



**ASSEMBLÉE PLÉNIÈRE
SÉANCE DU JEUDI 16 DÉCEMBRE 2010**

**DE LA DÉPENDANCE LIÉE À L'ÂGE :
UNE QUESTION DE SOCIÉTÉ.
*Des propositions pour Midi-Pyrénées.***

Avis

Rapporteure : Madame Marie-Christine ALBARET

**CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL
ET ENVIRONNEMENTAL RÉGIONAL
DE MIDI-PYRÉNÉES**

**Assemblée Plénière
Séance du jeudi 16 décembre 2010**

AVIS

**DE LA DÉPENDANCE LIÉE À L'ÂGE : UNE
QUESTION DE SOCIÉTÉ.**

Des propositions pour Midi-Pyrénées.

Rapporteure : Marie-Christine ALBARET

AVIS ADOPTÉ À L'UNANIMITÉ

POUR : 103

CONTRE : 0

ABSTENTION : 0

NON PARTICIPATION AU VOTE : 1

**EXTRAIT DE L'INTERVENTION
DE
JEAN-LOUIS CHAUZY**

***PRÉSIDENT DU CONSEIL ÉCONOMIQUE,
SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL RÉGIONAL
DE MIDI-PYRÉNÉES***

**ASSEMBLÉE PLÉNIÈRE DU CESER
JEUDI 16 DÉCEMBRE 2010**

Monsieur le Représentant du Préfet de région,
Monsieur le Président de la Région Midi-Pyrénées,
Madame, Monsieur le Conseiller,
Madame, Monsieur,

Je vous remercie pour votre présence à cette dernière séance plénière de notre assemblée pour l'année 2010.

(...)

La dépendance

L'Etat veut assurer le bien-être de nos aînés en finançant le coût de dépendance. Ce coût est estimé à 22 milliards d'euros et devrait atteindre les 30 milliards les prochaines années, avec un doublement des plus de 75 ans. Une concertation sera lancée, dans le courant de l'année 2011, associant tous les acteurs, les partenaires sociaux, les professionnels de santé, les mutuelles, les assurances, les collectivités territoriales pour examiner les voies et les moyens de réguler les dépenses de santé.

Ces réalités sociales, socio-économiques et plus encore les projections démographiques associées nous obligent à réfléchir aux politiques publiques qui sont et seront nécessaires avec l'ensemble des acteurs concernés.

Notre assemblée a donc réalisé une autosaisine intitulée « De la dépendance liée à l'âge : une question de société. Des propositions pour Midi-Pyrénées ».

En effet, malgré une vitalité démographique certaine, Midi-Pyrénées reste l'une des régions françaises parmi les plus rurales, et dont la population est la plus âgée (si l'on exclut l'aire urbaine de Toulouse), ce qui la place au 5ème rang des régions les plus « âgées ».

Le projet d'avis décrit le système assez complexe de prise en charge de la dépendance et émet des préconisations concernant les personnes âgées dépendantes, les aidants familiaux et professionnels, les structures et institutions.

L'appréhension de la dépendance ne peut se faire correctement dans le cadre d'une approche sectorielle, financière et quantitative. Il faut envisager cette question de manière globale et qualitative. Cela implique notamment de changer le regard sur l'âge, de distinguer le vieillissement, c'est-à-dire un processus naturel, de la vieillesse, qui est, quant à elle, un construit social trop souvent associé à une image négative.

Dans cette optique, la place des personnes âgées doit être repensée, tant d'un point de vue sociétal, qu'humain. Il faut commencer à formaliser la société de demain, une société qui devra être à la fois solidaire et respectueuse de toutes les personnes, qu'elles soient âgées, dépendantes ou non.

Autrement dit, il est nécessaire de revaloriser l'image des personnes âgées et surtout de développer des politiques territoriales qui tiennent compte de leurs propres capacités à porter un projet social, à être actrices de leur devenir et à contribuer au vivre ensemble.

L'enjeu est de trouver les modalités d'un bien vivre ensemble pour bien vieillir ensemble, sachant qu'il n'y a pas une seule bonne solution mais bien des solutions différentes, adaptées à la situation économique, sociale, psychologique de chacun(e).

2011 sera donc une étape importante dans la réflexion sur la dépendance. Au niveau national, il est d'ailleurs prévu que le Conseil Economique, Social et Environnemental se saisisse de la question. L'avis du CESER de Midi-Pyrénées sera notre contribution à ce débat.

Je remercie les chargés de mission et leurs secrétariats pour la qualité des projets d'avis et documents de travail présentés ce matin.

*Cet avis a été élaboré sous l'autorité de la Commission
« Affaires Sociales et Culturelles »
du CESER de Midi-Pyrénées*

Présidée par Monsieur Philippe de LORBEAU

Membres du groupe de travail :

Madame Marie-Christine ALBARET (rapporteure)

Monsieur Patrick AYGOBÈRE

Madame Malika BAADOUD

Monsieur Georges BENAYOUN

Madame Maryline CAVAILLÉ

Monsieur Patrick DELFAU

Monsieur Yvon FAU

Monsieur Pierre-Jean GRACIA

Monsieur Patrick KIRCHNER

Monsieur Philippe de LORBEAU

Monsieur Pierre LOUBÈRE

Monsieur Lucien MAZENC

Monsieur Jacques PECH

Monsieur Patrick ROUX

Monsieur Denis-René VALVERDE

Le CESER Midi-Pyrénées tient à remercier les PERSONNALITÉS AUDITIONNÉES pour leur contribution à l'élaboration de cet avis

Monsieur **Jacques ARGOUNES**, Président de la Caisse d'Assurance Retraite et Santé au Travail (CARSAT et ex CRAM) ainsi que ses collaboratrices : **Madame CHOSSONERY**, Directrice adjointe du pôle Maladie et action sociale et **Madame Catherine BOUGET**, responsable du service en charge des établissements de santé,

Monsieur BERGON, directeur de l'EHPAD du Parc d'Albi et du cadre infirmier référent de cet établissement, **Monsieur BAYOL**,

Madame BOULMIER, auteur du rapport ministériel sur « l'adaptation de l'habitat au défi de l'évolution démographique »,

Madame BONNET, Directrice de l'EHPAD les Fontaines, gérée par le CCAS de Toulouse, le **Docteur STILLMUNKES**, Médecin coordonnateur et **Madame CAZEAUX**, responsable du secteur personnes âgées au CCAS de Toulouse,

Monsieur Bernard CASSAGNET, représentant du Comité Régional des Retraités et des Personnes Agées (CORERPA) de Midi-Pyrénées au CESER,

Madame Françoise CAYLA, médecin de Santé Publique et directrice de l'Observatoire Régional de Santé de Midi-Pyrénées (ORSMIP) et **Monsieur Jean MANTOVANI**, sociologue, du service Etudes de l'ORSMIP

Monsieur Xavier CHASTEL, directeur de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Midi-Pyrénées et sa collaboratrice, **Madame Catherine BOUGET**, chargée de mission personnes âgées à l'ARS.

Madame Karine LANDRY, Directrice de l'EHPAD Arc-en-Ciel ainsi que les **Docteurs Edgar COHEN et Pascal PIANTONI**,

Monsieur LEFEBVRE, Directeur général de l'ADPAM, association loi 1901 d'Aide à Domicile aux Personnes Agées et aux Malades, et **Madame RAFFY**, Directrice administrative,

Monsieur André MELLINGER, vice-Président du Conseil Général du Lot chargé des affaires sociales (personnes âgées, personnes handicapées, aide sociale à l'enfance),

Monsieur Guy POTTIER, Socio-ergonome,

Monsieur le Professeur ROLLAND, responsable de l'Hôpital Garonne Toulouse, **Monsieur Jacques DELMAS**, directeur délégué du pôle Gériatrie et Gérontologie du CHU de Toulouse ainsi que **Madame le Docteur LAFON**,

Monsieur Denis SAULES, Directeur général de l'UDSMA- Mutualité française de l'Aveyron,

Monsieur le Professeur Bruno VELLAS, responsable du pôle gériatrie et du Gérontopôle du CHU de Toulouse,

SOMMAIRE

EXTRAITS DU DISCOURS DE JEAN-LOUIS CHAUZY, PRÉSIDENT DU CESER DE MIDI-PYRÉNÉES, EN ASSEMBLÉE PLÉNIÈRE DU 16 DÉCEMBRE 2010	5
REMERCIEMENTS	11
SOMMAIRE	13
INTRODUCTION	15
LIMINAIRE : QUELQUES POINTS DE REPÈRES	17
I. DÉFINITIONS	18
II. ÉLÉMENTS DE LÉGISLATION	22
PREMIÈRE PARTIE: LES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES	39
I. QUI SONT LES PERSONNES AGÉES ? QUI SERONT-ELLES DEMAIN ?	41
II. LES SOLUTIONS ACTUELLEMENT PROPOSÉES AUX PERSONNES AGEES DÉPENDANTES	59
III. SOLUTIONS ÉMERGENTES ET EXPÉRIENCES INNOVANTES	87
IV. LES PRÉCONISATIONS CONCERNANT LES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES	91
DEUXIÈME PARTIE: LES AIDANTS DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES	99
I. QUI SONT LES AIDANTS ? QUI SERONT-ILS DEMAIN ?	100
II. LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LES AIDANTS ET QUELQUES SOLUTIONS	119
III. LES PRÉCONISATIONS EN DIRECTION DES AIDANTS	133
TROISIÈME PARTIE: LES STRUCTURES, LES INSTITUTIONS ET LE FINANCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE	139
I. LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LES CONSEILS GÉNÉRAUX	141
II. LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LES STRUCTURES	146
III. LE FINANCEMENT DE LA DEPENDANCE	158
IV. LES PISTES DE RÉFLEXION CONCERNANT LE FINANCEMENT DE LA DÉPENDANCE	166
V. PRÉCONISATIONS CONCERNANT LES STRUCTURES ET LES INSTITUTIONS	169
CONCLUSION	177
SYNTHÈSE DES PRÉCONISATIONS	179
GLOSSAIRE	187
EXPLICATIONS DE VOTE	191
TABLE DES MATIÈRES	215

INTRODUCTION

L'augmentation à prévoir, du fait de l'évolution démographique de la population française, du nombre de personnes âgées dépendantes constitue un véritable défi à relever.

En effet, d'après l'INSEE, en se fondant sur l'enquête Handicap, Incapacité, Dépendance (HID), le vieillissement de la population française devrait conduire à un accroissement du phénomène de la dépendance dans les années à venir qui, en supposant une stabilité de la durée de vie moyenne, concernerait 1 200 000 personnes en 2040 (contre 800 000 en 2006).

Dès 2007, le président de la République avait annoncé une grande loi sur la dépendance. Ce projet de réforme, qui devrait en particulier s'attacher à régler la question du financement de la dépendance, annoncé initialement pour la fin de l'année 2010, devrait intervenir en 2011, au terme d'« une grande consultation nationale » de six mois, à laquelle devrait notamment prendre part les Conseils Généraux, les organisations syndicales et les associations de personnes âgées.

Parce qu'elle se caractérise par une proportion relativement importante de personnes âgées, Midi-Pyrénées est particulièrement concernée. Notre région compte en effet une part plus importante de personnes âgées que la moyenne nationale : 11,6% de personnes âgées de 75 ans et plus en Midi-Pyrénées contre 9,1% au niveau national. Cette tendance devrait s'accroître dans les prochaines années puisqu'entre 2005 et 2030, l'augmentation du nombre de ménages âgés (+2% par an) devrait être deux fois plus importante que celle de l'ensemble des ménages¹.

Ce sont ces éléments qui ont convaincu le CESER de Midi-Pyrénées de mener une réflexion sur le thème de la dépendance, en se focalisant sur la dépendance des personnes âgées.

S'il est vrai que les questions relevant de la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées peuvent se rejoindre parfois, et qu'il serait intéressant de traiter de la question de la convergence de ces deux politiques publiques, le fait est qu'actuellement, en matière de protection sociale, les prises en charge des unes et des autres diffèrent.

De plus, la dépendance concerne en proportion davantage de personnes âgées et elle tend à augmenter avec l'âge : en effet, alors que 2% seulement des personnes âgées de 60 à 70 ans sont dépendantes, c'est le cas de plus de 10% des personnes de plus de 80 ans, 18% des personnes de plus de 85 ans et 30% des personnes ayant dépassé 90 ans.

¹ Source : 6 pages de l'INSEE : « Midi-Pyrénées en 2030 : des ménages plus nombreux, plus petits, plus âgés », n° 114, octobre 2008.

Le CESER a souhaité placer l'Homme au cœur de sa réflexion, comprendre ce que vivent les personnes âgées en situation de dépendance et les difficultés qu'elles rencontrent. La structuration du présent rapport illustre cette intention : l'accent ayant été mis sur la situation vécue par les personnes âgées dépendantes, c'est davantage une cohérence par rapport à cette intention qu'un équilibre entre les parties qui a été recherché. Ainsi, après un liminaire qui vise à donner quelques points de repères en rappelant des définitions et le contexte législatif, une première partie est consacrée aux personnes âgées dépendantes. La deuxième partie s'attache à traiter de la condition des personnes qui sont en position d' « aidants », qu'elles soient des proches ou bien des professionnels.

Dans la troisième partie, sont abordées les questions de financement au travers des difficultés rencontrées par les différents acteurs chargés de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Ce rapport s'achève par une synthèse des préconisations du CESER Midi-Pyrénées.

LIMINAIRE : **QUELQUES POINTS DE REPÈRES**

1. Définitions générales

La **gérontologie** est la science du vieillissement humain.

La **gériatrie** est l'étude des pathologies particulières des sujets âgés, c'est-à-dire des maladies en rapport avec le vieillissement ou sénescence.

Le concept de **dépendance**, qui est employé pour la première fois dans cette acception au début des années 1970, correspond à l'impossibilité totale ou partielle pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie physique, psychique ou sociale, ce qu'on appelle habituellement les gestes ou actes de la vie courante.

La **perte d'autonomie** peut se définir par l'incapacité à se gouverner soi-même, ce qui présuppose la perte de sa capacité de jugement, à prévoir, à choisir.

2. Dépendance et perte d'autonomie

Dans le langage commun, il y a souvent confusion entre le terme de *dépendance* et celui de *perte d'autonomie*, alors que ces deux concepts relèvent bien de deux registres différents :

- Le premier, auquel renvoie la notion de **dépendance**, est d'ordre pratique et fonctionnel : il fait référence à **la capacité de faire par soi-même, d'effectuer sans aide, les principales activités de la vie courante**.
- Le deuxième est d'ordre plus théorique ou éthique : l'autonomie étant la capacité ou le droit de la personne de choisir elle-même les règles de sa conduite, **une personne en perte d'autonomie est une personne qui n'a plus la capacité ou le droit de se fixer à elle-même ses propres lois**.

Cet amalgame laisse penser que les personnes qui ne peuvent plus faire seules les principaux actes de la vie quotidienne n'ont plus le droit de décider de leur façon de vivre.

Or, une personne peut demeurer autonome tout en étant totalement dépendante sur le plan physique. A l'inverse, elle peut être en perte d'autonomie tout en demeurant physiquement indépendante (lors d'une perturbation mentale par exemple).

Cette confusion est donc regrettable et souvent préjudiciable pour la personne âgée parce qu'elle favorise son exclusion du processus décisionnel concernant son devenir (placement en institution par exemple).

Pour éviter toute confusion, il peut être préférable de **parler de dépendance physique et de dépendance psychique** (qui équivaut au concept de perte d'autonomie).

La dépendance, un concept plus complexe qu'il n'y paraît

Au-delà du concept de dépendance qui met l'accent sur ses aspects « déficitaires » (problèmes de santé, déficiences somatiques, sensorielles, psychiques qui entraînent des incapacités physiques et/ou psychiques), il est possible d'appréhender cette notion d'une manière plus globale qui permet de prendre en compte le contexte, les circonstances de vie (l'état matrimonial, le type d'habitat, le cadre de vie, les liens sociaux et l'isolement social, etc.) et les ressources dont dispose la personne (personnelles, financières, relationnelles, etc.).

En d'autres termes, le « ressenti » de la dépendance est, d'une certaine manière, relatif. En effet, selon le contexte dans lequel se situe la personne âgée, la survenue de « diminutions » de ses capacités physiques ou psychiques n'aura pas les mêmes conséquences ou implications, et la personne se considérera ou ne se considérera pas comme dépendante. Plus concrètement, habiter dans une maison aménagée de manière à limiter la dépendance ou un appartement situé au cinquième étage sans ascenseur ou dans une zone non desservie par les transports en commun, ne fait pas porter le même regard sur soi face à une diminution de ses capacités.

Autre aspect de la notion de dépendance : dépendre sous-entend l'idée d'une solidarité de fait, d'une relation entre deux éléments qui les rend nécessaires l'un à l'autre. On peut même peut-être dire que la relation est triangulaire entre la personne « dépendante », la ou les personne(s) qui intervien(nen)t auprès d'elle et la société dans son ensemble. Cela signifie que dans une société, tous les individus sont interdépendants et que c'est quand cette interdépendance est très déséquilibrée qu'interviennent les situations de dépendance.

Cette idée nous permet de relier les notions de dépendance et de solidarités (qu'elles soient institutionnalisées ou privées), ce qui nous intéresse dans le cadre de ce rapport.

Par extension, cette appréhension plus complète de la dépendance permet de se démarquer d'une conception de la vieillesse vue seulement comme un état individuel et biologique, pour la comprendre plutôt comme le résultat d'un parcours social.

Changer ainsi le regard porté sur la vieillesse peut contribuer à modifier les réponses politiques apportées. Les politiques inspirées par une vision de la dépendance comme le résultat d'un parcours social auront en effet tendance à être plus préventives, collectives, correctives des inégalités.

En outre, cette vision plus « dynamique » permet d'envisager la vieillesse non plus seulement comme une charge mais également comme une potentialité, notamment en termes économiques : le secteur de la prise en charge de la dépendance constitue ainsi un gisement d'emplois qui lui confère un poids économique non négligeable.

3. La solidarité

Dans *De la division du travail social*, ouvrage publié en 1893, le sociologue Emile Durkheim explicite le concept de solidarité. Pour lui, la solidarité est un lien moral entre individus appartenant à un groupe ou à une communauté : pour qu'une société existe, il faut que ses membres éprouvent de la solidarité les uns envers les autres. Il précise que dans les sociétés modernes et industrielles, la solidarité provient de l'interdépendance entre les individus qui découle de la spécialisation du travail et des complémentarités entre personnes.

La solidarité peut en effet se définir comme un lien d'engagement, de responsabilité et de dépendance mutuelles entre les membres d'un groupe liés par une communauté de destin (famille, village, profession, entreprise, nation, etc.). Elle est basée sur une obligation morale, légale ou contractuelle de se porter réciproquement aide. Il s'agit d'une valeur sociale importante qui se fonde sur le fait que tous les membres du groupe partagent une même communauté d'intérêt.

L'interdépendance qui fonde la solidarité conduit chacun à se sentir concerné par la situation vécue par les autres, car cela engage la totalité du groupe et les problèmes rencontrés par certains membres peuvent compromettre l'avenir du groupe entier (et donc celui de chacun).

Selon le plan sur lequel on se situe, il peut être fait référence à différentes formes de solidarité. C'est pourquoi il est sans doute préférable d'employer le pluriel et de parler des solidarités.

3.1 Des formes d'entraide humaine

Envisagé à l'échelle individuelle, le concept de solidarité fait référence à l'ensemble de services non marchands que s'apportent les individus les uns aux autres. S'inscrivent dans ce cadre les solidarités familiales, de voisinage, intergénérationnelles, etc.

C'est dans cette dimension que doit s'appréhender le thème des aidants familiaux, leur nombre, leurs caractéristiques, leur situation, les difficultés auxquelles ils font face. Dans le cadre d'une réflexion sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes, il s'agit d'un sujet central, primordial qui sera donc abordé longuement dans la suite de ce rapport.

3.2 Des formes de contributions financières socialisées

Cette contribution financière socialisée fait référence aux modes de financement socialisés, redistributifs qui caractérisent le système de protection sociale français.

Pour rappel, « *la sécurité sociale est la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances, il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes.* »¹

La protection sociale désigne tous les mécanismes de prévoyance collective, permettant aux individus de faire face aux conséquences financières des "risques sociaux". Il s'agit de situations susceptibles de compromettre la sécurité économique de l'individu ou de sa famille en provoquant une baisse de ses ressources ou une hausse de ses dépenses (vieillesse, maladie, invalidité, chômage, maternité, charges de famille, etc.).

Elle peut fonctionner selon trois logiques :

- Une **logique d'assurance sociale**, dont l'objectif est de prémunir contre un risque de perte de revenu (chômage, maladie, vieillesse, accident du travail). Les prestations sociales sont financées par des cotisations sur les rémunérations et sont donc réservées à ceux qui cotisent ;
- Une **logique d'assistance**, qui a pour objectif d'instaurer une solidarité entre les individus pour lutter contre les formes de pauvreté. Elle consiste à assurer un revenu minimum, qui ne

¹ Définition formulée dans l'exposé des motifs de l'ordonnance du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité Sociale.

couvre pas forcément un risque spécifique. Il est versé sous condition de ressources, mais non de cotisations préalables (exemple : Allocation Adulte Handicapé) ;

– Une **logique de protection universelle**, qui a pour but de couvrir certaines catégories de dépenses pour tous les individus. Les prestations sont donc accordées sans condition de cotisations ni de ressources, mais sont les mêmes pour tous (c'est le cas en France des prestations familiales).

La protection sociale est organisée selon quatre niveaux :

- La **Sécurité sociale** fournit la couverture de base des risques « maladie/maternité/invalidité/décès », « accidents du travail/maladies professionnelles », « vieillesse » et « famille » qui correspondent chacun à une « branche ». Elle est composée de différents régimes regroupant les assurés sociaux selon leur activité professionnelle.
- Les **régimes dits complémentaires** peuvent fournir une couverture supplémentaire aux risques pris en charge par la Sécurité sociale. Certains sont obligatoires (régimes complémentaires de retraite des salariés du secteur privé) et d'autres facultatifs (mutuelles de santé, institutions de prévoyance).
- **L'Unédic** gère les fonds de l'assurance-chômage.
- Enfin, une **aide sociale** relevant de l'État et des départements apporte un soutien aux plus démunis.

Pour ce qui concerne la prise en charge de la dépendance des personnes âgées, la principale prestation est actuellement l'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie (APA). La dépendance n'est pas aujourd'hui considérée à proprement parler comme un « risque social » au même titre que la maladie ou l'invalidité. Toutefois, le débat sur l'opportunité de créer une nouvelle branche de la Sécurité Sociale, un 5^{ème} risque spécifiquement consacré à la dépendance est ouvert. Dans le cœur du rapport seront présentés les différents aspects de ce débat.

II. ÉLÉMENTS DE LÉGISLATION

1. Historique

1.1 L'origine des politiques de vieillesse¹

a) Le rapport Laroque

Les politiques dites de la vieillesse, c'est-à-dire les politiques menées en direction des personnes âgées sont relativement récentes. Longtemps, il n'y a pas eu de politique spécifique en direction de la population âgée. Seule existait une politique d'assistance aux « pauvres », dont beaucoup étaient des personnes âgées.

Ce n'est qu'après la Deuxième Guerre mondiale, avec la création de la Sécurité Sociale et la mise en place d'un système retraite (même s'il est et reste segmenté professionnellement), que les personnes âgées vont devenir un groupe social faisant l'objet d'une politique publique.

En 1958, la France traverse une situation de crise importante. Le Général de GAULLE et son Premier ministre, Michel DEBRE, veulent réformer le système sanitaire et social et commandent, pour cela trois rapports sur le thème de la famille, la vieillesse et le système de santé.

Le rapport sur la politique vieillesse est publié en 1962 ; il est présenté par Pierre LAROQUE². Il fait rapidement autorité car, très moderne dans les idées qu'il avance, il anticipe les changements démographiques à venir. Il alerte notamment déjà sur les limites d'un système fondé sur un rapport démographique favorable entre actifs et retraités.

Ce rapport fait des personnes âgées une catégorie sociale à part entière et préconise l'élaboration de politiques qui leur soient spécifiquement dédiées, adaptées à leurs situations spécifiques.

Ce rapport propose de sortir du schéma « assistanciel » pour mettre en œuvre un projet global d'insertion sociale des personnes âgées et contribue à l'émergence d'une image dynamique du 3^{ème} âge. Ce rapport permettra le développement important des services d'aide à la personne.

Il fait notamment du maintien à domicile la priorité en matière de politique publique pour les personnes vieillissantes dans le but notamment de conserver le lien social entre les personnes âgées et le reste de la population: *« L'accent doit être mis par priorité sur la nécessité d'intégrer les personnes âgées dans la société tout en leur fournissant le moyen de continuer le plus longtemps possible à mener une vie indépendante. »*

Le rapport préconise également de mettre l'accent sur la prévention, d'adapter au maximum les formules de soins aux personnes âgées, de favoriser le retour rapide à domicile après une hospitalisation, de préserver la vie sociale des personnes âgées, de favoriser la participation

¹ Les éléments développés ici sont notamment issus d'un article de Alain GRAND, professeur de santé publique et Président de la Conférence Régionale de Santé de Midi-Pyrénées in *Regard sur l'actualité*, La Documentation Française, n°296, « La politique de la ville », décembre 2003.

² Pierre LAROQUE est né en 1907. Jeune auditeur du Conseil d'Etat, il participe au début des années 1930, à la mise en place des assurances sociales. En 1945, il se voit confier la mission par le Général de GAULLE, de préparer les grandes ordonnances de 1945, créant le système français de protection sociale. Il réforme radicalement le système des assurances sociales qu'il a contribué à mettre en place en 1930.

des personnes âgées à la conception et à la gestion des équipements et services les concernant, etc.

Ce rapport est suivi de la mise en place de mesures de soutien en direction des personnes âgées, intégrées dans des programmes impulsés par l'État central. Cette planification « à la française » est mise en œuvre dans les années 1960 et 1970 sous la forme de plans quinquennaux. Elle est essentiellement marquée par la multiplication des clubs du 3ème âge et le développement des services d'aide ménagère.

Pour autant, bon nombre d'orientations préconisées par le rapport Laroque ne seront pas véritablement appliquées, faute de moyens.

Un développement des services d'aide ménagère à partir des années 1970

Les premiers services d'aide ménagère sont nés en France dans les années 1950-1960 dans le but d'éviter des hospitalisations qui n'étaient pas nécessaires (et pas souhaitées), pour des personnes âgées, isolées et malades. Ces services sont souvent gérés par des œuvres confessionnelles.

Les financements sont alors de nature plutôt aléatoires car ils reposent pour l'essentiel sur la charité.

Les caisses primaires d'assurance maladie, elles, commencent à financer la prise en charge partielle des aides ménagères à la fin des années 1950 mais seulement si celles-ci apportent l'aide matérielle complémentaire indispensable pour assurer la pleine efficacité des soins médicaux.

Mais ces services ne se développeront véritablement que dans les années 1970, suite au rapport Laroque qui insistait sur l'importance de l'aide ménagère.

L'aide ménagère consiste à envoyer chez les personnes âgées une personne chargée de pourvoir aux tâches matérielles auxquelles elles ne peuvent plus faire face, et ce afin de leur permettre de demeurer à leur domicile malgré la réduction de leurs capacités.

Cependant, ce développement va se faire de manière chaotique.

En effet, les précisions sur ce en quoi consiste le travail de l'aide ménagère ne sera réellement défini qu'en 1983. « *L'aide ménagère à domicile a pour mission d'accomplir chez les personnes âgées un travail matériel, moral et social, contribuant à leur maintien à domicile. Les activités de l'aide ménagère ne sauraient se limiter à des travaux ménagers. Elles permettent notamment aux bénéficiaires d'assurer leur indépendance et de maintenir des relations avec l'extérieur.* »¹

En outre, il est difficile d'établir une cohérence en termes de financement car les modes de financement sont variables selon les régimes de retraites.

En termes de formation, l'arrêté instituant un certificat d'aptitude à la fonction d'aide à domicile, le CAFAD, date de 1988.

En 1987, le développement des services mandataires (client final employeur direct avec de fortes exonérations de charges) va avoir pour conséquence de rendre encore plus complexe le secteur jusque-là porté par des associations et des entreprises d'aide à la personne (concurrence déloyale).

b) Quelques points de repères

Au début des **années 1970**, sont créés des établissements d'hébergement sanitaire pour personnes âgées : les longs séjours, qui comprennent un plateau technique et offrent une surveillance médicale constante, sont destinés à l'accueil des personnes âgées invalides. Ils sont le plus souvent gérés par les établissements hospitaliers.

La loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales réorganise les établissements médico-sociaux en distinguant maisons de retraite et longs séjours.

¹ Convention collective des organismes d'aide ou de maintien à domicile du 11 mai 1983.

En 1981, dans l'esprit du rapport Laroque est créé un Secrétariat d'Etat aux Personnes Agées et un cadre réglementaire est donné aux services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées (SSIDPA), qui vont rapidement se développer. Mais **en 1983**, la politique de rigueur mise en œuvre a pour conséquence de réduire les moyens en faveur des personnes âgées.

En 1983, les lois de décentralisation amorcent un transfert massif de responsabilités de l'État aux Départements. Cela concerne plus particulièrement l'Aide sociale, notamment l'Aide sociale aux personnes âgées, qui passe désormais sous la responsabilité des Conseils Généraux. Elle comporte trois grandes formes de soutien, toujours actuelles : hébergement en institution, maintien au domicile (aide ménagère surtout), et soutien financier à la lutte contre la dépendance.

Les pouvoirs publics commencent à cette époque à prendre conscience des problèmes spécifiques posés par la dépendance des personnes âgées. Les structures hospitalières avaient, depuis longtemps, vocation à accueillir au sein de services de long séjour des personnes âgées ayant un besoin d'aide permanent. Dès le milieu des années 1970, ces personnes ont pu bénéficier de l'allocation compensatrice pour une tierce personne (ACTP) versée par les départements afin de recourir à une aide extérieure.

En outre, les régimes de retraites de la sécurité sociale assuraient, au moyen de leurs budgets d'action sociale, le financement d'heures d'aide ménagère.

De fait, une prise en charge collective de la dépendance des personnes âgées existait déjà. Pour autant, le système tel que construit ne donnait pas entièrement satisfaction. Il ne permettait pas d'isoler véritablement ce qui relevait du soin et ce qui était spécifique à la dépendance. En outre, la prise en charge de cette dernière à domicile faisait la part belle aux prestations en espèces -dont l'allocation compensatrice- qui se trouvaient, dans bien des cas, thésaurisées. Enfin, de nombreux départements déploraient l'économie générale du système, notamment l'insuffisante coordination des différents acteurs et l'imbrication des responsabilités financières.

Fort de ce constat, la **loi du 25 juillet 1994** a autorisé l'expérimentation, dans un certain nombre de départements (12 au total) et en coordination avec les caisses de retraite, d'une prestation dépendance.

En 1992, deux mesures visent à inciter à la diversification de l'offre de services : la création des associations intermédiaires, des associations de services d'aide à domicile d'une part, et l'encouragement fiscal à l'emploi de gré à gré (chèques emploi service¹, services mandataires) d'autre part ;

En 1996, afin de contrôler la qualité des services, sont mis en place des procédures d'agrément pour les services destinés aux personnes âgées de 70 ans ou plus et des programmes d'humanisation des institutions d'hébergement sont décidés.

En 1997, est instaurée la prestation spécifique dépendance (PSD, loi du 24 janvier 1997). Cette prestation est venue remplacer l'allocation compensatrice pour tierce personne,

¹ Les chèques emploi-service (CES) sont des contrats de travail facilitant le paiement pour les tâches ménagères (ménage, soutien scolaire, entretien / rénovation de la maison, parc et jardin...). Ils peuvent être utilisés pour un travail inférieur ou égal à 8h hebdomadaires ou à 4 semaines par an. Le chèque emploi-service universel (CESU) a pris la place du chèque emploi-service en février 2006.

désormais réservée aux personnes handicapés de moins de 60 ans. La gestion de la PSD relève de la compétence et du financement des conseils généraux.

Soumise à des conditions de ressources et récupérable sur la succession, cette prestation est destinée aux personnes les plus dépendantes. Mais très vite, cette prestation fait l'objet de critiques, notamment :

- l'accès doublement restrictif des conditions de ressources et de dépendance, les personnes relevant des GIR 4, 5 et 6, ne bénéficiant pas de la PSD ;
- la présence de mécanismes jugés dissuasifs notamment le recours sur succession ;
- des inégalités territoriales nées de pratiques divergentes d'un département à l'autre.

En conséquence, la loi du **20 juillet 2001** crée l'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie qui succède à la PSD (cf. présentation de l'APA plus loin). L'APA sera réformée au 1^{er} avril 2003 pour des problèmes budgétaires.

En 2000, sont lancés à titre expérimental, les **centres locaux d'information et de coordination (CLIC)**. Ils sont des guichets uniques d'accueil, de conseil, d'orientation des personnes âgées et de prise en charge des situations complexes que ces dernières peuvent rencontrer. Le projet a été généralisé à partir de 2001.

Trois logiques sous-tendent le rôle des CLIC : une logique de proximité, une logique d'accès facilité aux droits et une logique de mise en réseau des professionnels de santé, de l'accompagnement à domicile et de l'aménagement de l'habitat, ainsi que des acteurs locaux. Le territoire d'intervention des CLIC est infra-départemental ; il est défini dans le cadre des schémas gérontologiques départementaux en fonction des « bassins de vie ».

En 2002, plusieurs lois ou mesures intéressent le secteur des personnes âgées :

- La loi du 2 janvier rénovant l'action sociale et médico-sociale instaure le principe des conventions tripartites pour le financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- La création du diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) et revalorisation des carrières (accord sur les emplois et les rémunérations) ;
- L'entrée en vigueur de la démarche de soins infirmiers (DSI) pour le secteur infirmier libéral.

En 2003, suite à l'urgence sanitaire mise en évidence au moment de la canicule de l'été qui a fait prendre conscience de l'isolement de certaines personnes âgées, est adopté un plan d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et mis en place une journée de solidarité.

Aujourd'hui, certaines dimensions centrales du rapport Laroque ne sont toujours pas au cœur des politiques publiques de la vieillesse, telles que celle de la prévention, celle de la promotion de la citoyenneté des plus âgés ou bien encore la dimension économique de ce domaine (« économie grise »).

Pour ce qui concerne les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes, deux plans gouvernementaux sont actuellement en cours de réalisation : le plan « Solidarité-Grand âge » (2007-2012) et le plan « Alzheimer » (2008-2012) qui vient le compléter. En termes d'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie, le premier autorise la création annuelle de 2 500 places d'accueil de jour, de 1 100 places d'hébergement temporaire supplémentaires et de 7 500 places médicalisées en EHPAD en 2008 et 2009 ; le second ouvre la possibilité sur les prochaines années de créer ou d'identifier des unités adaptées pour les

patients souffrant de troubles comportementaux tant au sein des EHPAD qu'au sein des services de soins de suite et de réadaptation. Le plan Solidarité-Grand âge comprend, par ailleurs, tout un ensemble de dispositions destinées à encourager un effort accru de l'encadrement des résidents des établissements, la poursuite de la médicalisation et de la tarification des établissements par le développement de la « coupe Pathos » (cf. plus loin).

1.2 Une multitude d'acteurs interviennent dans la définition des politiques de vieillesse, ce qui rend la gouvernance complexe¹

Les politiques en direction des personnes âgées se caractérisent par une multiplicité d'autorités de tutelle et d'opérateurs.

La description de la définition des politiques d'hébergement des personnes âgées dépendantes en est une bonne illustration.

Le **rôle de l'Etat** concerne la **conception** et le **pilotage** de la politique en faveur des personnes âgées, le **contrôle** et **l'évaluation** des actions entreprises, et le respect du principe d'**équité**.

S'agissant de l'élaboration de la politique en faveur des personnes âgées, plusieurs ministères et directions d'administration centrale sont compétents :

- la **direction générale de l'action sociale** (DGAS) prépare la définition et assure le pilotage des politiques en faveur, notamment, des personnes âgées ;
- la **direction de la sécurité sociale** (DSS) détermine l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et le montant total des dépenses des établissements sanitaires et médicosociaux ; elle veille au suivi de ces objectifs et à la maîtrise des dépenses ;
- la **direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins** (DHOS) est chargée de l'organisation de l'offre de soins, de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé, ainsi que de leur financement ;
- la **direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques** (DREES) a pour mission de doter les ministères chargés de l'action sociale et de la santé, ainsi que les services déconcentrés, d'une meilleure capacité d'observation, d'expertise et de prospective sur son action et son environnement.

Quant aux services déconcentrés, leur rôle découle d'un ensemble d'instructions prises dans le domaine médicosocial ou dans des secteurs plus précis. Ils participent ainsi à la politique de conventionnement, à la fixation des tarifs hébergement des établissements non habilités à l'aide sociale ainsi que des tarifs de soins de l'ensemble des structures d'accueil. Ils accordent les autorisations d'ouverture de ces établissements. Les services déconcentrés sont, enfin, compétents en matière de contrôle et d'inspection.

Plus précisément, les Agences Régionales de Santé (qui sont venues se substituer, depuis le 1^{er} avril 2010, aux Agences Régionales de l'Hospitalisation) doivent définir et mettre en œuvre une planification de leurs actions au moyen d'un projet régional de santé (PRS)² soumis pour

¹ Ces éléments sont notamment issus du rapport d'information sénatorial du 8 juillet 2008 sur « la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque », dont le rapporteur est Monsieur VASSELLE et du rapport d'information de l'Assemblée Nationale du 23 juin 2010 sur « la prise en charge des personnes âgées dépendantes » dont la rapporteure est Madame ROSSO-DEBORD.

² S'inscrivant dans le cadre des orientations de la politique nationale de santé, des lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale, le PRS est constitué d'un plan stratégique régional de santé qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région ; de trois schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale ; et de programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas. Ainsi, le schéma régional d'organisation médico-sociale et son

avis à la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie, aux collectivités territoriales et au représentant de l'État dans la région.

Depuis la mise en place de l'APA, gérée par les Conseils Généraux, la CARSAT¹ a orienté sa politique vers la préservation de l'autonomie, mis l'accent sur le mieux vieillir à domicile et mis en place tout un volet d'actions collectives. Les publics cibles de ces actions sont les personnes âgées présentant un GIR 5 ou 6.

En outre, l'État définit, met en place et pilote les politiques nationales en matière d'hébergement, notamment à travers des plans pluriannuels tels que le plan « Solidarité–Grand âge » (2007-2012) et le plan « Alzheimer » (2008-2012) qui vient le compléter. Pour la déclinaison territoriale de ces politiques, l'État s'appuie sur les préfets, sur les directions déconcentrées ou sur la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

La Caisse nationale d'assurance-maladie intervient essentiellement dans des fonctions de contrôle des critères du financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

La loi instituant l'APA et la loi de décentralisation d'août 2004 ont fait des **Conseils Généraux** les chefs de file dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées.

Les départements jouent notamment un rôle essentiel en matière de planification et de coordination puisqu'ils définissent tous les cinq ans des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale. Ces derniers projettent tous les besoins du territoire dans le champ de l'action sociale. Ils comprennent un volet indépendant, le schéma gérontologique.

Dans le cadre de ce schéma, les départements coordonnent les actions menées par les différents intervenants de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Ils veillent à la cohérence des actions respectives des centres locaux d'information et de coordination (CLIC), des équipes médicosociales chargées d'élaborer le plan d'aide des bénéficiaires de l'APA à domicile et des établissements et services médicosociaux.

Ils peuvent, par ailleurs, signer des conventions avec l'Etat, les organismes de sécurité sociale ou tout autre intervenant en faveur des personnes âgées pour assurer la coordination de l'action gérontologique.

Au niveau des EHPAD, les conseils généraux sont compétents pour fixer le tarif dépendance des établissements et, dans le cas d'un établissement habilité à l'aide sociale, le tarif hébergement.

Les Agences Régionales de Santé (ARS) ont la responsabilité de la planification sanitaire, et plus particulièrement du suivi des plans régionaux pour la santé publique et des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) pour les soins hospitaliers.

La juxtaposition de plans et d'autorités différentes conduit de fait à un pilotage éclaté, dénoncé en 2009 par la Cour des Comptes. Dans ce rapport, la Cour juge notamment

programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), doivent être élaborés par le directeur général de l'ARS, après consultation de la commission de coordination dédiée au secteur médico-social et avis des présidents des conseils généraux. Les PRIAC doivent permettre une meilleure programmation de l'adaptation et de l'évolution de l'offre d'établissements et de services médico-sociaux. Fixés pour cinq ans, ils dressent au niveau régional, les priorités de financement des créations, extensions ou transformations d'établissements ou de services médico-sociaux.

¹ La CRAM, Caisse Régionale d'Assurance Maladie n'existe plus et s'appelle désormais la CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail.

insuffisante la concertation entre les représentants de l'État et les départements pour améliorer l'articulation des volets sanitaire et médico-social de la prise en charge des personnes âgées dépendantes en institution.

La mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS) a pour objectif affiché de permettre un rapprochement des secteurs sanitaire et médico-social.

Rassemblant en une seule structure les compétences des organes décentralisés de l'État et de l'assurance maladie et organisant une concertation avec les conseils généraux, les ARS ont pour mission de maîtriser les dépenses de santé et de définir au niveau régional une politique globale et transversale conjuguant l'organisation, la restructuration et le financement de l'offre de soins sur leur territoire, l'amélioration de la qualité des interventions et l'équilibre entre les secteurs de la prévention, des soins et du social.

1.3 L'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie (APA)

La loi du 20 juillet 2001 relative à la perte d'autonomie des personnes âgées et portant création de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) modifie en profondeur le cadre de la prise en charge des personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans.

Succédant au dispositif de la prestation spécifique dépendance, l'ambition de l'APA est de renforcer la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, en leur permettant de bénéficier des aides nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie courante.

L'allocation concerne à la fois les personnes âgées résidant à domicile et celles demeurant en établissement. Elle est fondée sur le libre choix du lieu de vie de la personne âgée et sur la possibilité, pour sa famille, de bénéficier d'un soutien dans l'aide qu'elle lui apporte.

a) Les principes fondateurs de l'APA

En théorie, l'APA est un droit objectif et universel. Elle s'adresse à l'ensemble des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant une aide. Les conditions d'attribution de l'allocation sont les mêmes sur tout le territoire. L'ouverture des droits à l'APA est fonction du degré d'autonomie et n'est pas soumise à conditions de ressources. Pour autant, son montant n'est pas identique pour tous car il est modulé en fonctions des revenus.

Plus précisément, des tarifs nationaux fixent les plafonds en fonction du degré de perte d'autonomie et un barème national détermine, en fonction des ressources de l'usager, la participation restant à charge. A travers ces deux aspects, l'uniformisation de l'allocation devrait en principe être assurée sur l'ensemble du territoire.

Enfin, les sommes versées ne font pas l'objet d'une récupération sur la succession du bénéficiaire.

Par rapport à la PSD, le champ des bénéficiaires de l'APA est plus large puisque sont inclus les personnes moyennement dépendantes (GIR 4).

L'APA est une prestation en nature personnalisée : cela signifie qu'elle est affectée à des dépenses précisément adaptées aux besoins particuliers de chaque allocataire.

Ainsi, l'APA peut être mobilisée pour financer toute une palette de services tels que l'aide ménagère, l'accueil de jour, l'accueil temporaire, les aides techniques (pour la part non couverte par la sécurité sociale) ou l'adaptation du logement et de l'environnement matériel.

C'est à l'utilisateur de choisir d'utiliser la totalité ou une partie seulement du « plan d'aide » proposé, ce dernier regroupant l'ensemble des aides et des services proposés.

Les conditions d'accès à l'APA	
La résidence	Pour prétendre au bénéfice de l'APA, le demandeur doit attester d'une résidence stable et régulière en France.
L'âge	L'allocation personnalisée d'autonomie ne peut être accordée qu'aux personnes âgées de 60 ans et plus.
La perte d'autonomie	<p>L'APA s'adresse aux personnes qui, au-delà des soins qu'elles reçoivent, ont besoin d'être aidées pour accomplir les actes de la vie quotidienne, ou dont l'état nécessite d'être surveillé régulièrement.</p> <p>La grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources) permet d'évaluer le degré de perte d'autonomie des demandeurs.</p> <p>À domicile, cette perte d'autonomie est appréciée par l'un des membres de l'équipe médico-sociale en charge de l'évaluation. En établissement, elle est effectuée sous la responsabilité du médecin coordonnateur ou, à défaut, de tout médecin conventionné.</p>

L'évaluation de la dépendance
<p>L'évaluation se fait sur la base de dix variables relatives à la perte d'autonomie physique et psychique. Seules ces dix variables, dites " discriminantes ", sont utilisées pour le calcul du GIR :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cohérence : converser et/ou se comporter de façon sensée ; • Orientation : se repérer dans le temps, dans les moments de la journée et dans les lieux ; • Toilette : se laver seul ; • Habillage : s'habiller, se déshabiller, se présenter ; • Alimentation : manger les aliments préparés ; • Élimination : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale ; • Transferts : se lever, se coucher, s'asseoir ; • Déplacements à l'intérieur du domicile ou de l'établissement : mobilité spontanée, y compris avec un appareillage ; • Déplacements à l'extérieur : se déplacer à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport ; • Communication à distance : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme... <p>Sept autres variables, dites " illustratives ", n'entrent pas dans le calcul du GIR, mais apportent des informations utiles à l'élaboration du plan d'aide :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestion : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens ; • Cuisine : préparer ses repas et les conditionner pour être servis ; • Ménage : effectuer l'ensemble des travaux ménagers ; Transport : prendre et/ou commander un moyen de transport ;

- Achats : acquisition directe ou par correspondance ; Suivi du traitement : se conformer à l'ordonnance du médecin ;
- Activités de temps libre : pratiquer des activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps.

Chacune de ces dix-sept rubriques est cotée A, B ou C :

- A correspond à des actes accomplis seul spontanément, totalement et correctement ;
- B correspond à des actes partiellement effectués ;
- C correspond à des actes non réalisés.

Les six groupes iso-ressources prévus par la grille AGGIR peuvent être schématiquement caractérisés de la manière suivante :

- Le GIR 1 correspond aux personnes âgées confinées au lit, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants. Dans ce groupe se trouvent également les personnes en fin de vie ;
- Le GIR 2 regroupe deux catégories majeures de personnes âgées :
 - celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, 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,
 - celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités à se déplacer ;
- Le GIR 3 correspond, pour l'essentiel, aux personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. La majorité d'entre elles n'assument pas seules l'hygiène de l'élimination anale et urinaire.
- Le GIR 4 comprend deux catégories de personnes âgées :
 - celles n'assurant pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillement. Une grande majorité d'entre elles s'alimentent seules,
 - celles n'ayant pas de problèmes locomoteurs, mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas ;
- Le GIR 5 comprend des personnes assurant seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentant et s'habillant seules. Elles ont besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage ;
- Le GIR 6 se compose des personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

Les quatre premiers GIR ouvrent droit à l'APA, dès lors que les conditions d'âge et de résidence sont remplies. Pour leur part, les personnes classées en GIR 5 et 6 peuvent bénéficier des prestations d'aide ménagère servies par leur régime de retraite ou par l'aide sociale départementale.

La procédure d'instruction administrative se poursuit avec la procédure de détermination du plan d'aide (pour l'APA à domicile).

À domicile, deux cas de figure sont possibles : si le demandeur appartient à un GIR 1 à 4, l'équipe médico-sociale lui adresse une proposition de plan d'aide, qui doit être approuvée par lui ou son représentant ; si le demandeur relève des GIR 5 et 6, son degré de perte d'autonomie ne justifie pas l'élaboration d'un plan d'aide. Un compte-rendu de visite lui est alors adressé, avec des conseils adaptés à sa situation.

À l'issue de la phase d'instruction de la demande d'APA réalisée par l'équipe médico-sociale, la décision finale d'accorder l'allocation revient au président du conseil général, sur la base d'une proposition présentée par la commission de l'APA.

Cette instance comprend 7 membres :

- le Président du conseil général (ou son représentant), qui préside la commission ;
- 3 représentants du département, désignés par le président du conseil général ;
- 2 représentants des organismes de sécurité sociale conventionnés avec le département, désignés par le président du conseil général ;
- un membre désigné au titre d'une institution ou d'un organisme public social et médico-social ayant passé une convention avec le département dans le cadre de la mise en œuvre de l'APA. À défaut, il peut s'agir d'un maire désigné sur proposition de l'assemblée départementale des maires.

b) L'APA à domicile

L'élaboration du plan d'aide d'une personne âgée bénéficiaire de l'APA à domicile prend en compte tous les aspects de sa situation, ses conditions de vie.

Divers éléments de l'environnement matériel, social et familial du demandeur sont pris en compte : l'entourage (personne seule ou non, présence d'un conjoint ou d'un enfant, réseaux personnels ou professionnels, etc.), l'habitat (nature du logement, accessibilité, équipements, chauffage, état des sanitaires, etc.), la situation géographique (proximité de commerces, existence de transports, etc.), l'existence de réseaux médicaux (médecins, pharmaciens, etc.), la présence de services d'aides à domicile ou de portage des repas, etc.

Le plan recense précisément les besoins du demandeur et les aides de toute nature nécessaires à son maintien à domicile.

Une fois le plan accepté par le bénéficiaire, le montant des aides y figurant va servir de base au calcul de l'allocation qui sera versée.

L'APA sert en effet à financer toutes les dépenses figurant dans le plan (rémunération de services à domicile et aides techniques) qui, une fois mises en œuvre, permettront au bénéficiaire de l'APA de continuer à vivre chez lui.

- pour les interventions à domicile : il peut s'agir d'heures d'aide ou de garde à domicile (de jour comme de nuit) effectuées par une tierce personne, des frais d'accueil temporaire en établissement, d'un service de portage de repas, d'une téléalarme, de travaux d'adaptation du logement, d'un service de blanchisserie à domicile, d'un service de transport, de dépannage et de petits travaux divers.

- pour les aides techniques : il peut s'agir d'un fauteuil roulant, de cannes, d'un déambulateur, d'un lit médicalisé, d'un lève malade, de matériel à usage unique pour incontinence (pour la part de ces dépenses non couvertes par l'assurance maladie), etc.

Les modalités d'utilisation de l'APA

Le recours à un organisme spécialisé

Le bénéficiaire de l'APA peut faire appel à des services à domicile proposés par des organismes spécialisés. Dans ce cas, plusieurs possibilités s'offrent à lui : en fonction de sa situation et de l'offre de services effectivement disponible, il peut recourir à un service proposé par sa commune (centre communal d'action sociale), une association agréée par l'État au titre des emplois familiaux ou une entreprise. Celles-ci proposent alors l'intervention d'un salarié à domicile.

Les organismes prestataires

Ils mettent à la disposition du bénéficiaire de l'APA une ou plusieurs personnes qui vont intervenir à son domicile. Ils fournissent une prestation de service qui donne lieu à une facturation que l'APA permet d'acquitter. Les personnes qui interviennent à domicile sont salariées par l'organisme, qui

assure toutes les obligations et les responsabilités d'un employeur. Celui-ci garantit aussi la continuité du service et le remplacement de l'aide à domicile en cas de congés, maladie, etc.

L'agrément

Les organismes prestataires ou mandataires proposant des services d'assistance aux personnes de soixante ans et plus favorisant leur maintien à domicile doivent bénéficier d'un agrément qualité délivré par l'Etat. Sont considérés comme une activité d'assistance : l'accompagnement et l'aide aux personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne (aide à la mobilisation et aux déplacements, à la toilette, à l'habillage, à l'alimentation, aux fonctions d'élimination, garde-malade, soutien aux activités intellectuelles, sensorielles et motrices, transport...), l'accompagnement et l'aide aux personnes dans les activités de la vie sociale et relationnelle (accompagnement dans les activités domestiques, de loisirs et de la vie sociale, soutien des relations sociales, assistance administrative...) à domicile ou à partir du domicile. Cet agrément peut être obtenu soit directement dans le cadre d'une demande au Préfet, soit par équivalence d'une autorisation du Conseil général au titre du Code de l'action sociale et des familles.

L'emploi d'un salarié par la personne âgée en perte d'autonomie

Lorsque l'APA est attribuée, son bénéficiaire peut choisir d'employer et de rémunérer une ou plusieurs personnes intervenant à son domicile (à l'exception de son conjoint, de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité). Dans ce cas, il devient lui-même employeur, soit directement, soit par le biais d'un service mandataire.

Les services mandataires

En choisissant un service mandataire, le bénéficiaire de l'APA reste l'employeur de la personne qui travaille à son domicile. Cependant, le service assure pour le compte du bénéficiaire toutes les formalités administratives (recrutement, contrat de travail, établissement du bulletin de salaire, déclaration à l'URSSAF, etc.).

c) L'APA en établissement

En établissement, l'APA aide ses bénéficiaires à acquitter le tarif dépendance. À ce titre, elle contribue à une meilleure prise en charge de la perte d'autonomie et améliore la vie des personnes âgées concernées.

Ce tarif dépendance est l'une des trois composantes de la nouvelle tarification des établissements. En effet, le coût du séjour dans un établissement accueillant des personnes âgées ayant perdu leur autonomie comprend désormais trois parties :

- Un tarif d'hébergement, réglé par la personne accueillie ou, en cas d'insuffisance de revenus, par l'aide sociale départementale.
- Un tarif soins, financé par l'assurance maladie.
- Un tarif dépendance réglé, grâce à l'APA, par les personnes ayant perdu leur autonomie et bénéficiant donc d'un soutien accru de la part de leur établissement d'accueil.

Dans le cadre général ainsi défini, l'APA est une allocation mensuelle, qui correspond à la différence entre le tarif dépendance de l'établissement correspondant au GIR du bénéficiaire et la participation au tarif dépendance laissée à sa charge. L'APA peut être versée au bénéficiaire ou - sur délibération du Conseil Général - directement à l'établissement concerné.

Le calcul de l'APA repose sur la combinaison de trois éléments :

- le GIR (groupe iso-ressources) du bénéficiaire, c'est-à-dire son degré d'autonomie ;
- les tarifs dépendance de l'établissement pour les différents GIR ;
- les ressources du bénéficiaire, qui vont déterminer le niveau de sa participation (c'est-à-dire la part du tarif dépendance laissée à sa charge).

Dans chaque établissement, il existe trois tarifs dépendance, correspondant respectivement aux GIR 1 et 2, aux GIR 3 et 4 et aux GIR 5 et 6 (le classement dans ces deux derniers GIR n'ouvrant pas droit à l'APA).

La participation du bénéficiaire est calculée de façon différente selon ses revenus.

2. Eléments de la réglementation concernant le « financement de la dépendance »

Les développements contenus dans ce paragraphe s'appuient sur une définition large du concept de dépendance : il s'agit d'avoir une vue d'ensemble des différents acteurs qui participent au financement des effets de la dépendance (en termes de prise en charge d'une partie du coût des soins, des services d'aide à domicile, de l'aménagement des logements, etc.).

2.1 Une multiplicité d'acteurs et de financeurs de la dépendance¹

Les diverses réponses apportées aux personnes âgées en perte d'autonomie ont tout d'abord été conçues comme des aides sociales (allocation compensatrice tierce personne pour les personnes âgées en 1975, prestation spécifique dépendance en 1997 puis allocation personnalisée d'autonomie en 2002) avant qu'un début d'institutionnalisation ne procède de la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées : ce texte crée en effet la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) dont le champ d'action s'étend à l'ensemble de la perte d'autonomie et accroît les sources de financement affectées à la prise en charge de la dépendance et du handicap en lui attribuant une fraction de la contribution sociale généralisée (CSG) perçue sur les revenus d'activité et en instituant une contribution solidarité autonomie.

La prise en charge de la dépendance des personnes âgées fait l'objet d'aides et de financements à travers de multiples circuits et divers contributeurs.

L'effort public consacré à la prise en charge de la dépendance est principalement financé par l'assurance maladie et par les départements.

L'Etat intervient essentiellement par le biais de dépenses fiscales.

a) Les dépenses de sécurité sociale

La contribution de l'assurance maladie comporte deux volets principaux :

- d'une part, la prise en charge des dépenses de soins des établissements et services sociaux et médicosociaux accueillant des personnes âgées ;

¹ Cf. rapport d'information de l'assemblée nationale, présenté par Mme ROSSO-DEBORD sur « La prise en charge des personnes âgées dépendantes », 23 juin 2010.

- d'autre part, le financement des dépenses d'hospitalisation et de soins de ville des personnes âgées dépendantes.

C'est la branche Maladie qui est le principal financeur de cette prise en charge des effets de la dépendance. Elle finance en effet les soins prodigués aux personnes âgées dépendantes que ce soit par un établissement hospitalier ou par la médecine de ville ou au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (remboursement des soins médicaux et paramédicaux). Elle finance également les services de soins infirmiers à domicile.

Il faut faire remarquer que la majorité des personnes âgées dépendantes bénéficie du statut d'ALD¹ (Affection de Longue Durée) et, pour l'affection concernée, sont pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie.

Les autres branches de l'assurance maladie participent également, même si c'est dans une moindre mesure, au financement de la dépendance.

La branche Vieillesse, en compensation de la prise en charge par l'APA des personnes en perte moyenne d'autonomie (dites en GIR 4) dont elle s'occupait jusqu'à la création de cette prestation, verse chaque année une contribution à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Par ailleurs, la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) mène auprès des retraités en situation de fragilité économique, sociale ou physique (personnes en GIR 5 et 6) une politique d'action sociale visant à améliorer leurs conditions d'existence et à prévenir ou à retarder chez eux la survenue du risque de perte de l'autonomie.

La branche Famille et la Mutualité sociale agricole (MSA) allouent sous condition de ressources des aides personnelles au logement qui, sans leur être spécifiquement destinées, peuvent être versées aux personnes âgées dépendantes résidant en institution ou à leur domicile.

En outre, la Caisse centrale de mutualité sociale agricole propose des actions de prévention, apporte un soutien aux aidants familiaux (groupes de formation et de parole, aides au répit, etc.), expérimente depuis 2005 des réseaux Alzheimer destinés à coordonner l'offre de soins et de services aux malades et à leurs aidants et a contribué à l'ouverture de 130 maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (MARPA), qui sont des unités de vie non médicalisées offrant un « chez soi » autonome à forte plus-value de services.

L'assurance maladie contribue également indirectement au coût de la prise en charge de la dépendance du fait de diverses réductions de cotisations sociales.

b) L'apport des départements : les conseils généraux assument la plus grande partie du financement de l'APA et participent au fonctionnement des EHPAD

Depuis les lois de décentralisation, les départements ont la charge de l'ensemble des prestations d'aide sociale au nombre desquelles l'aide sociale aux personnes âgées qui recouvre les dépenses de compensation de la perte d'autonomie (APA), celles de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) et plus marginalement, celles de l'aide à domicile.

¹ D'après le rapport de la Cour des Comptes de 2005 sur « La prise en charge des personnes âgées dépendantes ».

D'après la dernière étude disponible de la DREES sur les dépenses d'aide sociale des départements en 2006, le concours des Conseils Généraux aux dépenses en faveur des personnes âgées représentait environ 27 % de l'ensemble des dépenses nettes d'aide sociale des départements déduction faite des abondements de la CNSA.

C'est surtout depuis la création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) que la participation des départements à la prise en charge de la dépendance a fortement progressé. Ils en assurent aujourd'hui les deux tiers du financement.

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA), financée en majeure partie par les conseils généraux qui en assument la gestion et le service, bénéficie à une population plus large et plus nombreuse que l'ancienne prestation spécifique dépendance (PSD). Elle met à la charge des départements une dépense dont la croissance est régulière et qui est de moins en moins compensée par la solidarité nationale, *via* la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. En 2008, les dépenses brutes départementales d'APA ont financé l'accueil en établissement ou en famille d'accueil de près de 424 000 personnes âgées et le maintien à domicile de 658 000 personnes. Représentant 40 % de la dépense totale, les dépenses d'accueil en établissement ont progressé de 4 % entre 2007 et 2008 tandis que cette progression était de 6 % pour les dépenses de maintien à domicile.

L'aide sociale à l'hébergement (ASH), attribuée sous condition de ressources vise à prendre en charge une partie des frais d'hébergement des personnes âgées de plus de soixante-cinq ans à revenus modestes accueillies en maison de retraite ou en famille d'accueil.

c) Les financements dédiés complémentaires

Créée par la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, **la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)** a pour mission de contribuer au financement de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées dans le respect de leur égalité de traitement sur l'ensemble du territoire. Elle vient compléter les financements apportés par les conseils généraux et l'assurance maladie.

Cette loi a créé, dans le même temps, deux ressources fiscales nouvelles destinées spécifiquement à la prise en charge des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées, et directement affectées à la CNSA :

- d'une part, la contribution solidarité autonomie (CSA)¹, corollaire de la « journée de solidarité ». A propos de la journée de solidarité, il est à remarquer que l'affectation des sommes recueillies manque de lisibilité. De plus, une inégalité de contribution est créée dans la mesure où les professions libérales, les agriculteurs et les artisans ne

¹ La circulaire DSS/5B 2004-622 du 22 décembre 2004 indique que la contribution solidarité autonomie, instaurée par la loi relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées (loi 2004-526 du 30 juin 2004, JO du 1er juillet), au taux de 0,30 %, est due par tout employeur, public ou privé, au titre des personnes pour lesquelles il est redevable d'une cotisation patronale d'assurance maladie destinée au financement d'un régime français de base d'assurance maladie.

Concrètement, cela signifie que les actifs salariés des secteurs public et privé (cela ne concerne pas les travailleurs non salariés) doivent travailler une journée supplémentaire sans être rémunérés afin de participer au financement d'actions en faveur des personnes âgées et handicapées.

cotisent pas. Plus globalement, cette initiative démontre que chaque fois que l'on crée une dépense en perdant de vue l'objectif, le risque est de porter atteinte à la notion de solidarité ;

- d'autre part, la contribution additionnelle de 0,3 % au prélèvement social de 2 % assis sur les revenus du patrimoine et les produits de placement.

A ces deux ressources nouvelles, s'ajoute le versement, à la CNSA, d'une fraction de 0,1 % de la contribution sociale généralisée (CSG) perçue sur les revenus d'activité, ainsi que la participation des régimes obligatoires de base de l'assurance vieillesse.

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) a la responsabilité de la prise en charge des pertes d'autonomie tant des personnes handicapées que des personnes âgées et répartit ses recettes entre ces deux actions. Ainsi, selon le code de l'action sociale et des familles, la CNSA doit consacrer au secteur des personnes âgées :

- 40 % des ressources de la contribution solidarité autonomie (CSA) aux établissements et services qui accueillent des personnes âgées et 20 % de cette même contribution au financement de la prestation d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ;
- une fraction de CSA fixée chaque année par arrêté interministériels à diverses dépenses (animation, prévention, frais d'études), soit 10 millions d'euros en 2009 (arrêté du 18 novembre 2009) ;
- 5 à 6 % des recettes provenant de la contribution sociale généralisée (CSG) à la promotion des actions innovantes, à la formation des aidants et accueillants familiaux et à la professionnalisation des métiers de services ;
- 94 % du produit de la CSG au financement de l'APA.

Par ailleurs, la caisse affecte 50 % des produits financiers générés par ses placements de trésorerie au financement de l'APA, soit 22,7 millions d'euros en 2009 (crédits exécutés) et 15 millions d'euros en 2010 (projet de budget primitif). À la suite de la crise économique, ce financement a subi une baisse sérieuse si on le compare avec celui de 2008 qui atteignait un montant de 31 millions. De fait, la contribution de la CNSA au financement de l'APA diminue au cours des années laissant à la charge des départements une part de plus en plus importante du financement.

Description du système de calcul

La répartition du concours de la CNSA, entre les départements, au titre de l'APA, se décompose selon un calcul en 3 étapes :

1) La CNSA détermine un coefficient pondéré pour chaque département, à partir des quatre critères suivants :

- * le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans (pondéré à 50%) ;
- * le montant des dépenses obligatoires d'APA déclarées par les départements (20%) ;
- * le nombre de bénéficiaires du RMI (5%) ;
- * le potentiel fiscal qui est un critère de richesse fiscale de la collectivité (25%)

Les pourcentages obtenus sont additionnés et rapportés à 100%. Ce coefficient est d'autant plus élevé que la collectivité recense un grand nombre de bénéficiaires de l'APA et du RMI, qu'elle a d'importantes dépenses d'APA et un moindre potentiel fiscal. Le coefficient, appliqué au montant total des sommes que la CNSA consacrerà à l'APA, pour tous les départements, permet de répartir un montant provisoire entre les départements.

2) La CNSA vérifie ensuite que la charge nette supportée par chaque département, c'est-à-dire le montant de la dépense APA diminuée du montant provisoire, ne dépasse pas 30% de son potentiel

fiscal. Le cas échéant, les quelques départements concernés voient leurs charges nettes plafonnées. Le montant qu'ils ne supportent plus est alors réparti entre tous les autres départements. A contrario, cela signifie qu'ils perçoivent un versement complémentaire pour rester sous le seuil de 30% du potentiel fiscal. Cette péréquation implique de corriger la répartition du concours attribué à chaque département.

3) Après soustraction des acomptes déjà versés de ce concours définitif, la CNSA détermine le solde à verser à chaque département.

Les dépenses de l'APA prises en charge par les conseils généraux en 2008 étaient estimées à 4,9 M€. Ils ont été remboursés par la CNSA à hauteur de 1,6 M€, soit près de 33%.

d) Les exonérations fiscales et sociales

En réalité, l'Etat participe, pour l'essentiel, au financement de la dépendance, par le biais de mesures fiscales. Parmi celles-ci, il est difficile d'isoler celles qui touchent spécifiquement les personnes âgées.

Il est toutefois possible de distinguer trois ensembles :

- **premièrement, les mesures fiscales spécifiquement centrées sur le traitement de la dépendance.** Elles recouvrent deux dispositifs principaux : d'une part, l'exonération d'impôt sur le revenu des sommes perçues au titre de l'APA ; d'autre part, la réduction d'impôt sur le revenu au titre des frais de dépendance et d'hébergement pour les personnes dépendantes accueillies en établissement spécialisé ;

- **deuxièmement, les mesures fiscales liées à la prise en charge de l'invalidité et du handicap.** Il s'agit, d'une part, de la majoration du quotient familial pour les contribuables invalides (demi-part supplémentaire) ; d'autre part, du crédit d'impôt pour dépenses d'équipements de l'habitation principale en faveur de l'aide aux personnes, ainsi que de l'application du taux réduit de TVA (5,5 %) pour les ventes d'équipements spéciaux pour personnes âgées et handicapées ;

- **troisièmement, les mesures fiscales dont peuvent bénéficier les personnes âgées - c'est-à-dire les personnes de plus de soixante ou soixante-quinze ans - mais qui ne sont pas spécifiquement dédiées à celles d'entre elles qui sont dépendantes et qui ne sont pas directement liées à la perte d'autonomie.** Cette dernière catégorie regroupe plusieurs dispositifs, notamment : l'abattement d'impôt sur le revenu des personnes âgées ou invalides de condition modeste ; la réduction d'impôt sur le revenu au titre de l'emploi par les particuliers d'un salarié à domicile ; l'abattement de 10 % sur le montant des pensions et des retraites pour l'impôt sur le revenu ; l'exonération de taxe foncière sur les propriétés bâties en faveur des personnes âgées ou de condition modeste ; l'exonération de taxe d'habitation en faveur des personnes âgées, handicapées ou de condition modeste, etc.

2.2 Le financement des EHPAD

Depuis 1997, est mis en place dans les unités de soins de longue durée et dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées, un processus dit de médicalisation, destiné à assurer entre les établissements, une plus grande égalité des coûts des prises en charge et à améliorer la qualité globale de cette prise en charge.

Désormais, une convention pluriannuelle tripartite est signée entre l'établissement, le Président du conseil général et le directeur général de l'agence régionale de santé (depuis la mise en place des ARS, auparavant, cela relevait de la mission du représentant de l'État dans le département). Cette convention définit les conditions de fonctionnement de l'établissement

sur le plan budgétaire et en matière de qualité de la prise en charge des personnes âgées (accueil et information des résidents, qualité des soins, soins palliatifs, etc.).

Ce processus passe également par une réforme de la tarification applicable dans les établissements sociaux et médicosociaux (loi du 24 janvier 1997).

Auparavant, les recettes des établissements comprenaient, d'une part, le paiement par les résidents d'un prix de journée d'hébergement, d'autre part, le paiement par l'assurance maladie de différents forfaits soins variant selon le type d'établissement (forfaits de soins courants, forfaits de section de cure médicale et forfaits de soins de longue durée).

Une des principales innovations de la réforme engagée en 1997 a reposé sur l'introduction d'une **prise en charge spécifique de la dépendance**, à côté de l'hébergement et des prestations de soins.

Désormais, le budget des établissements médicosociaux est donc composé de **trois sections tarifaires distinctes et étanches** :

- un **tarif hébergement**, arrêté par le président du conseil général et acquitté par le résident. Ce tarif recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation de la vie sociale de l'établissement, ainsi que la totalité des amortissements des coûts mobilier et immobilier (construction ou travaux d'aménagement). Les résidents ayant des revenus modestes peuvent bénéficier totalement ou partiellement d'une prise en charge de ce tarif hébergement par l'aide sociale départementale, sachant que les conseils généraux peuvent faire appel aux obligés alimentaires. Cette aide sociale peut en outre faire l'objet d'une récupération sur succession ;
- un **tarif soins**, arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé et acquitté par l'assurance maladie, sous forme d'une dotation globale dite forfait. Le tarif soins recouvre les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques, les prestations paramédicales liées à l'état de dépendance et les dépenses de dispositifs médicaux non individualisés ;
- un **tarif dépendance**, arrêté par le président du conseil général et acquitté par le résident, lequel peut bénéficier d'une allocation personnalisée d'autonomie. Il recouvre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie.

Chaque poste de dépenses est rattaché à une seule section tarifaire, aucune charge d'exploitation ne peut s'imputer à la fois sur la section dépendance et sur la section soins, à l'exception des rémunérations des aides-soignants et des aides médico-psychologiques réparties à hauteur de 30 % sur la section dépendance et à hauteur de 70 % sur celle des soins. De même, les rémunérations des agents des services hospitaliers sont réparties à hauteur de 30 % sur la section tarifaire dépendance et à hauteur de 70 % sur celle de l'hébergement.

En conclusion de ce propos financier, il est à remarquer que l'ensemble de ces financements ne couvre pas la totalité des coûts induits par la survenue d'un état de dépendance. En effet, l'aide dispensée aux personnes âgées dépendantes ne couvre pas la totalité des besoins.

PREMIÈRE PARTIE

LES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

Au 1^{er} janvier 2010, d'après les projections de l'INSEE, la population française compte 64,7 millions d'habitants.

Depuis 2007, les premières générations du baby-boom ont atteint l'âge de 60 ans. Désormais, la catégorie des 20-59 ans diminue tandis que la part des personnes de 60 ans ou plus augmente : elle représente aujourd'hui près de 23% de la population totale.

La catégorie des personnes de 75 ans ou plus augmente encore plus : en 20 ans, leur nombre a augmenté de plus de 1 700 000, soit une hausse de 45% (alors que dans le même temps, l'effectif des moins de 20 ans a diminué de 3%)¹.

Ces quelques chiffres dessinent les contours d'un défi important pour la société française, le défi que pose le vieillissement de la population.

Lorsque le système de retraite a été mis en place à la fin de la seconde guerre mondiale, le vieillissement, perçu comme un risque, ainsi que la retraite, ne concernaient qu'un nombre limité de personnes. Aujourd'hui, la situation est différente : sous l'effet cumulé de la baisse continue de la fécondité depuis le XIX^{ème} et d'une baisse de la mortalité, la population française vieillit.

En effet, grâce aux progrès de la médecine, de l'alimentation et l'amélioration globale des conditions de vie le temps de vie en bonne santé (espérance de vie sans incapacité) s'allonge (il est de 63,1 ans pour les hommes et de 64,2 ans pour les femmes²) et l'âge moyen d'apparition de la grande dépendance est estimé à 85 ans.

Une véritable révolution silencieuse se dessine, celle de la fin des trois âges de la vie. En effet, après la jeunesse (éducation-formation) et l'âge adulte (la vie active), la retraite ne se réduit plus aux seules notions de vieillesse, de maladie, d'incapacité et de dépendance.

Les 20 ou 30 ans de la vie après le départ en retraite sont ainsi progressivement différenciés :

- Les seniors actifs entre 60-75 ans ;
- 75-85 ans, l'âge des « poly-mini-handicaps » mais en situation d'autonomie ;
- Et les plus de 85 ans, qui peuvent être confrontés à la dépendance physique et/ou psychique. Cette période est appelée par certains analystes, la « déprise ».

La retraite ne correspond plus à un public homogène. En cela, on peut dire que vieillissement est une idée neuve.

Cette évolution devrait se poursuivre puisqu'en termes de perspectives, les projections estiment qu'en 2030, les plus de 60 ans seront plus nombreux que les moins de 15 ans en France. La connaissance des catégories de populations des seniors, des retraités ou du grand âge, de leurs besoins, de leurs aspirations, de leurs ressources constitue un enjeu important puisque la société va devoir trouver des réponses adaptées à ce nouveau défi.

Le CESER Midi-Pyrénées a décidé de se saisir de cette question en se focalisant non pas sur une tranche d'âge mais sur une situation, celle de la dépendance physique et psychique, autrement dit la diminution des capacités motrices et sensorielles due à l'âge.

¹ Source : INSEE, bilan démographique.

² Source : INSEE, 2007.

I. QUI SONT LES PERSONNES AGÉES ? QUI SERONT-ELLES DEMAIN ?

1. Panorama de la situation : aspects comparatifs entre la France et Midi-Pyrénées

1.1 Généralités et points de repères démographiques

Au 1^{er} janvier 2008¹, Midi-Pyrénées compte 2 837 500 habitants. La région est la plus vaste région de France, tout en étant à la fois peu et inégalement peuplée. Il existe en particulier un important déséquilibre entre Toulouse et son agglomération d'un côté et le reste du territoire de l'autre.

Depuis une vingtaine d'années, la région se caractérise par une vitalité démographique importante, en particulier autour de Toulouse, essentiellement due à l'installation de nouveaux habitants. Même si des disparités importantes existent selon les départements et qu'une part importante du territoire régional reste composée de zones très peu peuplées, depuis 1999, la population midi-pyrénéenne croît actuellement près de deux fois plus vite qu'ailleurs en métropole.

Malgré cette vitalité démographique, Midi-Pyrénées reste l'une des régions françaises parmi les plus rurales, et dont la population est la plus âgée (si l'on exclut l'aire urbaine de Toulouse).

Notre région compte en effet une part plus importante de personnes âgées que la moyenne nationale : 11,6% de personnes âgées de 75 ans et plus en Midi-Pyrénées contre 9,1% au niveau national, ce qui place la région au 5^{ème} rang des régions les plus « âgées ». Ce groupe d'âge a progressé de plus de 26% en 15 ans².

Dans la région, seul le département de la Haute-Garonne affiche un taux inférieur à la moyenne nationale (7.2%), même si ce département concentre 30% de la population régionale âgée de 75 ans ou plus.

Le vieillissement démographique est accentué dans les départements les plus ruraux de la région comme l'Aveyron, le Lot, le Gers, qui comptent plus de 12% de personnes âgées de plus de 75 ans (8% en moyenne nationale). Dans le Lot, le Gers et l'Aveyron, près d'un habitant sur quatre a plus de 65 ans.

La répartition des personnes âgées diffère sensiblement de ce que l'on retrouve en moyenne nationale puisque plus de 4 personnes âgées sur 10 vivent dans l'espace rural contre 18% en moyenne nationale.

La population âgée est en nette augmentation puisqu'entre 1999 et 2006, le nombre de personnes âgées est passé de 224 700 à 277 400, soit une augmentation de 23.4%.

Ce phénomène de vieillissement est directement lié à l'espérance de vie qui est en Midi-Pyrénées meilleure que la moyenne nationale.

Cette spécificité rend particulièrement légitime la réflexion du CESER sur le thème de la dépendance de cette population.

¹ Vieillir en Midi-Pyrénées.

² FlashInfo n°44.

**Proportion des personnes âgées
de 75 ans et plus en Midi-Pyrénées**

Départements	Part dans la population totale
Ariège	12,1
Aveyron	12,8
Haute-Garonne	7,2
Gers	12,8
Lot	12,8
Hautes-Pyrénées	11,8
Tarn	11,8
Tarn-et-Garonne	10,5

Source : INSEE, RP 2006 – Exploitation ORSMIP

	1999	2006	Evolution (en %)
60-74 ans	393 553	393 357	0,0
75 et plus	224 679	277 357	23,4
Population totale	2 552 696	2 776 821	8,8

Source : INSEE, RP 2006, Projections 2007

Par ailleurs, tout en faisant preuve d'une vitalité économique certaine, la région Midi-Pyrénées présente toutefois des situations de précarité plus nombreuses que la moyenne nationale : plus de 12,5% des Midi-Pyrénéens vivent sous le seuil de pauvreté¹, contre 11,7% au niveau national, ce qui place la région au 7^{ème} rang des régions métropolitaines par l'importance de son taux de pauvreté. Ce taux de pauvreté élevé tient essentiellement au caractère rural de la région (1/3 de la population, contre 1/4 en France de province). Les personnes seules et les familles monoparentales sont plus exposées que les autres au risque de pauvreté comme dans le reste de la France. La région se démarque de la moyenne nationale

¹ En France et en Europe le seuil de pauvreté est fixé de façon relative. Est considérée comme pauvre une personne dont les revenus sont inférieurs à un certain pourcentage du revenu dit « médian » revenu qui partage la population en deux parties égales.

Ce pourcentage est de plus en plus souvent fixé à 60 %. En France, un individu peut être considéré comme "pauvre" quand ses revenus mensuels sont inférieurs à 949 euros (données 2008). Le revenu pris en compte est le revenu dit « disponible », c'est-à-dire après impôts et prestations sociales.

Pour tenir compte de la composition des ménages, on élève ce seuil en fonction du nombre de personnes du foyer (adultes et enfants, l'âge de ces derniers, de plus ou de moins de 14 ans, entrant également en compte). Le seuil de pauvreté mensuel selon le type de ménage est :

- Pour les personnes seules : 908 euros.
- Pour les familles monoparentales avec un enfant de moins de 14 ans : 1 181 euros.
- Pour les familles monoparentales avec un enfant de 14 ans ou plus : 1 362 euros.
- Pour les couples sans enfant : 1 362 euros.
- Pour les couples ayant un enfant de moins de 14 ans : 1 635 euros.
- Pour les couples ayant un enfant de 14 ans ou plus : 1 817 euros.
- Pour les couples ayant deux enfants de moins de 14 ans : 1 907 euros.
- Pour les couples ayant deux enfants, dont un de moins de 14 ans : 2 089 euros.
- Pour les couples ayant deux enfants de plus de 14 ans : 2 271 euros.

par une pauvreté plus fréquente des personnes âgées de 65 ans et plus, dont le taux de pauvreté atteint 12%, contre 7,8% au niveau national¹.

Les populations âgées les plus fragilisées vivent dans les zones rurales et dans certains quartiers urbains.

Ces caractéristiques régionales et en particulier le vieillissement de la population induisent des besoins croissants de prise en charge en matière sanitaire et médico-sociale.

1.2 Où vivent les personnes âgées de Midi-Pyrénées ?

Une majorité de personnes âgées vit à domicile : c'est le cas de 95% des personnes âgées de 60 ans ou plus et 90% des 75 ans et plus.

Cependant, à partir de 85 ans 22% des personnes vivent en « collectivité ».

C'est le plus souvent lorsqu'elles se trouvent en situation de dépendance importante qu'elles quittent leur logement et sont accueillies dans des structures de type maisons de retraite, logements foyers, unités de soins de longue durée ou centres d'hébergement temporaire.

Age	60-74	75-84	85 et +
En ménage ordinaire*	98,5	94,4	77,4
En établissement pour personnes âgées	1,2	5,1	21,9
Autre**	0,3	0,5	0,7
Ensemble	100,0	100,0	100,0

* Y compris en logements-foyers ** autres collectivités, habitation mobile, sans abris

Source : INSEE, RP 2006 Exploitation ORSMIP

a) A domicile

A domicile, la cohabitation reste supérieure à la moyenne nationale et demeure donc une des spécificités du sud-ouest.

Toutefois, le pourcentage des personnes âgées de 75 ans ou plus vivant seules a légèrement progressé, ce qui constitue peut-être le signe d'un risque d'isolement, en particulier en milieu urbain et dans certains secteurs de montagne.

Les personnes âgées seules sont souvent des femmes : près d'une sur deux vit seule.

Ce sont aussi des personnes très âgées, puisque 42,8% des 80 ans ou plus vivent seules.

¹ Source: INSEE « Une approche de la précarité en Midi-Pyrénées – Tableaux de bord – édition 2009 (données 2007) ».

Le mode de cohabitation des 75 ans ou plus en 2006 (en %)

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Midi-Py.	France Mét.	Midi-Py.	France Mét.	Midi-Py.	France Mét.
Seules	20,6	21,5	49,0	56,3	37,6	43,1
En couple sans enfant	66,4	68,5	30,9	29,5	45,1	44,3
En cohabitation	13,0	10,0	20,1	14,2	17,3	12,6

Source : INSEE RP 2006 – exploitation ORSMIP

**Les personnes âgées de Midi-Pyrénées en 2006
selon le mode de cohabitation et selon l'âge (en %)**

	60-74 ans	75-79 ans	80 ans ou +
Seules	20,3	31,3	42,8
En couple sans enfant	63,8	54,7	37,2
En cohabitation	15,9	14,0	20,0

Source : INSEE RP 2006 – exploitation ORSMIP

b) En établissement

Parmi les 5 % de la population régionale âgée de 60 ans et plus qui vit dans une institution :

- Moins de 1 % a entre 60 et 74 ans,
- 5 % a entre 75 et 84 ans,
- 23 % a entre 85 et 94 ans
- 52 % a 95 ans et plus.

Fin 2007, 33 700 personnes âgées vivent dans des structures d'hébergement de Midi-Pyrénées¹. Plus de huit résidents sur dix sont accueillis dans des établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)².

Le profil des résidents en EHPAD

Leur âge moyen est de 84 ans et demi (en légère augmentation).

Les trois quarts sont des femmes.

2 personnes sur 5 sont lourdement dépendantes (GIR 1 et 2).

Ces pensionnaires sont présents en moyenne dans l'institution depuis 4 ans.

Ils y sont entrés en moyenne à 80 ans (là aussi en légère augmentation : 78,1 ans en 2003).

1 résident sur 2 est autonome pour s'alimenter, se déplacer dans l'établissement. Un tiers seulement est en capacité de communiquer et de s'orienter dans le temps et l'espace.

Les 75-84 ans représentent le tiers des résidents. Plus de la moitié des effectifs (54 %) est âgée de 85 ans et plus.

Le renouvellement des résidents est important (fin 2007 : 10 800 sorties, dont 65% sont des décès).

¹ Source : enquête EHPA 2007.

² Il faut dire que la majorité des structures d'hébergement, du fait de l'évolution de leur médicalisation, sont devenues des EHPAD.

	Effectifs au 31.12.2007	Age moyen à l'entrée	Dépendance GIR 1 et 2
Maison de retraite	25 405	80,5	47,1 %
Logements foyers	5 199	79,2	17,4 %
Unités de soins de longue durée	2 733	79,8	88,9 %
Etablissement d'accueil temporaire	338	82,8	17,6 %
Ensemble	33 675	80,3	45,9 %

Source : DRASS, enquête EHPA 2007

Les entrées en établissement d'hébergement se font à un âge moyen de plus en plus élevé du fait notamment du développement des dispositifs de maintien à domicile : l'âge moyen d'entrée est aujourd'hui autour de 83 ans et demi pour les femmes et de 80 ans pour les hommes.

En Midi-Pyrénées, 85 % des pensionnaires ont intégré un établissement situé dans le département de leur résidence principale. Avant leur entrée dans la structure, sur dix personnes, six vivaient à leur domicile ou celui d'un proche, une résidait dans un autre établissement pour personnes âgées, trois étaient hospitalisées dans un établissement de soins ou dans un établissement psychiatrique ou pour adultes handicapés.

D'une ancienneté moyenne de quarante ans, les deux tiers des structures ont fait l'objet d'une rénovation importante vers la fin des années 90. Trois chambres sur quatre sont des chambres individuelles et la moitié des logements sont des F1 bis. Les établissements sont facilement accessibles et possèdent un bon niveau de confort sanitaire et de base.

1.3 La situation sociale des personnes âgées vivant en Midi-Pyrénées

Comme cela a été rappelé dans le préambule du présent rapport, la mise en place et le développement des régimes de retraites après 1945 en France a résulté de la volonté de lutter contre le phénomène de la pauvreté des personnes âgées.

L'amélioration progressive des droits dans les années qui ont suivi a limité les situations de pauvreté chez les personnes de plus de 65 ans. Progressivement, parmi les ménages vivant au-dessous du seuil de pauvreté, la proportion de retraités a diminué, devenant inférieure à la population dans son ensemble. De plus, le nombre de titulaires du minimum vieillesse a été divisé par près de 3,5 (entre 1970 et 2004).

Alors, qu'en 1970, le niveau de vie moyen des retraités représentait 60 % de celui des actifs, aujourd'hui, il tend à s'équilibrer puisque, selon les données fiscales, en 2004, ce niveau de vie moyen s'élevait à 17 434 € pour les ménages de retraités et à 19 315 € pour les ménages d'actifs.

Si, d'après ces données, le niveau de vie des retraités est inférieur de presque 10 % à celui des actifs¹, c'est parce qu'elles ne tiennent pas compte de l'ensemble des revenus du patrimoine.

¹ Ces chiffres sont relativement stables depuis une dizaine d'année, et représentent une amélioration sensible par rapport aux décennies passées : le rapport du niveau de vie moyen des ménages retraités par rapport à ceux des

En les intégrant, la différence entre les retraités et les actifs se réduit car le patrimoine des retraités est supérieur à celui des actifs¹.

Les retraités français, qui représentent 25 % de la population, sont en effet aujourd'hui détenteurs d'un patrimoine immobilier important : 72 % sont propriétaires de leur logement (contre 57 % en moyenne nationale) et ils possèdent 40 % du patrimoine total du pays. Toutefois, comme le souligne le Comité d'Orientation des retraites dans son rapport de 2007, ce constat est à nuancer en raison notamment de l'extrême dispersion observée dans la détention de patrimoine au sein de la population.

Cependant, il semble que le vieillissement massif de la population risque de déstabiliser l'équilibre du système actuel de protection sociale et que la tendance à l'amélioration des conditions de vie des retraités pourrait s'arrêter voire s'inverser.

Ainsi, les projections établies par différents organismes laissent penser que l'écart entre le niveau de vie des retraités et celui des actifs pourrait se creuser (en défaveur des premiers) dans les années à venir avec un pic en 2015.

Cette rupture de la tendance à l'augmentation des ressources des personnes âgées commence à apparaître dans certains domaines : ainsi, en ce qui concerne le taux d'effort lié au logement, si celui-ci décroît généralement avec l'âge, le constat est qu'il a aujourd'hui tendance à remonter dès l'âge de la retraite. Cette hausse significative est notamment très visible chez les retraités locataires, car leurs revenus baissent au moment où ils cessent leur activité, alors que la «charge logement» demeure, elle, inchangée.

Les facteurs explicatifs de la fin de cette « parenthèse heureuse » d'un niveau de vie des retraités en augmentation sont de plusieurs ordres, notamment :

- Le fait que vont arriver à l'âge de la retraite les générations qui ont connu des discontinuités en matière d'emploi : chômage, temps partiel, emplois aidés.
- Le fait que les pensions de retraite ne sont plus indexées sur les salaires mais sur les prix, ce qui est moins favorable lorsque l'inflation est basse (comme actuellement).
- Le fait que les fins de carrière sont plus chaotiques : 40 % des Français de 55-59 ans ne travaillent pas (chômage, pré-retraite, invalidité, retraites), ce qui aura nécessairement un impact sur le niveau de leurs pensions.
- Le fait que les pensions du secteur privé, depuis 1993, soient désormais calculées sur les 25 meilleures années (et non plus les dix meilleures années).

Le montant des pensions de base moyennes brutes, en 2007, s'élève à 836 euros².

Les associations caritatives sur le terrain font d'ores et déjà le constat d'une augmentation des situations de pauvreté chez les personnes âgées. Un rapport d'avril 2010 du collectif Alerte et de l'UNIOPSS indique ainsi que l'on observe :

- « *une augmentation significative de la présence de personnes âgées dans les lieux d'accueil, de demandes d'aide financière, médicale, etc.* »,
- « *les restes-à-vivre sont de plus en plus maigres* ».

actifs est ainsi passé de 62 % en 1970 à 72 % en 1979, 81 % en 1990 et 91 % en 1996.

¹ Il faut toutefois nuancer ces propos en rappelant que les revenus moyens recouvrent des différences de situation importantes : en particulier, les retraités les plus âgés (plus de 70 ans) ont un niveau de vie plus faible que la moyenne. Il en va de même pour les femmes, surtout lorsqu'elles vivent seules et ne bénéficient que de droits dérivés (pensions de réversion).

² Source : INSEE.

Parmi les publics les plus exposés : les femmes seules, notamment en milieu rural, les retraités qui ne sont pas propriétaires de leur logement ou encore les retraités issus de l'immigration, aux salaires souvent plus modestes et qui ont peu épargné durant leur vie active.

D'après certaines projections, le risque de pauvreté est encouru par un sixième des personnes âgées de l'Union européenne, avec une estimation deux fois plus élevée pour les 15 anciens Etats membres.

En résumé, la représentation des personnes âgées comme une catégorie garantie par la retraite et l'épargne et propriétaires de leur logement qui mettaient à l'abri du besoin toute une génération, doit être remise en cause.

a) La précarité des personnes âgées en Midi-Pyrénées¹

Deux allocations permettent d'atteindre le niveau du minimum vieillesse (qui s'élève, au 1^{er} avril 2010 à 8.507,49 € par an, soit 708,95 € par mois pour une personne seule et à 13.889,62€ par an, soit 1157,46 € par mois pour un couple) :

- L'Allocation supplémentaire du minimum vieillesse (AS) ;
- L'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), entrée en vigueur au début de l'année 2007 et qui a vocation à remplacer progressivement l'AS.

En Midi-Pyrénées, ces allocations apportent un complément de ressources à 33 000 retraités de 65 ans ou plus, n'ayant jamais ou pas assez cotisé, pour atteindre le seuil du minimum vieillesse. Les allocataires sont, pour l'essentiel, rattachés au régime général (57 % des allocataires) et au régime agricole (28 %). Dans la région, la part du régime agricole est deux fois plus importante que dans l'ensemble des régions de métropole et la proportion d'allocataires parmi les 65 ans et plus dépasse la moyenne nationale.

Le nombre d'allocataires a diminué de 4,7 % en 2008 par rapport à 2007, soit plus qu'au niveau national où la baisse n'est que de 1,9 %. La revalorisation progressive du montant des retraites et l'augmentation du nombre de carrières complètes chez les femmes entraînent une baisse mécanique du nombre d'allocataires de l'AS-ASPA depuis sa création. Cependant, depuis 2003, la baisse ralentit dans la région comme au niveau national : le nombre d'allocataires diminue de 3,7 % en moyenne annuelle entre 2003 et 2008, contre 8,3 % entre 1993 et 2003.

La population des allocataires reste majoritairement féminine, dans la région particulièrement : fin 2007, 62 % des bénéficiaires sont des femmes, contre 59 % au niveau national. Cette proportion est stable sur les dernières années.

Près de 73 % des allocataires vivent seuls dans la région quand ils ne sont que 68 % au niveau national. La proportion d'hommes seuls, nettement supérieure en Midi-Pyrénées explique cette différence : en Midi-Pyrénées 50 % des hommes allocataires vivent seuls contre 41 % au niveau national. Pour les femmes, il n'y a pratiquement pas de différence entre la région et la moyenne française, mais la proportion de femmes bénéficiant de l'ASPA vivant seules est beaucoup plus importante que celle des hommes (87 %).

¹ Sources : « Une approche de la précarité en Midi-Pyrénées - Tableaux de bord / édition 2010 (données 2008) ». DRJSCS - Aromsa - Draaf - Pôle emploi - Fédération des Caf - Cram - Insee Midi-Pyrénées, ainsi que le zoom sur l'Allocation de Solidarité aux personnes âgées publié par les mêmes organismes en 2009.

b) Les conséquences possibles sur la dépendance

Les situations de précarité financière doivent retenir notre attention car elles correspondent à des situations de vulnérabilité qui peuvent avoir un impact sur la santé et les besoins d'aide. Il existe aujourd'hui d'importantes inégalités en ce qui concerne le niveau de vie des personnes âgées.

En Midi-Pyrénées, fin 2007, plus de 34 000 personnes bénéficiaient de l'Allocation Supplémentaire et de l'allocation de Solidarité accordées aux personnes âgées. Le Gers, le nord de l'Aveyron et Toulouse sont particulièrement concernés et les cantons les plus touchés sont localisés dans l'Ariège et dans l'Aveyron.

1.4 Quel est l'état de santé des personnes âgées de la région ?

Au niveau national et plus encore au niveau régional, le constat est celui d'un recul marqué de la mortalité. L'espérance de vie à 60 ans est supérieure à la moyenne nationale mais les disparités de santé infra régionales se retrouvent aussi pour les personnes âgées avec des niveaux de mortalité supérieurs en Ariège et dans les Hautes-Pyrénées, particulièrement chez les hommes.

L'espérance de vie sans incapacité est également en augmentation continue depuis plusieurs années et les problèmes d'incapacité tendent à se concentrer en fin de vie.

Une situation régionale relativement favorable en termes d'espérance de vie

	Hommes	Femmes
Espérance de vie à la naissance en 2006		
Midi-Pyrénées	78,5	84,5
France métropolitaine	77,3	84,1
Espérance de vie à 60 ans en 2005		
Midi-Pyrénées	22,1	26,6
France métropolitaine	21,4	26,2

Sources INSEE - INED

L'augmentation de l'espérance de vie est le résultat de l'amélioration des conditions de vie et du progrès médical (amélioration des traitements et de la prise en charge des malades).

Mais l'état de santé des personnes âgées est marqué par la prédominance des maladies chroniques. En effet, près de la moitié des personnes âgées de 65 ans et plus bénéficient d'une exonération au titre d'une ALD. Les personnes âgées souffrant de maladies chroniques ont besoin de soins dans le deux sens du terme, de services à la personne.

Chaque année, 34.6% des admissions en affection de longue durée concernent les personnes âgées de 75 ans ou plus. Les tumeurs (plus de 3 800 personnes âgées en moyenne par an), les maladies cardiovasculaires (plus de 8 500 cas par an), la maladie d'Alzheimer (et les syndromes apparentés) et le diabète sont les principaux motifs d'admissions en ALD. Ces affections sont sources potentielles de perte d'autonomie et affectent la vie quotidienne. Elles exposent les individus atteints à des inégalités d'accès aux soins et aux services liées aux ressources et au milieu socioculturel.

Parmi ces affections, la maladie d'Alzheimer ou les syndromes apparentés prennent une place toute particulière par leur impact et les problèmes qu'ils posent en termes de prise en charge et d'accompagnement.

a) Les personnes âgées dépendantes à domicile

Les premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé en Ménages ordinaires (HSM), réalisée en 2008 par la DREES et l'INSEE, permettent de faire une estimation du niveau d'autonomie et de dépendance des adultes et personnes âgées vivant à domicile en appliquant les taux observés à l'échelle nationale à la population régionale.

Cette enquête se fonde sur une approche large de l'autonomie et de la dépendance prenant en compte les incapacités au quotidien ainsi que l'environnement social et physique des personnes.

L'enquête Handicap-Santé en Ménages ordinaires (HSM) distingue quatre groupes de personnes selon leur degré d'autonomie

- **Personnes autonomes**, qui ne rencontrent pas de difficultés dans la vie quotidienne, ou des difficultés peu marquées et plutôt isolées, sans conséquence sur l'autonomie.
- **Personnes en situation d'autonomie modérée**, qui présentent des difficultés motrices (marcher, porter des charges, se baisser) et cognitives (problèmes de mémoire) et des difficultés pour réaliser certaines tâches de la vie courante (courses, ménage, démarches administratives). Ces personnes ne subissent pas de restriction dans les activités essentielles du quotidien.
- **Personnes dépendantes**, qui rencontrent les mêmes limitations avec une fréquence plus élevée des problèmes d'incontinence et quelques difficultés sur les activités essentielles de la vie (se laver ou s'habiller).
- **Personnes fortement dépendantes**, qui rencontrent des difficultés majeures dans tous les domaines : limitations physiques et cognitives, difficultés fréquentes dans les actes de la vie courante.

Selon cette enquête, les personnes âgées de 60 à 79 ans restent majoritairement (à 83%) autonomes. En revanche, parmi les 80 ans et plus :

- 11,2% sont dépendantes, dont 70% qui déclarent une paralysie complète ou partielle, 80% des difficultés cognitives graves et 53% une restriction absolue pour se laver ou s'habiller (aide professionnelle pour les tâches ménagères et la toilette).
- 2,5% sont fortement dépendantes, cumulant toutes les difficultés.

Ces estimations des personnes âgées dépendantes peuvent être rapprochées du nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile dans la région.

Description des profils types d'autonomie et de dépendance d'après l'enquête Handicap Santé, 2008

Profils	60-79 ans		80 ans et +		Ensemble
Autonomes	83,0%	423 529	59,4%	95 300	518 829
Modérément autonomes	13,7%	69 908	26,8%	42 997	112 905
Dépendants	2,7%	13 778	11,2%	17 809	31 587
Fortement dépendants	0,6%	3 062	2,5%	4 011	7 073

b) Les personnes âgées dépendantes en établissement

En établissement, quatre résidents sur cinq sont considérés comme dépendants (GIR 1 à 4). Les femmes sont généralement plus dépendantes que les hommes (81 % contre 75 %). Toutefois, ce niveau d'évaluation ne concerne qu'un résident sur deux dans les logements foyers qui accueillent des personnes ayant une autonomie plus importante.

Les personnes lourdement dépendantes, évaluées dans les GIR 1 et 2, représentent 46 % des résidents. Toutefois, ce pourcentage varie fortement selon le type de structures passant de 47 % dans les maisons de retraite à 89 % dans les unités de soins de longue durée qui prennent en charge des patients à très faible autonomie et dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale continue.

Toutes catégories d'établissements confondues, près d'un résident sur deux est autonome pour s'alimenter et se déplacer dans l'établissement. Ils ne sont plus qu'un tiers en capacité de communiquer et de s'orienter dans le temps et l'espace. Faire sa toilette sans aide n'est réalisé que par 16 % des résidents et s'habiller seul par 27 % d'entre eux.

c) L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en chiffres en Midi-Pyrénées

Au 31 décembre 2008, Midi-Pyrénées comptait 69 500 bénéficiaires de l'APA¹.

Le nombre de bénéficiaires a progressé de manière très importante au début mais cette progression tend à se ralentir : + 6% entre 2005 et 2006, + 4,1% entre 2006 et 2007, + 2,7% entre 2007 et 2008.

Il y a toutefois des disparités départementales : + 5,4% en Haute-Garonne contre 0,3% dans le Tarn.

Des contrastes existent aussi selon le degré de dépendance : en effet, l'évolution de la demande d'APA des personnes modérément dépendantes (GIR 3 et 4) se stabilise, contrairement à l'évolution de l'attribution de l'APA aux personnes très dépendantes (GIR 1 et 2) qui augmente proportionnellement plus depuis deux ans (essentiellement dans les EHPAD).

Avec 246 bénéficiaires de l'APA pour 1000 habitants de 75 ans et plus, la région se situe à un niveau bien supérieur à la moyenne nationale (216 pour 1000). Cette proportion varie de 229 pour 1 000 dans le Tarn à 272 pour 1 000 en Tarn-et-Garonne.

Cette variabilité du nombre d'allocataires s'explique en grande partie par :

- le caractère urbain ou rural du département,
- la proportion de retraités percevant le minimum vieillesse,
- la part d'agriculteurs ou d'ouvriers dans la population active.

• L'APA à domicile en Midi-Pyrénées

La région compte plus de bénéficiaires de l'APA à domicile qu'en moyenne nationale : 68% contre 62%, confirmant l'hypothèse d'une tradition rurale familiale dans la région où la cohabitation entre les générations a longtemps été forte et d'une certaine réticence multifactorielle à l'accueil institutionnel.

¹ « L'APA en Midi-Pyrénées en 2008 », FlashInfo, n°45, juillet 2009, DRASS Midi-Pyrénées.

En 2008, 47 168 personnes âgées bénéficient de l'APA à domicile en Midi-Pyrénées, soit 1 200 de plus qu'en 2007.

Elles constituent 68% de l'ensemble des bénéficiaires, proportion qui reste supérieure de 6 points à la moyenne nationale. Là aussi, on repère toutefois des disparités départementales : de 57% en Aveyron, où l'offre de places en maison de retraite est très développée, à plus de 70% dans les départements de l'Ariège et du Tarn-et-Garonne.

Les bénéficiaires de l'APA relevant du GIR 4 représentent 60% de l'ensemble des bénéficiaires de l'APA à domicile ; 19% des bénéficiaires ont une dépendance lourde (GIR 1 et 2).

Le montant mensuel moyen des plans d'aide pour les bénéficiaires (tous GIR confondus), résidant à domicile, est de 452 euros au dernier trimestre 2008. En augmentation de 1,5%, il reste inférieur à celui observé au niveau national (494 euros).

La prise en charge par les Conseils Généraux est stable depuis deux ans : 86% du plan d'aide valorisé (82% au plan national). En décembre 2008, près de 8 bénéficiaires sur 10 doivent acquitter un ticket modérateur de 84 euros en moyenne, alors qu'il est de 114 euros au niveau national.

Le montant mensuel du plan d'aide varie en fonction du degré de perte d'autonomie, de 1 003 euros pour les bénéficiaires classés en GIR 1 à 320 euros pour ceux classés en GIR 4, restant en-dessous des barèmes nationaux.

Les plans d'aide départementaux s'échelonnent de 3 140 euros en Ariège à 516 euros dans les Hautes-Pyrénées.

- **L'APA en établissement en Midi-Pyrénées**

L'APA par département au 31/12/2008 en Midi-Pyrénées

A DOMICILE		GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 1 À 4
Ariège	nombre de bénéficiaires	64	458	947	1 922	3 391
	<i>Montant moyen du plan d'aide</i>	<i>1 047</i>	<i>592</i>	<i>376</i>	<i>192</i>	<i>314</i>
Aveyron	nombre de bénéficiaires	132	708	813	3 276	4 929
	<i>Montant moyen du plan d'aide</i>	<i>1 038</i>	<i>756</i>	<i>557</i>	<i>316</i>	<i>439</i>
Haute-Garonne	nombre de bénéficiaires	414	2 762	3 174	8 298	14 648
	<i>Montant moyen du plan d'aide</i>	<i>1 011</i>	<i>805</i>	<i>562</i>	<i>340</i>	<i>495</i>
Gers	nombre de bénéficiaires	132	664	903	2 703	4 402
	<i>Montant moyen du plan d'aide</i>	<i>1 100</i>	<i>813</i>	<i>554</i>	<i>320</i>	<i>466</i>
Lot	nombre de bénéficiaires	115	407	721	2 295	3 538
	<i>Montant moyen du plan d'aide</i>	<i>997</i>	<i>743</i>	<i>549</i>	<i>321</i>	<i>438</i>
Hautes-Pyrénées	nombre de bénéficiaires	90	834	1 029	2 810	4 763
	<i>Montant moyen du plan d'aide</i>	<i>1 048</i>	<i>822</i>	<i>603</i>	<i>377</i>	<i>516</i>
Tarn	nombre de bénéficiaires	146	959	1 308	4 311	6 724
	<i>Montant moyen du plan d'aide</i>	<i>901</i>	<i>693</i>	<i>507</i>	<i>313</i>	<i>418</i>
Tarn-et-Garonne	nombre de bénéficiaires	102	757	953	2 961	4 773
	<i>Montant moyen du plan d'aide</i>	<i>892</i>	<i>652</i>	<i>488</i>	<i>308</i>	<i>411</i>
Total	nombre de bénéficiaires	1 195	7 549	9 848	28 576	47 168
Région	<i>Montant moyen du plan d'aide</i>	<i>1 003</i>	<i>757</i>	<i>532</i>	<i>320</i>	<i>452</i>

Source : FlashInfo, n°45, juillet 2009, DRASS Midi-Pyrénées.

Au 31 décembre 2008, 22 294 personnes âgées dépendantes accueillies en établissement bénéficient de l'APA, soit une augmentation de 2,7% par rapport à 2007. Les personnes en

établissement sont de fait plus dépendantes : 16% relèvent du GIR 1 et 43% du GIR 2 (contre respectivement 3% et 16% pour le domicile) et les personnes en GIR 4 ne représentent que 25% des bénéficiaires de l'APA.

Le montant moyen mensuel du tarif dépendance en établissement est de 448 euros en moyenne (460 euros au niveau national), soit 534 euros pour les bénéficiaires relevant du GIR 1 ou 2 et 324 euros pour les bénéficiaires relevant des GIR 3 ou 4.

Dans la région, l'APA permet d'acquitter en moyenne 71% du tarif dépendance pratiqué dans l'établissement : 75% pour les GIR 1 et 2 et 61% pour celles en GIR 3 et 4.

En établissement		GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 1 À 4
Ariège	nombre de bénéficiaires	21	95	25	52	193
	<i>Montant moyen du tarif dépendance</i>	547		355		471
Aveyron	nombre de bénéficiaires	731	1 422	572	997	3 722
	<i>Montant moyen du tarif dépendance</i>	488		301		409
Haute-Garonne	nombre de bénéficiaires	589	3 011	934	1 608	6 142
	<i>Montant moyen du tarif dépendance</i>	563		349		474
Gers	nombre de bénéficiaires	48	119	43	60	270
	<i>Montant moyen du tarif dépendance</i>	537		352		468
Lot	nombre de bénéficiaires	64	189	85	110	448
	<i>Montant moyen du tarif dépendance</i>	532		322		441
Hautes-Pyrénées	nombre de bénéficiaires	382	827	369	546	2 124
	<i>Montant moyen du tarif dépendance</i>	nc		nc		nc
Tarn	nombre de bénéficiaires	841	1 296	592	731	3 460
	<i>Montant moyen du tarif dépendance</i>	577		362		494
Tarn-et-Garonne	nombre de bénéficiaires	281	675	313	453	1 722
	<i>Montant moyen du tarif dépendance</i>	437		216		339
Total Région	nombre de bénéficiaires	2 957	7 634	2 933	4 557	18 081
	<i>Montant moyen du tarif dépendance</i>	534		324		448

Source : FlashInfo, n°45, juillet 2009, DRASS Midi-Pyrénées.

d) La fragilité des personnes âgées : une notion à la fois médicale et sociale

La notion de **fragilité** des personnes âgées est intéressante à examiner, d'une part parce qu'elle est souvent invoquée par les professionnels, d'autre part parce qu'elle permet d'aborder différents aspects de la vie des personnes âgées (environnement, logement, vie sociale, entourage social et familial, etc.), pour expliciter cette fragilité et ainsi de ne pas se focaliser seulement sur l'état de santé proprement dit.

Les personnes âgées fragiles correspondent à 21% de la population âgée et sont définies comme présentant un état d'équilibre physiologique précaire.

Les résultats d'une recherche du CREDOC donnent du « contenu » à cette notion et permettent de mieux cerner ce que peut être une politique de « prévention de la fragilité ». L'état de fragilité apparaît - avec plus ou moins d'intensité selon tout un ensemble de facteurs liés à l'histoire et à l'environnement de la personne - avec la perception ou la prise de conscience par la personne âgée des premiers signes de vieillissement et de l'émergence des difficultés dans la vie quotidienne.

C'est donc un concept multidimensionnel mêlant des facteurs liés à l'état de santé et à l'environnement, difficilement hiérarchisables parce que leur importance respective varie d'une personne à l'autre.

Toutefois, il est possible de repérer plusieurs facteurs influant sur cette fragilité :

- Ne pas recevoir ni rendre des visites
- Se sentir souvent seul
- Éprouver des difficultés dans au moins un des gestes de la vie quotidienne
- Éprouver des difficultés particulières dans le logement
- Utiliser une canne
- Éprouver des difficultés pour se déplacer
- Estimer que son état s'est dégradé ces 12 derniers mois
- Avoir peur de faire un malaise

Plus généralement, lorsque les « déplacements » deviennent difficiles, cela aggrave l'isolement, la perception de l'état de santé et augmente fortement la fragilité.

L'enseignement que l'on peut tirer de ces résultats est que la baisse de la mobilité constitue un champ à investir en priorité dans la prévention de la fragilité. Cela peut passer par deux objectifs :

- Réduire les risques qui peuvent altérer les capacités motrices et sensorielles de la personne (adaptation du logement, des espaces publics, etc.),
- La sauvegarde des liens sociaux actifs et la continuité du mode de vie.

Il est important de préciser que certaines situations de vulnérabilité ne relèvent pas seulement d'une prévention individuelle et médicale mais bien d'une politique globale.

1.5 Aspect prospectif de la problématique

a) Données nationales

Selon les projections de population de l'INSEE, si les tendances démographiques se maintiennent, la France métropolitaine compterait 70 millions d'habitants en 2050. La population augmenterait sur toute la période projetée mais à un rythme de moins en moins rapide. En effet, la population vieillissant, le nombre de décès augmenterait fortement et dépasserait vers 2045 le nombre de naissances. En 2050, près d'un habitant sur trois devrait avoir plus de 60 ans (contre 1 sur 5 en 2005) et la France devrait compter sept habitants de 60 ans ou plus pour 10 habitants de 20 à 59 ans (ratio qui aurait alors presque doublé en 45 ans).

Projection de population à l'horizon 2050 et structure par âge en France métropolitaine

	Population (en millions)	Moins de 20 ans (en %)	20-59 ans (en %)	60-74 ans (en %)	75 ans ou plus (en %)
2015	63,7	24,0	51,4	15,5	9,1
2020	65,0	23,7	50,1	17,1	9,1
2025	66,1	23,1	49,0	17,4	10,5
2030	67,2	22,6	48,1	17,3	12,0
2035	68,2	22,2	47,2	17,3	13,3
2040	69,0	22,1	46,9	16,7	14,3
2045	69,6	22,0	46,4	16,6	15,0
2050	70,0	21,9	46,2	16,3	15,6

Source : INSEE, projections de population 2005-2050

Pour le CESER, la validité de ces projections est toutefois à nuancer. En effet, les projections statistiques qui concluent que l'espérance de vie va continuer à augmenter se fondent sur des réalités passées. Or, les générations qui sont âgées aujourd'hui ont vécu dans un contexte particulier qui n'est plus celui d'aujourd'hui : elles ont notamment connu une guerre mondiale, deux guerres liées à la décolonisation, plusieurs crises économiques et sociales. Pour ce qui concerne les futures générations âgées, on peut légitimement s'interroger sur les incidences que pourront avoir les changements en termes de rythmes de vie, de conditions de vie (stress, par exemple), la pollution sur l'évolution de l'espérance de vie en bonne santé. Le nombre croissant de certaines maladies telles que les cancers, malgré l'amélioration de la prévention est un élément qui confirme qu'il faut rester prudent en matière de projection.

b) Données régionales

Midi-Pyrénées est une région attractive, ce que démontre notamment l'installation de nouvelles populations chaque année.

Compte tenu de la pyramide des âges et des dynamiques démographiques, à l'horizon 2030, le vieillissement démographique repéré dans la dernière décennie devrait se poursuivre dans les années à venir dans des proportions très importantes. La région devrait ainsi connaître une augmentation de près de 53 % des plus de 60 ans¹ avec une progression de 48 % des 75 ans et

¹ FlashInfo n°44

plus et de 60 % des 85 ans et plus. La part des ménages âgés devrait atteindre 36% en 2030 (contre 29% en 2005).

Mais cette augmentation devrait se faire de façon inégale selon les territoires de la région. Ce sont dans les territoires situés en périphérie de Toulouse que la progression du nombre et de la part des personnes âgées sera la plus forte (entre 30 et 40% de personnes âgées en plus), zones souvent pavillonnaires qui présentent une grande homogénéité en termes de catégories d'âge des populations qui y vivent et qui ne sont pas forcément les plus adaptées aux personnes âgées. Seule la commune de Toulouse verrait le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus diminuer de 11,3%.

Les taux d'évolutions selon les départements devraient être également très différenciés : pour les 75 ans et plus par exemple, la progression pourrait être de 30 % seulement en Aveyron contre 72 % en Haute-Garonne et 52 % dans le Lot.

	Personnes âgées de 75 ans ou plus en 2006		Personnes âgées de 75 ans ou plus en 2030 (projections)	
	Nombre	Part dans la population (%)	Nombre	Part dans la population (%)
Ariège	17 700	12,1	24 700	14,9
Aveyron	35 000	12,8	45 800	17,2
Haute-Garonne	85 900	7,2	151 218	9,2
Gers	23 160	12,8	31 460	17,1
Lot	21 680	12,8	31 800	17,2
Hautes-Pyrénées	26 900	11,8	36 700	16,1
Tarn	44 300	12,1	60 400	15,5
Tarn-et-Garonne	23 750	10,5	36 350	14,1
MIDI-PYRÉNÉES	278 390	10,0	418 428	nc

Source : ORSMIP – Bilans de santé départementaux

2. La dépendance est liée à des facteurs économiques et sociaux

2.1 Généralités sur la question des inégalités sociales

Dans son avis sur « l'accès à des soins de qualité pour tous en Midi-Pyrénées », voté le 23 juin 2009, le CESR¹ Midi-Pyrénées avait procédé à d'importants développements sur la notion d'« inégalités sociales de santé ». Il est pertinent de rappeler ici brièvement de quoi il s'agit car les inégalités sociales face au vieillissement et à la dépendance s'inscrivent dans la même logique et sont même une déclinaison particulière des inégalités sociales de santé.

¹ Au moment de l'adoption de cet avis, l'institution s'appelait CESR. La dénomination CESER date du 1^{er} octobre 2010.

La prise de conscience de l'existence d'inégalités sociales de santé intervient à partir du constat que, si l'état de santé de la population française a connu au cours des dernières décennies une importante amélioration comme en attestent l'augmentation de l'espérance de vie ou le net recul de la mortalité infantile, il apparaît toutefois que les progrès accomplis ne profitent pas à tous de manière équitable. On observe en effet une forte corrélation entre milieu social et niveau de santé : qu'il s'agisse de mortalité, de morbidité, de recours aux soins et à la prévention, de santé perçue/déclarée, ou encore de qualité de vie, le milieu social, les origines, la profession, le sexe exercent une influence. Ce constat ne concerne pas seulement les personnes les plus défavorisées mais intervient à chaque niveau de la hiérarchie sociale.

Il y aurait donc bien des inégalités sociales de santé que l'on pourrait définir comme « les différences systématiques évitables et importantes dans le domaine de la santé observées entre des groupes sociaux »¹.

Ces inégalités trouvent notamment leurs origines dans une inégale exposition aux facteurs de risque (alcool, tabac, etc.), un recours inégal à la prévention et au dépistage, des trajectoires différenciées dans le système de soins.

Cependant, les comportements individuels ne sont pas les seuls facteurs explicatifs de ces inégalités. D'autres facteurs, de nature sociale d'une part, d'ordre structurel d'autre part jouent un rôle important.

Les facteurs de nature sociale, appelés « déterminants sociaux de santé » expliquent les différences d'état de santé. Ces déterminants sont multiples et complexes :

- Les capitaux culturel, social, économique et sanitaire acquis à l'entrée dans l'âge adulte sont liés à l'origine sociale
- Les conditions d'emploi et de travail
- Les conditions et le cadre de vie : logement, revenus, protections sociale, etc.
- Les styles et modes de vie : consommation alimentaire, de tabac et d'alcool, etc.

Les facteurs d'ordre structurel, c'est-à-dire liés au contexte politique et économique, influent sur la répartition sociale de la population en fonction du revenu, de l'éducation, de la profession, du sexe, etc. Cela fait référence aux orientations des politiques sociales et des politiques publiques en général, la culture et les valeurs de la société, les revenus, etc.

Appliquées à la question de la dépendance, ces explications mettent en évidence le caractère « relatif » de la dépendance, au sens où le moment où interviennent des incapacités physiques et psychiques est fonction de facteurs sociaux (conditions de vie et notamment de travail pendant la période d'activité en particulier). En outre, les conséquences sur la vie quotidienne de la survenue de ces incapacités seront différentes selon les conditions de vie, et notamment de logement, d'accès aux services, de transports, dans lesquelles vit la personne âgée.

2.2 Les conséquences de la dépendance sont fonction de facteurs sociaux et économiques

Comme nous l'avons rappelé dans le préambule, la vieillesse est le résultat d'un parcours social et non seulement individuel. La survenue de la dépendance est liée à ce parcours à la fois individuel et social.

¹ Définition du Docteur M.-J. MOQUET de l'INPES dans un article intitulé « *Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples* », revue La Santé de l'Homme, n°397.

Cette représentation de la vieillesse souligne l'importance de mettre en place des politiques de prévention, notamment de prévention de la dépendance, tout au long de la vie. En effet, si on a une conception purement individuelle et « incapacitaire » de la vieillesse, les réponses seront d'ordre curatif, médical alors que si on adopte une vision plus large, plus dynamique, cela légitime des réponses plus préventives afin de corriger les inégalités dues aux parcours sociaux.

L'analyse plus qualitative en rapport avec ce changement de regard autorise la recherche des **causes** qui favorisent l'émergence de la dépendance et ainsi permet de mettre en évidence les **inégalités qui existent entre les personnes, entre les catégories sociales** par rapport à cette émergence et par rapport aux conséquences de la dépendance sur la vie quotidienne.

Au-delà de la vision purement médicale de la dépendance, une analyse globale permet en effet de prendre en compte des éléments de contexte, les circonstances de vie (état matrimonial, type d'habitat, cadre de vie, isolement social, etc.) qui induisent des conséquences spécifiques, une façon de vivre la dépendance ou la perte d'autonomie (être dépendant dans un pavillon de plein pied ou au 5^{ème} étage sans ascenseur ne génère pas les mêmes conséquences sur la vie quotidienne).

Il est ainsi possible de repérer des facteurs qui peuvent accroître les difficultés liées à la réduction de ses capacités physiques et/ou psychiques :

- L'isolement social ou simplement le fait de vivre seul ;
- La précarité financière ;
- L'état de santé.

Du point de vue de l'état de santé, l'appartenance à une catégorie sociale (et les modes de vie qui y sont associés) joue un rôle dans l'apparition de certaines pathologies.

Il est très probable que les conditions de travail aient également une influence sur la manière de vieillir et donc sur les futures incapacités de la personne.

On parle ainsi de la « double-peine » des ouvriers par exemple dont en moyenne la vie est plus courte que celle des cadres mais qui, en outre, passeront plus d'années en incapacité.

	Espérance de vie à 60 ans	Sans difficultés dans les activités de soins personnels	Sans difficultés dans les activités en général	Sans problèmes fonctionnels physiques et sensoriels
Hommes	20,7	18,0	14,5	9,5
 Cadres	23	21	17	13
 Ouvriers	19	16	13	7
Femmes	24,9	20,1	15,8	9,6
 Cadres	27	22	19	14
 ouvrières	25	19	15	9

Source : Population et Société, n°441, janvier : calcul effectué d'après les données de l'Echantillon démographique permanent et de l'enquête de l'INSEE sur la santé et les soins médicaux de 2002-2003¹.

¹ La date de l'enquête de référence étant différente de celles du recueil des données du tableau reproduit à la page 11 du présent rapport, c'est ce qui explique que les chiffres des deux tableaux ne se recoupent pas parfaitement. Il nous semble toutefois utile de reprendre ces données quelque peu « datées » car elles apportent

Le type de logement dans lequel réside la personne âgée et les contraintes propres à ce logement (escaliers, etc.) sont déterminants dans le niveau de dépendance, mais, au-delà, le logement va aussi définir, par sa localisation et sa facilité d'accès, s'il est un facteur, aggravant ou non, de l'isolement social de la personne.

De manière plus subjective encore, le logement est le lieu qui, pour la personne âgée, concentre un volume d'histoire et de témoignages, matériels ou virtuels, qui sont l'un des éléments importants de l'équilibre et du bien-être : le fait qu'il soit ressenti comme confortable, et ce peut être relatif, constitue un élément fort de l'équilibre mental et physique de l'occupant.

Le domicile, quand il est choisi et habituel, est ou devient, avec l'âge, une référence rassurante et apporte les marques d'autonomie.

Il est en outre un facteur de sociabilité très important, outil de l'intégration au milieu social.

Le fait de savoir vivre seul mais aussi dans des collectifs, le rapport à soi, à son corps, aux autres, ce qui dépend en partie de caractéristiques sociales et culturelles, a une influence sur la façon de vieillir, sur la possibilité de « bien vieillir ».

Dans les faits, les plus désavantagés, ceux qui potentiellement pourtant risquent d'avoir besoin d'une prise en charge plus tôt, de manière plus importante, avoir des problèmes de santé plus prégnants, accèdent plus difficilement aux services parce qu'ils ne savent ou ne peuvent pas forcément mobiliser les ressources nécessaires.

Le choix entre entrée en institution ou maintien à domicile est certainement également influencé par cette question des inégalités sociales : certaines populations, parce qu'elles sont isolées, ne sont pas dans des conditions favorables pour pouvoir rester à domicile. En effet, le maintien à domicile nécessite l'existence d'un réseau social autour de la personne et que celle-ci soit en mesure de le mobiliser.

un éclairage intéressant sur les conséquences des inégalités sociales en termes d'espérance de vie sans incapacité.

II. LES SOLUTIONS ACTUELLEMENT PROPOSÉES AUX PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

Selon le souhait de la personne âgée, ses ressources financières et en termes d'environnement social et familial notamment, son état de santé et son niveau de dépendance, il existe une multiplicité de solutions visant à prendre en charge cette dépendance : des structures d'aide à domicile à l'hébergement en établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD, en passant par toutes les solutions intermédiaires (accueils temporaires, logements foyers, familles d'accueil, etc.)

1. Les solutions pour les personnes âgées dépendantes à domicile ?

De nombreux sondages mettent en évidence le souhait dominant des personnes âgées de continuer à vivre à leur domicile le plus longtemps possible. Il est évident que cela n'est envisageable que lorsque l'environnement de la personne âgée y est favorable.

Un retour vers le maintien à domicile

En France comme dans d'autres pays européens, un processus mettant l'accent sur le maintien à domicile plutôt que sur l'institutionnalisation des personnes âgées s'est engagé dès les années 1960. Ainsi que cela a été développé dans le préambule, ce processus s'appuie sur une nouvelle conception de la vieillesse (inspirée par le rapport Laroque), dont l'objectif est de limiter la perte d'autonomie et de favoriser l'insertion sociale des personnes âgées. Le maintien à domicile est alors jugé préférable à l'institutionnalisation parce qu'il permet à la personne de demeurer dans son milieu de vie ordinaire et de conserver son réseau de relations sociales. Cela doit résulter d'un choix librement exprimé et non contraint par les moyens financiers de la personne.

En France toutefois, la mise en œuvre de politiques visant le soutien et la diversification des services à domicile est plus tardive que dans d'autres pays.

Les avantages du maintien à domicile

Le maintien à domicile, quand l'état de santé de la personne âgée le permet, présente un certain nombre d'avantages :

- Le fait de rester à son domicile permet le maintien dans un *environnement connu* et affectivement investi, ce qui est essentiel quand l'autonomie devient très relative. La personne âgée conserve ainsi ses repères et sa place dans l'histoire familiale.
- Maintenir la personne âgée dans son environnement social lui permet de se sentir toujours « *acteur du quotidien* » et non spectateur de la souffrance des autres, ce qui peut être le cas en établissement spécialisé.
- Tant que le niveau de dépendance n'est pas trop important, maintenir à domicile est *plus économique* ; c'est de plus créateur d'emplois qualifiés ou d'emplois de proximité.
- *L'aspect intergénérationnel* est un élément qui favorise le maintien de liens sociaux. L'entrée en établissement peut être vécue comme excluant d'une vie sociale plus large.

Toutefois, pour pouvoir demeurer à domicile, la personne âgée dépendante a besoin d'être aidée. Au-delà des aidants familiaux dont la situation sera développée plus loin, il existe différents types de services qui favorisent de vivre chez soi.

1.1 Les politiques de prévention actuelles permettant le maintien à domicile

De nombreux facteurs peuvent avoir une influence dans la survenue de la dépendance. La prévention doit concerner tous les aspects de la vie (les comportements de chacun, l'habitat, les espaces publics, les conditions de travail, etc.).

Parmi les facteurs de risques d'apparition d'une dépendance et de morbi-mortalité, on peut noter les troubles de l'équilibre et de la marche et les chutes, la dénutrition, l'incontinence, une mauvaise observance thérapeutique ou une complication iatrogène, l'arthrose et l'ostéoporose, la perte d'audition ou de vision, la dépression et l'isolement social.

a) La prévention des chutes

Il est possible de réduire l'incapacité liée aux chutes par une évaluation et une prise en charge des facteurs de risque (posture, environnement, troubles visuels, etc.).

Pour prévenir le syndrome post-chute, outre le traitement étiologique et la réadaptation fonctionnelle, une série d'actions complémentaires peuvent permettre de réassurer la personne, lui permettre de s'adapter à son environnement et son habitat, lui apprendre à se relever, à bien se chausser, et enfin à préserver une activité physique.

b) La prévention de la dénutrition

Les modifications physiologiques du vieillissement exposent les personnes les plus âgées au risque de dénutrition et ce d'autant plus, qu'elles souffrent de maladies chroniques surajoutées. Les conséquences de la dénutrition sont importantes : diminution de la force musculaire avec risque de chute, sensibilité accrue aux infections, anémie, risques cutanés, etc. La dénutrition augmente de 2 à 6 fois la morbidité infectieuse et multiplie par 2 voire par 4 le risque de mortalité¹.

Il est donc important de repérer les situations de nutrition (la perte de poids soit un indicateur de repérage aisé de la personne à risque).

Des mesures simples et efficaces d'ordre diététique, gastronomique et de supplémentation peuvent être proposées (fractionnement des repas, atmosphère conviviale, suppression des régimes restrictifs, compléments nutritionnels, etc.)

c) La prévention de l'incontinence urinaire

Les principaux facteurs de risque de l'incontinence sont la réduction de la mobilité, les troubles démentiels, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète, l'hypertrophie de la prostate, la constipation, la toux chronique, l'usage de sédatifs et d'hypnotiques et surtout, chez les sujets âgés fragiles, l'immobilisation. Les troubles des fonctions supérieures, un environnement défavorable (accessibilité des toilettes, barrières de lits, etc.), favorisent la survenue d'une incontinence.

¹ Source : http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/pers_ag_soins/prog/1pers.htm

Il est possible de prévenir l'apparition de ce symptôme par une éducation, une information des personnes et une formation des soignants, notamment dans les unités de gériatrie. Une approche diagnostique bien systématisée débouche souvent sur des possibilités thérapeutiques en conjuguant, selon le cas, ré-autonomisation, méthodes comportementales, traitements physiques et rééducation, médicaments locaux ou généraux, recours chirurgicaux.

d) La prévention des difficultés liées à la poly-médication

En France, près de 50% de la consommation pharmaceutique concerne les sujets de plus de 60 ans¹. Or, la poly-médication induite en partie par la présence de poly-pathologies accroît la complexité du traitement et son observance et partant, les risques iatrogéniques.

Environ 10% des admissions hospitalières des sujets âgés sont pour tout ou partie liées à un accident médicamenteux.

Il est possible, notamment par des actions de promotion du bon usage du médicament, d'éduquer les malades âgés, avec un impact favorable sur l'observance des traitements et les ré-hospitalisations.

Les services de l'Etat en région mettent en œuvre des actions visant à favoriser la prévention de la dépendance chez les personnes âgées.

Des programmes existent notamment pour développer la prévention en direction des personnes âgées fragiles.

L'objectif de ces actions est notamment d'éviter ou de retarder l'apparition de maladies chroniques invalidantes, pour cela de préserver le réseau de soutien familial.

Les mesures mises en place sont par exemple :

- Des campagnes de prévention en direction des personnes âgées conduites par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) qui visent à rendre plus sûr l'environnement, à favoriser une amélioration des habitudes de vie ainsi qu'à sensibiliser les professionnels.

- Dans le cadre du programme national nutrition santé (PNNS) :

- réalisation d'un guide alimentaire spécifique pour les personnes âgées ;
- dans son versant hospitalier, réalisation d'une enquête sur les pratiques de dépistage de la dénutrition ou de son risque et l'engagement de travaux visant à élaborer des outils simples de dépistage de la dénutrition et de son risque ;

- Intégration d'un chapitre prévention dans le guide de bonnes pratiques médicales en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), diffusé à l'ensemble des EHPAD ;

- Identification d'infirmières de prévention au sein des services de gériatrie dont les missions sont, notamment de participer à l'information, à la sensibilisation et à l'éducation des malades âgés et de leur entourage, d'organiser actions de repérage des troubles sensoriels, des formations et des actions de prévention, etc.

Les communes ont également un rôle essentiel à jouer pour favoriser le maintien d'une vie sociale, notamment par le soutien qu'elles apportent aux associations de proximité ou par l'organisation de services de transport adaptés aux personnes âgées.

Ainsi, la mairie de Toulouse par exemple, met à disposition des seniors différents outils dont certains sont en lien avec une action de prévention :

¹ http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/pers_ag_soins/prog/1pers.htm

- Le point-Info Seniors centralise les informations qui peuvent être utiles aux retraités et personnes âgées ;
- Elle a édité un « Guide des seniors » qui apporte également de nombreuses informations, donne des adresses utiles, etc. ;
- Elle édite un journal en direction des personnes âgées : *L'Agora*, journal d'actualité consacré à leurs préoccupations: il présente les différents projets intergénérationnels menés (mieux vivre à domicile, déplacements, épanouissement culturel et sportif, prévention santé) et les actions municipales qui les concerne (Point info seniors, dispositifs de vacances, ateliers, vie citoyenne avec le Conseil des seniors) ;
- Le Conseil des seniors qui s'organise dans le cadre de la démocratie sociale ;
- Etc.

Le Centre communal d'action sociale (CCAS), établissement public communal ou intercommunal, qui a remplacé les anciens bureaux d'aide sociale mène également des actions en direction des personnes âgées.

Le Centre Communal ou Intercommunal d'Action Social (CCAS ou CIAS) est un établissement public communal ou intercommunal, doté de la personnalité morale de droit public, c'est-à-dire qu'il est distinct de la mairie.

Il est administré par un conseil d'administration, présidé par le maire, qui comprend notamment des personnes qualifiées dans le secteur social (représentants d'associations).

Il assure différentes missions directement orientées vers la population : aide et accompagnement aux personnes âgées ou handicapées, aux enfants et familles en difficulté, lutte contre les exclusions, etc.

Il participe à l'instruction des demandes d'aide sociale et les transmet aux autorités ayant le pouvoir de décision (conseil général, préfecture, sécurité sociale, etc.).

Il peut être enfin délégataire de compétences sociales globales sur le territoire communal par convention avec le conseil général.

Depuis 1986, la loi donne aux C.C.A.S. un rôle d'animation de l'action sociale et une mission de prévention.

L'Assurance Maladie (CARSAT¹, MSA, RSI) est aussi très active en matière d'actions de prévention dans le but de retarder l'arrivée de situations de dépendance. Les Caisses mènent elles-mêmes des actions et apportent également leur soutien, parfois en partenariat avec le GRSP hier, l'ARS aujourd'hui et les collectivités territoriales, à des actions visant à stimuler la mémoire, éviter les chutes, prévenir les troubles sensoriels, développer l'éducation nutritionnelle, etc.

En Midi-Pyrénées, la CARSAT, ex-CRAM a mis en place depuis 1998-1999 des actions de prévention.

Le pôle prévention-santé propose ainsi des prestations individuelles et des prestations collectives.

Les ateliers qu'il propose s'inscrivent dans une politique du mieux vivre pour l'ensemble des retraités. Il s'agit de laisser les personnes âgées actrices de leur vieillissement, les aider à rester chez elles autonomes le plus longtemps possible.

¹ Ex-CRAM.

L'action de ce pôle est toutefois axée sur les retraités les plus fragiles mais autonomes (GIR 5 et 6).

Ces ateliers s'inscrivent dans une politique globale de prévention : ils viennent donc en amont d'une politique de soutien à domicile. Ils sont ouverts aux retraités du régime général et des autres régimes.

L'évaluation de la situation de la personne âgée est la clé d'entrée pour bénéficier d'une prestation sociale.

Ensuite, un Plan d'Actions Personnalisé (PAP) est proposé à la personne âgée.

Auparavant, la CARSAT (ex-CRAM) proposait une prestation unique : l'aide à domicile (qui reste majoritaire) mais les services se sont rendus compte que cela ne couvrait pas l'ensemble des besoins. C'est pourquoi une diversification des prestations a été mise en œuvre.

Le PAP peut donc désormais inclure diverses prestations :

Tâches ménagères

Aide aux courses

Aide aux repas (préparation, portage, repas pris en structure)

Accompagnement, transport

Hygiène et mieux être (aide à la toilette, protections, etc.)

Assistance sécurité

Logement et cadre de vie (aide techniques, petits travaux, etc.)

Vie sociale (sorties accompagnées, aide à la gestion, etc.)

Prévention (ateliers du bien Vieillir, Ateliers mémoire, Ateliers de prévention des chutes, etc.)

Conseils et recommandations (mise en relation avec réseau de bénévoles, activation du voisinage, conseils aux aidants, contact avec médecin traitant, etc.)

En appui du PAP, une Aide au Retour à Domicile après Hospitalisation peut être proposée. Cette aide a pour objectif d'aider les retraités lors de leur retour d'une hospitalisation de manière individualisée, en fonction de leurs besoins. Ainsi, si nécessaire, un accompagnement social peut être prévu.

D'autres organismes tel le CHU, interviennent en matière de prévention de la dépendance : le CHU de Toulouse organise par exemple des consultations mémoire, le Gérontopôle¹ mène des études visant à favoriser la prévention de la dépendance.

1.2 La prise en charge médicale et paramédicale

Un élément central pour permettre à une personne âgée de rester à domicile est la capacité de réaliser des soins au domicile ou dans le milieu familial. Ces soins allant d'une intervention réduite d'un professionnel de santé, jusqu'à l'hospitalisation à domicile, avec ou sans la présence permanente d'un soignant.

a) Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Les services de soins infirmiers à domicile ont pour mission de contribuer au soutien à domicile des personnes, notamment en prévenant, ou différant, l'entrée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement et en raccourcissant certains séjours hospitaliers. Ils interviennent au domicile des patients ou dans les établissements non médicalisés prenant en charge des personnes âgées ou des personnes handicapées.

¹ Cf. la description du Gérontopôle dans la troisième partie.

Les SSIAD peuvent proposer des prestations de soins infirmiers, soins techniques ou soins de base et relationnels) à domicile.

Les salariés du service doivent comprendre au moins un infirmier coordonnateur pour assurer l'organisation des soins, des aides soignants qui assurent sous la responsabilité des infirmiers les soins de base et relationnels (hygiène et confort du malade, aide au transfert, surveillance de l'alimentation, de l'hydratation, etc.) et les concours nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, des aides médico-psychologiques et en tant que de besoin d'autres auxiliaires médicaux.

Ces soins se font sur prescription médicale et sont pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie.

Un SSIAD peut passer convention avec des infirmiers libéraux qui sont associés aux interventions du service. Dans ce cas le service fait l'avance des frais et perçoit les remboursements de l'assurance maladie dans le cadre du forfait global qui lui est alloué.

b) L'Hospitalisation A Domicile (HAD)

L'hospitalisation à domicile est une structure de soins alternative à l'hospitalisation. Elle permet d'assurer au domicile du patient¹ des soins médicaux et paramédicaux importants, pour une période limitée mais renouvelable en fonction de l'évolution de son état de santé.

Elle a pour finalité d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en établissement.

Les conditions générales d'admission dans un service d'hospitalisation à domicile :

- le patient est hospitalisé et le médecin estime que les soins peuvent être poursuivis chez lui,
- ou le médecin juge que l'état du malade n'exige pas un séjour à l'hôpital,
- les conditions de logement du malade le permettent,
- le patient et sa famille sont d'accord.

Cela suppose l'existence d'un service d'HAD à proximité du domicile du patient.

En outre, une HAD ne peut se concevoir qu'en présence d'un entourage familial à proximité et disponible.

Les conditions de prise en charge par l'assurance maladie sont identiques à celle appliquées à l'hôpital, à l'exception du forfait hospitalier qui n'est pas facturé.

¹ A noter que depuis le 25 février 2007, l'hospitalisation à domicile est autorisée dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA ou maison de retraite), sous conditions et sous réserve de la conclusion d'une convention préalablement à toute intervention, signée par le directeur de l'HAD et celui de l'EHPA.

c) Les infirmiers à domicile

Ce sont les articles R. 4311-1 et suivants du Code de la Santé Publique qui définissent les missions de la profession d'infirmiers.

Le nombre des infirmiers libéraux a augmenté de manière importante depuis les années 1980 puisque leur nombre est passé d'un peu plus de 23 000 en 1983 à près de 70 000 en 2008¹. Répondant à la montée en charge des besoins de soins à domicile, ils ont joué un rôle clé dans la politique visant à favoriser le maintien à domicile des personnes âgées fragiles ou dépendantes.

Depuis 2000, les services d'HAD sont en pleine expansion, ce qui réinterroge le rôle d'intervenant incontournable des infirmiers libéraux en matière de soin à domicile.

La nouvelle organisation du système de Santé amènera nécessairement les professionnels de santé libéraux à travailler de plus en plus souvent avec des structures de soins à domicile, tels que les établissements d'HAD, les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile), etc.

Dans ce contexte, la convention nationale destinée à régir les rapports entre les infirmières et les infirmiers libéraux (signée le 25 juillet 2007) cherche à faire reconnaître pleinement et valoriser le métier d'infirmier(e) libéral(e) et à tenir compte de l'évolution de l'exercice de cette profession (qui va de la prise en charge des personnes dépendantes aux compétences nouvelles dévolues à l'infirmière libérale, notamment la création d'un droit de prescription de dispositifs médicaux).

Les infirmiers libéraux jouent un rôle essentiel en matière de prise en charge de qualité des personnes âgées vivant à domicile qui souffrent de maladies chroniques. Ils apportent des garanties d'accessibilité et de proximité.

1.3 L'assistance à la vie quotidienne : par l'entourage familial et des intervenants extérieurs

Le rôle de l'aide à domicile a été revalorisé ces dernières années : les interventions se situent à la fois sur le registre du soutien à la personne pour l'aide au lever, au transfert, l'hygiène et l'alimentation, sur le registre de l'aide à l'environnement pour l'entretien du logement, les courses, les repas, etc.

Toutes les personnes âgées retraitées peuvent bénéficier de l'intervention d'une aide à domicile et peuvent prétendre à des aides financières de leurs caisses de retraite (retraités les plus autonomes) ou d'un financement du Conseil Général dans le cadre de l'APA pour les personnes âgées les plus dépendantes.

Les personnes âgées peuvent également recourir à différents types de services à domicile comme la téléassistance, le petit bricolage, le petit jardinage, le portage de repas à domicile, etc.

¹ Source Eco-santé, suivant le fichier ADELI.

a) Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile assurent au domicile des personnes ou à partir de leur domicile des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie et les actes essentiels lorsque ceux-ci sont assimilés à des actes de la vie quotidienne, en dehors des actes de soins réalisés sur prescription médicale. Ces prestations s'inscrivent dans un projet individualisé d'aide et d'accompagnement élaboré à partir d'une évaluation globale des besoins de la personne. Elles concourent au soutien à domicile, à la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne, au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.

Il existe également des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASSAD) qui peuvent offrir à la fois des prestations d'accompagnement et de soins à domicile.

b) Les services à la personne

Les services à la personne sont définis dans le code du travail et désignent les organismes qui interviennent en qualité de prestataires, mandataires, intérimaires ou associations intermédiaires et qui consacrent exclusivement leur activité à des services aux personnes à domicile ou à des services favorisant le maintien à domicile des personnes âgées, handicapées ou dépendantes.

Les besoins des personnes âgées peuvent être de différentes natures : les associations de service à domicile développent des services innovants tels que jardinage, bricolage, etc.

c) Les solutions intermédiaires entre le domicile et l'établissement d'hébergement

L'accueil de jour est une solution intermédiaire, qui permet à la personne de demeurer à domicile tout en favorisant un lien social, en lui permettant de participer à diverses activités et de soulager les aidants familiaux. L'accueil de jour permet en effet à la personne âgée d'être accueillie en établissement en journée et de rentrer chez elle le soir.

Autre solution intermédiaire, **la garde à domicile** qui consiste à assurer une présence au domicile de la personne âgée, de manière temporaire ou non, pour rassurer et soulager l'entourage, pour apaiser la crainte d'un malaise ou d'une chute mais aussi faire face à une situation temporaire difficile, pallier une absence momentanée pendant la journée, le week-end, etc.

La CNAV peut, sous certaines conditions notamment de ressources, fournir une aide financière pour ce type de services.

L'accueil familial enfin, est la possibilité pour une personne âgée (ou handicapée) d'être hébergée, à titre payant, dans une famille autre que la sienne. Dans ce cas, la personne âgée est nourrie, logée, blanchie et accompagnée quotidiennement au domicile d'un accueillant familial, en contrepartie d'un salaire, d'un loyer et de remboursements de frais.

Les accueillants familiaux sont agréés et contrôlés par le Conseil Général de leur département. Les agréments sont délivrés pour l'accueil permanent ou intermittent d'une à trois personnes.

1.4 Enjeux de l'adaptation de l'habitat au vieillissement¹

D'après de nombreuses études, il apparaît que le souhait de rester à domicile est majoritaire dans l'opinion.

Cependant, le vieillissement se manifeste par l'apparition de petits « handicaps » sensoriels de différentes natures et dont les conséquences sont souvent exacerbées par les inadaptations des espaces publics et privés.

De fait, les accidents de la vie courante après 65 ans (des chutes pour 80% d'entre eux), qui se produisent à 62 % à domicile, entraînent presque 10 000 décès annuels mais aussi de nombreuses incapacités qui compromettent le maintien à domicile et qui représentent un coût pour l'Assurance Maladie ou les complémentaires (un milliard d'euros).

L'aménagement du logement de manière à le rendre confortable, sécurisé et adapté à la diminution des capacités physiques et motrices constitue donc un enjeu primordial.

Si l'adaptation des nouvelles constructions est l'une des réponses à cet enjeu, les domiciles existants sont également au cœur de ce chantier, et ce pour au moins deux raisons : tout d'abord, parce que la majorité des personnes âgées sont propriétaires de leur logement (plus de 70%) et ensuite parce que les personnes âgées sont souvent attachées affectivement à leur domicile, qui constitue pour elles une manière d'être reliées au monde, un espace sur lequel elles gardent une certaine maîtrise, où elles ont leur place.

Cette dernière idée incite en outre à aménager le logement de manière discrète, sans trop de bouleversements, afin de maintenir chez la personne âgée le sentiment d'être chez soi.

Bon nombre de logements existants disposent d'atouts essentiels (adaptabilité) pour y vieillir confortablement. L'enjeu est de déterminer avec précision les besoins via les réseaux de proximité associatifs ou professionnels (Familles Rurales, MSA, PACT, etc.), diagnostiquer (des petits travaux à un aménagement plus ambitieux), solliciter les financements (ANAH – caisses de retraite, etc.) et confier l'intervention à des professionnels avisés.

a) La limitation des risques à domicile et les technologies de l'Information et de la Communication

L'objectif de limitation des risques à domicile fait notamment référence à la prévention des accidents domestiques, les risques de chutes ou les accidents iatrogènes (c'est-à-dire liés à des prises erronées de médicaments) sous l'effet de troubles cognitifs ou de la vue par exemple.

L'habitat peut être sécurisé par des adaptations simples :

- La suppression de certains obstacles tels que les tapis, les seuils de porte, qui peuvent occasionner des risques de chutes et de fractures.
- L'utilisation de barres d'appui et l'usage de revêtements adaptés sont des petits aménagements qui peuvent limiter les risques.
- Certains lieux où le risque de chute est accru, telle que la salle de bain, peuvent bénéficier d'aides techniques pour limiter ce risque (tapis de douche antidérapant, siège de transfert, etc.).

¹ Ces développements sont notamment inspirés de l'audition de Mme BOULMIER, auteur d'un rapport ministériel sur « l'adaptation de l'habitat au défi de l'évolution démographique ».

- L'utilisation de systèmes permettant la régulation de la température de l'eau chaude évite les brûlures accidentelles.
- Dans la cuisine, la généralisation de l'usage des plaques électriques ou les détecteurs de gaz ou de fumée limitent les risques d'intoxication et de feu.

b) Les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) ont un rôle prépondérant à jouer

Au-delà de l'aspect architectural des bâtiments et des logements, les TIC, ce qu'on appelle aussi la domotique, ont un rôle très important à jouer en matière d'adaptation de l'habitat au vieillissement en vue de limiter les effets de la dépendance ou de compenser les déficiences fonctionnelles.

Les nouvelles technologies peuvent ainsi apparaître comme une opportunité pour venir compléter l'aide humaine en assurant une vigilance et une aide à la gestion des personnes âgées en situation d'incapacité, notamment à domicile. Ces technologies soulèvent cependant des questions éthiques que l'on se doit de prendre en compte.

Le concept de « gérontechnologie » désigne ces technologies spécifiquement dédiées aux personnes âgées dépendantes. Il s'agit d'une discipline nouvelle consacrée à l'usage des nouvelles technologies dans le champ du vieillissement. Elle est basée sur une approche croisée et multidisciplinaire entre la gérontologie qui étudie le vieillissement sous ses différents aspects, et les différentes techniques appliquées à la production de produits et de services répondant aux besoins de la vie quotidienne.

En France, les réflexions médicales, sociales, scientifiques et éthiques associées aux gérontechnologies ont favorisé dès les années 2000 la création d'un groupe de travail spécifique au sein de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie, qui est devenu en mai 2007 une filiale scientifique à part entière : la Société Française de Technologies pour l'Autonomie et Gérontechnologie.

Ces technologies peuvent contribuer à répondre aux besoins des personnes âgées dans différents domaines tels que la santé, la sécurité, la communication, la mobilité, les voyages, le logement et les loisirs. Les objectifs des TIC peuvent ainsi être :

- La limitation des risques d'accidents,
- Le maintien de l'activité et du lien social,
- La compensation fonctionnelle,
- L'aide aux soignants et aux aidants naturels,
- La formation et le soutien des professionnels,
- La recherche et le développement de solutions nouvelles pour les soins à domicile notamment.

La condition toutefois pour que ces réponses soient admises est qu'elles prennent en compte les souhaits des personnes âgées ainsi que leur environnement familial et leurs habitudes. Le résultat attendu doit pouvoir être mesuré en termes de gain d'indépendance, de qualité de vie et de qualité des soins.

La limitation des risques de chutes peut ainsi passer par l'éclairage qui doit être performant pour compenser les effets d'une mauvaise vue mais qui peut également être utilisé pour

l'assistance lors des levers nocturnes en utilisant des systèmes d'éclairage automatique activés lors du passage de la personne âgée.

Les techniques de téléassistance permettent à la personne âgée de donner l'alerte en cas de chute ou de malaise. En France, les systèmes de téléalarme sont encore peu utilisés par les personnes âgées, malgré une offre désormais conséquente. Par ailleurs, leur utilisation est parfois inappropriée : il est sans doute nécessaire de prévoir un temps d'apprentissage et d'accompagnement de la personne lors de l'installation de telles techniques.

Des systèmes dits de 2^{ème} génération sont actuellement en cours de développement. Ces techniques permettent l'identification de situations anormales sans déclenchement volontaire par le sujet. Elles pourraient permettre le dépistage des situations de fragilité à domicile en identifiant notamment une rupture dans la réalisation des actes de la vie quotidienne.

L'utilisation des nouvelles technologies peut également favoriser la prévention de l'isolement et de la désocialisation. Le téléphone a connu des développements techniques et des fonctionnalités qui permettent aux patients âgés de mieux l'utiliser. Ceux-ci sont dépouillés de fonctionnalités superflues pour ne conserver qu'un bouton d'appel avec une programmation de quelques numéros à grosses touches et une fonction main libre. Des modèles portables et peu encombrants permettent à la personne de le garder sur elle dans les activités quotidiennes. L'utilisation de la vidéo couplée avec le son (visiophonie) permet de maintenir facilement un lien avec les proches ou avec les services sociaux.

Dans le cadre du maintien à domicile, les patients semblent rassurés par de tels dispositifs, notamment en dehors des périodes de soins.

La prévention de la « iatrogénie médicamenteuse¹ » constitue également un axe de prévention où les gérontechnologies ont toute leur place. Dans ce domaine, l'utilisation de pilulier constitue l'aide technique la plus connue mais elle est mise en échec chez les patients avec des troubles cognitifs ou de la vue par exemple. Il existe des piluliers électroniques qui permettent, par un système vocal, la délivrance automatique à l'heure prévue de la dose prévue et selon une base hebdomadaire. En cas d'oubli, le système permet le rappel et une liaison téléphonique permet, le cas échéant d'alerter la personne de son oubli. La recherche concerne également l'utilisation de nouveaux conditionnements plus faciles d'usage pour des patients âgés présentant des troubles de la motricité fine ou de la vue.

La prévention des errances constitue un autre axe d'intervention qui concerne principalement les syndromes démentiels. Plusieurs systèmes ont été proposés comme la vidéo, les systèmes électroniques désactivant les commandes d'ascenseur ou générant des alarmes et plus récemment le système GPS. D'autres systèmes permettent actuellement de dépister les modifications de l'activité motrice et notamment les troubles du sommeil.

Certaines aides techniques permettent l'optimisation de l'environnement physique afin de compenser des incapacités fonctionnelles. Citons par exemple l'utilisation de lits électriques à hauteur variable, avec barrière pour favoriser les transferts et déplacements chez les patients alités. L'environnement peut être équipé de dispositifs classiques tels que les rehausseurs de WC, les barres d'appui, les planches de transfert pour permettre d'évoluer en sécurité dans son domicile. Selon les cas, des adaptations plus spécifiques sont utiles tels que des couverts

¹ Cette expression désigne une conséquence indésirable et négative sur l'état de santé de la prise médicamenteuse.

ergonomiques, des dispositifs pour les personnes avec basse vision, des téléphones avec signaux lumineux pour les malentendants ou l'usage d'amplificateurs de sons portatifs dans l'intervention à domicile.

Dans le cadre du soin à domicile les technologies font appel à des techniques informatiques et de communication, des techniques de transmission de l'information médicale, des techniques de réadaptation ou de rééducation.

Parmi ces technologies, le dossier patient informatisé comprend une information médico-sociale partagée par les acteurs du réseau gérontologique auquel peut être associé un dossier de soin proprement dit. Ce dossier peut être partagé par les professionnels autorisés au sein d'un réseau et dans le cadre d'une articulation ville-hôpital, le cas échéant.

D'autres dispositifs informatiques à l'usage des professionnels sont proposés pour permettre la validation des interventions des professionnels à domicile (télégestion). Enfin, de nouvelles techniques de suivi des patients à risque utilisent l'actimétrie¹ et la surveillance de quelques indicateurs de santé tels que pouls, pression artérielle ou électrocardiographie.

c) Des freins à l'usage des Technologies de l'Information et de la Communication

Il existe toutefois des freins à l'usage des nouvelles technologies, notamment ce que l'on pourrait appeler la « technophobie », c'est-à-dire l'aversion pour ces nouvelles techniques. Ce sentiment est fondé sur l'idée que les nouvelles technologies apparaissent comme trop complexes à l'usage, mal adaptées au sujet vieillissant ou encore réputées trop onéreuses. Ces difficultés disparaissent chaque fois que l'usage est simplifié ou que la conscience du bénéfice apporté est forte. L'une des clés d'une meilleure appropriation est l'éducation et l'apprentissage de ces technologies avec les professionnels de l'aide à domicile. Ainsi les utilisateurs doivent participer aux adaptations des nouvelles technologies, à leur validation et à la recherche centrée sur les besoins et les usages afin de faciliter leur apprentissage.

Une autre explication à la réticence par rapport aux TIC trouve ses fondements dans des considérations éthiques. Celles-ci sont légitimes et doivent permettre de garder le contrôle, de constituer un garde-fou à une utilisation excessive ou abusive. Il est en effet important de mesurer les bénéfices et les risques de l'usage de ces nouvelles techniques. Par exemple, l'usage de certains systèmes de téléalarme ou de géolocalisation, lorsqu'ils sont utilisés chez les patients vulnérables ou "déments", doit tenir compte de la dignité de la personne et de ses droits fondamentaux tels que la liberté d'aller et de venir par exemple.

Au-delà des réticences générationnelles et culturelles, qui sont appelées à s'estomper et de l'image élitiste dont sont porteuses les TIC et qui est liée à leur coût, celles-ci sont appelées à prendre une place conséquente dans la chaîne du bien vieillir à domicile. Mais seul un soutien au développement de la filière économique permettra d'en diminuer les coûts, et permettra un accès massif à prix abordable.

d) Les difficultés de mise en œuvre de mesures d'adaptation des logements

La problématique du maintien à domicile rejoint celle du logement des personnes âgées. Le problème est qu'il y a souvent un manque de coordination entre les politiques de vieillesse et

¹ L'actimétrie est la mesure et l'enregistrement à l'aide d'un dispositif qui permet de quantifier et d'enregistrer les mouvements corporels pendant plusieurs jours.

de logement. Or un logement inadapté peut limiter la personne dans son autonomie, entraîner un besoin d'aide supplémentaire et ainsi favoriser un sentiment de dépendance. La nécessité d'adopter dans les faits (et pas seulement en théorie) une approche globale des besoins de la personne âgée apparaît nécessaire.

Le constat est souvent que, aussi bien les personnes âgées, leur entourage que parfois les acteurs de terrain et les élus locaux, n'ont pas toujours conscience de l'intérêt de sécuriser l'usage des logements. Il est important de sensibiliser l'ensemble des acteurs à cette idée.

En outre, l'adaptation à grande échelle du parc privé est rendue difficile par la multiplicité des acteurs (notamment en copropriété) et le manque d'interlocuteurs opérationnels et décisionnaires. Le concours des collectivités locales est essentiel par les outils de détection et d'incitation à l'amélioration de l'habitat.

Le financement de l'adaptation des logements

Des aides publiques existent pour aider les personnes âgées à engager des travaux d'aménagements de leur logement.

En effet, alors qu'auparavant les politiques du logement concernaient essentiellement les plus démunis dans un souci de lutte contre l'insalubrité des logements, depuis une vingtaine d'années, elles visent l'adaptation du logement au handicap. Les personnes âgées qu'elles soient propriétaires ou locataires peuvent bénéficier de différentes aides, attribuées par divers organismes (Caisse d'allocations familiales, Caisse nationale d'assurance vieillesse, services de l'équipement, Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat, Agence départementale d'information sur le logement), ce qui ne facilite pas le cheminement du demandeur.

L'aide à l'amélioration de l'habitat, financée par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) et gérée en partenariat avec les PACT-ARIM et les services sociaux, vise à financer la réalisation de travaux d'aménagement et/ou d'adaptation du logement pour favoriser le maintien à domicile. Toutefois, il semble que la participation financière des ménages reste très importante et que les seuils de revenus pour l'attribution de l'aide sont encore très faibles.

Dans les faits cependant, l'aide à l'amélioration de l'habitat reste largement insuffisante compte tenu des coûts impliqués et de la difficulté à mobiliser rapidement une aide pour faire face aux situations d'urgence liées à l'apparition brutale d'un handicap. La méconnaissance des dispositifs d'amélioration du logement et la complexité des circuits administratifs découragent également les demandes.

On peut estimer que les précautions prises, qui allongent les délais de traitement des demandes et empêchent certains dossiers d'aboutir, sont au final contre-productives. En effet, en limitant la mobilisation de moyens financiers pour adapter les logements au moment où le besoin s'en fait sentir, elles risquent de contribuer à occasionner des dépenses plus importantes si des chutes ou des accidents se produisent, accélérant la survenue de la dépendance. L'adaptation du logement ne doit pas être perçue comme un risque.

L'aménagement du domicile doit permettre de repousser la dépendance et ainsi, de permettre aux personnes de rester le plus longtemps possible à leur domicile. Cette approche a ceci d'intéressant qu'elle n'oppose pas, contrairement à ce qui est fait souvent, l'économie des finances publiques et le mieux vivre des personnes âgées chez elles.

Une nuance tout de même, plus que favoriser le plus longtemps possible le maintien à domicile, l'idée à valoriser est de favoriser le maintien le plus longtemps possible chez soi en sécurité.

Par ailleurs, il est primordial de parvenir à limiter le coût des travaux d'adaptation. En effet, les générations qui vont devenir des personnes âgées dans les prochaines années seront, plus que celles qui les précèdent, confrontées à une certaine fragilité économique. L'explication de cela est que se profile l'arrivée à l'âge de la retraite de générations qui ont connu la discontinuité de l'emploi. Or, on sait que le taux d'effort financier lié au logement progresse dès l'âge de la retraite. Il est plus visible chez les locataires (dont ceux du parc social), mais la propriété (75% des retraités) n'est plus un rempart contre la pauvreté. La capacité contributive des personnes âgées à l'adaptation de leur logement est une question qui se pose avec force, y compris pour la seule dépense résiduelle après aide publique.

Toutefois, les limites des prestations d'aide à l'aménagement de l'habitat, la complexité des démarches et la méconnaissance des dispositifs n'expliquent pas entièrement le nombre réduit d'adaptations réalisées. Il faut y avoir également le signe de la réticence des personnes âgées par rapport à la transformation de leur logement. Elles privilégient le développement de stratégies d'adaptation qui leur permettent de déjouer les inadaptations du logement.

De plus, l'expression des besoins d'adaptation émane bien souvent de la famille ou d'experts et répond parfois plus aux besoins des soignants professionnels qu'à ceux de la personne âgée ou des aidants profanes. Enfin, ces aménagements sont parfois mal vécus parce qu'ils sont considérés comme une intrusion dans la sphère de l'intime, affichent la dépendance et portent atteinte au logement comme support d'identité.

1.5 Enjeux de l'adaptation des espaces publics, des espaces partagés, des transports, de l'urbanisme

Pour pouvoir rester à domicile, la personne âgée doit également pouvoir sortir, accomplir seule un certain nombre de démarches quotidiennes, maintenir un lien social, etc. Pour cela, elle doit être en mesure de prendre les transports en commun, pouvoir évoluer dans l'espace public de manière sécurisée. C'est pourquoi, au-delà du logement lui-même, c'est l'adaptation des trois espaces de vie (espace public, espace collectif ou partagé et espace privé) qui constitue un enjeu important. Le fait pour la personne âgée de garder le sentiment qu'elle est libre de ses mouvements est un facteur clé d'un maintien à domicile réussi.

Or, depuis la fin de la première guerre mondiale et l'industrialisation, une tendance à la spécialisation des espaces a eu tendance à dominer les stratégies d'aménagement du territoire. Cette spécialisation limite de fait les interrelations entre les différentes catégories de population, la diversité et donc l'intergénérationnel.

Le transport, sous tous ses aspects, doit retenir l'attention de tous les décideurs et concepteurs, et en particulier l'adéquation des propositions d'équipements aux attentes des personnes vieillissantes.

En effet, les moyens de transport sont souvent mal équipés, et ne facilitent pas l'accès des personnes à mobilité réduite. Ainsi, alors que la hauteur de marche d'un escalier ergonomique est autour de 17 cm, dans les bus et les trains cette marche devient variable de 12 à 25 cm, ce qui est très déroutant pour les usagers normaux et très pénible pour les personnes âgées. Cela accroît de manière importante le risque de chutes.

Ces données, et de nombreuses autres, rendent difficile, l'âge avançant, le déplacement et donc l'autonomie.

Il est fondamental d'intervenir sur ce plan car la question des « déplacements » a des répercussions dans de nombreux domaines : les difficultés de déplacement aggrave l'isolement et la perception de l'état de santé, et réciproquement, est un facteur qui influence fortement l'émergence ou non de la fragilité.

Un programme d'actions qui viserait la prévention de la baisse de la mobilité, champ à investir en priorité dans la prévention de la fragilité, pourrait se structurer autour de deux objectifs :

- celui de limiter les risques d'une part,
- celui de sauvegarder les liens sociaux et la continuité de vie d'autre part.

Ces adaptations se justifient d'autant plus que chaque fois que l'on dote un lieu d'équipements adaptés, voire ergonomiques, qui vont donc réduire la dépendance, on donne une solution d'usage confortable pour une population beaucoup plus large que celle des seules personnes âgées.

En outre, dans la mesure où l'on sait maintenant que la dépendance n'est pas un état figé mais que ses effets dépendent du contexte dans lequel une limitation des capacités fonctionnelles intervient, il est possible d'admettre que certaines situations de vulnérabilité ne relèvent pas seulement d'une prévention individuelle et médicale mais bien d'une politique globale.

Ainsi, comme cela a été développé plus haut, c'est la question des inégalités sociales qui est déterminante, même quand on traite la question du vieillissement : on vieillit de façon différente selon la catégorie socio-professionnelle à laquelle on appartient et on vieillit d'autant mieux qu'on a eu une trajectoire privilégiée.

En conséquence, prévenir le vieillissement demande de préserver et promouvoir l'accès :

- A la citoyenneté,
- A la relation (vie sociale entre pairs d'âge, et intergénérationnelle),
- A la vie publique,
- A l'espace public,
- A la santé,
- Aux services (notamment de soutien aux plus âgés),
- Aux institutions,
- Aux soins.

1.6 La problématique de l'isolement des personnes âgées¹

Souvent, les journées des personnes âgées sont rythmées par les interventions de l'aide à domicile, de l'aide soignante, du portage de repas, de l'infirmière, ou du médecin, etc. En-dehors de ces visites, certaines personnes âgées restent seules.

Les professionnels et, en particulier, les aides à domicile sont un vecteur important de lutte contre l'isolement. En effet, ils apportent des éléments d'information de l'extérieur qui

¹ Les développements contenus dans ce paragraphe sont notamment issus de l'ouvrage de Dominique Argoud et al., « Prévenir l'isolement des personnes âgées, voisiner au grand âge », Dunod, 2004 et de celui de Philippe Pitaut « Solitude et isolement des personnes âgées ; l'environnement solidaire », éd. Eres, Coll. Pratiques du champ social, Toulouse, 2004,

peuvent être plus ou moins banals sur le cours du temps, du monde, des lieux et des faits divers mais qui sont de toute façon essentiels au maintien du lien social pour des personnes isolées à leur domicile. En effet, un des fondements du voisinage est d'avoir quelque chose à échanger. Or quand une personne ne peut plus s'inscrire dans le registre du « faire », l'information reste un support pertinent pour préserver l'échange et donc le lien aux autres.

Cependant, la présence de ces professionnels n'empêche pas toujours le sentiment d'isolement, qui est souvent associé à une souffrance, que peuvent ressentir les personnes âgées. Le fait de ressentir de la solitude n'est pas simplement lié à celui d'être isolé mais provient aussi de l'impression de ne compter pour personne.

Aujourd'hui, nous sommes confrontés à une nouvelle situation au sein de nos sociétés modernes, à savoir, le grand isolement d'un nombre croissant d'individus, tous âges confondus.

Le sentiment de solitude est le signe d'un déséquilibre dans la relation de la personne avec la société.

Parmi les paramètres menant à des situations de rupture en terme de lien social, celui de l'âge est important. Si une majorité sans doute des personnes âgées est bien insérée dans notre société, certaines sont marginalisées et vivent en retrait. L'exclusion des personnes âgées constitue un enjeu politique, moral et social de nos sociétés.

L'isolement représente un risque pour ces personnes car il est très probable que cet isolement a des répercussions sur l'état psychique de la personne âgée, et on peut donc supposer qu'il a aussi une influence sur l'état physique, qu'il accélère le vieillissement et rend ces personnes dépendantes plus rapidement.

Il est clair que le fait de vivre à domicile peut accroître le risque d'isolement de la personne.

Si la perte de mobilité est un facteur important de réduction du réseau relationnel, elle ne signifie pas l'enfermement inéluctable dans une situation d'isolement.

Même confiné à son domicile, il est en effet possible de maintenir un lien avec l'extérieur. Ainsi, les pratiques de voisinage confèrent le sentiment de faire partie d'un même ensemble que les autres, d'être intégré à l'ensemble social environnant.

En ville, l'anonymat, le fait que les personnes d'un même immeuble ne se connaissent pas forcément, peut accentuer l'isolement. Ainsi, paradoxalement, il est possible que les personnes âgées vivant en milieu urbain soient proportionnellement plus isolées que celles qui habitent en milieu rural.

a) Les résultats d'une enquête sur l'isolement des personnes âgées

Un collectif prénommé « Combattre la solitude des personnes âgées » et constitué de plusieurs associations¹, a mené en 2007 une enquête sur le sujet auprès de plus de 5000 personnes de plus de 60 ans pour repérer les paramètres à l'origine de l'isolement.

Le collectif a souhaité montrer que l'isolement peut engendrer un sentiment de solitude, facteur aggravant d'exclusion et de souffrance.

¹ Huit associations dédiées à l'entraide, à la lutte contre la précarité et l'isolement : l'Association des Cités du Secours Catholique, la Croix-Rouge française, la Fédération de l'entraide protestante, la Fédération de Saint Vincent de Paul, le Fonds social des juifs unifiés, les petits frères des pauvres, les religieuses dans les profession de santé et le Secours catholique/Caritas France.

Selon cette enquête, 74% des personnes âgées souffrent d'un sentiment de solitude, lié à l'isolement relationnel et/ou géographique, que 18 % des personnes interrogées n'ont pas l'occasion de parler tous les jours.

Cette enquête a permis de définir deux grands types d'exclusion relationnelle :

- L'exclusion relationnelle à caractère économique :

Ce type de solitude n'est pas propre aux personnes âgées. Dans l'échantillon de l'enquête, cela ne concerne que 10 à 12% des plus de 65 ans mais, comme on l'a vu au début de cette première partie, il est possible de penser que les situations de pauvreté chez les personnes âgées pourraient augmenter dans les prochaines années et le fait d'avoir peu de ressources est un facteur qui peut favoriser l'isolement.

- L'exclusion relationnelle liée à l'âge :

Peu à peu et inéluctablement, le vieillissement isole : perte du conjoint et des proches, apparition et croissance des problèmes de santé, perte d'autonomie et réduction progressive de la vie relationnelle tendent à favoriser l'isolement de la personne.

L'analyse des résultats de cette enquête a mis en évidence une tranche d'âge charnière entre 79 et 83 ans où la solitude et l'isolement deviennent un risque majeur. Il apparaît qu'il s'agirait d'une période intermédiaire au cours de laquelle se produisent de grands changements dont notamment et dans de nombreux cas le décès du conjoint. C'est aussi à ce moment de la vie que s'altèrent la vitalité et l'intégrité physique : difficultés pour voir, entendre, se déplacer, perte d'autonomie. Parfois légères au début, ces détériorations sont cependant irréversibles et deviennent de plus en plus handicapantes. La solitude apparaît ainsi comme une « souffrance ajoutée » : à la douleur morale de perdre son conjoint, aux douleurs physiques qui deviennent plus présentes, à l'épreuve de la perte d'autonomie s'ajoute la souffrance de se sentir seul sans pouvoir toujours y remédier par soi-même.

b) En région, des expériences sont menées pour rompre l'isolement des personnes âgées

« Vivre A Domicile » est une association, créée en 1986, à partir d'une réflexion menée conjointement par deux services de soutien à domicile, l'ADPAM (Association d'aide à domicile aux personnes âgées et aux malades) et de l'ATSAD (Association de Soins à Domicile), qui dans leur pratique quotidienne, avaient été amenés à repérer des besoins non couverts, à constater des manques dans le dispositif du soutien à domicile, tant sur le plan des services que de l'habitat.

A Toulouse, cette association gère 4 résidences intégrées situées dans des quartiers du centre-ville. Ces résidences regroupent 20 logements avec des appartements adaptés visant à préserver l'indépendance et l'autonomie en respectant la vie privée des personnes âgées tout en fournissant un certain accompagnement puisque une équipe de maîtresses de maison assure une présence permanente de jour comme de nuit. Les appartements sont en outre aménagés de manière à pallier la diminution des capacités physiques des résidents. L'objectif est de permettre aux personnes âgées de garder leur tissu familial d'amis et leurs habitudes. Des animations diverses sont en outre proposées aux habitants : atelier peinture, broderie, gymnastique, etc.

Outre l'équipe de maîtresses de maison, l'animation et la mise à disposition de services adaptés aux besoins de chacun, dans ces résidences est assurée une coordination avec les différents partenaires du maintien à domicile.

Ces résidences ne doivent pas, selon la réglementation, comprendre plus de 10% de personnes de GIR 1 et 2 (ou alors la moyenne des situations des résidents ne doit pas dépasser 300 GIR moyen pondéré).

La difficulté est que l'état des personnes évolue inexorablement et que le GMP peut se modifier en fonction de cette évolution. Du coup, le concept de départ a dû être modifié pour faire de ces résidences une transition entre le domicile et les EHPAD vers lesquels sont orientées les personnes devenues trop dépendantes pour pouvoir rester dans la résidence. Le CESER regrette qu'une certaine rigidité réglementaire rende compliquée le fonctionnement de solutions intermédiaires entre le domicile et l'EHPAD.

Autre difficulté, ces résidences s'adressent surtout aux personnes âgées plutôt aisées.

2. Quelles solutions pour les personnes âgées en-dehors du domicile ?

2.1 Description des différentes structures d'accueil

Les établissements d'accueil pour personnes âgées sont multiples. Les conditions d'accès et de prise en charge sont propres à chaque catégorie d'établissements, qu'ils soient publics ou privés : certains d'entre eux n'acceptent que les personnes valides ; d'autres sont plus spécialisés dans le traitement de certaines pathologies.

L'article L.313-3 du Code de l'action sociale et des familles consacre l'existence de droits pour la personne hébergée dans une structure d'accueil, quel que soit le type d'hébergement et de structure d'accueil : « *L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, il lui est assuré :*

- *le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;*
- *sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger, le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ;*
- *une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. À défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ;*
- *la confidentialité des informations la concernant ;*
- *l'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ;*
- *une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ;*
- *la participation directe – ou avec l'aide de son représentant légal – à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne. »*

a) Les foyer-logements

Il s'agit d'une formule intermédiaire entre le domicile et la maison de retraite. Les foyers-logements accueillent des personnes indépendantes mais qui ont besoin d'un cadre sécurisant. Toutefois les personnes accueillies doivent être valides et autonomes. Mais il arrive que

certaines structures accueillent des personnes semi-valides en faisant appel à des aides ménagères et à des infirmières à domicile. Les personnes âgées vivent dans des appartements individuels qu'elles aménagent avec leurs meubles. Elles ont le statut de locataire et disposent de locaux communs et de services collectifs (restaurant, blanchisserie, animations).

b) Les résidences-services

Cette formule d'hébergement a été décrite plus haut. Elle s'adresse à une clientèle autonome, valide ou semi-valide. Les retraités peuvent acheter ou louer un appartement dans un ensemble hôtelier spécialement conçu et équipé pour leur fournir des prestations adaptées à leurs besoins : restauration en salle à manger ou à domicile, bar, bibliothèque, salle de spectacle, animations.

c) Les maisons de retraite ou EHPAD

Il s'agit de diverses structures relevant soit du secteur public (secteur hospitalier ou communal), soit du secteur privé (société commerciale ou association). Ce sont des établissements assurant l'hébergement de personnes âgées et qui fournissent obligatoirement des services comme les soins ou les repas ainsi qu'un encadrement médical. Cet encadrement médical est variable d'une maison à l'autre : certaines maisons sont spécialisées dans les pathologies lourdes (EHPAD, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), d'autres n'accueillent que des personnes valides (EHPA, Etablissement d'Hébergement pour Personnes âgées). Lorsque l'on parle d'EHPAD, cela signifie que cet établissement a signé une convention tripartite de cinq ans avec le département et l'État qui l'oblige à respecter un cahier des charges (notamment tarifaire, car c'est le Conseil général qui fixe certains tarifs), et à avoir une démarche qualitative (à la manière d'un label), contrôlée par le département afin de veiller à son bon fonctionnement.

Autre précision : lorsque l'on parle d'établissement conventionné, cela signifie que l'établissement est obligatoirement médicalisé et qu'il propose à ses résidents un encadrement médical et des activités adaptées pour des longs séjours ou des séjours temporaires.

d) Les unités de soins de longue durée – USLD (ex-longs séjours)

Ce service est en principe réservé aux personnes âgées dépendantes qui ont besoin d'une surveillance médicale continue et d'une aide constante pour les gestes de la vie quotidienne. La prise en charge relève de la Sécurité sociale : l'hébergement et les repas ne sont pas remboursés. Si la personne n'a pas les ressources requises, les frais d'hébergement peuvent être pris en charge partiellement ou totalement par l'aide sociale.

e) L'accueil familial

Cette formule d'hébergement, déjà évoquée plus haut, est encore peu connue mais est utilisée par environ 10 000 personnes âgées.

Il s'agit pour une famille d'accueillir chez elle une personne âgée. Chacune des parties doit souscrire un contrat écrit, élaboré selon un modèle du département qui fixe les conditions générales de l'accueil, la rémunération de la famille d'accueil ainsi que les conditions de dénonciation du contrat. La famille d'accueil peut être une personne seule ou un couple avec ou sans enfant. L'un des accueillants doit avoir au moins 65 ans et doit suivre une formation sur la psychologie des personnes âgées.

f) Les résidences d'hébergement temporaire

Ces structures peuvent être autonomes mais sont souvent liées à une institution d'hébergement permanent ou à un service d'aide à domicile. Ces résidences sont souvent peu ou pas médicalisées, ce qui limite leur accès à des personnes valides. Les services demandés par la personne sont fournis par des prestataires extérieurs à la structure et sont à la charge du résident.

g) Les Cantous ou unités protégées

Un Cantou (Centre d'activités naturelles tirées d'occupations utiles) est une petite unité de vie destinée aux personnes âgées les plus désorientées, ou atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentées. Ces unités présentes au sein d'établissements disposent d'un équipement adapté à la surveillance des résidents. Le personnel d'encadrement est diplômé et formé à la prise en charge des personnes désorientées.

2.2 Les difficultés économiques

Sur le plan des soins proprement dit tout d'abord, il faut dire que, bien que remboursées en partie par l'Assurance Maladie, une part des dépenses de santé restent à la charge des personnes âgées dépendantes.

Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (avis du 22 avril 2010 « Vieillesse, longévité et assurance maladie ») estime ainsi à plus de 1 000 euros par an – soit plus du double du chiffre moyen sur l'ensemble de la population – la dépense moyenne non couverte par l'assurance maladie des personnes de plus de quatre-vingts ans, dont plus d'une sur deux est pourtant prise en charge à 100 % au titre d'une longue maladie.

A cela, il faut ajouter le coût des complémentaires santé qui correspond à un effort financier particulièrement important pour les personnes âgées car les organismes complémentaires ont tendance à tarifier leurs contrats en fonction de l'âge.

En fonction de leur importance, ces pertes de l'autonomie imposent à la personne des « surcoûts » de vie quotidienne dont l'importance varie selon qu'elle vit à son domicile ou en établissement.

Le rapport d'information de l'Assemblée Nationale présenté le 23 juin 2010 par Mme ROSSO-DEBORD apporte des précisions. Selon ce rapport, **les personnes en perte d'autonomie demeurant à domicile** constituent la majorité des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) (61,7 % en décembre 2009) mais leur part diminue significativement avec l'aggravation de leur dépendance : pour 79,4 % des personnes en GIR 3 et 4 restant à leur domicile, on ne compte plus que 20,6 % des personnes en GIR 1 et 2.

De fait, comme l'APA est une prestation plafonnée forfaitairement, en fonction du degré de dépendance, elle se révèle bien souvent insuffisante pour financer le soutien à domicile des personnes les plus fragilisées lesquelles nécessitent des heures d'aide ou de garde en nombre de plus en plus important (dont le coût moyen horaire peut varier de 10 à 20 euros), des accueils de jours dans des structures adaptées afin de laisser des temps de répit aux familles (8 à 65 euros par jour), ou encore des compensations techniques de la dépendance (appareils auditifs, fauteuils roulants, protections contre l'énurésie, aménagement du domicile, téléalarme, etc.).

Selon la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, en 2009, ces coûts s'élèveraient en moyenne à 1 800 euros par mois alors que plus de la moitié des retraités touchent une pension mensuelle inférieure à 1 000 euros et que le montant moyen des aides d'État est de 450 euros. C'est ainsi que le plus souvent, ne pouvant

plus assumer l'organisation quotidienne de leurs pathologies multiples, les personnes âgées dépendantes prennent la décision d'entrer en établissement.

Comme expliqué dans le préambule du présent rapport, le **prix du séjour en EHPAD** se décompose en trois tarifs journaliers afférents à l'hébergement, aux soins et à la dépendance. Le reste à charge des personnes concerne essentiellement l'hébergement mais comprend également « *un ensemble composite* » de dépenses (ticket modérateur, achats de biens de première nécessité, etc.). Au total, toujours selon le rapport de l'Assemblée Nationale, les restes à charge mensuels moyens d'un hébergement se situent entre 2 200 euros en milieu rural et périurbain et 2 900 euros en milieu urbain ; ils peuvent atteindre 5 000 euros pour les plus élevés.

Sachant que les résidents des EHPAD ont en moyenne près de quatre vingt-quatre ans et sont majoritairement des femmes d'une génération ayant peu ou pas travaillé, on peut supposer que la majorité d'entre elles n'ont pour moyens de subsistance principale qu'une pension d'un montant évidemment bien inférieur aux 1 200 euros d'une pension moyenne.

Il apparaît donc bien que l'ensemble des aides (APA et autres) perçues par les personnes âgées restent d'un montant insuffisant au regard des besoins. Selon le rapport d'information du Sénat sur « la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque »¹, près de 80% des personnes hébergées en institution disposent d'un revenu inférieur au coût de leur séjour.

C'est là sans doute l'une des raisons d'un phénomène récent, celui d'une sortie des établissements de certains résidents des EHPAD parce qu'ils ne disposent plus des moyens de payer leur hébergement.

En outre, l'importance du reste à charge en établissement peut apparaître intolérable au regard de la disparité entre les coûts de la prise en charge des pertes d'autonomie des personnes âgées hébergées dans un établissement et ceux de la prise en charge des maladies des personnes hospitalisées.

Les classes moyennes sont particulièrement concernées par cet effort financier. En effet, l'allocation personnalisée d'autonomie, exigeant une participation des bénéficiaires dont l'importance dépend de leurs revenus, et les aides à l'hébergement, étant dégressives en fonction des revenus, bénéficient surtout aux ménages ayant des revenus modestes mais que faiblement aux ménages aux revenus moyens. Au contraire, les diverses dépenses fiscales liées directement ou indirectement à la dépendance ne s'appliquent qu'aux personnes possédant un revenu suffisant pour acquitter l'impôt sur le revenu et d'autant plus quand ces revenus sont confortables.

Pour le CESER, parce que la situation économique des personnes âgées dépendantes peut être très variable : il faut trouver des réponses adaptées aux différents profils économiques de ces personnes, des solutions qui compensent ces différences de capacités économiques, sachant que cela ne peut être purement mathématique.

¹ Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information du Sénat sur « la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque », présenté par Monsieur VASSELLE, daté du 8 juillet 2008.

3. La question de la maltraitance et la recherche de la bientraitance

Le CESER a choisi de parler de bientraitance car ce concept permet d'élargir le sujet et d'aborder les choses sous un angle positif, en terme de qualité de soins.

3.1 Eléments de définition

Le CESER estime important d'aborder, dans ce travail qui souhaite placer la personne au cœur de ses réflexions, le sujet de la « maltraitance ressentie », qui peut parfois résulter d'une maltraitance « institutionnelle » ou « passive ».

Il est bien clair que les cas de maltraitance « volontaire » sont rares.

Aussi bien au domicile que dans les établissements de santé ou les établissements qui accueillent des personnes âgées, il arrive que ceux-ci aient le sentiment d'être mal ou pas informés, d'être insuffisamment écoutés, etc. par leur famille ou par les professionnels qui interviennent auprès d'elles. Bien qu'en grande partie subjectif, cet aspect ne doit pas être négligé. C'est d'ailleurs l'opinion de la Haute Autorité de Santé puisqu'elle a commandé une étude sur le sujet auprès d'un cabinet de conseil¹.

Cette étude a permis d'apporter un éclairage sur la perception des prises en charge par les usagers, leur expérience de la vie hospitalière, etc. Il apparaît que si l'humanité des professionnels de santé est souvent mise en avant, les usagers ressentent également fréquemment un manque d'écoute, de considération ou d'information. Se voir imposer des attentes interminables et inexpliquées, des contraintes incompréhensibles sont autant d'exemples de faits qui peuvent générer le sentiment d'être maltraités. On peut parler ici de « maltraitance ordinaire » parce qu'elle est banalisée et qu'elle se distingue d'une maltraitance intentionnelle.

Toujours d'après l'étude de l'HAS, il est possible de repérer deux grands types de maltraitance ordinaire :

- Une maltraitance liée aux comportements individuels : ce peut être, par exemple, quand les professionnels de santé discutent entre eux en ignorant le patient présent dans la pièce, les professionnels qui n'entendent pas ce que leur disent les malades ou leurs proches, « pressions psychologiques » (humiliations, la culpabilisation des proches, etc).
- Une maltraitance liée à l'organisation : ce peut être, par exemple, la mise à distance des proches, le manque de disponibilité des professionnels, le rythme imposé des soins, le bruit, les sorties mal préparées, etc.

Autrement dit, il y a maltraitance lorsque certains droits des patients ne sont pas respectés :

a) Le droit à l'information

La maltraitance intervient en cas de défaut d'information ou si les conditions de délivrance de cette information posent problème.

Ainsi, lorsque les professionnels ne se montrent pas disponibles pour informer un patient et répondre aux questions, celui-ci va se trouver en situation de recherche permanente

¹ « La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé. étude sur la base de témoignages. » Claire Compagnon et Véronique Ghadi, cabinet C. Compagnon. Conseil, 2009.

d'informations, ce qui peut susciter l'agacement des professionnels. L'ignorance dans laquelle ils sont laissés empêche les patients de reprendre le contrôle de leur vie et c'est bien ça qui est problématique.

Les conditions de délivrance de l'information, si elles ne sont pas pertinentes, peuvent avoir un effet tout aussi destructeur, violent que ne l'est son absence. Les modalités de délivrance de l'information peuvent également parfois traduire un certain mépris vis-à-vis du patient (mépris social, intellectuel, de l'initié pour le non-initié).

La prise en compte de la douleur

Des attitudes qui consistent à nier la plainte, à ne pas prendre en charge la douleur ou à retarder cette prise en charge peuvent être considérées comme maltraitantes.

Le fait que des professionnels minimisent la douleur d'un patient ajoute une forme de maltraitance psychologique.

b) Le respect de la dignité de la personne

L'étude de l'HAS mentionne de nombreux témoignages qui peuvent s'appliquer particulièrement au secteur de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées. Ils font ainsi référence à des atteintes à la pudeur, à l'intimité liées notamment au manque de discrétion dans la gestion du « petit linge », notamment dans les cas d'incontinence qui revient à nier le sentiment d'infériorisation et d'humiliation qui les accompagnent souvent. On peut aussi évoquer le défaut d'hygiène ou d'égards (protections changées une fois par jour seulement, absence de nettoyage des aliments renversés, etc.).

L'attention portée à l'hygiène corporelle des personnes est fondamentale pour que celles-ci se sentent dignes et respectées. Par exemple, la réponse apportée aux patients qui demandent à aller aux toilettes est significative : la situation a priori humiliante de dépendre d'autrui pour aller aux toilettes devient insupportable quand il faut supplier et que personne ne réagit.

De même, l'hygiène de la chambre, si elle est imparfaite, peut être source de malaise pour la personne car cela peut apparaître comme un signe de la nature du regard qui est posé par l'institution sur l'individu ou de l'abandon de celui-ci par les personnels soignants.

3.2 Les causes du phénomène et la promotion de la bientraitance pour y remédier

De manière générale, il est important de dire que le risque de maltraitance est souvent lié au manque de moyens humains et donc de temps dont disposent les personnels de santé pour assurer les soins, les toilettes, etc. des patients.

Les professionnels le reconnaissent eux-mêmes, puisqu'ils ont non seulement conscience de l'existence de certaines situations, mais sont souvent les premiers à les signaler. Pour eux, les causes de la maltraitance ordinaire sont en effet liées au contexte de travail, à l'environnement professionnel.

Des conditions de travail difficiles peuvent ainsi être en cause de la survenue de situations de maltraitance.

Un cadre de travail peu agréable peut en effet entraîner une démotivation des professionnels.

Par ailleurs, les relations avec les patients et leurs familles ne sont pas toujours aisées et évidentes : les professionnels peuvent parfois se sentir agressés par les revendications des familles et, en retour, se montrer distants ou incorrects avec les patients.

Mais surtout, c'est la tension qui peut exister entre la quantité de travail demandée et les moyens mis à disposition pour l'effectuer qui suscite parfois des dérives dommageables à la relation de soins. En effet, le manque d'effectifs et donc également la réduction des effectifs, le turn-over important dans certains postes, le manque de qualification adaptée à la réalité des personnes âgées, le manque d'encadrement ont tendance à conduire les professionnels à

arbitrer en faveur des actes techniques et de la coordination, au détriment du temps passé à la relation avec le patient.

Au-delà de la question des moyens insuffisants, la maltraitance peut trouver son origine dans une organisation inadaptée des établissements. Il est notamment important de souligner que la direction de l'établissement et l'organisation de l'encadrement des équipes soignantes et non-soignantes ont un rôle fondamental à jouer en matière de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance. L'encadrement porte ainsi la responsabilité de la continuité et de la cohérence de la prise en charge, mais aussi de la valorisation des comportements adéquats et de la condamnation de ceux qui ne le sont pas.

Dans les faits, aujourd'hui, dans les établissements, de nombreuses actions sont menées en vue de promouvoir des attitudes bienveillantes de la part des personnels de santé à l'égard des patients.

Pour le CESER, il semble en effet plus productif de chercher à valoriser la bientraitance que de parler de maltraitance qui condamne et culpabilise sans rien résoudre.

Parmi les actions qui permettraient de valoriser la bientraitance : la formation et la sensibilisation des professionnels notamment sur les bonnes pratiques ; l'identification des situations de maltraitance ; partir des attentes des patients et de leurs proches ; aider les professionnels à prendre du recul sur leur organisation et leurs pratiques.

Le concept d' « humanité »¹

Il s'agit d'une approche qui vise à concrétiser les valeurs d'humanisme et de bientraitance.

L'humanisme est une notion destinée à guider les pratiques professionnelles et basée sur les règles élémentaires de bienséance, de politesse, de bienveillance à l'égard d'autrui. Cela concerne en particulier les personnes atteintes de démence.

Cela s'applique aux « manœuvres » (la façon de toucher une personne, se mettre à la portée du regard), à la manière de se comporter avec les personnes, de leur parler, etc.

Les résidents sont considérés comme des personnes à part entière, avec une histoire, des goûts, des habitudes. L'objectif est de ne pas adopter une conduite stéréotypée mais de s'adapter à chaque personne. Par exemple, il n'est pas question de faire toutes les toilettes en suivant chaque matin sans tenir compte des habitudes de chaque résident, de leur état du moment (si une personne est agitée, il est possible de ne faire la toilette que l'après-midi).

Selon cette méthode, il n'est pas question de prodiguer des soins contraints, d'imposer des horaires stricts.

Par exemple, les principes qui guident l'action dans la maison de retraite du Parc d'Albi :

- La vieillesse est considérée comme une étape de la vie et non comme une maladie*
- Privilégier un accompagnement personnalisé du Résident, ce qui suppose de s'adapter au rythme de chacun afin de l'encourager à maintenir son autonomie*
- Maintenir les relations existantes de la personne avec son entourage familial*
- Apporter un environnement chaleureux et convivial*
- L'animation doit dépasser le cadre des seules activités ponctuelles*

¹ Le concept d' « humanité » a été présenté lors de l'une des auditions auxquelles le CESER a procédé pour élaborer ce projet d'avis. Il s'agit de l'audition du directeur de l'EHPAD du Parc à Albi, établissement dont le personnel est formé à cette approche.

Accompagner le Résident jusqu'à la fin de sa vie
Impulser l'accompagnement de l'entourage du Résident : les familles et les proches doivent être accompagnés, de plus en plus, pour les aider à accepter le vieillissement de leur parent, la dégradation, la perspective de la mort
Respecter la Charte des Droits et Libertés des Personnes Agées Dépendantes : vigilance par rapport à la dérive sécuritaire qui aurait tendance à faire admettre des pratiques telles que le fait d'attacher les personnes âgées agitées (pour éviter toute fugue), d'avoir les portes fermées, tout sécurisé. Il est pourtant nécessaire de laisser une marge de liberté aux personnes âgées.

4. Les problèmes juridiques liés au statut des mesures de protection

Les conséquences de la dépendance sont nombreuses et affectent à la fois les relations affectives, humaines, mais aussi les relations sociales. Les personnes qui souffrent d'une grande dépendance sont particulièrement vulnérables, et il importe de les protéger tout particulièrement.

Voilà pourquoi le législateur a prévu différentes catégories de protection afin de prévenir les conséquences de la dépendance sur les actes formels qui peuvent engager la responsabilité de la personne âgée elle-même, ses droits ou encore ses finances.

Jusqu'en 2008, c'est la loi du 3 janvier 1968 qui était en vigueur. Elle visait seulement la protection des biens du majeur protégé. La loi n° 207-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs a confirmé les principes de protection de la personne qui ont été construits par des jurisprudences successives. Cette loi est entrée en application le 1^{er} janvier 2009.

L'augmentation du nombre de mesures de protection du fait de l'évolution démographique et l'évolution de la société (regard porté sur les personnes vulnérables) ont conduit à la modification de cette loi en 2007 (Le nombre de personnes protégées est passé de 85 000 en 1975 à 697 000 en 2005. Il est prévu 1 000 000 de personnes protégées en 2015).

La loi de 2007 affirme avec force qu'il faut s'inquiéter de la protection de la personne, qu'elle ait des biens ou non, afin qu'elle conserve en premier lieu sa dignité. Elle rappelle la priorité donnée à la famille pour l'exercice de la mesure.

En plaçant la personne protégée au cœur du dispositif, la loi oblige à rechercher la volonté de la personne et à se soucier de ses souhaits.

4.1 Le mandat de protection future

Il permet à une personne (le mandant) de désigner à l'avance la ou les personnes (mandataires) qu'elle souhaite voir être chargée(s) de veiller sur elle et/ou sur tout ou partie de son patrimoine, pour le jour où elle ne serait plus en état, physique ou mental, de le faire seule.

4.2 La mesure de sauvegarde de justice

La mise sous sauvegarde de justice est une mesure de protection juridique temporaire destinée à protéger une personne majeure souvent âgée et/ou tout ou partie de son patrimoine si elle n'a plus la capacité de le faire seule et qu'aucun moyen moins contraignant ne suffit à défendre ses intérêts.

La sauvegarde de justice s'adresse à la personne âgée dont les facultés mentales et /ou physiques sont altérées de façon passagère ou bien en attente de l'ouverture d'une mesure de tutelle ou de curatelle.

La sauvegarde de justice peut être demandée par :

- La personne âgée elle-même, son conjoint, sa famille,
- Le médecin traitant, par simple déclaration au Procureur de la République
- Le médecin hospitalier, par simple déclaration au procureur de la République
- D'autres personnes également mentionnées dans l'article 430 du Code Civil¹.

Le juge des tutelles, lors de la procédure de mise sous tutelle ou curatelle pour la durée de l'instance peut, pendant la durée de l'instance, prendre cette décision transitoire.

Il existe deux possibilités de mise en sauvegarde, judiciaire (lorsqu'elle est décidée par le juge des tutelles) et médicale (lorsqu'elle est demandée par un médecin) et inscrite dans un fichier auprès du procureur de la République.

La personne placée sous sauvegarde de justice continue de jouir de sa pleine capacité juridique, mais elle est protégée contre les conséquences de ses actes. Ainsi, ses engagements sont valables, mais ils peuvent être réduits ou annulés le plus souvent par une action en justice, si le demandeur apporte la preuve de l'altération des facultés mentales. Un mandataire spécial peut-être désigné par le juge. Il interviendra pour les actes définis dans le mandat. Sa mission s'appliquera aux actes tels que : encaisser des revenus, régler des dépenses courantes, faire un inventaire du patrimoine ou des dettes, préparer la vente d'une maison ou la résiliation d'un bail, etc.

4.3 La mesure de curatelle

La curatelle concerne la personne âgée dont les facultés mentales et ou physiques sont altérées ou déficientes. L'expression de la volonté est déficitaire, mais n'entrave pas les actions nécessaires.

La curatelle qu'elle soit simple ou renforcée est un régime d'assistance. La personne âgée est alors considérée comme ayant besoin d'être conseillée ou contrôlée dans les actes de la vie civile.

Il s'agit d'une simple assistance : la personne âgée peut gérer son patrimoine, mais avec l'accord d'un curateur pour les actes importants de la vie civile. La curatelle s'adresse donc à des incapacités partielles.

¹ L'article 430 du Code Civil est ainsi libellé : « La demande d'ouverture de la mesure peut être présentée au juge par la personne qu'il y a lieu de protéger ou, selon le cas, par son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, à moins que la vie commune ait cessé entre eux, ou par un parent ou un allié, une personne entretenant avec le majeur des liens étroits et stables, ou la personne qui exerce à son égard une mesure de protection juridique.

Elle peut être également présentée par le procureur de la République soit d'office, soit à la demande d'un tiers. »

4.4 La mesure de tutelle

La tutelle est le régime de protection le plus complet concernant la personne âgée dont l'altération des facultés, physiques et/ou psychiques est suffisamment grave et habituelle. Il s'agit d'une représentation de la personne âgée de manière permanente et continue dans les actes de la vie civile du fait de l'altération de leurs facultés mentales, ou lorsque leurs facultés corporelles sont altérées au point d'empêcher l'expression de leur volonté, et pour qui toute autre mesure de protection moins contraignante (curatelle, sauvegarde de justice) serait insuffisante. La tutelle concerne la personne âgée ayant une incapacité civile presque totale.

La demande de tutelle peut être effectuée par :

- La personne elle-même,
- Son conjoint, s'ils vivent ensemble,
- Ses descendants, ascendants, frères ou sœurs,
- Le curateur, si une curatelle a été précédemment ouverte.
- Et les personnes mentionnées dans l'article 430 du Code Civil précité.

Un signalement peut être également adressé (par le médecin traitant, un voisin, etc.) au procureur de la République qui transmettra au juge des Tutelles s'il le juge nécessaire.

Réforme des régimes de tutelle 2009

A la lumière des évolutions de la démographie marquées par le vieillissement de la population, les situations de mises en œuvre d'une mesure de protection juridique et notamment des mises sous tutelle se sont accrues et appelaient une réforme du régime de « protection des majeurs incapables ». Ce régime était en effet régi par une loi datant de 1968, inadaptée à la réalité de la société française d'aujourd'hui.

La Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 portant « réforme de la protection juridique des majeurs » a ainsi opéré une réforme importante du dispositif de la protection des personnes vulnérables. Elle est entrée en vigueur le 1er janvier 2009.

Obligation du certificat médical

La mise sous tutelle ou sous curatelle ne sera possible que si une altération des facultés est constatée par un certificat médical circonstancié. Sont ainsi supprimés les motifs de « prodigalité, intempérance ou oisiveté ».

Création d'un « mandat de protection future »

Il sera possible par ce mandat de prévoir les modalités de son éventuelle protection future, notamment en désignant à l'avance la personne qui sera chargée de veiller sur ses intérêts et sa personne en cas de besoin.

Ce mandat s'appliquerait dès que l'altération des capacités est médicalement constatée, sans qu'un juge n'ait à intervenir.

Renforcement des droits de la personne protégée

La personne est obligatoirement entendue par le juge des Tutelles lors de la procédure et peut l'être tout au long de l'exercice de mise sous tutelle. Les mesures prises devront être révisées tous les 5 ans. Les décisions en matière de santé et de logement seront prises par la personne concernée (dans la mesure de ses possibilités), le tuteur n'ayant sur ces sujets qu'un rôle d'information et d'aide.

Le tuteur a toujours obligation d'établir des comptes rendus réguliers des actes effectués pour le compte de la personne sous tutelle.

Formation des tuteurs et curateurs.

Les tuteurs et curateurs extérieurs à la famille (mandataires judiciaires) seront soumis à des règles communes de formation, de contrôle, d'évaluation et de rémunération. C'est la personne protégée qui subviendra, dans la mesure de ses moyens, aux frais occasionnés par sa protection. Si nécessaire, la rémunération des mandataires pourra être assurée par un financement public.

Suppression de la tutelle aux prestations sociales

Cette tutelle concernait les personnes en difficulté sociale, incapables de gérer leurs ressources mais ne présentant pas d'altération de leurs facultés mentales. Un dispositif d'accompagnement social, veillant notamment au paiement du loyer, la remplace.

En guise de synthèse, la description qui vient d'être faite des solutions proposées aujourd'hui aux personnes âgées et des différents enjeux qui y sont liés, si elle a mis en évidence une prise en compte de plus en plus juste des besoins des personnes, fait tout de même apparaître un certain nombre de limites de ces solutions.

Pour le CESER, il est fondamental d'adopter une posture humaniste qui impose d'appréhender les problématiques liées au vieillissement de manière globale. Poser la question des besoins des personnes âgées dépendantes interroge en fait la notion de valeurs et soulève des questionnements d'ordre philosophique : quel type de société a-t-on envie de construire ? Pour le CESER, une des réponses est que tout doit être mis en œuvre pour que le droit des personnes âgées à la dignité, à la préservation au maximum de leurs libertés individuelles soit respecté. En d'autres termes, qu'elles bénéficient des mêmes droits, des mêmes possibilités que l'ensemble de la population. Le CESER se place sur un plan universel et considère que parce que nous sommes tous destinés à vieillir, à devenir plus ou moins dépendants, ces problématiques nous concernent donc tous. L'enjeu est de trouver les modalités d'un bien-vivre ensemble pour bien vieillir ensemble, sachant qu'il n'y a pas de solution unique mais des solutions différentes selon le profil, le vécu, le souhait de chaque personne.

Cette approche nécessite d'adopter une vision positive du vieillissement, qui ne doit pas être perçu comme une dégradation, comme un problème à gérer mais bien comme un processus naturel, une réalité.

Cela suppose de se détacher d'une approche sectorielle, par type de populations et préférer une approche universelle, des réponses universelles mais individualisées, personnalisées. C'est-à-dire qu'il faudrait parvenir à une unification des pratiques et des méthodes (qui n'est pas synonymes de réponses stéréotypées).

Cela rejoint le débat sur la mise en place du cinquième risque¹, qui ne soulève pas que des enjeux financiers mais interrogent bien le type de société que nous voulons.

¹ L'aspect financement du 5^{ème} risque sera abordé dans la troisième et dernière partie de ce document.

III. SOLUTIONS ÉMERGENTES ET EXPÉRIENCES INNOVANTES

Après les développements plutôt techniques, concrets de cette première partie, il s'agit ici d'aborder le sujet de manière moins descriptive, et peut-être même avec un regard « philosophique ».

Les difficultés rencontrées par les personnes âgées dépendantes qu'elles vivent à domicile ou en établissement mettent en évidence les limites, les carences du système actuel. L'objet de ce chapitre est de relever les expériences novatrices émergentes qui constitueront peut-être les réponses de demain qu'on doit souhaiter meilleures que celles d'aujourd'hui et de pointer les pistes d'amélioration possibles.

Des expériences en matière de nouveaux modes d'habitat en direction des personnes âgées sont menées en France ou dans d'autres pays. Il est intéressant de les évoquer car elles donnent des indications sur des aspirations de certaines personnes âgées qui pourraient, pour certaines d'entre elles, prendre de l'importance dans les prochaines années. Il est en effet possible d'imaginer que les attentes des générations d'après-guerre différeront de celles de leurs aînés.

Quelques-unes de ces expériences sont présentées ci-dessous.

1. De la cohabitation intra-familiale vers des formes nouvelles fondées sur le principe de partage de logement

Les recensements ont tendance à sous estimer la cohabitation car ils ne tiennent pas compte des quasi cohabitations ni des cohabitations temporaires ou saisonnières. Toutefois, même si le Sud-Ouest a longtemps été marqué par un modèle familialiste qui favorisait la cohabitation entre générations (d'une même famille), le phénomène a tendance à se marginaliser dans la région aussi.

Toutefois, des modes d'habiter nouveaux fondés sur le principe de la cohabitation émergent.

1.1 Le modèle communautaire intra-générationnel

Ce sont des valeurs de sociabilité qui sont mises en avant mais elles se déclinent sous deux formes : l'une vise une population en mal de lien social, sous la figure de l'isolé ; l'autre vise une population intégrée, voire engagée socialement, sous la figure du senior.

Toutes deux s'appuient sur le bénévolat soit de la part des résidents soit en leur faveur.

○ ***Par exemple, les » maisons Abbeyfield »***

Il s'agit d'un concept de « chacun chez soi... ensemble » né en Angleterre pour les veuves de guerre. Il s'agit d'ensemble d'habitations constituées de logements individuels et privatifs et de lieux de vie communs à l'attention de personnes vieillissantes, valides, isolées.

○ ***En France, une des premières expériences est celle de « la Trame »,***
« La Trame » est une association fondée par Christiane BAUMELLE, psychosociologue en retraite, après la canicule de 2003. Celle-ci a imaginé le concept d' « unités de vie collective pour des seniors ne souhaitant pas vivre seuls » baptisées Cocon3S (solidaires, seniors,

solos). Il n'existe pour l'instant que quelques « cocons » opérationnels en France. Le montage juridique a été soigneusement étudié pour rassurer futurs colocataires et propriétaires. L'association des locataires loue le bien partagé (généralement une maison) à son nom, avec un bail de six ans, puis elle sous-loue à chacun des occupants. Pour s'organiser, ces cocons ne demandent aucune subvention.

- Autre exemple, plus récent et moins répandu, la *maison des Babayagas* en France

L'idée est née en 1997, mais la première maison a ouvert à Montreuil fin 2003. Il s'agit d'une initiative qui semble influencée par le mouvement féministe.

La Maison des Babayagas est une maison de femmes âgées, autogérée et fondée sur la solidarité. Le public visé est composé de personnes ayant une habitude de vie collective : militantes, associatives, etc. Chaque usagère a son lieu personnel, (studio ou deux pièces avec kitchenette et salle de bains), bien insonorisé, et de grands locaux collectifs, restaurant, salle polyvalente, cuisine, laverie. Il est fait appel le moins possible à une aide extérieure. Les Babayagas mènent des actions ouvertes sur l'environnement : soutien scolaire, alphabétisation, transmission et échanges réciproques de savoir et de tradition, etc.

1.2 L'habitation partagée intergénérationnelle

Dans ce cas, le maintien du lien social est une valeur également présente, mais l'aspect économique vaut également car il s'agit de partager le coût du logement entre les deux ménages qui cohabitent.

- les *Habitations partagées*, inspirées d'une formule québécoise de partage de logement qui peut fournir une alternative au placement en institution des personnes âgées (mais pas seulement). Cette solution permet de réduire les coûts, de favoriser la solidarité et les échanges intergénérationnels.

Ce type d'initiatives existe dans différents pays, par exemple :

- Ce sont les *habitats kangourou* en Belgique (une famille est logée dans l'appartement le plus grand et la personne âgée dans une « poche » de l'habitation). En échange d'un loyer minoré, le jeune ménage s'engage à surveiller la personne âgée et à l'aider dans son quotidien.
- Le « *senior vacant unit initiative* » aux Etats-Unis (Boston) incite les personnes âgées à louer une partie de leur maison devenue trop grande et coûteuse à entretenir, offrant ainsi une solution pour des personnes à revenus modestes,

1.3 L'habitat intergénérationnel aménagé

Le principe est de mixer dans une même résidence, ménages âgés (personne seule ou en couple) et jeunes couples (de préférence avec enfants). Chaque logement est aménagé de manière à en améliorer l'accessibilité et la sécurité. Le plus souvent une maîtresse de maison a pour fonction de veiller sur les personnes âgées et d'entretenir leur intégration sociale. Ces résidences reposent donc sur les valeurs de sociabilité et de sécurité.

La *Résidence Intégrée*, formule qui a démarré à Toulouse à l'initiative d'un opérateur de logement social et d'un service d'aide à domicile, a pour objectif de répondre aux problèmes liés à la vieillesse, d'éviter l'isolement et l'éloignement de la famille, d'assurer une coordination des services médico-sociaux chargés du maintien à domicile.

Ce type d'habitat doit permettre aux personnes âgées de demeurer jusqu'à la fin de leur vie dans leur environnement social. Des supports techniques (téléalarme, aménagement, voire domotique) contribuent à la sécurité.

Depuis, diverses autres initiatives basées sur le même concept se sont montées ici ou là, le niveau d'aménagements techniques étant variable (résidences de quartier à Châtellerauld par exemple, résidence Générations à Saint-Appolinaire, etc.)

L'association « habitat et humanisme » nourrit également un projet associant la mixité sociale et générationnelle à des préoccupations écologiques. Sachant que la colocation s'accommode mal d'un parc immobilier conventionnel, elle propose de nouvelles solutions d'habitat durable adaptées aux attentes et aux modes de vie des adeptes de la colocation : séparation des espaces individuels et communs, isolation phonique renforcée, accessibilité étudiée pour les seniors, etc. Deux immeubles vont être construits sur ce modèle à Paris et à Lyon, avec de grands logements destinés à jeunes colocataires ou deux familles monoparentales et d'autres, plus petits, pour un senior et une famille monoparentale ou deux seniors.

1.4 La maison pour tous les âges

La conception de ce mode d'habitat est basée sur une architecture évolutive adaptée à chaque cycle de la vie et favorisant l'accessibilité pour tous, quel que soit son handicap (ponctuel ou non). Des réflexions dans ce sens sont menées en Grande-Bretagne.

2. Des initiatives qui sont le signe d'une évolution des mentalités

Ces différents exemples sont le signe d'une évolution des mentalités qui se fait progressivement¹. L'idée par exemple du partage d'un logement entre seniors vient principalement d'Europe du Nord et commence tout doucement à être intégrée dans la culture française.

Une partie des sexagénaires et septuagénaires, d'aujourd'hui, notamment au sein d'associations très engagées, rejettent le modèle traditionnel de prise en charge des personnes âgées, les solutions qui ont été proposées à leurs parents. Ils ne veulent pas finir leur vie dans l'isolement à domicile ou dans une institution spécialisée et sont à la recherche de formules alternatives qui leur permettraient de reprendre la main sur leur fin de vie.

Les différentes expériences ont pour objectif commun d'éviter tant l'isolement que la « vieillesse assistée ». Ces initiatives peuvent constituer des solutions intermédiaires entre le domicile et l'établissement d'hébergement et peuvent retarder la survenue de la dépendance.

Les solutions décrites ci-dessus s'adressent surtout à des seniors valides, dans une optique préventive par rapport à la survenue de la dépendance. Mais des initiatives en direction des personnes âgées dépendantes existent également. Ainsi, les **maisons Ages et Vie** ont pour principe de permettre aux personnes confrontées à une perte d'autonomie (moyenne d'âge : 90 ans) de se maintenir dans un logement « normal » et moins coûteux qu'un établissement spécialisé. Il s'agit d'une opération de promotion, qui aboutit à la construction d'un petit immeuble dont le rez-de-chaussée est occupé par 6 personnes âgées qui disposent chacune de leur chambre avec salle de bains. A l'étage, trois appartements sont destinés à des

¹ Les développements contenus dans ce paragraphe sont notamment issus d'un article publié dans Le Particulier Immo, n°262 de mars 2010, « Les nouveaux colocataires ».

professionnels de l'aide à domicile, qui paient un loyer d'environ 500 euros pour un 4 pièces, chacun étant d'astreinte une nuit sur trois. Les 6 colocataires seniors sont aussi co-employeurs des trois personnes salariées, par le biais d'une association. Les bâtiments sont vendus en l'état de futurs achèvement à des investisseurs et la gestion confiée à Ages et Vie, promoteur et gestionnaire. Une garantie de paiement des loyers est apportée par la commune. 7 maisons de ce type existent autour de Besançon et le concept a tant de succès que des projets sont en cours en Bourgogne, en Alsace-Lorraine et en Rhône-Alpes.

Ces initiatives restent encore marginales, il est donc difficile de dire si ces nouvelles formes constitueront des réponses au défi du vieillissement mais parce qu'elles bousculent les idées préconçues et aident à réfléchir autrement, elles sont intéressantes à examiner.

IV. LES PRÉCONISATIONS CONCERNANT LES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

1. PRÉVENIR LA DÉPENDANCE

1.1 Informer et éduquer les populations dès le plus jeune âge pour faire évoluer progressivement les comportements

a) L'éducation

Pour le CESER, la limitation des effets de la dépendance doit se penser avant même la survenue des premiers signes de diminution des capacités motrices et sensorielles, tout au long de la vie. C'est donc au niveau de la prévention et de l'éducation qu'il est nécessaire d'agir.

L'éducation a ainsi un rôle clé à jouer pour prévenir la dépendance. L'éducation sanitaire doit intervenir dès la maternelle et doit comprendre l'éducation physique et sportive, des conseils nutritionnels, d'hygiène de vie, etc.

Cela est d'autant plus crucial que l'éducation dès le plus jeune âge pourra contribuer à réduire les inégalités qui existent actuellement en cas de survenue de la dépendance selon les catégories sociales.

Le défi est grand car la réussite de politiques de prévention suppose de parvenir à modifier progressivement les comportements des personnes et des groupes sociaux, d'où l'importance de l'information et de l'éducation des populations.

Le CESER encourage le développement d'actions déjà menées par certaines instances : messages de sensibilisation à la question de la dépendance, information sur les risques, sur les précautions à prendre pour le choix d'une résidence, etc. (lors des réunions préparatoires à la retraite organisées par les entreprises ou la CARSAT (ex-CRAM) et les autres Caisses par exemple).

b) La prévention

Améliorer la prévention tout au long de la vie passe également par des actions en matière d'hygiène de vie, de conditions de travail, de conditions économiques et financières.

Le CESER considère que la prévention devrait être une des composantes des politiques de santé publiques, auxquelles doivent participer l'ensemble des acteurs, dont les collectivités territoriales et en particulier, la Région.

Il faut distinguer la prévention des maladies qui peuvent créer une dépendance prématurée et la prévention du vieillissement (qui, rappelons-le, n'est pas une maladie). Le CESER

encourage la mise en œuvre de mesures de prévention globale du vieillissement qui doivent permettre d'atteindre un objectif de « mieux vieillir ».

Un intérêt économique s'ajoute à l'intérêt en termes de santé publique de ces mesures de prévention car les dépenses faites aujourd'hui permettront de générer des économies demain.

c) **La prise en compte de la spécificité de certaines populations**

Midi-Pyrénées accueille des personnes âgées originaires d'autres pays. Deux cas de figure se présentent : ce sont des personnes qui viennent s'installer à l'âge de la retraite en France (originaires du Royaume-Uni, des Pays-Bas notamment) ou des personnes immigrées de longue date qui atteignent un âge avancé.

Les enjeux diffèrent pour ces deux catégories de population, mais ce qui est commun, c'est que ces personnes âgées présentent la particularité d'être peu consommatrices de services à la personne et de méconnaître les services existants. Réciproquement, les services, souvent, ne connaissent pas ces populations. Pour celles-ci, il pourrait être judicieux de **mettre en place une formation des personnels et de chercher à rendre plus visibles les dispositifs, de les adapter pour les rendre plus accessibles à ces populations.**

d) **Mettre en œuvre des mesures de dépistage**

Le dépistage fait partie des mesures concrètes qui permettent de sensibiliser les populations à certaines questions de santé, de détecter d'éventuelles pathologies et de les prendre en charge rapidement ou de réaliser des actions de d'information et de prévention auprès des personnes.

Une sectorisation gériatrique pourrait être organisée. Dans chaque secteur, pourrait être mis en place des centres de dépistage adossés aux EHPAD ou aux pôles gérontologiques (CLIC par exemple) pour repérer les personnes âgées fragiles.

Le médecin coordonnateur de l'EHPAD pourrait avoir pour mission de procéder à ces mesures de dépistage, particulièrement en direction des personnes âgées ne séjournant pas en EHPAD. Dans la mesure où les EHPAD sont plutôt bien répartis sur le territoire, cela permettrait de s'adresser à une large population.

Dans ce cadre, le CESER encourage la mise en œuvre d'une expérience-pilote en Midi-Pyrénées qui verrait un centre de dépistage de la dépendance se mettre en place dans chaque chef-lieu des 8 départements de la région.

2. PRENDRE EN CHARGE LA DEPENDANCE

2.1 L'adaptation du logement

Les risques auxquels expose le vieillissement sont exacerbés par les inadaptations des espaces publics et privés.

Les populations vieillissantes ne constituent pas un groupe social homogène, il n'y a donc pas de réponse unique aux difficultés qu'elles rencontrent. Si tel est le vœu de la personne âgée, son maintien à domicile doit être favorisé tant qu'elle vit dans des conditions de sécurité satisfaisantes. Ce contexte favorable peut nécessiter dans certains cas l'adaptation du logement. Pour cela, il est nécessaire de :

a) Procéder au recensement des logements à adapter

Le CESER préconise de procéder au recensement des logements à adapter par la mise en place de réseaux de repérage des personnes âgées vivant dans un habitat inadapté (réseaux associatifs ou professionnels).

Le CESER a bien conscience qu'il s'agit d'un travail de grande ampleur, mais l'objectif n'est pas d'établir ce recensement du jour au lendemain mais bien de se donner les moyens de repérer les logements qui nécessitent une adaptation.

b) Favoriser la labellisation d'une filière professionnelle

L'adaptation d'un logement coûte entre 4000 et 12 000 euros et la mise en œuvre des travaux est complexe pour les particuliers, notamment pour les personnes âgées car il n'existe pas une filière professionnelle qui pourrait informer et proposer une offre globale de manière à coordonner les interventions des différents corps de métier.

De manière à faire émerger une telle filière, le CESER propose que soit mise en place une labellisation des professionnels (artisans et entreprises) qui offrirait ce type d'offre globale en matière de travaux d'adaptation.

Cette offre globale regrouperait tous les corps de métiers concernés : second œuvre, plomberie, électricité, courants faibles, domotique, réseaux de communications.

Un tel label permettrait de fiabiliser, de globaliser et de proposer des solutions adéquates aux besoins des personnes, dans le respect des règles de l'art et de propositions de prix lisibles pour le grand public.

Toutefois, la labellisation, systématiquement recherchée, parfois à tort, ne doit pas être à l'origine d'une hausse exagérée du coût des travaux.

c) Assouplir les obligations portant sur les constructions neuves en terme d'accessibilité

Pour les constructions neuves dont le permis de construire a été déposé depuis le 1er Janvier 2007, les promoteurs sont dans l'obligation de construire des appartements répondant aux normes d'accessibilité, à savoir :

- dispositions relatives aux accès aux bâtiments

- dispositions relatives aux cheminements extérieurs
- dispositions relatives aux portes et sas
- dispositions relatives à l'unité de vie (offrir les caractéristiques minimales permettant à une personne handicapée d'utiliser toutes les pièces de son appartement)
- dispositions relatives au stationnement

Ces obligations représentent d'importantes contraintes et un coût important pour les constructeurs. Cette augmentation des coûts se répercutent généralement sur le prix du logement à la vente ou sur le niveau des loyers.

S'il est impératif que tous les espaces extérieurs soient conçus pour être accessibles aux personnes à mobilité réduite, pour ce qui est des logements en eux-mêmes, il semble au CESER qu'il serait pertinent d'assouplir cette loi. On pourrait imaginer que dans chaque construction nouvelle, un pourcentage de logements soit conforme à ces normes (et non l'ensemble des logements). Ces logements pourraient être affectés aux habitants de l'immeuble vivant dans un logement devenu inadapté à leur état de dépendance : cela permettrait de limiter le changement pour la personne qui garderait ainsi un certain nombre de ses repères.

Toutefois, certains aménagements en termes de domotique, de réseau de communication peuvent tout de même être intégrés dès la construction, pour tous les logements, sans générer de surcoût.

d) Faciliter le financement des travaux d'adaptation des logements

▪ Spécifier les aides de l'ANAH

Des aides de l'ANAH existent déjà pour adapter les logements à la baisse de la mobilité (prêts sous condition de ressources, voire subventions) mais, pour le CESER, il serait pertinent que **certaines aides soient réservées aux personnes handicapées ou dépendantes.**

De plus, le CESER estime que **l'octroi d'une aide à l'adaptation d'un logement à la perte d'autonomie doit être possible quel que soit le statut de la personne âgée (propriétaire, locataire, hébergé).**

▪ Autres pistes visant à aider au financement des travaux¹

Au cours de ses travaux, le CESER a pu recueillir certaines idées qui constituent des pistes de solutions possibles pour favoriser l'adaptation des logements à la dépendance et ainsi favoriser le maintien à domicile. On peut citer par exemple :

- L'aménagement des prêts hypothécaires, qui sont à ce jour peu développés.
- L'amélioration de l'accès, pour des personnes en perte d'autonomie ou leurs représentants juridiques (pour les incapables majeurs) sans limite d'âge, à des crédits de faibles montants et à faibles taux pour financer les travaux d'aménagement². Ce prêt pourrait être complété par un accompagnement social.

¹ A noter que ces pistes de solutions s'inspirent du rapport ministériel de Mme BOULMIER sur « l'adaptation de l'habitat au défi de l'évolution démographique », qui a été présenté lors d'une audition au CESER Midi-Pyrénées.

² Le rapport « Vivre chez soi » présenté en juin 2010 à Madame Nora BERRA, secrétaire d'Etat aux aînés, évoque cette question. La réflexion a mis en évidence la nécessité de faire évoluer les opérateurs des secteurs économiques concernés (essentiellement banques, assureurs, mutuelles, organismes de protection sociale) pour ce qui relève de l'accès aux produits financiers et aux différentes formes de crédit en particulier.

Ceci supposera de la part des opérateurs de remplacer les limites d'âge par d'autres formes objectives d'évaluation des risques afin de permettre aux Aînés d'accéder à des services qui leur sont aujourd'hui fermés, et de développer ainsi de nouveaux marchés.

- Le transfert du crédit d'impôt aux personnes âgées à leurs descendants qui financeraient les travaux de maintien à domicile.
- Concernant les parties communes de copropriété : l'assouplissement des règles de vote pour l'adaptation des parties communes.
- La bonification des prêts aux personnes âgées réalisant des travaux d'adaptation.
- Le rétablissement du pass-travaux ou d'un système d'aide similaire à un taux très avantageux (1,50%)
- La fluidification des aides publiques pour l'adaptation du logement car actuellement, les délais sont beaucoup trop longs.
- La mise en place des prêts à taux zéro pour l'adaptation des logements.

2.2 Améliorer la coordination entre les différents intervenants (auxiliaire de vie, infirmière, etc.)

Cette proposition sera davantage développée dans la partie suivante consacrée à l'analyse de la situation des personnes qui interviennent auprès des personnes âgées dépendantes. Dans la mesure où les défauts de coordination ont un impact sur la qualité de vie des personnes âgées, il paraissait important de mentionner cette préconisation ici.

2.3 Structurer une continuité d'accompagnement et de soins entre le domicile, les solutions intermédiaires (foyers-logements ou résidences intégrées), l'EHPAD et l'établissement de santé

Cette préconisation qui est développée dans la troisième partie est mentionnée ici pour les mêmes raisons que la précédente. Cela influence la vie des personnes âgées dans la mesure où mettre en place des solutions intermédiaires, quand la situation de la personne âgée le permet, entre le logement et l'établissement permet de rendre ce passage moins brutal, et donc moins déstabilisant.

Il pourrait être utile d'encourager la mise en place d'îlots de surveillance, qui seraient confiés à des intervenants de nuit (qui est un des métiers de l'aide à domicile) dont le rôle seraient de faire le tour des maisons où vivent des personnes âgées fragilisées seules.

Sur le fond, le CESER est convaincu qu'il faut adopter en la matière une attitude pragmatique : on a souvent tendance à opposer les modes de prise en charge les uns aux autres, alors **qu'il n'y a pas de formule idéale unique, mais bien des formules différentes qui correspondent à des besoins divers. C'est pourquoi il est important d'analyser, d'évaluer régulièrement chaque situation et d'adapter la réponse en fonction de celle-ci. Pour le CESER, il est préférable d'offrir une palette large de services dans laquelle chaque personne choisit en fonction de son état, du moment de sa vie et, par ailleurs, de penser les complémentarités** (créer des maisons pour personnes âgées valides à côté d'un EHPAD par exemple).

3. FAVORISER LES LIENS INTERGENERATIONNELS

Le processus de vieillissement de la population et son accélération se traduisent par la coexistence simultanée plus fréquente de quatre générations, ce qui peut avoir d'importantes répercussions en termes de cohésion sociale. Afin de pacifier les tensions entre générations potentiellement accrues par cette réalité, l'enjeu de l'équité intergénérationnelle doit être au cœur des politiques publiques.

Si du point de vue des transferts publics, les seniors et les aînés semblent bénéficier davantage que les autres catégories d'âge, des prestations sociales, la réalité des échanges intergénérationnels est en fait plus complexe si on observe l'ensemble des transferts privés. Qu'il s'agisse d'échanges fondés sur le temps ou sur l'argent, tous ont la caractéristique d'être multidirectionnels. Ainsi, au sein des familles, la présence des aînés peut apporter un réel soutien pour la prise en charge des enfants, petits ou arrière-petits-enfants, aussi bien qu'elle peut exiger une prise en charge ou des soins (cas d'un aîné dépendant). Dans la mesure où l'appui sur les seules solidarités privées peut conduire à un renforcement des inégalités sociales, au détriment de ceux qui ont peu ou pas d'entourage familial, **il convient toutefois de mieux envisager l'articulation entre l'intervention publique et l'entourage familial.**

Par définition, la question de l'intergénérationnel revêt une dimension globale, c'est-à-dire qui concerne la société tout entière. L'intergénérationnel, qui est une déclinaison de la mixité sociale, ne peut être un but, c'est un moyen, une composante du « **vivre ensemble** ». En négatif, son absence est un signe qui exprime la difficulté à vivre le collectif.

Mettre en place des liens intergénérationnels au sein des lieux d'accueil des personnes âgées peut être considéré comme une action positive si elle n'est pas isolée, mais intégrée en amont dans le tissu vivant de la diversité des acteurs de la ville.

Cela suppose **d'intégrer le facteur temps dans la réflexion**, dans les projets d'aménagement des espaces publics. Autrement dit, il est primordial de réfléchir sur le long terme et de penser les constructions en gardant à l'esprit que les personnes qui vont y vivre vont aussi y vieillir. Cela suppose également de repenser la cité de demain et de décroquer les espaces de vie pour que chaque génération puisse rencontrer les autres.

Ainsi, en termes d'aménagement du territoire et de localisation des personnes âgées dans la ville, il est urgent d'arrêter de séparer les équipements publics (écoles, équipements sportifs, résidences pour personnes âgées, etc.), car cela revient à créer potentiellement la fracture sociale, à interdire le vécu de l'intergénérationnel et à rendre très difficile, voire impossible, toute la démarche du « vivre ensemble ».

Une telle approche permettra de modifier progressivement les comportements, les mentalités et d'enclencher des réflexes différents dès le plus jeune âge. Favoriser les liens intergénérationnels passe donc notamment par l'éducation.

Favoriser la rencontre entre différentes générations dans les instances de concertation permettrait de rendre concret, évident, quotidien la notion d'intergénérationnel. Les oppositions entre générations ne sont pas nouvelles et elles sont logiques : c'est pour cela qu'un dialogue organisé, institutionnel, pourrait permettre de créer des espaces de discussion.

Par ailleurs, le CESER estime qu'il faut mettre en place des moyens pour encourager les phénomènes émergents que sont les systèmes de cohabitation ou de colocation entre seniors d'une part, et entre générations d'autre part. Il est certain que le développement de ce type de solutions prendra du temps car cela nécessite une évolution des mentalités.

Le CESER propose par exemple de développer une formule de cohabitation intergénérationnelle : dans un immeuble, une personne âgée pourrait loger dans un T2 ou T3 et que soit proposé à trois étudiants ou à des familles d'occuper un appartement dont le loyer serait réduit si, en contrepartie, ils assuraient en alternance (une sorte de système d'astreinte) une surveillance nocturne et jouaient un rôle d'alerte en cas de problème. Cette contrepartie pourrait être formalisée dans un contrat. Le Conseil Régional, le CROUS (pour le cas des étudiants) pourraient mettre en œuvre ce type de formule (qu'on pourrait appeler projet VIGI, « Veille Inter Générationnelle Intégrée ») et participer financièrement (pour rendre possible le loyer réduit).

Par ailleurs, toujours par rapport à la problématique du vivre ensemble, il est pertinent **d'encourager le maintien des liens sociaux actifs** (engagements de type associatif, syndical, politique, etc.) car ils jouent un rôle important en matière de prévention de la dépendance.

Le Conseil Régional, le CROUS (pour le cas des étudiants) pourraient mettre en œuvre ce type de formule (qu'on pourrait appeler projet et participer financièrement (pour rendre possible le loyer réduit).

DEUXIÈME PARTIE : LES AIDANTS DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

I. QUI SONT LES AIDANTS ? QUI SERONT-ILS DEMAIN ?

1. Les aidants familiaux

1.1 Définition

L'expression « aidants familiaux » désigne généralement l'ensemble des personnes non professionnelles, qui apportent leur soutien de manière informelle et la plupart du temps non rémunérée, à leur proche dépendant, handicapé ou fragilisé. Les aidants familiaux se caractérisent donc par leur « invisibilité sociale ».

D'après l'enquête HID¹, l'altération de capacités motrices et sensorielles est le facteur déclenchant du recours à un tiers. 60% de l'aide nécessaire auprès des personnes âgées dépendantes est assurée par l'aidant familial seul. La famille est donc un acteur central du maintien à domicile.

Ce chiffre démontre que la priorité politique affichée avec constance qu'est l'encouragement au maintien à domicile repose en fait largement sur l'action des familles.

Une grande majorité de personnes âgées ne peut en effet vivre à domicile qu'en raison de l'aide que leur fournissent leurs proches. De fait, 75 % des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie reçoivent une aide de leur entourage, que cette dernière soit exclusive ou qu'elle soit accompagnée de l'intervention d'un professionnel ; cette aide représente un volume quotidien moyen de 5 heures pour les bénéficiaires recevant le soutien d'une seule personne.

A noter que si l'aide apportée répond généralement à une obligation morale que se donne l'entourage familial de la personne dépendante, le soutien au moins financier correspond aussi à une obligation légale. En effet, les transformations successives de la famille ont vu s'imposer progressivement la notion d'obligations mutuelles. Le Code civil de 1804 précise ces principes en affirmant que les époux, engagés dans une communauté de vie, se doivent assistance, fidélité et secours. Pour ce qui concerne les enfants, qui sont placés de manière égale au cœur de la transmission patrimoniale, ils ont une obligation alimentaire partagée à l'égard de leurs parents. Ces règles juridiques sont toujours en vigueur aujourd'hui et ont bien entendu des incidences sur le rôle des aidants familiaux, sur les obligations morales et financières auxquelles ils sont soumis.

Les pouvoirs publics ont pris conscience de l'enjeu de cette question, qui est crucial car on estime que le nombre d'aidants familiaux se situe entre 3,3 et 3,7 millions de personnes en France. Le 6 octobre 2010 était organisée la première Journée nationale des aidants. L'objectif de cette manifestation est « *de souligner et de valoriser l'action remarquable des centaines de milliers de personnes qui se dévouent au quotidien pour le bien-être des personnes vulnérables ou malades* ».

¹ Handicap Incapacité Dépendance.

1.2 Qui sont les aidants familiaux ?

a) Le profil des aidants familiaux

La désignation des aidants familiaux peut être spontanée et naturelle en cas de conjoint isolé ou d'enfant unique. Dans le cas où il y a plusieurs enfants, ce sont d'abord les femmes, conjointes, filles ou belles-filles, disponibles et vivant à proximité du domicile de la personne âgée qui endossent le rôle d' « aidant principal ». En effet, 2/3 de l'aide apportée l'est par des femmes. C'est souvent un réseau d'aidants familiaux qui intervient et se répartit les tâches.

La moitié des aidants familiaux est représentée par un conjoint et un tiers par un enfant.

L'aidant a un âge moyen de 70 ans s'il s'agit du conjoint, de 51 ans s'il s'agit d'un descendant, ce dernier étant, bien souvent, encore en activité professionnelle ; dans huit cas sur dix, son âge est compris entre 50 et 79 ans.

Une étude réalisée par BVA pour l'institut Novartis auprès d'un échantillon de 1.023 aidants familiaux montre que ces derniers ont une forte attente de reconnaissance de leur rôle par les pouvoirs publics et par la société en général. L'étude apporte de nombreux enseignements. Ceux-ci portent en premier lieu sur le profil des aidants :

- 60% sont des femmes, mais la masculinisation progresse régulièrement, notamment chez les aidants âgés,
- près de la moitié des aidants familiaux (46%) sont des actifs.
- L'âge moyen est néanmoins de 64 ans et les trois quarts des aidants le sont depuis quatre ans au moins (34% depuis dix ans au moins).
- L'expression aidants familiaux est discutable dans la mesure où 18% d'entre eux appartiennent en réalité au cercle amical ou au voisinage.
- Enfin, il n'existerait pas de disparités significatives entre les régions ni selon la nature des territoires (urbain ou rural).

b) Les motivations des aidants familiaux

L'étude précitée apporte également de nombreuses informations sur les motivations et les attentes des aidants familiaux (plusieurs réponses étaient possibles pour un même répondant, ce qui explique que le total soit supérieur à 100%) :

- Ainsi, 75% le sont en raison des liens affectifs avec un proche,
- 55% parce que cela est conforme à leurs valeurs de vie
- 48% parce qu'ils se sentent en devoir de le faire.
- 7% parce qu'ils n'avaient financièrement pas le choix
- 6% parce que la personne malade ou dépendante le leur a demandé.

1.3 Quel est le rôle des aidants familiaux ?

a) Un rôle de soutien, de soins et de services au quotidien

Le rôle des aidants familiaux est d'abord un **rôle traditionnel d'accompagnement, de soutien, de soins et de services de nature et d'intensité variées, apportés de façon régulière ou occasionnelle, dans le but de compenser les incapacités de la personne âgée.** Les aidants assument en moyenne six activités quotidiennes auprès de la personne

dépendante¹.

Les tâches les plus souvent exercées par les aidants concernent les activités relatives à la vie quotidienne et à la vie domestique ainsi que quelques autres activités liées à la gestion des finances, aux transports et aux divertissements.

Concrètement, cela peut prendre la forme de visites occasionnelles, d'aide pour les démarches administratives, d'accompagnement lors de sorties, d'achat de biens personnels ou de soutien affectif.

Les aidants familiaux assurent très souvent la coordination des interventions des professionnels de santé et d'aide à domicile.

Il arrive aussi que les aidants familiaux s'impliquent en matière de soins d'hygiène et de confort. En cela, ils sont en quelque sorte « co-producteurs » de soins que ce soit sur un plan physique, affectif ou psychologique.

Une étude récente² affirme que l'aide apportée au proche consiste avant tout en un soutien moral (96%), une surveillance (88%), une aide pour les activités domestiques (68%) et une aide pour la gestion financière et administrative (60%).

La plupart des aidants familiaux (58%) hésitent à confier la personne aidée à un tiers et 54% préfèrent s'occuper eux-mêmes de la coordination des soins et de la vie du proche dépendant. Les relations avec le corps médical sont cependant perçues de façon positive (71%).

b) Leur spécificité

Du fait de leur connaissance des habitudes, traits de caractère de la personne aidée, les aidants familiaux ont un rôle de soutien qui relève de plusieurs dimensions : sociale, économique, psychologique, affectif, identitaire, etc.

Leur connaissance et leur présence leur permettent de **maintenir la personne âgée dans son histoire singulière, dans ses habitudes de vie**. La personne aidée garde ainsi sa pleine place au sein de son milieu de vie. Cette dimension est fondamentale pour permettre le maintien d'une certaine autonomie.

La proximité géographique des aidants, alliée à une proximité affective ou amicale est un atout particulier de l'aide informelle qui peut aussi être le fait de proches, de voisins.

c) Leur contribution aux études thérapeutiques

L'avis de l'aidant sur l'impact des traitements sur les conséquences sociales de la personne dépendante est en effet de plus en plus souvent recueilli. C'est un moyen indirect d'évaluer l'efficacité d'un médicament ou d'une stratégie thérapeutique. Cette mesure est fréquente dans la maladie d'Alzheimer pour apprécier l'effet des thérapeutiques médicamenteuses ou non.

1.4 La diminution programmée des aidants familiaux

On estime aujourd'hui en France à plus de 3 millions le nombre d'aidants. Ils répondent à une

¹ Source : <http://www.entretiens-du-carla.com> ; intervention du Professeur Jean-Pierre Aquino, gériatre, médecin de santé publique ; « Les acteurs, où ? Avec qui? Et Comment? Les aidants et l'aide aux aidants. »

² Etude réalisée par BVA pour l'institut Novartis précitée.

forte demande sociale (puisque leur présence est un facteur clé du maintien à domicile) et pallient aussi parfois l'absence d'offre publique. Ils sont de plus au cœur d'un enjeu économique majeur pour les années à venir.

Cependant, les aidants ne constituent pas une « ressource » inépuisable : il apparaît en effet que leur nombre devrait diminuer dans les prochaines années et ce, pour différentes raisons¹.

a) Des raisons démographiques tout d'abord :

D'après les projections de l'INSEE, la population des 50-79 ans qui constituent comme on l'a vu, la grande majorité des aidants familiaux, va progresser moins vite que le nombre de personnes âgées dépendantes : après avoir augmenté de 16 % entre 2000 et 2011, elle devrait se stabiliser en valeur absolue puis décliner, et au total, elle n'augmenterait que de 10 % entre 2000 et 2040.

Les effectifs de l'entourage direct des personnes dépendantes (conjointes et enfants) sont donc voués à fortement baisser. Plus précisément, d'après l'INSEE, le nombre de ces aidants potentiels par personne âgée devrait passer d'un ratio actuel de 2,8 (pour les hommes) ou 2,2 (pour les femmes) à un ratio de 2 pour l'ensemble.

b) Des raisons économiques, sociales et psychologiques ensuite :

Celles-ci sont en lien avec :

- ***L'évolution des modes de vie***

Les aidants de demain ne seront peut-être pas en mesure de supporter les contraintes auxquelles se soumettent les aidants d'aujourd'hui. Ainsi, aujourd'hui, les quinquagénaires, qui constituent la « génération pivot », sont de plus en plus souvent appelés à aider durablement une partie des jeunes générations dont l'entrée dans la vie active est difficile. Il est donc probable que cette génération pivot rencontrera des difficultés pour s'investir davantage auprès de ses parents dépendants pour compenser les évolutions démographiques annoncées.

- ***Des changements en termes de structures familiales***

Le nombre d'enfants, l'augmentation du nombre de familles monoparentales, recomposées, etc. pourront également avoir des conséquences sur le nombre d'aidants.

- ***L'évolution de l'activité professionnelle féminine***

Parce que le taux d'activité des femmes des générations concernées est relativement faible, les femmes sans activité professionnelle forment une bonne part des aidants actuels. Mais cette situation est appelée à changer dans les prochaines décennies puisque, dans les générations du baby-boom, de nombreuses femmes travaillent : ainsi, le nombre de femmes sans activité professionnelle de 50-64 ans devrait progresser encore moins vite que celui de la population de la tranche 50-79 ans (6 % d'ici 2040).

En outre, les femmes sont particulièrement concernées par la « plursollicitation » entre leurs parents, leurs enfants et leurs petits-enfants.

¹ Ces éléments sont issus du rapport de la Cour des Comptes de 2005 consacré à « La prise en charge des personnes âgées dépendantes ».

c) *Des raisons géographiques également :*

Les raisons géographiques relèvent de deux aspects :

- *Celles qui ont trait à la répartition de la population par âge*

La Cour des Comptes, dans son rapport de 2005, **souligne l'existence de disparités géographiques en terme de répartition de la population par âge** qui auront vraisemblablement un impact sur l'acuité du phénomène de diminution des aidants familiaux dans les prochaines années, comme le montre la carte ci-dessous¹. Il apparaît que le Sud-Ouest est dans une situation plutôt favorable par rapport à ces données, contrairement au nord de la France.

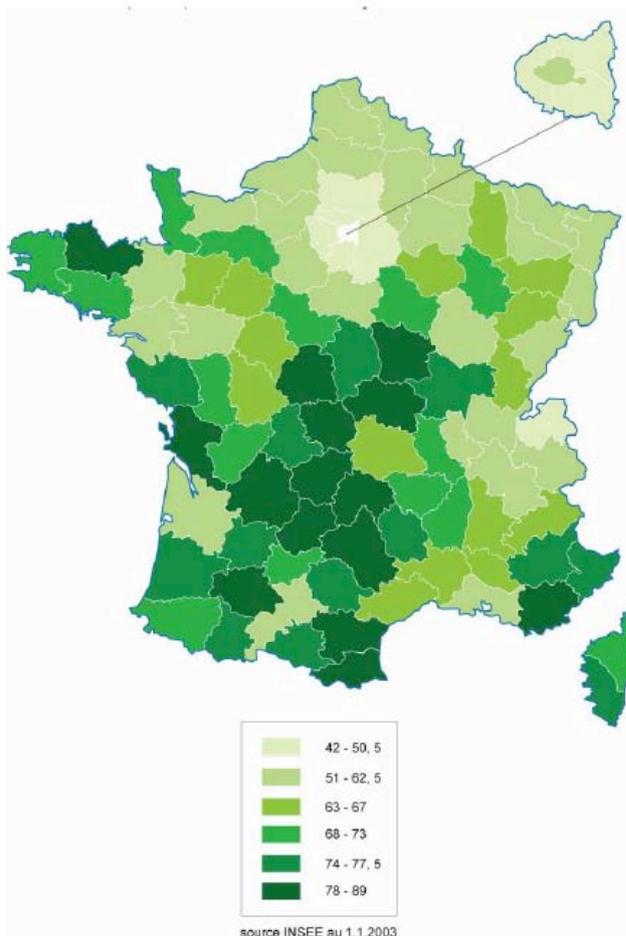
Par ailleurs, les dernières décennies ont été marquées par un important phénomène d'**étalement urbain** autour des villes. Les populations qui se sont installées dans les grandes couronnes des agglomérations ont un profil relativement homogène, notamment en terme de tranches d'âge. Cela signifie que ces populations vont vieillir et atteindre en même temps les âges où la probabilité de devenir dépendants augmente, sans forcément avoir à proximité des aidants familiaux potentiels.

- *Celles qui ont trait à la proximité ou non proximité géographique des personnes âgées et de leur famille*

Aujourd'hui, la **problématique de l'isolement** des personnes âgées ne se pose pas spécifiquement en zone rurale mais aussi en zone urbaine et ce, de manière potentiellement préoccupante. La baisse programmée du nombre des aidants pose la question d'un accroissement de ce risque d'isolement pour les personnes âgées vivant à domicile.

¹ Cette carte est issue du rapport de la Cour des Comptes de 2005 sur les personnes âgées dépendantes.

Aide de l'entourage à moyen et long terme
(nombre de personnes âgées entre 60 et 70 ans pour 100 personnes âgées de 35 à 45 ans)



Ce que ce constat d'une baisse programmée du nombre d'aidants familiaux potentiels dans les prochaines années permet de mettre en évidence, c'est une certaine interdépendance des questions de société, qui ne peuvent être analysée avec justesse que si l'on admet leur complexité. Au cours des dernières décennies, la tendance a été à la valorisation de la mobilité professionnelle, rendue de plus souvent nécessaire en raison des difficultés à trouver un emploi dans certaines régions. Indirectement, cela a participé à un certain éclatement des cellules familiales. De fait, en raison de leur éloignement géographique, les enfants se trouvent parfois dans l'impossibilité matérielle de venir en aide à leurs parents.

Ces évolutions entraînent un certain cloisonnement de la société en strates. Il est difficile de prévoir ce que l'ensemble de ces changements en termes de modes de vie (aussi bien la modification des structures familiales que la mobilité géographique, etc.) auront sur les liens intergénérationnels, sur la capacité de vivre ensemble.

2. Les aidants bénévoles non familiaux

Il existe des associations de bénévoles qui se donnent pour mission d'assurer des visites régulières au domicile des personnes âgées, notamment isolées (exemple : l'association des petits frères des pauvres). Ces bénévoles peuvent se rendre au domicile des personnes âgées pour leur apporter un soutien et une écoute.

Ils peuvent mener différents types d'activités : aider à l'amélioration de l'habitat par exemple, ou participer à l'organisation et l'animation d'activités collectives (sorties, ateliers, déjeuners, etc.).

Pour assurer ces missions, les bénévoles peuvent recevoir des formations.

Dans les associations de service à domicile type ADMR, au côté des professionnels aides à domicile, il y a aussi des bénévoles, notamment les personnes dont le rôle est d'élaborer avec les personnes âgées et leurs proches, la solution qui correspond le mieux aux besoins et attentes de la personne âgée. Ces bénévoles peuvent également recruter le personnel qualifié qui effectuera ces interventions. Ils apportent des conseils sur le financement, envisagent les possibilités de prise en charge et s'occupent d'effectuer toutes les démarches.

3. Les aidants professionnels à domicile

Le rapport entre aide familiale et aide professionnelle a évolué en Midi-Pyrénées comme ailleurs, même si la région qui a longtemps été marquée par un modèle familial¹, où plusieurs générations pouvaient notamment vivre sous le même toit, reste imprégnée par ce modèle.

Les situations sont en effet aujourd'hui plus diversifiées, notamment en raison de l'augmentation de la mobilité des personnes âgées elles-mêmes : de nombreuses personnes âgées se sont installées en Midi-Pyrénées à la fin de leur vie active alors que d'autres, qui vivaient en Midi-Pyrénées ont quitté la région au moment de leur retraite.

Le rapport 80% d'aide familiale et 20% d'aide professionnelle est en train d'être remis en question.

En outre, dans la dernière décennie, le constat est celui d'une transformation des modalités d'exercice de l'aide. Avec la baisse programmée du nombre d'aidants familiaux potentiels, on peut penser que cette tendance va se poursuivre voire s'accroître. L'une des caractéristiques essentielles de cette évolution est le passage observé pour l'aidant d'une fonction de prestataire de soins vers une fonction de gestionnaire du dispositif de prise en charge. Cela signifie un recours croissant au dispositif professionnel.

En outre, pour les générations du baby-boom, l'entrée dans l'âge où la probabilité d'être dépendant augmente fortement devrait intervenir autour de 2020/2025 et se traduire par une sollicitation accrue des services d'aide et de soutien.

¹ Tendance à attribuer beaucoup d'importance à la famille dans un système social.

Le vieillissement : risque ou opportunité ?

Cette question intéresse tout particulièrement Midi-Pyrénées dont la proportion de population âgée est plus importante que la moyenne nationale.

C'est une mauvaise appréhension du phénomène de vieillissement qui le fait apparaître comme une charge

Le vieillissement a tendance à être perçu, dans les représentations sociales, comme une difficulté et les personnes âgées comme une charge. Cette idée peut être contredite. **On peut considérer que c'est parce que le système de santé est « inadapté », « imparfait » que les personnes âgées semblent « peser ».** En effet, **les dépenses de santé des personnes de 85 ans et plus** (catégorie où la proportion de personnes dépendantes est la plus élevée) **sont principalement dues à un parcours de soins inadapté et à un manque de coordination.** Le recours aux urgences dans cette tranche d'âge débouche, dans 40% des cas¹, sur une hospitalisation (contre 15% pour les 30-70 ans). « *Le service d'urgence constitue le réceptacle de demandes de soins qui n'ont pas pu ou pas su trouver une réponse préventive adaptée ou un cheminement plus direct vers des services aigus de médecine ou de chirurgie.* »²

C'est notamment le manque de structures d'accueil en direction des personnes âgées (maisons de retraite, hébergement temporaire, etc.) et de services de soins et d'aide (infirmiers à domicile, équipes mobiles de gériatrie, aides ménagères, hospitalisation à domicile, accueil de jour, etc.) qui les conduisent plus souvent que d'autres aux urgences ou prolongent inutilement leur séjour à l'hôpital, avec les coûts que cela engendre.

Dès 2005, dans son rapport précité, la Cour des Comptes dénonçait cette pénurie et insistait sur le fait que la prise en charge des personnes âgées dépendantes devait, pour être efficiente, s'attacher à être globale et à s'inscrire dans la continuité.

Des améliorations du système pourraient réduire cette charge voire faire du vieillissement une opportunité³

Le vieillissement de la population, son maintien sur le territoire régional notamment rural et l'octroi de revenus de retraite décents constituent des opportunités. Les personnes âgées participent à la vie locale et procure un certain dynamisme à maints territoires (cf. la Silver Economy).

L'amélioration de la prise en charge, de manière à la rendre adaptée aux besoins des personnes âgées serait très certainement **facteur d'économies pour la collectivité.**

Une des solutions réside certainement aussi dans une **amélioration de la coordination et de la coopération** entre les différents intervenants (équipes hospitalières, médecine de ville, autres professionnels de santé ou médico-sociaux, et services de soins et d'accompagnement de la vie courante à domicile, etc.).

L'amélioration des dispositifs pourrait également être favorable en termes de création d'emplois, et donc d'encaissement de cotisations sociales, etc.

A noter que les prévisions en terme de réduction du nombre d'aidants familiaux potentiels obligent à mettre en place progressivement les moyens de leur remplacement par des personnels professionnels. On estime la contribution actuelle des aidants familiaux au maintien à domicile à près de 8 milliards d'euros et que cela pourrait représenter près de 500 000 emplois.

Par ailleurs, le secteur du vieillissement est aussi vecteur d'innovation du point de vue technique, médical et pharmaceutique.

¹ cf. Dossier consacré au thème de la dépendance du magazine Que Choisir ? n°120, d'octobre 2010 citant le rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie : « Vieillesse, longévité et assurance maladie. », avis du 22/1/2010.

² Extraits du rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie : « Vieillesse, longévité et assurance maladie. », avis du 22/1/2010.

³ Un récent rapport du Conseil d'Analyse Stratégique, CAS : « Vivre ensemble plus longtemps », Rapport et note de veille n°185 juillet 2010 s'attache ainsi à décrire le vieillissement comme une opportunité pour la société.

3.1 Qui sont les aidants professionnels intervenant à domicile ?

Il s'agit des différents intervenants professionnels qui apportent un soutien à la vie quotidienne ou une prise en charge médicale et un accompagnement aux personnes âgées demeurant à domicile.

Depuis la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (article 15), les services d'aide au domicile des personnes âgées ou handicapées sont intégrés dans le champ de l'action sociale et médico-sociale.

Ces aidants professionnels peuvent être mis en relation avec les personnes âgées dépendantes par le biais d'associations, d'entreprises, de structures publiques, dont ils sont ou non employés (système mandataire/prestataire).

Les intervenants sont à 98 % des femmes¹. L'âge moyen est de 45 ans environ, et la moitié des intervenants ont entre 39 et 52 ans ; à noter que les intervenants en emploi direct sont un peu plus âgés que les autres puisqu'ils ont en moyenne 47 ans et demi, et que la moitié ont entre 41 ans et 55 ans.

Les résultats de l'enquête de la DREES² révèlent que les intervenants ont débuté dans le métier il y a neuf ans en moyenne. Les aides à domicile en emploi direct entrent dans le métier plus tardivement que les autres.

3.2 Quel est leur rôle ?

Le travail des aides à domicile est centré sur les questions de préservation de l'autonomie, de mise en place des conditions permettant un maintien à domicile, dans des conditions favorables, de personnes âgées qui peuvent être atteintes de pathologies physiques et mentales diverses.

Si l'on considère la santé au sens large du terme (état de bien-être physique et mental), le travail des aides à domicile a un impact sur la santé des personnes.

Les aides à domicile interviennent dans différentes circonstances :

a) Une aide pour les tâches quotidiennes

D'après une étude de la DREES³, 97% des intervenants à domicile font le ménage ou la vaisselle chez les personnes qu'ils secondent (dont 62% tous les jours, voire plusieurs fois par jour) et 80% assurent des tâches de repassage ou de couture au moins une fois par semaine (dont 54% plusieurs fois par semaine, voire tous les jours ou plusieurs fois par jour). Viennent ensuite la préparation ou le réchauffage des repas (73% des intervenants le font au moins une fois par semaine), le nettoyage du linge (71%), les courses ou l'achat de médicaments (69%) et l'aide à l'habillage (65%).

¹ Source : Etudes et Résultats n°728 : « Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008 », juin 2010.

² Source : Etudes et Résultats n°728 : « Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008 », juin 2010.

³ Etudes et Résultats, n°741, octobre 2010, « Les activités des aides à domicile en 2008. »

b) Un soutien d'ordre psychosocial

Les aides à domicile effectuent une fonction de soutien d'ordre psychosocial qui est assez proche de celui apporté par les aidants familiaux. Ce rôle est fondamental et pour les personnes âgées les moins entourées par leurs proches, la présence des aidants professionnels est indispensable. De manière générale, dans le cadre de ce rôle de soutien moral, la qualité de la relation, qui doit être basée sur la confiance, apparaît comme déterminante.

Leur présence peut favoriser une « **structuration le temps** » de la personne, **le maintien de sa socialisation et permettre de lutter contre l'isolement**.

Ainsi, en mettant les personnes âgées en situation de transmission d'un savoir, la présence des aidants professionnels est susceptible de les valoriser, de restaurer leur confiance en eux et de leur redonner un sentiment d'utilité.

En matière de socialisation et de lutte contre l'isolement, les intervenants peuvent assurer par exemple une aide aux loisirs à l'extérieur (promenade), une aide aux loisirs à domicile, une aide aux démarches administratives ou un accompagnement chez le médecin. Le rôle des intervenants consiste à inciter les personnes aidées à assurer elles-mêmes ces différentes activités. En cela, ils jouent un rôle significatif pour favoriser le maintien d'une certaine autonomie.

c) Un rôle en matière d'alimentation

La question de l'alimentation tient une place importante au regard de la question de la santé et dans la pratique des aides à domicile. Les aides à domicile jouent ici un rôle important puisqu'elles peuvent préparer le repas, faire les courses, etc.

d) Une surveillance de l'état de santé

Les aides à domicile sont en première ligne pour repérer les difficultés, l'évolution d'un état de santé de la personne âgée. Elles exercent une surveillance par rapport à cet état de santé physique et mental des bénéficiaires et peuvent transmettre les informations aux proches et aux professionnels de santé. Les aidants professionnels ont reçu pour cela une formation spécifique et disposent d'outils pour exercer cette fonction.

3.3 Dans quelles conditions travaillent-ils ?

a) Les intervenants à domicile peuvent travailler sous différents statuts

Les intervenants au domicile des personnes âgées fragilisées travaillent sous différents statuts, voire peuvent cumuler ces statuts :

- en **emploi direct** (directement employés par un particulier),
- **via un organisme agréé de services à la personne mandataire** (l'intervenant reste payé par le particulier mais est mis en relation avec son employeur par l'intermédiaire de l'organisme qui prend en charge notamment des aspects administratifs).
- **être directement salarié par un organisme prestataire** : le bénéficiaire des services paie la prestation à l'organisme, qui rémunère l'intervenant.

37 %¹ travaillent exclusivement pour des services prestataires, 24 % exclusivement en emploi direct pour des particuliers employeurs (c'est-à-dire en emploi direct ou en mode mandataire), et 39 % exercent leur activité soit en mode mandataire soit de façon mixte, c'est-à-dire sous plusieurs modes.

La grande majorité (78%) des intervenants qui travaillent via des organismes, quel que soit le statut (prestataire ou mandataire) déclarent travailler par l'intermédiaire des associations d'aide aux personnes âgées ou handicapées, 20 % par l'intermédiaire des centres communaux d'action sociale (CCAS) et 4 % pour des entreprises. Enfin, 2 % de ces intervenants indiquent être mises à la disposition de personnes nécessitant une aide à domicile par une entreprise intermédiaire ou d'intérim.

b) Les intervenants à domicile et leur temps de travail

Moins d'un tiers des intervenants à domicile occupe cet emploi à temps complet². Cette proportion est plus élevée chez les salariés d'organismes prestataires ou en mode mandataire ou mixte, que chez celles qui travaillent en emploi direct : respectivement 37 %, 32 % et 17 %.

En emploi direct, 77 % déclarent un nombre d'heure régulier tandis que la moitié des intervenants en mode prestataire ou en mode mandataire ou mixte font des heures supplémentaires³.

L'emploi du temps des aides à domicile est souvent variable d'une semaine à l'autre. Le nombre d'heures de travail est toutefois plus stable d'une semaine à l'autre pour les employés directes que pour celles qui dépendent de structures mandataires ou prestataires, peut-être parce qu'elles interviennent auprès d'un nombre plus réduit de personnes, mais de façon plus régulière qu'en passant par un service.

Au cours d'une semaine type, **les intervenants travaillent en moyenne 4,9 jours** auprès de personnes fragilisées, en tant qu'aides à domicile (ils peuvent travailler aussi auprès d'autres personnes ou avoir un autre métier). Les intervenants relevant d'un organisme de services à la personne interviennent plus de jours dans la semaine que les salariés en emploi direct exclusif. Au total, le travail hebdomadaire des aides à domicile est de 26,1 heures en moyenne, auprès de 6,5 personnes. **Les aides à domicile interviennent en moyenne auprès de 5,4 personnes âgées sur une durée totale de 22,3 heures par semaine.**

Même si la famille de la personne aidée est plus souvent présente le week-end, il n'est toutefois pas rare pour des aides à domicile de travailler les samedi et dimanche : 38 % interviennent le samedi, et 21 % le dimanche. 20 % des aides à domicile ont travaillé six jours la semaine type, et 12 % sept jours.

Le travail de nuit, rare dans les organismes prestataires (3 % de leurs salariés travaillent au moins de temps en temps entre 22h et 6h du matin), est un peu plus fréquent via les autres modes d'exercice : 13 % pour les aides à domicile en emploi direct, et 12 % pour les

¹ Les données chiffrées qui suivent sont issues de : Etudes et Résultats n°728 : « Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008 », juin 2010.

² Etudes et Résultats n°728 : « Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008 », juin 2010.

³ Source : Etudes et Résultats n°728 : « Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008 », juin 2010.

intervenants en mode mandataire ou mixte.

Parallèlement à leur activité d'aide à domicile, les **intervenants peuvent avoir un autre emploi**. 13 % déclarent ainsi un ou plusieurs autres emplois rémunérés dans d'autres secteurs d'activité, souvent (41 %) comme femme de ménage dans le secteur industriel du privé, des écoles, des hôpitaux, etc.

Les aides à domicile travaillant en emploi direct sont beaucoup plus nombreux à déclarer avoir un autre emploi rémunéré (25 %). Ce constat paraît cohérent dans la mesure où le nombre d'heures travaillées de ceux-ci est souvent faible. D'ailleurs, 27 % des salariés en emploi direct déclarent que le métier d'aide au domicile de personnes fragilisées n'est pas leur activité principale contre 8% des salariés d'organismes prestataires exclusivement et 12 % de celles travaillant sous mode mandataire ou mixte.

Lorsqu'on les interroge sur les raisons d'avoir un autre emploi :

- 50% des aides à domicile invoquent l'insuffisance de la rémunération
- 27% indiquent être à temps partiel dans cette autre activité et compléter leur rémunération avec le métier d'aide à domicile.

c) Les intervenants à domicile et leur rémunération

Le revenu des aides à domicile à temps plein varie notamment selon le mode d'exercice et celles qui travaillent en mode mandataire ou mixte ont un salaire de 5 % inférieur aux salariés des services prestataires, toutes choses étant égales par ailleurs.

Les aides à domicile sont rémunérés en moyenne 832 euros nets mensuels (840 euros pour le salaire médian), 1 190 euros (1 200 euros pour le salaire médian) pour celles qui travaillent à temps plein, et 717 euros (736 euros pour le salaire médian) pour celles qui travaillent à temps partiel.

d) L'évolution du métier d'aide à domicile

L'étude de la DREES¹ évoquée plus haut indique que les intervenants à domicile déclarent avoir perçu des changements dans leur activité au cours des deux ou trois dernières années. 42% déclarent ainsi que le nombre des personnes dont ils s'occupent a augmenté (contre 13% qui ont le sentiment inverse), 40% à avoir le même sentiment sur la fréquence de leurs interventions (contre 9%) et 34% pour ce qui concerne la durée des interventions (contre 13%).

Les trois quarts (76%) des intervenants à domicile expliquent ces évolutions par une **augmentation du besoin d'aide des personnes bénéficiaires**, tandis que 68% de ceux qui ont observé une évolution l'expliquent aussi par la dégradation de l'état de santé des personnes aidées.

De même, 54% des aides à domicile déclarent que la nature de leurs activités a évolué et 48% estiment que le **degré d'exigence des personnes aidées ou des familles s'est accru**. Ces évolutions sont perçues de façon positive puisque 49% des intervenants indiquent que leur travail est plutôt plus intéressant qu'avant, contre 5% qui déclarent le contraire et 44% qui estiment qu'il présente le même intérêt.

¹ Etudes et Résultats, n°741, octobre 2010, « Les activités des aides à domicile en 2008. »

3.4 Quelle est la formation des aidants professionnels ?

En terme de formation, d'après l'étude de la DREES précitée, les situations sont hétérogènes. En effet, en moyenne, un tiers n'a pas poursuivi d'études au-delà du collège et un peu moins de la moitié ont un niveau d'études du second cycle technique court (préparation d'un CAP ou d'un BEP), et 62 % n'ont aucun diplôme du secteur sanitaire ou social.

Toutefois, les niveaux de formation sont variables selon le mode d'exercice : les salariés d'organismes prestataires disposent plus souvent d'un diplôme en relation avec le métier d'aide à domicile tandis que 85 % de celles qui exercent en emploi direct n'ont aucun diplôme du secteur sanitaire et social. Ces derniers possèdent notamment rarement (3 %) le Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS) ou le Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile (CAFAD) alors que plus d'un tiers des salariés des organismes prestataires le détiennent.

Les intervenants disposant d'un diplôme en lien avec le métier l'ont obtenu en moyenne dix ans avant l'enquête. Une grande majorité exerçaient déjà le métier d'aide à domicile avant d'avoir un tel diplôme : 71 % des titulaires d'un DEAVS ou d'un CAFAD sont dans ce cas, seules 14 % ont commencé ce métier l'année de l'obtention de ce diplôme.

4. Les aidants professionnels en établissement

Il s'agit d'évoquer ici la situation des personnels intervenant auprès des personnes âgées dans les différents établissements qui les accueillent.

Les différents types d'établissements d'accueil pour personnes âgées

Maisons de retraite, logements-foyers, Unités de Soins de Longue Durée (USLD), établissements d'accueil temporaire, accueils de jour, etc., ces différents établissements sont regroupés sous l'appellation « Etablissements d'hébergement pour personnes âgées » (EHPA), soit tous les établissements médico-sociaux ou de santé qui accueillent des personnes âgées de façon permanente, temporaire, de jour et/ou de nuit.

Pour rappel, les logements-foyers sont des groupes de logements autonomes assortis d'équipements ou de services collectifs ; les maisons de retraite sont des lieux d'hébergement collectif assurant une prise en charge globale des personnes âgées ; les Unités de Soins de Longue Durée sont les structures les plus médicalisées, destinées à l'accueil des personnes âgées les plus dépendantes ; les établissements d'accueil temporaire permettent d'accueillir une personne âgée en cas de difficultés passagères (par exemple, absence momentanée de la famille, période de convalescence, etc.).

La catégorie des EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) a été créée en 2001 au moment de la réforme de la tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes. Ce sont le plus souvent des maisons de retraite, parfois des logements-foyers mais peuvent aussi être des établissements sanitaires¹.

¹ Il s'agit alors de redéfinition de places d'unités de soins de longue durée en longs séjours médico-sociaux.

4.1 Qui sont les aidants professionnels en établissement ?¹

a) Au niveau national

L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) est une enquête exhaustive quadriennale, réalisée par la DREES par voie postale, auprès des gestionnaires d'établissements². Les résultats de cette enquête permettent d'avoir une idée assez précise du profil des différents professionnels qui interviennent auprès des personnes âgées vivant en établissement.

D'après cette enquête, au 31 décembre 2007, au niveau national, plus de 397 000 personnes (340 000 en équivalent temps plein) sont employées dans l'ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées. Par rapport à 2003, c'est-à-dire depuis la mise en place des conventions tripartites, ces effectifs ont augmenté de 15%. Les effectifs d'aides-soignants et d'infirmiers ont notamment progressé de 23%, en particulier dans les EHPAD.

Le personnel des établissements est très largement féminisé puisque la proportion de femmes atteint 88%. Elles représentent plus de 90% des agents de service (hospitaliers ou non) et du personnel éducatif, social et d'animation. Le personnel médical est moins marqué par cette tendance puisque les femmes représentent 42%.

Le personnel des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD publics et privés, maisons de retraite non-EHPAD, USLD) se décline ainsi :

- Le personnel paramédical ou soignant représente 41% des effectifs (en ETP) ;
- Les agents de service (hospitaliers ou non), 28% ;
- Les personnels des services généraux, 15% (dont 7% pour les agents de service général et 5% pour les ouvriers professionnels) ;
- Le personnel de direction, 7% ;
- Le personnel éducatif, social et d'animation, 7% ;
- Le personnel médical, 1% ;
- Le personnel d'encadrement, 1%.

¹ Les données chiffrées reprises dans ce paragraphe sont issues de l'enquête EHPA de la DREES.

² Le lancement de l'enquête est effectué à partir du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS).

Répartition du personnel (en %) des établissements d'hébergement pour personnes âgées en ETP

Fonction exercée	EHPAD publics	EHPAD Privés non lucratifs ¹	EHPAD Privés lucratifs	Moyenne EHPAD	Maison de retraite non-EHPAD	Logement s-foyers non-EHPAD	Autres non-EHPAD	Ensemble
Personnel de direction	5	8	8	6	8	17	14	7
Personnel des services généraux	12	17	11	13	17	50	32	15
Personnel encadrement	2	1	1	1	1	1	1	1
Personnel éducatif, social, d'animation	3	8	17	7	7	10	24	7
Personnel médical	1	1	1	1	1	0	0	1
Personnel paramédical ou soignant	47	38	35	43	32	12	10	41
Dont aides-soignants	34	25	22	30	22	8	7	29
Dont infirmiers	10	8	8	9	6	2	1	9
Agents de service	30	27	27	29	34	10	19	28
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100

**résidences d'hébergement temporaire et établissements expérimentaux*

Source : enquête EHPA, 2007.

Interviennent également des animateurs, des diététiciens, des psychomotriciens, des coiffeurs, etc. qu'il faut financer.

C'est dans les Unités de soins de longue durée et dans les EHPAD que la part du personnel médical et paramédical est la plus élevée.

Les structures d'hébergement sollicitent de plus en plus les compétences des Aides Médico-Psychologiques, à la frontière du soin, de l'accompagnement et de l'animation.

La moyenne d'âge des personnels des établissements d'hébergement pour personnes âgées est de 41 ans.

Près de 30% du personnel des établissements d'hébergement y exerce depuis un an ou moins et l'ancienneté moyenne du personnel est de sept ans.

b) En Midi-Pyrénées

¹ Les maisons de retraite privées diffèrent des maisons de retraite dites publiques car elles ne sont pas gérées par un organisme médicosocial du secteur public (hôpital, organisme social) mais par un organisme privé, quel qu'il soit (particulier, grand groupe mutualiste, association, investisseurs privés, fondations etc.). On distingue les structures commerciales (privées à but lucratif) des structures associatives (privées à but non lucratif).

Les caractéristiques des professionnels intervenant en établissements d'hébergement pour personnes âgées en Midi-Pyrénées sont très proches de celles repérées au niveau national. Il s'agit ici plutôt de décrire les conditions d'emploi et de travail des personnels concernés.

En Midi-Pyrénées, les aidants professionnels en établissement travaillent dans l'une des 545 structures existantes dont la répartition est la suivante :

Etablissements d'hébergement pour personnes âgées en Midi-Pyrénées au 31/12/07

DPT	Maison de retraite*		Logements-foyers*		USLD*		Autres**		TOTAL		Dont EHPAD	
	Nb	Lits	Nb	Lits	Nb	Lits	Nb	Lits	Nb	Lits	Nb	lits
09	20	1 276	16	584	0	0	0	0	36	1 860	33	1 793
12	58	4 005	16	720	8	794	5	101	87	5 620	54	3 644
31	94	7 042	45	2 355	7	416	3	60	149	9 873	88	6 832
32	30	2 100	6	180	10	353	0	0	46	2 633	38	2 409
46	34	2 083	19	742	3	190	3	38	59	3 053	35	2 188
65	37	2 770	1	84	6	408	0	0	44	3 262	39	3 063
81	64	4 924	11	387	4	381	3	73	82	5 765	68	5 307
82	34	2 258	4	181	3	152	1	18	42	2 609	28	2 199
Midi-Py	371	26 458	118	5 233	41	2 694	15	290	545	34 675	383	27 435

*EHPAD et non-EHPAD.

** Etablissements d'hébergement temporaire et établissements expérimentaux.

Source : DREES, Enquête EHPA, série statistiques février 2010 (données au 31/12/07).

- ***Le profil des aidants professionnels en établissement***

Au 31 décembre 2007, les établissements d'hébergement pour personnes âgées emploient 21 400 personnes représentant 18 600 équivalents temps plein¹.

Le personnel est composé à 88 % de femmes. Elles sont toutefois minoritaires sur les fonctions médicales (36 %).

Au 31 décembre 2007, l'âge moyen du personnel est identique à ce qui s'observe nationalement puisqu'il est de près de 41 ans (43 ans pour les hommes et 40 ans et demi pour les femmes). Si la moyenne d'âge de 41 ans est identique dans le secteur public et le secteur privé à but non lucratif, elle est inférieure dans les établissements du secteur privé à but lucratif (39 ans et demi).

Avec un âge moyen proche de 52 ans, les personnes exerçant des fonctions médicales sont les plus âgées alors que les fonctions éducatives, pédagogiques, sociales et d'animation sont assurées par des agents plus jeunes (38 ans), notamment les aides médicopsychologiques (37 ans).

Parmi le personnel paramédical ou soignant, les infirmiers ont en moyenne 41 ans et les aides-soignants, 39 ans. Les personnels de direction et des services généraux ont en moyenne plus de 43 ans et les agents de service hospitaliers ou non, près de 40 ans.

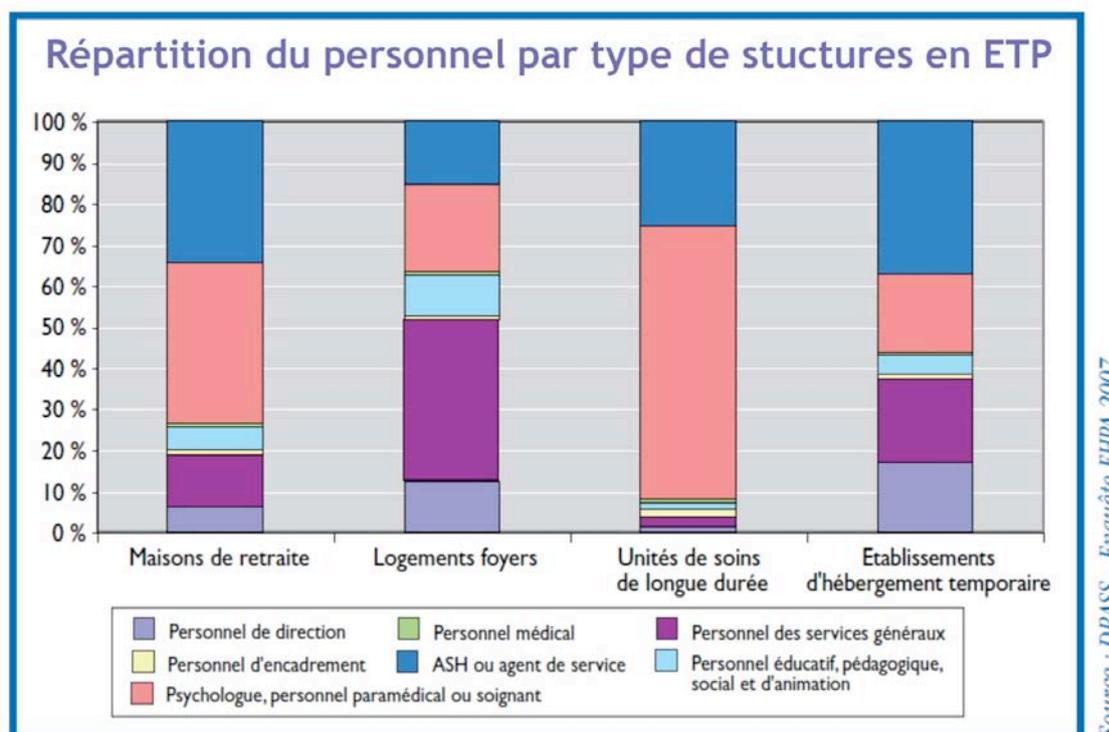
¹ Publication de la DRASS Midi-Pyrénées (aujourd'hui ARS) Flash info, n°46, octobre 2010 : « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 en Midi-Pyrénées ».

- **Le mode d'exercice et les différents types d'emplois des intervenants professionnels en établissement**

Les fonctions publiques hospitalière et territoriale emploient près de six agents sur dix, alors que trois sur dix relèvent d'une convention collective et un sur dix d'un accord d'établissement ou d'aucun accord. Les trois quarts des agents ont un contrat à durée indéterminée ou sont titulaires.

Tous types d'hébergement confondus, les effectifs les plus nombreux assurent des fonctions paramédicales (41 %) ou des fonctions d'agents hospitaliers et agents de service (32 %). Le personnel des services généraux (ouvrier professionnel, agent d'entretien) concerne 14 % des employés, celui de direction et d'administration 6 %.

Plus de 5 % des personnes sont présentes sur des emplois éducatifs, pédagogiques, sociaux ou d'animation. Le corps médical représente moins de 1 % des agents. On observe toutefois que le nombre de médecins coordonnateurs a progressé de 76 % depuis 2003.



Sur les 18 600 agents en équivalent temps plein, 7 600 occupent des emplois paramédicaux. Entre décembre 2003 et décembre 2007, grâce à l'augmentation croissante des signatures de conventions tripartites, le nombre d'infirmiers a progressé de 30 % (+ 400 ETP) et celui des aides-soignants de 35 % (+ 1 300 ETP).

Les autres spécialités paramédicales telles que la kinésithérapie, l'orthophonie, l'ergothérapie et la psychomotricité sont très peu représentées (moins de 1 %).

Pour un volume d'emplois nettement inférieur, les personnels éducatifs, pédagogiques, sociaux et d'animation ont également augmenté sur la même période, tels que les aides médico-psychologiques (+ 150 ETP).

4.2 Les conditions de travail des aidants professionnels en établissement

a) Type de contrat

Dans les établissements d'hébergement privés, 85% du personnel est employé en contrat à durée indéterminée et 9% en contrat à durée déterminée (hors emplois aidés). Dans les établissements publics, 68% des personnes sont titulaires de leur poste, 4% sont stagiaires fonctionnaires ou fonctionnaires élèves, 10% non titulaires sur emploi permanent et 10% non titulaires sur emploi non permanent.

86% du personnel des établissements d'hébergement travaille uniquement le jour, 9% uniquement la nuit et 5% en alternance de jour et de nuit. Parmi les personnes qui travaillent uniquement la nuit, 90% sont des femmes. Le travail spécifiquement de nuit concerne 16% des aides-soignants, 13% des auxiliaires de vie sociale, 10% des agents de service (hospitaliers ou non) et 7% des infirmiers.

b) Une ancienneté dans le poste de 7 ans en moyenne

En Midi-Pyrénées comme au niveau national, les agents occupent leur poste depuis 7 ans en moyenne. Cette ancienneté varie de 6 ans et demi dans les logements foyers à 8 ans dans les unités de soins de longue durée. Les personnes employées dans les établissements publics ont une ancienneté supérieure (8 ans) à celles présentes dans les établissements privés à but non lucratif (6 ans et 3 ans) ou lucratif (4 ans et demi).

L'ancienneté la plus importante se situe sur les postes de direction et la plus faible sur les emplois éducatifs, pédagogiques, sociaux et d'animation.

Près de 20 % des agents ont débuté sur leur poste en 2007, alors que 16 % y sont présents depuis plus de 15 ans.

c) Une amélioration du taux d'encadrement

Le taux d'encadrement global défini comme le nombre d'agents en équivalent temps plein pour 100 pensionnaires, est de 57 ETP en maison de retraite, de 35 ETP en logement foyer et de 82 ETP en unité de soins de longue durée en raison de la grande dépendance des personnes accueillies. Les recrutements enregistrés depuis 2003 ont permis d'améliorer ces taux respectivement de 15 %, 16 % et 10 %. Ces taux d'encadrement varient selon le statut juridique de la structure : 60 ETP dans le secteur public, 50 ETP dans le secteur privé à but non lucratif et 53 ETP dans le secteur privé à but lucratif.

d) Des évolutions dans les fonctions

Les personnels travaillant dans les établissements qui accueillent des personnes âgées, et particulièrement les EHPAD, doivent faire face à des **résidents de plus en plus dépendants et présentant davantage de troubles du comportement**. A noter que 75% des personnes âgées résidant en EHPAD souffrent de démence et que 30% des résidents sont traités au moyen de neuroleptiques (médicaments pour traiter les psychoses), ce qui a un effet délétère car cela crée une accoutumance et accroît notamment le risque de chute.

De fait, de nombreux établissements entrent dans les critères de dénomination EHPAD. En 2007, 67% des établissements d'hébergement pour personnes âgées sont des EHPAD, représentant 75% du total de lits¹.

¹ Etudes et Résultats, n°689, mai 2009 : « L'offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2007. »

II. LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LES AIDANTS ET QUELQUES SOLUTIONS

Le rôle des aidants, qu'il s'agisse de l'entourage de la personne âgée ou de professionnels, est fondamental pour permettre le maintien à domicile. Une personne âgée fragile vivant chez elle sans aide risque de devenir plus **rapidement dépendante que si une aide à l'accomplissement des actes de la vie quotidienne lui est apportée** (portage ou préparation des repas, toilette, etc.). **Le développement des activités de soutien à domicile des personnes âgées est donc un élément qui permet de prévenir et de retarder la survenue de la dépendance.**

De plus, sur le plan des valeurs, ces fonctions sont porteuses d'enjeux forts puisque **la façon dont une société traite et considère ses personnes âgées et ceux qui s'en occupent est révélatrice de la dimension éthique dans laquelle elle s'inscrit.** En conséquence, la situation vécue par les aidants mérite d'être analysée.

1. Les répercussions de l'aide sur la vie de l'aidant familial

1.1 Les difficultés rencontrées

Il n'est pas question ici de nier les aspects positifs de l'aide pour les aidants : en effet, **quand la relation peut être basée sur des échanges entre aidant et aidé, le rôle d'aidant peut constituer une activité structurante, représenter un rôle social valorisant pour l'aidant,** qui la perçoit comme une source d'épanouissement. La prise en charge de la dépendance physique ou psychique à domicile réclame de l'attention, des compétences et de la technicité de la part des aidants familiaux pour répondre aux besoins affectifs, relationnels et physiques de la personne âgée dépendante.

Appréhender la situation ainsi (la personne âgée n'est pas considérée comme un fardeau) permet de donner un sens à la situation.

Cependant, parfois, les aidants ne perçoivent pas la dimension de réciprocité, la richesse de la relation qui s'établit avec leur parent parce que les conséquences sur leur vie sont déstabilisantes. La présence et le soutien de l'entourage familial conditionnent aujourd'hui fortement la réalisation du maintien à domicile d'une personne âgée mais des difficultés peuvent survenir, qui sont notamment liées à l'aspect chronique de la maladie, à ses éventuelles complications et à la durée de son évolution. **Il est important de reconnaître que la fonction d'aide, souvent non choisie, revêt parfois un aspect contraignant : que ce soit pour les proches de la personne âgée ou bien pour les professionnels, celle-ci peut être très éprouvante.**

Identifier les difficultés que rencontrent les personnes qui interviennent auprès des personnes âgées dépendantes permettra d'imaginer des solutions pour limiter ces difficultés car aider les aidants, c'est aider les personnes dépendantes.

a) Des conséquences négatives sur la vie quotidienne

La prise en charge d'une personne âgée par son entourage peut s'avérer lourde et n'est pas dépourvue d'obstacles. Reposent sur la famille d'importantes responsabilités qui peuvent être sources de difficultés d'ordre social, familial, économique, mais aussi physique, psychique, juridique, etc. Il faut rappeler que 70% des aidants passent au moins 6h par jour auprès de la personne dépendante¹, ce qui a nécessairement des incidences sur la conciliation entre vie professionnelle et vie privée.

Les aidants familiaux se trouvent en effet dans un contexte de tensions quasiment permanent car ils sont pris dans un ensemble de contraintes qui les obligent à adopter au quotidien des modes de conciliation avec de fortes répercussions sur leur vie.

Ainsi, les aidants familiaux expriment parfois de la souffrance.

Les aidants se sentent parfois coupables de négliger leur conjoint, leurs enfants ou leur travail au profit de leur parent dépendant. La situation déclenche d'ailleurs parfois un conflit familial, le conjoint ou les enfants se sentant effectivement délaissés.

La « fonction » d'aidants familiaux, occupée le plus souvent par des femmes, contraint parfois celles-ci à quitter leur emploi, entraînant pour elles des difficultés financières, des difficultés professionnelles voire la perte d'un statut professionnel.

Selon une étude récente², le rôle d'aidant a des conséquences négatives sur ses loisirs (pour 70% des aidants), sur sa forme physique (57%), sur sa situation financière (56%) et sur sa vie intime et sexuelle (53%).

Les principales difficultés rencontrées en la matière concernent le manque de temps (39%), le stress (21%) et la fatigue (19%). Par ailleurs, 26% des aidants ont dû s'absenter au cours des douze derniers mois en dehors des congés payés pour assurer leur rôle d'aidant. Les aidants familiaux font preuve d'un altruisme certain : interrogés sur leurs attentes vis-à-vis des pouvoirs publics, ils citent en premier lieu la prise en charge des patients sans entourage (73%), avant la préservation de la santé des aidants (57%), la formation aux gestes essentiels de soins (54%), l'amélioration des relations entre les aidants et les professionnels de santé (53%) et la prévention de l'isolement social des aidants (51%).

b) Des conséquences sur la santé des aidants

Le Centre d'Analyse Stratégique mène régulièrement des réflexions sur ces questions. D'après cet organisme³, **la pénibilité du rôle d'aidant d'une personne dépendante provient notamment du fait que, contrairement à la prise en charge d'un enfant, la prise en charge d'une personne âgée, est une tâche souvent plus épuisante qu'épanouissante parce qu'il s'agit non pas d'accompagner vers l'autonomie mais de lutter contre son étiolement, non plus de construire un adulte mais de le préserver.** De plus, il est souvent difficile aux enfants d'admettre que leurs parents, longtemps figure d'autorité et du savoir, puissent voir leurs capacités cérébrales diminuer. Les syndromes anxieux, voire dépressifs qui peuvent intervenir chez une personne âgée sont parfois difficiles à supporter pour l'entourage.

¹ Chiffres tirés du dossier du magazine Alternatives Economiques, n°295, octobre 2010 : « Dépendance, l'autre réforme. ».

² Etude réalisée par BVA pour l'institut Novartis précitée.

³ Cf. Note de veille du Centre d'Analyse Stratégique, n°179, juin 2010 : « Le vieillissement cognitif, un enjeu pour les politiques publiques. Cognition, promotion de l'emploi des seniors et bien vieillir. »

Dans différentes études publiées sur la santé des aidants, est noté un **impact négatif du stress chronique, un état dépressif beaucoup plus fréquent avec une augmentation des troubles cardiovasculaires, voire même une mortalité accrue**. La santé des aidants peut donc être menacée par l'engagement d'une relation d'aide si elle n'est pas guidée et soutenue.

Il faut dire que les **aidants sont rarement préparés au rôle** qui leur est assigné parfois de manière soudaine et inattendue. Et l'intensité de cette «charge» peut expliquer qu'ils aient eux même besoin d'aide pour continuer à aider sans s'épuiser.

Toutefois, **il est parfois difficile pour l'aidant de se mobiliser pour faire appel à une aide extérieure**.

Les freins qui peuvent conduire l'aidant souvent à se priver de l'aide de professionnels sont divers. Tout d'abord, le temps et l'énergie consacrés au soutien au parent peut l'amener à exprimer une demande en décalage avec ses besoins réels. Il peut également s'agir de la culpabilité à ne pas pouvoir gérer seul la prise en charge de son parent, de la préoccupation du coût financier des aidants professionnels, de la rigidité des modes d'intervention, etc. De plus, la relation d'aide intervient dans un contexte familial parfois complexe. Quand la situation dure, ou quand elle s'aggrave, peuvent survenir des risques d'épuisement, d'isolement et de repli sur soi.

Cet **enchevêtrement entre les impératifs matériels et affectifs est favorable à l'enfermement social de l'aidant** et peut expliquer la réticence de certains aidants à être aidés.

1.2 Les enjeux de l'aide aux aidants et des solutions envisageables

Mettre en œuvre des actions pour aider les aidants constitue un enjeu d'autant plus fort que leur épuisement les expose à des situations de rupture et d'isolement qui peuvent être vecteurs de maltraitance ou de placement en institution de la personne âgée dans de mauvaises conditions, de manière précipitée.

Différents facteurs entrent en ligne de compte pour permettre à l'aidant de gérer au mieux la situation :

- La personnalité de l'aidant avec ses ressources propres (estime de soi, maîtrise, stratégie de protection, etc.), ses ressources sociales liées au réseau relationnel de la famille, mais aussi ses ressources financières ;
- La connaissance de la maladie et de son évolution ;
- La coordination des soins ;
- Le soutien familial et amical, l'apport de groupes et d'associations.

L'aide doit consister tout d'abord à faire comprendre aux aidants familiaux que **l'oubli de soi peut empêcher de prendre soin de soi et conduire à l'épuisement qui rend impossible à terme l'accompagnement de la personne malade**.

Pour cela, il est important de parvenir à **offrir des espaces d'écoute, informer les aidants des offres de répit, les persuader d'y avoir recours, mais également d'inventer des formules diversifiées qui répondent à la diversité des situations et des besoins**.

Les besoins en terme d'écoute et d'orientation d'un aidant sont divers¹ : il peut s'agir d'un besoin d'information sur la pathologie, un soutien psychologique lors d'une situation de crise avec l'aidé, une assistance juridique, voire l'orientation vers des organismes de maintien à domicile, l'octroi d'une aide financière ponctuelle pour l'organisation d'une période de répit, etc.

1.3 Une prise de conscience des pouvoirs publics

Les pouvoirs publics prennent peu à peu conscience de la réalité du vécu des aidants familiaux et différentes instances mettent en place des actions pour aider les aidants.

Le rapport de la Cour des comptes de 2005 qui insistait sur cette problématique des aidants a contribué à faire émerger des initiatives pour améliorer la réalité. Ce rapport formulait les propositions suivantes :

- Introduire systématiquement, dans l'élaboration des plans d'aide, une évaluation des besoins des aidants familiaux et en faire un volet obligatoire du plan d'aide APA pour les dépendances les plus lourdes ;
- Étudier la faisabilité technique et financière de dispositifs de compensation pouvant être mis en œuvre sous forme, par exemple, d'une prise en charge des cotisations d'assurance vieillesse ou d'un congé de soutien familial, pour les aidants familiaux interrompant ou réduisant leur activité professionnelle pour se consacrer davantage au soutien de personnes lourdement dépendantes;
- Concevoir un dispositif permettant de former gratuitement les aidants familiaux et les bénévoles à des soins non médicaux aux personnes âgées;
- Étudier et promouvoir un système d'assistance aux aidants familiaux fondé sur le recours à des retraités issus des professions médicales et médico-sociales.

Le **plan Alzheimer** accorde également une place importante au soutien des aidants familiaux en préconisant le développement d'actions d'information et de formation, d'initiatives de répit (accueils de jour et hébergement temporaire), ainsi que l'organisation de groupes de parole. Toutes ces mesures peuvent influencer positivement la qualité de la vie des personnes malades et de leurs aidants, surtout lorsque l'on sait que les caractéristiques individuelles de leur état sont étroitement liées.

Le **Ministère de la santé** a organisé des groupes de travail pour structurer un « Plan d'amélioration de la qualité de la vie des personnes atteintes de maladies chroniques » dans lequel la place des aidants familiaux est clairement identifiée.

En Midi-Pyrénées, certains organismes ont également pris conscience des enjeux liés à la situation des aidants et mettent en place des mesures en direction des aidants. C'est notamment le cas du **Gérontopôle** qui mène ainsi des recherches afin d'évaluer l'impact de la prise en charge des personnes âgées dépendantes sur les aidants : des équipes s'intéressent par exemple, au retentissement de la maladie d'Alzheimer sur les aidants et sur leur qualité de vie. La **CARSAT** (ex-CRAM) signe des conventions comportant des actions en direction des aidants (avec les MSA, le RSI, des caisses complémentaires, etc.). Dans le Tarn par exemple,

¹ A noter par exemple que les caractéristiques, les besoins et les difficultés rencontrées par les aidants sont différents selon qu'il s'agit des aidants conjoints ou des aidants enfants.

des groupes d'aide aux aidants ont été constitués, via le réseau des assistantes de service social de la CARSAT (ex-CRAM) : cela permet notamment de faire remonter les besoins. Les actions d'accompagnement social développées par la CARSAT (ex-CRAM) sont ensuite relayées par les **Conseils Généraux**.

1.4 Quel statut pour les aidants¹ ?

A travers ces développements, c'est en effet bien la question du statut des aidants qui est posée. Comment reconnaître juridiquement et socialement la mission qu'ils accomplissent ?

Du point de vue de la reconnaissance juridique, **à l'heure actuelle, en France, seuls les aidants de personnes handicapées bénéficient, grâce à la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, d'un réel statut.**

Cependant, si cette loi représente un premier pas en termes de reconnaissance légale des aidants, elle contribue simultanément à distinguer, voire à sectoriser, les aidants selon le profil des personnes aidées. Ainsi, les aidants familiaux de personnes âgées dépendantes ne peuvent prétendre à ce statut, qui leur garantirait une meilleure protection sociale et une certaine valorisation dans la société. **Cette distinction de statuts entre aidants de personnes handicapées et aidants de personnes âgées dépendantes est une spécificité française, inconnue dans la plupart des pays européens.**

La question du statut d'aidant est complexe car il ne s'agit pas seulement de conférer un statut théorique aux aidants mais bien de déterminer précisément quels droits sociaux ce statut pourrait accorder.

Le risque que revêtirait le fait de poser un cadre trop rigide et général, serait de ne pas pouvoir appréhender la grande diversité des situations existantes. En effet, en donnant un véritable statut aux aidants familiaux, on pourrait même aboutir à une certaine forme de « professionnalisation » de l'aidant. Or, les aidants de personnes âgées dépendantes cherchent justement à ne pas être enfermés dans leur rôle, qui est souvent temporaire et circonstanciel.

Certains dispositifs existent, en France et ailleurs, qui pourraient répondre en partie à leurs besoins, comme des congés ponctuels, des formes de rémunération ou encore des formules d'aménagement des conditions de travail.

a) Les formes de congés existantes pour les aidants familiaux

En France, il existe deux types de congés dont peuvent bénéficier les aidants de personnes âgées dépendantes : le congé de soutien familial et le congé de solidarité familiale. Le **congé de soutien familial²**, qui permet à un proche de prendre soin d'une personne en situation de dépendance pour une durée de trois mois maximum, n'est pas rémunéré.

¹ Ces développements sont notamment issus de la Note de Veille du Centre d'Analyse Stratégique, n°187, juillet 2010 : « Comment soutenir efficacement les « aidants » de personnes âgées dépendantes ? ».

² Dans les pays anglo-saxons, le même type de congé sans solde existe (*Dépendant Care Leave* en Angleterre, *Family and Medical Leave Act* aux Etats-Unis, *Carer's Leave Act* en Irlande). Le *Carer's Leave Act* par exemple, est d'une durée plus longue que le congé de soutien familial français (entre 13 et 104 semaines de congés) et propose une définition plus large de la personne

De plus, même si ce congé ne peut être refusé par l'employeur, ses conditions d'accès restent assez restrictives puisque la personne aidée doit être dépendante à plus de 80%.

Le *congé de solidarité familiale* permet de prendre un congé pour accompagner une personne en fin de vie à domicile, pendant une période de trois mois, renouvelable une fois. Il donne droit à une rémunération de compensation depuis la loi du 2 mars 2010¹, pendant 21 jours maximum. Le bénéficiaire de cette allocation a été étendu aux personnes de confiance. Ce congé s'inspire du dispositif suédois, le « *Care Leave* », qui est bien plus intéressant en termes de rémunération que le dispositif français, puisque son montant représente 80% du salaire, pour une période de deux mois maximum.

Le fait que ces congés, en France, soient peu ou pas rémunérés, limite leur intérêt pour les aidants, notamment les aidants salariés. Le faible recours à ce type de dispositifs s'explique également par le fait qu'ils restent encore peu acceptés socialement. En effet, certains salariés peuvent parfois éprouver des réticences à les utiliser de crainte de nuire à leur carrière professionnelle. Dans la pratique, les salariés ont plus souvent recours à des journées de congés ou de RTT.

En outre, ce type de congés suppose une anticipation qui est difficile à mettre en place car les aidants ont plutôt tendance à agir au coup par coup, en fonction des événements, des imprévus. Ils peuvent tout au mieux les aider en cas d'accidents, de problèmes sanitaires de moyen terme ou pour accompagner leur proche entré en phase terminale de maladie.

b) Des formes de compensation financière pour les aidants existent dans certains pays

Dans un grand nombre de pays, depuis quelques années, les politiques de prise en charge de la dépendance privilégient la mise en place de prestations monétaires. Si les pratiques diffèrent d'un pays à l'autre (montant alloué, usage contrôlé ou non, etc.), cette prestation offre la possibilité de rémunérer un aidant familial, sous certaines conditions.

En France, il n'y a **pas de prestations spécifiquement dédiées aux aidants familiaux** de personnes âgées dépendantes. Seule l'APA peut éventuellement être redistribuée en partie aux aidants familiaux de manière contrôlée. En effet, la somme versée peut être plus ou moins importante selon les revenus de la personne et l'utilisation de ce montant, très encadrée, est définie selon un plan d'aide précis, le bénéficiaire étant tenu d'envoyer mensuellement un justificatif de ses dépenses. Cette somme est le plus souvent utilisée pour les soins à domicile (services à la personne, travaux d'adaptation du logement notamment) et, plus rarement, le salaire d'un aidant familial. Ce dernier peut donc être embauché dans le cadre d'une relation

aidée (devant nécessiter des soins fréquents pour les activités de la vie quotidienne ou pour présenter un danger pour elle-même) et, au-delà de la famille stricto-sensu, les personnes de confiance peuvent en bénéficier.

¹ La loi du 2 mars 2010 visant à créer une allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie n'est pas applicable : le décret n'est pas sorti. « Le montant de cette allocation sera fixé par décret. Pour les bénéficiaires qui travaillent à temps partiel, le montant et la durée de cette allocation seront modulés dans des conditions prévues par décret. Les documents et les attestations requis pour prétendre au bénéfice de cette allocation, ainsi que les procédures de versement doivent être aussi définis par décret » (source www.servicepublic.fr). L'aidant familial se retrouve face à un refus systématique des caisses d'assurances pour prendre en charge ses cotisations sociales.

salariale proche d'un contrat de travail standard, à l'exception du conjoint, du concubin ou de la personne à laquelle le bénéficiaire de l'APA est liée par un PACS.

En 2008, sur plus d'un million de bénéficiaires de l'APA, 16% ont fait appel à un aidant familial rémunéré.

En **Allemagne, l'assurance dépendance**, rendue obligatoire dès 1995, garantit des soins de longue durée à tous les adhérents du système d'Assurance Maladie, indépendamment de leurs moyens financiers et de leur âge, en fonction du degré de dépendance. La personne aidée peut choisir de recevoir une prestation en nature, en numéraire ou une combinaison des deux. La prestation en numéraire peut être reversée aux aidants familiaux qui assurent plus de 14h de soins par semaine. Ils peuvent toucher entre 225 et 685 euros par mois, selon le niveau de dépendance de la personne aidée. Ils bénéficient également de droits sociaux intéressants : ils sont affiliés au régime légal de l'assurance invalidité vieillesse (l'assurance dépendance prenant les cotisations à sa charge) et ils sont assurés contre les accidents advenant lorsqu'ils procurent les soins à la personne dépendante.

En **Espagne, la loi sur la dépendance de 2006** reconnaît à toute personne dépendante le droit à une aide publique régulière. Trois types de prestations existent, dont une qui est spécifiquement dédiée aux aidants familiaux. Si une personne très dépendante choisit d'être soignée au sein de sa famille, son proche aidant reçoit une rémunération régulière de l'Etat (entre 390 et 487 euros par mois) en échange de son inscription à la Sécurité Sociale et de sessions de formation.

En **Angleterre**, les prestations versées aux aidants relèvent de l'aide sociale. Celles-ci sont imposables et d'un montant relativement faible, l'équivalent d'environ 250 euros par mois. Les conditions pour obtenir cette somme sont très restrictives : l'aidant doit consacrer 35h ou plus aux tâches de soin, il ne doit pas suivre des cours plus de 21h par semaine, ou percevoir une autre rémunération supérieure à 100 livres par semaine (soit 120 euros). Toutefois, d'autres dispositifs de soutien s'ajoutent à cette prestation, différents selon les autorités locales. Enfin, depuis avril 2010, plus de 20h de soins par semaine sont désormais pris en compte dans le calcul de la retraite des aidants.

Il existe donc un éventail de possibilités pour rémunérer les aidants familiaux et le principe retenu en France n'est pas le plus satisfaisant. Cette situation est liée au fait que la question de la rémunération des aidants familiaux butte sur une particularité française : l'obligation alimentaire des enfants envers leurs parents prime sur la possibilité pour l'aidant familial de percevoir un salaire pour aider sa propre famille.

D'autres soulignent le risque d'enfermement des aidants familiaux dans une activité peu rémunérée. Il est néanmoins possible de considérer que cette rémunération permet d'offrir une reconnaissance à l'investissement consenti, d'ouvrir éventuellement la voie à une future valorisation professionnelle, et surtout de soutenir financièrement les personnes aux faibles revenus, en évitant les restes à charge supportés dans de nombreux cas par la famille.

c) La nécessité d'impliquer de nouveaux acteurs pour accompagner les aidants

Les principaux besoins des aidants familiaux semblent être de mieux parvenir à concilier cette mission avec leur vie professionnelle. Or, les dispositifs présentés précédemment ne répondent que partiellement à ces attentes des aidants. C'est pourquoi il est sans doute

nécessaire de **réfléchir sur une implication des entreprises, des mutuelles, des instituts de prévoyance et des assureurs.**

Au niveau des entreprises, le télétravail ou des aménagements horaires, dispositifs généralement mis en avant à l'attention des jeunes parents, pourraient également être proposés aux aidants de personnes âgées dépendantes.

Aux **Etats-Unis**, de véritables programmes de bien-être ont été mis en place à l'attention des salariés, et cela pour des raisons d'abord économiques (réduction de l'absentéisme et augmentation de la productivité).

Les programmes de soutien aux aidants ayant des parents dépendants âgés sont généralement de deux types :

- Des programmes d'information, qui proposent des services de médiation, des heures gratuites de conseil juridique, des groupes de soutien en ligne, des services de coaching sur place, etc.
- Des programmes de coordination des soins gériatriques (avec la mise à disposition auprès du salarié par l'entreprise d'une personne qualifiée qui mène des évaluations, développe un plan de soins, et propose la mise en place de services pour la personne âgée).

d) Des moyens pour limiter l'épuisement des aidants

Afin de ne pas s'épuiser physiquement et moralement, les aidants familiaux ont besoin de relais pour accomplir leurs tâches : ainsi, la **présence d'intervenants au domicile** des personnes âgées permet-elle de soulager leur charge.

D'autres dispositifs contribuent également à diminuer la pénibilité de leur rôle, en **allégeant les tâches administratives** et en **simplifiant les tâches domestiques** par exemple.

En effet, les tâches administratives (prises de rendez-vous, organisation de la venue des intervenants) accaparent souvent les aidants. D'après le Centre d'Analyse Stratégique, il semble que l'intervention d'un gestionnaire de cas pourrait permettre d'alléger le travail de coordination et de suivi administratif lié à la prise en charge d'une personne âgée dépendante. Il s'agirait de mettre en place un interlocuteur unique entre la personne âgée, sa famille et les multiples intervenants (qui pourrait en outre contribuer à désamorcer les tensions qui peuvent exister entre aidants familiaux et intervenants professionnels).

Des expériences de ce type sont menées à l'étranger, notamment au Québec, au Royaume-Uni et aux Etats-Unis.

En France, si le principe d'un référent est globalement accepté, les débats portent sur la légitimité des acteurs susceptibles d'assurer ce rôle : doit-il être le médecin traitant, l'infirmier, un membre d'association d'aide à domicile, un autre professionnel ? Faut-il reconnaître juridiquement le métier de gestionnaire de cas ? Selon quelles modalités ? Malgré ces interrogations, une expérimentation devrait être mise en place par le biais du plan Alzheimer.

Les tâches administratives pourraient également être simplifiées grâce à une meilleure diffusion de l'information. Actuellement, malgré l'existence de quelques documents officiels (comme le Guide de l'aidant familial) et la création des CLIC¹, l'accès à l'information en faveur des aidants de personnes âgées dépendantes reste insuffisant, tant sur le plan de son accessibilité que de son contenu.

¹ CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination.

Les CLIC restent essentiellement centrés sur une approche sociale de la prise en charge et ne sont pas toujours très accessibles pour des personnes par définition peu mobiles ou pour des aidants pris entre de multiples contraintes.

Là aussi, dans le cadre du plan Alzheimer, des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), véritables lieux de coordination associant le secteur sanitaire et le secteur médico-social et assurant un rôle de guichet unique, sont actuellement en cours d'expérimentation.

Enfin, les gérontechnologies dont on a examiné les différents aspects dans la partie précédente, peuvent soutenir les aidants dans leurs tâches domestiques. Les gérontechnologies sont en effet complémentaires de l'intervention humaine.

e) Comment répondre au besoin de répit des aidants ?

Le besoin de répit apparaît crucial pour les aidants, même s'ils n'en ont pas nécessairement conscience, ou s'ils ne l'expriment pas.

Des dispositifs à la prise en charge exclusive à domicile existent : par exemple, l'hébergement temporaire, l'accueil de jour ou de nuit, constituent souvent des réponses adaptées mais elles sont aujourd'hui insuffisantes en nombre et éparées au regard des besoins.

L'accueil temporaire consiste en des lieux destinés à recevoir des personnes âgées ou handicapées ayant besoin d'un simple soutien temporaire. Il s'agit d'un accueil organisé pour une durée limitée, avec ou sans hébergement.

En France, il existe plus de 3000 centres de ce type, qui offrent des services différents. Lieux d'accueil, d'information, de diagnostic, de soutien ou encore d'écoute, ces centres occupent une place centrale dans le dispositif de soutien aux aidants. Ces unités d'accueil sont de douze places au maximum.

Ce sont des dispositifs « relais » qui offrent aux familles du temps libre pour se reposer et permettre de prévenir les situations d'enfermement, d'isolement et d'épuisement.

A Blagnac, l'association Jehré a ainsi inauguré le 19 octobre 2010 une « halte répit » pour les malades d'Alzheimer où les familles peuvent amener leur proche malade deux après-midi par semaine. Une quinzaine de places permettent ainsi aux malades de se rencontrer et de faire des activités pendant que leurs proches vivent un temps de répit.

Ce type de prise en charge peut être financé par l'APA pour la partie « accueil » et par l'assurance maladie pour les soins.

Pour constituer une réponse pertinente, ces structures doivent être accessibles au plan financier, être géographiquement proche du domicile de la personne âgée et présenter une certaine flexibilité temporelle pour s'adapter aux besoins ponctuels et urgents.

D'après le rapport de la Cour des Comptes sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes, les places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire sont mal identifiées (confusion entre places autorisées et places effectivement financées et créées notamment). De fait, les schémas gérontologiques départementaux n'évaluent pas toujours précisément le nombre de ces places.

De plus, les établissements sont peu incités à développer les places d'accueil temporaire, notamment en raison des difficultés de gestion qu'elles supposent : en effet, la demande dans ce domaine est variable, très forte au moment des vacances mais plus faible le reste de l'année.

Par ailleurs, pour les familles, c'est le transport du domicile à la structure d'accueil qui peut soulever des difficultés.

Les **gardes à domicile de jour et de nuit**, viennent compléter le dispositif des structures offrant un répit aux aidants. Ces gardes évitent l'organisation d'un déplacement pour les aidants et un changement d'environnement pour les personnes âgées dépendantes, qui peut entraîner une détérioration de leur état physique ou psychique.

Des expériences en ce sens existent dans d'autres pays et sont reprises en France : sur le modèle québécois du « baluchonnage », le projet « parenthèse à domicile » reconnu expérience pilote par la Direction générale de l'action sociale en 2008, propose ainsi la présence d'un intervenant extérieur à domicile, pendant une durée limitée, permettant à l'aidant de prendre du temps pour lui.

Ces initiatives sont souvent délicates à mettre en œuvre au niveau de la législation du travail : pour le Centre d'Analyse Stratégique, une solution pourrait consister à décloisonner les dispositifs de soutien à domicile et d'intervention en établissement : en s'appuyant sur le personnel des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, on pourrait imaginer des équipes de personnel mobiles qui, tout en ayant un contrat de travail avec un établissement, pourraient intervenir au domicile des personnes âgées et y effectuer des gardes.

En résumé, il est possible de dire que si le soutien aux aidants est nécessaire, il est important de ne pas les enfermer dans ce rôle et de ne pas faire peser sur eux une trop grande responsabilité dans la prise en charge.

Pour le Centre d'Analyse Stratégique, un des écueils serait sans doute de s'orienter vers une professionnalisation de l'aidant familial, qui pourrait être progressivement amené à accomplir des gestes techniques de soins, voire de gestes médicaux, soulevant alors des enjeux éthiques : « une formation à la maladie et à la dépendance accordée aux aidants familiaux contribuerait-elle in fine à faciliter la vie de ces derniers ou au contraire à l'instrumentaliser ? »¹

L'ensemble des dispositifs d'aide aux aidants ne remplacera pas une action publique concertée qui doit viser la mise en place d'intervention de professionnels auprès des personnes âgées. L'enjeu majeur est donc de trouver un point d'équilibre entre une implication des familles souhaitée et pertinente et une externalisation de leur travail vers des intervenants professionnels.

En définitive, aider les aidants suppose d'abord de structurer l'offre et d'améliorer les conditions de travail des intervenants professionnels à domicile.

2. Les aidants professionnels à domicile et en établissement

2.1 Un travail pénible et mal valorisé

La pénibilité spécifique du travail auprès des personnes âgées décrites pour les aidants familiaux peut également être ressentie par les professionnels de l'aide. En effet, l'intervention auprès des personnes âgées dépendantes – secteur peu valorisé – est parfois

¹ Note de Veille du Centre d'Analyse Stratégique, n°187, juillet 2010 : « Comment soutenir efficacement les « aidants » de personnes âgées dépendantes ? ».

ressentie comme difficile et peu gratifiante et peut également contribuer à accroître les risques de maltraitance. De plus, les aides à domicile exercent souvent à temps partiel, alors que leur souhait serait de travailler davantage. Cela joue aussi dans l'aspect peu attractif de ces métiers.

En outre, ces métiers supposent des relations avec la famille des personnes âgées, qui sont parfois compliquées ou tout au moins tendues, que celle-ci estime par exemple que la manière de traiter leur parent est trop infantilisante ou au contraire trop distante.

De plus, le faible niveau des salaires dans ce secteur peut engendrer chez les salariés un sentiment de non reconnaissance de l'utilité sociale du métier.

De fait, aujourd'hui, travailler auprès des personnes âgées est fréquemment un choix professionnel par défaut, ce qui entraîne une difficulté à pérenniser les emplois (« turn-over » important) et souvent un manque de qualifications et d'expérience des personnels.

Une des conséquences de la faible attractivité de ces métiers est que le secteur médico-social et celui de la santé rencontrent des **difficultés de recrutement**.

La profession d'infirmier est ainsi parmi les métiers les plus touchés par ces difficultés.

Le rapport de la Cour des Comptes sur les personnes âgées dépendantes soulignait que les difficultés se situaient tout particulièrement dans le secteur des soins à domicile, en raison notamment de l'isolement des intervenants et du morcellement des horaires de travail. Les professionnels privilégient plutôt des services à forte technicité (notamment dans les hôpitaux) au détriment du secteur médico-social ou des SSIAD qui souffrent d'une pénurie de soignants importante.

La pénurie des infirmiers salariés travaillant pour les SSIAD est partiellement compensée par le recours à du personnel travaillant sous statut libéral, qui passe des conventions avec la structure, financé dans le cadre du forfait journalier accordé au SSIAD.

En revanche, la pénurie des aides soignants est plus difficile à gérer parce que ces derniers ne sont pas autorisés à exercer leur activité dans un cadre libéral, que leur formation est peu compatible avec la poursuite parallèle d'une activité professionnelle (même si la possibilité d'accéder au diplôme par la validation des acquis de l'expérience (VAE) depuis 2005 tend à améliorer quelque peu la situation).

2.2 Une faible professionnalisation

Dans l'aide à domicile, on peut repérer trois catégories de métiers :

- Les auxiliaires de vie sociale, qui sont les plus diplômées ;
- Les employés à domicile (qui peuvent avoir un niveau CAP par exemple petite enfance) ;
- Les agents à domicile qui n'interviennent qu'auprès de personnes valides.

Mais dans les faits, une des difficultés du secteur des aidants professionnels est le fait que de nombreux personnels ne sont pas diplômés et qu'ils exercent donc comme « faisant-fonction ». Le secteur est donc confronté à un enjeu de professionnalisation.

Un contrat dans le secteur de l'aide à domicile constitue souvent le point d'entrée sur le marché du travail pour des personnes sans qualification initiale.

Une qualification préalable n'étant pas exigée, la formation initiale dans le secteur est peu développée et la qualification relève essentiellement des branches professionnelles et de la formation continue.

Selon les résultats du premier « baromètre de la qualité et de la professionnalisation des emplois de services à la personne ¹ » (présenté par l'Agence nationale des services à la personne en mai 2010), l'accès au diplôme des salariés des services à la personne est « limité » puisque seuls 11 % possèdent un diplôme associé à l'activité exercée. Il en ressort un « *manque de perspectives d'évolution des emplois du secteur* » notamment en termes de rémunérations.

Toujours selon ce baromètre, si un tiers des salariés (33 %) ont suivi une formation associée à l'activité exercée, les disparités sont fortes selon les activités et les métiers du « ménage, livraisons et repas » par exemple sont parmi la catégorie la moins qualifiée : 4 % des salariés en emploi direct ont un diplôme en rapport avec leur activité, 8 % des salariés des organismes agréés.

Le niveau de qualification est globalement peu élevé : 31 % des salariés sont sans diplôme, 44 % ont un niveau BEPC, CAP ou BEP, et seuls 25 % sont titulaires du baccalauréat. 8 % ont un niveau d'études égal à un BTS, un DUT ou un DEUG.

Le principal diplôme dans ce secteur est désormais le Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS), qui atteste des compétences pour effectuer un accompagnement social et un soutien auprès des publics fragilisés, dans leur vie quotidienne. Contrairement au CAFAD (le certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile) qu'il remplace, le DEAVS comporte la définition d'un référentiel métier, une formation - initiale ou continue - organisée en modules, ce qui en facilite l'accès pour les personnes déjà en poste. C'est de plus **le premier diplôme des professions sociales ouvert à la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE)**. A noter toutefois que dans les faits, les exigences de la procédure d'inscription à la VAE en limite l'accès.

Toutefois, malgré la création du DEAVS et celle du certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale, l'offre de qualification manque de lisibilité, dans la mesure où elle se compose de plusieurs diplômes aux finalités proches mais relevant de ministères différents.

Une difficulté essentielle tient au fait que le secteur relève de deux branches professionnelles différentes : la branche de l'aide à domicile et celle des particuliers employeurs. Cette dualité soulève la question de la convention applicable pour les personnes alternant les postes en gré à gré et le travail au sein d'une association. Elle entraîne en outre un inégal accès à la formation : alors que la qualification des salariés des associations entre dans le cadre de plans de formation préalablement définis, la formation des salariés des particuliers employeurs est difficile à organiser.

L'essentiel de la formation dans le secteur relève des branches professionnelles mais l'Etat peut néanmoins intervenir en cofinçant certains dispositifs.

Créé par la loi du 20 juillet 2001 sur l'APA, le Fonds de modernisation de l'aide à domicile (FMAD) peut être mobilisé pour renforcer la professionnalisation des intervenants. Il ne finance, à ce titre, que des formations en cours d'emploi conduisant à des certifications reconnues au niveau national. Il participe à la prise en charge des frais pédagogiques et des coûts de remplacement. Ses financements sont accessibles au personnel mandataire ou prestataire d'un service agréé. Ils peuvent également, depuis 2004, bénéficier aux salariés d'employeurs particuliers, ainsi qu'au personnel des SSIAD et des EHPAD.

De nombreuses collectivités territoriales financent également la formation. Les collectivités

¹ Cette étude a été réalisée auprès de 1 200 salariés du secteur en novembre 2009.

territoriales interviennent également pour leur propre personnel : la majorité des agents titulaires employés par les CCAS et intervenant dans l'aide à domicile relèvent du cadre d'emploi des agents sociaux de catégorie C. Ils peuvent prétendre aux formations qualifiantes du DEAVS à condition qu'elles soient programmées par le Centre national de la fonction publique territoriale.

Le problème est qu'il n'existe pas d'outils de pilotage et d'évaluation efficace de ces opérations cofinancées par l'Etat au niveau régional qui mobilisent aussi d'autres financements publics (Fonds social européen) ou privés (plans de formation des entreprises, congé individuel de formation, alternance).

Dans les faits, on constate toutefois des difficultés d'accès à la formation en cours d'emploi :

- L'organisation des remplacements qui représente une charge importante pour l'employeur qui pèse de fait sur le coût de la formation ;
- Les gestionnaires limitent l'accès à ces formations des salariés aux cadres B et C car l'obtention d'un diplôme par un salarié impose à son employeur d'augmenter sa rémunération. Or, le coût horaire moyen remboursé par les financeurs ne permet pas aux structures d'inciter tous les salariés à se former.

2.3 Les actions mises en place par les structures d'aide à domicile

Les structures d'aide à domicile engagent des actions visant à valoriser le métier d'aide ou à limiter la pénibilité ou les difficultés liées à ces fonctions par exemple.

L'exemple de l'ADPAM¹

L'ADPAM est une association de service à domicile toulousaine que le CESER a auditionné lors de l'élaboration de ce projet d'avis.

Cette association propose des formations adaptées aux besoins de ses salariés afin de mieux les préparer à accompagner les personnes aidées dans les actes de la vie quotidienne, et appréhender certaines situations spécifiques telles que la maladie d'Alzheimer, la dépendance, les pathologies lourdes.

L'ADPAM a également mis en place des « référents de secteur », ce qui permet d'établir une relation triangulaire entre la personne qui bénéficie du service, celle qui réalise la prestation et le « référent » qui représente l'association.

Cette relation vise à :

Protéger le client face à d'éventuelles pratiques abusives ou non satisfaisantes,

Protéger l'intervenant, en l'aidant à distinguer une relation professionnelle d'une relation interpersonnelle, à maintenir une juste distance professionnelle et à éviter autant une relation excessivement centrée sur l'affectivité qu'une relation trop indifférente, excessivement centrée sur la technicité.

Le référent veille à la bonne réalisation du service dans le respect des règles professionnelles et déontologiques.

Cette relation triangulaire a été complétée par la mise en place d'auxiliaires de vie sociale relais : cela permet un lien plus étroit entre les responsables de secteur et les aides à domicile.

Afin de favoriser la continuité du service, un système d'astreinte a été mis en place (24h/24, 7 jours sur 7) qui facilite, le plus rapidement possible, le remplacement des aides à domicile empêchées.

¹ ADPAM : Aide à Domicile aux Personnes Âgées et aux Malades.

L'ADPAM accompagne la professionnalisation de ses salariés, notamment en encourageant également les salariés expérimentés mais non diplômés à obtenir une qualification par la VAE.

L'ensemble des salariés reçoit, dans la première année, une formation sur les gestes et postures et une formation aux premiers secours.

Une journée d'intégration leur est également proposée au cours de laquelle leur sont présentées les valeurs que portent l'association, les principes déontologiques, la démarche qualité. Il est en particulier fait un point sur le fait que les intervenants doivent savoir rester à leur place, vouvoyer les personnes, ne pas chercher à se substituer à la famille, etc.

Ces difficultés rencontrées par les aidants professionnels doivent être résolues : l'enjeu est important. En effet, le vieillissement démographique et l'évolution de la demande sociale vont contribuer à augmenter les besoins en termes d'aide et de soins, aussi bien à domicile qu'en établissement.

Les aidants professionnels travaillant dans les structures d'aide et de soins à domicile ou en établissement jouent un rôle fondamental de lien et de solidarité.

De plus, dans un contexte à venir de probable pénurie d'aidants familiaux et de professionnels, il convient de mieux structurer l'offre professionnelle en rendant plus attractifs les métiers de prise en charge de la dépendance.

III. LES PRÉCONISATIONS EN DIRECTION DES AIDANTS

Le CESER considère qu'il est important de prendre des mesures à la fois en direction des aidants familiaux et des aidants professionnels. Pour les premiers, l'objectif est de favoriser l'émergence d'un statut ; pour les seconds, il s'agit de trouver des voies pour valoriser ces métiers, améliorer la professionnalisation des acteurs et renforcer la coordination des différents intervenants.

1. UN STATUT POUR LES AIDANTS FAMILIAUX

Les aidants ont un rôle-clé dans le devenir de la personne dépendante, mais ce qu'ils vivent est souvent difficile. Le CESER considère qu'il est fondamental de soutenir l'entourage des personnes âgées dépendantes. Les aidants familiaux apportent une aide qui est utile à la société toute entière : c'est au nom de cela qu'il est légitime de mettre en place un statut pour ces personnes.

Sur cette question des aidants, le CESER rejoint une grande partie des analyses du Centre d'Analyse Stratégique et s'associe à certaines des préconisations que cette instance a formulées.

Le CESER insiste sur la nécessité d'établir un statut de l'aidant qui permettrait de définir ses droits et ses devoirs.

Cela passe par :

1.1 L'assouplissement des conditions d'accès au congé de solidarité familiale

Le congé de solidarité familiale doit pouvoir être utilisé de façon fractionnée en cas de soutien à une personne dépendante (et non pas forcément en une seule fois, au moment de la fin de vie).

1.2 La création d'une compensation financière minimale en cas de diminution d'activité professionnelle impliquant une baisse de revenus

L'objectif d'une telle compensation financière est de limiter les restes à charge des familles et de permettre aux aidants familiaux de bénéficier de droits sociaux (droits de protection sociale, droit à des formations, etc.) pendant la durée du travail d'aidant.

1.3 Faciliter dans les entreprises, les aménagements d'horaires et d'organisation du travail pour les salariés en situation d'aidants qui en font la demande.

Le CESER ajoute qu'il serait appréciable que dans les entreprises et dans le secteur public, soit intégrée la possibilité de congés pour les salariés ou les agents qui souhaitent s'occuper d'un proche ou d'un parent dépendant. Au-delà d'une certaine durée, cela pourrait se situer

dans le cadre d'une suspension du contrat de travail qui permettrait de ne pas perdre son statut dans l'entreprise.

1.4 Mettre en œuvre un système d'indemnisation pour les aidants qui souhaitent prendre en charge un proche dépendant

Au-delà du principe d'une compensation financière pour les aidants qui diminueraient leur activité professionnelle pour s'occuper d'un proche dépendant, le CESER souhaite que soit élaboré un système d'indemnisation, sur le modèle du congé parental ou des aides accordées par certaines mutuelles.

Contrairement à l'allocation pour tierce personne (qui s'apparente davantage à un mode de compensation), ce système d'indemnisation aurait pour but de permettre aux aidants de faire face par exemple aux dépenses supplémentaires induites par la fonction d'aidant.

Cela ne signifie pas qu'il faille systématiquement encourager la prise en charge d'une personne âgée dépendante par sa famille mais plutôt viser à mettre en place les moyens pour qu'il soit possible de le faire si tel est le souhait de ses proches.

1.5 Miser sur des moyens de communication attractifs et accessibles pour informer les citoyens sur la problématique de la dépendance liée à l'âge.

Il serait par exemple pertinent de mettre en œuvre un site internet sur lequel les personnes qui ont un proche en situation de dépendance trouveraient des informations pratiques et théoriques tels que des éléments sur leurs droits et sur les aides existantes, des vidéos montrant comment mobiliser une personne à partir d'un fauteuil roulant, etc.

1.6 Mieux informer les aidants sur l'existence des gérontechnologies

Il serait de plus judicieux d'inclure la possibilité de financer ce type d'aide technologique dans l'allocation personnalisée d'autonomie.

1.7 Augmenter le nombre de places d'accueil temporaire pour faciliter des temps de répit aux aidants

Le CESER estime qu'il est nécessaire, pour permettre aux aidants de s'octroyer des temps de répit, d'augmenter le nombre d'établissements d'hébergement temporaire, de développer les solutions de gardes à domicile, etc.

Pour constituer une réponse pertinente, ces structures doivent être accessibles au plan financier, être géographiquement proche du domicile de la personne âgée et présenter une certaine flexibilité temporelle pour s'adapter aux besoins ponctuels et urgents.

1.8 Mettre en place des journées de sensibilisation et de formation

Le CESER juge qu'il serait pertinent de mettre en place des **journées de sensibilisation pour les personnes qui hébergent un parent dépendant à leur domicile**, à condition d'organiser la prise en charge de leur proche dépendant pour leur permettre d'assister à ces journées.

1.9 Créer des structures d'information et d'aide aux aidants

A l'instar de ce qui peut exister dans le secteur du handicap, pourraient être imaginées des structures dont la mission serait d'aider les familles, de proposer des formations et de constituer des relais qui permettraient aux aidants familiaux de « décompresser ».

2.LA VALORISATION DES MÉTIERS DES AIDANTS PROFESSIONNELS

2.1 Former les professionnels aux spécificités de la dépendance

Le CESER considère que les formations initiales des métiers sanitaires et sociaux ne sont pas suffisamment adaptées à la prise en charge des publics âgés. Il faudrait **intégrer les spécificités des personnes âgées dépendantes dans les modules de formation, et notamment une solide formation gériatrique dans les études en soins infirmiers, mais aussi dans celles des aides-soignants.**

Le CESER estime notamment que le renforcement de la formation des acteurs de la santé sur le problème de la dépendance pourrait notablement contribuer à améliorer les effets des politiques de prévention.

2.2 Valoriser les métiers par la formation et la qualification

Le métier d'aide auprès des personnes âgées dépendantes, que ce soit à domicile ou en établissement, souffre d'un déficit d'image qui entraîne des difficultés de recrutement de professionnels dans ces secteurs qui, de plus, restent peu de temps dans le secteur des personnes âgées et sont, le plus souvent, trop peu formés à la spécificité de ce public. **Pour valoriser la spécificité du travail auprès des personnes âgées, le CESER pense qu'il est primordial :**

a) De développer des formations spécifiques

La mise en œuvre de formations spécifiques assurées par des équipes d'experts du vieillissement pourrait y contribuer (à condition toutefois de les étendre car aujourd'hui, les assistants en gérontologie par exemple sont réservés à la maladie d'Alzheimer).

L'exemple des unités Alzheimer est également une voie possible car celles-ci permettent de mettre en évidence les spécificités du travail des soignants et ainsi, de les valoriser.

En d'autres termes, c'est à une reconnaissance des compétences des personnels qui travaillent en gériatrie qu'il faudrait parvenir.

Accroître l'attractivité de ces métiers contribuera à fidéliser les professionnels de ces métiers.

b) D'améliorer les conditions de travail et les rémunérations

c) D'améliorer et d'élever le niveau de qualification des salariés

La professionnalisation passe par le développement du nombre d'aides à domicile qualifiés au sein de chaque structure. Même si des évolutions considérables ont déjà eu lieu, des progrès sont encore possibles dans certaines structures.

Cela passe aussi par des **évolutions de la gestion des ressources humaines** : développement des entretiens professionnels, diminution des temps trop partiels, amélioration des conditions de travail, formation, etc.

Pour parvenir à l'amélioration de l'image et de l'attractivité de ces métiers, il convient en outre que **les qualifications nécessitées par l'évolution de la demande et les exigences de qualité** soient prises en compte, en particulier par les financeurs.

Par ailleurs, la **formation des dirigeants de structures** est très variable d'une association à l'autre. Même s'ils assurent efficacement la gestion de l'association, il leur est difficile de maîtriser l'ensemble des outils et démarches (qualité, informatisation, modulation, GPEC, etc.) indispensables au pilotage de structures importantes. Ils manquent aussi de temps, de recul et d'échanges d'expériences pour avoir une vision stratégique plus structurée. **Des démarches d'accompagnement, d'appui, de conseil, d'échanges, de formation, sont à promouvoir.**

d) De créer des formations initiales reconnues et des passerelles vers des métiers connexes qui pourront ouvrir, peu à peu, la voie vers de véritables parcours professionnels.

e) D'alléger les exigences théoriques dans le cadre d'une validation des acquis de l'expérience.

En effet, la VAE est une des voies de certification mais les exigences de la procédure d'inscription en limite l'accès.

f) De renforcer les formations spécifiques, par le biais de la formation continue, pour les personnels en EHPAD

Au travers des différentes auditions auxquelles il a été procédé pour élaborer le présent rapport, le CESER a acquis la conviction que des carences existent dans la formation des personnels travaillant dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Il estime nécessaire d'agir notamment à travers deux aspects :

- *Créer un socle de formations de base pour l'ensemble des personnels, y compris le personnel hôtelier*

La professionnalisation des équipes ne concerne pas que les personnels chargés du soin. En effet, dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées, d'autres types de personnels interviennent, sur une fonction hôtelière notamment. Il est nécessaire de prévoir des formations spécifiques pour ces personnels afin de leur permettre de **bien appréhender la spécificité du travail auprès de publics âgés dépendants.**

Cela pourrait participer à l'amélioration de la collaboration entre les personnels soignants et hôteliers.

- *Développer les formations internes abordant la question de la prise en charge des personnes atteintes de troubles comportementaux.*

Le CESER est favorable à l'organisation de plus nombreuses **formations internes** permettant d'aborder le problème de **la prise en charge des troubles comportementaux**, en particulier de publics atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, qui constituent une importante difficulté pour les personnels.

De manière générale, pour le CESER, il est nécessaire de **garantir que la qualification requise soit la même pour les personnels en établissement que pour ceux qui interviennent à domicile**, c'est-à-dire quel que soit le lieu où se déroule la prestation.

3. PROCÉDER À LA RÉVISION DE LA CHARGE EN SOINS

Il est important de mettre en tout premier lieu la révision de la charge en soins :

- La reconnaissance du coût des prestations doit se faire par une grille d'évaluation de la charge de travail et du temps de travail de chaque professionnel en fonction du GIR de la personne âgée. A ce jour le calcul pratiqué pour connaître le coût des prestations (la grille PATHOS additionné au GMP) n'est pas toujours respecté par les autorités de tutelle.
- La reconnaissance d'un ratio en personnel. A ce jour il est au strict minimum, les personnels ne peuvent faire des formations faute de remplacement, sans parler des prises de congés et de jours de repos refusés en raison de la surcharge de travail. Sans ces bases de données, aucun financement cohérent ne peut être mis en œuvre. »

4. METTRE EN PLACE UN SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE AUPRÈS DES AIDANTS FAMILIAUX ET PROFESSIONNELS

Du fait du lien humain qui se tisse entre l'aidant et la personne âgée, le CESER encourage le renforcement du soutien psychologique visant à accompagner les aidants, professionnels ou non (si telle est leur demande) lors du décès de la personne âgée, notamment par la **mise en place de cellules de soutien psychologique**.

TROISIÈME PARTIE :
LES STRUCTURES, LES INSTITUTIONS ET
LE FINANCEMENT DE LA PRISE EN
CHARGE DE LA DÉPENDANCE

La situation des collectivités territoriales et des structures s'inscrit dans un contexte particulier, entre le bouleversement du paysage institutionnel et administratif des secteurs sanitaires et sociaux avec la création des Agences Régionales de Santé et les difficultés de financement des dépenses sociales liées au contexte économique.

Cette troisième partie a pour objet de parachever la description de la problématique dont le CESER a choisi de se saisir. Ce rapport doit ainsi permettre au lecteur d'avoir une vision d'ensemble, globale des enjeux que soulève la question de la dépendance des personnes âgées.

Cette partie sera donc consacrée à la présentation des difficultés rencontrées tout d'abord par les Conseils Généraux, puis par les structures (d'aide et de soins à domicile ou d'hébergement). Une présentation des données du débat sur le financement de la dépendance interviendra ensuite. Pour finir, comme dans les autres parties, nous détaillerons les préconisations propres à cette partie.

I. LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LES CONSEILS GÉNÉRAUX

1. L'origine des difficultés

1.1 Le contexte économique

Le contexte économique pèse sur l'ensemble des collectivités territoriales. Le rôle des Conseils Généraux étant central en matière de prise en charge des personnes âgées, c'est sur leur situation que nous nous focaliserons ici.

Le rapport 2009 de l'Observatoire des finances locales, cité par le rapport d'information de l'assemblée nationale sur les personnes âgées dépendantes, présenté par Mme Rosso-Debord (23/06/2010) indique que **la crise du crédit bancaire** survenue à l'automne 2008 s'est notamment traduite par des **difficultés d'accès au crédit des collectivités locales**. Pour les Départements, cette récession a **entraîné une hausse des dépenses sociales** – qui représentent la moitié de leurs dépenses – et **a diminué certaines de leurs ressources fiscales** tels les droits de mutation à titre onéreux et la taxe intérieure sur les produits pétroliers (TIPP).

D'après le rapport de Pierre Jamet¹, qui a réalisé un diagnostic de la situation financière des départements fragilisés, ce contexte de crise financière qui induit cet « effet de ciseaux » entre la croissance des recettes et celle des dépenses ainsi que la baisse tendancielle de la capacité d'autofinancement des Départements, a pour conséquence que tous les Conseils Généraux connaissent des situations budgétaires tendues.

1.2 Le contexte législatif

Le chapitre liminaire du présent rapport a détaillé le contexte législatif et les différents acteurs qui prennent part à la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Pour rappel, la loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), complétée par la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et handicapées portant création de la CNSA² ont modifié en profondeur le cadre de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Il faut noter également le rôle de **la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales**, dite acte II de la décentralisation, qui approfondit la décentralisation des politiques sociales entamée au début des années 1980, notamment en confortant le rôle fondamental du Département en matière médico-sociale. Cette loi fait du Conseil Général un véritable chef de file de l'action sociale et le seul pilote de la coordination gérontologique. Le Département est désormais chargé de définir et de mettre en œuvre les politiques en faveur des personnes âgées, de coordonner les actions des différents intervenants dans la prise en

¹Le rapport Jamet a été remis le 20 avril 2010.

² CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.

charge des personnes âgées en perte d'autonomie et d'assumer la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie et de diverses autres aides sociales dont ils supportent tout ou partie du financement.

Le processus de décentralisation dans le champ social a pour conséquence de **contraindre fortement les marges de manœuvre des Départements** puisque les dépenses sociales représentent près de 48 % de la dépense totale et que 90 % de ces dépenses sociales (allocation de revenu minimum d'insertion remplacé depuis juillet 2009 par le revenu de solidarité active, protection de la famille et de l'enfance, aide sociale à l'enfance et aide aux personnes handicapées adultes et aux personnes âgées) se caractérisent par un effet mécanique d'augmentation. Ainsi, dans le cas de l'allocation personnalisée d'autonomie, « *outré le fait que ses conditions et barèmes sont définis au niveau national, les dépenses qui en résultent sont également contraintes par un effet de progression mécanique d'une partie de leurs bénéficiaires potentiels* »¹.

Par ailleurs, les difficultés financières des Conseils Généraux sont liées au **désengagement de l'Etat** qui les soutient de moins en moins dans leur mission de prise en charge des personnes âgées dépendantes. En 2008, les trois principales prestations sociales distribuées par les 102 Départements (RSA, PCH et APA) représentaient 11,4 milliards d'euros de dépenses. Elles auraient dû être entièrement compensées par l'Etat, mais, fin 2008, il manquait 3,8 milliards d'euros au budget des Départements. A elle seule, l'APA présentait un déficit de couverture de 3,2 milliards d'euros. Au niveau national, 12 Départements ont une participation nette aux dépenses d'APA supérieures à 20% de leur potentiel fiscal, dont, en Midi-Pyrénées, le Gers (30%), le Lot (23,1%), les Hautes-Pyrénées (20,2%), l'Ariège (20,3%) et le Tarn (20,3%).

En outre, les compensations de l'Etat pour le financement de l'APA se fondent sur la réalité de 2004, ce qui ne permet pas de prendre en compte l'augmentation du nombre de personnes âgées qui peuvent prétendre au bénéfice de l'APA.

Au fil des ans, les Conseils Généraux ont fait face à leurs nouvelles charges, notamment en augmentant les impôts : des dépenses décidées à l'échelon national sont donc financées par le contribuable local.

La situation est aujourd'hui très tendue car il n'existe plus de marges de manœuvre, puisqu'avec la réforme de la taxe professionnelle, les Départements ne pourront plus, dès 2011, voter des taux que sur le foncier bâti (soit une assiette de 7 milliards d'euros). Dans le même temps, du fait de la crise et du vieillissement de la population, le nombre de bénéficiaires a fortement² augmenté, ce qui induit une hausse importante des dépenses sociales.

Le 80e congrès de l'Assemblée des Départements de France (ADF) qui s'est tenu à Avignon, les 20 et 21 octobre 2010 s'est conclu par l'adoption d'une résolution qui met en exergue la situation financière très grave des Conseils Généraux. Ce texte affirme notamment que face à ces réalités, les Départements ont mis en place des mesures de rigueur et n'ont désormais plus de marge de manœuvre. Ils demandent à l'Etat de prendre en considération leur situation le plus rapidement possible en s'appuyant sur un fonds exceptionnel d'urgence en 2010 et sur une solution pérenne pour 2011.

¹ Rapport d'information de l'Assemblée Nationale sur les personnes âgées dépendantes, présenté par Mme ROSSO-DEBORD.

² Ainsi, dans le Lot, entre la mise en place de l'APA et aujourd'hui, le nombre de bénéficiaires a presque triplé.

2. Les conséquences : des disparités départementales

Comme nous l'indiquions dans le préambule, en théorie, l'APA est un droit objectif et universel dont les conditions d'attribution de l'allocation sont les mêmes sur tout le territoire. Toutefois, comme le précise notamment le rapport d'information de l'Assemblée Nationale sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes¹, il existe dans les faits des disparités selon les Départements. En effet, si les Conseils Généraux sont bien les contributeurs majeurs de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, ils n'assurent pas cette dépense de façon homogène en raison non seulement des différences intrinsèques des charges qui pèsent sur chacun d'eux mais aussi des diverses définitions des politiques d'aides à la personne et de sollicitation des solidarités familiales qu'ils ont mises en place.

2.1 Des charges financières inégales selon les Départements

Les départements diffèrent d'un point de vue démographique (part de la population de plus de soixante-quinze ans par exemple) mais aussi social (importance respective des différentes classes socio-professionnelles, revenu moyen des ménages imposables, développement économique, taux de chômage, etc.). En conséquence, la part financière qu'ils doivent consacrer à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées est variable.

Les Départements ne maîtrisent pas les paramètres de l'APA, d'une part parce que les conditions et les barèmes sont définis au niveau national, d'autre part parce que le nombre annuel des bénéficiaires sur leur territoire est difficile à prévoir. Comment prévoir en effet le pourcentage de la population des plus de soixante ans qui aura besoin d'une aide à l'autonomie ?

Les disparités liées à ces aspects démographiques sont cependant censées être réduites par un **mécanisme de compensation nationale** financé par la CNSA², instauré par la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Ce financement est réparti entre les Départements selon plusieurs critères de péréquation :

- 50 % de son montant dépend du nombre de personnes âgées de plus de soixante-quinze ans ;
- 25 % du potentiel fiscal de chaque département ;
- 20 % de la dépense annuelle au titre de l'APA ;
- 5 % du nombre de bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI).

Par ailleurs, un mécanisme correcteur plafonne le rapport entre la charge nette d'APA et le potentiel fiscal du département, à un taux qui ne peut être supérieur à 30 %.

Cependant, **dans les faits, la compensation de la CNSA n'a cessé de diminuer, passant d'une couverture de la dépense de 43 % en 2002 à 28,5 % en 2010.**

2.2 Diverses définitions des politiques d'aides à la personne

Lorsque l'exercice d'une compétence fait l'objet d'une gestion décentralisée, il peut sembler assez logique que les politiques mises en place diffèrent selon les territoires.

Toutefois, lorsque ces différences aboutissent à des ruptures d'égalité de traitement entre

¹ Rapport ROSSO-DEBORD déjà cité.

² Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

personnes âgées d'un département à l'autre, il est légitime de s'interroger sur les modalités d'attribution et de gestion des prestations sociales par les uns et les autres.

Le rapport d'information de l'Assemblée Nationale cite une étude de la DREES qui estimait en 2005 à 170 ‰ habitants de plus de 75 ans le nombre des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie. Constatant que ce ratio pouvait varier à ses extrêmes de 95 ‰ (dans l'Essonne) à 305 ‰ (en Ariège), l'étude imputait ces écarts à la structure sociodémographique des départements (à plus de 60 %) ainsi qu'à leur politique propre en matière d'aide aux personnes âgées et à leur revenu fiscal par habitant (à près de 16 ‰). Toutefois, pour le reste, soit près de 30%, l'étude de la DREES n'apporte aucun autre élément d'explication sur ces différences d'attribution de la prestation.

On peut émettre l'hypothèse que ces disparités entre Départements peuvent provenir d'une utilisation différente de la grille AGGIR : si les critères d'évaluation de la dépendance de cette grille sont relativement précis, il reste une marge d'interprétation de ces critères qui aboutit à ces disparités.

D'autres exemples récents de disparités départementales peuvent être repérés. Celles-ci s'expliquent principalement par les différences¹ :

- des dates d'ouverture des droits à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) : alors que légalement le demandeur de l'allocation doit recevoir une compensation forfaitaire lorsque l'instruction de son dossier n'est pas achevée dans les deux mois de son dépôt, certains Départements ne la mettent pas en œuvre en dépit, parfois, de délais d'instruction extrêmement longs ; au contraire, d'autres Départements attribuent l'APA dès la réception d'un dossier complet de demande et non pas à la date de notification de la décision d'attribution ;
- des durées d'attribution des prestations variant de deux à quatre ans ;
- des géométries variables des plans d'aide (présence ou non de mesures relatives aux aidants ou permettant un aménagement du logement) dont les montants mensuels moyens allaient de 432 à 533 euros en 2006 pour une moyenne nationale de 490 euros ;
- des versements de prestations extralégales facultatives complétant l'APA.

D'après le rapport de l'Assemblée Nationale, ces disparités posent des problèmes d'ordre éthique, d'une part parce qu'elles « favorisent » les Départements les moins vertueux (qui profitent davantage de la péréquation), d'autre part parce qu'elles créent des inégalités entre les personnes (pour une moyenne nationale de 490 euros par mois, le montant mensuel moyen des plans d'aide – tous GIR confondus – varie de 432 euros dans la Drôme à 533 euros dans le Territoire de Belfort).

2.3 La diversité des politiques de récupération des fonds

Les Départements pratiquent de manière hétérogène les possibilités offertes par la loi concernant la récupération des fonds versés au titre des aides sociales à l'autonomie des personnes âgées. Cette différence de traitement entre personnes selon le département dans lequel elles vivent s'ajoute donc aux inégalités liées à la définition des politiques d'aide.

¹ Cf. notamment le rapport de la cour des comptes 2009 sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

a) **Le montant de la participation au plan d'aide diffère selon les Départements**

Pour rappel, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est attribuée sans condition de ressources ni de récupération ultérieure des fonds versés. Elle ne donne lieu qu'à une participation de son bénéficiaire aux frais du plan d'aide qu'elle permet de financer.

A domicile, le montant de cette participation dépend des revenus du bénéficiaire, variant progressivement de 0 % du montant du plan d'aide lorsque ses revenus sont inférieurs à 695,70 euros par mois, à 90 % de ce montant lorsqu'ils atteignent 2 772,42 euros (au 1er avril 2010).

En établissement, le ticket modérateur correspond, au minimum, aux tarifs dépendance demandés par l'établissement aux personnes relevant des groupes iso-ressources (GIR) 5 et 6 et, au maximum, à 80 % du tarif dépendance appliqué à l'intéressé.

Selon le rapport de l'Assemblée Nationale, **certains Conseils Généraux ne mettent plus en œuvre le recouvrement du ticket modérateur lorsque la gestion de cette opération leur revient plus cher que les produits de sa perception, d'autres exonèrent partiellement les bénéficiaires de l'APA d'une augmentation de ce ticket modérateur.**

A noter toutefois que la participation financière du bénéficiaire de l'APA à domicile a tendance à s'accroître. Un décret de mars 2003 a en effet abaissé sensiblement le seuil de revenus à partir duquel les personnes âgées dépendantes participent au financement des aides à leur maintien à domicile. D'après la DREES, au 30 juin 2009, la part des bénéficiaires qui doivent acquitter un ticket modérateur s'établit à 19,3% en Midi-Pyrénées.

b) **Un appel plus ou moins effectif aux solidarités familiales**

Les disparités de traitement entre départements peuvent également trouver leur origine dans des politiques d'appel aux solidarités familiales diversifiées, notamment lors de l'attribution aux personnes âgées d'autres prestations sociales dont, principalement, l'aide sociale à l'hébergement (ASH).

Pour rappel, l'ASH est une aide qui vise à prendre en charge les frais d'hébergement en établissement mais qui n'est attribuée que subsidiairement à la participation de la personne hébergée ou, si ses moyens sont inexistantes ou insuffisants, à la participation de ses obligés alimentaires (enfants, petits-enfants, gendre et belle-fille).

De ce fait, pour le calcul du montant de l'ASH qui sera attribuée, les Conseils Généraux évaluent la participation qu'ils estiment pouvoir être consentie par les obligés alimentaires de la personne.

D'après le rapport de l'Assemblée Nationale, « *cette procédure génère des distorsions dans le traitement des familles dont l'ampleur met en cause le principe de l'égalité de chacun devant la loi, telles :*

- *l'exonération de toute contribution des petits-enfants par certains Départements mais pas par d'autres qui recherchent tous les obligés alimentaires, beaux-enfants y compris ;*
- *la charge indue qui pèse sur les obligés alimentaires d'une personne recevant une aide sociale à l'hébergement puisqu'ils doivent prendre à leur charge non pas la seule fourniture d'aliments mais également les frais d'hébergement imputés par l'établissement de résidence à leur ascendant, soit des dépenses liées à l'hôtellerie, à l'animation, à l'investissement mobilier et immobilier et aux frais d'administration générale des établissements. »*

II. LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LES STRUCTURES

Ce paragraphe examinera successivement les difficultés rencontrées par les associations d'aide à domicile et par les établissements d'accueil des personnes âgées.

1. Les difficultés des associations d'aide à domicile

Il faut tout d'abord rappeler qu'un mouvement de restructuration du secteur médico-social est actuellement engagé (réforme de la tarification, professionnalisation des acteurs, restructuration autour de la CNSA¹, etc.). à l'issue de ce processus, le nombre d'associations devrait passer de 25 000 actuellement à 3 000 associations de gestion ou groupements.

La DGAS² pilote actuellement cette restructuration au moyen de deux outils³ :

- les Groupements de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS), qui assurent la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale et permettent de regrouper les acteurs sociaux et médico-sociaux, voire sanitaire à l'échelle d'un bassin de vie, pour mutualiser certaines fonctions de gestion et fluidifier le parcours des patients par une meilleure articulation des établissements ;
- les Conventions Pluriannuelles d'Objectifs et de Moyens (CPOM) que les tarificateurs peuvent conclure pour cinq ans, non pas avec les 35 000 structures tarifées, mais avec les associations ou les GCSMS au sein desquels elles mutualisent leurs fonctions de gestion.

Dans ce contexte, les associations d'aide à domicile sont confrontées à des difficultés financières et organisationnelles importantes qui, pour certaines, mettent en péril leur survie. Cette situation est inquiétante dans la mesure où il s'agit d'un secteur qui propose une offre de services irremplaçables pour les plus vulnérables et une offre d'emplois non négligeable sur l'ensemble du territoire.

1.1 La massification des besoins et la raréfaction des ressources

Le vieillissement de la population et l'accroissement des situations de dépendance qui en découle induisent une augmentation de la demande de services. A ces causes démographiques s'ajoutent une explication plus conjoncturelle : l'amélioration de la prise en charge des situations de dépendance qu'a permis la mise en place de l'APA a en effet contribué à augmenter de manière significative la demande en termes de services à domicile. Concernant ce dernier point, il est aussi possible de penser que la mise en place de l'APA a répondu à une demande sociale qui, jusque-là, ne trouvait pas de réponse.

Quoiqu'il en soit, cela a entraîné un changement d'échelle des besoins exprimés et donc des réponses, changement auxquels les associations d'aide à domicile doivent s'adapter. Or, elles ne s'y sont pas forcément préparées et se trouvent confrontées à d'importantes difficultés

¹ Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.

² Direction Générale des Affaires Sociales.

³ Ces précisions sont issues du rapport d'information de l'Assemblée Nationale sur les Agences Régionales de Santé présenté par Yves BUR.

d'organisation. En outre, la pénurie structurelle de personnels à laquelle elles sont confrontées aggrave le décalage.

L'enjeu est de taille puisque l'intervention de ces associations est fondamentale pour permettre le maintien à domicile des personnes. En effet, une personne âgée fragile vivant chez elle sans aide deviendra dépendante plus rapidement que si une aide lui est apportée (portage ou préparation des repas, toilette, etc.).

1.2 Les difficultés financières des associations d'aide à domicile

Les difficultés des Conseils Généraux qui viennent d'être exposées, associées aux effets de la crise économique qui réduit les financements publics, ont un impact fort sur ces associations. Et de fait, un grand nombre d'entre elles rencontrent aujourd'hui d'importantes difficultés financières. Le dépôt de bilan, en décembre 2009, de l'UNA, premier réseau français de l'aide, des soins, et des services à domicile, en est une illustration éclatante.

Si la situation de déficit de ces associations se maintient pendant plusieurs années, étant donné que, parallèlement, les marges de manœuvre des Départements sont en baisse, la situation risque de devenir rapidement très délicate.

La raison principale de ces difficultés est la non reconnaissance du coût de la prestation par les financeurs, c'est-à-dire les Conseils Généraux.

La fixation des prix des prestataires de services au domicile des personnes âgées bénéficiaires d'une allocation repose essentiellement sur le tarif dit CNAV, soit les 18,20 euros de l'heure que la Caisse nationale d'assurance vieillesse finance, depuis le 1er juillet 2008, au titre de sa prestation dite « aide ménagère à domicile ». Ce tarif sert de référence à la plupart des Conseils Généraux lorsqu'ils déterminent leurs propres tarifs des interventions des plans d'aides financées par l'APA. Ceux-ci financent une heure d'aide ménagère entre 15,5 et 22 euros¹, selon les territoires. Le problème est que cette tarification ne saurait couvrir le coût réel d'un service surtout depuis que, afin de se conformer à la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (qui imposait la mise en œuvre d'une démarche qualité), les associations, de manière à améliorer l'attractivité des métiers d'aide à domicile et la fidélisation de leurs personnels, ont adopté des conventions collectives, ont organisé des formations qualifiantes de leurs personnels et revalorisé leurs rémunérations. **En conséquence, elles doivent désormais faire face à des coûts qui ne sont plus compensés par les financements publics et qui ont déjà placé en grande difficulté financière plusieurs grandes associations.**

La capacité financière des Départements est bien au cœur de cette problématique : selon qu'ils ont (et auront) ou non des marges de manœuvre – et on a vu que celles-ci se réduisent de manière importante - la prise en compte de la progression des coûts pourra se faire ou non.

Actuellement, alors que le montant du plan d'aide à domicile se stabilise, la part prise en charge par les Conseils Généraux tend à diminuer : elle est passée de 91% en 2004, à 89% en 2005, 87% en 2006 et à 80,7% en 2009.

L'impact de ces difficultés est aujourd'hui repérable, notamment à travers le nombre de structures menacées mais aussi l'évolution de la qualité du service rendu. En effet, les

¹ Chiffre cité dans le Journal de l'Action Sociale d'avril 2010 dans un dossier consacré aux difficultés des associations d'aide à domicile, intitulé : « Aide à domicile, les digues cèdent ».

contraintes budgétaires obligent à limiter les durées d'intervention, à un point qui les rend parfois incompatibles avec un service de qualité, ce qui met à mal la poursuite d'un objectif de « bienveillance » des usagers.

Les conditions de travail des personnels, sous l'effet de ces contraintes, se détériorent, de fait, de manière importante, ce qui va à l'encontre de l'objectif de valorisation de ces métiers. C'est d'autant plus préjudiciable qu'il s'agissait jusque-là d'un secteur qui s'efforçait d'améliorer le service offert, en étant notamment réactif à toutes les demandes des pouvoirs publics (professionnalisation, normalisation de la qualité, etc.).

Cette situation est problématique, car si l'aide à domicile semble effectivement coûter cher, elle joue surtout un rôle fondamental en terme de service public et d'intérêt général et cet aspect ne doit pas être perdu de vue. **Ainsi, le principe d'universalité défendu par le service prestataire associatif qui implique d'aller vers des populations isolées géographiquement (zones rurales et montagneuses), engendre des frais importants mais correspond à une nécessité.** Dans le Lot par exemple, les frais de déplacement représentent 20% du coût de revient total. Et ces frais de déplacement ne font qu'augmenter, notamment avec le fractionnement des plans d'aide.

Il en va de même du **principe de continuité du service** : le système d'astreinte le week-end coûte également cher car les heures faites sont alors majorées mais il est absolument nécessaire car les besoins des personnes âgées sont souvent quotidiens.

1.3 L'arrivée sur le secteur d'entreprises privées : le problème du maillage du territoire

a) La qualité des prestations en question

Le malaise financier¹ des associations d'aide à domicile est alimenté par un autre élément : les effets de la dérèglementation engendrée, depuis 2006, par le plan de développement des services à la personne (dit plan « Borloo », issu de la loi du 26 juillet 2005² du même nom) et par la transposition de la directive européenne « Services » en droit français. Le plan Borloo a permis à de grandes entreprises de service de développer une offre concurrente à celle des associations en profitant des aides fiscales permises (réduction d'impôt pour l'utilisateur et TVA réduite pour les entreprises).

Par comparaison, les associations n'ont souvent ni la taille critique, ni la trésorerie qui leur permettraient d'équilibrer leurs comptes.

Par ailleurs, si le fait que les entreprises qui interviennent disposent d'un agrément délivré par l'Etat, apporte une certaine garantie, il semble toutefois que des questionnements demeurent quant à la dimension éthique des engagements et à la qualité du service apporté.

Les conditions de la qualité des services des organisations prestataires à domicile sont en principe assurées par les procédures d'agrément qualité (délivré pour cinq ans par le représentant de l'Etat dans le département aux opérateurs respectant un cahier des charges spécifiques : tarifs affichés, offre claire et de qualité, intervention personnalisée et dont la continuité est garantie, compétence nécessaire des salariés, etc.) et d'autorisation (délivrée

¹ Source : « Les associations d'aide à la personne en état d'asphyxie financière », article paru dans Le Monde, le 11 février 2010.

² La loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne a notamment simplifié les procédures d'agrément permettant aux entreprises d'intervenir sur le secteur.

pour quinze ans par le président du Conseil Général aux prestataires présentant un projet compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sociale et médico-sociale et répondant aux besoins sociaux et médico-sociaux qu'il a fixés).

Cependant, il semble, ce que le CESER regrette, que les contrôles précis et rigoureux des services de l'État et des services départementaux prévus par les textes applicables sont, en pratique, insuffisants. Ils sont trop rares et quand ils sont menés, ils sont souvent effectués sans coordination entre les différentes parties prenantes. De ce fait, l'IGAS préconise notamment de mettre en place un système de conventionnement avec les opérateurs ainsi qu'un système de traitement des plaintes et de recours, de simplifier les systèmes d'autorisation et d'agrément et de s'assurer de l'effectivité des prestations financées en encourageant les Conseils Généraux à utiliser des technologies permettant de mettre en place un suivi réel des interventions au domicile des personnes âgées.

Depuis l'ouverture à la concurrence, il semble plus difficile de faire face à l'évaluation, de repérer le nombre de bénéficiaires. Et la CARSAT (ex-CRAM) n'a évidemment pas le droit d'influencer le choix du service d'aide à domicile auquel les retraités fragilisés ayant droit à un Plan d'Actions Personnalisé s'adressent. Le problème est que le conventionnement avec les services est inégal : le type de convention est bien unique mais les statuts, le niveau de formation des intervenants sont divers, les efforts déployés en termes de qualité non plus.

b) Le risque d'une couverture imparfaite du territoire

Le risque majeur induit par l'arrivée d'un secteur marchand dans le secteur de l'aide à domicile est que certains territoires ne soient plus couverts. En effet, les entreprises privées de service à la personne sont face à des clients dans un rapport contractuel et ont par conséquent la possibilité de choisir le profil des personnes à qui elles vont proposer une prestation et qu'elles peuvent la refuser à d'autres. Les entreprises, dont la finalité est d'abord économique (et ce n'est pas ce que le CESER conteste), choisiront vraisemblablement de n'intervenir que dans les zones où cela est « rentable », c'est-à-dire dans les zones urbanisées où la population est assez concentrée. Pour le reste du territoire, c'est-à-dire les zones rurales, ce serait les associations qui continueraient à intervenir mais avec moins de moyens. En effet, agissant dans le cadre de l'intérêt général, les associations sont toujours intervenues sur l'ensemble du territoire et « compensaient » le coût induit par l'intervention en zone rurale par les recettes générées par les interventions en zone urbaine. Avec l'ouverture au secteur marchand, qui n'est pas soumis aux mêmes obligations et qui pourra donc proposer de meilleurs coûts dans les zones « rentables », les associations risquent de ne plus pouvoir assurer cette forme d'équilibre et donc voir leurs difficultés s'aggraver.

Un autre risque qui est à craindre est la mise en place d'une discrimination tarifaire selon le lieu d'habitation. La nouvelle tarification qui vise la convergence tarifaire ne devrait vraisemblablement pas résoudre le problème, entraînant plutôt une convergence par le bas.

1.4 Les difficultés de l'offre de soins à domicile

a) Une mauvaise répartition de l'offre de soins

L'offre de soins est assurée par des intervenants multiples dépendant de structures d'accueil diverses : médecine ambulatoire (médecin référent, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pharmaciens, aides-soignants, généralistes, spécialistes), établissements hospitaliers

(urgences, consultations externes, unités de soins de suite et de réadaptation, équipes mobiles gériatriques, hospitalisation à domicile, etc.) et secteur médico-social (services de soins à domicile, accueils de jour, hébergement temporaire). Ainsi que l'a montré le CESER dans plusieurs de ses avis, notamment « l'Avis sur l'offre de soins en Midi-Pyrénées » (17/05/04) et « l'accès à des soins de qualité pour tous » (23/06/09), la répartition de l'offre de soins sur le territoire est inégale, avec des manques patents.

Le CESER avait ainsi mis en évidence que le principal problème ne provenait pas d'un manque de **professionnels de santé mais d'une mauvaise répartition** de ceux-ci sur le territoire. La situation de Midi-Pyrénées est caractéristique puisque la région n'est en effet pas dans une situation de pénurie de médecins en nombre total mais qu'ils sont très inégalement répartis.

Du côté des **infirmiers libéraux**, le maillage de l'offre de soins infirmiers en Midi-Pyrénées est relativement cohérent mais des difficultés existent tout de même. Celles-ci sont notamment liées aux transformations des modes d'exercice, telles que le développement du travail à temps partiel, les départs importants d'infirmiers libéraux avant l'âge de la retraite, en partie vers le salariat, la difficulté à trouver des remplaçants ou le volume des déplacements très important en zone rurale non intégré dans le décompte de l'activité. Ces difficultés peuvent se manifester par l'insuffisance des prises en charge de nursing, même dans les zones apparemment bien dotées ou par la carence dans la prise en charge de certains actes.

Le CESER avait également mis l'accent sur le manque de formations sanitaires et sociales.

b) Un manque de coordination entre les différents intervenants

Enfin, l'absence de communication et de coordination entre les divers intervenants, déjà évoquée dans la deuxième partie du présent rapport, a des conséquences préoccupantes pour les personnes âgées : problème de remplacement des professionnels libéraux les uns par les autres en cas d'empêchement ou de vacances, transmissions inadéquates d'informations, polymédication et pathologies iatrogènes, multiplication d'examens médicaux, parfois invasifs, redondants, recours excessifs aux urgences hospitalières, prolongation de séjours hospitaliers en raison de difficultés à trouver une prise en charge adaptée de la personne convalescente, etc.

2. Les difficultés des établissements d'accueil des personnes âgées

2.1 Etat des lieux de la situation des EHPAD

On a vu dans la première partie consacrée à la situation des personnes âgées dans la région que celles-ci tendent à rester de plus en plus longtemps à domicile et donc entrer de plus en plus tardivement en établissement, souvent quand leur état de dépendance est devenu très lourd. Cette évolution a nécessairement des conséquences sur le fonctionnement des établissements.

Une étude menée par la CARSAT (ex-CRAM) sur le taux de remplissage des EHPAD en Midi-Pyrénées en 2009, afin d'évaluer la réalité des besoins de places nouvelles, relève les caractéristiques de la situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dans la région.

Cette étude (qui portait au départ sur la Haute-Garonne, a ensuite été étendue à 6 départements de la région¹) permet d'avoir une vision d'ensemble des places d'hébergement permanent dans des établissements médico-sociaux.

Les résultats de cette étude mettent tout d'abord en évidence le fait que les **établissements sont très inégalement répartis sur le territoire, posant un problème de répartition de l'offre par rapport aux besoins**. Cette situation a des incidences directes sur le taux de remplissage des établissements.

Le taux de remplissage global masque des disparités entre les établissements : en effet, alors que certains ont tous leurs lits occupés, d'autres éprouvent des difficultés à remplir les places vacantes. Ainsi, si de manière générale, on peut dire que les listes d'attente pour entrer en établissement tendent à se réduire, voire à disparaître, tous les établissements ne sont pas concernés par ce constat. Les établissements situés dans des zones où l'offre est faible, ou encore les établissements publics et privés à but non lucratifs, peut-être parce qu'ils ont généralement des tarifs moins élevés ou parce qu'ils sont habilités à l'aide sociale, continuent à avoir des listes d'attente importantes.

Pour comprendre cette réalité, l'état de santé des personnes âgées est également un déterminant important à prendre en compte : en effet, les places disponibles pour les personnes les plus lourdement handicapées (maladie d'Alzheimer et apparentées notamment). De fait, les établissements qui présentent les listes d'attente les plus longues sont ceux qui ont un GMP² supérieur à 800.

Autre évolution à noter, qui concerne l'ensemble des établissements : le renouvellement plus fréquent aujourd'hui que par le passé des résidents. En effet, les personnes âgées entrant de plus en plus tard, la durée moyenne de séjour tend à se réduire de plus en plus.

Le constat établi par cette étude est que dans la région, il y a des zones où le taux d'équipement est faible (là où il y a le moins d'établissements) et d'autres où le taux de remplissage est élevé mais il n'y a pas forcément de lien direct entre ces deux aspects.

En effet, parmi les principaux résultats de cette étude de la CARSAT (ex-CRAM), il semble que l'aspect financier (le coût moyen du séjour) ne soit pas le principal facteur explicatif du taux de remplissage (même s'il entre en ligne de compte).

Le facteur qui apparaît comme le plus déterminant est **la variété de choix sur un territoire**, c'est-à-dire la présence de plusieurs établissements dans une même zone géographique. Quand il existe une offre variée sur un territoire, les personnes optent pour un établissement plutôt qu'un autre en fonction du meilleur rapport « qualité-prix » estimé. Il est probable qu'alors, des aspects qualitatifs interviennent dans le choix (locaux, environnement, accessibilité, qualité de la prise en charge, etc.). Dans les zones où il n'y a qu'un établissement, ce qui n'est pas rare en particulier en milieu rural, les personnes n'effectuent pas vraiment de choix.

Le fait que certains établissements sont **habilités à l'aide sociale est également un élément fort** : les établissements habilités à l'aide sociale présentent des taux de remplissage plus importants que les établissements non habilités.

¹ Sauf Gers et Tarn.

² GIR Moyen Pondéré.

Enfin, il apparaît que, lorsque les personnes ont le choix, les **taux de remplissage des établissements sont liés au coût du séjour et au reste à charge des résidents**. Le niveau du reste à charge pour les personnes, quel que soit le type, le statut d'établissement est un vrai défi pour les établissements, d'autant plus que ces tarifs moyens risquent d'augmenter car les établissements qui présentent les tarifs d'hébergement les moins élevés (autour de 40-50 euros) sont aussi ceux qui sont le plus vétustes et qui nécessiteront tôt ou tard une rénovation, une mise aux normes qui, une fois accomplies, entraîneront une augmentation des tarifs. Etant donné l'évolution à prévoir du niveau de vie des retraités, il est possible d'exprimer des inquiétudes quant à la possibilité qu'ils auront de financer leur séjour en EHPAD.

Ce qu'il faut retenir de cette étude c'est qu'il est important de rester prudent dans l'estimation du besoin et la création de nouvelles places d'EHPAD. Les enjeux à analyser sont :

- Le suivi d'indicateurs de places disponibles en EHPAD au niveau régional ;
- La répartition de l'offre sur le territoire en tenant compte des indices de vieillissement ;
- L'adaptation des EHPAD à la fin de vie, afin que les personnes n'aient pas à aller dans un établissement sanitaire pour mourir ;
- L'articulation de la prise en charge en établissement avec celle du domicile.

2.2 Les structures intermédiaires, dans leur forme actuelle, ne correspondent plus aux besoins

Pour rappel, les EHPAD bénéficient d'un financement de la Sécurité Sociale en fonction de la capacité globale de l'établissement et du niveau de dépendance et de l'état de santé des résidents. Il s'agit d'une dotation annuelle.

Le GMP d'un établissement peut être compris entre 0 et 1000. S'il est supérieur à 300, l'établissement a l'obligation de signer une convention tripartite avec le Conseil Général et la Sécurité Sociale. C'est ce seuil de 300 qui détermine si un établissement est classé comme EHPAD ou comme établissement d'accueil de personnes âgées autonomes. Le GMP est défini une fois par an, par le Conseil Général. A titre d'exemple, dans une Unité de Soins de Longue Durée, le GMP est en général autour de 900.

Un autre indicateur est défini annuellement : il s'agit du PATHOS qui est une grille pour évaluer la charge en soins infirmiers, le profil pathologique de l'établissement.

L'addition du GMP et du PATHOS donne un chiffre qui détermine le budget attribué par la Sécurité Sociale à l'établissement. Ce budget permet de payer les salaires des infirmières, du médecin coordonnateur, 70% du salaire des aides-soignants (les 30% restant étant financés par le Conseil Général, à travers le tarif dépendance).

Avec l'augmentation de l'espérance de vie, un phénomène nouveau apparaît : **Les personnes âgées tendent à rester à domicile jusqu'à ce qu'elles deviennent vraiment dépendantes, moment où elles intègrent un EHPAD. Les personnes choisissent de moins en moins souvent d'aller dans une structure intermédiaire, type maison de retraite non médicalisée ou foyer-logement. En conséquence, ces structures intermédiaires, qui ne correspondent plus aux attentes et besoins des personnes, peinent à voir toutes leurs places occupées. Ces structures, en tout cas dans leur forme actuelle, ne semblent plus adaptées aux besoins des personnes âgées. Pour répondre à ces besoins qui se sont modifiés au cours des dernières décennies, il faudrait peut-être imaginer de nouveaux types de solutions intermédiaires.**

Et en effet, il semble que de nouvelles voies se dessinent, telle la maison de retraite de

BOUTGE à Albi, Etablissement d'accueil en résidence et service d'aide à domicile pour les personnes âgées, qui est une structure innovante, reconnue comme telle et soutenue par la Fondation de France. De capacité intermédiaire, les résidents de cet établissement sont vraiment acteurs de leur projet de vie et accompagnés tout au long des journées (hors soins, réalisées par des professionnels de santé) par des « maitresses de maison ».

2.3 Des besoins et des exigences qui s'accroissent

a) Des exigences législatives et réglementaires accrues

Les établissements sont soumis à des exigences législatives et réglementaires de plus en plus lourdes administrativement : la mise en place de l'évaluation à travers la démarche qualité notamment a imposé un formalisme qui pèse sur la charge de travail des personnels. De même, les normes budgétaires, les normes de sécurité, d'accessibilité sont devenues très contraignantes. Or, les compétences en interne manquent souvent pour pouvoir répondre à toutes ces exigences.

Si l'on ajoute le souhait exprimé par les ARS de limiter le nombre de ses interlocuteurs et l'arrivée de grands groupes (type fonds de pension) sur le marché des maisons de retraite, la situation des petits établissements risque de devenir difficile. Il est probable que ceux-ci aient tout intérêt à se regrouper.

Le contexte législatif incite d'ailleurs fortement à la restructuration du secteur par le biais de la contractualisation et de la coopération. Ce principe d'une coopération sociale et médico-sociale, qui figurait déjà dans la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales mais était peu exploité, a été repris dans la loi du 2 janvier 2002 qui la réforme. Celle-ci introduit à côté des outils de coopération existants (notamment la convention, le Groupement d'Intérêt Economique (GIE), le Groupement d'Intérêt Public (GIP)), un nouvel outil : le Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS). Inspiré du groupement de coopération sanitaire (GCS), le GCSMS a vu son rôle clarifié à l'occasion de la publication de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées. C'est aujourd'hui, à côté du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), un outil privilégié par la DGAS (Direction Générale de l'Action Sociale) pour restructurer le secteur social et médico-social.

Le GCSMS est en effet un outil qui offre des possibilités telle que :

- La mutualisation de moyens (locaux, véhicules, personnel, etc.) ;
- La mise en commun de services (juridiques, comptables, etc.) ou d'équipements (restauration, etc.) ;
- Des interventions communes de professionnels ;
- L'exercice direct de missions et prestations habituellement exercées par un établissement ou service du secteur social et médico-social.

Le GCSMS affiche notamment pour objectif de favoriser une meilleure adaptation à l'évolution des besoins. La coopération doit permettre de favoriser la coordination et la complémentarité des prises en charge et accompagnements assurés par les établissements et services ainsi que garantir leur continuité. Ce principe a pour but de rompre l'isolement de certaines structures ou professionnels, de réaliser des économies d'échelle, d'améliorer la qualité des prestations par une prise en charge globale des usagers, etc.

Il est toutefois possible de nuancer l'intérêt de ces regroupements pour le secteur de l'hébergement des personnes âgées dépendantes : en effet, il s'agit d'une préconisation qui s'inspire de ce qui a été fait dans le secteur sanitaire depuis les années 1970, les

établissements hospitaliers étant passés d'une moyenne de 80 lits, à 450 aujourd'hui. Il n'est pas certain que ce soit pertinent de faire de même pour des lieux de vie.

b) Des attentes sociales plus exigeantes

Tout comme la demande globale en matière de soins, les attentes des personnes âgées et de leur famille sont de plus en plus grandes. Vis-à-vis des établissements, par rapport à la qualité de la prise en charge de leur proche, les familles deviennent de plus en plus exigeantes et tendent parfois à se placer dans une posture de consommateur. Ces demandes ne sont pas toujours faciles à gérer dans un lieu qui est à la fois un lieu de soin et un lieu de vie, d'autant que des incompréhensions ou des malentendus surviennent parfois entre les familles et les personnels.

Pour éviter ces difficultés, les établissements doivent prévoir un accompagnement des familles, qui sont souvent démunies face à la situation (d'autant plus que les résidents sont de plus en plus souvent des personnes âgées présentant des troubles comportementaux), ressentent parfois un sentiment de culpabilité. Les amener progressivement à accepter le vieillissement de leur parent et la perspective de sa mort n'est possible que si les personnels adoptent une attitude compréhensive. Il peut être ainsi pertinent d'organiser des réunions entre les membres de la famille et le personnel soignant afin que celui-ci explique la manière dont le parent est pris en charge et réponde aux questions que peuvent se poser les proches.

2.4 Une évaluation de la dépendance contestable: les limites de la grille AGGIR

Les phénomènes de dépendance sont évalués au moyen de la grille AGGIR (autonomie gérontologique groupe iso ressources) dont le principe a été décrit dans le chapitre liminaire du présent rapport. Cet instrument a été retenu comme grille nationale d'évaluation de la dépendance avec la loi du 24 janvier 1997 instaurant la prestation spécifique dépendance (PSD).

Si cette grille sert de socle commun à l'ensemble des Départements, sa qualité est souvent discutée. Le rapport d'information du Sénat sur le cinquième risque de protection sociale¹ émet un certain nombre de critiques à l'encontre de cet outil :

- Cette grille ne permet pas d'apprécier l'environnement de la personne ;
- Cet outil tend à mesurer des degrés d'incapacité et non des niveaux de dépendance ; or, sur un plan individuel, il n'existe pas de corrélation systématique entre un niveau d'incapacité et un besoin d'aide ;
- Faute de fiabilité des items de cohérence et d'orientation, l'identification des personnes atteintes par des difficultés intellectuelles et psychiques s'avère problématique.
- En outre, un utilisateur averti peut aisément faire basculer une personne d'un GIR à un autre selon la façon dont il remplit la grille.

De fait, certains EHPAD feraient des évaluations approximatives afin d'augmenter leur GMP² et donc les dotations attribuées pour fonctionner.

Il faut à ce propos souligner **l'aspect paradoxal du système d'évaluation qui tend à inciter les établissements à ne pas favoriser l'autonomie de leurs résidents afin d'obtenir des dotations plus importantes** (installer les personnes âgées dans un fauteuil roulant pour

¹ « Construire le cinquième risque », rapport d'information de Monsieur VASSELLE, 8 juillet 2008.

² GIR Moyen Pondéré.

faciliter les déplacements par exemple). Ce système peut aussi avoir pour conséquence de voir se mettre en place une sélection à l'entrée en établissement, privilégiant les personnes très dépendantes afin de faire augmenter le GMP. En résumé, la logique budgétaire qui domine dans la gestion des établissements provoque des effets pervers.

Il serait sans doute plus pertinent de créer un système fondé sur une certification qualité, qui permettrait de valoriser à travers le financement une prise en charge plus humaine. Cette approche favoriserait en outre une limitation de l'hypermédication, caractéristique, souvent, de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et en particulier du recours aux neuroleptiques. Des améliorations de l'état des résidents ont ainsi été constatées grâce à des aménagements simples, une attention particulière apportée aux personnes : la simple présence d'un agent apaisant, l'isolement dans une pièce peuvent suffire à tranquilliser une personne qui présente des troubles du comportement.

L'établissement du GMP pose un autre problème : la saisie qui permet de calculer cette moyenne se fait une fois dans l'année, ce qui ne permet pas de prendre en compte en temps opportun l'évolution (c'est-à-dire souvent l'aggravation) de l'état de santé des personnes âgées résidentes.

2.5 Un projet de réforme de la tarification en EHPAD¹

Pour rappel, actuellement, la tarification des EHPAD se décompose en trois tarifs :

- Le tarif hébergement est arrêté par le président du conseil général si l'établissement est habilité à l'aide sociale. Il est acquitté par le résident, mais peut être pris en charge, le cas échéant, par l'aide sociale départementale, avec participation du bénéficiaire.
- Le tarif soins est arrêté par le préfet ou par le directeur de l'ARS et payé par l'assurance maladie.
- Le tarif dépendance est arrêté par le président du conseil général. Il est acquitté par le résident, mais est couvert – dans une proportion variant en fonction des revenus du bénéficiaire – par l'APA, pour les résidents classés dans les GIR 1 à 4 et qui en font la demande.

Le secteur de l'hébergement des personnes âgées est caractérisé par une très forte hétérogénéité des ressources d'assurance maladie mises à sa disposition pour couvrir le coût des forfaits soins. Les écarts seraient de un à trois à service rendu comparable.

Un projet de décret déjà évoqué dans le loi de finances pour 2010 mais qui n'est toujours pas intervenu, envisage la généralisation de la tarification globale, appelée également « tarification à la ressource ».

En janvier 2009, d'après les données de la CNSA, environ 80 % des EHPAD avaient fait le choix du tarif partiel pour la prise en charge de leurs dépenses de soins et 20 % avaient opté pour le tarif global :

- Le tarif partiel prend en compte les auxiliaires médicaux salariés, les aides soignants, le médecin coordonnateur, les actes des infirmiers libéraux ou encore le matériel médical de l'établissement.
- Le tarif global comprend la rémunération des médecins généralistes libéraux intervenant dans l'établissement et leurs prescriptions, celle des auxiliaires médicaux libéraux, ainsi qu'une partie des actes de biologie et de radiologie et des médicaments.

¹ Source : www.cinquiemerisque.fr

Cela fait plusieurs années que les pouvoirs publics¹ affichent leur souhait d'inciter les établissements à opter pour le tarif global qui, d'après la CNSA, « répond[rait] aux exigences d'une plus grande coordination des soins et donc de meilleure qualité des soins prodigués aux personnes âgées accueillies en EHPAD ». Cette tarification a la faveur des pouvoirs publics car elle permettrait aussi de mieux tenir les enveloppes soins en incitant les EHPAD à réaliser des efforts de maîtrise des dépenses réalisées au sein de l'établissement.

Cette incitation s'est notamment traduite par une revalorisation progressive du tarif global. L'écart entre le tarif partiel et le tarif global, qui n'était que de 15 % avant le passage à la tarification utilisant le référentiel Pathos fin 2006, est depuis passé à 30 %.

D'après ce projet de décret, les établissements n'auraient plus le choix qu'entre un tarif global « restreint » ou « large » sachant que les établissements dépassant un certain nombre de points GMP², autrement dit ceux dont le niveau de dépendance des résidents dépasse un certain seuil, devraient obligatoirement opter pour un tarif global « large ».

Ce projet de décret prévoirait également, pour les établissements publics et ceux exploités par des associations loi 1901, de créer une part « hébergement », supportée directement par les familles et fixée par la structure en fonction des prestations proposées. En donnant ainsi aux établissements la possibilité de facturer aux pensionnaires les prestations liées à l'hébergement, il s'agirait de créer une nouvelle variable d'ajustement des recettes.

Certains directeurs d'établissement s'inquiètent car ils estiment que cette dotation globale harmoniserait les revenus des EHPAD tirant ainsi vers le bas les établissements les mieux dotés avec un plafonnement des crédits. Cela pourrait notamment contraindre les établissements à diminuer les effectifs du personnel soignant.

Le ministère du travail se veut rassurant, en expliquant que cette mesure aurait pour principal objectif d'éviter les trop grandes fluctuations des tarifs d'une année sur l'autre comme il arrive en cas de rénovations ou investissements lourds. De plus s'il est vrai que les prix seraient effectivement librement fixés, ils resteraient encadrés afin d'éviter les abus. Un contrôle des comptes a posteriori serait également prévu par le texte. Cette mesure permettrait de rendre les établissements publics concurrentiels avec les établissements privés.

Néanmoins, avec l'augmentation des tarifs, le risque semble être celui de l'apparition d'EHPAD à double vitesse.

Les financeurs locaux craignent quant à eux qu'une augmentation des tarifs conduise à une plus forte demande d'aide sociale et que le tarif hébergement devienne un outil pour sélectionner les personnes âgées et favoriser les plus aisées dans un contexte où les places sont limitées.

¹ La mise en œuvre de la tarification à la ressource des prestations de soins des EHPAD et des USLD (Unités de Soins de Longue Durée) est l'une des principales mesures d'efficience préconisées dans son rapport d'étape par la mission commune d'information du Sénat sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque.

² GIR Moyen Pondéré.

2.6 Des initiatives régionales encourageantes : le Gérontopôle et l'Institut du vieillissement

a) Présentation du Gérontopôle

Le Gérontopôle de Toulouse a pour objectifs de fédérer autour d'une même structure des équipes de recherche et des cliniciens afin de dynamiser la recherche sur la longévité, de mieux prévenir les maladies responsables de la dépendance et de promouvoir la santé des personnes âgées.

Cette structure, qui a été créée le 5 Février 2007, est unique en son genre. Sa création a été rendue possible car Toulouse a depuis les années 1970 contribué fortement à l'émergence et la reconnaissance d'une discipline qui n'existait pas il y a 40 ans, la gériatrie.

Ses missions s'articulent autour de 3 plans d'action :

- Permettre l'accès au diagnostic, à l'innovation thérapeutique et à la recherche clinique, pour les personnes âgées fragiles qui en sont souvent exclues,
- Mettre en place un Institut du Vieillissement pour développer et valider des actions de promotion de la santé et de prévention chez les personnes âgées en bonne santé,
- Se mettre au service de la filière gériatrique afin de développer la recherche clinique pour les personnes âgées dépendantes.

Le Gérontopôle constitue donc à la fois une structure de soins, de promotion de la santé et de recherche clinique. Cette structuration a permis de concevoir des programmes de recherche, de renforcer des moyens dédiés à la recherche clinique, de fédérer des réseaux de recherche régionaux, nationaux et européens.

b) Un projet d'Institut Hospitalo-Universitaire autour de la question vieillissement

Les responsables du Gérontopôle ont répondu à un appel d'offre visant à la création d'un IHU (Institut Hospitalo-Universitaire) : il s'agit de CHU nouvelle génération qui doivent permettre d'obtenir des moyens supplémentaires pour financer la recherche (5 devraient être créés en France). Ces IHU doivent porter sur une seule thématique : Toulouse (CHU et Université Paul Sabatier), qui a déposé sa candidature début novembre 2010, a décidé de proposer la thématique du vieillissement et de la prévention de la dépendance.

Les IHU ont pour vocation de soigner les personnes âgées fragiles (à la différence du CHU qui soigne l'ensemble de la population et des services de gériatrie qui se concentrent sur les personnes âgées dépendantes).

III. LE FINANCEMENT DE LA DEPENDANCE

1. Une nécessaire adaptation...¹

1.1 ... De la forme actuelle de prise en charge de la dépendance des personnes âgées

Comme cela a été rappelé dans le chapitre liminaire du présent rapport, l'architecture du système français de protection sociale a été conçue, en 1945, autour de quatre « risques² » (maladie, accidents du travail, vieillesse et famille). La nécessité de prendre en charge la spécificité des personnes âgées dépendantes n'est apparue que dans un second temps, à partir des années 1960 - 1970, notamment à la suite du Rapport Laroque.

La prise de conscience du défi qu'allait représenter la perte d'autonomie aurait pu conduire à étendre les compétences de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) et/ou de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAM) à la prise en charge des personnes âgées dépendantes : autrement dit, à créer une cinquième branche de la sécurité sociale, dont le mode d'organisation aurait été calqué sur celui prévalant aujourd'hui pour les autres branches, à savoir une gestion centralisée assurée par l'Etat et les partenaires sociaux.

Cette option n'a pas été retenue par les pouvoirs publics qui ont fait le choix, avec la mise en place de la prestation spécifique dépendance (PSD) en 1997 puis de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2001, de confier aux Conseils Généraux un rôle central dans ce domaine, s'inscrivant ainsi dans le mouvement plus ancien et plus large de transferts de compétences d'aide sociale aux Départements. Toutefois, la décentralisation en matière de prise en charge de la dépendance n'a pas été poussée à son terme. Pour cela, il aurait fallu « ériger les Départements en pivots de cette politique publique en faisant de ces derniers le point d'accès unique aux prestations de dépendance. Le pilotage et la coordination de l'ensemble auraient été assurés par une agence nationale, également chargée d'organiser la péréquation entre les Départements ».³

Malgré cette absence de choix clair, il est possible de considérer qu'est intervenu en 2004 un début de structuration du risque dépendance fondée sur une architecture s'appuyant sur deux acteurs principaux : la Caisse Nationale de Solidarité Pour l'Autonomie (CNSA) et les Départements⁴.

1.2 ... Aux évolutions socio-économiques

Lorsque les systèmes de protection sociale ont été mis en place dans les années 1950 et 1960, ils avaient pour référence une conception de l'existence en trois temps, clairement cloisonnés :

¹ Eléments issus du magazine Alternatives Economiques, hors-série n°85 et notamment de l'interview de Bruno PALIER, chercheur du CNRS au Centre d'études européennes de Sciences-Po.

² Le terme risque est entendu au sens d'évènements survenant à un individu et pouvant avoir des conséquences en termes de dépenses supplémentaires importantes ou de diminution sensible des revenus, et nécessitant donc une prise en charge collective.

³ Cf. Rapport d'information du Sénat : « Construire un cinquième risque » de M. VASSELLE, 8 juillet 2008.

⁴ Cf. la présentation de cette architecture dans le chapitre liminaire du présent rapport.

- L'enfance et la jeunesse, période d'éducation ;
- La vie active, consacrée à la carrière professionnelle (pour les hommes) ou à la vie familiale (pour les femmes en général) ;
- La retraite.

Même si ce « modèle » d'une famille constituée d'un homme qui travaille et d'une femme au foyer qui élève deux ou trois enfants, ne correspondait déjà pas à la réalité de toutes les familles (ouvriers, agriculteurs, artisans commerçants en particulier), c'était la norme de référence pour définir les dispositifs de protection sociale.

Ces dispositifs ont été calqués sur cette périodisation de la vie : politiques familiales pour le premier temps, assurances maladie, accidents du travail et chômage pour le deuxième, assurances vieillesse pour le troisième.

Mais selon ce modèle, qui considérait que la période centrale était censée être la plus longue, la carrière professionnelle de l'homme commençait relativement tôt, allait probablement se dérouler au sein de la même entreprise, avec un contrat de travail durable et dans un emploi à temps plein. A l'issue de cette carrière, certains allaient profiter d'une courte période de retraite, et si l'épouse survivait à son mari, elle bénéficierait d'une pension de réversion.

Ces dispositifs de protection sociale supposaient le primat de l'emploi salarié et visaient principalement à garantir le remplacement du revenu perdu, de façon temporaire (en cas de maladie ou de chômage) ou définitive (invalidité, retraite).

La réalité d'aujourd'hui est bien différente de ce modèle. En effet, avec l'allongement de la durée de vie, l'entrée massive des femmes sur le marché du travail, les transformations de l'économie (passage d'une économie industrielle à une économie de services), les mutations et les dégradations du marché du travail, des conditions de travail et des carrières (précarité, temps partiel, mobilités accrues, chômage), de nouvelles phases de vie ont émergé : allongement des études, phase d'entrée sur le marché du travail, transition d'un emploi à un autre, période de prise en charge des enfants ou des parents dépendants, période de chômage ou de formation entre deux emplois, fins de carrière qui interviennent avant l'âge de la retraite parfois (licenciement des seniors). Le cycle de vie linéaire du modèle de référence s'est peu à peu défilé. Le troisième âge de la vie lui-même se subdivise en plusieurs étapes, comme on l'a évoqué en propos liminaire.

Ces mutations ont créé de nouveaux risques : pour les personnes âgées, c'est celui de la dépendance, dont la prise en charge, si elle s'est améliorée avec la mise en place de l'APA, est encore bien imparfaite (notamment en raison des reste-à-charge qui demeurent très importants). Ce que le système de protection sociale ne prend pas en charge, ce sont les familles qui le font, et en général les femmes : ce sont elles qui s'arrêtent de travailler ou passent à temps partiel pour s'occuper de leurs enfants ou de leurs parents âgés. Ce sont donc surtout les femmes qui paient le coût de ces réajustements des systèmes de protection sociale.

2. Différentes conceptions de la prise en charge de la dépendance

Le débat sur le financement de la dépendance voit s'opposer différentes logiques qui correspondent à différentes représentations de la vieillesse.

En effet, si l'on examine les systèmes mis en place dans d'autres pays, on constate que la prise en charge de la dépendance est marquée par l'organisation générale de la protection sociale du pays en question et s'inscrit dans un contexte politique, économique, social et culturel.

De plus, le rôle de la famille et donc des services professionnels d'aide à domicile ou en établissement varient fortement selon les cultures.

La prise en charge de la dépendance comprend en principe des soins médicaux et des soins d'aide à la personne. Dans la plupart des pays européens, les soins médicaux sont couverts par l'assurance maladie. En revanche, l'aide à la personne s'est généralement développée selon la tradition de l'assistance sociale puis a été influencée par le principe d'universalisme.

La gestion de l'aide à la personne dépendante est le plus souvent décentralisée sauf pour l'Allemagne où toutes les personnes âgées sont couvertes par l'Assurance dépendance. Elle est ainsi gérée par les autorités locales au Royaume-Uni, les municipalités en Suède, en Norvège, au Danemark, en Finlande, en Italie, en Espagne et en Allemagne (pour ce qui est du complément d'aide destiné aux plus démunis), et par le Département en France (pour les états de dépendance correspondant aux GIR 1 à 3).

Il est possible d'identifier trois modèles de prise en charge de la dépendance :

2.1 Le modèle beveridgien

Dans les pays scandinaves, aux Pays-Bas, au Québec et au Royaume-Uni, la dépendance est prise en charge par la collectivité et financée par les impôts nationaux ou locaux. La finalité de la protection sociale est d'assurer une couverture dépendance universelle équitable et accessible à toutes les personnes. La perte d'autonomie est envisagée comme un risque pouvant subvenir à tout âge.

Une participation financière est généralement exigée des personnes âgées, qui varie en fonction des revenus de la personne. Dans ces pays, aucune obligation juridique ne pèse sur les descendants.

Ces régimes sont marqués par une forte décentralisation des services. L'Etat édicte les lois, mais la mise en place des services de proximité est gérée par les collectivités ou les autorités locales.

Un exemple, le dispositif de prise en charge de la dépendance au Danemark

Le Danemark s'est engagé depuis le début des années 1980 dans une politique en faveur du maintien à domicile des personnes âgées qui met l'accent sur la personnalisation de la prise en charge et la préservation de la capacité d'autodétermination de la personne âgée. Cette politique s'appuie sur une gestion décentralisée et coordonnée des soins et de l'aide. Ainsi, depuis le début des années 1990, l'ensemble des services sociaux, l'aide à domicile, les établissements d'hébergement, les centres de soins de jour, les soins de santé et l'organisation de l'habitat destiné aux personnes âgées, sont gérés par une seule institution, la municipalité qui est jugée plus proche de la personne âgée et de ses besoins. Seul le système hospitalier fait l'objet d'une administration régionale. Les municipalités s'engagent à offrir gratuitement aux personnes âgées, quel que soit leur lieu de résidence, des services de soins et d'aide ménagère qui comprennent notamment un accès 24h/24h à un service d'aide et de soin d'urgence, des visites à domicile, et une assistance pour le maintien des capacités physiques et intellectuelles (kinésithérapie, etc.). Les municipalités offrent également moyennant une participation de la personne âgée, des services de portage de repas à domicile, de transport, de coiffeur, de pédicure, de prise en charge du jardin, des aides techniques, des systèmes d'alarmes et des logements adaptés. La plupart de ces services sont dispensés par la municipalité mais le gouvernement incite de plus en plus celle-ci à passer contrat avec des prestataires privés (souvent associatifs), parmi lesquels la personne âgée peut choisir librement.

L'avantage de cette organisation décentralisée est qu'elle permet une rapidité de décision. Un professionnel gère la prise en charge de la personne âgée et assure son suivi (notamment les visites préventives à domicile dont bénéficie toute personne âgée de plus de 75 ans, deux fois par an, quel que soit son état) après concertation avec les autres intervenants sociaux et sanitaires, notamment le médecin généraliste.

Le financement de ces services, à l'exception du système hospitalier, est assuré par les municipalités sur la base d'impôts locaux progressifs. Les municipalités reçoivent également une

dotation globale de fonctionnement dont l'objectif principal est de corriger les inégalités entre les bases fiscales. Le ministère des affaires sociales, en liaison avec les organes représentatifs des municipalités, a par ailleurs développé un système d'assurance qualité des services pour s'assurer que, malgré la décentralisation, leur accès est équitable sur l'ensemble du territoire. En effet, si la loi énonce les grands principes qui sous-tendent la mise en place des services d'aide et de soin destinés aux personnes âgées, il est de la responsabilité de la municipalité d'en définir le contenu. Le Danemark constitue un exemple réussi de coordination gérontologique bien que quelques problèmes persistent dans l'interface avec l'hôpital encore géré au niveau régional. En effet, la situation des personnes qui ne sont pas en mesure de retourner à domicile après une hospitalisation est souvent problématique, compte tenu du manque de place en maison de retraite ou dans les logements adaptés. Par ailleurs, le niveau de prise en charge varie selon les municipalités et serait notamment inférieur dans les zones rurales. Le niveau d'aide à domicile est de manière générale moins généreux, depuis la fin des années 1990, les municipalités se concentrant plus spécifiquement sur l'aide des personnes les plus dépendantes. Enfin, le potentiel de prévention reste encore sous-exploité notamment parce que les services sont souvent fournis trop tard.

2.2 Le modèle bismarckien : la dépendance comme nouveau risque

L'Allemagne, l'Autriche, le Luxembourg s'inscrivent dans ce modèle. Il s'agit d'un système d'assurance sociale obligatoire qui aborde le problème de la dépendance comme un nouveau risque sans critère d'âge, avec la création d'une assurance « dépendance ». En Allemagne, l'adoption en 1994 de la loi sur l'assurance dépendance a permis la constitution d'une nouvelle branche d'assurance sociale au sein de l'assurance maladie, financée par une nouvelle cotisation sociale prélevée sur les salaires et les pensions de retraite.

Désormais, toutes les personnes qui relèvent de l'assurance maladie légale (89% de la population) sont ainsi automatiquement couvertes quels que soient leur âge et leur niveau de ressources ; seules les personnes dont le revenu excède le plafond de l'assurance maladie ne sont pas couvertes et doivent souscrire une assurance privée.

Le montant des prestations est défini par le gouvernement fédéral et uniforme à travers le pays. La couverture dépendance reste malgré tout incomplète car elle ne couvre pas le coût de l'ensemble des services requis et n'assure pas les personnes qui se trouvent dans des situations d'incapacités partielles¹.

Un système complémentaire d'aide sociale est prévu pour les personnes âgées les plus démunies, auquel les enfants adultes de la personne âgée doivent contribuer selon le principe de l'obligation alimentaire.

La majorité des prestataires de services relève du secteur privé à l'exception de quelques services fournis par les municipalités. Le secteur associatif (et notamment les associations religieuses) est très important mais les activités commerciales se sont également développées depuis l'adoption de la loi sur l'assurance dépendance.

2.3 Logique principalement d'aide sociale et modèles familialistes

Les pays d'Europe du sud (l'Italie, la Grèce, l'Espagne) se basent sur un système d'aide sociale avec des prestations versées au titre du handicap ou de la vieillesse. Dans ces pays, les familles restent largement responsables de l'organisation des soins et de leur financement ;

¹ D'après : CLÉMENT Serge, ROLLAND Christine, THOER-FABRE Christine, « Usages, normes, autonomie: analyse critique de la bibliographie concernant le vieillissement de la population », Coll. Recherche du PUCA N° 177, 2007.

l'assistance sociale ne sera ainsi proposée qu'en l'absence de soutien de la part de la famille, qui a obligation juridique de la prise en charge bien que ce recours ne soit pas systématiquement appliqué. La faible capacité de l'offre de services - ceux-ci étant principalement assurés par l'Etat - n'encourage pas le recours à l'aide professionnelle. Ces pays connaissent un vieillissement plus rapide et sont donc particulièrement menacés par les évolutions structurelles et culturelles qui entraînent une diminution du nombre d'aidants.

Le système de prise en charge de la dépendance en France peut-être considéré comme « mixte ». En effet, le régime de protection sociale français est de type bismarckien (solution d'assurance sociale) mais la prise en charge de la dépendance s'est longtemps inscrit dans une logique d'aide sociale, pour ce qui est de l'aide à personne tandis que les soins médicaux sont couverts par l'assurance maladie. Elle s'est orientée vers un système plus universel avec l'adoption en 2001 de la loi de l'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie (APA).

Toutefois, ce système n'équivaut pas à la mise en place d'une couverture pour un « cinquième risque ». En effet, l'APA est plus apparentée à une aide sociale et surtout, elle est soumise à un critère d'âge (avoir au moins 60 ans).

C'est pourquoi le système de prise en charge de la dépendance français est parfois qualifié de « mixte ».

3. Plusieurs rapports portant sur le sujet dessinent les contours d'une possible réforme à venir

Le Président de la République avait affirmé dès juin 2007 sa volonté de mettre en place un 5ème risque de protection sociale répondant au souhait de réformer les circuits de financement de la dépendance, jugés trop complexes et n'étant pas de nature à favoriser la gestion à long terme de la solidarité nationale. Cette annonce s'est traduite par l'organisation d'une phase de concertation avec les partenaires sociaux, parallèlement à la publication de plusieurs rapports traitant de cette question. Cette négociation porte notamment sur le contenu du « panier de biens et services » du 5ème risque et sur son financement, la définition de la part de la solidarité nationale et de celle de l'individu en constituant l'une des questions clés.

3.1 Le rapport Gisserot (mars 2007)

Celui-ci préconise notamment le développement de l'assurance-dépendance aux cotés d'une APA aménagée.

3.2 Le rapport annuel 2007 de la CNSA

Ce rapport dressait le constat des limites du système actuel (montant insuffisant de l'APA pour combler le « reste à charge » des familles, disparités entre départements, complexité des réglementations qui entraîne des ruptures dans l'accès aux droits et l'épuisement des aidants familiaux) et proposait de distinguer, d'une part, la question du contenu du droit universel d'aide à l'autonomie (évaluation personnalisée et pluridisciplinaire des besoins selon un référentiel de biens et services devant fixer les différents éléments de la prestation personnalisée de compensation) et d'autre part les options possibles pour le financement de ce droit. La CNSA soulignait ensuite la nécessité d'une triple clarification concernant :

- La part du financement public et des mécanismes de prévoyance individuelle ou collective ;
- La prise en compte des ressources du bénéficiaire pour décider de l'accès au financement ou pour décider du niveau couvert par ce financement ;
- La part du financement dévolue à la solidarité nationale et au Département.

3.3 Le rapport de la mission commune d'information du Sénat (juillet 2008)

Le rapport de Monsieur VASSELLE sur le cinquième risque de protection sociale proposait une démarche s'appuyant, d'une part, sur le principe de la garantie d'une liberté effective de choix des personnes âgées dépendantes et de leurs familles entre l'hébergement à domicile ou en institution et, d'autre part, sur la mise en place des solutions pérennes pour diminuer les montants restant à la charge des plus modestes et des classes moyennes. Ce rapport propose quatre pistes :

- Un effort "plus équitable" en direction des personnes isolées et des patients atteints de la maladie d'Alzheimer vivant à domicile ;
- Une meilleure prise en compte de la capacité contributive des bénéficiaires de l'APA, en offrant aux détenteurs des patrimoines les plus élevés le choix entre une prestation à taux plein assortie d'un gage et une prestation à taux réduit servie sans condition ;
- La mise en place d'un risque mixte (pour la dépendance), comprenant un premier « socle » de financement par la solidarité nationale et un « étage de financement assurantiel », moyennant une politique fiscale adaptée ;
- Une « gouvernance à renforcer et à simplifier », avec le rétablissement d'un partage à parité du financement entre l'Etat et les Départements, ainsi qu'une modification des critères de péréquation pour la répartition des financements de la CNSA.

3.4 Le rapport d'information de l'Assemblée Nationale sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes (23/06/10)

Le rapport d'information de l'Assemblée Nationale présenté par Mme ROSSO-DEBORD fait des propositions sur le thème de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Il affirme tout d'abord que dans un contexte budgétaire contraint, il ne paraît pas possible de créer une nouvelle branche de la sécurité sociale.

Une des propositions phare de ce rapport est de **passer progressivement d'un financement public de la dépendance à un système d'assurance privée obligatoire**. Il s'agirait de **rendre obligatoire, dès 50 ans, la souscription d'une assurance des personnes contre la dépendance** et d'assurer son universalité progressive par la mutualisation des cotisations et la création d'un fonds de garantie. Ce dispositif serait encadré afin d'apporter un certain nombre de garanties.

Ce nouveau système aurait vocation à **remplacer progressivement la prise en charge publique de la dépendance**, qui ne serait maintenue « *qu'à titre transitoire* », jusqu'à ce que « *l'assurance dépendance puisse se substituer au régime actuel de l'allocation personnalisée d'autonomie.* » Cette solution, en faisant couvrir le risque dépendance par le secteur privé, éloignerait le dispositif de financement de la dépendance des fondements du système de protection sociale français et risquerait d'avoir pour effet d'accroître les inégalités.

Le rapport propose d'autres pistes de modifications du dispositif actuel qui pourraient être mises en place dans l'intervalle afin de limiter la charge des Départements et des familles.

Côté recettes, il fait deux propositions :

- **Relever le taux de la CSG¹ applicable aux pensions de retraite au niveau de celui des revenus d'activité, soit 7,5%.**
- **Faire participer à la Contribution Solidarité Autonomie (CSA)² des professions qui en sont pour le moment exemptées (agriculteurs, artisans, professions libérales et indépendantes) et les retraités.**

Sur le plan des dépenses, le rapport préconise de **réserver le bénéfice de l'APA aux personnes les plus dépendantes**, c'est-à-dire aux GIR 1, 2 et 3 (les GIR 4 sortiraient donc du dispositif) et de créer, pour les bénéficiaires de l'APA disposant d'un patrimoine d'au moins 100 000 euros, **un droit d'option entre une allocation à taux plein, pouvant être récupérée sur la succession (jusqu'à 20 000 euros) et une allocation diminuée de moitié, sans reprise sur succession.**

Cette idée de la reprise sur succession, qui existait dans le système précédent (la PSD, Prestation Spécifique Dépendance) peut être considérée par certains comme posant des problèmes d'équité et s'avère non conforme aux fondements du système de protection sociale français car cela revient à faire financer les aides à l'autonomie par les personnes qui ne sont plus autonomes.

De plus, cela pose un problème d'inégalité entre les pathologies dans la mesure où une personne souffrant d'une pathologie (cancer ou maladie cardiaque par exemple) prise en charge par l'Assurance Maladie pour les soins en lien avec la pathologie en question) sans avoir donc de reprise sur succession alors qu'une personne qui aura une pathologie invalidante mais qui ne relève pas de l'Assurance Maladie se verra retenir une partie de son patrimoine pour financer sa prise en charge.

Il est difficile de savoir quelles suites seront données à ce rapport car il ne s'agit pas d'un projet de loi mais bien d'un rapport d'information. Le texte de loi qui sera examiné par le Parlement devrait toutefois vraisemblablement s'inspirer de ce rapport. Son contenu précis ne sera connu que d'ici à la fin de l'année 2010.

Toutefois, les orientations contenues dans ce rapport ont d'ores et déjà fait l'objet de critiques³.

Celles-ci portent notamment sur le fait que celui-ci prévoit de maintenir la barrière d'âge de 60 ans et **réfute donc le projet de convergence entre la prise en charge du handicap et celle de la dépendance**. D'après la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, cette convergence était pourtant prévue au 1^{er} janvier 2011.

Ensuite, la proposition d'exclure les GIR 4 du dispositif APA, combinées à la mise en place d'un gage sur patrimoine pour les bénéficiaires restants de l'APA dont le patrimoine est supérieur à 100 000 euros, risque d'amener une partie des dépendants à faire appel à l'emploi direct et à leurs familles, ce qui entraînerait à terme la **disparition de beaucoup de services prestataires** et risquerait donc d'augmenter le chômage chez les salariés du secteur de la dépendance.

¹ CSG : Contribution Sociale Généralisée.

² Cf. préambule du présent rapport.

³ Notamment, « La dépendance en France, état des lieux et prospective : vers un nouveau contrat social ? » de Bernard ENNUYER, in Regard sur l'actualité, n°363, août-septembre 2010 (la Documentation Française).

En outre, les 20 000 euros que le rapport propose de récupérer après le décès de la personne âgée dont le patrimoine serait supérieur à 100 000 euros correspondent à l'estimation de ce qui est versé en moyenne sous forme de prestation (APA) aux personnes durant une période moyenne de 4 ans (qui correspond à la durée moyenne de vie « avec APA »). L'APA s'apparenterait donc en quelque sorte à un prêt puisque les sommes versées par les Conseils Généraux, qui financent 70% de l'APA, seraient récupérées par l'Etat via les successions.

De plus, selon la Banque de France, le patrimoine médian des plus de 70 ans est de 110 000 euros : le droit de reprise concernerait donc plus de la moitié des personnes âgées dépendantes. Ce projet revient à **remettre en cause le principe de solidarité puisque l'idée avancée est bien de récupérer le montant moyen de l'aide versée alors que dans un système de solidarité (où les individus cotisent en fonction de leurs moyens et reçoivent en fonction de leurs besoins), le montant de la prestation est indépendant de celui de la cotisation**. Cette remise en cause du système de protection sociale basé sur la solidarité mutuelle est également à l'œuvre par rapport à l'assurance à 50 ans.

Le sociologue Bernard ENNUYER fait une critique globale de ce texte : la solidarité est une réponse aux questions d'ordre philosophique : comment voulons-nous vivre ensemble ? Comment permettre à chacun de bien vieillir, en conservant sa dignité ? **La solidarité revêt un aspect « mécanique » : nous vivons les uns avec les autres, ce qui induit une dépendance mutuelle entre tous les individus. Mais ce concept fait aussi référence à une notion plus morale, celui d'un devoir d'assistance envers les personnes qui sont en danger**. Cette solidarité se traduit en termes économiques par la mutualisation universelle de la prise en charge des risques encourus par certains. *« Ainsi, s'il faut solliciter le patrimoine pour financer cette couverture collective, il doit s'agir du patrimoine de tout le monde et non uniquement celui de ceux qui ont la malchance d'être en situation d'incapacité dans leur parcours de vieillesse. Une société ouverte et démocratique ne peut accepter une individualisation des risques qui renverrait chacun à sa responsabilité individuelle dans le processus d'entrée en incapacité au nom d'une probabilité de risque différente suivant les âges de la vie. Les modalités d'attribution de l'aide et des soins liés à l'incapacité et au maintien de l'autonomie restante ne peuvent varier en fonction de l'âge, des revenus ou du lieu d'habitation de la personne. Le financement solidaire de ce nouveau champ de protection sociale, par l'ensemble des citoyens est une condition de la cohésion sociale entre les citoyens afin que perdurent les valeurs d'égalité, de liberté et de mutuelle assistance qui sont à la base du contrat social. »*

IV. LES PISTES DE RÉFLEXION CONCERNANT LE FINANCEMENT DE LA DÉPENDANCE

Le CESER ne fera pas de proposition précise sur la question du financement de la dépendance. Cependant, il lui semble tout à fait pertinent de poser certains éléments qui doivent être pris en compte dans le débat.

Le CESER estime primordial, pour appréhender la question de la dépendance qui n'est pas une simple question technique mais bien une question de société, de se détacher d'une approche sectorielle pour adopter une vision universelle, globale.

Le point de départ d'une telle approche, c'est de considérer le vieillissement comme un processus naturel et non comme un problème.

Cette approche que l'on peut qualifier d'humaniste permet de se placer sur le plan des valeurs et de poser la problématique de manière plus constructive : quel type de société a-t-on envie de construire ?

Le CESER considère que les réponses mises en place devront respecter les droits fondamentaux des personnes âgées (que chacun est destiné à devenir), notamment le droit à la dignité, à la liberté de choix, le droit de vieillir dans de bonnes conditions.

L'enjeu est de trouver les modalités d'un bien-vivre ensemble pour bien vieillir ensemble, sachant qu'il n'y a pas une seule bonne solution mais bien des solutions différentes, adaptées à la situation économique, sociale, psychologique de chaque personne.

1. Pour une approche globale des questions sociales

Pour le CESER, le débat sur la prise en charge de la dépendance relève d'un choix de société et revêt donc à ce titre, au-delà des aspects pratiques, une dimension philosophique fondamentale. En effet, chaque proposition de solution au défi que pose la dépendance s'inscrit dans le cadre d'une conception du monde particulière. C'est pourquoi, avant d'opter pour telle ou telle solution technique, il est nécessaire de répondre à certaines questions :

Quel type de société voulons-nous ?

Qu'est-on prêt à mettre en œuvre pour que chacun puisse vivre dignement ?

Parce que la question de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées n'est finalement qu'un aspect d'une interrogation plus large sur les réponses sociales qu'il est légitime d'apporter aux populations rencontrant des difficultés, le CESER considère qu'il pourrait être pertinent dans le cadre de cette approche de mobiliser le concept de « care » qui permet de porter un regard global sur diverses questions de société.

Le concept de « care » est utilisé depuis le début des années 1980 dans les pays anglo-saxons. En français, il peut être traduit par l'expression « souci des autres » : c'est un concept polysémique qui recouvre à la fois les champs de la souffrance et de l'assistance.

Au-delà de l'aspect sémantique, c'est le contenu de cette notion qui est intéressant. **Le « care » est une pratique qui s'articule autour des concepts de responsabilité et de liens humains où les situations ne seraient pas définies en terme de droit mais par la**

recherche d'un équilibre entre le souci de soi et le souci des autres. C'est un concept qui permet de réhabiliter la solidarité, au-delà des aspects financiers.

Le CESER convient qu'il est pertinent d'appréhender les questions sociales dans leur globalité afin de percevoir les liens qui peuvent exister entre elles. Le CESER alerte cependant sur le risque d'une dramatisation dont l'objet serait de servir des intérêts particuliers, qu'ils soient publics ou privés.

2. Quelles pistes de financement de la dépendance ?

Concrètement, la majorité de la prise en charge est exercée par la solidarité familiale, ce qui crée des inégalités selon les moyens dont disposent les familles. Faire supporter à la solidarité intrafamiliale les risques de perte réduite d'autonomie (GIR 3 et 4) en les excluant de l'APA, conduit à accroître les inégalités et à faire supporter aux plus démunis le coût de la dépendance. Plus grave, au vu de l'évolution des niveaux de retraite notamment, il est à prévoir que des personnes risquent de ne pouvoir s'acquitter du coût de leur prise en charge (pour la part restant à leur charge).

Il existe cependant une forme de financement collectif puisqu'une partie de la prise en charge de la dépendance est financée par la journée de solidarité, qui concerne les seuls salariés. Ce principe peut être considéré comme injuste dans la mesure où il revient à faire financer un problème qui concerne l'ensemble de la population par les salariés qui paient ainsi deux fois (puisque'ils paient à la fois CSG et cette journée). De plus, les caisses qui gèrent ces cotisations génèrent des excédents reversés à l'Etat ; aussi ne serait-il pas plus judicieux, avant de créer une cotisation supplémentaire, d'une part, d'élargir l'assiette de cotisation de la journée de solidarité, et d'autre part, d'utiliser les excédents observés ?

Concernant les financements collectifs, il faut distinguer les solutions qui se fondent sur le principe d'une cotisation de celles qui se fondent sur un aspect fiscal. En effet, la cotisation suppose une affectation précise alors que la fiscalisation laisse l'Etat libre d'affecter les sommes aux secteurs de son choix, qui peuvent donc différer de l'objectif initial. Toutefois, l'avantage d'une solution basée sur la fiscalité est qu'elle peut être plus générale : par exemple, la CSG touche tous les revenus, alors qu'une cotisation ne concerne que les revenus d'activité.

Une question fait débat autour de l'idée de savoir si les familles disposant d'un patrimoine important doivent ou non pouvoir bénéficier de la solidarité nationale lorsque survient un état de dépendance. Si on considère que ces familles doivent pouvoir bénéficier de cette solidarité puisqu'elles paient des impôts à proportion de leur patrimoine, on peut estimer légitime l'existence d'un droit universel à être aidé au moment de l'entrée en dépendance.

La perte d'autonomie devrait être prise en charge par la solidarité nationale. La création d'un nouveau risque géré par la Sécurité Sociale, le risque « perte d'autonomie », est donc indispensable. Il est nécessaire de contribuer à la création d'un droit de compensation pour l'autonomie quel que soit l'âge, financé dans un cadre de solidarité nationale.

2.1 Des pistes de financement d'un cinquième risque ?

Une nouvelle cotisation ?

Le système de protection sociale est basé sur le principe selon lequel chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins et que tout le monde cotise sans avoir l'assurance d'avoir besoin pour soi un jour de cette solidarité nationale. Il peut paraître inutile d'inventer un nouveau modèle et légitime de souhaiter que le risque dépendance soit assuré sur le même principe et donc qu'une 5^{ème} branche soit créée ou que le risque dépendance soit intégré dans la branche maladie. La création d'une nouvelle branche ne signifie pas forcément la création d'une nouvelle Caisse, cela peut simplement être une ligne de plus sur une caisse déjà existante.

La réponse devrait passer par une gestion collective de ce risque au sein de la Sécurité sociale ; son financement se ferait alors dans le cadre de la solidarité nationale avec un engagement de l'Etat.

A partir de ces éléments, une des pistes pourrait donc être **d'augmenter la contribution collective**, sous réserve tout de même d'avoir le bon dimensionnement de ce que sera le risque dépendance.

L'évaluation du risque doit toutefois tenir compte de deux évolutions prévisibles :

- L'espérance de vie ne va pas continuer à augmenter indéfiniment ;
- En revanche, on devrait continuer à vivre mieux, en bonne santé, plus longtemps.

Plus précisément, pourrait être imaginé un système en deux parties avec :

- La création d'une nouvelle cotisation sur les rémunérations qui soit relativement faible (principe du système assurantiel redistributif : on cotise pendant les périodes d'activité et ces sommes servent aux personnes dépendantes au même moment et on pourra bénéficier à son tour de la solidarité nationale si l'on devient un jour dépendant.)
Un débat devra avoir lieu sur la question de savoir s'il faut prévoir une certaine fongibilité entre les caisses ou bien si doivent être envisagées des sommes affectées spécifiquement à la dépendance.
- En complément, une surcotisation versée par les individus, de manière facultative, qui permettrait d'améliorer la prise en charge en cas de survenue de la dépendance.

Des exonérations pour les plus faibles revenus pourraient être prévues.

2.2 La question de la finalité

Les différentes idées qui ont été présentées dans cette section consacrée au cinquième risque n'ont eu trait qu'à la question du financement de la dépendance. Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que les réponses à cette question du financement sont étroitement liées aux finalités recherchées. Pour déterminer comment financer au mieux la dépendance, il est nécessaire de se mettre d'accord sur ce que l'on veut financer. La question est bien : quelle prise en charge peut être jugée nécessaire ? Ou, en d'autres termes, à quoi doit servir ce financement, comment doit-il être réparti ?

V. PRÉCONISATIONS CONCERNANT LES STRUCTURES ET LES INSTITUTIONS

1.FAVORISER L'ADAPTATION DES ESPACES PUBLICS POUR RETARDER LES EFFETS ET LA SURVENUE DE LA DEPENDANCE

Au-delà de l'adaptation des logements, l'accès aux espaces publics, parcs publics et des espaces verts notamment, doit être au cœur de l'attention des pouvoirs publics car ils jouent un rôle fondamental dans le maintien de la « perception » de son autonomie.

1.1 Intégrer la problématique de la dépendance dans les documents d'urbanisme

C'est au niveau de **l'élaboration des documents d'urbanisme** que doit être prise en compte cette préoccupation. Le CESER préconise notamment de prévoir la réduction des obstacles pour favoriser la mobilité et l'accès aux services.

En effet, si la préoccupation du vieillissement de la population est évoquée lors de l'élaboration des documents d'urbanisme, elle y est peu traduite concrètement. Le CESER estime que les collectivités ont un rôle fédérateur à jouer pour formaliser, au travers de ces documents, une politique d'aménagement des territoires de vie qui tienne compte de cette dimension.

Les Plans Locaux d'Urbanisme élaborés par les communes pourraient par exemple être incités à prévoir des logements réservés aux seniors au sein de nouveaux quartiers construits sur le principe d'une mixité d'usage (logements, commerces, services, etc.) et un déplacement facilité par des transports en commun. Ces documents pourraient également prévoir de prendre en considération des surfaces minimum par type de logement et une meilleure sécurisation de l'espace public (éclairage, signalisation, accessibilité, parkings dédiés et adaptés, etc.).

Au-delà, on pourrait imaginer de faire évoluer les **normes de conception de ces logements seniors** : domotique, espaces, fléchage de circulation, équipements de sanitaires et bains, intégration de réseaux de communication (internet, signal d'appel, alarmes, télétransmission, gestion centralisée, etc.)

1.2 Favoriser un bon maillage territorial de l'offre de soins

Répondre au souhait exprimé par les personnes âgées de rester à leur domicile le plus longtemps possible suppose qu'il existe un bon maillage territorial de l'offre de soins. La problématique du maintien à domicile rejoint donc celle de la répartition de l'offre de soins.

Dans de précédents rapports, « l'Avis sur l'offre de soins en Midi-Pyrénées » (17/05/04) et « l'accès à des soins de qualité pour tous » (23/06/09) en particulier, le CESER avait mis en évidence le caractère inégal de la répartition de l'offre de soins sur le territoire régional. Cette mauvaise répartition, qui dans certaines zones posent déjà d'importants problèmes d'accès aux soins, concerne aussi bien les établissements de santé que les professionnels libéraux (médecins, infirmiers, professions paramédicales, etc.).

Pour résoudre ces difficultés, la proposition 4 du rapport sur « l'Accès à des Soins de Qualité pour tous en Midi-Pyrénées » (23/09/09), en vue de favoriser la présence de professionnels de santé sur tout le territoire, préconisait notamment de « *favoriser une répartition plus harmonieuse des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire en développant davantage les mesures incitatives et désincitatives* :

L'état des lieux a montré que Midi-Pyrénées comptait un nombre de médecins, en proportion, plus important que la moyenne nationale mais que leur répartition était telle que l'on constatait de grandes disparités entre les territoires.

La liberté d'installation des médecins apparaît comme un des critères d'une inégalité de répartition des praticiens sur le territoire régional.

Ce constat plaide en faveur d'une régulation de l'installation des professionnels de santé sur le territoire.

Des lieux d'installation prioritaire pourraient être définis sur la région par une commission préfectorale constituée de fonctionnaires de l'Etat, de représentants de la Région et des autres collectivités territoriales, des représentants des professionnels de santé et des organismes représentant l'Assurance Maladie.

Des mesures incitatives d'accompagnement pour l'installation dans les secteurs régionaux désertifiés ou à risque de désertification doivent être clairement établies : conditions d'hébergement, revalorisation des actes, facilitation d'accès à des plateaux techniques de proximité par exemple.

A contrario, dans les zones surmédicalisées, des mesures désincitatives doivent être mises en place.

L'objectif serait, qu'à l'instar de l'accord intervenu pour réguler l'installation des infirmiers libéraux, un débat soit mené et que les médecins parviennent, par voie conventionnelle, à un accord qui permette de mettre en place des mesures pour réguler leur installation. »

En outre, un bon maillage de l'offre de soins favorisera la réalisation de campagnes de dépistage de la dépendance.

1.3 Favoriser l'instauration de pôles d'excellence rurale intégrant les services aux personnes

La création des pôles d'excellence rurale, qui s'inspire de celle des pôles de compétitivité en zone urbaine, date de 2005 : cette politique a été mise en place dans le cadre de la politique visant à relancer et à soutenir l'activité économique française dans les territoires ruraux. Il s'agit de soutenir les actions de développement local génératrices d'activité économique en favorisant de nouvelles dynamiques territoriales et en valorisant le potentiel local préexistant. Le label « pôle d'excellence rurale » est attribué à des projets fondés sur un partenariat entre des collectivités locales et des entreprises privées favorisant le développement des territoires ruraux qui reçoivent à ce titre un financement partiel de la part de l'État.

Les actions mises en œuvre dans le cadre des pôles d'excellence rurale doivent viser à :

- Développer les activités économiques et valoriser les atouts des territoires ruraux ;
- Faciliter la vie quotidienne des populations rurales ;
- Organiser et animer les territoires afin d'assurer la complémentarité des espaces.

Dans le cadre de cette réflexion sur la prise en compte des questions de dépendance liée à l'âge dans les politiques d'aménagement du territoire, **le CESER encourage l'instauration de pôles d'excellence rurale qui englobent les questions de services aux personnes**, à l'instar de deux Pôles d'excellence rurale existants en Midi-Pyrénées :

- Celui des Hautes-Pyrénées qui vise à mettre en place les moyens de développer les services de santé, aux familles et de proximité ;
- Celui de l'Aveyron où le projet se décline concrètement autour de deux axes d'interventions auprès du malade et des aidants familiaux et professionnels : prise en charge sanitaire (dépistage, etc.) et accompagnement social (accueil, sensibilisation, etc.).

1.4 Favoriser la complémentarité des différents types d'établissements permettant la proximité et la continuité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes

Le CESER considère qu'il ne faut pas opposer les différents modes de prise en charge des personnes âgées dépendantes entre eux. Au contraire, il serait préférable de faciliter le passage du domicile à l'établissement, de l'établissement assurant une prise en charge de personnes peu dépendantes à l'établissement pour personnes lourdement dépendantes.

Pour cela, **il serait pertinent d'associer à toute nouvelle construction d'EHPAD la construction de foyers logements (ou résidences intégrées) dans la même sphère géographique.**

Il ne s'agit pas de cantonner les personnes âgées dans des zones spécifiques. D'ailleurs, dans le même temps, il serait opportun que les EHPAD soient ouverts sur l'extérieur en permettant par exemple aux personnes âgées n'y résidant pas de profiter de certains services proposés de l'établissement (dépistage ou animation par exemple).

1.5 Mieux coordonner les différents types de services

L'état des lieux auquel a procédé le CESER a mis en évidence le rôle du manque de coordination entre les différents acteurs dans les dysfonctionnements, difficultés rencontrées par les personnes âgées dépendantes.

Il s'agit notamment de mieux articuler les différents types de structures : structures d'aide à domicile, SSIAD, établissements d'hébergement, pour favoriser la continuité de la prise en charge et prévoir des réponses adaptées à chaque étape du vieillissement.

On a vu en effet que l'inadaptation du système de santé à la spécificité de la prise en charge des personnes âgées avait des conséquences négatives en terme de dépenses de santé mais surtout ne permettait pas d'optimiser la qualité de la prise en charge des personnes âgées, dont la caractéristique est souvent de présenter de multiples pathologies.

Pour le CESER, il est donc fondamental de mieux coordonner les soins gériatriques, en favorisant la mise en œuvre de parcours adaptés à la situation des personnes âgées.

Pour cela, il est nécessaire d'augmenter le nombre de structures d'accueil en direction des personnes âgées (en particulier des structures d'hébergement temporaire) et de services de soins et d'aide (infirmiers à domicile, équipes mobiles de gériatrie, aides ménagères, hospitalisation à domicile, accueil de jour, etc.) afin de limiter leurs passages dans les services d'urgences et la durée de leur séjour à l'hôpital.

A l'instar de ce qui se pratique en HAD¹, une amélioration de la coordination et de la coopération entre les équipes hospitalières, la médecine de ville et les autres professionnels de santé ou médico-sociaux et une meilleure coordination entre les services de soins et d'accompagnement de la vie courante à domicile sont également à rechercher.

¹ HAD : Hospitalisation à Domicile.

2. INSTAURER UNE CERTIFICATION QUALITE DES SERVICES D'AIDE À DOMICILE

Le CESER estime absolument nécessaire de donner les moyens aux structures habilitées d'accompagner et d'aider les personnes âgées. Ces moyens permettraient notamment de réaliser des campagnes d'information en direction des personnes âgées pour leur indiquer les services spécialisés existants pour répondre aux différentes questions qu'elles peuvent se poser.

Dans ce cadre, pourrait être envisagée, pour les structures d'aide à domicile, une labellisation qui permettrait de distinguer les structures qui prennent en charge des personnes âgées fragilisées et dépendantes de celles qui offrent essentiellement une prestation de service.

Le CESER est favorable à l'instauration d'une certification qualité des services d'aide à domicile qui pourrait permettre de valoriser, à travers le financement (tarif horaire en fonction de la qualité), une prise en charge plus humaine.

3. ENCOURAGER LES PROJETS PORTÉS PAR LE GERONTOPOLE

Le CESER souhaite souligner l'intérêt d'un certain nombre de projets portés par le Gérontopôle.

3.1 Favoriser l'accès à l'innovation

Longtemps, parce qu'il n'était pas considéré comme un secteur prioritaire, le secteur de la gériatrie a eu peu de financements. Or, il est fondamental d'améliorer la connaissance des pathologies qui touchent spécifiquement les personnes âgées pour pouvoir mieux les soigner et mieux prévenir l'émergence de ces pathologies. Les personnes âgées doivent, comme le reste de la population, pouvoir accéder à l'innovation thérapeutique.

Le CESER considère qu'il faut encourager l'accès à l'innovation et la mise en place de politiques de prévention pour les populations âgées.

Concrètement, le CESER encourage la création de postes d'attachés de recherche clinique dans tous les territoires de Midi-Pyrénées.

L'ARS a aidé déjà à la création de tels postes (4 actuellement) : le CESER considère qu'il serait pertinent que ce nombre soit augmenté.

3.2 Mettre en place une expérience pilote, sous l'égide du Gérontopôle, pour identifier les facteurs générateurs de dépendance dans les établissements de santé

Parmi les projets envisagés par le Gérontopôle, il est prévu de mener une étude de grande ampleur pour chercher à prévenir la dépendance créée à l'hôpital ou dans les EHPAD.

En effet, la prise en charge à l'hôpital peut parfois entraîner ou précipiter la dépendance, en favorisant la perte musculaire. Une personne âgée, en 10 jours d'hospitalisation, va perdre 30% de ses capacités motrices au niveau des membres inférieurs : le risque est de ne plus parvenir à se relever, à marcher à nouveau.

En maison de retraite, l'entrée se fait souvent dans l'urgence, suite à une hospitalisation par exemple : le fait que ce passage en maison de retraite ne soit pas préparé en fait une voie traumatisante. Ensuite, la prise en charge elle-même peut parfois entraîner une perte des capacités motrices. Ainsi, parce qu'il est peut-être plus « facile » de faire porter une couche à une personne âgée plutôt que l'aider à aller aux toilettes (ce qui nécessite du temps et du personnel), beaucoup de résidents deviennent incontinents en établissement alors qu'ils ne l'étaient pas avant (en outre, la facturation des couches augmente le reste-à-charge).

Tout en reconnaissant les effets bénéfiques de la prise en charge en établissements de santé, il est possible d'admettre qu'une prise en charge inappropriée peut générer de la dépendance.

L'objectif n'est pas d'accuser, mais bien d'identifier les facteurs en cause pour pouvoir les prévenir. Sur le modèle de l'action qui a visé à limiter les infections nosocomiales, il s'agit d'identifier les dysfonctionnements de l'organisation pour y remédier.

Le CESER est favorable à la mise en place d'une expérience pilote, placée sous l'égide du Gérotopôle, qui viserait à identifier les facteurs qui, au sein des hôpitaux ou des EHPAD, contribuent à créer la dépendance.

3.3 Améliorer la prise en charge des patients vivant en établissement

A l'heure actuelle, les personnes âgées résidant en maisons de retraite disposent des mêmes traitements que les personnes âgées vivant à domicile ou même que des personnes plus jeunes. Cela n'est pas pertinent car cela revient à nier les spécificités de l'état de santé des personnes âgées (caractérisé souvent par la concomitance de plusieurs pathologies) et donc les spécificités de leurs besoins de prise en charge.

C'est souvent la méconnaissance de ces spécificités qui est la cause de cette réalité. Il est indispensable de mener des travaux de recherche spécifiques aux populations qui vivent en institution.

Le CESER approuve l'initiative du Gérotopôle qui mène une étude clinique en EHPAD avec comme objectif d'améliorer la prise en charge des patients vivant en établissement pour favoriser la bientraitance.

3.4 Encourager la recherche menée par les personnels soignants

Le CESER approuve l'accent mis par le Gérotopôle sur la recherche menée par les personnels soignants. C'est une initiative d'autant plus pertinente que les infirmières référentes et les aides-soignants se montrent souvent effectivement motivés par la recherche.

L'intérêt de la recherche réalisée par les personnels soignants relève d'un double aspect : outre l'apport spécifique de personnels qui sont au contact direct des patients, ce type de recherche peut également contribuer à modifier les pratiques car il y a un effet induit par la procédure de recherche avant même les résultats.

Le CESER estime qu'il pourrait être pertinent d'aller au-delà et que l'association des personnels soignants à la recherche s'étende au-delà du secteur hospitalier.

CONCLUSION

Alors que la question de la prise en charge, notamment financière, de la dépendance est au cœur de l'actualité, le CESER a souhaité apporter sa contribution en s'attachant à avoir une vision d'ensemble, qui soit la plus objective possible. Dans un contexte où le sujet peut devenir polémique alors qu'il réclame un consensus général, il apparaît nécessaire de bien quantifier et qualifier les enjeux qui sont susceptibles d'évoluer dans le temps.

Pour le CESER, il est primordial de garder à l'esprit que le vieillissement est un processus naturel et que chacun a vocation à accéder un jour au grand âge. Cela signifie que plutôt que d'appréhender les conséquences du vieillissement comme un problème, il est préférable d'adopter une vision positive du phénomène et de définir un projet de société qui intègre, respecte et responsabilise les personnes âgées.

Dans le champ de la vieillesse, la multiplication de politiques sectorielles a abouti à un « découpage » en champs d'intervention relativement étanches qui ne peut s'avérer qu'inefficace : les réponses doivent être envisagées de manière globale.

Le vieillissement ne doit pas être compris comme un état défini à partir de critères uniformes (l'âge en particulier) mais comme un processus concernant de manière différenciée l'ensemble des habitants d'un territoire. A la vision financière et quantitative du vieillissement, nous proposons une conception plus nuancée et plus qualitative.

Autrement dit, il est nécessaire de revaloriser l'image des personnes âgées et surtout de développer des politiques territoriales qui tiennent compte de leurs propres capacités à porter un projet social, à être actrices de leur devenir et à contribuer au vivre ensemble.

Partir de cette vision plus positive et globale du vieillissement dans le cadre d'une réflexion autour de la dépendance et de ses conséquences en termes humains et financiers permet d'appréhender la question sans opposer les différentes catégories de population. Ainsi, cela renforcerait les liens intergénérationnels. Il s'agit bien de construire un projet de société plus solidaire.

SYNTHÈSE DES PRÉCONISATIONS DU CESER DE MIDI-PYRÉNÉES

Chaque partie du présent rapport s'achève par une présentation détaillée des préconisations en lien avec le sujet traité dans cette partie.

Ce qui suit est une synthèse des préconisations, qui ne reprend que l'essentiel des préconisations. Au début de chaque section, un renvoi à la page où sont développés les éléments résumés ici permet au lecteur qui souhaite en savoir plus de se référer au texte.

I. LES PRÉCONISATIONS CONCERNANT LES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

1. PRÉVENIR LA DÉPENDANCE (cf. page 91)

1. Informer et éduquer les populations dès le plus jeune âge pour faire évoluer progressivement les comportements

a) L'éducation

Pour le CESER, la limitation des effets de la dépendance doit se penser avant même la survenue des premiers signes de diminution des capacités motrices et sensorielles, tout au long de la vie. C'est donc au niveau de la prévention et de l'éducation qu'il est nécessaire d'agir.

b) La prévention

Améliorer la prévention tout au long de la vie passe également par des actions en matière d'hygiène de vie, de conditions de travail, de conditions économiques et financières.

Le CESER considère que la prévention devrait être une des composantes des politiques de santé publique, auxquelles doivent participer l'ensemble des acteurs, dont les collectivités territoriales et, en particulier la Région.

c) Prendre en compte la spécificité de certaines populations

Le CESER préconise de mettre en place une formation des personnels et de chercher à rendre plus visibles les dispositifs, de les adapter pour les rendre plus accessibles aux populations nouvelles qu'accueille Midi-Pyrénées (originaires du Royaume-Uni, des Pays-Bas notamment).

d) Mettre en œuvre des mesures de dépistage

Une sectorisation gériatrique pourrait être organisée. Dans chaque secteur, pourraient être mis en place des centres de dépistage adossés aux EHPAD ou aux pôles gérontologiques (CLIC par exemple) pour repérer les personnes âgées fragiles.

Dans ce cadre, le CESER encourage la mise en œuvre d'une expérience-pilote en Midi-Pyrénées qui verrait un centre de dépistage de la dépendance se mettre en place dans chaque chef-lieu des 8 départements de la région.

2. L'ADAPTATION DU LOGEMENT À LA DÉPENDANCE **(cf. page 93)**

Le CESER préconise de :

2.1 Procéder au recensement des logements à adapter

Ce recensement des logements à adapter pourrait se faire par la mise en place de réseaux de repérage des personnes âgées vivant dans un habitat inadapté et souhaitant rester à domicile (réseaux associatifs ou professionnels).

2.2 Favoriser la labellisation d'une filière professionnelle

Cette filière professionnelle aurait pour fonction d'informer et de proposer une offre globale de manière à coordonner les interventions des différents corps de métier. **Le CESER propose que soit mise en place une labellisation des professionnels (artisans et entreprises) qui offriraient ce type d'offre globale en matière de travaux d'adaptation.**

2.3 Assouplir les obligations portant sur les constructions neuves en terme d'accessibilité

Pour les constructions neuves, les promoteurs sont aujourd'hui dans l'obligation de construire des appartements répondant aux normes d'accessibilité.

Le CESER estime qu'il serait pertinent d'assouplir cette loi. On pourrait imaginer que dans chaque construction nouvelle, un pourcentage de logements soit conforme à ces normes (et non l'ensemble des logements). Ces logements pourraient être affectés aux habitants de l'immeuble vivant dans un logement devenu inadapté à leur état de dépendance : cela permettrait de limiter le changement pour la personne qui garderait ainsi un certain nombre de ses repères.

2.4 Faciliter le financement des travaux d'adaptation des logements

a) En réservant certaines aides de l'ANAH aux personnes handicapées ou dépendantes

b) En octroyant une aide à l'adaptation d'un logement à la perte d'autonomie quel que soit le statut de la personne âgée (propriétaire, locataire, hébergé).

Outre l'adaptation du logement, d'autres pistes, développées plus loin, peuvent permettre de faciliter le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes :

- Les gérontechnologies ;
- L'amélioration de la coordination entre les différents intervenants ;
- La structuration d'une continuité d'accompagnement et de soins entre le domicile, les solutions intermédiaires, l'EHPAD et l'établissement de santé.

3.FAVORISER LES LIENS INTERGENERATIONNELS (cf. page 96)

Le CESER préconise de favoriser la rencontre entre différentes générations. Plusieurs voies peuvent être envisagées :

3.1 Cette rencontre pourrait être prévue dans les instances de concertation.

3.2 En encourageant les phénomènes émergents que sont les systèmes de cohabitation ou de colocation entre seniors d'une part, et entre générations d'autre part.

Dans un immeuble, une personne âgée pourrait loger dans un T2 ou T3 et que soit proposé à trois étudiants ou à des familles d'occuper un appartement dont le loyer serait réduit si, en contrepartie, ils assuraient en alternance (une sorte de système d'astreinte) une surveillance nocturne et jouaient un rôle d'alerte en cas de problème. Cette contrepartie pourrait être formalisée dans un contrat. Le Conseil Régional, le CROUS (pour le cas des étudiants) pourraient mettre en œuvre ce type de formule (qu'on pourrait appeler projet VIGI, « Veille Inter Générationnelle Intégrée ») et participer financièrement (pour rendre possible le loyer réduit).

II. LES PRÉCONISATIONS EN DIRECTION DES AIDANTS

1. UN STATUT POUR LES AIDANTS FAMILIAUX¹ (cf. page 133)

Le CESER insiste sur la nécessité d'établir un statut de l'aidant qui permettrait de définir ses droits et ses devoirs.

Cela passe par :

- 1.1 L'assouplissement des conditions d'accès au congé de solidarité familiale*
- 1.2 La création d'une compensation financière minimale en cas de diminution d'activité professionnelle impliquant une baisse de revenus*
- 1.3 Faciliter dans les entreprises les aménagements d'horaires et d'organisation du travail pour les salariés en situation d'aidants qui en font la demande.*
- 1.4 Mettre en œuvre un système d'indemnisation pour les aidants qui souhaitent prendre en charge un proche dépendant*
- 1.5 Miser sur des moyens de communication attractifs et accessibles pour informer les citoyens sur la problématique de la dépendance liée à l'âge.*
- 1.6 Mieux informer les aidants sur l'existence des gérontechnologies*
- 1.7 Augmenter le nombre de places d'accueil temporaire pour faciliter des temps de répit aux aidants*
- 1.8 Mettre en place des journées de sensibilisation et de formation*
- 1.9 Créer des structures d'information et d'aide aux aidants*

2. LA VALORISATION DES MÉTIERS DES AIDANTS PROFESSIONNELS (cf. page 135)

2.1 Former les professionnels aux spécificités de la dépendance

Le CESER considère qu'il est nécessaire d'intégrer les spécificités des personnes âgées dépendantes dans les modules de formation, et notamment une solide formation gériatrique dans les études en soins infirmiers, mais aussi dans celles des aides-soignants.

¹ Les préconisations concernant le statut des aidants sont reprises du rapport du Centre d'Analyse Stratégique, Note de Veille, n°187, juillet 2010 : « Comment soutenir efficacement les « aidants » de personnes âgées dépendantes ? ».

2.2 Valoriser les métiers par la formation et la qualification

Pour cela, le CESER juge primordial :

- a) *De développer des formations spécifiques assurées par des équipes d'experts du vieillissement.*
- b) *D'améliorer les conditions de travail et les rémunérations*
- c) *D'améliorer et d'élever le niveau de qualification des salariés.*
- d) *De créer des formations initiales reconnues et des passerelles vers des métiers connexes qui pourront ouvrir, peu à peu, la voie vers de véritables parcours professionnels.*
- e) *D'alléger les exigences théoriques dans le cadre d'une validation des acquis de l'expérience. En effet, la VAE est une des voies de certification mais les exigences de la procédure d'inscription en limite l'accès.*
- f) *De renforcer les formations spécifiques, par le biais de la formation continue, pour les personnels en EHPAD, à travers deux aspects :*
 - *Créer un socle de formations de base pour l'ensemble des personnels, y compris le personnel hôtelier, qui permette de bien appréhender la spécificité du travail auprès de publics âgés dépendants*
 - *Développer les formations internes abordant la question de la prise en charge des personnes atteintes de troubles comportementaux.*

De manière générale, pour le CESER, il est nécessaire de **garantir que la qualification requise soit la même pour les personnels en établissement que pour ceux qui interviennent à domicile**, c'est-à-dire quel que soit le lieu où se déroule la prestation.

3. PROCÉDER À LA RÉVISION DE LA CHARGE EN SOINS (cf. page 137)

4. METTRE EN PLACE UN SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE AUPRES DES AIDANTS FAMILIAUX ET PROFESSIONNELS (cf. page 137)

Du fait du lien humain qui se tisse entre l'aidant et la personne âgée, le CESER encourage le renforcement du soutien psychologique visant à accompagner les aidants, professionnels ou non (si telle est leur demande) lors du décès de la personne âgée, notamment par la **mise en place de cellules de soutien psychologique**.

III. PRÉCONISATIONS CONCERNANT LES STRUCTURES ET LES INSTITUTIONS

1. FAVORISER L'ADAPTATION DES ESPACES PUBLICS POUR RETARDER LES EFFETS ET LA SURVENUE DE LA DÉPENDANCE (cf. page 169)

1.1 Intégrer la problématique de la dépendance dans les documents d'urbanisme

1.2 Favoriser un bon maillage territorial de l'offre de soins

Dans de précédents rapports, « l'Avis sur l'offre de soins en Midi-Pyrénées » (17/05/04) et « l'accès à des soins de qualité pour tous » (23/06/09) en particulier, le CESER avait abordé ces questions.

Le CESER préconise de favoriser une répartition plus harmonieuse des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire en développant davantage les mesures volontaristes.

1.3 Favoriser l'instauration de pôles d'excellence rurale intégrant les services aux personnes

1.4 Favoriser la complémentarité des différents types d'établissements permettant la proximité et la continuité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes

1.5 Mieux coordonner les différents types de services

Pour le CESER, il est fondamental de mieux coordonner les soins gériatriques, en favorisant la mise en œuvre de parcours adaptés à la situation des personnes âgées.

Pour cela, il est nécessaire d'augmenter le nombre de structures d'accueil en direction des personnes âgées (en particulier des structures d'hébergement temporaire) et de services de soins et d'aide (infirmiers à domicile, équipes mobiles de gériatrie, aides ménagères, hospitalisation à domicile, accueil de jour, etc.) afin de limiter leurs passages dans les services d'urgences et la durée de leur séjour à l'hôpital.

A l'instar de ce qui se pratique en HAD¹, une amélioration de la coordination et de la coopération entre les équipes hospitalières, la médecine de ville et les autres professionnels de santé ou médico-sociaux et une meilleure coordination entre les services de soins et d'accompagnement de la vie courante à domicile sont également à rechercher.

¹ HAD : Hospitalisation A Domicile.

2. INSTAURER UNE CERTIFICATION QUALITE DES SERVICES D'AIDE À DOMICILE (cf. page 173)

Le CESER est favorable à l'instauration d'une certification qualité des services d'aide à domicile qui pourrait permettre de valoriser, à travers le financement (tarif horaire en fonction de la qualité), une prise en charge plus humaine.

3. ENCOURAGER LES PROJETS PORTÉS PAR LE GERONTOPOLE (cf. page 174)

Le CESER souhaite souligner l'intérêt d'un certain nombre de projets portés par le Gérontopôle.

3.1 Favoriser l'accès à l'innovation

Le CESER considère qu'il faut encourager l'accès à l'innovation et la mise en place de politiques de prévention pour les populations âgées.
Concrètement, le CESER encourage la création de postes d'attachés de recherche clinique dans tous les territoires de Midi-Pyrénées.

3.2 Mettre en place une expérience pilote, sous l'égide du Gérontopôle, pour identifier les facteurs générateurs de dépendance dans les établissements de santé

3.3 Améliorer la prise en charge des patients vivant en établissement afin de favoriser la bientraitance

3.4 Encourager la recherche menée au niveau des personnels soignants

GLOSSAIRE

AAH	Allocation Adulte Handicapé
Grille AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources
ACTP	Allocation Compensatrice pour une Tierce Personne
ADPAM	Association d'Aide à Domicile aux Personnes Agées et Aux Malades
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
ASH	Aide Sociale à l'Hébergement
ASPA	Allocation de Solidarité aux Personnes Agées
CAFAD	Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile
CARSAT	Caisse Régionale d'Assurance Retraite et Santé au Travail (ancienne CRAM)
CAS	Conseil d'Analyse Stratégique
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CNAV	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRAM	Caisse Régionale de l'Assurance Maladie
CROUS	Centre Régional des Œuvres Universitaires Scolaires
CSA	Contribution Solidarité Autonomie
CSG	Contribution Sociale Généralisée
DEAVS	Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale

DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation et des Statistiques
DSI	Démarche de Soins Infirmiers
DSS	Direction de la Sécurité Sociale
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ETP	Equivalent Temps Plein
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale et Médico Sociale
GIE	Groupement d'Intérêt Economique
GIR	Groupe Iso-Ressource
GMP	GIR Moyen Pondéré
HAD	Hospitalisation A Domicile
HID	Handicap Incapacité Dépendance
IHU	Institut Hospitalo Universitaire
INED	Institut National d'Etudes Démographiques
INSEE	Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques
MARPA	Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées
MSA	Mutuelle Sociale Agricole
ORSMIP	Observatoire Régional de la Santé en Midi-Pyrénées
PNNS	Programme National Nutrition Santé
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
RSA	Revenu de Solidarité Active

SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SPASSAD	Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
TIC	Technologie de l'Information et de la Communication
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
VAE	Validation des Acquis de l'Expérience

EXPLICATIONS DE VOTE

Présentées par :

- **Georges BENAYOUN** **au nom du 1^{er} Collège**
- **Jean-Michel BAYLAC** **au nom de la Chambre régionale
d'Agriculture**
- **Pierre LOUBÈRE** **au nom des 6 organisations syndicales
de salariés : CGT, CFDT, CGC, CFTC,
UNSA et FSU**
- **Patrick DELFAU** **au nom des unions départementales
Force Ouvrière**
- **Pierre-Jean GRACIA** **au nom du groupe Santé**
- **Bernard CASSAGNET** **au nom du groupe Associations**

Intervention de Georges BENAYOUN, Au nom du 1^{er} Collège

Monsieur le Vice-Président du Conseil Régional,
Monsieur le Président,
Mes chers collègues,
Mesdames et Messieurs,

La thématique de la dépendance et de la perte d'autonomie est tellement étendue et complexe que le CESER n'a voulu ne consacrer le présent avis qu'à l'aspect de ces deux phénomènes chez la personne âgée.

Cela exclut, de facto, de notre champ d'investigations, les problèmes du handicap constitutionnel ou acquis de l'adulte jeune et leurs conséquences.

Dans le travail qui vous est présenté, il nous est apparu indispensable de définir, dans un premier temps, un certain nombre de termes puis de rappeler la législation en vigueur en matière de dépendance de la personne âgée, et enfin d'étudier les différents enjeux qui sont posés par la dépendance et ceux inhérents à son environnement médico-social.

La deuxième partie du projet d'avis est consacrée à l'avancée de propositions qui permettraient d'améliorer ou de solutionner certaines situations.

Nous terminons ce travail sur l'opportunité de préconiser une expérience pilote régionale.

Sous la présidence de notre ami Philippe De LORBEAU, ce travail a été bien construit.

Il a été rédigé de main experte et on ne peut que féliciter Caroline HONVAULT, assistée de Sylvia MOLINA, dont la sagacité n'a eu d'égal que la patience, qualité essentielle d'un chargé de mission expérimenté.

Je voudrais aussi remercier la rapporteure, Marie-Christine ALBARET, qui a su recueillir et rassembler ce qui était éparé pour construire un projet d'avis dont le CESER peut être fier. La qualité de ce document marquera, j'en suis sûr, l'histoire de cette mandature.

Ce travail est conforme au cahier des charges tel qu'il avait été accepté par le Bureau du 1^{er} février 2010.

Le 1^{er} Collège le votera sans aucune réticence. Il regrette que, comme cela est devenu une habitude, des amendements de dernière minute, tentent de modifier ou dénaturer le projet d'avis.

Un certain nombre de nos préconisations concernent directement la politique régionale notamment en ce qui concerne la formation des personnes qui interviennent auprès des personnes âgées dépendantes mais aussi en matière d'aménagement du territoire par la couverture harmonieuse et équilibrée de centres de dépistage des personnes âgées dites fragiles, celles qui risquent de basculer dans la dépendance.

Le sujet ayant néanmoins un impact national, l'occasion était trop belle pour s'empêcher de réfléchir tout haut à la fois sur la maîtrise des dépenses de santé et sur les solutions du problème de la dépendance telle qu'il nous est annoncé pour 2012.

Vous avez dit maîtrise des dépenses de santé ?

En démocratie avertie, il me semble qu'il faut s'ériger fermement contre cette obsession de la

réduction des coûts, contre cette idéologie dominante et sans cesse réitérée qui voit la hausse des dépenses de santé comme une catastrophe, contre la culpabilisation des patients... le consumérisme médical.

Et oui ! Je suis persuadé que le fait que les dépenses de santé augmentent n'est pas une mauvaise nouvelle.

Ce sont de bonnes dépenses car l'espérance de vie augmente et parce que c'est un secteur qui suit le progrès technique et qui ne peut que créer des emplois.

Il est évident que la gestion doit être la plus efficace possible mais il faut pouvoir accepter, dans un pays moderne qui se targue d'avoir un des systèmes de santé les plus performants du monde, de voir les dépenses augmenter plus vite que le PIB.

Tant que la durée de vie s'allongera et que la qualité des soins est au rendez-vous, le gaspillage sera bénéfique, je dirais même souhaitable !

Le Président de la République nous a indiqué, lors de sa dernière intervention télévisée, que le financement de la dépendance serait le chantier de la fin de son quinquennat.

Et on est en train d'ancrer dans nos esprits qu'après les dépenses de retraite, il faut maintenant maîtriser les dépenses de la dépendance.

On est en train de nous faire admettre l'idée que plus on vit vieux, plus on a de chance d'être atteint de la maladie d'Alzheimer ou de la maladie de Parkinson ou les deux à la fois et qu'on va vivre nos quinze dernières années de la dépendance absolue ou dans un mouvoir collectif.

En réalité, chiffres à l'appui, on peut prouver le contraire : 1 million de Français sont actuellement en état de dépendance...allez ! on va dire 3 500 000 si l'on inclut par exemple dans cette dépendance la surdité et la mal voyance.

En moyenne, la durée de la dépendance est évaluée à 4% par an, dont 2% sont déjà couverts par l'assurance-maladie.

Alors, quand on compare ces chiffres à l'immensité des autres dépenses qui posent problème, on se demande pourquoi la dépendance prend une telle ampleur.

On focalise nos esprits et on culpabilise à tort les Français sur les dépenses de santé.

Veut-on copier les Anglais, les Hollandais ou les Suisses qui ont fixé une limite d'âge pour certains soins ?

Veut-on faire promulguer, comme je redoutais il y a déjà onze ans, ici à cette tribune, une loi sur l'interruption volontaire de vieillesse ?

La France doit répondre à la question qui est clairement posée : quelle est la véritable aspiration d'une société sinon de vivre le plus longtemps et le mieux possible.

On ne peut qu'affirmer haut et fort qu'il ne peut y avoir de limite à la distribution de soins... il s'agit là purement et simplement des recommandations du serment d'Hippocrate.

Actuellement, 700 000 personnes vivent dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées sur les 12 millions de plus de 60 ans et les 5 millions de plus de 75 ans.

Il s'agit d'une tendance qui s'explique bien sûr par la volonté de vieillir chez soi, mais également par l'état de santé relativement satisfaisant de la population même aux âges les plus élevés. Et contrairement à ce que l'on dit, les années de vie gagnées depuis plusieurs décennies sont des années de bonne santé et sans incapacité, ce qui repousse la perte d'autonomie à des âges de plus en plus avancés.

Et même lorsque les incapacités sont importantes, le maintien à domicile reste privilégié grâce, bien sûr, à l'intervention active et efficace des services de soins à domicile d'une part, et à la part active prise par les aidants naturels d'autre part.

Le psycho-sociologue Jean MANTOVANI, que nous avons auditionné dans le cadre de ce travail, estime que, contrairement à ce que l'on entend souvent dire sur la déstructuration des familles et sur le

désintéressement des enfants par rapport à leurs parents, la part de l'aide ne baisse pas d'une génération à l'autre.

La santé, c'est la vie des gens, c'est notre vie, c'est une plus-value de bonheur essentielle. C'est une addition d'espérances accumulée d'années en années, que l'on a gagnées sur la souffrance et sur la mort et qu'on ne voudra jamais perdre.

Il s'agit-là de propos optimistes sur lesquels je voulais terminer mon intervention.

Jonathan SWIFT, écrivain irlandais du XVII^{ème} siècle, auteur notamment des célèbres « Voyages de Gulliver » avait dit : « Tout le monde désire vivre longtemps mais personne ne voudrait être vieux. »

Ce à quoi SAINTE BEUVE aurait pu répondre deux cents ans plus tard : « Vieillir est encore le seul moyen qu'on ait trouvé pour vivre plus longtemps. »

Et je rajouterais, avec Thérèse CLERC, conceptrice des Babayagas, qui disait à 83 ans, que la vieillesse n'est pas un naufrage, comme le suggérait le Général de Gaulle, mais un bel âge : « Vivre mieux, c'est bien ; mais vieillir bien, c'est mieux ! ».

Je vous remercie de votre attention.

Intervention de Michel BAYLAC, Au nom de la Chambre régionale d'Agriculture

Monsieur le Vice-Président du Conseil régional,
Monsieur le Président,
Mes chers collègues,

Je reste à ma place simplement pour dire à chaud combien j'ai apprécié la qualité de ce travail en tant qu'auditeur, et féliciter la rapporteure et l'ensemble du groupe de travail.

Je gère quotidiennement un service d'aide à domicile ; dans le cadre de mes responsabilités de Président de Communauté de communes, on a pris en charge en direct l'aide à domicile de l'ensemble d'un territoire.

Vous avez pointé le travail de certaines catégories de personnel qui ne sont pas forcément reconnues, je pense également aux aidants familiaux qui, en milieu rural, « soignent » leurs parents naturellement et par devoir.

Vous avez pointé du doigt les problèmes de maltraitance, on sait très bien que lorsque l'on n'arrive plus à s'occuper des gens que l'on aime, lorsqu'on les voit doucement partir vers la dépendance avec tout ce que cela entraîne, arrivent à ce moment-là des problèmes de maltraitance.

J'en viens aussi au personnel qui est témoin de cela et qui voit aussi la pente descendante vers laquelle inéluctablement ces personnes sont entraînées, ces personnes qui ont besoin de soutien psychologique.

Nous avons mis en place sur notre Communauté de communes des groupes de parole pour permettre à ce personnel d'être plus armé parce que ce sont des êtres humains qui s'adressent à d'autres êtres humains. Les deuils certes sont importants pour la famille, mais parfois sont difficilement acceptés ou vécus de la même manière par le personnel.

Je crois que vous avez parlé de tout cela, il ne manque rien dans ce rapport, simplement j'ai envie de dire, pour m'occuper d'un service en milieu rural, qu'on a besoin d'efforts particuliers des collectivités publiques territoriales, il ne faut pas que l'on soit abandonné au milieu du gué. C'est pour cette raison que nous avons mis en place, ici ou là, des projets de PER (Pôle d'Excellence Rurale) au niveau de l'ensemble de l'UDCCAS gersoise par exemple. Ensuite il faut prendre en compte le rôle prépondérant des collectivités locales par leur engagement.

On arrivera à faire vivre ce milieu rural par l'engagement des collectivités locales. Lorsqu'une collectivité locale gère le scolaire, le périscolaire et l'aide à domicile, on peut imaginer des liens intergénérationnels qui amènent beaucoup et qui permettent le vivre mieux et le vivre ensemble.

C'est simplement le message à chaud que je voulais vous faire passer, j'apprécie beaucoup le travail qui a été réalisé. Comme quoi dans ce CESER, la multiplicité des sensibilités peut amener à de jolis résultats.

Je vous remercie de votre attention.

**Intervention de Pierre LOUBÈRE,
Au nom des 6 organisations syndicales de salariés:
CGT, CFDT, CGC, CFTC, UNSA et FSU**

Monsieur le Vice-Président du Conseil régional,
Monsieur le Président du CESER,
Mesdames et Messieurs,

Je serai le porte parole des organisations syndicales de salariés : **CGT, CFDT, CGC, CFTC, UNSA et FSU**.

La commission 4 du CESER présente aujourd'hui son projet d'avis sur le thème de la dépendance, au moment même où le Président de la République engage la réforme annoncée sur le sujet.

Le CESER de Midi-Pyrénées précède donc le Gouvernement ; on peut légitimement penser que notre apport contribuera, à sa juste place, à la réflexion gouvernementale.

Ce projet d'avis revêt donc une importance singulière, crédit que semble lui accorder l'épaisseur du document.

« De la dépendance liée à l'âge ; une question de société ». Bien sûr, mais pas simplement. La dépendance (ici, des personnes âgées), c'est d'abord et avant tout, une interrogation posée à la société entière. Autrement dit, que signifie-t-elle et que dit-elle de notre société ?

La dimension éthique est présente dans le document ; c'est heureux car l'accompagnement et la prise en charge du grand âge ne sont pas qu'un problème d'organisation ou de financement, même si cette dernière dimension est primordiale.

Depuis des années, les gouvernements successifs projettent de créer une véritable couverture sociale afin de prendre en charge les personnes en perte d'autonomie. Pour nous, face aux risques de la dépendance, il faut une réponse collective, solidaire et publique, car il s'agit d'un enjeu de société qui demande une réponse de la collectivité nationale. Même si l'espérance de vie en bonne santé progresse plus vite que l'espérance de vie elle-même, la forte augmentation des plus de 80 ans entraînera une augmentation importante des personnes âgées en perte d'autonomie. Or la perte d'autonomie est un des drames de la vieillesse. Les causes sont diverses mais proviennent très souvent de maladies neurodégénératives, elles sont aussi liées aux conditions de travail et à l'insuffisance de la politique de prévention. Il s'agit donc d'une question de société à laquelle la collectivité nationale doit apporter une réponse satisfaisante aux besoins exprimés.

La réforme qui se prépare devra donc répondre à un certain nombre de principes :

- Une prise en charge sans barrière d'âge

Le Conseil économique et social a demandé en 2004 « une prise en charge collective, quel que soit leur âge, des personnes en situation de handicap ». La loi du 11 février 2005 a ensuite apporté des éléments de réponse allant dans ce sens. Un calendrier avait été fixé mais il n'a pas été respecté.

- Développer la prévention

Pour l'être humain, garder toutes ses capacités d'autonomie jusqu'à la fin de sa vie est légitime. La prévention est un moyen pour lutter contre la perte d'autonomie. Elle doit être menée tout au long de la vie. Ce doit être une des dimensions de la politique nationale de santé publique. Les systèmes de santé doivent y contribuer par des actions spécifiques. En outre, une politique particulière de prévention doit

être menée en direction des personnes âgées.

- Répondre aux besoins des personnes restées à leur domicile

Les derniers sondages montrent que les personnes âgées souhaitent rester dans leur domicile le plus longtemps possible. Le maintien à domicile doit donc être privilégié. Il permet le maintien de la vie sociale. Pour ce faire, il faut développer et améliorer très sérieusement les services et les soins à domicile, ainsi que leur organisation, leur coordination et leur prise en charge financière.

- Pour une politique coordonnée et de qualité dans les aides à la personne

On constate une situation déplorable où tous les services à domicile ont tendance à être considérés de la même façon. Il n'est pas possible que des aides de confort soient traitées de la même façon que des aides qui sont indispensables pour permettre à une personne âgée d'avoir une existence décente. En 2009, ces services (en particulier les associations) ont connu des difficultés financières telles que certaines ont cessé leur activité. Les causes de ces situations sont variées mais il est indiscutable que la façon dont leurs tarifs sont imposés ne favorise pas celles qui font de réels efforts pour améliorer la qualification des intervenants et la qualité des services offerts. Améliorer la tarification de ces services sans en reporter la charge supplémentaire sur les personnes âgées s'impose.

- Une offre insuffisante d'accueil en établissement

Le nombre de places en EHPAD (appelés couramment maisons de retraite médicalisées) est très insuffisant. Le rythme actuel des créations de places en EHPAD (7 500 places par an) ne répond pas aux besoins actuels et futurs.

Le taux d'encadrement, c'est-à-dire le ratio entre le personnel d'encadrement et les personnes accueillies est trop faible. Il s'élève à l'échelle nationale à 0,57 équivalent temps plein. C'est nettement insuffisant pour faire face à l'accueil de personnes de plus en plus dépendantes.

- Une offre à mieux répartir sur le territoire

De nombreuses personnes qui entrent en institution devraient, afin de n'être pas trop déracinées, pouvoir rester dans une zone proche de leur lieu initial de résidence.

- Des tarifs d'hébergement trop élevés

Les prix de journée en établissement sont très élevés et très variables. A ces tarifs d'hébergement, très élevés, s'ajoutent les frais liés à la perte d'autonomie qui ne sont pris en charge que partiellement par l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie). Ces grandes disparités de tarifs doivent être réduites ; les tarifs doivent être mieux encadrés par les pouvoirs publics ; le reste à charge est beaucoup trop élevé pour les personnes concernées ou leur famille. Le montant mensuel de 1 500 euros est donné comme un minimum. Les tarifs peuvent dépasser 2 000 euros par mois et même 3 000 dans certains établissements, alors que le montant moyen des pensions de retraite n'est que de 1 200 euros environ. Et cette disparité est particulièrement aggravée pour les femmes, qui ont en moyenne des pensions inférieures de 38% à celles des hommes. Des mesures doivent être prises pour diminuer le coût à charge des personnes âgées sans diminuer, voire même en améliorant, la qualité de l'accueil et du service et sans hypothéquer les conditions de vie ultérieures.

- Le financement de la réponse à la dépendance

Les frais liés à la perte d'autonomie sont en partie compensés par l'APA, sachant que les soins liés à la maladie sont pris en charge par l'assurance maladie. L'APA est insuffisante et inégalitaire. **Insuffisante**, car le reste à payer est trop important. **Inégalitaire**, car elle varie d'un département à l'autre. La création d'un nouveau risque géré par la sécurité sociale, le risque « perte d'autonomie », est donc indispensable. Nous revendiquons la création d'un droit universel de compensation pour l'autonomie quel que soit l'âge, financé dans un cadre de solidarité nationale. Le recours à des assurances individuelles et au patrimoine des personnes âgées ne sont pas des solutions acceptables car

elles pénalisent les personnes âgées dépendantes au détriment d'une solidarité large.

- Nous nous opposons par ailleurs à des projets tels que :
 - la fusion des aides et des moyens existants en un seul dispositif dégressif selon les revenus ;
 - la mise en place d'un système de gage patrimonial ayant une incidence sur le taux de prestations, selon l'acceptation ou pas de cette démarche ;
 - l'abandon de l'APA avec son remplacement à terme par une assurance privée obligatoire.
 - l'abandon de la convergence entre handicapés et personnes âgées en perte d'autonomie définie par loi de février 2005 ;
 - certaines propositions visant à faire diminuer le prix journalier de l'hébergement et comportant des risques pour la qualité de l'accueil à l'avenir ;
 - le coût croissant supporté par les familles qui sont déjà largement sollicitées.

Pour conclure : la manière de traiter et de soigner les anciens est symptomatique d'une société.

« Quand on se coupe de ses aînés, on se coupe de soi et de son propre avenir » écrivait Simone de Beauvoir.

Collective, solidaire et publique, telle doit être la réponse au défi social que représente l'allongement de la vie.

En conséquence, les organisations syndicales CGT, CFDT, CGC, CFTC, UNSA et FSU voteront l'avis.

Il nous faut bien sûr, remercier Caroline HONVAULT et Sylvia MOLINA, nos deux chevilles ouvrières.

Intervention de Patrick DELFAU, au nom des Unions départementales Force Ouvrière

Monsieur le Vice-Président du Conseil régional,
Monsieur le Président du CESER,
Mesdames et Messieurs les conseillers,
Mesdames et Messieurs,

« De la dépendance liée à l'âge : une question de société, des propositions pour Midi-Pyrénées ». Cet avis du CESER est produit au moment même où le Président de la République vient de lancer une nouvelle concertation, après celle sur la retraite, sur la thématique de la dépendance. L'avis présenté se limite aux seules personnes âgées, car le sujet de la dépendance couvre un spectre beaucoup plus large de la population.

Si la place de l'homme, au sens générique du terme, est au cœur de la réflexion menée, il n'en demeure pas moins qu'un certain nombre de réflexions ou propositions menées dans d'autres sphères impactent le sujet.

Une meilleure prise en charge des personnes âgées dépendantes et de leur accompagnement est soulignée dans ce rapport, son corollaire passe par une bonne formation des personnels, quelque soit le cadre de l'intervention, des intervenants et de leur nombre.

La réflexion, une fois le constat réalisé, porte tout naturellement sur la participation financière de tous les intervenants, famille, conseils généraux...

En fait, on touche là au point sensible, le financement !

Force Ouvrière s'est prononcée et revendique la création d'un cinquième risque au sein de la sécurité sociale basé sur la solidarité intergénérationnelle, dont le financement serait assuré par une cotisation spécifique, reposant sur tous les revenus sans exception.

La solidarité intergénérationnelle ne peut se résumer à l'application d'un code civil établi en d'autres temps... ou répondre à la logique assurancielle basée sur la notion de gestion de risque, ici il s'agit de la vieillesse. Ce qui est induit dans plusieurs propositions du rapport parlementaire Rosso-Debord.

Par exemple, la proposition de la souscription obligatoire d'une assurance privée dès 50 ans, autrement dit le passage d'un financement public et solidaire à un financement privé et individuel. La solidarité est laissée aux oubliettes et un boulevard est ouvert pour les assureurs...

Si le constat sur les insuffisances de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie fait l'unanimité, les premières orientations gouvernementales et parlementaires s'avèrent très inquiétantes.

Force Ouvrière rappelle que le choix de la Sécurité Sociale exclut de fait un système assuranciel obligatoire ou le recours sur succession.

FO veut un financement solidaire et équitable.

Le groupe FO partage les principales préconisations développées dans cet avis.

Le groupe FORCE OUVRIERE votera l'avis.

Intervention de Pierre-Jean GRACIA, au nom du groupe Santé

Monsieur le Vice-Président du Conseil régional,
Monsieur le Président du CESER,
Mesdames et Messieurs les conseillers,
Mesdames et Messieurs,

Le groupe Santé, dans toutes ses composantes, a largement participé à l'élaboration de l'avis sur la dépendance qui vous est soumis aujourd'hui.

Les 3 parties constitutives du présent document concernent l'exhaustivité du défi social posé, tout en insistant sur l'ambition d'un projet de société solidaire qu'il nous faut conforter. A cet égard, on ne peut concevoir l'approche de la dépendance sans la raccrocher à l'ensemble de notre protection sociale au risque de cloisonner l'espèce humaine et d'isoler les gérontes.

Les réponses qui seront apportées par les politiques sociales seront totalement différentes selon la conception que l'on aura de la dépendance.

On oppose ainsi deux visions de la vieillesse.

La dépendance peut être vue de manière « incapacitaire », résultat d'un état de vieillesse individuel qui nécessite une réponse uniquement curative, médicale axée sur l'individu. Une autre conception est celle de la « dépendance lien social ». Nous touchons là à une vision globale qui inscrit l'individu dans un parcours et une organisation sociale. La réponse étant plus préventive, plus collective et plus correctrice des inégalités. Nous faisons nôtre cette analyse du sociologue Bernard Ennuyer en privilégiant la seconde approche dans le mode d'appréhension du sujet et des sujets.

Par ailleurs, nous devons être très attentifs à l'objectivation quantitative de l'impact de la population dépendante sur l'ensemble des politiques sociales. A cet effet, les 8 % de la population de plus de 60 ans atteinte de perte d'autonomie doivent nous amener à aborder le problème dans la sérénité plus que dans l'urgence, dans l'humanisation plutôt que dans la charge économique, dans la raison et le long terme plus que dans la politisation stérile et le court terme.

L'évolution de la démographie des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées devra être mieux quantifiées que par des estimations s'il on veut réellement adapter les structures d'accueil.

Le Gérontopôle toulousain et le futur Institut Hospitalier Universitaire sur la dépendance et le vieillissement que nous soutenons sans réserve doit pouvoir y contribuer.

Le chapitre sur les aidants et les préconisations du rapport sont révélatrices des progrès à mettre en ouvre tant en terme de formation et de valorisation des aidants professionnels qu'en terme d'attente des aidants familiaux.

Cette double approche est absolument nécessaire pour améliorer la bienveillance dans ses différentes dimensions.

A cet égard, la situation de notre région est révélatrice d'un futur, très différent du présent en terme de géolocalisation de la démographie des plus de 75 ans. L'urbanisation de la majorité de la population de grand âge est un critère nouveau à prendre en compte dans l'aménagement de l'espace urbain, dans l'aménagement de l'habitat, dans l'utilisation des gérontotechnologies et dans l'élaboration d'un schéma d'organisation gérontologique garantissant la coordination de tous les acteurs.

Le maintien à domicile plébiscité par le plus grand nombre est apparu comme un élément central dans l'appréhension de la dépendance. Ne pas couper l'individu de son histoire personnelle, de « son jus social » comme l'a nommé M. POTTIER est essentiel au respect de la dignité humaine. Le quotidien, les repères de l'habitat, le milieu familial, l'échange intergénérationnel et le lien social, sont autant de vecteurs primordiaux dans la prévention et l'accompagnement vers la dernière échéance.

Par ailleurs, ce maintien sera aussi pour la collectivité, une solution plus économique, génératrice d'emplois de proximité garants d'un maillage territorial et non délocalisables.

Ces prochains mois, nous rentrerons dans un débat sur le financement de ce que d'aucun appelle le 5^{ème} risque. Il est paradoxal qu'on évoque en premier lieu le problème économique de cette potentielle 5^{ème} branche alors même que depuis 30 ans nous n'avons pu équilibrer les 4 autres.

C'est pourquoi, il paraît indispensable au groupe santé de bien placer la réflexion de la dépendance au cœur d'une réflexion plus globale de la protection sociale.

La dépendance est une des principales préoccupations des Français qui voient dans l'atteinte de l'autonomie et donc la dignité de nos anciens, un sujet d'inquiétude pour eux mêmes. Pour autant, plusieurs pistes d'actions s'offrent à nous.

La prise en charge de la dépendance devra s'articuler avec les politiques de santé.

La prévention devra être au premier rang des priorités pour élaborer une politique cohérente de santé publique.

En conclusion, le groupe santé tient à remercier particulièrement la rapporteure Marie-Christine ALBARET et à saluer l'excellent travail de rédaction et de synthèse de Caroline HONVAULT assistée de Sylvia MOLINA.

Il votera bien évidemment le présent avis.

**Intervention de Bernard CASSAGNET,
au nom du groupe Associations
(Environnement et protection de la nature, Consommateurs, Retraités et
personnes âgées, Familles, Parents d'élèves, Sport, Jeunesse et éducation
populaire, Economie sociale et solidaire)**

Monsieur le Vice-Président du Conseil Régional,
Monsieur le Président du CESER,
Chers collègues.

L'avis qui vient de nous être présenté fait un inventaire exhaustif du cadre législatif et réglementaire ainsi que des réponses apportées pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes, tant à domicile qu'en hébergement.

Au nom du groupe associatif, je voudrais remercier Caroline HONVAULT, Sylvia MOLINA et Marie-Christine ALBARET ainsi que le groupe de travail pour la qualité de cet avis.

Il fait apparaître le triste constat d'une prise en charge parcellisée, de qualité inégale selon les départements. (inégalités financières et de moyens, multiplication de financeurs).

Le manque de volonté politique d'apporter des solutions durables, a créé un système complexe, difficilement lisible et peu solidaire.

L'enjeu devient majeur pour notre société.

Nous partageons les préconisations développées dans le présent avis. Nous voulons cependant insister :

- sur plusieurs points importants qui touchent directement les familles confrontées aux difficultés de la prise en charge de leur proche et sur leur rôle d'aidant ; *Les familles sentent un glissement quant au respect de la dignité de la personne âgée fragilisée.*
- sur l'aspect du financement de la dépendance. Sur ce point, l'avis ne prend pas fermement position sur les diverses options avancées par nos gouvernants, et qui vont être débattus dans les prochains mois.
- Sur le manque ou le déficit de coordination

La reconnaissance des aidants familiaux

Il faut aider l'aidant naturel.

La famille demeure la principale ressource de soutien des malades d'Alzheimer puisque 80 % des patients vivent à domicile. Cette aide a un impact sur la santé de l'aidant qui souffre plus fréquemment de dépression, d'anxiété et de pathologie cardiaque que le reste de la population. L'accompagnement au quotidien et durant de longues années entraîne un risque d'épuisement et de limitation dans la vie sociale. L'aide aux aidants est donc fondamentale, elle représente en moyenne 80% de l'aide sur 24 heures

L'accent est mis dans le Plan Alzheimer 2008-2012 sur les droits de l'aidant, et l'amélioration du suivi sanitaire des aidants naturels. **La mise en place sur le terrain n'est toujours pas effective.**

Nous proposons la création et la reconnaissance du « statut de l'aidant » par les pouvoirs publics, par les professionnels de santé et sociaux, et par le monde du travail

Le financement de la dépendance des personnes âgées

Une personne sur quatre des générations d'après-guerre risque de connaître la dépendance.

L'aspect financier de la prise en charge de la dépendance est primordial.

Il est regrettable que l'avis ne prenne pas une position de façon déterminée sur ce point

De plus, l'actualité nous interroge à nouveau sur des problèmes actuels que pose le financement de la dépendance. Avant même d'approcher ce problème de société dans sa globalité et sans attendre, le gouvernement décide de supprimer le soutien financier apporté par l'exonération des cotisations sur l'aide à domicile. Ces nouvelles dispositions pénalisent une nouvelle fois, directement les Familles concernées qui devront faire face à une augmentation du reste à charge.

Nous ne voulons pas d'une société du chacun pour soi organisée par l'Etat.

Le 5ème risque « aide à l'autonomie » n'est pas qu'une question d'argent.

C'est d'abord la question de la place des personnes âgées dans la société

Le Président de la République déclarait "Quand on est vieux on reste un être humain".

Il semble nécessaire de le répéter.

Les personnes qui vieillissent ont une espérance de vie sans incapacité qui s'améliore chaque année davantage.

L'assurance privée mutualise le risque, la protection sociale nationale le solidarise selon le principe que chacun paie selon ses moyens et bénéficie de prestations universelles et personnalisées selon ses besoins. A critères identiques de dépendance, la compensation pour perte d'autonomie doit être la même pour tous.

A l'expression « 5^{ème} risque » qui dénote une démarche assurantielle, nous préférons celle de « **5^{ème} branche de la sécurité sociale** » qui est fondée sur une gestion solidaire, avec un accès universel aux prestations et surtout une égalité de traitement pour tous.

Le financement de la dépendance doit être basé sur un socle élevé de solidarité nationale assis sur l'ensemble des revenus. Le recours à l'assurance privée ne doit rester qu'un dispositif marginal, relevant d'un libre choix individuel.

Un financement mais pour quoi faire ?

On touche ici au contrat social : il faut que les personnes en situation de handicap, de fragilité, quel que soit leur âge, ait leur place dans la société.

Car faire vivre l'autonomie du désir est une dimension essentielle de la vie humaine qui ne s'annule pas dans les situations de dépendance, mais au contraire, nécessite de la part des professionnels une vigilance constante : entendre ou solliciter l'avis de la personne âgée, en tenir compte, lui proposer des choix, c'est l'aider à redonner corps à son désir de vie et à sauvegarder sa dignité et sa citoyenneté.

En ce qui concerne la prise en charge à domicile, favoriser et respecter l'autonomie s'inscrit dans le projet d'aide établi en équipe avec l'aidant : c'est le projet d'aide et d'accompagnement individualisé, dont le service doit assurer le suivi par des visites à domicile, des réévaluations périodiques coordonnées. Une analyse de la pertinence des réponses proposées permettra de préparer si besoin, la recherche d'une réponse autre que le

domicile.

Pour le groupe association, l'objectif est de structurer un continuum d'accompagnement et de soins entre le domicile et l'établissement : mieux organiser la prise en charge continue des personnes âgées en perte d'autonomie entre le domicile, le foyer logement, la maison de retraite et l'établissement de santé ou tout autre lieu.

Initier une filière gériatrique ainsi qu'une véritable filière gériatrique.

Une filière gériatrique doit s'entendre comme le dispositif de soins couvrant l'intégralité des parcours possibles de la personne âgée prenant en compte le caractère évolutif de ses besoins de santé.

C'est le développement cohérent de toute la palette des services dans un territoire de santé, qui permet ce maintien à domicile.

Nous souhaitons l'accélération de sa mise en place dans chaque territoire de santé de Midi-Pyrénées, et l'amélioration de sa visibilité conformément au volet personnes âgées du SROS III (2006-2011) et aux constats du bilan de l'ARS de 9/2010

L'EVALUATION GERIATRIQUE ET SOCIALE

Cette évaluation aide à poser les problèmes dans toutes leurs dimensions médicales, fonctionnelles, psychologiques et sociales. Son objectif est de définir un plan de prise en charge, un suivi à long terme, de déterminer l'orientation adéquate et les soins adaptés ainsi que le suivi social et l'accompagnement dans le cadre d'un réseau.

Pour nous, il s'avère indispensable de développer davantage l'évaluation gériatrique et sociale des personnes âgées dépendantes.

Il est impératif de simplifier l'accompagnement des besoins : Evaluer la situation individuelle de la personne fragilisée, proposer un interlocuteur identifié localement pour coordonner l'aide.

Pour faire face à ce défi, cinq objectifs:

- **Objectif n° 1 : créer un label « filière gériatrique »** pour chaque établissement de santé siège d'un service d'urgences. Une **filière gériatrique** doit s'entendre comme le dispositif de soins couvrant l'intégralité des parcours possibles de la personne âgée prenant en compte le caractère évolutif de ses besoins de santé.
- **Objectif n° 2 : faire contractualiser en tant que « partenaires de la filière gériatrique labellisée » les établissements** et structures associés à la filière gériatrique
- **Objectif n° 3 : prendre en compte le vieillissement des patients dans les services non gériatriques.**
- **Objectif n° 4 : développer la coordination entre tous les partenaires, tout au long du parcours du patient**
- **Objectif n° 5 : disposer en nombre et en qualification des femmes et des hommes pour animer cette politique gérontologique**

Les services à domicile

Il a des urgences aujourd'hui : le secteur de l'aide à domicile est asphyxié.

Le secteur de l'aide à domicile associatif alerte à nouveau; son asphyxie financière n'est plus à démontrer.

Un collectif de 16 associations dont UNA, ADMR, AD-PA, Adessa à domicile alerte les pouvoirs publics depuis un an maintenant.

Les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes devraient être amenés à se décloisonner davantage, pour apporter une offre complète de service sur leur territoire, et mettre à disposition des équipes mobiles pluridisciplinaires pouvant intervenir à domicile. Par voie de conséquence, cette bonne articulation entre l'établissement et le domicile favoriserait l'accueil temporaire pour pallier momentanément aux défaillances de l'aidant ou permettre d'organiser des temps de répit des aidants familiaux. L'organisation de ces temps de répit nécessite simultanément, la mise en place de moyens de transports adaptés à la dépendance des personnes âgées. Hors l'amendement de la loi de finance 2011 qui vient de supprimer les exonérations va avoir un impact sur 12 à 15% des charges des services du secteur de l'aide aux familles. 20 000 salariés sont menacés.

La coordination des acteurs

La coordination est une démarche dynamique, en constante évolution, mais qui nécessite un consensus de la part de tous les acteurs de santé, en particulier des médecins libéraux, et des professionnels du médico-social.

Le groupe association insiste sur la nécessité :

- **d'une meilleure coordination de la permanence de soins**, pour la personne âgée en particulier, d'une part,
- **d'améliorer la coordination des intervenants libéraux et hospitaliers** dans la filière de soins pour éviter un recours inutile et/ou non adapté aux urgences, d'autre part.

Elle propose la mise en place, à l'échelon départemental à titre expérimental, d'une plate forme de coordination en s'appuyant sur la potentialité déjà existante des acteurs

- « **HAD + Filière Gériatrique (intra et extra) hospitalière et médecins libéraux**

Pour être efficace, cette coordination en amont et en aval entre le domicile et l'hôpital devrait fonctionner 24 h/24 h et 7 jours sur 7. Elle nécessite des conventions entre les acteurs.

Sa mise en place, son fonctionnement et son financement dépendent du partenariat entre l'ARS, le Conseil Général, et les divers acteurs de terrain cités ci-dessus.

Les personnes âgées « en bonne santé » nécessitent un suivi médical régulier, des actions de prévention, d'information et d'éducation sanitaire.

La médecine libérale

Actuellement, nous constatons des modifications dans l'exercice de la médecine libérale, les médecins généralistes effectuant moins de visites à domicile. Dès lors, les personnes, notamment celles âgées, recourent aux numéros d'appel d'urgence qui ne disposent pas de toutes les informations médicales et sociales concernant la personne.

Formés à l'urgence, les médecins urgentistes ont tendance à hospitaliser des personnes âgées par souci de sécurité et par défaut d'autre solution.

Nous demandons que les médecins urgentistes bénéficient d'un module de formation à la gériatrie pratique afin d'avoir une meilleure approche de la personne âgée et d'éviter des hospitalisations coûteuses, parfois inutiles et traumatisantes pour ces personnes.

EN RÉSUMÉ

Le groupe association se prononce

- 1. pour un financement solidaire de la dépendance, selon un principe redistributif universel, nous devons nous accorder sur un autre périmètre de nouvelles contributions sociales nationales et nous opposer à tout système assurantiel privé.**
- 2. pour la création et la reconnaissance du « statut de l'aidant » par les pouvoirs publics, par les professionnels de santé et sociaux, et par le monde du travail**
- 3. sur la nécessité de coordonner les différents acteurs autour du projet personnalisé d'accompagnement et de soins de la personne en situation de dépendance physique et psychique,**
- 4. pour la prise en charge avec un continuum entre le domicile, les structures intermédiaires, l'EHPAD, et l'établissement de santé,**
- 5. pour le financement du plan d'aide y compris pour les personnes classées GIR4.**

Le groupe association votera favorablement l'avis.

INTERVENTION DE

Jean-Louis CHAUZY

Président du Conseil Economique, Social et Environnemental Régional Midi-Pyrénées

Merci à Bernard CASSAGNET.

67 Conseillers présents, 37 pouvoirs, 104 suffrages exprimés.

Je n'ai pas compris qu'il y aurait des votes contre.

Contre : 0 voix.

Abstentions : 0 voix.

Non participation au vote : 1 voix.

Pour : 103 voix.

À l'unanimité, le projet d'avis est adopté.

Je renouvelle mes remerciements à l'assemblée, à la Commission, aux groupes, à la rapporteure et aussi à Caroline HONVAULT et Sylvia MOLINA qui, par leur investissement au service de l'Assemblée, font honneur à la fonction publique territoriale.

Je vais donner la parole à François SIMON. Je voudrais donner deux indications après les deux débats et les deux votes sur la façon dont nous pourrions procéder pour améliorer nos propres contributions.

Nous mettrons en place un groupe de travail en janvier sur les améliorations à apporter au règlement intérieur et à nos contributions finales. Sur la gestion des amendements, on ne peut pas interdire les amendements, cela n'aurait pas de sens. Peut-être pourrions-nous mieux regarder comment ils se préparent et dans quels délais. Cela peut jouer beaucoup, même si nous avons appris à nous parler en faisant les réglages avant, dans les collèges, entre collèges.

Je donne deux indications sur des sujets de préoccupation partagés. Sur la question des marchés publics, la sous-traitance doit à un certain moment de l'année attirer notre attention pour plusieurs raisons : la question de la sécurité, la question du respect des droits sociaux, la

question de la qualité et la question de la défense de nos entreprises et de nos emplois. Je ne suis pas nationaliste, je suis Européen, mais les entreprises françaises ne peuvent être toujours écartées.

Quand je regarde comment cela se passe dans d'autres pays, si vous n'êtes pas du pays, vous n'accédez pas au marché. Nous sommes angéliques. On ne peut pas défiler pendant six jours pour défendre l'industrie française et le septième jour prendre une autre entreprise qu'une entreprise française parce-qu'elle est moins-disante. À l'arrivée, la qualité aussi est beaucoup moins-disante, et pas qu'en Midi-Pyrénées. C'est un bon sujet de réflexion pour nous, on pourrait avoir là-dessus des points de vue partagés et une expression unanime.

Dernière considération chers collègues, sur une décennie nous avons adopté à l'unanimité 4 avis :

- les soins palliatifs avec des propositions d'expérimentation reprises par l'ARH, Pierre GAUTHIER,
- l'offre de soins et les territoires de santé en 2004,
- l'accès à des soins de qualité pour tous en juin 2009
- et aujourd'hui un quatrième avis sur une question de société qui sera le débat de 2011.

Je fais le lien avec l'agenda de l'année 2011 : en juin 2011, l'ARS nous consultera pour le Plan Régional de Santé. Notre assemblée, par ces quatre avis est fortement préparée. Je ne veux pas faire la feuille de route, je fais une suggestion, la commission 4 en décidera et le bureau après.

Sur ces sujets, nous faisons beaucoup de séances nocturnes pour présenter nos avis, faire la promotion de nos idées qui inspirent la puissance publique. Nous sommes allées à Auch, à Caussade, à Figeac et vendredi dernier nous avons passé 4 heures à Decazeville à la demande du collectif « Tous ensemble », des deux syndicats de l'hôpital de Decazeville, la CGT et FO, et de tous les élus, et à l'occasion des Etats Généraux de la Santé le 10 décembre.

Nous avons fait la proposition de construire une communauté hospitalière territoriale interdépartementale. Nous pourrions nous préparer par anticipation en faisant la synthèse de ces quatre travaux de grande qualité pour faire une contribution pour juin 2011.

Nous avons un socle de propositions de haut niveau et de très grande qualité, ces rapports sont des rapports de référence ; autant nous préparer, plutôt que d'émettre un avis dans l'urgence au mois de juin, nous avons tous les matériaux pour faire par anticipation une contribution utile.

Merci de votre écoute.

Je donne la parole à François SIMON.

INTERVENTION DE

François SIMON

Vice-Président du Conseil régional Midi-Pyrénées en charge des Solidarités : Jeunesse, Santé, Insertion par l'économie, lutte contre les discriminations et logement

Madame la Rapporteuse,
Monsieur le Président du CESER,
Mesdames et Messieurs,

Je tiens à vous dire à quel point j'ai eu plaisir à écouter toute cette matinée ce rapport-là ; grand plaisir d'autant plus que ce vote à l'unanimité montre à quel point le travail était de grande qualité et abondant vraiment sur le fond ce que nous devons aujourd'hui envisager par rapport au problème de la dépendance.

J'ajouterai quelques mots de par ma responsabilité à la Région Midi-Pyrénées, mais aussi, vous devez le savoir, de par les autres fonctions que j'ai : celles de médecin traitant, médecin de famille donc confronté à ce problème du vieillissement, comme médecin coordonateur dans une EHPAD de la ville de Toulouse et également comme militant associatif des solidarités.

Je reviendrai tout à l'heure sur le problème de la personne âgée.

Je crois que vous avez dans votre travail abordé deux ou trois éléments qui me paraissent essentiels. Le premier est celui de l'anticipation. Il faut anticiper par rapport au vieillissement d'une personne, par rapport à la perte d'autonomie progressive, et donc cette logique de l'anticipation est essentielle. L'autre élément que vous avez porté est celui de l'innovation ; face à la question qui, aujourd'hui, nous est posée, nous devons, au niveau de la société, être capables de faire preuve d'innovation par rapport à cette situation.

Enfin, si je reprends la terminologie anglaise entre le « care » et le « cure »- entre soigner et faire soins- je crois que vous avez extrêmement bien positionné votre rapport et j'en suis très heureux. Si on le dit en termes français, c'est cette logique du bien vivre et du vivre ensemble que vous abordez.

Je voudrais vous dire très rapidement, par rapport aux quatre thèmes que vous avez posés, les quelques réflexions que cela peut m'inspirer.

Sur le dépistage de la dépendance, la question que vous posez est de voir comment cela peut s'articuler autour des EHPAD par exemple. Vous posez là encore un élément extrêmement structurant par rapport à ce dossier.

Concernant l'accessibilité et la facilitation de vie des personnes âgées à leur domicile, vous avez présenté tout un ensemble d'éléments sur l'habitat coopératif, les hôtes ou les hôtesse d'accueil, puisqu'on va essayer de « genrer » et de ne pas uniquement féminiser.

Sur la logique intergénérationnelle, il y a également d'autres petits éléments que je voulais vous donner : il existait une association à Toulouse il y a quelques années qui s'appelait « Dépanne 3^{ème} âge » qui avait cette volonté de faire attention aux carreaux cassés, à l'ampoule qui manque et à la difficulté pour la personne âgée face à cette situation qui peut être une situation de perte d'autonomie alors que pour nous c'est tout à fait simple. On avait monté un projet à l'époque qui était financé par les caisses de retraite complémentaire, par les collectivités locales, en particulier le Conseil général de la Haute-Garonne, en accord avec les Chambres de Commerce et d'Artisans parce qu'il s'agissait de travaux que les artisans ne pouvaient pas prendre en charge étant donné les coûts trop lourds pour les personnes âgées et qui permettait de faciliter le maintien à domicile. C'est également dans le petit quotidien quelque chose d'intéressant.

Autre élément dont vous avez parlé et que la ville de Toulouse va mettre en place dans l'année qui vient, et auquel j'aimerais que la Région participe : c'est la logique de l'intergénérationnel dans le cadre de la colocation solidaire qui fera que, sur un territoire donné, les étudiants pourront avoir une facilité sur le coût de la location en échange de services à la personne dans le territoire dans lequel ils habitent. Encore une fois, vous êtes totalement en phase avec cet élément-là.

Sur les aidants, je suis heureux d'avoir écouté toute la partie sur les aidants familiaux par rapport à la difficulté qui existe. Je rajouterai, mais c'est peut-être dans le texte exhaustif, la difficulté pour les aidants familiaux qui souvent sont déjà très âgés de par l'évolution de la pyramide des âges dans notre pays.

Sur les aidants professionnels, cette notion de validation des acquis de l'expérience est fondamentale, on l'a dit à plusieurs reprises, j'ai déjà eu l'occasion d'en parler avec certains d'entre vous. On voit très bien dans les EHPAD qu'un certain nombre de personnes travaillent en surqualification, n'ayant pas le bon diplôme. C'est certainement une façon tout à fait digne de leur permettre de les rétablir dans le travail qu'ils effectuent.

Sur le problème des structures, je suis tout à fait attentif à quatre points dont un dont vous n'avez pas parlé, et pour cause. Sur le problème des structures non médicalisées et les difficultés qu'elles ont actuellement, je crois que c'est important de s'en saisir parce qu'on maintient des établissements qui ne permettent pas, lorsque la personne vieillit et est en perte d'autonomie, de rester sur le même foyer. Il y a une vraie réflexion à mener sur comment modifier ce type de structure.

Sur la difficulté de la grille, je suis d'accord avec vous sur le côté pervers et paradoxal que peut créer cette grille GIR par rapport à la tarification pour les établissements.

Je voudrais insister sur deux éléments et j'en aurai presque fini.

Sur le regroupement sur une zone, et ce n'est pas un ghetto, sur un foyer ou une EHPAD ; il se trouve que dans un autre domaine dont je m'occupe aussi, sur les personnes en situation de handicap, à Montesquieu vient de s'ouvrir une structure qui fonctionne comme cela, où il y a d'une part le foyer pour les personnes en situation de handicap et à côté se met en place une maison de retraite pour les personnes en situation de handicap.

L'unité de lieu, geste théâtral dans l'histoire, est un plus, pas un moins et c'est toute cette réflexion-là qui nous paraît importante à l'avenir, cela commence à se mettre en place à titre expérimental sur ce lieu-là, je crois que c'est un élément de réflexion extrêmement important.

Enfin sur ce problème des structures, dans la chaîne de la personne âgée quand elle est en situation d'urgence et de maladie, il manque quelque chose et en tant que médecin traitant, je le perçois tout à fait. Parfois la personne âgée ne peut plus être traitée en situation d'urgence à son domicile ou en EHPAD. Mais si elle part dans le schéma classique de la structure d'urgence hospitalière ou dans le service hospitalier traditionnel, les services qui vont être apportés à cette personne ne correspondent pas à la réalité des besoins parce qu'il y a des objectifs totalement différents et une spécificité pour aborder la personne âgée malade en situation d'urgence.

Face à cela nous commençons à réfléchir, pas la Région, mais au Gérontopôle et avec l'ARS sur l'éventualité d'un hôpital d'urgence pour personnes âgées qui sur un laps de temps court permettrait de résoudre à peu près 80 à 90 % des situations de fausses urgences qui ne peuvent pas être traitées à domicile.

Je pense que dans vos réflexions c'est quelque chose qu'il faut garder.

Enfin pour conclure, en ce qui concerne le financement j'ai beaucoup apprécié le fait de poser la question dans quel type de société nous voulons vivre, cela pose évidemment la question de la solidarité.

Je ne peux m'empêcher de dire que cette question entre en résonance de façon paradoxale avec le désengagement de l'État et qu'il est compliqué de voir dans le même temps une réflexion se poser sur

la dépendance et en même temps une fragilisation totale du monde associatif par rapport aux personnes âgées.

Il n'empêche que -et ce sera sans doute ma conclusion- même s'il faut faciliter les réseaux, nous ne pourrions répondre à cette question de la dépendance que de façon solidaire et collective dans le cadre de la solidarité nationale et je partage là tout à fait vos conclusions.

Encore une fois, merci pour votre excellent travail, je pense que la Région Midi-Pyrénées ne saura que s'en inspirer par la suite. Merci beaucoup.

TABLE DES MATIÈRES

EXTRAITS DU DISCOURS DE JEAN-LOUIS CHAUZY, PRÉSIDENT DU CESER DE MIDI-PYRÉNÉES, EN ASSEMBLÉE PLÉNIÈRE DU 16 DÉCEMBRE 2010	5
REMERCIEMENTS	11
SOMMAIRE	13
INTRODUCTION	15
LIMINAIRE : QUELQUES POINTS DE REPÈRES	17
I. DÉFINITIONS	18
1. Définitions générales	18
2. Dépendance et perte d'autonomie	18
3. La solidarité	19
3.1 Des formes d'entraide humaine	20
3.2 Des formes de contributions financières socialisées	20
II. ÉLÉMENTS DE LÉGISLATION	22
1. Historique	22
1.1 L'origine des politiques de vieillesse	22
a) <i>Le rapport Laroque</i>	22
b) <i>Quelques points de repères</i>	23
1.2 Une multitude d'acteurs interviennent dans la définition des politiques de vieillesse, ce qui rend la gouvernance complexe	26
1.3 L'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie (APA)	28
a) <i>Les principes fondateurs de l'APA</i>	28
b) <i>L'APA à domicile</i>	31
c) <i>L'APA en établissement</i>	32
2. Éléments de la réglementation concernant le « financement de la dépendance »	33
2.1 Une multiplicité d'acteurs et de financeurs de la dépendance	33
a) <i>Les dépenses de sécurité sociale</i>	33
b) <i>L'apport des départements : les Conseils Généraux assument la plus grande partie du financement de l'APA et participent au fonctionnement des EHPAD</i>	34
c) <i>Les financements dédiés complémentaires</i>	35
d) <i>Les exonérations fiscales et sociales</i>	37
2.2 Le financement des EHPAD	37
PREMIÈRE PARTIE: LES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES	39
I. QUI SONT LES PERSONNES AGÉES ? QUI SERONT-ELLES DEMAIN ?	41
1. Panorama de la situation : aspects comparatifs entre la France et Midi- Pyrénées	41
1.1 Généralités et points de repères démographiques	41
1.2 Où vivent les personnes âgées de Midi-Pyrénées ?	43

a)	<i>A domicile</i>	43
b)	<i>En établissement</i>	44
1.3	La situation sociale des personnes âgées vivant en Midi-Pyrénées	45
a)	<i>La précarité des personnes âgées en Midi-Pyrénées</i>	47
b)	<i>Les conséquences possibles sur la dépendance</i>	48
1.4	Quel est l'état de santé des personnes âgées de la région ?	48
a)	<i>Les personnes âgées dépendantes à domicile</i>	49
b)	<i>Les personnes âgées dépendantes en établissement</i>	50
c)	<i>L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en chiffres en Midi-Pyrénées</i>	50
	- L'APA à domicile en Midi-Pyrénées	50
	- L'APA en établissement en Midi-Pyrénées	51
d)	<i>La fragilité des personnes âgées : une notion à la fois médicale et sociale</i>	53
1.5	Aspect prospectif de la problématique	54
a)	<i>Données nationales</i>	54
b)	<i>Données régionales</i>	54
2.	La dépendance est liée à des facteurs économiques et sociaux	55
2.1	Généralités sur la question des inégalités sociales	55
2.2	Les conséquences de la dépendance sont fonction de facteurs sociaux et économiques	56
II.	LES SOLUTIONS ACTUELLEMENT PROPOSÉES AUX PERSONNES AGEES DÉPENDANTES	59
1.	Les solutions pour les personnes âgées dépendantes à domicile ?	59
1.1	Les politiques de prévention actuelles permettant le maintien à domicile	60
a)	<i>La prévention des chutes</i>	60
b)	<i>La prévention de la dénutrition</i>	60
c)	<i>La prévention de l'incontinence urinaire</i>	60
d)	<i>La prévention des difficultés liées à la poly-médication</i>	61
1.2	La prise en charge médicale et paramédicale	63
a)	<i>Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)</i>	63
b)	<i>L'Hospitalisation A Domicile (HAD)</i>	64
c)	<i>Les infirmiers à domicile</i>	65
1.3	L'assistance à la vie quotidienne : par l'entourage familial et des intervenants extérieurs	65
a)	<i>Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)</i>	66
b)	<i>Les services à la personne</i>	66
c)	<i>Les solutions intermédiaires entre le domicile et l'établissement d'hébergement</i>	66
1.4	Enjeux de l'adaptation de l'habitat au vieillissement	67
a)	<i>La limitation des risques à domicile et les technologies de l'Information et de la Communication</i>	67
b)	<i>Les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) ont un rôle prépondérant à jouer</i>	68
c)	<i>Des freins à l'usage des Technologies de l'Information et de la Communication</i>	70
d)	<i>Les difficultés de mise en œuvre de mesures d'adaptation des logements</i>	70
1.5	Enjeux de l'adaptation des espaces publics, des espaces partagés, des transports, de l'urbanisme	72
1.6	La problématique de l'isolement des personnes âgées	73
a)	<i>Les résultats d'une enquête sur l'isolement des personnes âgées</i>	74
b)	<i>En région, des expériences sont menées pour rompre l'isolement des personnes</i>	75

âgées

2. Quelles solutions pour les personnes âgées en-dehors du domicile ?	76
2.1 Description des différentes structures d'accueil	76
a) <i>Les foyer-logements</i>	76
b) <i>Les résidences-services</i>	77
c) <i>Les maisons de retraite ou EHPAD</i>	77
d) <i>Les unités de soins de longue durée – USLD (ex-longs séjours)</i>	77
e) <i>L'accueil familial</i>	77
f) <i>Les résidences d'hébergement temporaire</i>	78
g) <i>Les Cantous ou unités protégées</i>	78
2.2 Les difficultés économiques	78
3. La question de la maltraitance et la recherche de la bientraitance	80
3.1 Eléments de définition	80
a) <i>Le droit à l'information</i>	80
b) <i>Le respect de la dignité de la personne</i>	81
3.2 Les causes du phénomène et la promotion de la bientraitance pour y remédier	81
4. Les problèmes juridiques liés au statut des mesures de protection	83
4.1 Le mandat de protection future	83
4.2 La mesure de sauvegarde de justice	84
4.3 La mesure de curatelle	84
4.4 La mesure de tutelle	85
III. SOLUTIONS ÉMERGENTES ET EXPÉRIENCES INNOVANTES	87
1. De la cohabitation intra-familiale vers des formes nouvelles fondées sur le principe de partage de logement	87
1.1 Le modèle communautaire intra-générationnel	87
1.2 L'habitation partagée intergénérationnelle	88
1.3 L'habitat intergénérationnel aménagé	88
1.4 La maison pour tous les âges	89
2. Des initiatives qui sont le signe d'une évolution des mentalités	89
IV. LES PRÉCONISATIONS CONCERNANT LES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES	91
1. PRÉVENIR LA DÉPENDANCE	91
1.1 Informer et éduquer les populations dès le plus jeune âge pour faire évoluer progressivement les comportements	91
a) <i>L'éducation</i>	91
b) <i>La prévention</i>	91
c) <i>La prise en compte de la spécificité de certaines populations</i>	92
d) <i>Mettre en œuvre des mesures de dépistage</i>	92
2. PRENDRE EN CHARGE LA DÉPENDANCE	93
2.1 L'adaptation du logement	93
a) <i>Procéder au recensement des logements à adapter</i>	93
b) <i>Favoriser la labellisation d'une filière professionnelle</i>	93
c) <i>Assouplir les obligations portant sur les constructions neuves en terme d'accessibilité</i>	93
d) <i>Faciliter le financement des travaux d'adaptation des logements</i>	94
- Spécifier les aides de l'ANAH	94
- Autres pistes visant à aider au financement des travaux	94

2.2	Améliorer la coordination entre les différents intervenants (auxiliaire de vie, infirmière, etc.)	95
2.3	Structurer une continuité d'accompagnement et de soins entre le domicile, les solutions intermédiaires (foyers-logements ou résidences intégrées), l'EHPAD et l'établissement de santé	95
3.	FAVORISER LES LIENS INTERGENERATIONNELS	96
	DEUXIÈME PARTIE: LES AIDANTS DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES	99
I.	QUI SONT LES AIDANTS ? QUI SERONT-ILS DEMAIN ?	100
1.	Les aidants familiaux	100
1.1	Définition	100
1.2	Qui sont les aidants familiaux ?	101
a)	<i>Le profil des aidants familiaux</i>	101
b)	<i>Les motivations des aidants familiaux</i>	101
1.3	Quel est le rôle des aidants familiaux ?	101
a)	<i>Un rôle de soutien, de soins et de services au quotidien</i>	101
b)	<i>Leur spécificité</i>	102
c)	<i>Leur contribution aux études thérapeutiques</i>	102
1.4	La diminution programmée des aidants familiaux	103
a)	<i>Des raisons démographiques</i>	103
b)	<i>Des raisons économiques, sociales et psychologiques</i>	103
	- L'évolution des modes de vie	103
	- Des changements en termes de structures familiales	103
	- L'évolution de l'activité professionnelle féminine	103
c)	<i>Des raisons géographiques</i>	104
	- Celles qui ont trait à la répartition de la population par âge	104
	- Celles qui ont trait à la proximité ou non proximité géographique des personnes âgées et de leur famille	104
2.	Les aidants bénévoles non familiaux	106
3.	Les aidants professionnels à domicile	106
3.1	Qui sont les aidants professionnels intervenant à domicile ?	108
3.2	Quel est leur rôle ?	108
a)	<i>Une aide pour les tâches quotidiennes</i>	108
b)	<i>Un soutien d'ordre psychosocial</i>	109
c)	<i>Un rôle en matière d'alimentation</i>	109
d)	<i>Une surveillance de l'état de santé</i>	109
3.3	Dans quelles conditions travaillent-ils ?	109
a)	<i>Les intervenants à domicile peuvent travailler sous différents statuts</i>	109
b)	<i>Les intervenants à domicile et leur temps de travail</i>	110
c)	<i>Les intervenants à domicile et leur rémunération</i>	111
d)	<i>L'évolution du métier d'aide à domicile</i>	112
3.4	Quelle est la formation des aidants professionnels ?	112
4.	Les aidants professionnels en établissement	113
4.1	Qui sont les aidants professionnels en établissement ?	113
a)	<i>Au niveau national</i>	114
b)	<i>En Midi-Pyrénées</i>	115
	- Le profil des aidants professionnels en établissement	

- Le mode d'exercice et les différents types d'emplois des intervenants professionnels en établissement	116
4.2 Les conditions de travail des aidants professionnels en établissement	117
a) <i>Type de contrat</i>	117
b) <i>Une ancienneté dans le poste de 7 ans en moyenne</i>	117
c) <i>Une amélioration du taux d'encadrement</i>	117
d) <i>Des évolutions dans les fonctions</i>	
II. LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LES AIDANTS ET QUELQUES SOLUTIONS	119
1. Les répercussions de l'aide sur la vie de l'aidant familial	119
1.1 Les difficultés rencontrées	120
a) <i>Des conséquences négatives sur la vie quotidienne</i>	120
b) <i>Des conséquences sur la santé des aidants</i>	121
1.2 Les enjeux de l'aide aux aidants et des solutions envisageables	122
1.3 Une prise de conscience des pouvoirs publics	123
1.4 Quel statut pour les aidants ?	123
a) <i>Les formes de congés existantes pour les aidants familiaux</i>	
b) <i>Des formes de compensation financière pour les aidants existent dans certains pays</i>	124
c) <i>La nécessité d'impliquer de nouveaux acteurs pour accompagner les aidants</i>	126
d) <i>Des moyens pour limiter l'épuisement des aidants</i>	127
e) <i>Comment répondre au besoin de répit des aidants ?</i>	128
2. Les aidants professionnels à domicile et en établissement	128
2.1 Un travail pénible et mal valorisé	128
2.2 Une faible professionnalisation	131
2.3 Les actions mises en place par les structures d'aide à domicile	133
III. LES PRÉCONISATIONS EN DIRECTION DES AIDANTS	133
1. UN STATUT POUR LES AIDANTS FAMILIAUX	133
1.1 L'assouplissement des conditions d'accès au congé de solidarité familiale	
1.2 La création d'une compensation financière minimale en cas de diminution d'activité professionnelle impliquant une baisse de revenus	133
1.3 Faciliter dans les entreprises les aménagements d'horaires et d'organisation du travail pour les salariés en situation d'aidants qui en font la demande	133
1.4 Mettre en œuvre un système d'indemnisation pour les aidants qui souhaitent prendre en charge un proche dépendant	134
1.5 Miser sur des moyens de communication attractifs et accessibles pour informer les citoyens sur la problématique de la dépendance liée à l'âge.	134
1.6 Mieux informer les aidants sur l'existence des gérontechnologies	
1.7 Augmenter le nombre de places d'accueil temporaire pour faciliter des temps de répit aux aidants	134
1.8 Mettre en place des journées de sensibilisation et de formation	134
1.9 Créer des structures d'information et d'aide aux aidants	
2. LA VALORISATION DES MÉTIERS DES AIDANTS PROFESSIONNELS	135
2.1 Former les professionnels aux spécificités de la dépendance	135
2.2 Valoriser les métiers par la formation et la qualification	135
a) <i>Développer des formations spécifiques</i>	135

b)	<i>Améliorer les conditions de travail et les rémunérations</i>	135
c)	<i>Améliorer et d'élever le niveau de qualification des salariés</i>	
d)	<i>Créer des formations initiales reconnues et des passerelles vers des métiers connexes qui pourront ouvrir, peu à peu, la voie vers de véritables parcours professionnels.</i>	136
e)	<i>Alléger les exigences théoriques dans le cadre d'une validation des acquis de l'expérience.</i>	136
f)	<i>Renforcer les formations spécifiques, par le biais de la formation continue, pour les personnels en EHPAD</i>	136
	- Créer un socle de formations de base pour l'ensemble des personnels, y compris le personnel hôtelier	136
	- Développer les formations internes abordant la question de la prise en charge des personnes atteintes de troubles comportementaux.	136
		137
3. PROCÉDER À LA RÉVISION DE LA CHARGE EN SOINS		
4. METTRE EN PLACE UN SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE AUPRÈS DES AIDANTS FAMILIAUX ET PROFESSIONNELS		
		137
TROISIÈME PARTIE: LES STRUCTURES, LES INSTITUTIONS ET LE FINANCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE		
		139
I.	LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LES CONSEILS GÉNÉRAUX	141
1.	L'origine des difficultés	141
1.1	Le contexte économique	141
1.2	Le contexte législatif	141
2.	Les conséquences : des disparités départementales	143
2.1	Des charges financières inégales selon les Départements	143
2.2	Diverses définitions des politiques d'aides à la personne	143
2.3	La diversité des politiques de récupération des fonds	144
a)	<i>Le montant de la participation au plan d'aide diffère selon les Départements</i>	145
b)	<i>Un appel plus ou moins effectif aux solidarités familiales</i>	145
II.	LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LES STRUCTURES	146
1.	Les difficultés des associations d'aide à domicile	146
1.1	La massification des besoins et la raréfaction des ressources	146
1.2	Les difficultés financières des associations d'aide à domicile	147
1.3	L'arrivée sur le secteur d'entreprises privées : le problème du maillage du territoire	148
a)	<i>La qualité des prestations en question</i>	148
b)	<i>Le risque d'une couverture imparfaite du territoire</i>	149
1.4	Les difficultés de l'offre de soins à domicile	149
a)	<i>Une mauvaise répartition de l'offre de soins</i>	149
b)	<i>Un manque de coordination entre les différents intervenants</i>	150
2.	Les difficultés des établissements d'accueil des personnes âgées	150
2.1	Etat des lieux de la situation des EHPAD	150
2.2	Les structures intermédiaires, dans leur forme actuelle, ne correspondent plus aux besoins	152
2.3	Des besoins et des exigences qui s'accroissent	153

a)	<i>Des exigences législatives et réglementaires accrues</i>	153
b)	<i>Des attentes sociales plus exigeantes</i>	154
2.4	Une évaluation de la dépendance contestable: les limites de la grille AGGIR	154
2.5	Un projet de réforme de la tarification en EHPAD	155
2.6	Des initiatives régionales encourageantes : le Gérontopôle et l'Institut du vieillissement	157
a)	<i>Présentation du Gérontopôle</i>	157
b)	<i>Un projet d'Institut Hospitalo-Universitaire autour de la question vieillissement</i>	157
III.	LE FINANCEMENT DE LA DEPENDANCE	158
1.	Une nécessaire adaptation...	158
1.1	... De la forme actuelle de prise en charge de la dépendance des personnes âgées	158
1.2	... Aux évolutions socio-économiques	158
2.	Différentes conceptions de la prise en charge de la dépendance	159
2.1	Le modèle beveridgien	160
2.2	Le modèle bismarckien : la dépendance comme nouveau risque	161
2.3	Logique principalement d'aide sociale et modèles familialistes	161
3.	Plusieurs rapports portant sur le sujet dessinent les contours d'une possible réforme à venir	162
3.1	Le rapport Gisserot (mars 2007)	162
3.2	Le rapport annuel 2007 de la CNSA	162
3.3	Le rapport de la mission commune d'information du Sénat (juillet 2008)	163
3.4	Le rapport d'information de l'Assemblée Nationale sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes (23/06/10)	163
IV.	LES PISTES DE RÉFLEXION CONCERNANT LE FINANCEMENT DE LA DÉPENDANCE	166
1.	Pour une approche globale des questions sociales	167
2.	Quelles pistes de financement de la dépendance ?	168
2.1	Des pistes de financement d'un cinquième risque ?	168
2.2	La question de la finalité	
V.	PRÉCONISATIONS CONCERNANT LES STRUCTURES ET LES INSTITUTIONS	169
1.	FAVORISER L'ADAPTATION DES ESPACES PUBLICS POUR RETARDER LES EFFETS ET LA SURVENUE DE LA DEPENDANCE	169
1.1	Intégrer la problématique de la dépendance dans les documents d'urbanisme	169
1.2	Favoriser un bon maillage territorial de l'offre de soins	169
1.3	Favoriser l'instauration de pôles d'excellence rurale intégrant les services aux personnes	170
1.4	Favoriser la complémentarité des différents types d'établissements permettant la proximité et la continuité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes	171
1.5	Mieux coordonner les différents types de services	171
2.	INSTAURER UNE CERTIFICATION QUALITE DES SERVICES D'AIDE À DOMICILE	173
3.	ENCOURAGER LES PROJETS PORTÉS PAR LE GERONTOPÔLE	174
3.1	Favoriser l'accès à l'innovation	174
3.2	Mettre en place une expérience pilote, sous l'égide du Gérontopôle, pour identifier les facteurs générateurs de dépendance dans les établissements de santé	174

3.3	Améliorer la prise en charge des patients vivant en établissement	175
3.4	Encourager la recherche menée par les personnels soignants	175

	CONCLUSION	177
--	-------------------	-----

	SYNTHÈSE DES PRÉCONISATIONS	179
--	------------------------------------	-----

I.	LES PRÉCONISATIONS CONCERNANT LES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES	180
-----------	--	-----

1.	PRÉVENIR LA DÉPENDANCE (cf. page 91)	180
-----------	---	-----

1.1	Informier et éduquer les populations dès le plus jeune âge pour faire évoluer progressivement les comportements	180
------------	--	-----

a)	L'éducation	180
----	-------------	-----

b)	La prévention	180
----	---------------	-----

c)	Prendre en compte la spécificité de certaines populations	180
----	---	-----

d)	Mettre en œuvre des mesures de dépistage	181
----	--	-----

2.	L'ADAPTATION DU LOGEMENT À LA DÉPENDANCE (cf. page 93)	181
-----------	---	-----

2.1	Procéder au recensement des logements à adapter	181
------------	--	-----

2.2	Favoriser la labellisation d'une filière professionnelle	181
------------	---	-----

2.3	Assouplir les obligations portant sur les constructions neuves en terme d'accessibilité	181
------------	--	-----

2.4	Faciliter le financement des travaux d'adaptation des logements	181
------------	--	-----

-	En réservant certaines aides de l'ANAH aux personnes handicapées ou dépendantes	181
---	---	-----

-	En octroyant une aide à l'adaptation d'un logement à la perte d'autonomie quel que soit le statut de la personne âgée (propriétaire, locataire, hébergé).	181
---	---	-----

3.	FAVORISER LES LIENS INTERGENERATIONNELS (cf. page 96)	182
-----------	--	-----

3.1	Cette rencontre pourrait être prévue dans les instances de concertation	182
------------	--	-----

3.2	En encourageant les phénomènes émergents que sont les systèmes de cohabitation ou de colocation entre seniors d'une part, et entre générations d'autre part.	182
------------	---	-----

II.	LES PRÉCONISATIONS EN DIRECTION DES AIDANTS	183
------------	--	-----

1.	UN STATUT POUR LES AIDANTS FAMILIAUX (cf. page 133)	183
-----------	--	-----

1.1	L'assouplissement des conditions d'accès au congé de solidarité familiale	183
------------	--	-----

1.2	La création d'une compensation financière minimale en cas de diminution d'activité professionnelle impliquant une baisse de revenus	183
------------	--	-----

1.3	Faciliter dans les entreprises les aménagements d'horaires et d'organisation du travail pour les salariés en situation d'aidants qui en font la demande	183
------------	--	-----

1.4	Mettre en œuvre un système d'indemnisation pour les aidants qui souhaitent prendre en charge un proche dépendant	183
------------	---	-----

1.5	Miser sur des moyens de communication attractifs et accessibles pour informer les citoyens sur la problématique de la dépendance liée à l'âge	183
------------	--	-----

1.6	Mieux informer les aidants sur l'existence des gérontechnologies	183
------------	---	-----

1.7	Augmenter le nombre de places d'accueil temporaire pour faciliter des temps de répit aux aidants	183
------------	---	-----

1.8	Mettre en place des journées de sensibilisation et de formation	183
------------	--	-----

1.9	Créer des structures d'information et d'aide aux aidants	183
------------	---	-----

2.	LA VALORISATION DES MÉTIERS DES AIDANTS PROFESSIONNELS (cf. page 135)	183
-----------	--	-----

2.1	Former les professionnels aux spécificités de la dépendance	183
2.2	Valoriser les métiers par la formation et la qualification	184
a)	Développer des formations spécifiques assurées par des équipes d'experts du vieillissement.	184
b)	Améliorer les conditions de travail et les rémunérations	184
c)	Améliorer et d'élever le niveau de qualification des salariés.	184
d)	Créer des formations initiales reconnues et des passerelles vers des métiers connexes qui pourront ouvrir, peu à peu, la voie vers de véritables parcours professionnels.	184
e)	Alléger les exigences théoriques dans le cadre d'une validation des acquis de l'expérience.	184
f)	Renforcer les formations spécifiques, par le biais de la formation continue, pour les personnels en EHPAD, à travers deux aspects :	184
	- Créer un socle de formations de base pour l'ensemble des personnels, y compris le personnel hôtelier, qui permette de bien appréhender la spécificité du travail auprès de publics âgés dépendants	184
	- Développer les formations internes abordant la question de la prise en charge des personnes atteintes de troubles comportementaux.	184
3.	PROCÉDER À LA RÉVISION DE LA CHARGE EN SOINS (cf. page 137)	184
4.	METTRE EN PLACE UN SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE AUPRES DES AIDANTS FAMILIAUX ET PROFESSIONNELS (cf. page 137)	184
III.	PRÉCONISATIONS CONCERNANT LES STRUCTURES ET LES INSTITUTIONS	185
1.	FAVORISER L'ADAPTATION DES ESPACES PUBLICS POUR RETARDER LES EFFETS ET LA SURVENUE DE LA DÉPENDANCE (cf. page 169)	185
a)	Intégrer la problématique de la dépendance dans les documents d'urbanisme	185
b)	Favoriser un bon maillage territorial de l'offre de soins	185
c)	Favoriser l'instauration de pôles d'excellence rurale intégrant les services aux personnes	185
d)	Favoriser la complémentarité des différents types d'établissements permettant la proximité et la continuité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes	185
e)	Mieux coordonner les différents types de services	185
2.	INSTAURER UNE CERTIFICATION QUALITE DES SERVICES D'AIDE À DOMICILE (cf. page 173)	186
3.	ENCOURAGER LES PROJETS PORTÉS PAR LE GERONTOPÔLE (cf. page 174)	186
3.1	Favoriser l'accès à l'innovation	186
3.2	Mettre en place une expérience pilote, sous l'égide du Gérontopôle, pour identifier les facteurs générateurs de dépendance dans les établissements de santé	186
3.3	Améliorer la prise en charge des patients vivant en établissement afin de favoriser la bientraitance	186
3.4	Encourager la recherche menée par les personnels soignants	186
	GLOSSAIRE	187
	EXPLICATIONS DE VOTE	191
	TABLE DES MATIÈRES	215

