.....	.....	.....
Portage de repas	.....	.....	.....
Dépannage	.....	.....	.....
Service social	.....	.....	.....
Autres :	.....	.....	.....
Aide de la famille	.....	.....	.....
Aide bénévole	.....	.....	.....
Aide du voisinage	.....	.....	.....
Aides techniques :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Téléalarme ..... <input type="checkbox"/></li> <li>• Fauteuil roulant ..... <input type="checkbox"/></li> <li>• Cannes ..... <input type="checkbox"/></li> <li>• Déambulateur ..... <input type="checkbox"/></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lit médicalisé ..... <input type="checkbox"/></li> <li>• Lève malade ..... <input type="checkbox"/></li> <li>• Matériel à usage unique ..... <input type="checkbox"/></li> <li>• Autres (préciser) ..... <input type="checkbox"/></li> </ul>	

\* Indiquer la fréquence : Tous les jours, Une fois par semaine, De temps à autre la semaine, Tous les week end, De temps à autre le week end, Jamais le week end.

\*\* Indiquer la durée : Nombre d'heures hebdomadaire.

## Synthèse des propositions de l'évaluateur

PRIORITE*	NATURE DES INTERVENTIONS	DU LUNDI AU VENDREDI	SAMEDI, DIMANCHE JOURS FERIES	TOTAL MENSUEL
		Préciser le nombre d'heures estimé		
<b>AIDE MENAGERE</b>				
	■ <i>Aide à la toilette</i>			
	■ <i>Aide à l'habillage</i> Participation de la personne <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
	■ <i>Aide à la préparation des repas</i> Participation de la personne <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
	■ <i>Aide à la prise des repas</i>			
	■ <i>Aide au ménage</i> Participation de la personne <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
	■ <i>Aide à l'entretien du linge</i> Participation de la personne <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
	■ <i>Aide aux courses</i> Participation de la personne <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
	■ <i>Aide aux transferts</i>			
	■ <i>Aide aux déplacements intérieurs</i>			
	■ <i>Aide aux déplacements extérieurs (promenades)</i>			
	■ <i>Aide à la gestion</i> Participation de la personne <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
<b>NOMBRE TOTAL D'HEURES PAR MOIS</b>				
<b>SURVEILLANCE</b>				
	■ <i>Surveillance de jour</i>			
	■ <i>Surveillance de nuit</i>			
<b>AIDE A L'AMELIORATION DE L'HABITAT OU ADAPTATION PERSONNALISEE DU LOGEMENT AU HANDICAP</b> (sécurité, salubrité, adaptation à la perte d'autonomie ...) A préciser				
<input type="checkbox"/> Accord de la personne pour constitution d'une demande d'aide à l'amélioration de l'habitat ou d'adaptation personnalisée du logement au handicap				
<b>AUTRES PROPOSITIONS</b>				

<b>REMARQUES EVENTUELLES DE LA PERSONNE</b>

\* Indiquer un ordre de priorité, par exemple : 1. Aide aux courses - 2. Aide à la préparation des repas, etc....



MINISTÈRE DE L'EMPLOI  
ET DE LA SOLIDARITÉ

REPUBLIQUE FRANÇAISE

PARIS, le

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

DIRECTION DE L'ACTION SOCIALE

LA MINISTÈRE DE L'EMPLOI  
ET DE LA SOLIDARITÉ

à

MESDAMES ET MESSIEURS  
LES PRÉFETS DE RÉGION

Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

MONSIEUR LE PRÉFET DE CORSE

Direction de la solidarité et de la santé de la Corse et de la  
Corse du Sud

MESDAMES ET MESSIEURS  
LES PRÉFETS DE DÉPARTEMENT

Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

MESDAMES ET MESSIEURS LES DIRECTEURS  
D'AGENCE RÉGIONALE D'HOSPITALISATION  
Pour information

99/320

CIRCULAIRE DGS/DAS du - 4 JUIN 1999  
relative à la distribution des médicaments

Date d'application : à réception

**Résumé :** L'avis du Conseil d'Etat a été demandé sur la question de la distribution des médicaments.

**Mots clés :** Médicaments. Distribution. Professions paramédicales.

**Textes de référence :**

Code de la santé publique, article L.372  
Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession  
d'infirmier.

**Textes abrogés ou modifiés** Néant

AS/medic/avis/CI.cir

8, avenue de Ségur - 75350 Paris 07 SP - Tél : 01 40 56 60 00 - Télécopie : 01 40 56 56 26

Le suivi quotidien de traitements médicamenteux, lorsque les personnes concernées ont recours à des tiers pour les aider à accomplir des actes de la vie courante, pose la question de savoir à qui peut être confiée la distribution des médicaments, en particulier quand ces personnes sont hébergées dans des établissements sociaux et médico-sociaux ou assistées à leur domicile. Les divergences d'interprétation des dispositions de l'article L.372 du code de la santé publique (notions d'exercice illégal de la médecine et d'habilitation des professions paramédicales à pratiquer les actes médicaux) et des dispositions du décret du 15 mars 1993 relatif aux actes et à l'exercice de la profession d'infirmier m'ont conduit à saisir le Conseil d'Etat pour recueillir son avis sur la question.

La présente circulaire a pour objet de tirer les conséquences de l'avis que cette Assemblée a rendu le 9 mars 1999, dans l'attente de la refonte en cours du décret n°93-345 du 15 mars 1993, dont le Conseil d'Etat a souligné la nécessité.

Le Conseil d'Etat a estimé que la distribution de médicaments, lorsqu'elle correspondait à l'aide à la prise d'un médicament prescrit apportée à une personne malade empêchée temporairement ou durablement d'accomplir ce geste, ne relevait qu'exceptionnellement du champ d'application de l'article L.372 ; les restrictions exceptionnelles évoquées par le Conseil d'Etat correspondant soit au mode d'administration (par exemple une injection), soit au médicament lui-même (nécessité d'une dose très précise de la forme administrable).

La distinction ainsi établie repose sur, d'une part, les circonstances, d'autre part, le mode de prise et la nature du médicament. D'une manière générale, l'aide à la prise n'est pas un acte relevant de l'article L.372, mais un acte de la vie courante, lorsque la prise du médicament est laissée par le médecin prescripteur à l'initiative d'une personne malade capable d'accomplir seule et lorsque le mode de prise, compte tenu de la nature du médicament, ne présente pas de difficultés particulières ni ne nécessite un apprentissage. Il apparaît ainsi que la distribution de médicaments dûment prescrits à des personnes empêchées temporairement ou durablement d'accomplir ce geste, peut être dans ce cas assurée, non seulement par l'infirmier, mais par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante, suffisamment informée des doses prescrites aux patients concernés, et du moment de leur prise.

Inversement, lorsque la distribution du médicament ne peut s'analyser comme une aide à la prise apportée à une personne malade empêchée temporairement ou durablement d'accomplir certains gestes de la vie courante, elle relève de la compétence des auxiliaires médicaux habilités à cet effet, en application des dispositions de l'article L.372. En ce qui concerne les infirmiers ceux-ci seront compétents, soit en vertu de leur rôle propre, soit en exécution d'une prescription médicale (articles 3 et 4 du décret n°93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier). Le libellé de la prescription médicale permettra, selon qu'il sera fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'acte de la vie courante.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir porter à la connaissance des responsables des établissements concernés la présente circulaire.

L'adjoint au directeur général

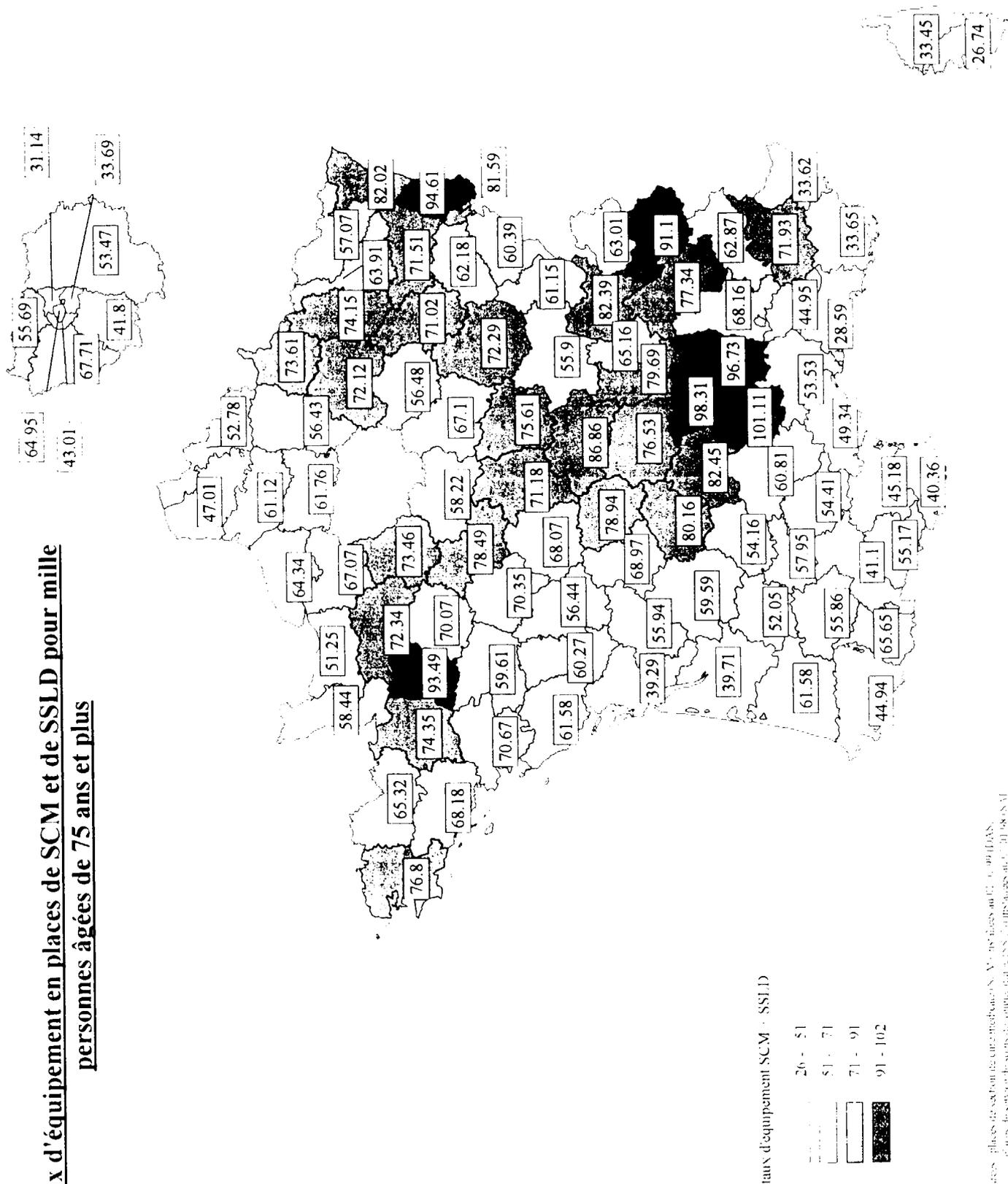
de la santé

Le Directeur de l'Action Sociale

Pierre GAUTHIER

B, avenue de Ségur - 75350 Paris 07 SP - Tél : 01 40 56 60 00 - Télécopie : 01 40 56 50 20

**Taux d'équipement en places de SCM et de SSLD pour mille personnes âgées de 75 ans et plus**



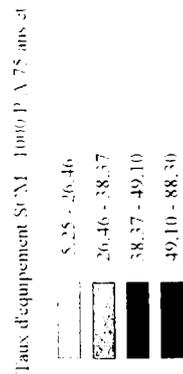
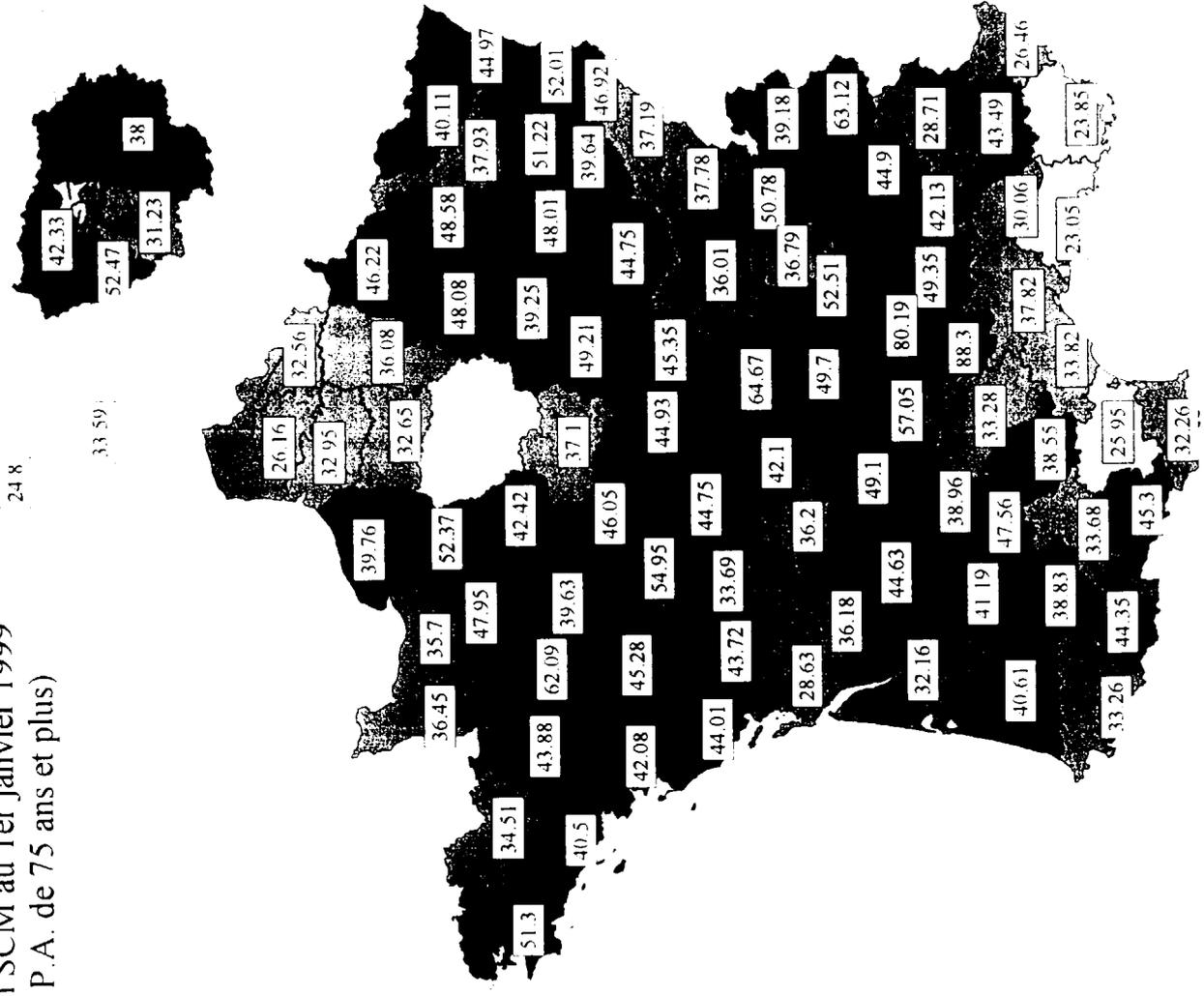
# Taux d'équipement en SCM au 1er janvier 1999 (pour mille P.A. de 75 ans et plus)

24,3

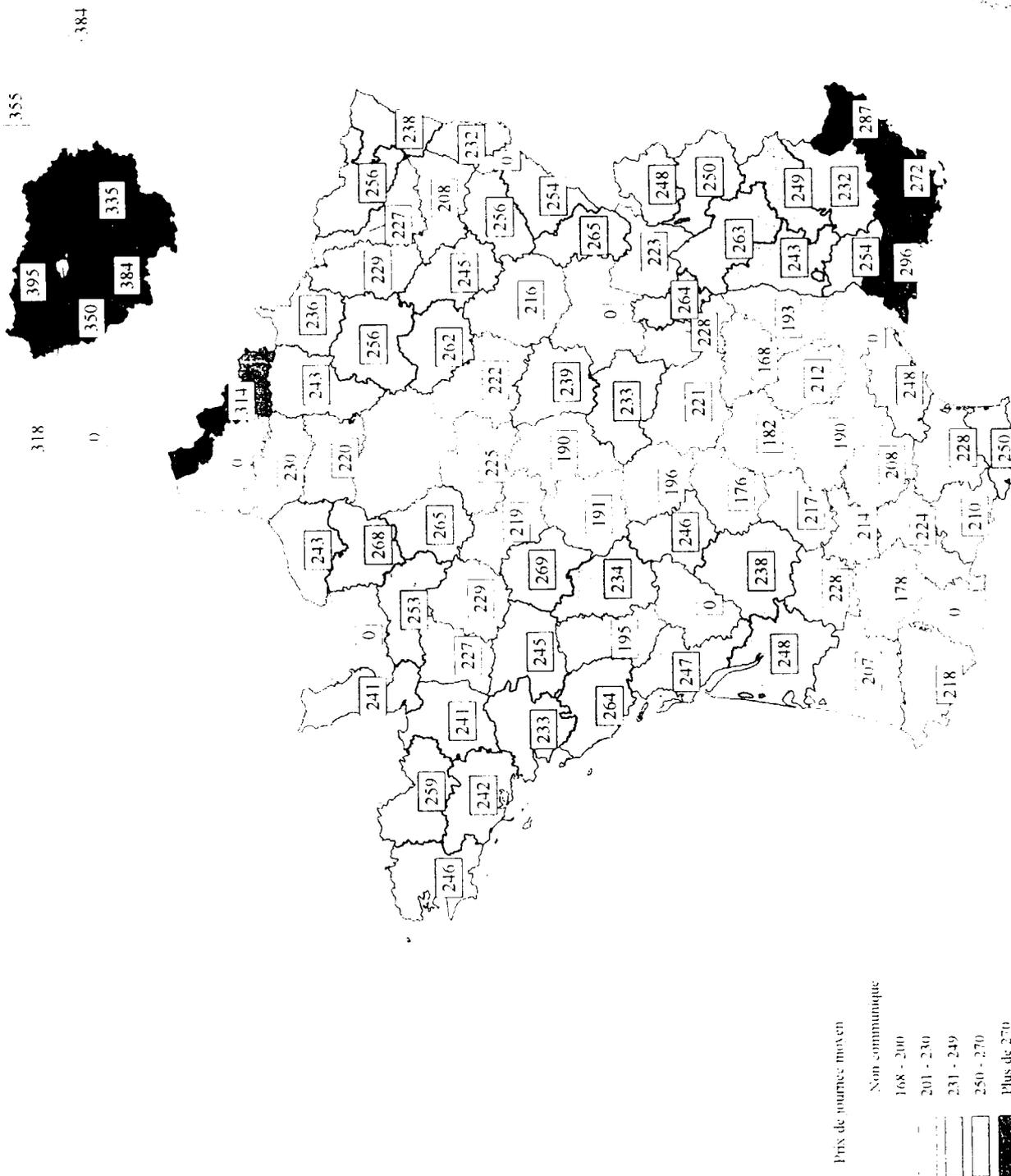
32,2

24,8

33,59

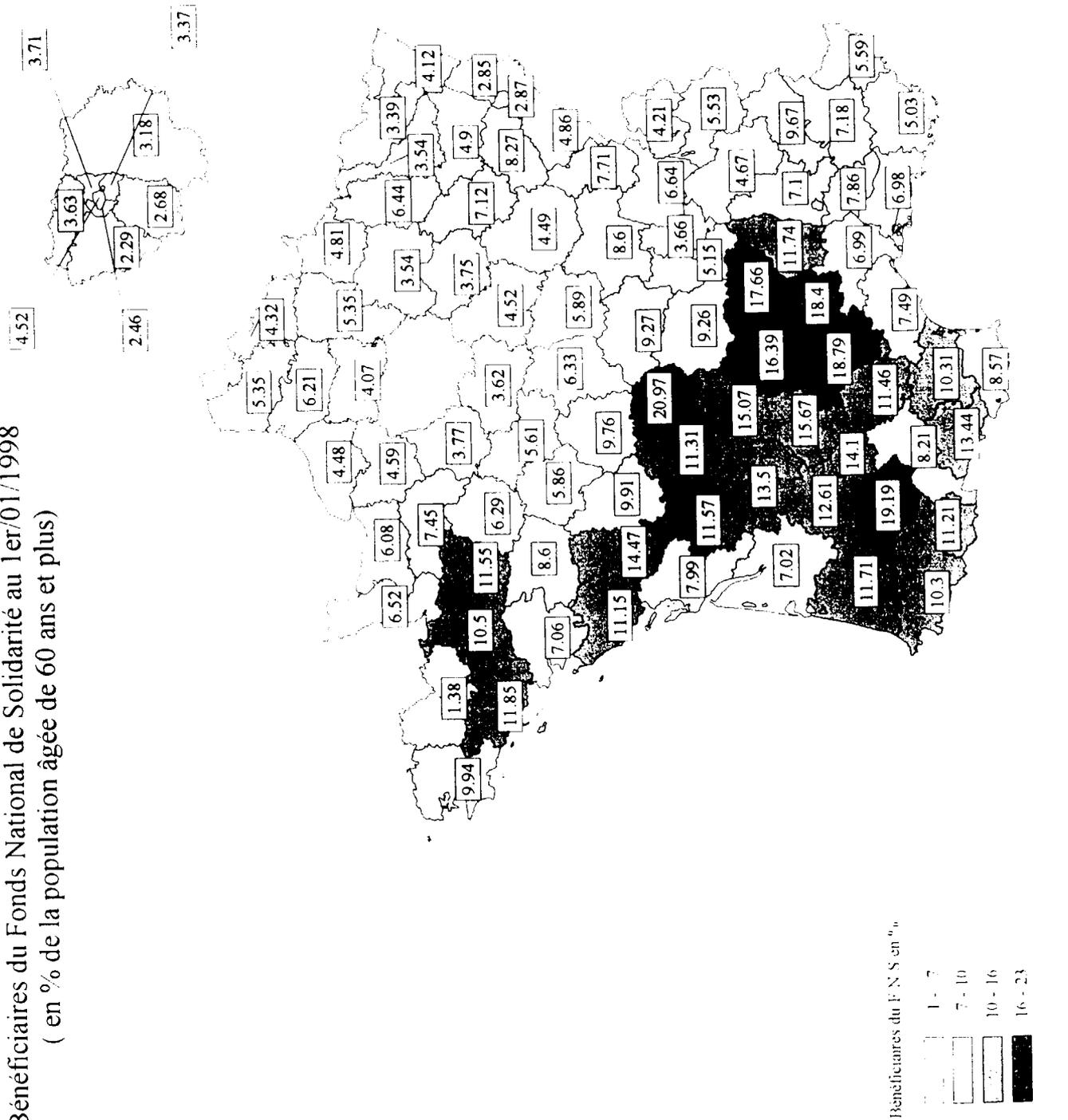


# Prix de journée moyen en maison de retraite (données au 31/12/97)





Bénéficiaires du Fonds National de Solidarité au 1er/01/1998  
 ( en % de la population âgée de 60 ans et plus )



Population de plus de 75 ans et plus au 1er/01/1998  
(en % de la population du département)

