

Master professionnel
Management du secteur public : collectivités et partenaires

Institut d'Etudes Politiques de Lyon

**Le maintien à domicile des personnes âgées
en perte d'autonomie et ses limites**

Mémoire soutenu par
Caroline GOYARD
le 3 septembre 2010

JURY :

Anne BLANC-BOGE

*Maître de conférences de Sciences de Gestion à l'Institut d'Etudes Politique de Lyon
Présidente du jury*

Yves BEDEAU

*Enseignant-chercheur en économie et gestion de l'action sociale
Directeur du mémoire*

Jessica CHAMBA (non présente à la soutenance)

*Directrice associée de Cekoïa Conseil
Maître de stage*

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué, de diverses manières, à la réalisation de ce mémoire. J'adresse en particulier mes remerciements aux membres du jury.

Je remercie tout d'abord Jessica Chamba et Jacques Soria, Directeurs associés du cabinet Cekoïa Conseil de m'avoir accueillie pour mon stage de fin d'études, de m'avoir associée à la plupart de leurs travaux, d'avoir pris le temps de répondre à mes questions et de partager leur expertise.

Je souhaite également remercier toutes les personnes rencontrées lors de mon stage qui, lors d'entretiens, de groupes de travail ou de discussions informelles, m'ont transmis leurs connaissances et apporté un éclairage très pertinent sur les problématiques relatives à la prise en charge du vieillissement en France.

Je remercie ensuite Yves Bedeau d'avoir accepté de diriger mon travail ainsi que pour ses critiques et les conseils qu'il m'a prodigués tout au long de la réalisation de ce mémoire.

J'adresse enfin mes remerciements à Anne Blanc-Boge pour sa disponibilité tout au long de cette année 2009-2010, sa méthodologie ainsi que ses précieuses recommandations.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	7
➤ L'allongement de la durée de vie des Français	7
➤ La population française vieillit	8
➤ La France face à la gérontocroissance	13
➤ Les personnes âgées et la dépendance	14
➤ Finalement, qu'est-ce qu'une personne âgée ?	20

PREMIERE PARTIE

Rester vivre dans son logement : une volonté massive des personnes âgées, de plus en plus entendue par les pouvoirs publics et facilitée par divers dispositifs qu'il convient de développer et de faire connaître..... 26

I. Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, conditionné par des interventions et des aides humaines qu'il convient de coordonner 30

- A. Les aides à la vie quotidienne réalisées par les aidants naturels : souvent indispensables pour permettre le maintien à domicile..... 30
- B. Les aides à la vie quotidienne réalisées par des professionnels de l'aide à domicile deviennent nécessaires lorsque le niveau d'autonomie décroît
- C. Les soins à domicile..... 47
- D. La coordination des interventions humaines, indispensable pour améliorer la qualité de prise en charge des personnes âgées à domicile

II. Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, conditionné par des adaptations techniques nécessaires..... 56

- A. Un logement sécurisé et adapté..... 56
- B. Un environnement adapté et sécurisé..... 68

SECONDE PARTIE

Un maintien à domicile qui présente cependant des limites plurielles qu'il convient de reconnaître et de prendre en compte..... 74

I. Des limites plurielles au maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie 76

- A. Les limites des dispositifs techniques permettant le maintien à domicile..... 76
- B. Des limites physiques : l'augmentation des niveaux de dépendances due au vieillissement de la population et les limites de l'aide informelle

C. Des limites financières et éthiques : un recours massif à l'aide à domicile professionnelle, lorsqu'il est possible, coûte cher et peut être sources de dérives.....	82
II. Des réponses complémentaires ou alternatives au maintien à domicile à développer	91
A. Les solutions complémentaires du maintien à domicile classique.....	91
B. Les solutions alternatives à l'entrée en établissement classique médicalisé.....	98
CONCLUSION.....	113
BIBLIOGRAPHIE – SOURCES	117
ANNEXES.....	123
Liste des annexes	124
TABLE DES MATIERES	145
QUATRIEME DE COUVERTURE.....	148

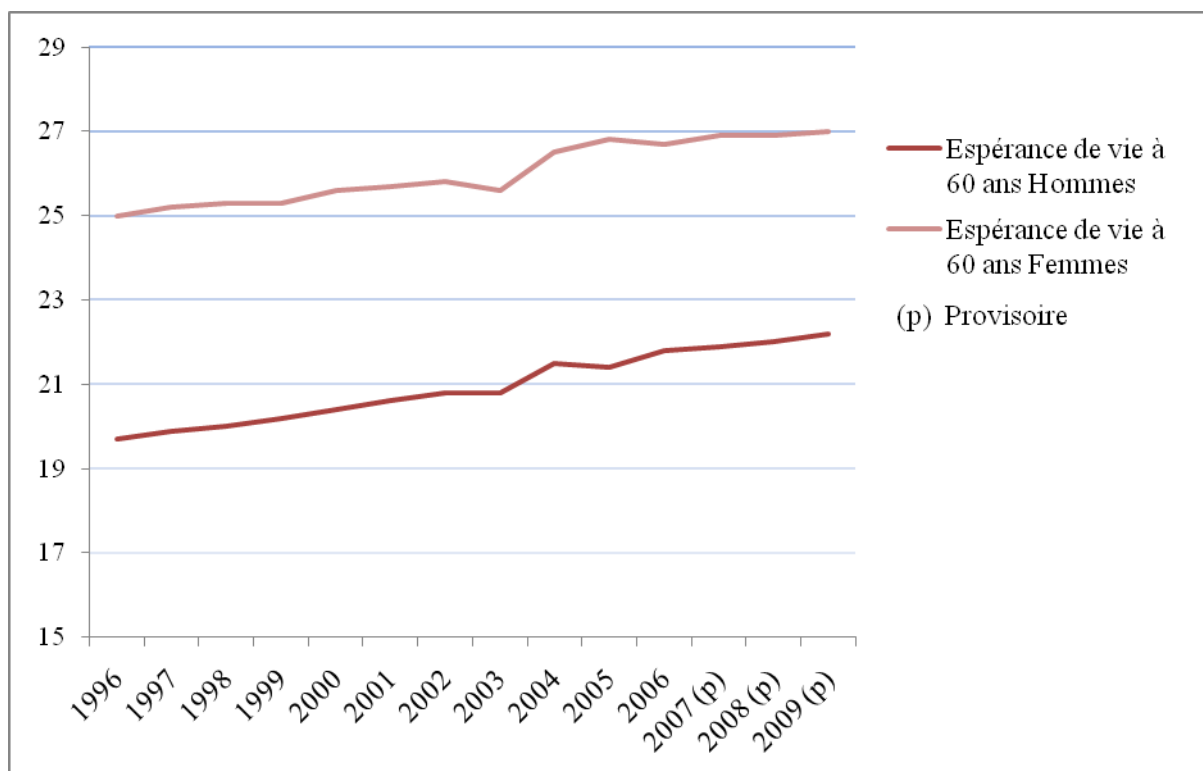
INTRODUCTION

Alors qu'un projet de loi sera discuté en septembre devant le Parlement français afin de réformer à nouveau le système des retraites, la campagne d'information mise en place explique actuellement aux citoyens les objectifs de cette réforme, notamment l'adaptation du système à l'**allongement de la durée de vie**.

➤ L'allongement de la durée de vie des Français

En effet, comme le montre le graphique ci-dessous (figure n°1), **depuis les quinze dernières années, l'espérance de vie à 60 ans a augmenté d'environ 2 ans** ; passant ainsi de 20,2 ans en 1996 à 22,2 ans en 2009 (chiffre provisoire) pour les hommes et de 25,3 ans à 27 ans (chiffre provisoire) pour les femmes entre ces deux mêmes dates.

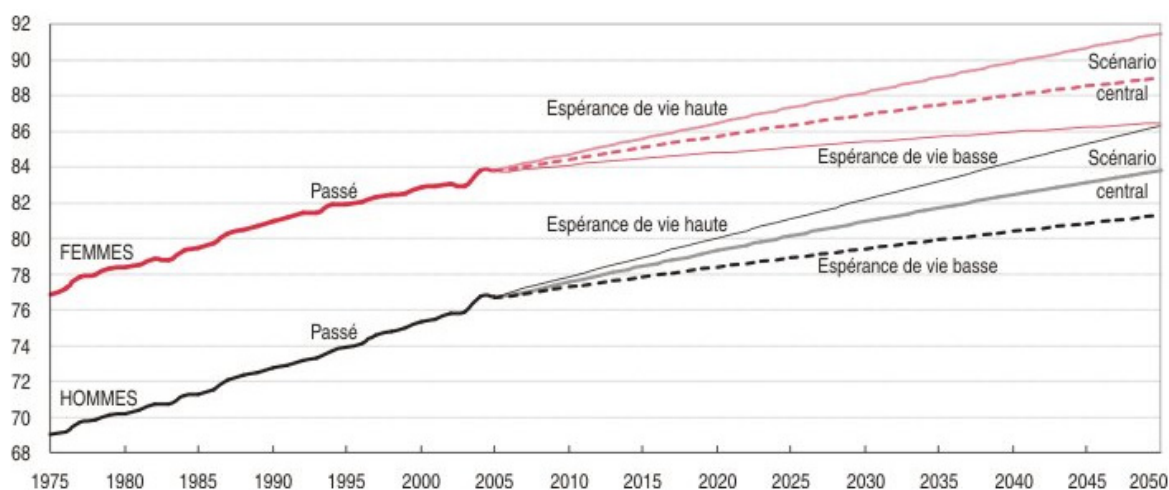
Figure n°1 : Evolution de l'espérance de vie à 60 ans des hommes et des femmes entre 1996 et 2009, en France métropolitaine.



Source : Graphique réalisé à partir de : Insee, Bilan démographique et Situation démographique(2009)

Cette tendance est encore plus visible grâce au graphique suivant (figure n°2) qui présente l'évolution de l'espérance de vie à la naissance pour les hommes et les femmes entre 1975 et 2050 (à travers les projections de l'INSEE selon trois scénarios : un scénario central, un scénario avec une espérance de vie haute et un scénario avec une espérance de vie basse). En regardant le scénario central, on remarque que **l'espérance de vie à la naissance pour un homme en 2050 serait de 84 ans (elle est actuellement de 77,8 ans), soit 15 ans de plus qu'en 1975**. En outre, même si l'écart entre l'espérance de vie à la naissance des hommes et celle des femmes, traditionnellement plus élevée, a tendance à se réduire (du fait du rattrapage des hommes), **les femmes auraient, en 2050, selon le scénario central, une espérance de vie à la naissance de 89 ans** (contre 84,5 ans actuellement et 77 ans en 1975).

Figure n°2 : Evolution passée et future de l'espérance de vie à la naissance des hommes et des femmes entre 1975 et 2050, en France métropolitaine, selon les trois hypothèses de l'INSEE



Source : INSEE, projection de population 2005-2050

➤ La population française vieillit

Ainsi, le phénomène d'augmentation de la durée de vie est souvent associé à la notion de **vieillesse de la population**. Cependant, cette notion, définie par Gérard-François DUMONT comme *l'accroissement du rapport du nombre de personnes âgées à la population totale*¹, résulte de la combinaison de quatre facteurs dont la variation détermine l'intensité du vieillissement :

¹ Gérard-François DUMONT, Les territoires face au vieillissement en France et en Europe, Éditions Ellipses, Paris, 2006, 416 pages.

- La **baisse de la fécondité** induisant une réduction des effectifs des jeunes générations. Le passage du taux de fécondité sous le seuil de renouvellement des générations conduit au « vieillessement par le bas ». La France, avec, au 1^{er} janvier 2009, environ deux enfants par femme en âge de procréer², se trouve relativement plus protégée que ses voisins européens de ce type de vieillissement.

- La **baisse de la mortalité des personnes âgées** due à l'augmentation continue de l'espérance de vie. C'est ce qu'on appelle « vieillessement par le haut ». Comme nous l'avons vu précédemment, ce facteur est particulièrement important en France, dans l'explication du phénomène de vieillissement.

- La **composition par âge des flux migratoires**. En effet, une émigration composée de jeunes adultes accentue le vieillissement, alors qu'inversement, une immigration aussi composée de jeunes le freine.

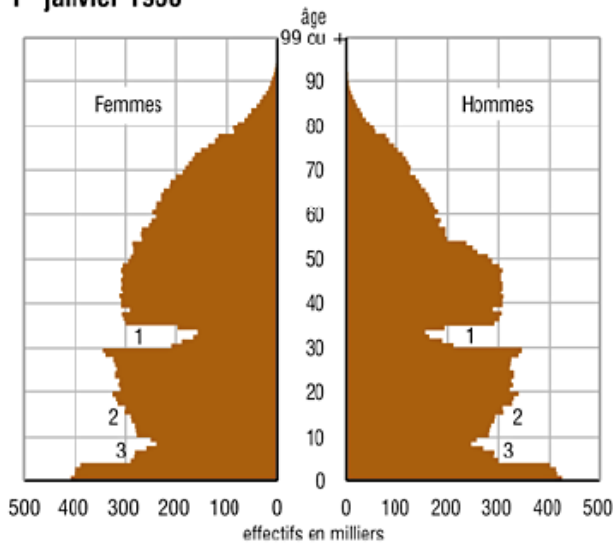
- **L'héritage des évolutions passées**. Il peut y avoir, conjoncturellement, une arrivée aux âges les plus avancés de « générations creuses », comme celles des périodes de guerre (entre 1914 et 1918 ou entre 1939 et 1945 notamment). Ce phénomène n'est pas sans conséquences sur le vieillissement de la population : celui-ci peut se retrouver limité ou arrêté. À l'extrême, il peut même inverser le scénario de vieillissement de la population en intervenant comme élément compensatoire de phénomènes du type « vieillissement par le haut » ou « par le bas ». *A contrario*, l'arrivée dans la catégorie des personnes âgées de générations plus fournies (comme celle du baby-boom arrivant actuellement à la retraite en France) est un facteur d'intensification du vieillissement.

Ce quatrième facteur de vieillissement de la population selon Gérard-François DUMONT est particulièrement observable grâce à la figure n°3 qui permet une comparaison des pyramides des âges de la population française en 1950 et en 2005. En 2005, on remarque que les classes d'âge creuses dues aux périodes de guerre (notamment la Première Guerre mondiale) disparaissent (elles avaient environ 90 ans en 2005) alors que les nombreuses classes issues du baby-boom avaient entre 30 et 60 ans en 2005, tandis que les très jeunes générations (ayant moins de 20 ans en 2005) sont moins nombreuses. Ainsi, au cours de la deuxième moitié du XXème siècle, leur part dans la population totale a chuté de 15 % après un maximum atteint en 1973 à la fin du « baby-boom ».

² INSEE, Bilan démographique 2008.

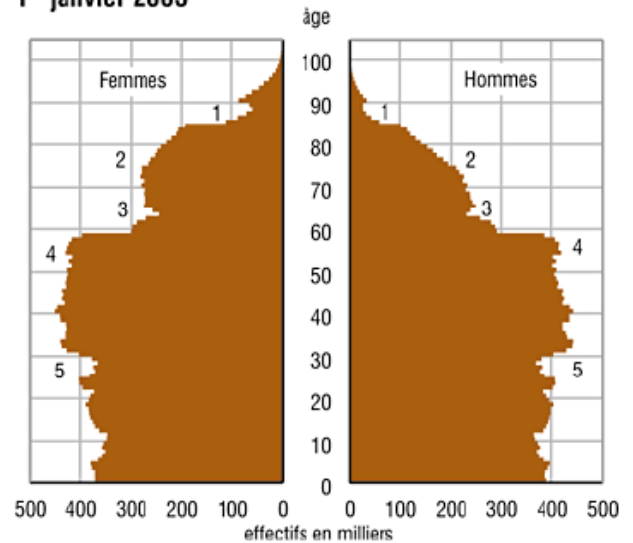
Figure n°3 : Comparaison des pyramides des âges en 1950 et en 2005

1 - Répartition de la population par sexe et âge au 1^{er} janvier 1950



1 : déficit des naissances dû à la guerre de 1914-1918 (classes creuses) ;
 2 : passage des classes creuses à l'âge de la fécondité ;
 3 : déficit des naissances dû à la guerre de 1939-1945.
 Source : Insee, État civil.

2 - Répartition de la population par sexe et âge au 1^{er} janvier 2005



1 : déficit des naissances dû à la guerre de 1914-1918 (classes creuses) ;
 2 : passage des classes creuses à l'âge de la fécondité ;
 3 : déficit des naissances dû à la guerre de 1939-1945 ;
 4 : « baby-boom » ;
 5 : fin du « baby-boom ».
 Source : Insee, État civil.

Source : Les personnes âgées - édition 2005, Collection INSEE « Références », 135 pages

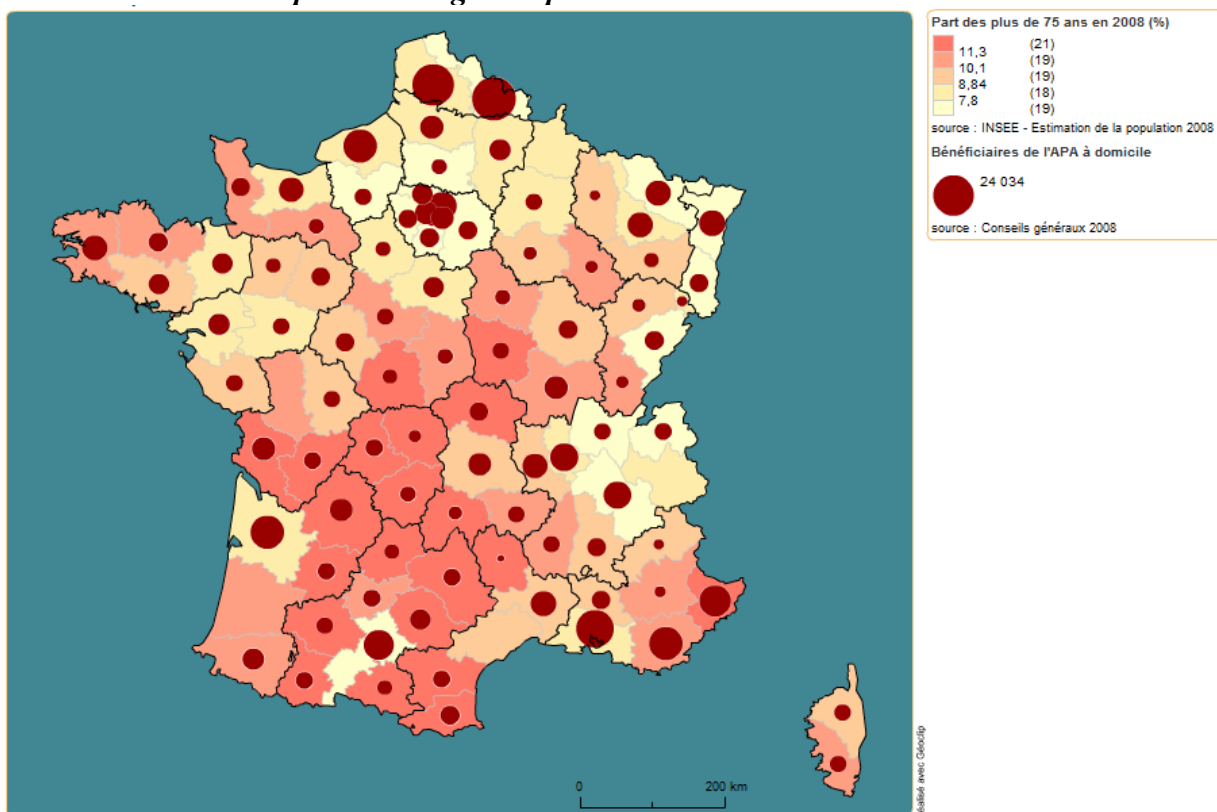
Ainsi, si la France vieillit, c'est essentiellement dû à l'allongement de la durée de vie et à l'héritage des évolutions passées.

Selon les estimations de population par âge pour l'année **2008** de l'INSEE³, **les plus de 60 ans** seraient en France 13 888 227, représentant **21,71% de la population** ; **les plus de 75 ans** seraient 5 451 700, soit **8,52% de la population totale**.

La carte suivante (figure n°4) montre cependant la **répartition inégale des plus de 75 ans sur le territoire français**. En effet, les départements du sud-est, du centre, du sud-ouest et de la Bretagne notamment ont une proportion de personnes âgées de plus de 75 ans particulièrement importante par rapport aux autres départements français et supérieure à la moyenne nationale de 2 à presque 3 %.

³ INSEE, Estimation de population par région, sexe et âge quinquennal – Années 1990 à 2008.

Figure n°4 : Répartition de la part des plus de 75 ans en 2008 en France et du nombre de personnes âgées dépendantes vivant à domicile

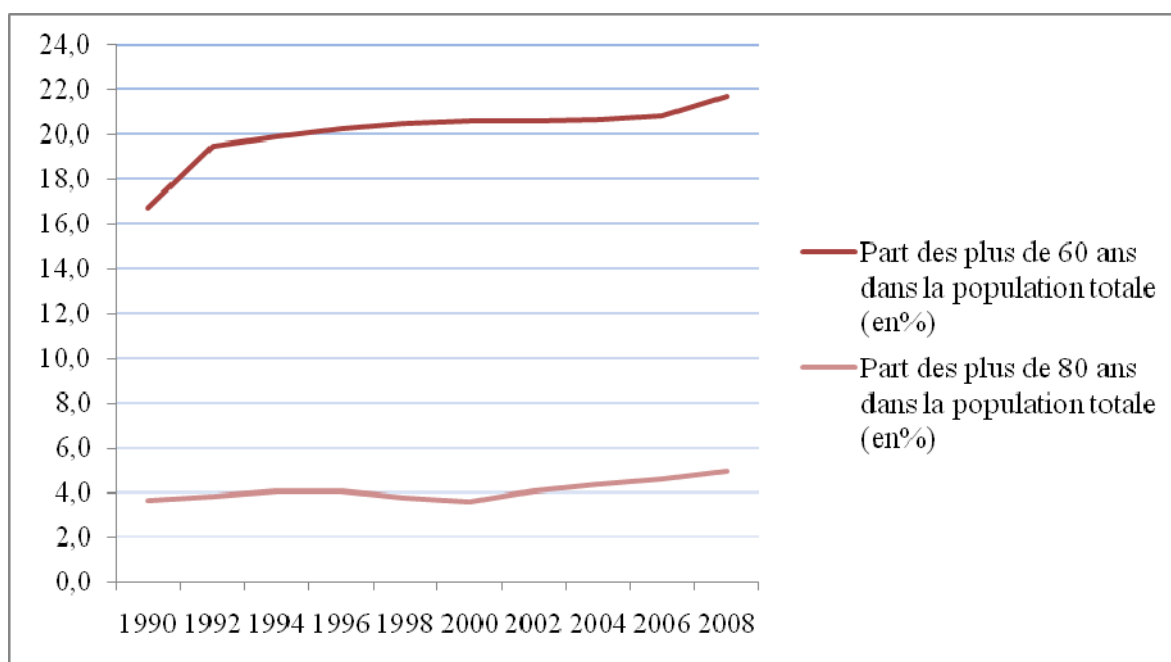


Source : Annuaire ANDASS 2008, édition n°15

En outre, **la part des plus de 60 ans parmi la population totale ne cesse d'augmenter.**

La figure n°5 illustre cette tendance. En regardant la courbe la plus foncée (celle correspondant à l'évolution des plus de 60 ans), on remarque que **la part des plus de 60 ans dans la population totale est passée de 16,7% en 1990 à 21,7% en 2008, soit une augmentation de 30,1 % en 18 ans.** Lorsque l'on se concentre sur les plus de 80 ans (la courbe la plus claire), on s'aperçoit que cette évolution est encore plus prégnante puisque **leur part parmi la population totale est passée de 3,7% en 1990 à 4,9% en 2008, soit une augmentation de 34,4% en 18 ans.**

Figure n°5 : Evolution de la part des plus de 60 ans et des plus de 80 ans parmi la population totale entre 1990 et 2008



Source : Graphique réalisé à partir du fichier INSEE, Estimation de population par région, sexe et âge quinquennal – Années 1990 à 2008

Cette tendance, observable en regardant les chiffres des années antérieures, est amenée à se poursuivre et à se renforcer de manière importante dans les prochaines années. En effet, selon les projections de population **à l'horizon 2050** de l'INSEE, fondées sur une hypothèse d'évolution tendancielle de la mortalité,⁴ détaillées dans le tableau suivant (figure n°6), les personnes de 65 ans et plus représenteraient (selon le scénario central) 26,2% de la population (contre 11,4% en 1950 et 16,7% en 2010). **La part des 65 ans et plus dans la population totale augmenterait donc de 130 % en 100 ans et de 57% en 40 ans, entre 2010 et 2050.**

Une accélération du vieillissement est donc notable et inéluctable (les générations qui atteindront 65 ans en 2050 étant déjà nées).

Cette accélération est encore plus rapide lorsqu'on se concentre sur les personnes de 75 ans et plus. Ces derniers représenteraient, selon le scénario central de l'INSEE, 15,6% de la population en 2050 (contre 3,8% en 1950 et 8,8% en 2010), soit une **augmentation de la part des 75 ans et plus de 311% en 100 ans et de 77% en 40 ans, entre 2010 et 2050.**

⁴ INSEE, situations démographiques et projection de population, 2005-2050, scénario central.

➤ La France face à la gérontocroissance

Outre le vieillissement de la population, la France est également en situation de **gérontocroissance** qui se définit comme l'*augmentation, non plus relative mais en valeur absolue, du nombre de personnes âgées dans la population* (la diminution du nombre de personnes âgées étant appelée gérontodécroissance)⁵. Les facteurs qui la déterminent sont essentiellement de deux types : augmentation de l'espérance de vie et flux migratoires.

A partir de 2006, la gérontocroissance, en France, est certaine, sauf « accident » imprévisible ; sa survenue ne dépend pas de la fécondité future.

Figure n°6 : Evolution de la population de la France métropolitaine de 1950 à 2050 (scénario central de projection)

Année	Population au 1 ^{er} janvier (en milliers)	Proportion (%) des				
		0-19 ans	20-59 ans	60-64 ans	65 ans ou +	75 ans ou +
1950	41 647	30,1	53,7	4,8	11,4	3,8
1990	56 577	27,8	53,2	5,1	13,9	6,8
2000	58 796	25,6	53,8	4,6	16,0	7,2
2005	60 702	24,9	54,3	4,4	16,4	8,0
2010	62 302	24,3	53,0	6,0	16,7	8,8
2015	63 728	24,0	51,4	6,2	18,4	9,1
2020	64 984	23,7	50,1	6,1	20,1	9,1
2025	66 123	23,1	49,0	6,2	21,7	10,5
2030	67 204	22,6	48,1	6,1	23,2	12,0
2035	68 214	22,2	47,2	6,1	24,5	13,3
2040	69 019	22,1	46,9	5,4	25,6	14,3
2045	69 563	22,0	46,4	5,8	25,8	15,0
2050	69 961	21,9	46,2	5,7	26,2	15,6

Source : INSEE, situations démographiques et projection de population, 2005-2050, scénario central.

⁵ Gérard-François DUMONT, Les territoires face au vieillissement en France et en Europe, Éditions Ellipses, Paris, 2006, 416 pages.

Cette évolution de la démographie accorde aux personnes âgées une place de plus en plus importante dans les réflexions actuelles, notamment en termes de politiques publiques. En effet, le vieillissement de la population implique de repenser les modalités de prise en charge de la dépendance.

➤ **Les personnes âgées et la dépendance**

Ainsi, même si vieillissement de la population et dépendance ne sont pas synonymes, force est de constater que l'allongement de la durée de vie entraîne une augmentation du nombre de **personnes âgées dépendantes**, c'est-à-dire des *personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'être aidées pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie courante ou requièrent une surveillance régulière*⁶. Cependant, la dépendance est une notion floue. Le nombre de personnes concernées varie en fonction des indicateurs utilisés. Deux grilles principales d'évaluation existent : celle développée par le docteur Colvez et l'outil AGGIR (autonomie gérontologique groupe iso-ressource) qui sert notamment à l'attribution des aides financières telles que l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie).

Focus :

- La **grille AGGIR** (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources) permet aux médecins de regrouper au sein de six groupes, les personnes de plus de 60 ans en fonction de leur niveau de dépendance (perte d'autonomie locomotrice, mentale ou encore sociale). Ces groupes, appelés « GIR » (Groupes Iso-Ressources), varient de 1 (pour une personne âgée confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence continue d'intervenants) à 6. Cependant, seules les personnes appartenant aux GIR 1 à 4 sont considérées comme dépendantes et, à ce titre, peuvent recevoir l'APA versées par les Conseils Généraux.

Le classement en GIR 5 et 6 permet toutefois de bénéficier de diverses prestations d'aides à domicile prises en charge, le cas échéant, par les mutuelles.

⁶ Séminaire de questions sociales de la promotion « Nelson Mandela » (1999-2001), Ecole nationale d'administration, La prise en charge des personnes âgées dépendantes, 94 pages, p.3.

- La **grille Colvez**⁷ est une grille d'appréhension de la dépendance qui mesure surtout la perte de mobilité. Elle classe les personnes en quatre groupes (allant du niveau 1 pour des personnes confinées au lit ou au fauteuil au niveau 4 pour des personnes considérées comme non dépendantes). La grille Colvez mesure uniquement de la dépendance physique ; un indicateur de dépendance psychique la complète souvent (indicateur composé de deux groupes, définis selon l'existence ou non de troubles du comportement ou de désorientation dans l'espace et dans le temps).

Le nombre de **personnes dépendantes physiquement** varie ainsi **entre 1,2 et 1,4 millions** selon la grille, avec bien évidemment des degrés de dépendance variables allant de l'aide ponctuelle pour sortir de chez soi (niveau 3 de la grille Colvez et groupe 4 et 5 de la grille AGGIR), au besoin d'aide pour la toilette et l'habillage (niveau 2 de la grille Colvez et groupe 2 et 3 de la grille AGGIR), jusqu'au confinement au lit ou au fauteuil (niveau 1 de la grille Colvez et groupe 1 et 2 de la grille AGGIR). Les personnes souffrant de dépendance lourde se retrouvent en grande partie comptabilisées dans les deux grilles, et elles peuvent ainsi être estimées entre 650 000 et 800 000 (niveau 1 et 2 de la grille Colvez et groupe 1 à 4 de la grille AGGIR).

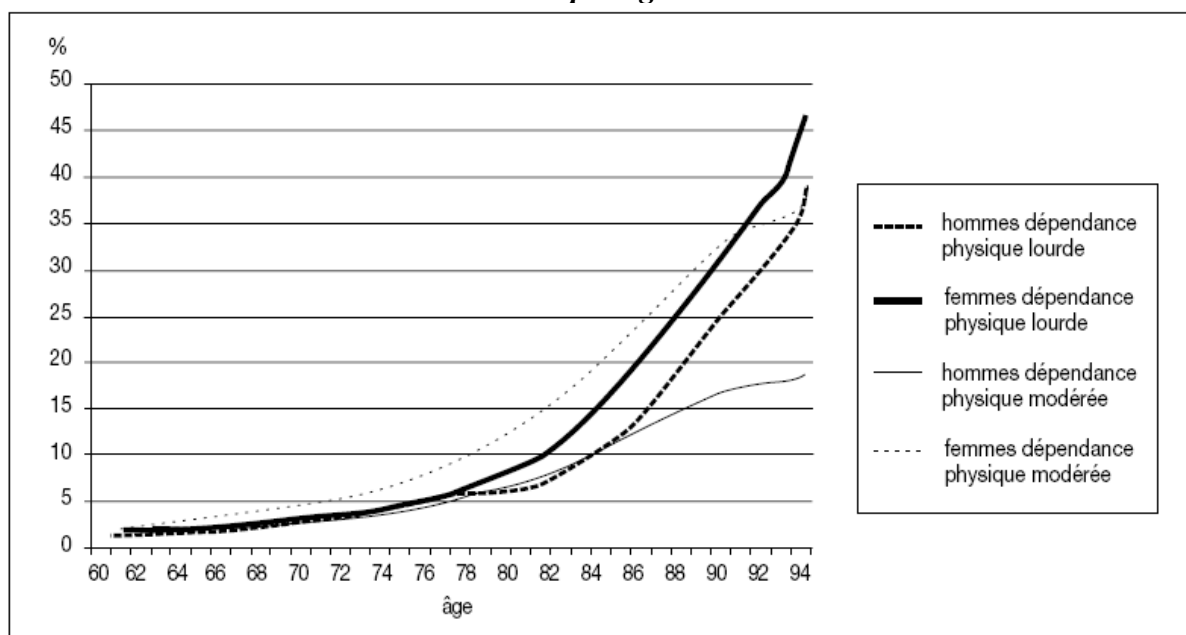
Selon l'enquête HID (Handicap-Incapacités-Dépendances) effectuée par l'INSEE entre 1998 et 2001⁸, auprès d'un échantillon représentatif de la population, 385 000 personnes de 80 ans et plus (soit 18 %) sont confinées au lit ou au fauteuil ou ont besoin d'aide pour la toilette et l'habillage, et 416 000 autres (soit 20 %) ont besoin d'aide pour sortir de chez elles ou de l'institution où elles résident, selon la grille Colvez. Les personnes de 80 ans et plus représentent ainsi 61 % des 628 000 personnes lourdement dépendantes physiquement. Les personnes de 90 ans et plus sont encore plus dépendantes, puisque 35 % d'entre elles sont confinées au lit ou au fauteuil, ou ont besoin d'aide pour la toilette et l'habillage. 30 % ont besoin d'aide pour sortir.

Ainsi, comme le montre la figure n°7, **le niveau de dépendance physique augmente très nettement à partir de 80 ans, en particulier pour ce qui est de la dépendance lourde.**

⁷ Christel COLIN, in *Gérontologie et société*, n° 98, 2001, Fondation Nationale de Gérontologie, 13 pages, p.47.

⁸ INSEE Première, n°742, Octobre 2000, 4 pages.

Figure n°7 : Taux de prévalence de la dépendance physique, lourde ou modérée, par sexe et par âge



Source : Insee, enquêtes Handicaps-Incapacités-Dépendance 1998-1999

Cette tendance est donc amenée à se poursuivre en parallèle de l'augmentation de la part des personnes âgées parmi la population totale. En effet, selon le modèle de microsimulation « Destinie » (modèle démographique, économique et social de trajectoires individuelles simulées), **le nombre de personnes dépendantes augmenterait de 50 % entre 2000 et 2040** (selon le scénario central)⁹.

En ce qui concerne la **dépendance psychique**, il est à noter que 275 000 personnes de 80 ans et plus (soit environ 16%), souffrent d'une perte d'autonomie mentale, de troubles du comportement ou de désorientation dans l'espace et dans le temps. En ce sens, il est nécessaire de souligner l'importance de la maladie d'Alzheimer, et des troubles cognitifs dans leur ensemble, qui frappent principalement les personnes âgées.

⁹ Michel DUEE, Cyril REBILLARD, La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040, in Insee Références, Santé et protection sociale, Données sociales - La société française, édition 2006, 7 pages, p.615.

FOCUS :

La maladie d'Alzheimer est une *maladie du cerveau, entraînant une affection neuro-dégénérative impliquant une détérioration progressive et définitive des cellules nerveuses provoquant une démence sénile (notamment : des pertes de mémoire, de raisonnement, de repère dans l'espace, des difficultés d'expression et de maîtrise physique de son corps, ou encore des changements d'humeur).*¹⁰

L'étude PAQUID¹¹ (Quid des personnes âgées, étude épidémiologique dont l'objectif général a été d'étudier le vieillissement cérébral et fonctionnel après 65 ans) a montré que chez les plus de 75 ans la proportion de malades d'Alzheimer était de 14,2 %, homme et femmes confondus, avec de fortes inégalités homme/femme puisque pour ces deux catégories les chiffres sont respectivement 9,1 % et 17,1 %, soit presque un rapport de 1 sur 2. Ainsi, environ 750 000 personnes de 75 ans et plus seraient démentes en France dont 600 000 atteintes de la maladie d'Alzheimer¹². Cependant on estime qu'au moins 50% des malades d'Alzheimer ne sont pas diagnostiqués. **Le nombre de malades d'Alzheimer en France serait donc actuellement supérieur à un million de personnes** (ce chiffre étant amené à croître avec l'augmentation du nombre de personnes âgées dans les années à venir).

Ces deux premiers constats :

- le nombre et la part des personnes âgées en France sont en constante augmentation et sont amenés à augmenter de manière plus soutenue dans les années à venir ;
- le nombre de personnes âgées dépendantes ou en perte d'autonomie physique et / ou psychique suit la même tendance ;

nous amènent à nous intéresser aux **conséquences de ces phénomènes sur la prise en charge des personnes âgées**. Les politiques publiques en faveur des personnes âgées se sont réellement développées à partir des années 1960 avec la publication, en **1962**, du **Rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse, présidée par Pierre Laroque**¹³. En effet, auparavant, mise à part une politique d'assistance aux plus défavorisés (les "secours

¹⁰ www.francealzheimers.org/

¹¹ http://www.isped.u-bordeaux2.fr/RECHERCHE/paquid/2004_Resultats_PAQUID.pdf

¹² www.francealzheimers.org/

¹³ Rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse, présidée par Pierre Laroque : <http://infodoc.inserm.fr/serveur/vieil.nsf/397fe8563d75f39bc12563f60028ec43/e0f115ba61f787a5c12568c80041b17d?OpenDocument>

obligatoires") dont beaucoup étaient, à l'époque, des personnes âgées, véritables laissées pour compte de la croissance économique, il n'y avait pas de politique spécifique en direction de la population âgée.

Avec ce rapport (dit « Rapport Laroque »), la perception de la vieillesse s'est peu à peu transformée, les personnes âgées sont passées d'une situation de marginalité et d'exclusion à une **catégorie sociale avec des caractéristiques propres liées à l'âge**. Un **cadre de référence** nouveau s'est progressivement imposé, centré sur la **préservation de l'autonomie** et la **participation à la vie sociale**. Ainsi, des politiques sociales et médico-sociales spécifiques se mettent en place, **la priorité identifiée par le rapport étant le maintien à domicile**.

Plusieurs plans quinquennaux sont impulsés par l'État central entre les années 1960 et 1975¹⁴. Ainsi, le programme du **Vie plan** (1970-74) avait pour objectif d'éviter l'entrée en institution grâce aux services d'aide à domicile.

En **1981**, la **première structure ministérielle dédiée aux personnes âgées** est créée (actuellement, cette structure ministérielle a la forme d'un Secrétariat d'Etat en charge des aînés et rattaché au Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique). Les services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées se développent à leur tour grâce à la fixation d'un cadre réglementaire adapté.

Cependant, si le **maintien à domicile** est prôné dès les années 1960, **ce thème est toujours d'actualité**. En effet, maintenir des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile n'est pas aisé. En **1980**, le **Rapport Vieillir Demain**¹⁵ pointe déjà l'absence de traductions concrètes des priorités mises en lumière dans le Rapport Laroque. Le **Plan Solidarité Grand âge** est lancé en 2006. En 2007, le **Plan National Bien Vieillir 2007-2009**¹⁶ a fixé, à travers 9 axes, de nouvelles priorités devant tenir compte des évolutions démographiques actuelles et à venir. Parmi les actions préconisées, un faible nombre a été effectivement réalisé. L'année 2007 a également été déclarée « Année Alzheimer », en prélude au Plan Alzheimer 2008-2012.

¹⁴ Alain GRAND, Sandrine ANDRIEU, Du rapport Laroque à l'allocation personnalisée d'autonomie : 40 ans de politique de soutien aux personnes âgées en France, in Regards sur l'actualité, N° 296, Editions La Documentation Française, décembre 2003, 104 pages.

¹⁵ <http://infodoc.inserm.fr/serveur/vieil.nsf/92ab20c0e17fbe9380256b9e0038bd7d/18c67f69a5c9c59d80256af003f070f?OpenDocument>

¹⁶ http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/presentation_planbienvieillir2007-2009.pdf

Dernièrement, le 17 juin 2010, la Secrétaire d'Etat chargée des Aînés, Madame Nora Berra a présenté les conclusions du rapport de la **mission « Vivre chez soi »**¹⁷. Cette mission, dirigée par le Professeur Alain Franco, avait pour objectif de réfléchir aux outils juridiques, financiers, réglementaires, techniques et organisationnels à mettre en place ou à renforcer pour lever les freins et les obstacles existants au maintien à domicile.

Ces nombreux rapports et études, complétés par ceux dont l'angle retenu est davantage budgétaire (à l'instar des rapports 2005 et 2009 de la Cour des Comptes), mettent en relief les avantages théoriques du maintien à domicile des personnes âgées. Dès lors, il nous a semblé pertinent, à travers ce mémoire, d'étudier plus en détail **les conditions du maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et ses limites**. Nous nous intéresserons à la manière dont ces recommandations sont traduites dans la réalité.

Par ailleurs, ce sujet est particulièrement intéressant car certaines tendances actuelles peuvent amener à penser que les « séniors », c'est-à-dire les jeunes retraités, ont la « cote » auprès des médias (de plus en plus d'émission leur sont consacrées, des magazines...) ou encore auprès des professionnels du tourisme et des loisirs (agences de voyages spécialisées...). Leur rôle est valorisé dans le monde associatif ou politique pour leur importante activité bénévole¹⁸, et dans le cadre de la famille puisqu'ils peuvent être mis à contribution pour soutenir financièrement leurs enfants devenus adultes et garder leurs petits enfants¹⁹. D'un point de vue économique, ces séniors constituent un important marché car leur niveau de retraite est actuellement très élevé comparativement à celui des retraités de la génération précédente. En effet, le montant moyen de la pension de droit direct, tous régimes confondus, s'élevait à 1 122 € par mois en décembre 2008 (soit, en euros courants, une augmentation de 2,4 % en moyenne par an entre 2003 et 2008)²⁰, ce à quoi il faut ajouter le patrimoine immobilier car les retraités sont très souvent propriétaires d'au moins un logement

¹⁷ http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Vivre_chez_soi.pdf

¹⁸ Les seniors représentent 50 à 80 % des bénévoles dans le monde associatif et 30% des maires de petites communes et 50 % des conseillers municipaux non indemnisés (Valérie ROSSO-DEBORD, Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale, le 23 juin 2010, en conclusion des travaux de la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes, 128 pages, p.7).

¹⁹ Selon l'enquête Patrimoine 2004 de l'INSEE (INSEE Résultats, n° 52 Société, Juillet 2006 : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=transm04) un Français sur deux aide ses enfants sous la forme de dons, de versements ou de prêts d'argent, de mise à disposition d'un logement ou encore en gardant leurs petits-enfants.

²⁰ Patrick AUBERT, Nadine BARTHÉLÉMY, Virginie CHRISTEL, Bruno DUCOUDRÉ, Charline LABORDE, Les retraités et les retraites en 2008, in DREES, Etudes et Résultats, n°722, Avril 2010, 6 pages, p.3.

(à près de 76 %²¹). Même si ces niveaux de retraite ne vont pas se maintenir, et même si ces moyennes masquent des situations très différentes, **les jeunes retraités bénéficient d'une bonne image dans la société.**

Ce constat, qui constitue certes une avancée, ne doit cependant pas occulter le fait que **les retraités les plus âgés (constituant le 4^{ème} âge, voire le 5^{ème} âge) sont encore largement perçus comme un problème.** La prise en charge de leur dépendance par la solidarité nationale coûte de plus en plus cher (puisque le nombre de personnes âgées augmente) et est ponctuellement remise en cause dans un souci d'économies budgétaires (à l'image, par exemple, du débat sur une possible récupération de l'APA sur les successions, lors du vote du projet de loi de finances pour 2008). En outre, **le thème de la vieillesse reste encore marginalisé notamment parce qu'il renvoie chacun à ses propres peurs de la dépendance, de la décrépitude et de la mort.**

➤ **Finalement, qu'est-ce qu'une personne âgée ?**

Il nous faut également dès lors, préciser la signification donnée dans ce mémoire au terme « personnes âgées ». Sans entrer dans les débats sur les théories sociologiques du vieillissement, du désengagement ou encore de la déprise (aujourd'hui remises en question, notamment la théorie du désengagement) il est important de souligner l'**ambiguïté du mot « personnes âgées »**. En effet, un retraité de 60 ans, même s'il fait officiellement partie de la catégorie « personne âgée », n'a rien de commun avec un octogénaire, que ce soit au niveau de son autonomie, de son mode de vie, de ses pratiques de déplacement et de mobilité ou encore de ses relations avec le reste de la société. **Le fossé est en effet grandissant entre la classification officielle qui catégorise une personne en tant qu' « âgée » dès qu'elle a 60 ans et la représentation de la vieillesse construite par la société.**

Les « **personnes âgées** », constituent en fait une **catégorie de population très hétérogène** en termes d'âge tout d'abord, (on distingue désormais le 3^{ème} âge ou l'âge des seniors, du 4^{ème} âge voire encore au delà), en termes de revenus, en termes de capital social et familial, ou encore en termes d'autonomie.

Dans ce mémoire, par souci de simplification, nous utiliserons le terme générique de « personnes âgées » pour parler des personnes de plus de 60 ans, mais au regard de la

²¹ Christelle MINODIER, Christelle RIEG, Le patrimoine immobilier des retraités, in INSEE Première, n° 984, Septembre 2004, 4 pages, p.1.

délimitation du sujet et des problématiques posées, nous nous concentrerons sur les personnes en perte d'autonomie, quel que soit leur âge (au delà de 60 ans).

Le sujet choisi porte en lui de nombreux enjeux. Nous ne pourrons bien sûr pas être exhaustifs sur l'ensemble de ces enjeux. Ainsi, bien qu'important, l'aspect purement financier et comptable de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées et notamment son optimisation pour assurer la pérennité des financements ne sera pas approfondi. Nous ne détaillerons pas non plus l'aspect sociologique du maintien à domicile ou de l'entrée en établissement pour personnes âgées.

L'angle principal retenu est la conciliation entre la satisfaction des usagers et les possibilités de l'action publique en faveur des personnes âgées.

Cette action publique en faveur des personnes âgées est en réalité portée par **une pluralité d'acteurs**. Depuis la loi du 22 juillet 1983, la majeure partie des prestations d'aide sociale relève de l'**échelon départemental**.

En particulier, la prise en charge des personnes âgées dépendantes, est désormais sous la responsabilité des **Conseils généraux**. Créée en ce sens par la loi du 20 juillet 2001, et entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2002, l'**APA** est une aide financière à caractère universel attribuée par les Conseils généraux aux personnes de plus de 60 ans, résidant à domicile ou en établissement dont la perte d'autonomie est reconnue (évaluation faite à partir de la grille AGGIR, voir page 12) afin de leur permettre d'accéder aux aides nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie quotidienne. **Le financement de l'APA constitue une dépense obligatoire pour les départements mais un concours leur est versé afin de prendre en charge une partie du coût de l'APA.**

Le fond de concours est géré par la **CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie)** qui est un établissement public administratif national sous la tutelle des Ministères en charge des personnes âgées et des personnes handicapées et du Budget, créé en 2004 et en fonctionnement depuis 2006. Les 17,30 milliards d'euros de ressources de la CNSA proviennent des crédits de l'Assurance maladie, de la solidarité nationale (100% des crédits de la Journée nationale de solidarité et 0,1% de la Contribution sociale généralisée) et des contributions des caisses d'assurance vieillesse²². Le système de répartition du fonds entre les départements dépend du nombre de plus de 75 ans (variable entrant pour 50% dans le calcul

²² http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=364

de la dotation du département), de la dépense constatée d'APA (20%), du potentiel fiscal (25%) et du nombre de bénéficiaires du RMI (5%) dans le département²³. En 2009, le montant global du fonds de concours versé aux départements s'élevait à 1,55 milliards d'euros²⁴.

Les personnes âgées dont la dépendance est moindre (GIR 5 et 6) peuvent en outre bénéficier d'aides financières de la part de leur **caisse de retraite** (aides à la personne, notamment d'aide ménagère à domicile et aides à l'aménagement du logement en particulier). Ainsi, au 31 décembre 2003, 243 000 personnes ont reçu une aide ménagère de la **CNAVTS** (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés) pour un coût global de 235 millions d'euros (pour l'année 2003)²⁵.

D'autre part, la CNSA attribue également des dotations annuelles aux établissements et services médico-sociaux, accueillant ou accompagnant des personnes âgées (le montant global de ces dotations était de 7,25 milliards d'euros en 2009)²⁶. En outre, le Conseil général prend en charge au titre de l'aide sociale, les coûts d'hébergement des personnes vivant en établissement et dont les revenus sont inférieurs à un certain seuil (l'aide sociale est récupérable sur les successions, contrairement à l'APA). En effet, depuis la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, le financement de ces établissements est constitué de trois volets. Le volet hébergement est donc financé soit par le Conseil général dans le cadre d'une aide sociale, soit par la personne âgée lorsque ses ressources ou celles de ses obligés alimentaires sont suffisantes. Le volet dépendance est financé par le Conseil général (notamment au travers de l'APA).

Le volet médical et sanitaire est financé par l'**Etat** (au travers de la **Caisse nationale d'Assurance maladie**). Pour les personnes âgées vivant à domicile et nécessitant des soins infirmiers (sur prescription d'un médecin), les **SSIAD** (Services de Soins Infirmiers à Domicile) sont intégralement financés par la **Caisse nationale d'Assurance maladie**.

De plus, en tant que chef de file, le Conseil général élabore, tous les cinq ans, et en concertation avec l'Etat et les autres acteurs impliqués, un **schéma départemental en faveur des personnes âgées**. Cet **outil pluriannuel de planification fixe sa stratégie et ses modalités d'intervention dans la prise en charge des personnes âgées sur le territoire** (à domicile et en établissement). Ce schéma, doit désormais (depuis la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, loi HPST) s'articuler avec le **Projet régional de santé (PRS)** élaboré par les nouvelles **ARS (Agences**

²³ http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=16

²⁴ http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=71

²⁵ Rapport 2005 de la Cour des Comptes, Les personnes âgées dépendantes, Novembre 2005, 447 pages, p.24.

²⁶ http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=71

Régionales de Santé) et composé notamment du schéma régional médico-social (qui prévoit, au niveau régional, les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux).

Enfin, les **communes** peuvent intervenir en attribuant également des aides financières aux personnes âgées, en gérant des services d'aide à domicile (souvent par l'intermédiaire des CCAS, Centres communaux d'action sociale) ou des établissements hébergeant des personnes âgées.

Cette multiplicité des acteurs institutionnels est complétée par l'action de nombreuses **associations** dont l'objet est l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées et intervenant en particulier auprès des personnes âgées vivant à domicile.

Ces précisions contextuelles faites, une question centrale vient à l'esprit : **Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie est-il souhaitable ?** Cette question constituera la problématique centrale de ce mémoire. Nous tenterons également de répondre à ces **questions connexes** :

- Dans quelle mesure est-il souhaitable ?
- Comment, lorsqu'il est souhaitable, c'est-à-dire, lorsqu'il est possible, le faciliter plus largement ?
- A partir de quand n'est-il plus souhaitable et selon quels points de vue ? Comment, dans ce cas, c'est-à-dire lorsqu'il a atteint ses limites, proposer des solutions complémentaires et alternatives adaptées aux besoins et à la volonté des personnes âgées mais également aux budgets publics consacrés à la prise en charge de la dépendance ?

Notre objectif, à travers ce mémoire, est de démontrer les hypothèses suivantes :

- Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie est en général souhaitable, tout d'abord car il est largement plébiscité par ces dernières.
- D'autre part, il est également souhaitable car les dispositifs existant pour le permettre limitent les coûts de prise en charge pour la collectivité (financement par l'argent public au sens large impliquant l'Etat, les Collectivités territoriales, les citoyens à travers les cotisations salariales ...) et pour les personnes âgées.
- Ces dispositifs existants doivent donc être renforcés.

- Des dispositifs innovants doivent également être généralisés pour améliorer le maintien à domicile lorsqu'il est encore souhaitable.
- Cependant, les politiques publiques mises en œuvre en ce sens ne doivent pas occulter les limites du maintien à domicile. Celles-ci sont en effet plurielles.
- Ainsi, lorsque le degré de dépendance est trop important, lorsque les adaptations techniques du logement et de l'environnement ne sont pas possibles, trop complexes et/ou trop chères, lorsque les personnes âgées se trouvent trop isolées, lorsque les aidants naturels ne sont plus suffisants ou sont inexistantes ou lorsque le recours aux services d'aides à domicile n'est plus adapté, le maintien à domicile ne devient plus souhaitable et des solutions complémentaires ou alternatives doivent être plus largement mises en œuvre.

Notre démonstration s'appuiera sur **divers rapports et études** traitant du thème retenu, ainsi que sur des **échanges avec des professionnels**, notamment au sein de la **MSA d'Ile-de-France** (Mutualité Sociale Agricole), mais également sur **différents matériaux terrain issus du stage support de ce mémoire**. Ce stage a été réalisé entre le 3 mai et le 30 septembre 2010 au sein du **cabinet Cekoïa Conseil**, cabinet spécialisé dans le conseil en direction du secteur public et plus particulièrement dans les domaines de la santé et de l'action médico-sociale. Parmi les missions sur lesquelles nous sommes intervenus, le travail réalisé pour la mission d'**accompagnement du Conseil général de la Charente-Maritime dans l'élaboration de son schéma départemental 2011-2016 en faveur des personnes âgées** sera particulièrement mobilisé. Les matériaux qui seront utilisés se composent notamment de l'analyse des enquêtes réalisées auprès des accueillants familiaux, des évaluateurs APA, des personnes âgées vivant à domicile, des personnes âgées vivant en établissement, des responsables de services pour personnes âgées et des responsables d'établissement pour personnes âgées de Charente-Maritime et des comptes-rendus des groupes de travail réunis afin d'élaborer le plan d'action du futur schéma.

Notre réflexion s'articulera autour de **deux grandes parties**.

Dans un **premier temps**, nous envisagerons les **conditions du maintien à domicile des personnes âgées lorsque celui-ci nous paraît encore souhaitable** et qu'il est souhaité par les personnes âgées elles-mêmes. Nous verrons que le maintien à domicile est conditionné par des adaptations techniques et des interventions humaines que nous décrirons. Nous

observerons également le rôle des différents acteurs dans ces domaines et nous tenterons de recenser les améliorations possibles pour chaque dispositif.

Dans un second temps, nous traiterons des **limites, plurielles, du maintien à domicile des personnes âgées**. Nous expliquerons à partir de quand le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie ne devient plus souhaitable et pourquoi. Il s'agira alors d'envisager les réponses complémentaires au maintien à domicile ou alternatives : entre le maintien à domicile et l'entrée en maison de retraite classiques (médicalisée), qu'il conviendrait de développer.

PREMIERE PARTIE

Rester vivre dans son logement : une volonté massive des personnes âgées, de plus en plus entendue par les pouvoirs publics et facilitée par divers dispositifs qu'il convient de développer et de faire connaître

En France, la grande majorité des personnes âgées vit à domicile. En effet, en 2007, **98.9% des personnes de 65 à 74 ans, 95.5% des personnes de 75 à 84 ans et 78.6% des personnes de 85 à 94 ans** vivaient à domicile²⁷.

En outre, selon un sondage DRESS / BVA²⁸, en 2009, **61% des Français refusaient l'idée d'entrer dans un établissement pour personnes âgées**, seulement 20% pouvaient l'envisager pour un de leurs parents proches, préférant s'en occuper à son domicile (pour 37%) ou l'accueillir chez eux (pour 30% des sondés). De plus, 22% seraient prêts à utiliser une partie de leurs revenus pour aider un parent proche âgé à rester vivre à son domicile.

D'autre part, selon l'enquête réalisée auprès de 419 personnes âgées vivant à domicile en Charente-Maritime²⁹, **62,29% des répondants ont une image négative ou très négative de l'hébergement en établissement.**

L'aspiration à rester vivre dans son logement, malgré l'avancée en âge et la potentielle perte d'autonomie, est donc forte parmi les personnes âgées. Les personnes âgées sont caractérisées par une **très faible mobilité résidentielle**. La propension à déménager diminue ainsi fortement après 70 ans ; plus de 60% des plus de 70 ans occupent le même logement depuis près de 25 ans³⁰. **A mesure que la durée d'occupation du logement s'allonge, l'attachement sentimental au logement se renforce.** Les personnes âgées, moins mobiles, y passent la majeure partie de leur temps, de nombreux souvenirs les lient à ce logement et la perspective d'avoir à le quitter représente souvent un coût psychologique important. En outre, le logement peut également symboliser une « dimension de continuité et de résistance au temps » qui devient essentielle avec l'avancée en âge³¹.

Comme nous l'avons vu en introduction, cette volonté des personnes âgées de rester vivre dans leur domicile le plus longtemps possible constitue également **un axe majeur des politiques publiques en faveur des personnes âgées depuis les années 1960** (suite au

²⁷ Valérie ROSSO-DEBORD, Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale, le 23 juin 2010, en conclusion des travaux de la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes, 128 pages, p.44

²⁸ Suivi barométrique de l'opinion des Français à l'égard de la santé, de la protection sociale, de la précarité, de la famille et de la solidarité, Synthèse des principaux enseignements de l'étude DRESS / BVA Opinion, Janvier 2010

²⁹ Réalisation : Cekoïa Conseil, mai-juin 2010.

³⁰ Virginie CHRISTEL, Trajectoires résidentielles des personnes âgées, in Données sociales - La société française, Edition 2006, 5 pages, p.526.

³¹ Alain FRANCO, Rapport Vivre chez soi, remis à Mme Nora Berra, Secrétaire d'Etat en charge des aînés en juin 2010, 95 pages, p.6.

rapport Laroque précité). Même si toutes les préconisations faites par les nombreux rapports qui se sont succédés ensuite n'ont pas toujours été effectivement mises en œuvre, **les dispositifs facilitant le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie sont actuellement variés.**

En effet, force est de reconnaître que **le coût pour la société que représente la prise en charge d'une personne âgée vivant à domicile, avec les différentes aides dont elle peut bénéficier, est environ deux fois moins élevé que le coût de prise en charge en établissement pour personnes âgées.** Ainsi, le coût de prise en charge moyen d'une personne de plus 60 ans, classée en GIR 1 à 5, vivant à domicile est estimé par la Cour des Comptes à 7 500€ par an alors que le coût annuel moyen d'une personne âgée en établissement, tout GIR confondu, est estimé à 14 000€³². Ces chiffres sont, à l'évidence, à interpréter avec précaution puisque ce ne sont que des estimations. En outre, si l'on ne retient que les personnes âgées les plus dépendantes (classées en GIR 1 à 4 et bénéficiant de l'APA), puisque ce sont les personnes ciblées dans ce mémoire, la différence de coût se réduit (14 700 € pour une personne âgée à domicile et 26 200 € en établissement)³³.

Nous nous concentrerons donc, dans cette partie, sur les **conditions permettant un maintien à domicile** des personnes âgées en perte d'autonomie dans des conditions matérielles et financières satisfaisantes. Nous décrirons les **différents dispositifs existants ainsi que les dispositifs innovants qu'il convient de développer, selon nous, pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées lorsqu'il est souhaitable.**

Nous avons choisi de traiter ces conditions facilitatrices à travers deux axes qui constituent les deux sous-parties de cette première grande partie. Nous aborderons ainsi, dans un premier temps, **les interventions et les aides humaines** qui sont les premières mobilisées par les personnes âgées (et leurs familles) pour permettre le maintien à domicile lorsque l'autonomie décroît ou lorsque surviennent des problèmes de santé. Nous décrirons les différents types d'aides possibles et aborderons la question des modalités de leur nécessaire coordination.

Dans un second temps, nous envisagerons les conditions du maintien à domicile sous l'angle des **aides techniques et des adaptations du logement et de l'environnement** des personnes âgées, parfois nécessaires. Nous décrirons les besoins des personnes âgées et présenterons les

³² Rapport de la Cour des Comptes, Les personnes âgées dépendantes, remis au Président de la République en novembre 2005, 447 pages, p.163.

³³ Ibidem.

dispositifs variés existants et innovants ainsi que les aides mobilisables. Nous étudierons la manière dont ces aides pourraient être plus utilement mobilisées et la manière dont l'environnement des personnes âgées pourrait être mieux adapté – des solutions simples existent – tout en tenant compte de leurs besoins.

Cependant, il importe dès à présent d'insister sur la **nécessité, dans bien des cas, de combiner aides humaines, aides techniques et adaptation du logement.**

I. Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, conditionné par des interventions et des aides humaines qu'il convient de coordonner

Les aides humaines sont celles auxquelles les personnes âgées et leurs familles pensent en premier lieu lorsque l'autonomie décroît ou qu'un problème de santé survient. Si les aidants naturels, c'est-à-dire la famille et les proches, sont très souvent sollicités au départ (A), il est parfois nécessaire de faire ensuite appel à des aidants professionnels (B) ou des professionnels de santé (C) qui, grâce à leurs interventions facilitent le maintien à domicile.

En effet, selon l'enquête HID de l'INSEE (précitée), **100% des personnes âgées les plus dépendantes (classées en GIR 1 à 4) et vivant à domicile reçoivent une aide humaine**. Les personnes dont la perte d'autonomie est moindre (classées en GIR 5) ont tout de même recours massivement à ce type d'aide (pour 93 % d'entre elles)³⁴.

Des **dispositifs de soutien financier** existent d'ailleurs pour prendre en charge une partie des coûts relatifs à ces aides humaines. Néanmoins, nous verrons dans une quatrième partie (D) que plus les interventions au domicile d'une personne âgée sont nombreuses, plus il devient indispensable de les coordonner.

A. Les aides à la vie quotidienne réalisées par les aidants naturels : souvent indispensables pour permettre le maintien à domicile

Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie est pratiquement toujours permis, en partie, grâce à l'aide apportée par leurs proches et à l'implication de leurs familles³⁵ (1). En outre, pour près de 50 % des personnes âgées interrogées pour l'enquête HID précitée, l'aide provient uniquement de l'entourage³⁶(2). Ainsi, cette tendance reste vraie malgré la mise en place de l'APA est d'autres dispositifs permettant de financer le recours à

³⁴ Nathalie DUTHEIL, Les aides et les aidants des personnes âgées, in DREES, Etudes et Résultats, n°142, Novembre 2001, 12 pages, p.2.

³⁵ Rapport de la Cour des Comptes, Les personnes âgées dépendantes, remis au Président de la République en novembre 2005, 447 pages, p.33.

³⁶ Nathalie DUTHEIL, Les aides et les aidants des personnes âgées, in DREES, Etudes et Résultats, n°142, Novembre 2001, 12 pages, p.3.

des aides professionnelles. Cette aide, précieuse pour de nombreuses personnes âgées vivant à domicile, doit donc être reconnue et facilitée (3).

1. Le profil des aidants naturels

Les aidants naturels des personnes âgées sont majoritairement des **membres de la famille** (90 % des aidants), et en particulier les **enfants et beaux-enfants** (pour moitié) ou les conjoints (pour un tiers). Le plus souvent ce sont des femmes (à 66 %) ³⁷.

2. Le rôle des aidants naturels...

L'une des questions de l'enquête HID consistait à demander à la personne interrogée d'indiquer, parmi la liste suivante, les activités pour lesquelles elle recevait une aide de ses proches :

- les soins personnels (toilette, habillage, repas...)
- se déplacer dans le logement
- sortir du logement
- défense des droits et intérêts
- aller voir le médecin, s'occuper des problèmes de santé
- gérer le budget, s'occuper des papiers et démarches administratives
- faire les courses, acheter les médicaments
- les tâches ménagères (faire le ménage, faire la lessive, le repassage, préparer les repas)
- assurer une présence, une compagnie
- autres (lecture pour les aveugles, traduction pour les sourds...)

Les résultats ³⁸ indiquent que, pour les personnes les plus dépendantes (classées en GIR 1 à 3), l'aidant naturel principal procure une aide pour, en moyenne, sept de ces dix activités.

Par ailleurs, **les conjoints** procurent plus fréquemment que les enfants et beaux-enfants des **aides liées à l'hygiène ou à l'habillage / déshabillage** (à 49 % contre 24 % pour les enfants) et des **tâches ménagères** (à 71 % contre 46 % pour les enfants). En revanche, les **enfants et beaux-enfants** s'occupent davantage des **aides plus administratives** telles que la défense des droits et intérêts (à 50 % contre 30 % pour les conjoints) et la gestion du budget (à 66 % contre 48 % pour les conjoints).

³⁷ Nathalie DUTHEIL, Les aides et les aidants des personnes âgées, in DREES, Etudes et Résultats, n°142, Novembre 2001, 12 pages, p.5.

³⁸ Nathalie DUTHEIL, Les aides et les aidants des personnes âgées, in DREES, Etudes et Résultats, n°142, Novembre 2001, 12 pages, p.6.

Ainsi, même après la mise en place de l'APA en 2002, les aidants naturels continuent de jouer un rôle majeur auprès des personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile. En effet, **75% des bénéficiaires de l'APA sont aidés par au moins un proche**³⁹.

Par ailleurs, il est possible, que dans certains cas, la mise en place de l'APA ait renforcé l'aide procurée par les aidants naturels puisque celle-ci **permet également de financer des heures d'aide à domicile assurées par une personne de l'entourage familial ou amical** (à l'exception du conjoint et du concubin). 8 % des bénéficiaires de l'APA utilisent une partie ou la totalité de leur allocation en ce sens⁴⁰.

3. ... qu'il convient de reconnaître et de faciliter

Malgré leur rôle essentiel dans le maintien à domicile des personnes âgées, il importe de souligner que, comparée à ses voisins européens, **la France ne dispose pas d'une législation très favorable aux aidants familiaux**. Cela ne facilite pas leur reconnaissance via un statut particulier comme c'est le cas, par exemple au Royaume-Uni, certainement grâce à la puissante association des « Family caregivers »⁴¹. En Allemagne, où un système national d'assurance dépendance existe depuis 1995, la famille est considérée comme le « premier service de soins de la nation ». A ce titre, l'assurance dépendance propose des cours gratuits de soins à l'intention des proches de personnes âgées en perte d'autonomie et vivant à domicile. Enfin, dans plusieurs pays européens comme l'Irlande, le Royaume-Uni ou le Suède, les aidants naturels de personnes âgées peuvent disposer d'allocations afin de compenser en partie la perte de revenu résultant d'un arrêt ou d'une réduction de leur activité professionnelle⁴².

³⁹ Ségolène PETITE et Amandine WEBER, Les effets de l'allocation personnalisée d'autonomie sur l'aide dispensée aux personnes âgées, in DREES, Études et résultats, n° 459, janvier 2006, 11 pages, p.2.

⁴⁰ Rapport de la Cour des Comptes, Les personnes âgées dépendantes, remis au Président de la République en novembre 2005, 447 pages, p.63.

⁴¹ Dossier de presse des Assises nationales de la proximologie qui se sont tenues à Paris le 7 avril 2010, (http://www.proximologie.com/downloads/Etudes/anp_dossier_presse_07_04_2010.pdf), 18 pages, p.3.

→ La **proximologie** est une aire de recherche appliquée soutenue par les laboratoires Novartis Pharma (à travers la Fondation d'entreprise Novartis). Cette approche pluridisciplinaire au carrefour de la médecine, de la sociologie, de la psychologie ou bien encore de l'anthropologie, fait de l'entourage des personnes malades ou dépendantes un objet central d'étude et de réflexion.

⁴² Rapport de la Cour des Comptes, Les personnes âgées dépendantes, remis au Président de la République en novembre 2005, 447 pages, p.268.

Ainsi, en France, il serait pertinent de mieux reconnaître, y compris financièrement, le rôle des aidants naturels dont les interventions auprès d'un proche en perte d'autonomie sont parfois très exigeantes et coûteuses.

Par exemple, les aidants auprès des personnes âgées les plus dépendantes (classées en GIR 1 à 3) pensent à 33% que leurs activités d'aidant a une incidence négative sur leur bien-être personnel (fatigue physique et morale, stress...). 43% d'entre eux, ne peuvent d'ailleurs sortir que si quelqu'un les relaie auprès de la personne aidée, et 65% ne peuvent pas partir en vacances⁴³. Le coût de cette aide peut également impacter la vie professionnelle des aidants naturels. Aussi, toujours selon l'enquête HID, 2 % d'entre eux ont été obligés de cesser toute activité professionnelle et 11% d'aménager leur temps de travail⁴⁴.

Il serait alors intéressant de **renforcer les aides financières pour les aidants naturels, via l'APA notamment**. Le rapport 2005 de la Cour des Comptes⁴⁵ préconisait de « rechercher un équilibre raisonnable entre bénévolat et rémunération d'un service rendu ». Effectivement, l'aide réalisée par les aidants naturels doit reposer avant tout sur la « solidarité familiale mais les sacrifices des aidants naturels (tant sur le plan personnel que professionnel) devraient être mieux compensés ».

En effet, cela favoriserait certainement, indirectement, le maintien à domicile de nombreuses personnes âgées. Par exemple, **une évaluation systématique des besoins des aidants familiaux lors de l'élaboration du plan d'aide réalisé dans le cadre d'une demande d'APA**, serait judicieuse mais cela n'est que très rarement le cas⁴⁶.

Néanmoins, cette reconnaissance, y compris sur le plan financier, du rôle indispensable des aidants naturels ne doit pas conduire à limiter le recours aux aidants professionnels, plus qualifiés.

⁴³ Nathalie DUTHEIL, Les aides et les aidants des personnes âgées, in DREES, Etudes et Résultats, n°142, Novembre 2001, 12 pages, p.7.

⁴⁴ Ibidem.

⁴⁵ Rapport de la Cour des Comptes, Les personnes âgées dépendantes, remis au Président de la République en novembre 2005, 447 pages, p.288.

⁴⁶ Ibidem.

La complémentarité des aides est nécessaire et a été renforcée par la mise en place de l'APA. En effet, 72% des bénéficiaires de cette allocation, classés en GIR 1 à 3, reçoivent en plus de l'aide de leur proche, l'aide de professionnels⁴⁷.

B. Les aides à la vie quotidienne réalisées par des professionnels de l'aide à domicile deviennent nécessaires lorsque le niveau d'autonomie décroît

La mise en place de l'APA en 2002 a permis à un nombre accru de personnes âgées vivant à domicile de bénéficier de l'aide de professionnels. En effet, 93% des bénéficiaires de l'APA déclarent désormais recourir à l'aide de professionnels contre 65% avant la mise en place du dispositif⁴⁸. En outre, la création de l'APA a permis aux personnes âgées qui avaient déjà recours à des aides professionnelles de **renforcer le nombre d'heures de prestation**, souvent complétées par les interventions des aidants naturels (l'aide est alors dite « mixte »). Comme nous pouvons le voir dans le tableau ci-dessous (figure n°8), **le recours à des aides mixtes est plus récurrent à mesure que la dépendance augmente** ; ainsi, 63% des personnes classées en GIR 1 à 3 ont bénéficié d'une aide mixte contre 25 des personnes classées en GIR 5 à 6.

Figure n°8 : Types d'aide utilisés par les personnes âgées selon leur niveau de dépendance

	GIR 1, 2, 3	GIR 4	GIR 5 et 6
Aide mixte (aide familiale informelle + aide professionnelle)	63 %	40 %	25 %
Aide professionnelle	7 %	7 %	24 %
Aide familiale informelle	30 %	53 %	51 %
<i>TOTAL</i>	<i>100 %</i>	<i>100 %</i>	<i>100 %</i>

Source : Insee, enquêtes Handicaps-Incapacités-Dépendance à domicile 1999⁴⁹

⁴⁷ Ségolène PETITE et Amandine WEBER, Les effets de l'allocation personnalisée d'autonomie sur l'aide dispensée aux personnes âgées, dans Études et résultats, DREES, n° 459, janvier 2006, 11 pages, p.8.

⁴⁸ Ségolène PETITE et Amandine WEBER, Les effets de l'allocation personnalisée d'autonomie sur l'aide dispensée aux personnes âgées, in DREES, Études et résultats, n° 459, janvier 2006, 11 pages, page 6

⁴⁹ In : Nathalie DUTHEIL, Les aides et les aidants des personnes âgées, in DREES, Etudes et Résultats, n°142, Novembre 2001, 12 pages, p.4.

Par ailleurs, pour les personnes âgées isolées, les interventions d'une aide professionnelle est souvent indispensable. Les interventions possibles sont alors variées (1). Les modalités de recours à ce type d'aide sont également diverses ; les aidants professionnels peuvent en effet, intervenir au domicile des personnes âgées sous différents modes (2). Selon le mode choisi, les procédures d'autorisation, d'agrément et de contrôle sont différentes (3), ainsi que les dispositifs mobilisables pour financer ces aides professionnelles (4). Enfin, si ces aides sont souvent indispensables pour permettre à des personnes âgées en perte d'autonomie de rester vivre à leur domicile, la professionnalisation et le renforcement de la qualification des intervenants constituent un enjeu majeur (5).

1. Les différentes aides procurées par les aidants professionnels

Le type d'intervention réalisée par les aidants professionnels dépend souvent du niveau de dépendance de la personne âgée. En effet, pour des personnes peu dépendantes, l'aide pourra porter sur le ménage, le jardinage ou le bricolage (menus travaux d'entretien du logement par exemple) ; alors que pour les personnes plus dépendantes, les intervenants aident également à l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne (préparation ou livraison des repas, aide au lever et au coucher, accompagnement à la toilette et à l'habillage, assistance pour la prise de repas ; etc.).

En outre, les aidants professionnels peuvent également transporter ou accompagner les personnes âgées à un rendez-vous médical ou pour faire leurs courses, procurer une aide pour réaliser des démarches administratives de tout type, ou encore, par exemple, faire la lecture aux personnes âgées dont la vue est déficiente.

Néanmoins, les prestations proposées dépendent des compétences des aidants professionnels ou des structures qui les emploient. Celles-ci sont en effet nombreuses et variées ; il existait, en 2004, environ 6 200 organismes agréés* en France employant plus de 180 000 aidants en mode prestataire*. Les personnes employées directement par les personnes âgées étaient quant à elles, environ 792 000⁵⁰. D'autre part, en ce qui concerne le statut des structures intervenant au domicile des personnes âgées, 80% d'entre elles relèvent du secteur privé (associations ou entreprises à but lucratif), 20% sont des établissements publics (essentiellement des CCAS : centres communaux d'action sociale).

Ainsi, tous les types d'aides ne sont pas proposés partout.

* La notion d'agrément est précisée ci-après, dans la sous-partie 3.

* La signification du mode prestataire est expliquée ci-après, dans la sous-partie 2.

⁵⁰ Rapport de la Cour des Comptes, Les personnes âgées dépendantes, remis au Président de la République en novembre 2005, 447 pages, p.316.

2. Les différents modes d'intervention des aidants professionnels

Les personnes âgées disposent de plusieurs solutions pour faire appel à une aide professionnelle : elles peuvent devenir particulier employeur (a), faire appel à un service mandataire (b) ou encore avoir recours à un service prestataire (c).

a) Le mode gré à gré : le mode le moins onéreux

En choisissant le **mode gré à gré**, la **personne âgée devient particulier employeur**. C'est-à-dire qu'elle doit elle-même se charger du recrutement : annonce, sélection des candidats, fixation du salaire, rédaction et signature du contrat mais également des formalités administratives (déclarations diverses, paiement des cotisations sociales...)

Selon une étude récente de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)⁵¹, environ **23,5 % des aidants professionnels intervenant au domicile des personnes âgées seraient employés selon le mode gré à gré**. En Charente-Maritime, en 2009, la part de ce mode d'aide dans les plans d'aide des bénéficiaires de l'APA était de 19,61%⁵².

➤ **Avantages du mode gré à gré** : ce mode est le moins cher car il n'y a aucun frais de gestion supplémentaire. En outre, **les démarches administratives sont désormais facilitées grâce à la mise en place du CESU**, le chèque emploi service universel (loi du 26 juillet 2005). En adhérant au CESU bancaire ou CESU « déclaratif »⁵³ auprès de sa banque ou à un guichet de l'URSSAF (Union pour le Recouvrement des cotisations de la Sécurité Sociale et des Allocations Familiales), le particulier employeur peut déclarer et rémunérer facilement les salariés qu'il emploie. En effet, les chèquiers qu'il reçoit comportent des volets sociaux qu'il suffit de remplir et d'envoyer au Centre National du CESU (CNCEU) qui se charge de calculer le montant des cotisations sociales prélevées directement sur le compte du particulier employeur et d'établir les bulletins de salaires envoyés directement aux salariés.

➤ **Inconvénients du mode gré à gré** : pour la personne âgée en perte d'autonomie, ce mode ne semble pas adapté car elle n'est souvent pas capable d'assumer les obligations et les responsabilités incombant à un employeur. Elle n'est souvent pas au courant de tous les droits et devoirs du salarié et des risques d'abus existent.

⁵¹ Non encore publiée à ce jour mais citée dans : Alain FRANCO, Rapport Vivre chez soi, remis à Mme Nora Berra, Secrétaire d'Etat en charge des aînés en juin 2010, 95 pages, p.65.

⁵² Document interne de travail de la Direction de la Solidarité du Conseil général de la Charente-Maritime.

⁵³ <http://www.cesu.urssaf.fr/cesweb/ces1.jsp?jsessionid=dxpxg...kl6>

Le recours au mode gré à gré n'est donc pas à recommander pour les personnes âgées en perte d'autonomie, ou du moins pas en tant que mode unique. Il peut éventuellement être utilement utilisé pour certaines prestations comme le jardinage ou le ménage mais seulement si la personne âgée est aidée par un proche pour les démarches administratives.

b) Le mode mandataire : un mode intermédiaire

Avec le mode mandataire, la personne âgée reste l'employeur du ou des professionnels qui viennent l'aider à son domicile mais elle délègue, grâce à un contrat (le mandat), la gestion administrative à un organisme (association, établissement public ou entreprise de services). L'organisme mandataire se charge alors de recruter les intervenants, d'éditer leurs bulletins de salaires et de faire les déclarations nécessaires à l'URSSAF.

Selon l'étude de la DREES précitée⁵⁴, **39,5% des aidants professionnels intervenant au domicile des personnes âgées sont employés en mode mandataire.** En Charente-Maritime, en 2009, la part de ce mode d'aide dans les plans d'aide des bénéficiaires de l'APA était de 10,91%⁵⁵.

- **Avantages du mode mandataire** : la personne âgée employeur est déchargée du suivi administratif quotidien de son ou ses salariés. En outre, l'organisme mandataire a aussi souvent un rôle de conseil auprès de la personne âgée et peut se charger de proposer des remplaçants lorsque l'aide à domicile attitrée est en congés.
- **Inconvénients du mode mandataire** : en tant qu'employeur, la personne âgée reste responsable, en cas d'accident du travail par exemple. Le recours à ce type de prestation est un peu plus onéreux puisqu'il faut payer à un tiers la gestion administrative.

Le recours au mode mandataire peut constituer une bonne alternative entre le mode gré à gré et le mode prestataire et peut se révéler intéressant pour certains types d'aides. Cela suppose néanmoins une autonomie psychique suffisante de la personne âgée.

⁵⁴ Etude non encore publiée à ce jour mais citée dans : Alain FRANCO, Rapport Vivre chez soi, remis à Mme Nora Berra, Secrétaire d'Etat en charge des aînés en juin 2010, 95 pages, p.65.

⁵⁵ Document interne de travail de la Direction de la Solidarité du Conseil général de la Charente-Maritime.

c) Le mode prestataire : le mode le plus utilisés par les bénéficiaires de l'APA à domicile

La personne âgée signe uniquement, avec une entreprise de services ou une association prestataire, un contrat définissant le nombre d'heures d'intervention souhaitées. **L'organisme prestataire est l'employeur des aidants à domicile et fourni donc une prestation complète à la personne âgée qui est cliente de l'organisme.**

Ce mode d'intervention est le plus utilisé par les personnes âgées bénéficiaires de l'APA. En effet, en Charente-Maritime, en 2009, la part de ce mode d'aide dans les plans d'aide des bénéficiaires de l'APA était de 69,48%⁵⁶. Selon l'étude de la DREES⁵⁷, 37% des aidants professionnels intervenant au domicile des personnes âgées (quel que soit leur niveau de dépendance) sont employés en mode prestataire.

- **Avantages du mode prestataire** : la personne âgée bénéficie d'un service tout compris. En outre, nous le verrons plus loin, le recours à un organisme prestataire est souvent gage d'une **meilleure qualité d'intervention** puisque l'organisme employeur peut proposer des avantages aux salariés qui attirent ainsi le personnel plus qualifiés. L'organisme dispose enfin de plus de moyens à consacrer à la formation des aidants professionnels.
- **Inconvénients du mode prestataire** : la gestion complète du personnel assurée par l'organisme implique des coûts supplémentaires répercutés sur les tarifs proposés aux personnes âgées. Le mode prestataire constitue ainsi le **mode le plus onéreux**. D'autre part, la personne âgée n'a pas l'assurance d'être aidée à chaque fois par la même personne. Pour des interventions liées à l'hygiène comme l'aide à la toilette par exemple, cela peut être dérangerant pour la personne âgée. Cependant, dans les petites structures, où le personnel est moins nombreux, ce problème se pose moins.

Le mode prestataire semble être le mode qui convient le mieux aux personnes âgées dépendantes, en particulier pour les aides concernant les actes essentiels de la vie quotidienne pour lesquelles des qualifications particulières sont souvent nécessaires (aide à la toilette notamment).

⁵⁶ Document interne de travail de la Direction de la Solidarité du Conseil général de la Charente-Maritime.

⁵⁷ Etude non encore publiée à ce jour mais citée dans : Alain FRANCO, Rapport Vivre chez soi, remis à Mme Nora Berra, Secrétaire d'Etat en charge des aînés en juin 2010, 95 pages, p.65.

Cependant, les besoins des personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile étant nombreux et variés, la diversité des offres proposées est nécessaire et positive pour répondre au mieux à leurs attentes et à l'évolution de leurs besoins.

3. Les procédures d'autorisation, d'agrément et de contrôle des interventions des aidants professionnels sont différentes selon le mode retenu

Les services d'aide à domicile (mode prestataire ou mandataire) sont soumis à plusieurs réglementations. Ils doivent être autorisés et/ou agréés, peuvent être habilités à l'aide sociale (a) et sont soumis à des contrôles réguliers (b).

a) Autorisation, agrément qualité et habilitation

Les services prestataires sont des services **médico-sociaux** au sens de **l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles** : CASF⁵⁸. En ce sens, ils doivent être **autorisés par le Président du Conseil général** du département sur lequel ils interviennent. Cette autorisation (prévue par l'article L. 313-1 du CASF⁵⁹) est délivrée pour une durée de 15 ans. Elle peut être délivrée conjointement par le Conseil général et l'Etat si les prestations dispensées sont susceptibles d'être prises en charge par l'Etat ou l'assurance maladie⁶⁰. L'autorisation habilite également les services prestataires à intervenir auprès de personnes âgées bénéficiant de l'aide sociale (article L. 313-6 du CASF).

En contrepartie de cette autorisation, les services prestataires sont soumis à des **obligations d'évaluation interne et externe régulières** (tous les 5 ans en général) « *de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées* ⁶¹ ».

Enfin, les services prestataires qui souhaitent intervenir auprès des personnes âgées classées en GIR 1 et 2 doivent également être **agréés**. La demande d'agrément est instruite par la DDTEFP (Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation

⁵⁸ Code de l'action sociale et des familles, version consolidée au 28 juillet 2010 : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20100729>

⁵⁹ Ibidem.

⁶⁰ Rapport de la Cour des Comptes, Les personnes âgées dépendantes, remis au Président de la République en novembre 2005, 447 pages, p.317.

⁶¹ Article L. 312-8 du CASF.

Professionnelle) et **l'agrément, dit « agrément qualité » est délivré par le Préfet de département pour un an.**

Les **services mandataires** ne sont pas des services médico-sociaux au sens de l'article L. 312-1 du CASF ; ils n'ont donc pas besoin d'autorisation. En revanche, ils doivent obligatoirement être **agrées qualité**. Cet agrément est délivré pour 5 ans par le Préfet de département après instruction du dossier par la DDTEFP et avis du Président du Conseil général⁶².

En outre, pour intervenir auprès des personnes âgées bénéficiant de l'aide sociale, les services mandataires doivent être spécialement habilités par le Président du Conseil général.

b) Modalités de contrôle des services mandataires et prestataires⁶³

La délivrance de l'autorisation pour un service prestataire implique un contrôle de la qualité des prestations effectuées par les services du Conseil général qui peut donner lieu au retrait de l'autorisation. Ces services sont également contrôlés par l'ARS (ex-service de la DDASS) au niveau de la sécurité et du respect du bien-être physique et moral des personnes âgées prises en charge. Enfin, les prix pratiqués sont contrôlés par la DDCCRF (Direction Départementale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes).

L'agrément pour les services mandataires peut être retiré suite à un contrôle du fonctionnement général du service par la DDTEFP. En outre, tout comme les services autorisés, le respect des règles de sécurité et du bien-être physique et moral des personnes âgées prises en charge est contrôlé par les services de l'ARS. Les prix pratiqués sont contrôlés par la DDCCRF. Enfin, si les usagers des services bénéficient de l'APA pour financer tout ou partie des heures d'aide fournies par un service agréé, ce dernier subit également un contrôle de la part du Conseil général en tant qu'institution attributrice de l'APA.

⁶² Rapport de la Cour des Comptes, Les personnes âgées dépendantes, remis au Président de la République en novembre 2005, 447 pages, p.317.

⁶³ Guide « Des services de qualité pour mieux vivre chez vous » réalisé par l'Agence nationale des services à la personne, Editions Bayard, année inconnue, 83 pages, p.57.

4. Les dispositifs mobilisables pour financer les aides professionnelles

Les heures d'aide à domicile effectuées par des aidants professionnels peuvent être financées en partie ou en totalité par plusieurs dispositifs particuliers : l'APA principalement pour les personnes les plus dépendantes (a), mais également les caisses de retraite pour les personnes moins dépendantes, classées en GIR 5 et 6 (b) ou encore plusieurs avantages fiscaux (c).

a) L'Allocation Personnalisée d'Autonomie

L'APA à domicile est utilisée à 90% pour financer en partie ou en totalité les heures d'aide à domicile effectuées par des aidants professionnels et auxquelles les personnes âgées en perte d'autonomie ont recours pour les assister dans les actes de la vie quotidienne⁶⁴. En effet, bien que les plans d'aides* des 686 000 personnes âgées bénéficiaires de l'APA à domicile (chiffre au 30 juin 2009⁶⁵) peuvent prévoir de financer plusieurs types d'intervention comme l'aménagement ou l'adaptation du logement, la majeure partie des sommes attribuées au titre de l'APA à domicile permet aux personnes âgées en perte d'autonomie de pouvoir recourir à des aides professionnelles. Le nombre d'heures moyen prévu dans ces plans d'aide est de 43h par mois⁶⁶. Néanmoins, ce chiffre dépend logiquement du niveau de dépendance de la personne âgée. Les personnes âgées classées en GIR 1 se voient en moyenne attribuer dans leur plan d'aide 73 heures mensuelles d'aide à domicile réalisées par des aidants professionnels contre 28 heures pour les bénéficiaires classés en GIR 4 (59 heures pour ceux classés en GIR 2 et 45 heures pour ceux classés en GIR 3)⁶⁷.

Le montant maximum des plans d'aide est fixé par un barème arrêté au niveau national dont le détail est précisé dans le tableau suivant (figure n°9)

⁶⁴ Corinne METTE, APA, une analyse des plans d'aide, in DREES, Études et résultats, n° 293, février 2004, 12 pages, p.2.

*établis par l'équipe médico-sociale lors de l'évaluation réalisée suite à une demande d'attribution de l'APA.

⁶⁵ Clotilde DEBOUT et Seak-Hy LO, L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2009, in DREES, Etudes et Résultats, n°710, novembre 2009, 6 pages, p.2.

⁶⁶ Corinne METTE, APA, une analyse des plans d'aide, in DREES, Études et résultats, n° 293, février 2004, 12 pages, p.4.

⁶⁷ Ibidem.

Figure n°9 : Plafonds des plans d'aide selon le niveau de dépendance de l'allocataire APA.

GIR	Montant mensuel maximum du plan d'aide APA (en €, au 1er avril 2009)
GIR 1	1 224,63 €
GIR 2	1 049,68 €
GIR 3	787,26 €
GIR 4	524,84 €

Source : Clotilde DEBOUT et Seak-Hy LO, L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2009, in DREES, Etudes et Résultats, n°710, novembre 2009, 6 pages, p.6.

Cependant, le montant effectivement alloué à la personne âgée dépend de plusieurs facteurs. Tout d'abord, **chaque département, au travers de son règlement d'aide sociale, fixe ses propres montants d'aides** (pouvant être supérieur aux barèmes nationaux, mais cela est rare). Ensuite, le montant de l'APA est modulé en fonction du niveau de dépendance de la personne âgée bien sûr, mais également en fonction du niveau de ses revenus. En effet, un **ticket modérateur** prévoit une participation forfaitaire des personnes âgées dont le revenu mensuel est supérieur à 689,5€ (soit 0,67 fois le montant de la majoration pour tierce personne de la Sécurité sociale qui était de 1 029,10 euros par mois au 1er avril 2009)⁶⁸. **Environ 75% des bénéficiaires de l'APA à domicile doivent s'acquitter d'un ticket modérateur moyen de 120 € par mois** (au 1^{er} avril 2009) pour un montant moyen de l'APA s'élevant à 494 €. Là encore, le montant moyen du ticket modérateur augmente avec le niveau de dépendance puisqu'une personne classée en GIR 1 dont les revenus sont suffisants se voit appliquer une participation financière moyenne de 257 € pour un montant moyen de l'APA s'élevant à 1 009 €⁶⁹.

Les montants attribués au titre de l'APA peuvent être utilisés par les personnes âgées pour financer des heures d'aide à domicile effectuée par un aidant professionnel quel que soit le mode de prestation retenu (gré à gré, service mandataire, service prestataire). Toutefois, au regard des avantages et des inconvénients des différents modes, présentés précédemment, il convient de souligner que pour les personnes âgées dont la perte d'autonomie est la plus importante (classées en GIR 1 et 2), l'équipe médico-sociale du Conseil général chargée de

⁶⁸ Clotilde DEBOUT et Seak-Hy LO, L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2009, in DREES, Etudes et Résultats, n°710, novembre 2009, 6 pages, p.6.

⁶⁹ Clotilde DEBOUT et Seak-Hy LO, L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2009, in DREES, Etudes et Résultats, n°710, novembre 2009, 6 pages, p.6.

l'élaboration du plan d'aide oriente généralement les personnes âgées vers des organismes prestataires.

Par ailleurs, lorsque cette évaluation conclue à un classement de la personne âgée en GIR 5 ou 6, l'APA ne peut pas lui être attribuée mais des heures d'aide à domicile peuvent être prises en charge par sa caisse de retraite.

b) Les aides financières des caisses de retraite pour les personnes âgées les plus autonomes

Les caisses de retraite peuvent fournir une aide facultative attribuée aux ressortissants des différents régimes, classés en GIR 5 et 6. Cette aide, également modulée selon le revenu de la personne âgée, permet de financer en partie des heures d'aide ménagère à domicile (ménage, aide à la préparation des repas...) quel que soit le mode de prestation choisi (gré à gré, service mandataire, service prestataire). Au 31 décembre 2003, **243 000 personnes recevaient une aide ménagère de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés (CNAVTS) pour un montant total attribué de 235 millions d'euros par an**⁷⁰.

c) Des avantages fiscaux peuvent être mobilisables

Des dispositifs d'allègements d'impôts sur le revenu existent pour les personnes imposables qui ont recours à une association ou une entreprise agréée ou à un organisme à but non lucratif ayant pour objet l'aide à domicile et habilité au titre de l'aide sociale ou conventionné par un organisme de sécurité sociale. Les personnes âgées **peuvent déclarer jusqu'à 12 000 € par an de dépenses liées à l'aide à domicile et bénéficier d'une réduction du montant de leur impôt sur le revenu égale à 50 % du coût de l'intervention à domicile**⁷¹. Ce dispositif n'est pas spécifiquement destiné aux personnes âgées mais force est de constater qu'il est particulièrement adapté aux dépenses réalisées par ces dernières pour bénéficier d'aides leur permettant de rester vivre à domicile lorsque leur autonomie décroît. Cela constitue donc **une source de financement non négligeable**. Cependant, les bénéficiaires de l'APA à domicile doivent déduire des sommes déclarées le montant de

⁷⁰ Rapport de la Cour des Comptes, Les personnes âgées dépendantes, remis au Président de la République en novembre 2005, 447 pages, p.24.

⁷¹ Guide « Des services de qualité pour mieux vivre chez vous » réalisé par l'Agence nationale des services à la personne, Editions Bayard, année inconnue, 83 pages, p.32.

l'allocation perçue (par exemple si la personne âgée a dépensé 5 000 € dans l'année mais qu'elle a touché 4 000 € d'APA, elle ne pourra déclarer que 1 000 € de dépenses nettes).

En outre, les personnes âgées qui ont choisi d'être **particulier employeur** (via un service mandataire ou selon le mode gré à gré, utilisant ou non le CESU) ayant plus de 70 ans ou bénéficiant de l'APA, peuvent également bénéficier d'une **exonération des cotisations patronales de sécurité sociale** (à l'exception de la cotisation relative aux accidents du travail). Pour les personnes non bénéficiaires de l'APA mais ayant plus de 70 ans, le montant maximal de l'exonération pour le ménage est de 65 fois le montant du SMIC horaire brut⁷². En 2003, le nombre d'allocataires de l'APA bénéficiant de ces exonérations était de 111 000 ; auxquelles il faut ajouter les 532 000 personnes de plus de 70 ans non titulaires de l'APA bénéficiant également de ces exonérations⁷³.

Ces exonérations des charges sociales ainsi que la mise en place du CESU en 2005 ont contribué au développement des emplois dans le secteur des services à la personne. La question de la qualité des prestations réalisées auprès des personnes âgées en perte d'autonomie (donc vulnérables), doit être posée.

5. Un enjeu majeur pour le maintien à domicile dans de bonnes conditions : la professionnalisation des intervenants et le renforcement de la qualité des interventions

Plus de 67% des intervenants professionnels à domicile ne disposent d'aucune qualification (ce chiffre s'élève à **85%**⁷⁴ pour les salariés employés directement par les **personnes âgées**). Parmi les rares intervenants qualifiés, moins de 9 % sont titulaires du Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (Cafad)⁷⁵. En ce qui concerne les auxiliaires de vie qui, à la différence des aides ménagères, s'occupent uniquement d'aider directement la personne âgée à accomplir des actes de la vie quotidienne (à l'instar de la

⁷² Guide « Des services de qualité pour mieux vivre chez vous » réalisé par l'Agence nationale des services à la personne, Editions Bayard, année inconnue, 83 pages, p.32.

⁷³ Rapport de la Cour des Comptes, Les personnes âgées dépendantes, remis au Président de la République en novembre 2005, 447 pages, p.27.

⁷⁴ Alain FRANCO, Rapport Vivre chez soi, remis à Mme Nora Berra, Secrétaire d'Etat en charge des aînés en juin 2010, 95 pages, p.50.

⁷⁵ Sophie BRESSÉ, L'enjeu de la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile en faveur des personnes âgées, in Retraite et société, n°39, La Documentation française 2003, 26 pages, p.138.

toilette), cela peut être particulièrement problématique, surtout lorsque les personnes âgées sont physiquement très fragilisées.

Au niveau des services prestataires, la formation continue des salariés est souvent mieux assurée du fait des incitations de l'employeur. De même, les remplacements peuvent être plus facilement organisés. En revanche, lorsque c'est la personne âgée qui est l'employeur, il lui incombe de prévoir et de financer les formations de son personnel. **Or, beaucoup de personnes âgées ne sont pas au courant des modalités de formation et les intervenants en mode gré à gré ne sont pas toujours demandeurs de formations.** C'est également au particulier employeur de contrôler la qualité de la prestation ; ce qui n'est pas toujours aisé pour une personne âgée en perte d'autonomie. **Cela vient confirmer le fait que ce mode de prestation est à déconseiller pour ces personnes âgées.**

Les services autorisés et/ou agréés qui interviennent auprès de personnes âgées bénéficiaires de l'APA subissent, comme nous l'avons vu précédemment, plusieurs types de contrôles, notamment au niveau de la qualité des prestations. En effet, tous les 5 ans au minimum, ces derniers doivent procéder à une évaluation interne de la qualité de leurs prestations au regard de référentiels nationaux et à une évaluation externe réalisée par un organisme indépendant, tous les 7 ans au minimum. Cependant, il importe de souligner que **si les évaluations internes sont réalisées de manière relativement satisfaisante, l'évaluation externe est encore trop peu pratiquée.** Ainsi, selon l'enquête réalisée auprès de 35 responsables de services en Charente-Maritime⁷⁶, seulement la moitié a prévu de réaliser une telle évaluation dans les 3 années à venir.

Enfin, certains services ont choisi de faire certifier la qualité de leurs interventions par des organismes spécialisés (certification AFNOR ou Qualicert) mais cela reste très peu fréquent et semble réservé aux services de taille importante puisque seulement 400 des 7000 services agréés sont certifiés⁷⁷.

⁷⁶ Réalisation Cekoïa Conseil, mai-juin 2010.

⁷⁷ Guide « Des services de qualité pour mieux vivre chez vous » réalisé par l'Agence nationale des services à la personne, Editions Bayard, année inconnue, 83 pages, p.29.

Il est donc particulièrement important de renforcer la qualification des aidants professionnels intervenant à domicile, d'autant plus que, outre l'aide indispensable que ces derniers apportent aux personnes âgées en perte d'autonomie, les interventions à domicile sont également souvent une occasion de briser la solitude des personnes âgées isolées. En effet, les trois quarts des personnes âgées bénéficiant d'une aide professionnelle à domicile qualifient d'«amicale» la relation entretenue avec l'intervenant⁷⁸. **L'enjeu à venir est donc de maintenir la qualité de cette relation tout en améliorant la professionnalisation des intervenants tant sur le plan technique (apprentissage des gestes spécifiques) que sur les aspects plus psychologiques du métier (adaptation aux modes de vie des personnes âgées généralement plus lents et à leur vulnérabilité psychique et émotionnelle).**

Les Conseils généraux ont un rôle à jouer dans cette démarche d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées à domicile. En effet, ils peuvent inciter les services autorisés à mettre en place des plans de formation de leur personnel plus aboutis. En ce sens, le Conseil général de la Charente-Maritime envisage, dans le cadre de son prochain schéma départemental en faveur des personnes âgées (en cours d'élaboration) d'encourager les services à élaborer un programme de formation technique et d'analyse des pratiques professionnelles pour l'ensemble de leurs salariés. Les groupes d'analyse des pratiques pourraient être animés par un professionnel comme un psychologue par exemple⁷⁹.

Ainsi, les personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile peuvent, en fonction de leurs besoins, être aidées quotidiennement par des aidants professionnels. Ces aides, quel que soit le mode de prestation choisi constituent un élément indispensable pour rendre possible et souhaitable le maintien à domicile des personnes âgées lorsque leur autonomie décroît. En ce sens, et grâce à la mise en place de l'APA en plus des autres dispositifs de financement, le recours à ces aides est facilité. Cependant, afin d'assurer un maintien à domicile dans de meilleures conditions, il importe d'accentuer les qualifications de aidants professionnels.

Par ailleurs, le maintien à domicile d'une personne âgée en perte d'autonomie implique parfois que celle-ci puisse recevoir des soins à son domicile. Même si la limite entre les actes

⁷⁸ Sophie BRESSÉ, L'enjeu de la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile en faveur des personnes âgées, in Retraite et société, n°39, La Documentation française 2003, 26 pages, p.131.

⁷⁹ Proposition issue du groupe de travail n°2 réuni en mai et juin 2010 afin de bâtir le plan d'action du futur schéma départemental en faveur des personnes âgées 2011-2016 de la Charente-Maritime (co-animation du groupe de travail : Cekoïa Conseil).

relevant d'un personnel soignant et ceux qui sont effectués par une aide à domicile est parfois floue, plusieurs dispositifs existent pour que les personnes âgées reçoivent les soins dont elles ont besoin à domicile.

C. Les soins à domicile

Les soins que les personnes âgées peuvent recevoir à domicile sont pris en charge par l'Assurance maladie puisqu'ils doivent être prescrits par un médecin. Les personnes âgées peuvent avoir recours à des infirmiers libéraux (a) mais également travaillant pour un SSIAD : service de soins infirmiers à domicile (b) ou encore lorsque cela est nécessaire et possible, bénéficier d'un dispositif d'hospitalisation à domicile (c).

1. Les soins dispensés à domicile par des infirmiers libéraux

En 2003, 54 000 IDE libéraux (infirmiers diplômés d'Etat) étaient en exercice en France⁸⁰. Ceux-ci constituent le dispositif de droit commun pour l'ensemble de la population mais on estime qu'environ **70 % des patients de ces infirmiers sont âgés de plus de 70 ans**⁸¹. Les personnes âgées recourent donc à ces professionnels de santé lorsqu'elles ont besoin d'interventions simples, dites de « nursing » ou « **AIS** » : **Actes Infirmiers de Soins** c'est-à-dire principalement des actes relatifs à l'hygiène (toilettes médicalisées, soins dermatologiques, prévention des escarres...) ou à la surveillance de l'alimentation et de l'hydratation des patients⁸² ou pour des interventions plus techniques, appelées « **AMI** » : **Actes Médicaux Infirmiers** concernant par exemple des injections intraveineuses ou intramusculaires. Cette différenciation entre les types d'actes réalisables par les infirmiers libéraux correspond à des tarifs différents prévus par la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux. Ainsi, selon l'arrêté du 17 octobre 2008 portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux⁸³, le tarif qui sert de base en France métropolitaine au remboursement par l'Assurance maladie d'un AMI au 15 avril 2009 est de 3,15 € et celui d'un AIS est de 2,65 €.

⁸⁰ Rapport de la Cour des Comptes, Les personnes âgées dépendantes, remis au Président de la République en novembre 2005, 447 pages, p.59.

⁸¹ Rapport de la Cour des Comptes, Les personnes âgées dépendantes, remis au Président de la République en novembre 2005, 447 pages, p.59.

⁸² Sophie BRESSÉ, Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et l'offre de soins infirmiers aux personnes âgées en 2002, in Etudes et Résultats, DREES, n°350, Novembre 2004, 8 pages, p.5.

⁸³ NOR: SJSS0821851A, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019656301>

On estime qu'**environ 200 000 personnes de plus de 75 ans reçoivent régulièrement des soins de nursing réalisés par des infirmiers libéraux à domicile**⁸⁴.

Les infirmiers libéraux peuvent intervenir au domicile des personnes âgées à tout moment en fonction des besoins (des majorations sont ainsi prévues pour les interventions de nuit et le dimanche) ce qui assure aux personnes âgées à domicile une **continuité de prise en charge**. Ces dernières peuvent également avoir recours à des services spécialisés dans les soins des personnes âgées dépendantes vivant à domicile : les services de soins infirmiers à domicile.

2. Les soins dispensés dans le cadre des SSIAD

Les SSIAD ont été créés en 1975 mais c'est un décret de 1981⁸⁵ qui a précisé leur organisation. Ce sont des **services médico-sociaux au sens de l'article L. 312-1 du CASF**⁸⁶ qui emploient des IDE (infirmiers diplômés d'Etat) dont au moins un infirmier coordinateur qui en est le responsable, des aides soignants (représentant 80 % du personnel⁸⁷) et parfois des aides médico-psychologiques. Les SSIAD peuvent être rattachés juridiquement à un établissement hospitalier mais également à une commune ou un établissement public local tel un CCAS, à un établissement médico-social tel un EHPAD, ou encore à une association ou une fondation.

En 2004, on comptait **1 760 SSIAD offrant 82 000 places** mais depuis les années 1980, ils se sont fortement développés puisqu'entre 1980 et 2004, le nombre de places a été multiplié par plus de 23⁸⁸.

Les **patients des SSIAD sont à 70 % âgés de plus 80 ans**. 25% sont confinés au lit ou au fauteuil et 45 % souffrent de dépendance psychique⁸⁹. Le personnel des SSIAD peut effectuer les mêmes types de soins que les infirmiers libéraux mais en SSIAD, les AIS sont généralement effectués par les aides soignants alors que les infirmiers se chargent uniquement des AMI. Lorsque le SSIAD n'emploie pas d'infirmier (mis à part l'infirmier coordinateur)

⁸⁴ Rapport de la Cour des Comptes, Les personnes âgées dépendantes, remis au Président de la République en novembre 2005, 447 pages, p.59.

⁸⁵ Décret n°81-448 du 8 mai 1981.

⁸⁶ Code de l'action sociale et des familles, version consolidée au 28 juillet 2010 : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20100729>

⁸⁷ Sophie BRESSÉ, Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et l'offre de soins infirmiers aux personnes âgées en 2002, in Etudes et Résultats, DREES, n°350, Novembre 2004, 8 pages, p.1.

⁸⁸ Sophie BRESSÉ, Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et l'offre de soins infirmiers aux personnes âgées en 2002, in Etudes et Résultats, DREES, n°350, Novembre 2004, 8 pages, p.2.

⁸⁹ Ibidem, p.1.

les AMI sont réalisés par des infirmiers libéraux, rémunérés à l'acte par le SSIAD. **Les AMI ne représentent cependant que 13 % des visites en moyenne**⁹⁰.

Les personnes âgées qui bénéficient de l'intervention d'un SSIAD n'ont pas d'avance de frais à réaliser puisque le financement de ces structures est intégralement assuré par l'Assurance Maladie (au moyen d'une indemnité forfaitaire journalière basée sur le nombre de places ouvertes⁹¹).

Le recours à un SSIAD est particulièrement intéressant pour maintenir à domicile une personne âgée qui nécessite des soins sur une longue durée. Le suivi et la continuité de prise en charge sont ainsi assurés (les SSIAD peuvent intervenir, davantage que les infirmiers libéraux, la nuit et les week-ends grâce à un nombre de personnel plus important rendant possible les remplacements). Cependant, les soins effectués par un SSIAD ne peuvent pas être très lourds. Pour des problèmes de santé plus importants, une hospitalisation à domicile peut parfois être envisagée.

3. Le dispositif d'hospitalisation à domicile

La première structure d'hospitalisation à domicile a été mise en place en 1957 par l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris mais c'est la loi hospitalière du 31 juillet 1991 qui a consacré officiellement l'existence de ce dispositif et une circulaire de 2003 qui a précisé ses modalités de fonctionnement. Ce dispositif est donc encore relativement récent ; 164 structures proposaient **seulement 6 700 places ouvertes en 2006 pour l'ensemble de la France**⁹², dont un tiers situées en Ile-de-France. Les services d'hospitalisation à domicile peuvent être rattachés à des centres hospitaliers publics ou à des structures relevant du privé non-lucratif (beaucoup plus rarement du privé lucratif) et sont majoritairement situés en milieu urbain.

L'hospitalisation à domicile ne s'adresse pas spécifiquement aux personnes âgées puisque les patients suivis peuvent l'être pour un cancer ou pour des soins de périnatalité. Néanmoins, du personnel soignant spécialisé peut également **intervenir au domicile d'une personne âgée pour des soins de nursing lourds, notamment après une sortie d'hôpital**. Le service d'hospitalisation à domicile peut alors faire partie de la filière de soins gériatriques. Ce

⁹⁰ Sophie BRESSÉ, Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et l'offre de soins infirmiers aux personnes âgées en 2002, in Etudes et Résultats, DREES, n°350, Novembre 2004, 8 pages, p.1.

⁹¹ Rapport de la Cour des Comptes, Les personnes âgées dépendantes, remis au Président de la République en novembre 2005, 447 pages, p.58.

⁹² Mylène CHALEIX, Hélène VALDELIÈVRE, Anissa AFRITE et Laure COM-RUELLE, Les structures d'hospitalisation à domicile en 2006, in DREES, Etudes et Résultats, n° 697, Juillet 2009, 6 pages, p.2.

dispositif peut ainsi permettre une prise en charge médicale globale puisqu'une équipe pluridisciplinaire peut se relayer au chevet du patient 24 heures sur 24 durant toute la durée de son hospitalisation à domicile, qui est en général, remboursée à 100 % par l'Assurance maladie.

Ainsi, si l'hospitalisation à domicile peut constituer, dans certains cas particuliers, une solution permettant le maintien ou le retour à domicile d'une personne âgée, cela ne semble pas être adapté, tant d'un point de vue technique que d'un point de vue financier, à un nombre important de personnes âgées dépendantes. Il convient toutefois de noter que la création de places d'hospitalisation à domicile constituait un objectif mis en lumière par le Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille dans sa réponse écrite au rapport de la Cour des Comptes sur les personnes âgées dépendantes remis au Président de la République en novembre 2005⁹³, afin de répondre, à domicile, aux besoins d'une population vieillissante et de plus en plus dépendante.

D. La coordination des interventions humaines, indispensable pour améliorer la qualité de prise en charge des personnes âgées à domicile

Comme nous venons de le voir, les aides humaines qui peuvent être mobilisées auprès des personnes âgées pour répondre à leurs besoins lorsque leur autonomie décroît sont variées. Cependant, **une personne âgée en perte d'autonomie a très souvent besoin d'une prise en charge globale : soins et aide à domicile.** Ainsi, une étude menée par la DREES en 2002 montre que plus de 90 % des patients pris en charge par un SSIAD sont également aidés au quotidien par au moins un aidant professionnel notamment pour la réalisation des tâches ménagères⁹⁴. En outre, une autre étude de 2004 montre que 15 % des personnes âgées qui ont recours à des services d'aide à domicile sont pris en charge par plus de six intervenants⁹⁵.

⁹³ Rapport de la Cour des Comptes, Les personnes âgées dépendantes, remis au Président de la République en novembre 2005, 447 pages, p.388.

⁹⁴ Sophie BRESSÉ, Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et l'offre de soins infirmiers aux personnes âgées en 2002, in Etudes et Résultats, DREES, n°350, Novembre 2004, 8 pages, p.4

⁹⁵ Sophie BRESSÉ, Les bénéficiaires des services d'aide à domicile », DREES, Études et résultats n° 296, mars 2004, 8 pages, p.2.

De nombreux intervenants peuvent donc se succéder au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Toutes ces interventions peuvent être difficiles à mettre en place : à quel service s'adresser, pour faire quel type d'aide ?

De plus, une fois mises en place, **ces différentes aides peuvent être difficiles à coordonner pour une personne âgée seule.** En effet, l'infirmière qui vient faire des injections intramusculaires ne doit pas arriver alors que l'aide à domicile est en train d'effectuer la toilette. **Toutes ces interventions bouleversent parfois le quotidien d'une personne âgée et peuvent être perçues comme intrusives.**

Enfin, comme nous l'avons également vu précédemment, la différence entre les actes d'hygiène réalisés par une aide soignante d'un SSIAD et une aide à la toilette réalisée par une aide à domicile peut être floue à tel point que les toilettes médicalisées normalement effectuées par un intervenant d'un SSIAD sont souvent effectuées par une aide à domicile le jour où l'aide soignante ne peut pas passer ou à défaut d'une place en SSIAD. Inversement, une personne qui bénéficie d'une aide à la toilette pourra se voir aider par son aide soignante au cours d'une visite prévue pour réaliser un soin, lorsque l'aide à domicile est en congé ou bien le week-end⁹⁶. Ces cas de figure posent problème au niveau des financements car les actes effectués par un salarié d'un SSIAD sont pris en charge par l'Assurance maladie alors que ceux effectués par un salarié d'un service d'aide à domicile sont généralement pris en charge par l'APA (financée en grande partie par les départements). Cela soulève également des questions de responsabilité, d'autant plus que, comme nous l'avons déjà évoqué, les aides à domicile sont rarement formées, par exemple pour effectuer des toilettes complexes.

Pour pallier ces désagréments et ces risques et ainsi améliorer la qualité de prise en charge des personnes âgées à domicile, plusieurs solutions peuvent être envisagées. Il convient tout d'abord de mieux informer les personnes âgées et leurs familles des différentes aides qui peuvent leur être proposées et des modalités pour en bénéficier. Ensuite, il importe de renforcer la coordination des interventions, dès la mise en place des différentes aides (par exemple au moment des différentes évaluations réalisées).

En ce sens, **le rôle des CLIC (centres locaux d'information et de coordination) doit être renforcé (a).** Les **services d'aide à domicile et les SSIAD et infirmiers libéraux doivent être incités à se rapprocher ou à mieux travailler ensemble (b).**

⁹⁶ Cas de figure souvent décrits pas les services d'aide à domicile et les SSIAD, notamment lors des groupes de travail réunis en mai et juin 2010 afin de bâtir le plan d'action du futur schéma départemental en faveur des personnes âgées 2011-2016 de la Charente-Maritime (co-animation du groupe de travail : Cekoïa Conseil).

NB : nous ne traiterons pas ici du rôle que peuvent avoir les réseaux gérontologiques qui, bien que pouvant contribuer à mieux coordonner les interventions auprès des personnes âgées, ont une vocation purement sanitaire, car les réseaux de soins (et en particulier le cas pour les soins aux personnes âgées) sont encore très peu développés en France⁹⁷.

1. Renforcer le rôle d'information et de coordination des CLIC

Les centres locaux d'information et de coordination ont été créés officiellement par la loi du 20 juillet 2001 relative à l'APA. Ils peuvent être créés à l'initiative d'une entité publique (une commune ou un CCAS : 26 % des CLIC, un département : 9 %, ou encore un centre hospitalier : 9 %), mais ils sont le plus souvent mis en place par une association (53%)⁹⁸. **L'Etat reste le premier financeur des CLIC mais après avoir impulsé le dispositif, en 2002 et 2003, il se désengage progressivement au profit des collectivités territoriales** (qui participaient à hauteur de 37,6 % au financement des CLIC en 2004 ; l'Etat participant à 41,6 % et le reste des financements étant assuré par les caisses de retraites, les hôpitaux...⁹⁹). L'ouverture d'un CLIC est cependant soumise à autorisation du Président du Conseil général puisque **les CLIC doivent s'inscrire dans la politique globale en faveur des personnes âgées dont le Conseil général est chef de file** (leur maillage territorial doit ainsi être cohérent avec le schéma gérontologique départemental).

Les CLIC constituent, à l'échelle locale (leur zone d'intervention est en général un bassin de vie constitué de 7 000 à 10 000 personnes âgées¹⁰⁰), **un lieu d'accueil, d'écoute et d'information et d'orientation des personnes âgées et de leurs proches concernant l'offre de services** (sanitaires, sociaux et médico-sociaux) auxquels elles peuvent avoir recours en fonction de leurs besoins. Outre ce rôle de base, les CLIC peuvent également réaliser des missions réparties en **3 niveaux**. Ces niveaux correspondent à la **labellisation des CLIC** (effectuée par un comité de pilotage départemental associant le Conseil général, l'Agence Régionale de Santé, les communes et leurs CCAS). Les missions de base décrites plus haut correspondant au niveau 1. Le niveau 2 permet en plus au CLIC d'évaluer les besoins de la personne âgée afin de bâtir son plan d'aide personnalisé. Les CLIC de niveau 3 sont en outre, chargés de suivre et d'adapter ce plan d'aide personnalisé.

⁹⁷ Rapport de la Cour des Comptes, Les personnes âgées dépendantes, remis au Président de la République en novembre 2005, 447 pages, p.264.

⁹⁸ Rapport de la Cour des Comptes, Les personnes âgées dépendantes, remis au Président de la République en novembre 2005, 447 pages, p.260.

⁹⁹ Ibidem.

¹⁰⁰ Rapport de la Cour des Comptes, Les personnes âgées dépendantes, remis au Président de la République en novembre 2005, 447 pages, p.258.

Ainsi, les CLIC (notamment ceux de niveau 3) peuvent permettre de mieux **informer et ensuite d'accompagner efficacement la personne âgée en perte d'autonomie à s'orienter vers les services adaptés et à coordonner les interventions**. Le personnel des CLIC peuvent également aider les personnes âgées et leur famille à **remplir les différents dossiers**, notamment pour effectuer une demande d'APA ou pour solliciter des aides financières de la part des caisses de retraite.

Les CLIC doivent donc nécessairement travailler en réseau des différents acteurs intervenant auprès de la personne âgée.

Néanmoins, force est de constater que **la couverture territoriale des CLIC est encore beaucoup trop faible** : seulement 28 départements ont un taux de couverture de la population proche de 100 % alors que 15 départements ont un taux de couverture inférieur à 25 %¹⁰¹. En outre, **les CLIC sont encore très peu connus des usagers**. Ainsi, dans le département de la Charente-Maritime (qui compte pourtant 7 CLIC), selon l'enquête réalisée dans le cadre de l'élaboration du schéma départemental en faveur des personnes âgées 2011-2016 auprès d'un panel de 419 personnes âgées vivant à domicile¹⁰², seulement 29 % des personnes interrogées connaissent l'existence des CLIC et parmi elles, seuls 20 % y ont déjà fait appel alors qu'en parallèle les répondants déplorent un manque d'information.

Enfin, il faut également souligner qu'un peu plus de la moitié seulement des CLIC existants en France sont de niveau 3¹⁰³.

Ainsi, afin de mieux prendre en charge les personnes âgées à domicile **les CLIC doivent être développés afin d'atteindre l'objectif d'une couverture totale de la population. Les CLIC existants et à mettre en place doivent être de niveau 3 afin d'assurer un accompagnement global des personnes âgées à domicile.**

→ Les Conseils généraux étant compétents en matière de CLIC, les plans d'action des schémas départementaux en faveur des personnes âgées constituent un bon outil d'incitation. **Les crédits de financement, notamment ceux de l'Etat, restent indispensables et doivent pouvoir être assurés.**

¹⁰¹ Site internet du Ministère de la Santé et des solidarités dédié aux CLIC : <http://clic-info.personnes-agees.gouv.fr/clic/donneesDpt/rechercher.do>

¹⁰² Réalisation Cekoïa Conseil, mai-juin 2010.

¹⁰³ Site internet du Ministère de la Santé et des solidarités dédié aux CLIC : <http://clic-info.personnes-agees.gouv.fr/clic/donneesDpt/rechercher.do>

Enfin, les CLIC doivent également avoir un rôle proactif en allant à la rencontre des personnes âgées isolées et peu mobiles, en organisant des manifestations regroupant tous les acteurs rendant possible le maintien à domicile des personnes âgées que le CLIC a vocation à fédérer.

Pour que la coordination entre les interventions soit facilitée, il importe également que les principaux intervenants, les services d'aide à domicile et les SSIAD ou infirmiers libéraux, travaillent davantage ensemble.

2. Inciter les services d'aide à domicile et les SSIAD et infirmiers libéraux à se rapprocher et à mieux travailler ensemble

Lorsque les intervenants font partie d'une structure comme un service d'aide à domicile ou un SSIAD, la coordination et la répartition des rôles peuvent être facilitées ; nous le verrons ci-après. Cependant, si la personne âgée a recours à un infirmier libéral pour ses soins et bénéficie par ailleurs d'une aide professionnelle à domicile, la répartition des interventions peut être compliquée. Pour essayer de résoudre ce problème, la CNAMTS (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés) a mis en place en 2002 la **démarche de soins infirmiers (DSI)** afin d'« optimiser la répartition des compétences entre infirmiers et auxiliaires de vie »¹⁰⁴. Cependant, ce dispositif est très peu utilisé et n'a pas encore procuré les résultats escomptés.

Lorsque les soins sont réalisés dans le cadre d'un SSIAD, l'infirmière coordinatrice peut essayer d'organiser au mieux les interventions en se coordonnant avec le responsable du service d'aide à domicile qui intervient également et *vice versa*. Des **fiches de liaison** sont généralement utilisées par les différents intervenants mais souvent de manière non optimale¹⁰⁵. Le département de la Charente-Maritime réfléchit actuellement à la création d'un outil unique et partagé entre les services d'aide à domicile et les SSIAD permettant de coordonner les visites et de recenser les informations les plus importantes concernant l'évolution de l'état de santé et le niveau d'autonomie de la personne âgée.

Toutefois, ces démarches reposent avant tout sur des initiatives personnelles qui ne sont pas toujours possibles partout.

¹⁰⁴ Rapport de la Cour des Comptes, Les personnes âgées dépendantes, remis au Président de la République en novembre 2005, 447 pages, p.50

¹⁰⁵ Constat réalisé par le groupe de travail n°1 réuni en mai et juin 2010 afin de bâtir le plan d'action du futur schéma départemental en faveur des personnes âgées 2011-2016 de la Charente-Maritime (co-animation du groupe de travail : Cekoïa Conseil).

Pour pallier ces limites et faciliter la lisibilité des dispositifs dont les personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile peuvent bénéficier, le regroupement, au sein d'un même bâtiment (sous forme d'une **plateforme de services**), des bureaux des différents services intervenant sur un même territoire, ou mieux, **le développement de structures mixtes, regroupant un SSIAD et un service d'aide à domicile au sein d'une entité unique, doivent être favorisés.**

Pour les plateformes de services les **ARS** peuvent jouer un rôle d'impulsion au travers d'**appels à projets** (permettant également de mutualiser certains équipements).

En ce qui concerne les **services polyvalents** (qui concernent déjà 30 % des organismes gérant un SSIAD¹⁰⁶), leur création est désormais facilitée par le décret du 25 juin 2004 relatif aux « conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SSIAD, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile » qui a clarifié le cadre juridique de ces structures.

Nous avons vu, au travers de cette partie (I), qu'au-delà de l'aide informelle dont certaines personnes âgées vivant à domicile peuvent bénéficier grâce à la présence de leurs proches, ces dernières ont également très souvent besoins d'autres types d'interventions humaines pour continuer de vivre à leur domicile dans de bonnes conditions malgré leur perte d'autonomie. Ces interventions sont effectuées par des aidants professionnels et des professionnels de santé pouvant travailler selon diverses modalités (en libéral ou encore en étant employé directement par la personne âgée, ou par une structure dédiée).

Toutefois, **s'il est nécessaire de renforcer les qualifications des aidants professionnels et la qualité des interventions (par exemple, en améliorant leur coordination), ces interventions, afin d'être effectuées de manière efficace, supposent également que le logement des personnes âgées soit adapté.** En effet, comment pouvoir aider une personne âgée en perte d'autonomie à faire sa toilette si la salle de bain ne se trouve pas au même étage que la chambre et que cette personne ne peut plus monter les escaliers ?

Ainsi, **pour être souhaitable, le maintien à domicile des personnes âgées suppose différents types d'adaptations techniques.**

¹⁰⁶ Rapport de la Cour des Comptes, Les personnes âgées dépendantes, remis au Président de la République en novembre 2005, 447 pages, p.50

II. Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, conditionné par des adaptations techniques nécessaires

Afin de pouvoir continuer à vivre chez elles dans de bonnes conditions, les personnes âgées en perte d'autonomie doivent pouvoir évoluer dans un environnement sécurisé et adapté. En effet, les conditions de logement jouent, selon le Conseil économique, social et environnemental, un rôle très important dans les différences observées en matière d'espérance de vie¹⁰⁷. Le logement des personnes âgées en perte d'autonomie doit donc être sécurisé et adapté (A) mais afin de ne pas confiner les personnes âgées chez elles et de maintenir un certain nombre de liens avec le reste de la société, leur environnement doit également être adapté et sécurisé (B).

Il est cependant nécessaire de préciser dès à présent que, comme nous le verrons, un environnement proche (le logement en lui-même, les parties communes de l'immeuble, la rue) comme plus éloigné (le reste de la ville ou du village) sécurisé et adapté ne bénéficie pas seulement aux personnes âgées. Il améliore également les conditions de vie et de déplacement de l'ensemble des membres de la société qui peuvent à tout âge, rencontrer des problèmes ponctuels de mobilité ou d'autonomie. **Des efforts soutenus doivent donc intervenir dans le domaine de la prévention et de l'adaptation des logements et de leur environnement.**

A. Un logement sécurisé et adapté

En France, les personnes âgées sont massivement propriétaires ; cette tendance continuant d'augmenter. En effet, en 2006, 72,1 % des ménages de plus de 65 ans étaient propriétaires de leur résidence principale, contre 70,7 % en 2002¹⁰⁸. Les plus de 60 ans vivent

¹⁰⁷ Monique Boutrand, rapporteure du Rapport Séniors et Cité, présenté au nom de la section du cadre de vie du Conseil Économique, Social, et Environnemental, le 26 février 2009, 183 pages, p.123.

¹⁰⁸ Enquête Nationale Logement (ENL) de l'INSEE 2002 et 2006.

également **majoritairement dans des maisons individuelles** (à 72 %¹⁰⁹). Parmi les retraités non propriétaires, 42 % vivent dans un logement social¹¹⁰.

Ainsi, qu'elles soient propriétaires ou locataires, les personnes âgées en perte d'autonomie ont besoin d'aides techniques pour continuer à vivre à domicile dans des conditions de sécurité satisfaisantes. Des aides classiques ainsi que de petites adaptations du logement sont souvent suffisantes, mais pour de gros travaux également, des aides financières existent (1). En outre, les nouvelles technologies et en particulier, les « gérontotechnologies » génèrent d'importantes améliorations des conditions de maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie ; il est donc nécessaire de mieux les connaître et de développer leur utilisation (2).

1. Les aides techniques classiques et les adaptations du logement

On dénombre 450 000 chutes de personnes âgées par an, responsables de 10 000 décès. **62 % de ces chutes ont lieu à domicile**¹¹¹. **Des choses simples peuvent être réalisées pour sécuriser les logements des personnes âgées** et ainsi prévenir les accidents domestiques et en particulier les chutes. Fixer les seuils des portes, mieux éclairer les pièces sombres comme les couloirs, installer des rampes dans les escaliers, fixer les tapis au sol, se séparer des meubles trop encombrants qui rendent difficile la circulation dans les pièces, fixer les fils électriques au mur ou utiliser des ranges-fil ... : autant de recommandations faites aux personnes âgées par différents acteurs (caisses de retraites, CLIC, association d'ânés...) dans de petits guides dédiés comme celui de la MSA (Mutualité Sociale Agricole) « Vieillir et bien vivre chez soi », ou encore celui de l'ANAH (Agence Nationale de l'Habitat) dont un extrait figure en annexe n°1. Ce petit guide aide, de manière simple et pédagogique, les personnes âgées et leur entourage à repérer les facteurs de risques et leur indique les solutions pour sécuriser le logement.

Au-delà de ces gestes, simples mais indispensables, de prévention, des aides techniques et des aménagements peuvent également améliorer les conditions de vie à domicile des personnes âgées. Cependant, parmi les personnes âgées bénéficiaires de l'APA interrogées dans le cadre

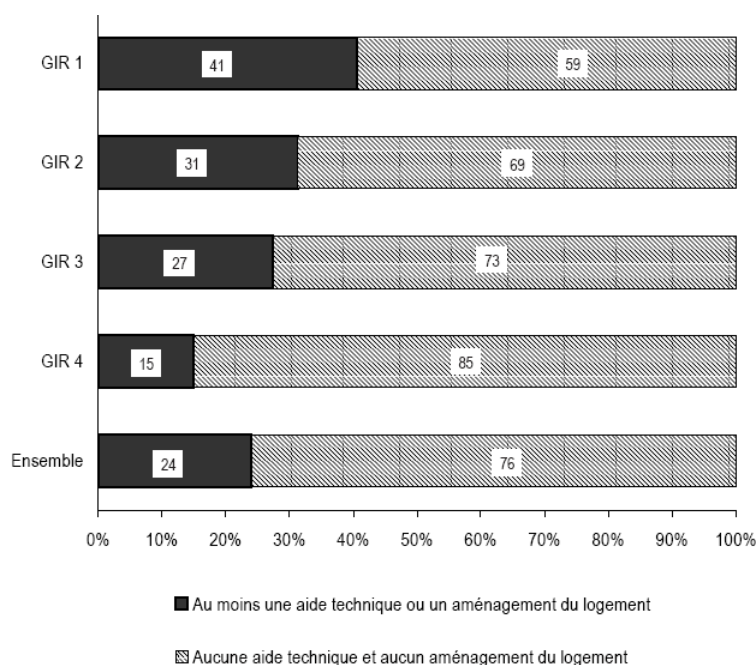
¹⁰⁹ Roselyne KERJOSSE et Amandine WEBER, Aides techniques et aménagements du logement : usages et besoins des personnes âgées vivant à domicile, in DREES, Etudes et résultats, n° 262, Septembre 2003, 12 pages, p6.

¹¹⁰ Stéphane Le Bouler et la Mission "Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes" du Centre d'Analyse Stratégique, Rapport Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix, remis au Premier ministre en 2006, 420 pages, p.21.

¹¹¹ Muriel BOULMIER, L'adaptation de l'habitat à l'évolution démographique : Un chantier d'avenir, Rapport remis au Secrétaire d'Etat au Logement et à l'Urbanisme le 9 octobre 2009, 82 pages, p.20.

de l'enquête réalisée pour de l'élaboration du schéma départemental en faveur des personnes âgées 2011-2016 de la Charente-Maritime¹¹², **seulement 51 % ont procédé à des aménagements de leur logement**. Les principaux aménagements réalisés portaient sur la salle de bain (24 %) ainsi que sur l'aménagement d'une chambre au rez-de-chaussée en cas de logement avec étage (21 %). Pourtant, **les allocataires de l'APA peuvent bénéficier, dans leur plan d'aide, de financements pour améliorer leur logement ou obtenir des aides techniques**. En effet, les travaux visant, par exemple, à adapter les sanitaires (installer une douche à la place de la baignoire) mais aussi les lits médicalisés ou les matelas anti-escarres (pour la part non prise en charge par l'Assurance maladie) peuvent être totalement ou en partie financés grâce à l'APA. Toutefois, une analyse des plans d'aide réalisée en 2004 montre que **seulement 24 % des allocataires ont pu acquérir au moins une aide technique ou apporter une amélioration à leur logement grâce à l'APA**¹¹³. Les personnes les plus dépendantes bénéficient tout de même davantage de ces aides grâce à l'APA puisque, comme le montre le graphique suivant (figure n°10), 41 % des personnes classées en GIR 1 ont obtenu au moins une aide technique ou un aménagement de leur logement grâce à l'APA.

Figure n°10 : Recours à une aide technique ou à un aménagement du logement financés par l'APA selon le niveau de dépendance



¹¹² Réalisation Cekoïa Conseil, mai-juin 2010.

¹¹³ Corinne METTE, APA, une analyse des plans d'aide, in DREES, Études et résultats, n° 293, février 2004, 12 pages, p.11.

Source : Enquête de la DREES auprès des bénéficiaires de l'APA en 2003¹¹⁴

Les personnes âgées moins dépendantes (classées en GIR 5 et 6) peuvent néanmoins avoir également besoin de procéder à des aménagements. Ainsi, **les caisses de retraite peuvent prendre en charge une partie des frais engagés, sous conditions de ressources**. Par exemple, la CNAV (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse) a attribué, en 2007, des prestations pour améliorer leur habitat à 12 600 retraités dans le cadre de ses actions d'aide sociale facultatives¹¹⁵.

Lorsque des travaux plus importants sont nécessaires, les personnes âgées propriétaires peuvent solliciter des aides nationales mais également locales (aides particulières des collectivités, modulations des aides nationales...).

Ici encore, l'information des personnes âgées et de leur entourage est très importante (via les CLIC ou des associations spécialisées comme par exemple les ADIL : Agences Départementales d'Information sur le Logement).

- Les premiers financements qui peuvent être sollicités sont ceux de l'ANAH, l'Agence Nationale de l'Habitat.

Cet établissement public, anciennement nommé Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat, a pour mission de « mettre en œuvre la politique nationale de développement, de réhabilitation et d'amélioration du parc de logements privés existants »¹¹⁶. En ce sens, **des subventions de travaux sont attribuées, sous conditions de ressources aux propriétaires de logements construits il y a plus de 15 ans**. La subvention dite « ANAH adaptation », porte par exemple sur des travaux d'adaptation du logement des personnes handicapées et à mobilité réduite (donc concerne également les personnes âgées en perte d'autonomie). Elle peut couvrir un maximum de 70 % du montant des travaux dans la limite d'un plafond de 8 000 euros¹¹⁷. Les travaux susceptibles de bénéficier de cette subvention sont par exemple la mise en place d'un monte-personne, l'aménagement et l'équipement des pièces d'eau, l'amélioration des revêtements de sol ou du sol lui-même en vue d'obtenir un sol ferme et non

¹¹⁴ Corinne METTE, APA, une analyse des plans d'aide, in DREES, Études et résultats, n° 293, février 2004, 12 pages, p.10.

¹¹⁵ Béatrice Herbert, La convergence des politiques publiques du vieillissement et des politiques locales de l'habitat Réalités et perspectives, Etude menée dans le cadre du programme de recherche « Vieillesse de la population et Habitat » du Plan Urbanisme Construction Architecture (PUCA), in ANIL Habitat Actualité, avril 2010, 123 pages, p.70.

¹¹⁶ <http://www.anah.fr/lanah/>

¹¹⁷ Document d'information : Les aides de l'ANAH, Le Guide établi au 1^{er} juin 2010, téléchargeable sur : <http://www.anah.fr/les-aides/>

glissant...¹¹⁸. Les dossiers de demande de subvention doivent être déposés avant la réalisation des travaux. Ils sont généralement instruits par les DDT (Délégations Départementales des Territoires, ex-DDE).

En 2009, l'ANAH a attribué plus de 619 millions d'€ de subventions aux propriétaires, qui ont permis d'améliorer 169 650 logements. Plus précisément, **les aides en faveur des propriétaires occupants handicapés ou à mobilité réduite afin de leur permettre de rester vivre à domicile constituaient l'une des priorités d'intervention de l'ANAH**. A ce titre, **33 314 logements ont bénéficié d'une subvention pour un total de 94,1 millions d'euros**¹¹⁹.

- Des dispositifs fiscaux peuvent être mobilisés selon les cas

Un **crédit d'impôt en faveur du développement durable** existe actuellement et permet à des propriétaires d'obtenir des crédits d'impôts sur des dépenses effectuées principalement dans le domaine de l'amélioration des systèmes de chauffage¹²⁰. Cela peut être particulièrement intéressant pour les personnes âgées dont le système de chauffage est souvent ancien et n'assure parfois pas des conditions de vie satisfaisantes en hiver ou alors coûte très cher en termes de consommation d'énergie.

Par ailleurs, un **taux de TVA réduit** (5,5 %) s'applique également aux « travaux d'amélioration de transformation et d'aménagement et d'entretien de logements achevés depuis plus de deux ans »¹²¹.

- Les collectivités locales peuvent prévoir des aides visant à améliorer l'habitat

Ces **aides attribuées par les Conseils généraux, les communes et parfois les Conseils régionaux sont facultatives** et complètent souvent les subventions de l'ANAH. 60 % des Conseils généraux attribuent ainsi spécifiquement des aides, hors APA, dédiées aux personnes âgées (ou aux personnes handicapées)¹²².

¹¹⁸ Document d'information : Les travaux subventionnables par l'ANAH : La liste établie au 1er janvier 2009, téléchargeable sur : <http://www.anah.fr/les-aides/>

¹¹⁹ <http://www.anah.fr/lanah/les-chiffres-cles/>

¹²⁰

http://www.impots.gouv.fr/portal/dgi/public?paf_dm=popup&paf_gm=content&espId=1&typePage=cpr02&paf_gear_id=500018&docOid=documentstandard_2571

¹²¹ Béatrice Herbert, La convergence des politiques publiques du vieillissement et des politiques locales de l'habitat Réalités et perspectives, Etude menée dans le cadre du programme de recherche « Vieillesse de la population et Habitat » du Plan Urbanisme Construction Architecture (PUCA), in ANIL Habitat Actualité, avril 2010, 123 pages, p.71.

¹²² Ibidem.

En outre, partant du constat que les dispositifs d'aide à l'amélioration et l'adaptation de l'habitat, étaient parfois nombreux mais disparates : chaque organisme ayant ses propres critères d'intervention, ses barèmes, ses imprimés de demande compliquant la lisibilité et l'accès aux aides pour les bénéficiaires, le Conseil général de la Côte d'Or a réuni ses partenaires (CRAM, MSA, Union départementale des CCAS et CCAS de la ville de Dijon...) afin de créer un dispositif unique, l'**APH 21** : Adaptation Personnalisée de l'Habitat en Côte d'Or. Mis en place en 2001, ce dispositif est constitué d'un guichet unique qui centralise les dossiers de demande d'aide et d'un système commun d'évaluation au domicile des personnes. L'évaluation est réalisée par une équipe médico-sociale incluant un ergothérapeute. Le dispositif permet une harmonisation des différents financements apportés, le conseil général jouant un rôle de « variable d'ajustement » en cas de différences dans les contributions financières des différents organismes¹²³.

Ainsi, outre les aides financières que peuvent proposer les collectivités territoriales, elles peuvent, à l'image du Conseil général de la Côte-d'Or, jouer un rôle très important d'information et de coordination des dispositifs des différents organismes impliqués et ainsi faciliter largement l'accès des personnes âgées propriétaires à ces dispositifs d'aide.

Les personnes âgées non propriétaires de leur logement doivent quant à elles, demander à leur bailleur de procéder aux adaptations nécessaires. Sachant que, comme on l'a vu précédemment, **42% des locataires de plus de 60 ans vivent dans un logement social**, nous allons nous intéresser aux politiques menées par les bailleurs sociaux qui prennent de plus en plus conscience des conséquences du vieillissement de leurs locataires. **Une politique très active d'adaptation de l'habitat et des logements aux locataires qui vieillissent se dessine dans les Plans Stratégiques de Patrimoine que les bailleurs sociaux doivent élaborer tous les 5 ans afin de définir et de planifier les rénovations et adaptations de logements**¹²⁴. Ainsi, certains bailleurs sociaux font preuve d'une véritable stratégie et **traitent la problématique du vieillissement des locataires et de l'adaptation des logements d'une manière globale**. Par exemple, l'**OPAC du Val-de-Marne** s'est engagé dans une démarche qui prend réellement en compte les conditions du maintien à domicile. Ainsi selon une

¹²³ http://www.cleirppa.asso.fr/SPIP-v1-8/article.php3?id_article=137

¹²⁴ Muriel BOULMIER, L'adaptation de l'habitat à l'évolution démographique : Un chantier d'avenir, Rapport remis au Secrétaire d'Etat au Logement et à l'Urbanisme le 9 octobre 2009, 82 pages, p.13.

chargée du développement de l'habitat adapté à l'OPAC du Val-de-Marne : « Jusqu'à présent, les adaptations de logements s'effectuaient ponctuellement et les antennes apportaient des réponses disparates. Or, la problématique de maintien à domicile des personnes âgées et handicapées est à prendre en compte dans sa globalité et pas seulement sous l'angle technique. Cela passe par une meilleure connaissance du niveau d'adaptation des logements, le degré d'accessibilité du parc et la formation du personnel »¹²⁵. A ce titre, les membres du personnel de l'OPAC ont été formés par un gérontologue pour qu'ils aient une meilleure connaissance et compréhension des difficultés des personnes âgées. Quant aux nombreux travaux d'adaptation, ils sont planifiés et définis par une équipe pluridisciplinaire incluant un ergothérapeute¹²⁶.

Les opérations coordonnées d'adaptation des logements du parc social doivent être privilégiées. Les dispositifs de droit commun comme la PALUOS (prime pour l'amélioration des logements à usage locatif), fortement réduites ces dernières années, doivent être renforcés.

Cela contribuerait à **inciter les bailleurs sociaux à prévoir des logements adaptés et adaptables aux problématiques du grand âge lors des opérations collective de rénovation comme les OPAH (opérations publiques d'amélioration de l'habitat) en milieu urbain comme rural.**

En outre, dans le parc social, une fois certains logements adaptés (le plus souvent, on l'a vu, au cas par cas), il convient, lorsque le locataire qui a demandé les adaptations quitte le logement, de les recenser afin de pouvoir les réattribuer à une personne qui en a également besoin. Cet objectif est celui du **réseau Adalogis** qui a été mis en place par la Fédération Nationale des Centres PACT Arim après la loi de 2008 sur l'accessibilité. Le concept, porté par un réseau national de 145 associations, repose sur **un recensement fin et un classement des logements adaptés en fonction du degré de mobilité des personnes**. Ce système rend possible le nécessaire **rapprochement entre l'offre (encore trop peu abondante) et la demande de logements adaptés**.

¹²⁵ Citée dans Béatrice Herbert, La convergence des politiques publiques du vieillissement et des politiques locales de l'habitat Réalités et perspectives, Etude menée dans le cadre du programme de recherche « Vieillesse de la population et Habitat » du Plan Urbanisme Construction Architecture (PUCA), in ANIL Habitat Actualité, avril 2010, 123 pages, p.84.

¹²⁶ Ibidem.

Le système Adalogis recense également les logements facilement adaptables. En effet, **l'adaptation des logements existants ne suffit pas.**

Il est nécessaire, surtout compte tenu de l'évolution démographique de la société (vue en introduction), de repenser complètement la façon dont sont construits les logements neufs afin d'anticiper les besoins à venir.

Si parfois, les normes actuellement en vigueur concernant l'accessibilité des logements aux personnes handicapées moteur sont décriées (trop coûteuses, ne convenant pas aux goûts de la majorité des personnes valides donc logements difficilement re-louables¹²⁷...) il importe de rappeler que tout un chacun peut être, à un moment ou à un autre de sa vie en situation de perte, même temporaire, d'autonomie et/ou de mobilité. N'importe qui peut se casser une jambe, toutes les femmes peuvent tomber enceinte, tous les hommes peuvent avoir à manœuvrer une poussette et plus largement tout être humain est amené à vieillir et donc à voir ses forces, ses réflexes, sa mobilité diminuer.

Ces normes doivent donc être appliquées largement, voire même être approfondies ou en tout cas, étendues au-delà des besoins des personnes handicapées moteur. En effet, même si les logements construits en respect des normes handicaps constituent un progrès majeur également pour les personnes âgées en perte d'autonomie¹²⁸, il ne faut pas oublier que vieillissement et handicap ne requièrent pas nécessairement les mêmes adaptations. Selon le Centre scientifique et technique du bâtiment (CSTB)*, « techniquement le besoin n'est pas le même, les personnes âgées n'ont pas la même autonomie, pas la même force. Dès lors **l'adaptation des logements ne saurait se limiter à une stricte application des normes d'accessibilité.** D'autres éléments doivent être pris en compte : placer les toilettes à proximité de la chambre pour éviter des déplacements trop longs la nuit, prévoir des sols antidérapants, permettre l'ouverture et la fermeture facile des portes et des fenêtres.... »¹²⁹.

L'évolutivité des logements neufs est indispensable. La possibilité de faire des adaptations puis des désadaptations en fonction de l'évolution des besoins de chacun grâce à des travaux simples et peu onéreux : précablage, installation de cloisons amovible... constituerait déjà une

¹²⁷ Arguments souvent avancés par les promoteurs pour réduire au strict minimum les aménagements réalisés dans les logements neufs.

* Etablissement public à caractère industriel et commercial (EPIC) placé sous la tutelle du Ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de la Mer et chargé d'améliorer la qualité et à la sécurité des constructions durables à travers 4 activités principales : recherche, expertise, évaluation et diffusion des connaissances (<http://www.cstb.fr/le-cstb/missions-et-metiers.html>)

¹²⁹ Cité dans : Muriel BOULMIER, L'adaptation de l'habitat à l'évolution démographique : Un chantier d'avenir, Rapport remis au Secrétaire d'Etat au Logement et à l'Urbanisme le 9 octobre 2009, 82 pages, p.33.

avancée significative qui, à terme, favoriserait le maintien à domicile, dans de bonnes conditions de confort et de sécurité pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

Ces préoccupations, encore marginales, doivent être développées. Pour cela, la démarche de « **Design pour tous** », née aux Etats-Unis au début des années 1990 sous le nom de « Universal design » mais encore quasiment inconnue en France, peut être intéressante.

«Le Design pour tous vise à concevoir, à développer et à mettre sur le marché des produits, des services, des systèmes ou des environnements courants, qui soient accessibles et utilisables par le plus large éventail possible d'usagers.»¹³⁰ Pour favoriser le développement de ces préoccupations, le Ministère du Logement a lancé, le 4 mai 2009, le programme : « « Logement design pour tous ». L'objectif global du programme est de « **repenser la conception des logements pour répondre aux défis de notre société** : vieillissement de la population, exigences de mixité sociale et générationnelle, mutations des structures familiales, fragilités de certaines populations, allongement de la durée des études, diffusion du numérique ou encore exigences du développement durable »¹³¹ en dégagant des axes de recherche de d'expérimentation, en particulier en ce qui concerne le vieillissement de la population et l'habitat (qui constitue l'une des 4 thématiques sélectionnées). La réalisation de ce programme, fédérant les acteurs du design et du logement, a été confiée au PUCA, le Plan Urbanisme, Construction, Architecture (service interministériel rattaché à la Direction Générale du Logement de l'Aménagement et de la Nature), les premiers résultats des expérimentations devraient être connus au début de l'année 2011.

Au-delà des adaptations techniques, des adaptations technologiques peuvent également être utilisées afin de permettre le maintien à domicile de personnes âgées en perte d'autonomie.

2. Les nouvelles technologies au service du maintien à domicile

La technologie au service du maintien à domicile la plus connue et la plus ancienne est sans doute la **téléalarme** qui s'est développée dans le milieu des années 1970. En 1977, la création d'un service public national de téléalarme a même été envisagée. Cependant, bien qu'à Paris, un service de téléalarme ayant comme support le téléphone, ait été créé en 1984 (et

¹³⁰ <http://design-puca.fr/>

¹³¹ <http://design-puca.fr/Programme>

confié à une société privée)¹³², les lois de décentralisation de 1982 et 1986 ont stoppé les volontés de l'Etat de créer un service public national de téléalarme puisque les compétences en matière d'action sociale ont été transférées aux collectivités territoriales (et en particulier aux départements).

De nombreuses sociétés privées proposent désormais des services de téléalarme qui permettent à la personne âgée qui a fait une chute ou qui est face à une difficulté, de déclencher une alarme via son téléphone ou un médaillon qu'elle porte au poignet ou autour du cou. Une personne référente (souvent un membre de la famille de la personne âgée) est alors avertie du déclenchement de l'alarme. **La téléalarme vise donc uniquement à répondre à des situations d'urgence.**

En revanche, **il est nécessaire de développer les systèmes de téléassistance, plus complets.** En effet, la personne âgée bénéficiaire d'un tel service est **appelée régulièrement** par le personnel de la structure et, selon les services, peut recevoir des **visites régulières** de convivialité réalisées le plus souvent par des bénévoles. Ces visites permettent également de faire de la **prévention**, contre les chutes par exemple et de connaître les problèmes médicaux des personnes âgées et ainsi pouvoir informer très rapidement les pompiers ou les médecins urgentistes lorsqu'un accident arrive¹³³. Le **développement de services de téléassistance visant à rompre l'isolement des personnes âgées en créant autour d'elle un réseau de solidarité et rassurant ses proches** est une des recommandations de l'étude nommée « La téléassistance pour le maintien à domicile : comment dépasser une logique d'offre technologique et construire des usages pertinents ? », financée par la CNSA¹³⁴. En outre, les personnes âgées en perte d'autonomie allocataire de l'APA peuvent bénéficier d'un financement, dans leur plan d'aide, pour recourir à un service de téléassistance (ou a défaut de téléalarme). Cependant, au niveau national, **seulement 6% des plans d'aide** incluent un tel

¹³² Florence CHARUE-DUBOC, Laure AMAR, Nathalie RAULET-CROSET et Anne-France KOGAN, Rapport de recherche financée par la CNSA : La téléassistance pour le maintien à domicile : comment dépasser une logique d'offre technologique et construire des usages pertinents ?, remis en janvier 2010, 148 pages, p.17.

¹³³ Informations communiquées par des membres de l'association ASA (association proposant un service de téléassistance) lors de la réunion du groupe de travail n°2 le 4 juin 2010 dans le cadre de l'élaboration du schéma départemental 2011-2016 en faveur des personnes âgées de Charente-Maritime (co-animation du groupe de travail : Cekoïa Conseil)

¹³⁴ Florence CHARUE-DUBOC, Laure AMAR, Nathalie RAULET-CROSET et Anne-France KOGAN, Rapport de recherche financée par la CNSA : La téléassistance pour le maintien à domicile : comment dépasser une logique d'offre technologique et construire des usages pertinents ?, remis en janvier 2010, 148 pages, p.77.

service¹³⁵. Le département de la Charente-Maritime apparaît un peu plus en avance sur ce plan puisque 15 % des bénéficiaires de l'APA ont recours à cette aide grâce à leur allocation¹³⁶.

Ainsi, afin de développer le recours à cette technologie simple, il est nécessaire que les Conseils généraux et les caisses de retraite incitent financièrement les personnes âgées en perte d'autonomie à s'équiper.

Par ailleurs, des dispositifs mixtes se développent en combinant le principe de la téléassistance avec d'autres services comme le suivi de la consommation d'eau proposé par la société Edelia, filiale du Groupe EDF (service tranqui'assistance) permet de déclencher une alerte en cas d'absence de consommation non prévue. Si, après une chute par exemple, la personne âgée ne peut pas appuyer sur son médaillon, l'absence prolongée de consommation d'eau génèrera une alerte auprès d'une centrale d'écoute médicale, qui prendra alors les mesures d'urgence adéquates¹³⁷. Cela pallie donc l'une des limites de la téléassistance classique.

Ainsi, le champ de développement de la domotique et des technologies pensées pour les personnes âgées à domicile, parfois appelées gérontotechnologies, est vaste ; **l'enjeu actuel et futur est d'en maîtriser les coûts pour équiper largement les logements.**

La recherche appliquée est donc très importante dans ce domaine. Par exemple, le projet Soprano (Service oriented programmable smart environments for older europeans), financé en partie par l'Union Européenne, vise, à développer les aides et les soins à distance en utilisant des outils de communication avancés¹³⁸. Le projet, rassemblant 20 partenaires de 6 pays différents, a donné lieu à des expérimentations grandeur nature dans des logements haute technologie pour personnes âgées, à Grenoble notamment. Dans ces appartements tests, outre les équipements pour les malentendants, les éléments de cuisine et de salle de bain ergonomiques coulissent en hauteur ou à l'horizontal, des microphones sont placés dans le four pour détecter un appel au secours et le frigo peut même rendre compte des habitudes alimentaires de la personne à son médecin.

Dans la région de Niort, le pôle d'expertise du risque Calyxis, réalise actuellement une expérience du même type en recensant les besoins des personnes âgées dans leur logement

¹³⁵ Corinne METTE, APA, une analyse des plans d'aide, in DREES, Études et résultats, n° 293, février 2004, 12 pages, p.11.

¹³⁶ Document interne du Service Solidarités du Conseil général de la Charente-Maritime : « Caractéristiques des personnes bénéficiant de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie au 31 octobre 2009 ».

¹³⁷ <http://www.tranquilassistance.fr/index.html>

¹³⁸ <http://www.soprano-ip.org/>

ainsi que les risques majeurs afin de développer des solutions innovantes pour lutter contre ces risques¹³⁹.

De même, en Bretagne, la Communauté d'Agglomération Rennes Métropole, l'association de services à domicile « ASSAD » du pays de Rennes ainsi que les Universités de Rennes 1 et 2 ont mis en place en 2009 le projet IDA (Innovation, Domicile, Autonomie) qui vise à développer des innovations technologiques, mais aussi méthodologiques, organisationnelles et économiques ayant pour objectifs de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées¹⁴⁰. Grâce à la participation du bailleur social Archipel Habitat, un appartement expérimental permet de tester, sur le long terme et dans des conditions d'utilisation réelle, l'efficacité et l'intérêt des différents produits imaginés. Les dispositifs qui auront été validés seront installés dans les 1 200 logements d'Archipel Habitat dans les six prochaines années.

Ainsi, comme nous venons de le voir, des dispositifs techniques existent pour rendre le logement des personnes âgées sécurisé et adapté à leur perte d'autonomie. Toutefois, **afin de repérer les besoins, les évaluations globales, comme celles pratiquées par certains bailleurs sociaux, grâce à des équipes pluridisciplinaires intégrant des ergothérapeutes, doivent être généralisées***.

En outre, **des dispositifs simples et des travaux d'aménagement peuvent être encouragés par les pouvoirs publics, dans les logements existants mais également dans le neuf, via des aides spécifiques qui doivent être maintenues et élargies.**

Il est ainsi nécessaire que les politiques publiques de l'habitat et du logement et celles mises en œuvre dans le secteur médico-social se rejoignent et dialoguent. Les acteurs du logement doivent par exemple connaître les logiques du secteur médico-social, notamment le classement des personnes selon le degré d'autonomie, les objectifs des schémas gérontologiques en matière de logement... Inversement, les acteurs du secteur médico-social doivent être informés des dispositifs de financements existants dédiés à l'adaptation des logements, ainsi que des grandes orientations nationales dans le domaine de l'habitat.

Une connaissance mutuelle et un travail en partenariat sont des conditions essentielles qui permettront de mieux informer et aider les personnes âgées en perte d'autonomie à rester vivre dans leur logement.

¹³⁹ <http://www.calyxis.fr/index.php?/QUI-SOMMES-NOUS-/Rapport-d-activites/>

¹⁴⁰ <http://www.ida-autonomie.fr/a-propos-d-ida-ida.php>

* La mesure n°4 proposée par Alain Franco dans le Rapport Vivre chez soi, remis à Mme Nora Berra, Secrétaire d'Etat en charge des aînés en juin 2010, vise à créer un diagnostic « autonomie » obligatoire comme ceux déjà réalisés pour les performances énergétiques ou encore la détection de l'amiante (p.75 sur 95).

Les nouvelles technologies enfin, élargissent le champ des possibles en ce qui concerne le maintien à domicile de ces personnes. Cependant, **des moyens doivent être consacrés à la recherche et aux expérimentations afin de développer des dispositifs réellement adaptés aux besoins des personnes âgées et financièrement abordables pour le plus grand nombre.**

Cependant, **si un logement adapté est une condition indispensable pour qu'une personne âgée en perte d'autonomie puisse rester vivre chez elle, cela n'est pas suffisant pour que ce maintien à domicile soit souhaitable.** En effet, pour éviter que les personnes âgées en perte d'autonomie ne se retrouvent confinées chez elles à cause d'un environnement hostile, **leur cadre de vie proche** (les parties communes de l'immeuble, la rue) **comme plus éloigné** (le reste de la ville ou du village) **doit également être sécurisé et adapté.** Les efforts déjà réalisés dans cet objectif doivent réellement être intensifiés puisqu'un environnement sécurisé améliore également les conditions de vie et de déplacement de l'ensemble de la société.

B. Un environnement adapté et sécurisé

Les plus de 60 ans, représentaient, en 2007, plus de 68 % des piétons tués ; 25 % avaient plus de 80 ans¹⁴¹. Ces chiffres illustrent le **besoin criant de repenser l'espace public** afin que les différentes catégories d'usagers, quels que soient leur âge et leur degré d'autonomie, puissent cohabiter en toute sécurité et utiliser l'espace en fonction de leurs besoins. Le Conseil Économique, Social, et Environnemental appelle d'ailleurs de ses vœux la création d'une « **cité pour tous les âges »**¹⁴². Il convient en effet, de **penser l'accessibilité à une échelle globale**, depuis l'accessibilité de l'immeuble pour les personnes vivant dans du logement collectif (1) jusqu'à celle des services et des commerces de proximité (2) mais également plus éloignés géographiquement, grâce à un système de transports développé et adapté (3). **L'objectif est donc de rendre accessible la ville ou le village au plus grand nombre, y compris les personnes âgées.**

¹⁴¹ Muriel BOULMIER, L'adaptation de l'habitat à l'évolution démographique : Un chantier d'avenir, Rapport remis au Secrétaire d'Etat au Logement et à l'Urbanisme le 9 octobre 2009, 82 pages, p.20.

¹⁴² Monique Boutrand, rapporteure du Rapport Séniors et Cité, présenté au nom de la section du cadre de vie du Conseil Économique, Social, et Environnemental, le 26 février 2009, 183 pages, p.123.

1. L'accessibilité de l'immeuble, indispensable pour ne pas être « prisonnier » de son domicile

Même si nous avons vu précédemment que la majorité des plus de 60 ans vivent dans une maison individuelle (à 72 %¹⁴³), de très nombreuses personnes âgées, habitant en milieu urbain, vivent dans un habitat collectif. Aménager leur logement ne suffit donc pas, il est également nécessaire que leur immeuble soit accessible.

Pour les personnes âgées propriétaires ou locataires d'un logement du **parc privé** collectif, **les démarches d'adaptation de l'existant peuvent être rendues compliquées du fait de la copropriété des parties communes**. La réalisation de travaux dans ces parties communes, même minimes, nécessitent en effet l'accord de l'ensemble des copropriétaires (réunis en syndicat de copropriétaires dont le syndic de copropriété est le mandataire).

Cela renforce donc la nécessité de concevoir des immeubles accessibles et adaptés dès leur construction, selon les principes du Design pour tous dont nous avons parlé plus haut.

Cependant, comme nous l'avons également vu précédemment, une petite moitié des personnes âgées non propriétaires (42 %¹⁴⁴), habite un logement social. Ainsi, les initiatives des bailleurs sociaux et notamment des Offices publics de l'Habitat (OPH), doivent être valorisées et encouragées, notamment par les communes et les autres collectivités auxquelles les OPH sont juridiquement rattachés.

A titre d'illustration, il est intéressant de citer la démarche entreprise par l'**Office départemental d'HLM du Territoire de Belfort et le CCAS de la ville de Belfort**. Partant du constat du vieillissement des locataires du parc social de la commune, la CCAS a créé le **label Habitat Sénior**. Ce label comporte un volet touchant à la réhabilitation et aménagement des accès extérieurs contribuant au sentiment de sécurité (éviter les chutes) : rampes, ascenseur agrandi et un volet social avec la transformation d'appartements situés au rez-de-chaussée en espaces d'animation et de rencontres. Une tour de 118 logements dont 56 % occupés par des personnes de plus de 60 ans et 28 % de plus de 70 ans¹⁴⁵, a été choisie afin de

¹⁴³ Roselyne KERJOSSE et Amandine WEBER, Aides techniques et aménagements du logement : usages et besoins des personnes âgées vivant à domicile, in DREES, Etudes et résultats, n° 262, Septembre 2003, 12 pages, p6.

¹⁴⁴ Stéphane Le Bouler et la Mission "Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes" du Centre d'Analyse Stratégique, Rapport Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix, remis au Premier ministre en 2006, 420 pages, p.21.

¹⁴⁵ Démarche citée dans le document préparatoire du Forum national 2004 de la Fondation de France préparé par Marie-Françoise SEMENOU et intitulé : Vieillir dans son quartier, dans son village : des aménagements à inventer ensemble, 77 pages, p.26.

mettre en œuvre ce projet. Celui-ci a pu aboutir, grâce à un partenariat avec l'office HLM maître d'ouvrage des travaux. L'espace animation est désormais ouvert depuis trois ans. Le CCAS, locataire, prend en charge l'ensemble des frais attractant à cet espace et met à disposition une auxiliaire de vie tous les après-midi, dont le rôle est d'être à l'écoute des personnes, de leur rendre visite ou de répondre à une urgence. Cet espace a rapidement été investi par les habitants. Les personnes âgées adhèrent à ce service pour 20 à 30 euros par mois selon leurs ressources. Elles peuvent, dès lors, accéder à cet espace comme elles le souhaitent, pour se rencontrer ou organiser des activités.

De telles initiatives permettent aux personnes âgées en perte d'autonomie d'être moins isolées et de rester vivre à domicile tout en concernant un certain nombre de relations sociales. Néanmoins, au-delà de l'immeuble, il importe que le cadre de vie plus éloigné soit également accessible et adapté.

2. L'accessibilité des services, des commerces

Des études réalisées par le groupe ICADE à l'aide de GPS ont montré que **la grande majorité des déplacements des personnes âgées était effectuée dans un rayon 500 mètres autour de leur domicile**. La présence de services (comme la Poste, une banque, une pharmacie...), de professionnels de santé et de commerces de première nécessité sont donc indispensables dans l'environnement proche des personnes âgées.

Les collectivités territoriales peuvent intervenir pour **favoriser une certaine mixité fonctionnelle à l'échelle des quartiers de la ville**. L'urbaniste français François Ascher définissait cette notion comme la réunion de plusieurs fonctions urbaines (logement, bureaux, commerces...) au sein d'un même lieu géographique plus ou moins étendu. La mixité fonctionnelle vise à lutter contre les méfaits de la spécialisation des espaces et particulièrement contre l'augmentation des temps de déplacement¹⁴⁶. **Les communes (ou les EPCI en cas de délégation de compétence) peuvent agir par l'intermédiaire des documents d'urbanisme et en premier lieu le PLU** (Plan Local d'Urbanisme), qui « détermine les conditions permettant d'assurer la diversité des fonctions urbaines (...) en prévoyant des capacités suffisantes pour la satisfaction des besoins d'habitat, d'activités économiques et d'équipements »¹⁴⁷.

¹⁴⁶ François ASCHER, Les nouveaux compromis urbains, Editions de l'Aube, 2008, 141 pages, p.100-101.

¹⁴⁷ Pierre MERLIN et François CHOAIS (sous la direction de), Dictionnaire de l'urbanisme et de l'aménagement, PUF, janvier 2009, 963 pages, p.652.

En outre, les **observatoires d'équipement commercial** (composés d'élus locaux, de membres de la CCI, de représentants du monde commercial et artisanal local) chargés d'élaborer les **schémas de développement commercial** peuvent également **favoriser le maintien des commerces de proximité au cœur des villes et dans les différents quartiers**.

Toutefois, pour les déplacements plus importants, et surtout pour les personnes âgées vivant en milieu rural, **les moyens de transport adaptés sont indispensables**.

3. L'accessibilité des transports

Les personnes âgées en perte d'autonomie ne sont souvent plus capables de conduire un véhicule en toute sécurité, en supposant qu'elles aient eu un jour leur permis de conduire. Cela est encore souvent observable, notamment parmi la population féminine.

Pourtant, lorsqu'elles vivent à domicile elles peuvent avoir besoin de se déplacer pour se rendre à un examen médical, faire des démarches administratives ou encore faire leurs courses (ce qui peut parfois être compliqué, surtout en milieu rural). Si, comme nous l'avons vu dans la partie I, certaines personnes âgées peuvent compter sur l'aide de leurs proches pour se déplacer, certaines personnes âgées isolées n'ont pas cette possibilité. Certains aidants professionnels peuvent transporter une personne âgée dans leur voiture mais cela est rare car cela suppose une assurance particulière. Il existe également les taxis mais leur utilisation régulière est trop onéreuse, en particulier pour faire de longues distances hors agglomération.

En milieu urbain, depuis la loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », les autorités compétentes pour l'organisation des transports publics (en général les EPCI ou les communes) doivent établir un **schéma directeur d'accessibilité des services de transport public** dont ils sont responsables. Par conséquent, les moyens de transport collectif en milieu urbain doivent, légalement, être rendus accessibles aux personnes à mobilité réduite au sens large. Même si cette obligation n'est pas encore complètement remplie partout, **de gros efforts** qui concernent également les personnes âgées, **sont faits** tant au niveau des équipements des bus (porte dont le seuil s'abaisse au niveau du trottoir, vocalisation des points d'arrêt, sièges réservés...) que du mobilier urbain (bancs, arrêts de bus équipés de bancs et d'abris-bus). En outre, de nombreuses communes (et EPCI) proposent des tarifs réduits pour les personnes âgées.

En revanche, en milieu rural, très peu de dispositifs existent. Les systèmes de **transport à la demande**, dont le principe repose sur des lignes virtuelles sur lesquelles ne passent des véhicules (minibus, voitures) que lorsque l'utilisateur en a préalablement fait la demande grâce à un système de réservation, **ne sont pas très répandus et/ou encore trop peu performants.** Ainsi, en Charente-Maritime, un tel système a été récemment mis en place par le Conseil général (compétent en la matière en tant qu'autorité organisatrice des transports sur l'ensemble du département hors agglomération). Le transport est réalisé par des taxis mais le coût à la charge des utilisateurs est celui d'un transport en commun classique. Des points de dessertes sont définis mais le taxi vient chercher, à leur domicile, les usagers qui ont effectué leur réservation la veille jusqu'à 17h grâce à un numéro vert dédié. Cependant, le service transport et mobilité du Conseil général constate que ce système de transport à la demande n'est que très peu utilisé, notamment par les personnes âgées (pourtant un des publics cibles)¹⁴⁸. Ce constat s'explique notamment par le **manque de communication autour de ce service.**

Il est donc très important, d'une part, de **développer des systèmes de transport adaptés aux besoins des personnes âgées et financièrement accessibles à tous**, en milieu urbain comme en milieu rural, à l'image des systèmes de transport à la demande. D'autre part, lorsque de tels systèmes existent, il est nécessaire de **les faire connaître largement** afin de faciliter leur utilisation par les personnes âgées.

¹⁴⁸ Intervention d'un membre de ce service lors de la réunion du groupe de travail n°4, formé dans le cadre du processus de concertation relatif à l'élaboration du schéma départemental 2011-2016 de la Charente-Maritime en faveur des personnes âgées (mai 2010, co-animation du groupe : Cekoïa Conseil).

Nous avons vu, à travers cette première grande partie, que la volonté des personnes âgées de rester vivre chez elles, malgré leur avancée en âge et leur possible perte d'autonomie, était très forte. Nous avons également vu que le maintien à domicile était aussi un objectif constant des différentes politiques publiques mises en œuvre depuis le milieu des années 1960.

Cependant, **nous avons démontré que le maintien à domicile de ces personnes âgées en perte d'autonomie était souhaitable seulement sous certaines conditions relatives aux différents types d'aides humaines et techniques qui peuvent leur être apportées.** En outre, leur cadre de vie, à commencer par leur logement, doit être adapté pour que leur vie à domicile présente le moins de risques possible. Au-delà, c'est l'immeuble, la rue et la ville ou le village qui doivent être accessibles et sûrs pour que la personne âgée qui désire rester vivre chez elle, ne se retrouve pas isolée du reste de la société.

Il importe donc que tous les dispositifs évoqués, parfois innovants, soient développés et renforcés afin de créer, enfin, la politique publique du grand âge appelée de ses vœux par Pierre Laroque dès 1962.

Toutefois, il faut reconnaître que le maintien à domicile n'est pas toujours souhaitable. En effet, il existe des limites au maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, qui ne semblent pas pouvoir être dépassées dans un avenir proche et qu'il convient donc de prendre en compte.

SECONDE PARTIE

Un maintien à domicile qui présente cependant des limites plurielles qu'il convient de reconnaître et de prendre en compte

Les divers dispositifs existant pour permettre le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie que nous avons étudiés dans la première partie de ce mémoire ne doivent pas faire oublier que **le maintien à domicile n'est pas toujours possible ni souhaitable, à différent titres.**

En effet, **le maintien à domicile**, bien que vivement souhaité par une majorité de personnes âgées **ne doit pas être érigé comme un dogme**. S'il convient, comme nous l'avons vu, de renforcer les dispositifs existants et innovants pour améliorer les conditions de la vie à domicile de ces personnes âgées, il importe également de **reconnaître les limites encore inhérentes, à l'heure actuelle, du maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, en sécurité et dans des conditions financières acceptables**. Ces limites sont de différentes natures (I). Une fois ces limites reconnues, il convient d'envisager des réponses complémentaires ou alternatives au maintien à domicile (II).

I. Des limites plurielles au maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie

Les limites envisagées sont tout d'abord celles des dispositifs étudiés dans la première partie de ce mémoire. Les aménagements du logement et du cadre de vie des personnes âgées ne sont pas toujours réalisables ou encore parfois trop peu réalisées à l'heure actuelle (A). En outre, les limites physiques au maintien à domicile paraissent encore plus prégnantes. En effet, le nombre de personnes âgées dépendantes augmente ; et avec l'avancée en âge, le degré de dépendance peut également augmenter significativement. Les limites physiques du maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie sont donc celles inhérentes aux personnes âgées elles-mêmes mais également celles ayant trait aux aidants naturels (B). Enfin, les limites peuvent également être de nature financière et éthique car un recours massif à des aides à domicile professionnelles, lorsqu'il est possible, coûte cher et peut être sources de dérives (C).

A. Les limites des dispositifs techniques permettant le maintien à domicile

Les aides techniques et l'adaptation du logement et du cadre de vie des personnes âgées, constituent, comme nous l'avons vu, une condition souvent indispensable pour permettre le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Cependant, il existe des limites à ces dispositifs techniques, tant du point de vue de l'adaptation des logements, pas toujours possible (1) que de celui de l'adaptation de l'environnement, ce qui conduit de nombreuses personnes âgées à vivre isolées, renforçant ainsi les risques de la vie à domicile (2).

1. Les logements des personnes âgées ne sont pas toujours adaptables techniquement et financièrement

D'après l'enquête réalisée par la DREES concernant les SSIAD, en 2002, **30 % des bénéficiaires de ces services vivaient dans un habitat non adapté à leur perte d'autonomie**¹⁴⁹.

Par ailleurs, nous pouvons constater que **la mise en place de l'APA n'a contribué que faiblement à améliorer l'habitat des personnes âgées**. L'adaptation du logement à la perte d'autonomie n'a bénéficié qu'à 1 % des allocataires. Au total, le financement des aides techniques et des améliorations de l'habitat correspond à 8 % du plan d'aide moyen¹⁵⁰, ce qui paraît peu compte tenu des besoins. Même si, nous l'avons vu, des aides financières (outre l'APA) existent pour encourager les personnes âgées à engager des démarches d'adaptation et d'amélioration de leur logement, force est de constater que **de nombreux logements dans lesquels vivent des personnes âgées ne sont pas du tout adaptés à leur situation voire dangereux**. Ils sont de surcroît très souvent difficilement (techniquement et financièrement) adaptables.

Il faut être conscient que malgré d'importantes améliorations du parc de logements en France depuis les années 1960¹⁵¹, **des situations de vétusté, d'inconfort voire d'insalubrité, en particulier dans le secteur privé, sont encore nombreuses**. On estime qu'environ 4 % des résidences principales sont dénuées partiellement ou totalement du confort sanitaire (WC situés à l'extérieur du logement, absence de douche ou de baignoire voire absence d'eau courante) et 13,8 % ne possèderaient pas de chauffage central¹⁵². Lorsque l'on se concentre sur le parc ancien, dans lequel les personnes âgées habitent en majorité (puisque 45 % des ménages de plus de 60 ans vivent dans un logement construit avant 1948¹⁵³), les taux sont bien plus élevés (respectivement 10 % et 20 %¹⁵⁴). Des millions de logements sont donc encore dépourvus d'un confort de base et **les personnes âgées paraissent les plus touchées**. Ainsi, on estime que plus de 66 % des logements sans douche ou baignoire sont occupés par une personne de plus de 60 ans. Autrement dit, l'inconfort du logement touche 3,1 % des plus

¹⁴⁹ Sophie BRESSÉ, Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et l'offre de soins infirmiers aux personnes âgées en 2002, in Etudes et Résultats, DREES, n°350, Novembre 2004, 8 pages, p.4

¹⁵⁰ Rapport 2005 de la Cour des Comptes, Les personnes âgées dépendantes, Novembre 2005, 447 pages, p.55.

¹⁵¹ Séminaire relatif au Logement, Groupe n° 14 : Le logement des personnes âgées, Ecole Nationale d'Administration, Promotion 2004-2006 « Simone VEIL », juillet 2005, 52 pages, p.7.

¹⁵² Béatrice HERBERT, La convergence des politiques publiques du vieillissement et des politiques locales de l'habitat Réalités et perspectives, Etude menée dans le cadre du programme de recherche « Vieillissement de la population et Habitat » du Plan Urbanisme Construction Architecture (PUCA), in ANIL Habitat Actualité, avril 2010, 123 pages, p.33.

¹⁵³ Ibidem.

¹⁵⁴ Ibidem.

de 60 ans et 6,9 % des plus de 75 ans (alors que ce taux n'est que de 2,3 % pour l'ensemble de la population)¹⁵⁵.

Enfin, 8,9 % des logements du parc privé sont considérés comme potentiellement « indignes », c'est-à-dire les logements insalubres, par exemple humides ou présentant des taux importants de plomb¹⁵⁶.

Le besoin d'amélioration des logements des personnes âgées est donc encore grand. Cependant, dans ces cas extrêmes (absence de chauffage central, d'eau courante...), des travaux d'amélioration, malgré les subventions possibles de l'ANAH, coûteraient beaucoup trop cher pour ces personnes âgées. En outre, la personne âgée qui vit dans un tel logement est très souvent habituée à vivre de la sorte et n'est pas prête, à la fin de sa vie, à entreprendre des travaux d'envergure. Les proches disent également souvent que « ça ne vaut pas le coup ».

Le maintien à domicile n'est alors plus possible ni souhaitable lorsque l'autonomie de l'occupant âgé décroît ; d'autant plus que l'intervention d'aidants, notamment professionnels, n'est souvent pas possible (certains services d'aide à domicile ne prennent pas le risque d'envoyer leur personnel travailler dans un milieu dangereux, lorsque le système électrique est défectueux par exemple¹⁵⁷).

En ce qui concerne l'habitat collectif, les limites évoquées sont également vraies voire renforcées car **l'utilité de rénover et d'adapter un logement quand l'ensemble de son environnement est inadapté** (immeuble vétuste et sans ascenseur, environnement proche dépourvu de services et commerces de proximité...) **est loin d'être certaine.**

¹⁵⁵ Béatrice HERBERT, La convergence des politiques publiques du vieillissement et des politiques locales de l'habitat Réalités et perspectives, Etude menée dans le cadre du programme de recherche « Vieillesse de la population et Habitat » du Plan Urbanisme Construction Architecture (PUCA), in ANIL Habitat Actualité, avril 2010, 123 pages, p.33.

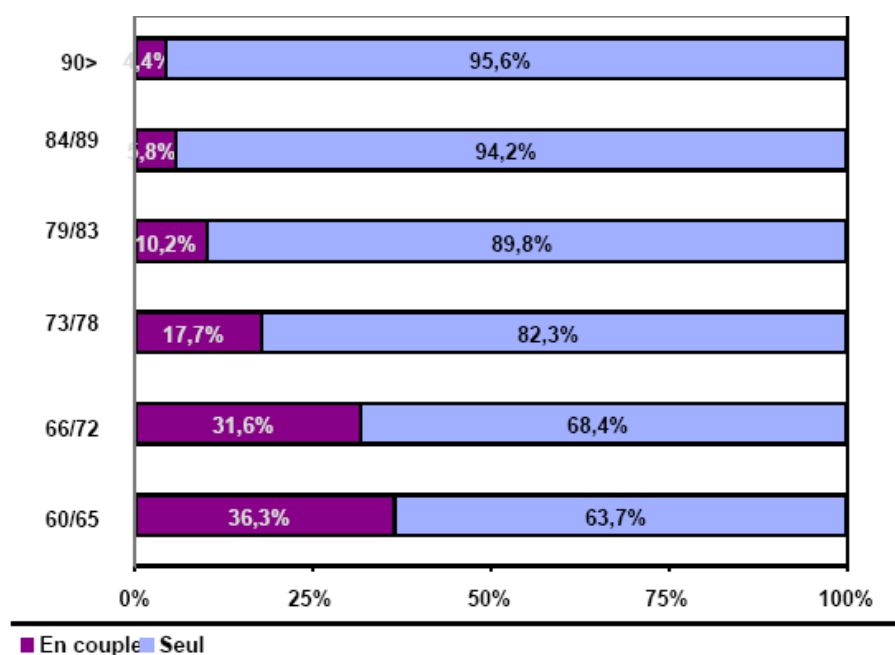
¹⁵⁶ Atlas social du Poitou-Charentes, extrait sur l'Habitat indigne, in Les Cahiers Décimal de l'Insee, n°49, octobre, 2006, 3 pages, p.81.

¹⁵⁷ Information issue des débats du groupe de travail n°2 réuni en juin 2010 pour l'élaboration du schéma départemental 2011-2016 de la Charente-Maritime en faveur des personnes âgées (co-animation du groupe de travail : Cekoïa Conseil).

2. Un environnement encore trop hostile accentue l'isolement de beaucoup de personnes âgées multipliant ainsi les risques du maintien à domicile

Près de 19 % des personnes âgées vivant en établissement interrogées dans le cadre de l'enquête destinée à l'élaboration du schéma départemental 2011-2016 de la Charente-Maritime en faveur des personnes âgées¹⁵⁸ avancent comme **raison principale de leur entrée en établissement la solitude et l'isolement**. En effet, de plus en plus de personnes, et en particulier les personnes très âgées, vivent seules. Comme le montre le graphique suivant (figure 11), **près de 90 % des plus de 79 ans vivent seuls**.

Figure n°11 : Proportion de personnes âgées vivant seules et en couple en fonction de leur âge



Source : Enquête Isolement et vie relationnelle, septembre 2006¹⁵⁹

Plusieurs raisons peuvent être avancées pour expliquer ce constat : augmentation du nombre de divorces et de séparations, mais aussi espérance de vie des femmes plus longue induisant un nombre important de femmes devenues veuves qui vivent seules. Par ailleurs, selon l'enquête Isolement et vie relationnelle, $\frac{3}{4}$ des personnes âgées interrogées disent se sentir

¹⁵⁸ Réalisation Cekoïa Conseil, mai-juin 2010.

¹⁵⁹ Anne-Carole BENSADON et le Collectif « Combattre la Solitude des personnes âgées », Enquête Isolement et vie relationnelle, Rapport général, septembre 2006, 81 pages, p.10.

seules¹⁶⁰ (à des degrés plus ou moins forts). Le sentiment de solitude n'est pas directement lié au fait de vivre seul ; il renvoie surtout à l'**isolement social de certaines personnes âgées**.

Les enfants, tout d'abord, habitent de plus en plus loin de chez leurs parents âgés donc ne peuvent pas leur rendre visite régulièrement. Ainsi, l'**éloignement de la famille** est la raison principale de leur sentiment de solitude pour 30,7 % des personnes âgées vivant à domicile et interrogées dans le cadre de cette même enquête¹⁶¹.

Les moyens de transport, ensuite, ne sont pas toujours accessibles et/ou adaptés. Selon la même enquête (Isolement et vie relationnelle), « **ne pas pouvoir sortir de son domicile est fortement corrélé au sentiment de solitude, la limitation des déplacements faute de moyen de transport intervient également** »¹⁶².

En milieu rural surtout, le manque de moyens de transport renforce l'isolement des personnes âgées. En effet, comme nous l'avons vu, peu de personnes âgées en perte d'autonomie sont encore capables de conduire en toute sécurité. Or les systèmes de transports à la demande ne sont pas encore assez développés ni assez performants. Certains, par exemple, ne desservent que quelques points d'arrêts qui ne correspondent pas toujours aux besoins des personnes âgées. Ainsi, les besoins de mobilité de l'ensemble de la population doivent être étudiés afin de rendre ces systèmes de transport plus performants et ainsi renforcer leurs taux d'utilisation souvent encore faible¹⁶³.

En conséquence, lorsque l'autonomie de ces personnes âgées isolées décroît, leur maintien à domicile devient problématique et risqué.

Par ailleurs, des limites physiques peuvent s'ajouter à celles que nous venons de voir. Ces limites physiques concernent tant la personne âgée dont le niveau de dépendance s'aggrave, que son entourage et, le cas échéant, ses aidants naturels.

¹⁶⁰ Anne-Carole BENSADON et le Collectif « Combattre la Solitude des personnes âgées », Enquête Isolement et vie relationnelle, Rapport général, septembre 2006, 81 pages, p.19.

¹⁶¹ Anne-Carole BENSADON et le Collectif « Combattre la Solitude des personnes âgées », Enquête Isolement et vie relationnelle, Rapport général, septembre 2006, 81 pages, p.28.

¹⁶² Ibidem, p.57.

¹⁶³ Issu des discussions du groupe de travail n°4 réuni dans le cadre de l'élaboration du schéma départemental 2011-2016 de Charente-Maritime en faveur des personnes âgées (co-animation du groupe : Cekoïa Conseil, mai 2010).

B. Des limites physiques : l'augmentation des niveaux de dépendances due au vieillissement de la population et les limites de l'aide informelle

« Une raison de santé » est le premier motif cité par les personnes âgées vivant en établissement interrogées dans le cadre de l'enquête destinée à l'élaboration du schéma départemental 2011-2016 de la Charente-Maritime en faveur des personnes âgées¹⁶⁴ pour expliquer leur entrée en établissement. En effet, près de 40 % d'entre elles sont entrées en établissement à cause de la dégradation de leur état de santé ne leur permettant plus de rester vivre à leur domicile.

Comme nous l'avons vu, le risque de dépendance physique comme mental, des personnes âgées augmente nettement après 80 ans. Les risques de chutes sont également décuplés du fait de la fragilité physique des personnes âgées.

Comme nous le savons également, l'aide procurée par les aidants naturels est très importante mais **le nombre des aidants naturels est amené à diminuer dans les années à venir**. En effet, les études démographiques montrent que **le nombre de personnes appartenant à la tranche d'âge 50-79 ans va progresser moins vite que le nombre de personnes âgées dépendantes**. Le nombre des 50-79 ans n'augmentera que de 10 % entre 2000 et 2040¹⁶⁵ alors que selon le modèle de microsimulation « Destinie » (modèle démographique, économique et social de trajectoires individuelles simulées), le nombre de personnes dépendantes augmenterait de 50 % entre 2000 et 2040 (selon le scénario central)¹⁶⁶. **Outre l'éloignement géographique des enfants, les nombre d'aidants naturels diminuera également du fait des grandes tendances d'évolution de l'activité professionnelle**. La majorité des aidants naturels sont des femmes or l'importance de l'aide familiale actuellement s'explique notamment par le taux d'activité relativement faible des femmes des générations concernées. Ce constat est amené à être modifié avec la nette augmentation des taux d'activité chez les femmes. Le nombre de femmes inactives parmi les 50-64 ans va progresser encore moins vite que celui de la population de la tranche 50-79 ans (seulement + 6 % d'ici 2040¹⁶⁷).

¹⁶⁴ Réalisation Cekoïa Conseil, mai-juin 2010.

¹⁶⁵ Rapport 2005 de la Cour des Comptes, Les personnes âgées dépendantes, Novembre 2005, 447 pages, p.33.

¹⁶⁶ Michel DUEE, Cyril REBILLARD, La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040, in Insee Références, Santé et protection sociale, Données sociales - La société française, édition 2006, 7 pages, p.615.

¹⁶⁷ Rapport 2005 de la Cour des Comptes, Les personnes âgées dépendantes, Novembre 2005, 447 pages, p.33.

De plus, les aidants, en particulier les aidants naturels ont un « **seuil d'incompétence**¹⁶⁸ » au-delà duquel ils ne peuvent plus aider leur proche âgé, tant du point de vue physique que mental. **L'augmentation du niveau de dépendance des personnes âgées** (en particulier de la dépendance mentale induite par la maladie d'Alzheimer et par les pathologies apparentées) **va rendre ce seuil d'incompétence de plus en plus prégnant parmi les limites du maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie.**

L'aide aux aidants et les groupes de paroles sont bien sûr important mais il faut être conscient que l'aide d'un proche est parfois insuffisante pour que le maintien à domicile d'une personne âgée dont le niveau de dépendance est élevé soit possible.

Nous avons vu précédemment, que l'aide d'un aidant naturel doit bien souvent être complétée par l'aide d'aidants professionnels. Cependant, le recours à l'aide à domicile professionnelle, lorsqu'il est trop massif, présente des limites, financières et éthiques.

C. Des limites financières et éthiques : un recours massif à l'aide à domicile professionnelle, lorsqu'il est possible, coûte cher et peut être sources de dérives

Les personnes âgées dépendantes ont besoin de beaucoup d'aide pour accomplir les gestes de la vie quotidienne. Or, l'aide des aidants professionnels (au sens large incluant également les professionnels de santé travaillant en libéral ou dans les SSIAD) présente également des limites. Tout d'abord, il n'est pas toujours possible de trouver de la place dans les services d'aide à domicile ou les SSIAD et auprès des infirmiers libéraux (1). Ensuite, lorsque le recours massif à des aides professionnelles est nécessaire, cela n'est pas souhaitable, tant du point de vue financier qu'éthique (2).

¹⁶⁸ Jean MANTOVANI, Christine ROLLAND et Sandrine ANDRIEU, Étude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile, in DREES, Série Etudes et Recherche, n°83, novembre 2008, 113 pages, p.50.

1. L'accès aux aidants et soignants professionnels n'est pas toujours possible

On estime que « **seulement 30 % des besoins d'aide extérieure déclarés par les personnes âgées sont satisfaits** ¹⁶⁹ ». En effet, selon le lieu où elles habitent, les personnes âgées, peuvent éprouver des difficultés pour avoir recours à une aide professionnelle à domicile. Ainsi, **15 % des bénéficiaires de l'APA rencontrent des difficultés pour recruter une aide à domicile** (tout mode confondu : prestataire, mandataire ou en emploi direct)¹⁷⁰ et 83 % ne sont pas aidées le dimanche, **faute de personnel en nombre suffisant**¹⁷¹. A l'échelle nationale, on estime à 35 000 postes par an les besoins en recrutement d'aides à domicile et d'aides médico-psychologiques¹⁷².

En ce qui concerne les soins infirmiers, la capacité de prise en charge des **SSIAD** au niveau national a fortement progressé passant de 28 228 places autorisées en 1986 à 88 931 en 2004. Néanmoins, il faut tout d'abord souligner qu'en 2004, sur les 88 931 places autorisées, seulement 82 842 étaient effectivement financées¹⁷³. En outre, malgré cette progression du nombre de places, **le taux d'équipement au niveau national demeure inférieur aux besoins**.

On estime qu'**il existe en moyenne une place de SSIAD pour six personnes âgées dépendantes vivant à domicile**¹⁷⁴. La quasi-totalité des SSIAD est ainsi contrainte de refuser des prises en charge. Selon les départements et les régions, la situation est plus ou moins préoccupante. En Charente-Maritime, les évaluateurs APA qui ont été interrogés dans le cadre de l'enquête réalisée pour l'élaboration du schéma départemental 2011-2016 en faveur des personnes âgées¹⁷⁵ estiment à près de 60 % que la couverture du territoire par les SSIAD est insatisfaisante ou très insatisfaisante. La situation paraît encore davantage critique **en Ile-de-**

¹⁶⁹ Déclaration de la Secrétaire d'Etat aux personnes âgées, 7 mars 2005, citée dans le Rapport 2005 de la Cour des Comptes, Les personnes âgées dépendantes, Novembre 2005, 447 pages, p.51.

¹⁷⁰ Amandine WEBER, L'appréciation de l'Allocation personnalisée d'autonomie par ses bénéficiaires ou leurs proches, in DREES, Etudes et Résultats, n°371, janvier 2005, 8 pages, p.4.

¹⁷¹ Corinne METTE, APA, une analyse des plans d'aide, in Études et résultats n° 293, février 2004, 12 pages, p.8.)

¹⁷² Rapport 2005 de la Cour des Comptes, Les personnes âgées dépendantes, Novembre 2005, 447 pages, p.53.

¹⁷³ Ibidem, p.58.

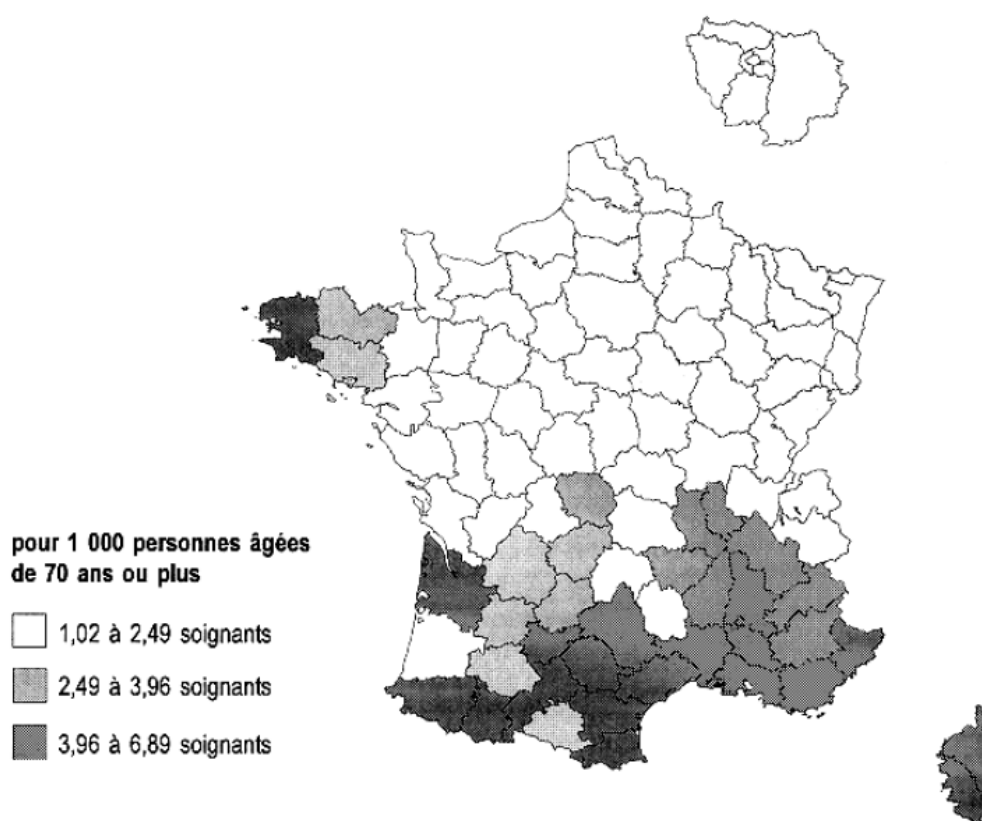
¹⁷⁴ Ibidem.

¹⁷⁵ Réalisation Cekoïa Conseil, mai-juin 2010.

France où l'on estime que **les trois quarts des demandes de prise en charge sont refusées, deux fois sur trois par manque de places**¹⁷⁶.

Faute de place en SSIAD, les personnes âgées en perte d'autonomie peuvent toujours avoir recours à des **infirmiers libéraux**. **Mais, là encore, les inégalités territoriales en termes d'offres sont criantes**. Comme nous pouvons le voir sur la carte suivante (figure n°12), la différence entre le nord et le sud de la France est flagrante. La densité d'infirmiers libéraux pour 1 000 personnes âgées de 70 ans et plus, pondérée par le poids de ce groupe d'âge au sein de leur clientèle, s'échelonne entre 1 et 6,9 ‰ selon les départements. Selon cette même pondération, mis à part la Bretagne, tous les départements situés au nord du Rhône sont dotés de moins de 2,49 infirmiers libéraux pour 1 000 personnes âgées de 70 ans et plus.

Figure n°12 : Répartition des départements selon le nombre d'infirmiers libéraux pondéré par la part des 70 ans ou plus au sein de leur clientèle



Source : Enquête SSIAD, 2002, Drees, in Etudes et Résultats, n°350, Novembre 2004, 8 pages, p.7

¹⁷⁶ Rapport 2005 de la Cour des Comptes, Les personnes âgées dépendantes, Novembre 2005, 447 pages, p.58.

Ainsi, faute de place en SSIAD ou d'accès à un infirmier libéral, les personnes âgées qui nécessitent une prise en charge davantage sanitaire ne peuvent rester vivre à domicile.

Enfin, lorsque les personnes âgées sont très dépendantes et/ou très isolées, la présence d'aidants professionnels, doit être régulière et parfois quasi-continue. Ce que cela suppose ne nous semble pas souhaitable.

2. Un recours massif aux aidants professionnels à domicile n'est pas souhaitable

D'après le tableau suivant (figure 13), **le temps de soin et d'aide nécessaire pour une personne classée en GIR 1 est de 105 heures** (selon la grille AGGIR) or, les calculs réalisés par la Cour des Comptes¹⁷⁷ montrent qu'en ayant recours au mode prestataire, seulement 72 heures peuvent être financées, au maximum, par l'APA. En outre, pour cette même personne classée en GIR 1, le montant moyen versé par le département de 770 € ne permet de couvrir financièrement que 46 % des besoins avec le mode « prestataire », et 86 % en mode gré à gré. **Pour bénéficier d'une aide correspondant à ses besoins, la personne âgée doit donc payer elle-même la différence.**

¹⁷⁷ Rapport 2005 de la Cour des Comptes, Les personnes âgées dépendantes, Novembre 2005, 447 pages, p.308.

Figure n°13 : Volume d'heures finançables par l'APA

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6
Temps de soins nécessaire par mois (en heures) selon la grille AGGIR	105	88	69,5	44	26,5	7,5
Plafond APA³⁶⁰	1 148 €	984 €	738 €	492 €	0 €	0 €
Nombre d'heures finançables par mois en mode « prestataire » ³⁶¹	72	62	46	31		
En pourcentage du temps de soins nécessaire	68 %	70 %	66 %	70 %		
Nombre d'heures finançables par mois en mode « gré à gré » ³⁶²	125	108	81	54		
En pourcentage du temps de soins nécessaire	119 %	122 %	116 %	122 %		
Montant moyen du plan d'aide attribué (part du département et participation de l'usager)	887 €	725 €	555 €	348 €		
Nombre d'heures finançables par mois en prestataire par le plan d'aide attribué	55	45	35	22		
En pourcentage du temps de soins nécessaire	53 %	52 %	50 %	49 %		
Nombre d'heures finançables par mois en gré à gré par le plan d'aide attribué	97	79	61	38		
En pourcentage du temps de soins nécessaire	92 %	90 %	87 %	86 %		
Montant versé par le département	770 €	621 €	482 €	306 €		
Nombre d'heures finançables par mois en prestataire sur la base du montant versé par le département	48	39	30	19		
En pourcentage du temps de soins nécessaire	46 %	44 %	43 %	43 %		
Nombre d'heures finançables par mois en gré à gré sur la base du montant versé par le département	84	68	53	33		
En pourcentage du temps de soins nécessaire	80 %	77 %	76 %	76 %		

Source : DGAS, CNAVTS et DREES – Réalisation : Cour des comptes¹⁷⁸

Légende :

360) Plafonds d'APA au 1^{er} janvier 2005.

361) Hypothèse d'un coût horaire de 15,99 euros, soit le taux de participation fixé par la CNAVTS en mai 2004 pour l'aide ménagère.

362) Hypothèse d'un coût horaire de 9,15 € [SMIC horaire brut (8,32 €) + cotisations patronales (3,42 €) – exonérations d'une partie des cotisations patronales pour les employeurs bénéficiaires de l'APA (2,59 €)].

¹⁷⁸ In Rapport 2005 de la Cour des Comptes, Les personnes âgées dépendantes, Novembre 2005, 447 pages, p.308.

La Cour des Comptes a calculé le reste à charge des personnes âgées en fonction de leur niveau de dépendance et de leur niveau de revenu (déduction faite du montant de l'APA et des différentes réductions fiscales mobilisables). Les résultats de ces calculs (prenant pour base un coût horaire moyen de 12,57 € reposant sur une intervention pour moitié en mode « prestataire » et pour moitié en mode gré à gré) sont présentés dans le tableau suivant (figure 14) :

Figure n°14 : Montant des restes à charge pour couvrir les besoins d'aide des personnes âgées, selon leur niveau de revenu et de dépendance

Revenu annuel (en euros)	Reste à charge en valeur et en pourcentage du revenu							
	GIR 1 (105 heures mensuelles)		GIR 2 (88 heures mensuelles)		GIR 3 (69,5 heures mensuelles)		GIR 4 (44 heures mensuelles)	
7756	5194	67%	4573	59%	3823	49%	2460	32%
14400	7942	55%	6820	47%	5543	38%	3539	25%
21600	10124	47%	8458	39%	6609	31%	3910	18%
28800	11568	40%	9357	32%	6938	24%	3544	12%
36000	10745	30%	8375	23%	5789	16%	3109	9%
43200	9773	23%	7403	17%	4908	11%	3109	7%

Source : Rapport 2005 de la Cour des Comptes, Les personnes âgées dépendantes¹⁷⁹

A la lecture de ce tableau, on remarque que par exemple, une personne classée en GIR 2 dont le revenu annuel est relativement faible (14 400) devrait consacrer presque la moitié de ses revenus (47 %) pour pouvoir couvrir ses besoins d'aide.

Ainsi, pour couvrir les besoins théoriques mesurés par la grille AGGIR, le taux d'effort des personnes âgées peut être très élevé.

En outre, les temps de soins théoriques estimés par cette grille AGGIR peuvent, dans certains cas, selon la Cour des Comptes¹⁸⁰, ne pas être suffisants pour répondre aux besoins réels d'une personne âgée. Par exemple, les 105 heures mensuelles de temps théorique estimé par la grille AGGIR pour une personne classée en GIR 1 ne permettent de disposer que de 3 heures et demie d'aide par jour. Or une personne classée en GIR 1 a souvent besoin d'une

¹⁷⁹ In Rapport 2005 de la Cour des Comptes, Les personnes âgées dépendantes, Novembre 2005, 447 pages, p.308.

¹⁸⁰ Ibidem, p.312.

aide journalière beaucoup plus importante. Pour bénéficier de 12 heures d'aide par jour (besoin estimé par le Cour des comptes), elle devrait supporter (déduction faite du montant moyen de l'APA versé par le département et des réductions fiscales éventuelles), des dépenses annuelles comprises entre 28 900 € et 33 500 € en faisant l'hypothèse d'un recours exclusif au mode gré à gré qui est le moins cher (environ 9,15 € de l'heure). Pour les personnes dont les revenus annuels sont inférieurs à 36 000 €, le taux d'effort dépasse donc les 100 %. Pour un revenu annuel très faible (de 7 756 € par an), la dépense à consacrer à l'aide à domicile peut représenter près de 4 fois le revenu disponible¹⁸¹.

Ainsi, à moins d'avoir un patrimoine personnel très important ou de pouvoir compter sur une importante solidarité familiale, le recours massif aux aides à domicile pour couvrir des besoins liés à une forte dépendance n'est pas toujours possible pour les personnes âgées n'ayant pas des revenus élevés.

Un tel recours aux aides à domicile professionnelles ne nous semble donc pas satisfaisant car très peu réaliste du point de vue financier. En outre, cela ne nous semble pas souhaitable également pour une raison éthique et de qualité de prise en charge.

En effet, nous l'avons vu, le mode gré à gré est le mode qui revient le moins cher car les tarifs des autres modes (mandataires et prestataires) incluent des frais de fonctionnement et de gestion (notamment au niveau des ressources humaines). Ces frais n'existent pas en mode gré à gré puisque c'est la personne âgée qui est employeur et donc qui doit s'occuper de tous ces aspects administratifs. C'est d'ailleurs sur la base tarifaire d'une aide en mode gré à gré que les calculs de la Cour des Comptes ont été réalisés.

Toutefois, il faut être conscient **que la qualité d'intervention des aides à domicile en mode gré à gré est bien souvent moindre qu'avec les autres modes.** En effet, puisque c'est à la personne âgée elle-même de procéder au recrutement, elle ne saura pas toujours recruter la personne la plus qualifiée (en effet, le recrutement de personnel est un métier pour lequel on imagine qu'une personne âgée dépendante peut avoir quelques difficultés). En outre, en tant qu'employeur, c'est à la personne âgée de former son personnel mais cette dernière n'est

¹⁸¹ Rapport 2005 de la Cour des Comptes, Les personnes âgées dépendantes, Novembre 2005, 447 pages, p.312.

pas toujours au courant des obligations et des modalités de formation. Cela explique le **déficit très important de qualification observé en particulier parmi les aides à domicile employées en mode gré à gré** (85% des aides à domicile employées selon ce mode ne sont pas qualifiées¹⁸²).

Ainsi, le mode gré à gré, qui semble être le plus financièrement « accessible » pour des personnes âgées dépendantes ayant besoin d'un volume d'aide à domicile important est également et paradoxalement, le moins adapté pour une personne âgée dépendante qu'on imagine difficilement remplir toutes les fonctions d'un employeur.

Or, la Cour des Comptes constate également que les personnes les plus fragiles (qui ont besoin du plus grand nombre d'heures d'aide) sont aussi celles qui ont le plus recours aux prestations en gré à gré¹⁸³.

Le mode gré à gré peut en outre présenter des risques de dérive variés puisqu'il n'est soumis à aucune obligation de qualification et à aucun contrôle extérieur de qualité, c'est à l'employeur d'effectuer ces contrôles. Toutefois une personne âgée vulnérable peut difficilement contrôler le travail de son ou ses employé(s) ; **des abus sont alors possibles** (détournement de fonds, maltraitance consciente ou non...). **Des dérives peuvent également avoir lieu au détriment des employés** ; ceux-ci étant souvent, comme nous l'avons vu, faiblement qualifiés et dans des situations d'emploi précaires : emploi non déclaré, sur-utilisation des heures supplémentaires, notamment en cas de présence la nuit, formations non réalisées (par manque d'information et aussi car les personnes âgées ne veulent souvent pas de remplaçante le temps que l'aide à domicile habituelle parte en formation)...

Ainsi, au-delà d'un certain niveau de dépendance, le besoin d'aide est tel que le maintien à domicile, uniquement en ayant recours à des aides informelles ou/et professionnelles, ne devient plus souhaitable pour assurer une accessibilité financière, un confort et une qualité de prise en charge acceptables pour une majorité de personnes âgées.

Au cours de cette partie, nous avons démontré qu'**il existe des limites au maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie.**

¹⁸² Alain FRANCO, Rapport Vivre chez soi, remis à Mme Nora Berra, Secrétaire d'Etat en charge des aînés en juin 2010, 95 pages, p.50.

¹⁸³ Rapport 2005 de la Cour des Comptes, Les personnes âgées dépendantes, Novembre 2005, 447 pages, p.268.

Celles-ci sont plurielles et peuvent apparaître lorsque les adaptations techniques du logement et de l'environnement de la personne âgée ne sont pas possibles ou suffisantes, sont trop complexes et/ou trop chères, lorsque les personnes âgées se trouvent trop isolées, lorsque l'aide apportée par les aidants naturels ne suffit plus ou n'est pas possible ou encore lorsqu'un degré de dépendance trop important fait que le recours aux services d'aide à domicile n'est plus adapté.

Le maintien à domicile ne devient alors plus souhaitable. Des solutions complémentaires ou alternatives doivent être plus largement mises en œuvre.

II. Des réponses complémentaires ou alternatives au maintien à domicile à développer

Entre le maintien à domicile classique et l'entrée en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, type d'établissement médicalisé le plus répandu), il existe des **solutions complémentaires ou alternatives**. Ces solutions visent à **s'adapter au mieux aux besoins et aux attentes des personnes âgées lorsqu'il ne paraît plus possible ou souhaitable pour elles de rester vivre à domicile**, même en bénéficiant d'aides extérieures (techniques et humaines).

Diversifier les parcours des personnes âgées est, en effet, essentiel pour éviter le passage brutal du domicile en établissement. Ce passage est souvent non préparé, subit et mal vécu par les personnes âgées qui considèrent alors leur entrée en établissement comme « un échec et une sanction de la vieillesse »¹⁸⁴. Cela peut en outre, précipiter leur décès (le personnel des EHPAD parle parfois de personnes âgées qui « se laissent mourir »¹⁸⁵).

Les solutions qui nous paraissent les plus intéressantes sont d'une part des solutions complémentaires du maintien à domicile classique (A) et d'autre part, des solutions alternatives à l'entrée en établissement pour personnes âgées (B)

A. Les solutions complémentaires du maintien à domicile classique

Les solutions complémentaires que nous avons choisies de retenir sont l'accueil de jour (1) et l'hébergement temporaire (2). Ces solutions permettent toutes deux aux personnes âgées vivant à domicile de préserver leur autonomie, de lutter contre l'isolement ou rendent possible le répit ou la formation des aidants.

¹⁸⁴ Jean MANTOVANI, Christine ROLLAND et Sandrine ANDRIEU, Étude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile, in DREES, Série Etudes et Recherche, n°83, novembre 2008, 113 pages, p.18.

¹⁸⁵ Issu des débats du groupe de travail n°3, réuni dans le cadre de l'élaboration du schéma départemental 2011-2016 de la Charente-Maritime en faveur des personnes âgées (co-animation du groupe de travail : Cekoïa Conseil, juin 2010).

1. L'accueil de jour : une solution encore trop rare, à développer

L'accueil de jour est un système qui propose à des personnes âgées vivant à domicile d'être **accueillies à la journée** (ou la demi-journée), **en petit groupes de moins de 10 personnes**, un ou plusieurs jour(s) dans la semaine **afin de réaliser des activités ayant ou non un objectif thérapeutique**. Ce système a été précisé par une circulaire du 30 mars 2005¹⁸⁶.

Les modalités de l'accueil de jour sont très variées. En effet, certaines structures d'accueil de jour sont adossées à un EHPAD ou un service d'aide à domicile. Elles peuvent également être autonomes, gérées sous forme associatives ou par un CCAS¹⁸⁷. Toutefois, on ne compte **actuellement que 1 131 structures à l'échelle de la France proposant seulement 4 954 places d'accueil de jour**¹⁸⁸.

Plusieurs approches peuvent être envisagées dans l'accueil de jour.

- Tout d'abord, il existe de nombreux **accueils de jour informels** dans les EHPAD et maisons de retraites qui accueillent régulièrement des personnes âgées extérieures à l'établissement. Celles-ci viennent visiter des proches, prennent le repas du midi sur place avec la personne visitée et participent ensuite aux éventuelles activités ludiques de manière informelle¹⁸⁹.
- Il existe également des **structures spécialisées pour accueillir des malades d'Alzheimer ou des personnes souffrant de dépendance psychique**. L'aspect thérapeutique est alors privilégié afin d'aider les personnes accueillies à conserver des capacités cérébrales et de mouvement. Ces accueils de jour spécifiques ont été encouragés dans le cadre des plans Alzheimer successifs (2001-2004, 2004-2007 et récemment 2008-2012) sans toutefois aboutir à une augmentation significative des places proposées à l'échelle nationale.

¹⁸⁶ Circulaire DGS/SD5D/DHOS/02/DGAS/SD2C no 2005-172 du 30 mars 2005 relative à l'application du plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007, NOR : SANP0530122C, <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2005/05-04/a0040037.htm>

¹⁸⁷ Béatrice HERBERT, La convergence des politiques publiques du vieillissement et des politiques locales de l'habitat Réalités et perspectives, Etude menée dans le cadre du programme de recherche « Vieillesse de la population et Habitat » du Plan Urbanisme Construction Architecture (PUCA), in ANIL Habitat Actualité, avril 2010, 123 pages, p.86.

¹⁸⁸ Ibidem, p.87.

¹⁸⁹ Site internet Age village Pro : <http://www.agevillagepro.com/article-2223-3-les-besoins-en-accueil-de-jour.html>

- Enfin, l'accueil de jour peut aussi concerner des personnes âgées moins dépendantes (voire pas du tout) mais isolées ou qui ont un besoin de sociabilité qui ne peut pas être comblé d'une autre manière. Les **activités proposées sont alors ludiques et préventives** (ateliers anti-chutes, nutrition, lecture, gymnastique douce, peinture...).

Chaque personne accueillie dans le cadre d'un accueil de jour doit bénéficier d'un **projet individualisé de prise en charge** dans lequel les **objectifs de l'accueil sont décrits**.

Depuis la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la plupart des accueils de jour font partie des Etablissements et Services médico-sociaux au sens de l'article L. 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles ; ils bénéficient ainsi de financements de l'Assurance Maladie. Par ailleurs, les personnes âgées allocataires de l'APA peuvent bénéficier d'une prise en charge totale ou partielle.

Ainsi, **l'accueil de jour, peut constituer un complément intéressant au maintien à domicile.**

Il peut permettre à une personne âgée isolée de **conserver une part de lien social** et de **prévenir une éventuelle perte d'autonomie**.

Par ailleurs, certains accueils de jour sont ouverts 7 jours sur 7, une personne âgée qui ne peut pas être aidée à domicile le week-end pourra l'être à l'extérieur grâce à l'accueil de jour.

Enfin, l'accueil de jour est souvent vanté pour **permettre aux aidants naturels de bénéficier d'un peu de répit**. En effet, aider un de ses proches à domicile demande parfois des sacrifices (loisirs, vacances voire parfois activité professionnelle) et impose souvent des contraintes que l'accueil de jour permet de limiter, en libérant l'aidant naturel au moins une fois par semaine. L'aidant naturel qui parfois hésite à laisser la personne âgée dont il s'occupe peut également se voir proposer des activités sur le lieu de l'accueil de jour (à ce titre, les **groupes de parole et de soutien aux aidants sont particulièrement intéressants** notamment pour les aidants de malades d'Alzheimer souvent très éprouvés moralement)¹⁹⁰.

¹⁹⁰ Issu des discussions du groupe de travail n°3 réuni dans le cadre de l'élaboration du schéma départemental 2011-2016 de la Charente-Maritime en faveur des personnes âgées (co-animation du groupe de travail : Cekoïa Conseil, juin 2010).

Néanmoins, les accueils de jour demeurent encore peu développés voire inexistant dans certains départements¹⁹¹. En outre, lorsque des places sont proposées, les taux d'occupation sont souvent très faibles (20 à 30 % en moyenne en Charente-Maritime¹⁹²).

Les principales raisons qui peuvent être avancées pour expliquer ces faibles taux d'occupation sont de deux ordres :

- Tout d'abord, les personnes âgées et leurs familles déplorent souvent le **manque de moyens de transports adaptés pour se rendre à l'accueil de jour**. En effet, encore trop peu de structures proposent un service de transport dans leurs prestations malgré le décret du 30 avril 2007¹⁹³ qui autorise la prise en charge du transport par la Sécurité sociale pour les personnes bénéficiant d'un accueil de jour autonome agréé ou rattaché à un EHPAD.
- D'autre part, la majorité des accueils de jour sont situés à l'intérieur d'un EHPAD qui accueille des personnes âgées très dépendantes. Or, cette **confrontation avec la dépendance constitue parfois un frein pour les personnes âgées et leur famille**. La **distinction entre l'accueil de jour et l'EHPAD n'est parfois pas claire**, le personnel peut, par exemple, être le même.

¹⁹¹ Jean MANTOVANI, Christine ROLLAND et Sandrine ANDRIEU, Étude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile, in DREES, Série Etudes et Recherche, n°83, novembre 2008, 113 pages, p.54.

¹⁹² Issu des discussions du groupe de travail n°3 réuni dans le cadre de l'élaboration du schéma départemental 2011-2016 de la Charente-Maritime en faveur des personnes âgées (co-animation du groupe de travail : Cekoïa Conseil, juin 2010).

¹⁹³ Décret du 30 avril 2007 portant modification de certaines dispositions du code de l'action sociale et des familles relatives à l'accueil de jour, NOR: SANA0721464D

Il importe donc de reconnaître le rôle positif que peut avoir l'accueil de jour pour certaines personnes âgées en leur permettant de rester, plus longtemps et dans de meilleures conditions, vivre à domicile.

Pour renforcer l'attractivité de ces structures, il convient de **développer des structures spécialisées et dédiées à l'accueil de jour, bien distinctes des EHPAD auxquelles elles peuvent toutefois être rattachées.**

Ces structures doivent reposer sur des **projets d'accueil spécifiques** en proposant des **activités adaptées** au degré d'autonomie de chaque personne âgée et **encadrées par des professionnels dédiés.**

Enfin, **des modes de transports financièrement accessibles doivent être proposés dans tous les accueils de jour.**

Ces améliorations sont d'ailleurs envisagées par le Conseil général de la Charente-Maritime pour être intégrées dans son futur schéma départemental en faveur des personnes âgées¹⁹⁴.

Par ailleurs, il arrive que des personnes âgées vivant à domicile aient besoin, pour diverses raisons, d'être accueillies temporairement hors de leur domicile, l'hébergement temporaire peut alors constituer une solution.

2. L'hébergement temporaire : une solution différente de l'hébergement permanent, à reconnaître et à favoriser

La possibilité d'être hébergé temporairement dans un établissement pour personnes âgées n'a été officiellement reconnue qu'en 2002 avec la loi du 2 janvier rénovant l'action sociale et médico-sociale. Selon une circulaire d'avril 2002¹⁹⁵, « l'hébergement temporaire est **une formule d'accueil limitée dans le temps**. Il s'adresse aux personnes âgées dont le **maintien à domicile est momentanément compromis** du fait d'une situation de crise :

¹⁹⁴ Propositions issues des discussions du groupe de travail n°3 réuni dans le cadre de l'élaboration du schéma départemental 2011-2016 de la Charente-Maritime en faveur des personnes âgées (co-animation du groupe de travail : Cekoïa Conseil, juin 2010).

¹⁹⁵ Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/DGAS/SD2C/DSS/1A n° 2002-222 du 16 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, NOR : MESH0230206C

isolement, absence des aidants, départ en vacances de la famille, travaux dans le logement... Il peut également s'utiliser comme premier essai de vie en collectivité avant l'entrée définitive en établissement, ou servir de transition avant le retour à domicile après une hospitalisation, mais **ne doit pas se substituer à une prise en charge en soins de suite** ».

De même que pour l'accueil de jour, **il n'existe pas beaucoup de places d'hébergement temporaire en France**. On ne compte actuellement que 7 762 lits¹⁹⁶ réservés à ce mode d'accueil.

Bien que certaines structures sont entièrement dédiées à l'hébergement temporaire, celui-ci est **généralement proposé au sein d'un EHPAD ou d'un EHPA** (établissement pour personnes âgées, non médicalisé). Cependant, **sur les 384 094 lits d'EHPAD, seulement 2 % sont destinés à un accueil temporaire**¹⁹⁷.

L'hébergement temporaire, limité à 90 jours maximum, peut être adapté pour des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer mais pas seulement. Il poursuit des objectifs variés. **Il peut ainsi s'avérer très utile pour permettre l'amélioration et l'adaptation du logement d'une personne âgée**. Le recours à l'hébergement temporaire peut également être intéressant lors des mois d'hiver, pour assurer un meilleur confort aux personnes âgées qui, notamment en milieu rural vivent dans des logements mal isolés où est il difficile de se chauffer correctement. Il peut également permettre de faire suivre une formation à son aide à domicile employée en mode gré à gré.

En outre, les débats lors des groupes de travail réunis pour l'élaboration du schéma départemental 2011-2016 de la Charente-Maritime en faveur des personnes âgées ont mis en lumière le fait que l'hospitalisation (à la suite d'une chute par exemple) du conjoint aidant entraîne bien souvent, faute de solution alternative, l'entrée de la personne âgée qui ne bénéficie plus de cette aide, en établissement voire également à l'hôpital si aucune place en établissement n'a été trouvée. **Ces hospitalisations de personnes âgées pour des raisons sociales plus que sanitaires lorsque l'aidant naturel est empêché sont trop fréquentes**. L'hébergement temporaire constituerait alors une bonne solution, transitoire, le temps que l'aidant naturel se rétablisse.

Cette solution temporaire doit bien être présentée comme telle aux personnes âgées comme à leurs familles.

¹⁹⁶ Béatrice HERBERT, La convergence des politiques publiques du vieillissement et des politiques locales de l'habitat Réalités et perspectives, Etude menée dans le cadre du programme de recherche « Vieillesse de la population et Habitat » du Plan Urbanisme Construction Architecture (PUCA), in ANIL Habitat Actualité, avril 2010, 123 pages, p.88.

¹⁹⁷ Ibidem, p.87.

En effet, force est de constater que **bon nombre de places autorisées en accueil temporaire dans des établissements sont en réalité occupées de manière permanente**. Cela s'explique notamment par les conditions de **tarification de ces hébergements**. « La tarification, au prix de journée, ne tient pas compte du taux d'occupation aléatoire des places d'hébergement temporaire et crée, de ce fait, un risque financier pour l'opérateur qui préfère parfois proposer ces places à des personnes âgées dont on sait que le retour au domicile ne sera pas possible »¹⁹⁸. Ce constat est renforcé par le fait que les personnes âgées et leurs familles rencontrent parfois de telles difficultés pour obtenir une place d'hébergement classique dans un EHPAD qu'elles ont recours à l'accueil temporaire avec l'espoir qu'une fois dans l'établissement une place se libère plus facilement ou que la place d'hébergement temporaire soit transformée en place d'hébergement permanent¹⁹⁹. Ce « **déficit d'identité des places d'hébergement temporaire dans les EHPAD** » est dénoncé par Béatrice Herbert dans l'étude réalisée dans le cadre du programme de recherche « Vieillesse de la population et Habitat » du Plan Urbanisme Construction Architecture²⁰⁰.

L'hébergement temporaire est donc finalement peu connu, notamment parce que, parfois, les établissements qui proposent aussi des places d'hébergement permanent ne communiquent autour de l'hébergement temporaire que lorsque celui-ci peut, en termes de gestion, leur servir de variable d'ajustement.

Ainsi, de la même manière que pour l'accueil de jour, **il conviendrait de mieux identifier les places d'hébergement temporaire et d'encourager leur développement** (et également d'éviter leur transformation, formelle ou de fait, en places d'hébergement permanent). En ce sens, **la création de structures entièrement dédiées à l'hébergement temporaire, si elles sont viables économiquement, constitue une piste intéressante**.

Une telle structure existe depuis 2002 à **Strasbourg**. Nommée **Clair Séjour**, cette structure propose 18 places d'hébergement temporaire. Le tarif de ces places est arrêté par le Conseil

¹⁹⁸ Béatrice HERBERT, La convergence des politiques publiques du vieillissement et des politiques locales de l'habitat Réalités et perspectives, Etude menée dans le cadre du programme de recherche « Vieillesse de la population et Habitat » du Plan Urbanisme Construction Architecture (PUCA), in ANIL Habitat Actualité, avril 2010, 123 pages, p.87.

¹⁹⁹ Constat issu des discussions du groupe de travail n°3 réuni dans le cadre de l'élaboration du schéma départemental 2011-2016 de la Charente-Maritime en faveur des personnes âgées (co-animation du groupe de travail : Cekoïa Conseil, juin 2010).

²⁰⁰ Béatrice HERBERT, La convergence des politiques publiques du vieillissement et des politiques locales de l'habitat Réalités et perspectives, Etude menée dans le cadre du programme de recherche « Vieillesse de la population et Habitat » du Plan Urbanisme Construction Architecture (PUCA), in ANIL Habitat Actualité, avril 2010, 123 pages, p.87.

général. Les personnes âgées temporairement accueillies bénéficient d'aides au séjour au travers de l'APA ou grâce à leur caisse de retraite²⁰¹.

Ainsi, que ce soit en accueil de jour ou en hébergement temporaire, ces solutions complémentaires peuvent permettre de prolonger, de manière acceptable, le maintien à domicile lorsque celui-ci devient difficile.

Toutefois, malgré ces solutions complémentaires, le maintien à domicile peut atteindre des limites définitives. Lorsque celui-ci n'est plus du tout possible, des solutions alternatives à l'établissement médicalisé (EHPAD) doivent être envisagées. Ces solutions doivent en outre être développées car elles sont encore trop peu répandues.

B. Les solutions alternatives à l'entrée en établissement classique médicalisé

Nous l'avons vu, l'entrée en établissement classique type EHPAD est redoutée par les personnes âgées ; toutefois, lorsque le maintien à domicile n'est plus souhaitable, des solutions alternatives sont possibles pour accueillir la personne âgée soit au sein d'une famille d'accueil (1), soit au sein d'une petite unité de vie, à l'image des MARPA existant en milieu rural (2).

Ces deux solutions présentent de nombreux avantages notamment ceux de la proximité (la personne âgée reste le plus souvent proche de son ancien domicile), de la convivialité et du prix moins élevé que dans un EHPAD.

1. L'accueil familial

L'accueil familial constitue une solution alternative très intéressante (a) mais limitée par plusieurs obstacles qu'il importe de chercher à lever (b).

²⁰¹ Site internet de Clair Séjour : <http://www.clair-sejour.com/index.php?id=5>

- a) L'accueil familial permet d'offrir à des personnes âgées qui ne peuvent plus rester vivre dans leur logement une réponse adaptée, conviviale, sécurisée et de proximité

L'accueil familial n'a été reconnu légalement qu'en 1989. En effet, la loi du 10 juillet 1989 avait pour objectif de réglementer une pratique qui s'était développée en France hors de tout cadre légal, entraînant parfois des abus²⁰². Toutefois, il a encore fallu attendre la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, pour que l'accueil familial soit reconnu comme **une réelle réponse aux besoins des personnes âgées**.

Les lois du 17 janvier 2002 de modernisation sociale et du 5 mars 2007 ont précisé les modalités de cet accueil sans toutefois, comme nous le verrons, lever les obstacles au développement de l'accueil familial.

Ce mode d'accueil permet, selon l'article L.441-1 du CASF²⁰³, à une personne ou un couple agréé d'accueillir, « habituellement, à son domicile, à titre onéreux, un maximum de trois personnes âgées (ou handicapées adultes) n'appartenant pas à sa famille jusqu'au quatrième degré inclus ».

Après une **formation initiale**, les accueillants familiaux sont **agréés** par le Conseil général pour une durée de cinq ans renouvelables. **Les services du Conseil général assurent ainsi un contrôle des accueillants familiaux.**

Toutefois, c'est en général la personne âgée qui est l'employeur de son accueillant familial. Il existe des services qui proposent de remplir un rôle de mandataire mais cela est peu utilisé. Par ailleurs, il convient de préciser que la loi du 5 mars 2007 (dans son article 57) rend possible l'emploi salarié d'accueillants familiaux par des personnes morales de droit public ou privé²⁰⁴.

Le principe de l'accueil familial est que la personne âgée accueillie soit intégrée à la vie d'une famille tout en recevant l'aide dont elle a besoin. La participation, selon son degré d'autonomie, aux activités quotidiennes de cette famille permet de **retarder l'apparition de**

²⁰² Christel ALIAGA et Emmanuel WOITRAIN, L'accueil familial de personnes âgées et d'adultes handicapés, in DREES, Etudes et résultats, n°31, septembre 1999, 8 pages, p.1.

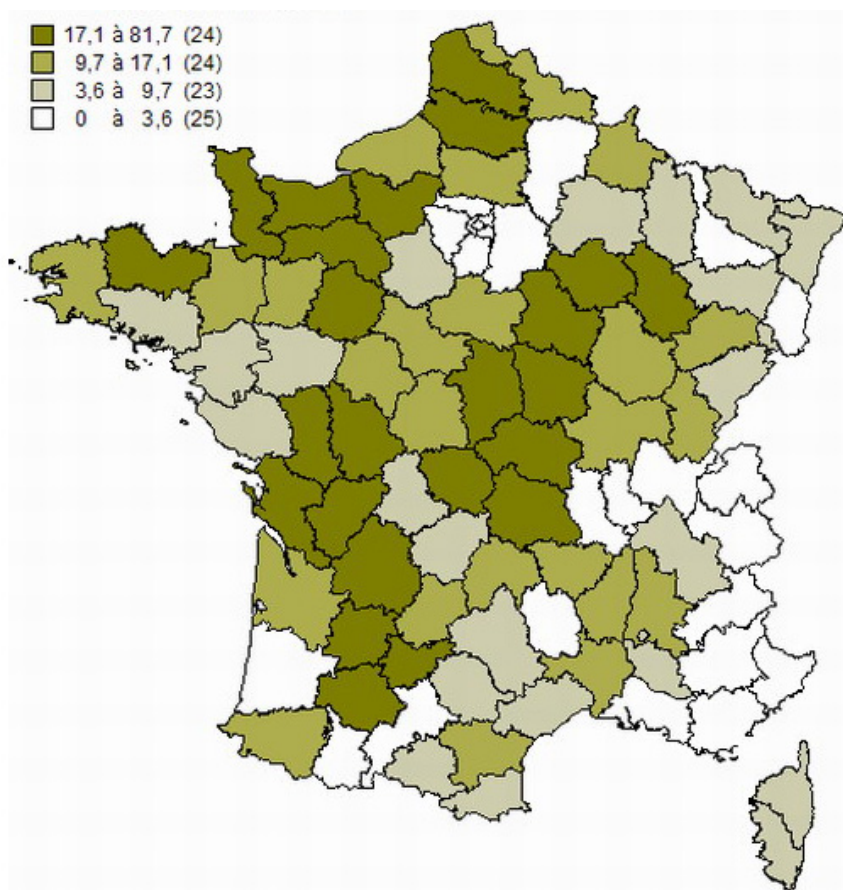
²⁰³ http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?jsessionid=7D208CC9276EC7214D528EC96457E558.tpdjo11v_1?idSectionTA=LEGISCTA000006157648&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20100804

²⁰⁴ Valérie ROSSO-DEBORD, Rapport Vers un nouvel accueil familial des personnes âgées et des personnes handicapées, remis en 2008 au Ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité et à la Secrétaire d'État à la solidarité, 22 pages, p.8.

la dépendance. Les soins dont les personnes âgées ont besoin, le cas échéant, sont assurés par du SSIAD ou des infirmiers libéraux.

Cependant, on ne comptait en 2006 **que 9 220 accueillants familiaux agréés en France**²⁰⁵, soit à peine plus qu'en 1998 (on en dénombrait alors 9 000²⁰⁶). De plus, comme le montre la carte suivante (figure n°15), **leur répartition territoriale est très inégale.** Certains départements n'ont même aucun accueillant familial pour personnes âgées. Les régions les mieux dotées sont le Nord - Pas-de-Calais, le Poitou-Charentes et l'Aquitaine. En effet, les 11 départements de ces trois régions prennent en charge 42 % des personnes âgées en famille d'accueil²⁰⁷.

Figure n°15 : Répartition du nombre d'accueillants familiaux en France en 2007 pour 100 000 habitants



Source : Données de la DREES, cartographie Famidac²⁰⁸

²⁰⁵ Valérie ROSSO-DEBORD, Rapport Vers un nouvel accueil familial des personnes âgées et des personnes handicapées, remis en 2008 au Ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité et à la Secrétaire d'État à la solidarité, 22 pages, p.7.

²⁰⁶ Christel ALIAGA et Emmanuel WOITRAIN, L'accueil familial de personnes âgées et d'adultes handicapés, in DREES, Etudes et résultats, n°31, septembre 1999, 8 pages, p.1.

²⁰⁷ Ibidem, p.42.

²⁰⁸ Issue du site internet de Famidac, une association d'accueillants familiaux : <http://www.famidac.fr/article2233.html>

Lorsque l'accueillant est employé directement par la personne âgée accueillie, le coût moyen pour cette dernière est d'environ **1 365 € par mois**²⁰⁹ (ce qui revient moins cher qu'un EHPAD dont le tarif mensuel moyen varie entre 2 000 et 2 700 € en fonction de son statut et de sa localisation²¹⁰). **L'APA peut servir à financer une partie de ce coût** et les personnes âgées à très faibles revenus peuvent **bénéficier de l'aide sociale départementale**.

L'enquête menée auprès des évaluateurs APA dans le cadre de l'élaboration du schéma départemental 2011-2016 de la Charente-Maritime en faveur des personnes âgées²¹¹ révèle que 70 % d'entre eux jugent l'accueil familial financièrement accessible pour les personnes âgées.

A l'échelle nationale, **96 % des accueillants familiaux sont des femmes**²¹². En Charente-Maritime, tous les accueillants familiaux agréés sont des femmes dont la majorité a entre 50 et 61 ans²¹³. Dans ce département, **61 % des accueillants familiaux sont agréés pour accueillir 2 personnes âgées**²¹⁴. L'enquête réalisée auprès de ces accueillants familiaux (dont le questionnaire se trouve en annexe n°2) montre que leur première motivation pour exercer cette activité est **l'envie de s'occuper des autres**. Le **souhait d'éviter à une personne âgée d'entrer en établissement** arrive en 4^{ème} position (après le souhait de travailler à domicile et le besoin d'avoir une rémunération). En effet, selon la majorité des évaluateurs APA, l'accueil familial représente une alternative satisfaisante ou très satisfaisante à l'entrée en établissement pour des personnes âgées ne pouvant plus rester vivre à domicile²¹⁵.

Toujours dans ce département, les personnes âgées accueillies en famille d'accueil ont un **niveau de dépendance élevé** puisque 42 % sont classées en GIR 2 et 25 % en GIR 3²¹⁶. Plus de 75 % d'entre elles ont plus de 80 ans²¹⁷.

²⁰⁹ Valérie ROSSO-DEBORD, Rapport Vers un nouvel accueil familial des personnes âgées et des personnes handicapées, remis en 2008 au Ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité et à la Secrétaire d'État à la solidarité, 22 pages, p.7.

²¹⁰ Ibidem, p.18.

²¹¹ Réalisation Cekoïa Conseil, mai-juin 2010.

²¹² Christel ALIAGA et Emmanuel WOITRAIN, L'accueil familial de personnes âgées et d'adultes handicapés, in DREES, Etudes et résultats, n°31, septembre 1999, 8 pages, p.6.

²¹³ Enquête réalisée auprès des accueillants familiaux de Charente-Maritime (130 répondants) dans le cadre de l'élaboration du schéma départemental 2011-2016 en faveur des personnes âgées – Réalisation Cekoïa Conseil, mai-juin 2010.

²¹⁴ Ibidem.

²¹⁵ Enquête réalisée auprès des évaluateurs APA de Charente-Maritime dans le cadre de l'élaboration du schéma départemental 2011-2016 en faveur des personnes âgées – Réalisation Cekoïa Conseil, mai-juin 2010.

²¹⁶ Enquête réalisée auprès des accueillants familiaux de Charente-Maritime (130 répondants) dans le cadre de l'élaboration du schéma départemental 2011-2016 en faveur des personnes âgées – Réalisation Cekoïa Conseil, mai-juin 2010.

A l'échelle nationale, quasiment tous les accueillants familiaux vivent dans une maison dont ils sont propriétaires²¹⁸. Ainsi, **l'accueil familial est beaucoup plus répandu en milieu rural qu'en ville**. En effet, accueillir au maximum 3 personnes âgées suppose d'avoir trois chambres, en général au moins deux salles de bain et des parties communes assez vastes pour réunir toutes les personnes accueillies ainsi que les membres de la famille d'accueil, pour les repas par exemple.

L'accueil familial nous semble ainsi une solution très intéressante. Ce constat est partagé par les personnes âgées puisque parmi celles vivant à domicile et interrogées pour l'enquête réalisée dans le cadre de l'élaboration du schéma départemental 2011-2016 de Charente-Maritime en faveur des personnes âgées²¹⁹, 30 % se disent intéressées par un hébergement en accueil familial. 25 % expliquent cet intérêt par la possibilité d'avoir une vie moins isolée. Toutefois, le faible développement de l'accueil familial s'explique par l'existence de plusieurs obstacles.

b) Les obstacles au développement de l'accueil familial doivent être levés

Ces obstacles sont de natures variées mais tiennent principalement à un **déficit d'offre**.

En effet, le métier d'accueillant familial est tout d'abord un **métier difficile et éprouvant**. Accueillir, chez soi, 24 heures sur 24, et aider jusqu'à trois personnes âgées dépendantes n'est pas évident. Cependant, le souhait de devenir accueillant familial constitue souvent une vocation. Par exemple, en Charente-Maritime, la volonté de perpétuer une tradition familiale figure parmi les sept principales raisons qui ont poussé les accueillants familiaux, interrogés dans le cadre de l'enquête précitée, à exercer ce métier.

Malgré les différentes lois précitées, **les accueillants familiaux ne bénéficient toujours pas d'un statut adapté**.

²¹⁷ Enquête réalisée auprès des accueillants familiaux de Charente-Maritime (130 répondants) dans le cadre de l'élaboration du schéma départemental 2011-2016 en faveur des personnes âgées – Réalisation Cekoïa Conseil, mai-juin 2010.

²¹⁸ Christel ALIAGA et Emmanuel WOITRAIN, L'accueil familial de personnes âgées et d'adultes handicapés, in DREES, Etudes et résultats, n°31, septembre 1999, 8 pages, p.8.

²¹⁹ Réalisation Cekoïa Conseil, mai-juin 2010.

Aucune convention collective ne s'applique à l'accueil familial et les accueillants familiaux ne sont pas couverts par le Code du travail (ils ont toutefois droit à une rémunération minimum depuis 2002). Ainsi, ces derniers ne sont pas réellement salariés, « le contrat entre l'accueillant et l'accueilli reste souvent une convention de gré à gré qui n'est pas réellement une relation d'employeur et qui n'implique pas une relation de subordination »²²⁰. En conséquence, **les accueillants familiaux ne cotisent pas aux ASSEDIC, ils n'ont donc pas droit à des indemnités de chômage en cas de perte d'emploi**²²¹. Les modalités de prise de congés ne sont également pas du tout encadrées. Cela est particulièrement problématique. En effet, sachant que ce métier est très difficile, les moments de répit pour les accueillants familiaux sont indispensables.

De plus, accueillir des personnes âgées en perte d'autonomie suppose, comme nous l'avons vu, un logement relativement grand, ce qui n'est pas toujours facile en ville. L'accueil familial suppose également que le logement de la famille soit adapté : installation d'une douche à l'italienne, de WC adaptés, de lits médicalisés dont la hauteur est variable... **Tous ces aménagements ont un coût qu'il est parfois difficile à rentabiliser sachant que la rémunération nette moyenne d'un accueillant familial n'est que de 582,36 € par mois et par personne accueillie**²²².

Enfin, se pose la **question de la formation des accueillants familiaux**. L'obtention de l'agrément par le Conseil général suppose une formation initiale mais **il n'existe à l'heure actuelle aucun référentiel commun**²²³. Ainsi, une **grande hétérogénéité** entre les départements est à déplorer, tant dans le contenu qu'au niveau de la qualité des formations initiales. En outre, **la formation continue se révèle quasi-inexistante du fait des difficultés rencontrées pour prendre des congés, d'autant plus que les accueillants familiaux remplaçants sont encore très rares**²²⁴.

²²⁰ In Valérie ROSSO-DEBORD, Rapport Vers un nouvel accueil familial des personnes âgées et des personnes handicapées, remis en 2008 au Ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité et à la Secrétaire d'État à la solidarité, 22 pages, p.9.

²²¹ Ibidem, p.10.

²²² Site internet de Famidac, association d'accueillants familiaux : <http://www.famidac.fr/article2233.html>

²²³ Valérie ROSSO-DEBORD, Rapport Vers un nouvel accueil familial des personnes âgées et des personnes handicapées, remis en 2008 au Ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité et à la Secrétaire d'État à la solidarité, 22 pages, p.17.

²²⁴ Ibidem.

Ainsi, au regard de l'intérêt de l'accueil familial en tant que solution alternative à l'hébergement en établissement, il importe de lever les obstacles à son développement.

Pour cela, **un réel statut protecteur doit être créé pour les accueillants familiaux.** La relation entre l'accueillant et l'accueilli doit par exemple relever du **droit commun** dans le cadre d'un réel contrat de travail²²⁵. Il est en effet **essentiel que les accueillants aient droit aux indemnités chômage et qu'ils puissent prendre les cinq semaines de congés payés obligatoires.**

Ensuite, **le métier d'accueillant familial doit être professionnalisé.** A ce titre, les **formations initiales** encadrées par les Conseils généraux doivent être **harmonisées**, par exemple à travers un **référentiel commun**²²⁶. Un **diplôme** pourrait rendre plus attractive cette activité (actuellement majoritairement exercée par des personnes dont le niveau d'étude est très bas : en Charente-Maritime, 49 % des accueillants familiaux possédant un diplôme de fin de scolarité ne possèdent que le Certificat d'études et 28 % seulement le Brevet des collèges²²⁷).

En outre, la **formation continue**, qui relève de la compétence du Conseil général, est indispensable pour ce métier difficile. En effet, l'augmentation du niveau de dépendance des personnes âgées accueillies nécessite d'acquérir de nouvelles techniques mais également de connaître les bases de la psychologie de la personne âgée²²⁸. Des **systèmes de remplacement** doivent être mis en place pour permettre ces formations. En ce sens, le Conseil général de la Charente-Maritime réfléchit actuellement pour inscrire une telle volonté dans son schéma départemental 2011-2016 en faveur des personnes âgées. Il est ainsi envisagé de mettre en place un **dispositif d'accueillants familiaux agréés remplaçants** qui se rendraient au domicile des accueillants familiaux en formation pour les remplacer auprès des personnes âgées ou qui accueilleraient ces personnes âgées chez eux le temps que durerait la formation²²⁹.

²²⁵ Valérie ROSSO-DEBORD, Rapport Vers un nouvel accueil familial des personnes âgées et des personnes handicapées, remis en 2008 au Ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité et à la Secrétaire d'État à la solidarité, 22 pages, p.12.

²²⁶ Ibidem, p.16.

²²⁷ Enquête réalisée auprès des accueillants familiaux de Charente-Maritime (130 répondants) dans le cadre de l'élaboration du schéma départemental 2011-2016 en faveur des personnes âgées – Réalisation Cekoïa Conseil, mai-juin 2010.

²²⁸ Élément cité parmi les attentes des accueillants familiaux dans l'enquête réalisée en Charente-Maritime dans le cadre de l'élaboration du schéma départemental 2011-2016 en faveur des personnes âgées – Réalisation Cekoïa Conseil, mai-juin 2010.

²²⁹ Issu des discussions du groupe de travail n°2 réuni en juin 2010 pour l'élaboration du schéma (co-animaiton du groupe de travail : Cekoïa Conseil)

Par ailleurs, les systèmes d'accueil de jour et d'hébergement temporaire vus précédemment peuvent également être utilisés pour libérer l'accueillant familial. La formation continue pourrait enfin être renforcée en termes de qualité grâce un **référentiel** utilisé partout en France. Ce référentiel devrait prévoir, outre les connaissances et les savoirs faire minimaux, une **participation régulière obligatoire à des groupes de parole et d'analyse des bonnes pratiques professionnelles**. Ces séances permettraient de **diminuer l'isolement** dont souffrent beaucoup d'accueillants familiaux du fait de leur travail à domicile²³⁰.

Enfin, en ce qui concerne le logement des accueillants familiaux, **il serait intéressant que les aides à l'amélioration de l'habitat et à l'adaptation des logements présentées dans la première partie de ce mémoire, soient attribuables également aux accueillants familiaux.**

Nous l'avons vu, l'agrément de l'accueil familial autorise un accueil de trois personnes âgées maximum. Au-delà, la structure devient juridiquement un établissement dont l'activité n'est pas soumise aux mêmes normes ni aux mêmes contrôles. Il existe plusieurs types d'établissement et notamment **des petites structures, appelées génériquement « petites unités de vies » qui sont particulièrement intéressantes en tant qu'alternative à l'hébergement en EHPAD.**

2. Les petites unités de vie et les MARPA en milieu rural

La petite unité de vie est un terme générique qui regroupe différentes types de structures offrant **une prise en charge différente de ce que propose une maison de retraite classique, souvent médicalisée**. Les principales caractéristiques des petites unités de vie ont été formalisées dans le rapport du groupe de travail « Pallach-Guisset » initié par le Gouvernement en novembre 2001. Elles sont au nombre de 7 dont le détail figure en annexe n°3.

²³⁰ Issu des discussions du groupe de travail n°2 réuni en juin 2010 pour l'élaboration du schéma (co-animaïton du groupe de travail : Cekoïa Conseil)

Une petite unité de vie, comme son nom l'indique, est une structure de taille restreinte, 25 places maximum²³¹ (en général une quinzaine de personnes âgées accueillies), destinées aux personnes âgées du village ou du quartier dans lequel elle est implantée. En effet, l'objectif des petites unités de vie est, de permettre à des personnes âgées dépendantes qui ne peuvent plus rester vivre dans leur domicile de conserver les liens qu'elles avaient avec leur environnement et de favoriser leur autonomie²³².

La proximité est un élément essentiel des petites unités de vie. L'hébergement en petite unité de vie est souvent permanent mais certaines structures proposent également des places d'hébergement temporaire.

Toutes les petites unités de vie reposent sur le même principe, les personnes âgées accueillies bénéficient d'un véritable logement privatif adapté, constitué souvent d'une chambre, d'une salle de bain, de toilettes et d'une petite cuisine (les logements prévus pour les couples ont généralement une pièce supplémentaire) et ont accès à des espaces collectifs pour prendre leur principaux repas par exemple ou encore participer à des activités facultatives... Les petites unités de vie ne sont pas médicalisées mais les personnes âgées peuvent avoir recours à des professionnels de santé extérieurs intervenant au sein de la structure.

Le personnel de la petite unité de vie est présent 24 heures sur 24 garantissant ainsi une sécurité pour les personnes âgées.

La petite taille de ces structures permet un accueil plus individualisé, répondant ainsi à la sensation d'anonymat et de déshumanisation que les personnes âgées peuvent parfois éprouver dans les établissements classiques de grande taille type maisons de retraite et EHPAD²³³.

Les petites unités de vie les plus connues sont les **MARPA**, les Maisons d'Accueil Rurales pour Personnes Agées. Les MARPA sont en fait des petites unités de vie qui bénéficient du label « MARPA » attribué par la **caisse centrale de la MSA** (Mutualité Sociale Agricole). C'est en effet la MSA qui a développé, au milieu des années 1980 ces petites structures situées en milieu rural, à l'origine pour accueillir les veuves des anciens

²³¹ Site internet Age Village Pro : <http://www.agevillagepro.com/article-4246-1-bien-vieillir.html>

²³² Site internet de la Fédération Nationales des MARPA : <http://www.marpa.fr/index.php?id=144>

²³³ Dominique ARGOUD, De nouvelles formes d'habitat pour personnes âgées : d'hier à aujourd'hui. Du point de vue de la Fondation de France, in Gérontologie et société, n°119, décembre 2006, 9 pages, p.87

agriculteurs dont les ressources étaient très faibles et qui ne pouvaient plus rester vivre seules dans leur logement souvent isolé.

L'objectif est de permettre aux personnes âgées retraitées du régime agricole vivant dans les « campagnes » de ne pas avoir à s'« exiler » à la ville pour trouver une maison de retraite lorsqu'elles ne peuvent plus rester vivre chez elles et de continuer à vivre dans leur environnement familial²³⁴. Toutes les MARPA respectent la **Charte des MARPA** élaborée par la MSA en 2006, en partenariat avec des élus locaux. Cette charte, figurant en annexe n°4, présente, au travers de 8 articles, **les grandes valeurs des MARPA** (conforme aux caractéristiques essentielles des petite unité de vie décrits par le rapport du groupe de travail « Pallach-Guisset » précité, annexe n° 3).

L'article n°1 précise que la MARPA fait partie de la « vie sociale, économique et culturelle locale ²³⁵». En effet, les **MARPA sont pleinement intégrées au cœur du village** où elles sont implantées afin de permettre aux personnes âgées qui peuvent se déplacer de sortir et de conserver leurs habitudes, auprès des commerçants de proximité par exemple. Cette implantation, en général proche d'une école, permet également de **renforcer les échanges intergénérationnels en organisant des activités communes avec les enfants** comme le goûter ou un atelier peinture.

Les élus locaux, qui sont à l'origine des projets d'implantation (ce sont eux qui sollicitent la MSA et non la MSA qui cherche à implanter des MARPA) sont généralement très intéressés par ce système qui leur **permet à moindre frais** (la MSA assure la majeure partie des dépenses et des aspects logistiques) **de dynamiser leur village, de maintenir leurs concitoyens dans leur commune et de créer des emplois**.

Ainsi, les MARPA se sont beaucoup développées ces dernières années.

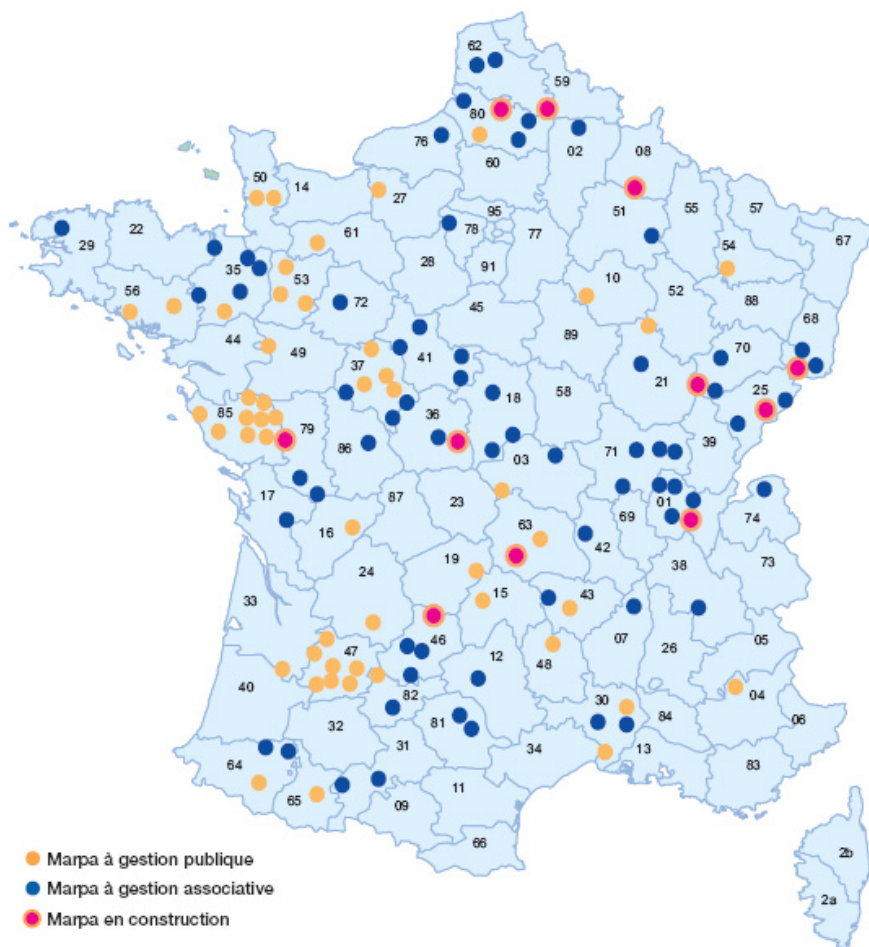
Il existe actuellement **130 MARPA**²³⁶ réparties sur toute la France comme le montre la carte suivante (figure n°16). Ces 130 MARPA accueillent environ **2 500 résidents**.

²³⁴ Site internet de la Fédération Nationales des MARPA : <http://www.marpa.fr/index.php?id=11>

²³⁵ Article 1 de la Charte des MARPA, annexe n°4

²³⁶ Béatrice GIUDICELLI, La Marpa pour une vie en quasi-autonomie, in La Gazette Santé Social, n°49, février 2009, 2 pages, p.27.

Figure n°16 : Répartition des MARPA en activité et en construction en France en 2006 selon le type de gestion



Source : Plaquette de présentation des MARPA²³⁷

Comme le montre la légende de cette carte (figure n°15) la MARPA est rattachée à une structure de gestion qui peut être une association ou une entité publique (un CCAS en règle générale).

L'architecture des MARPA est également un élément important. Les personnes âgées accueillies doivent avoir leur « chez soi »²³⁸. Chaque MARPA est composée d'environ **20 logements individuels, de plain-pied et disposant d'un accès privatif**. Les couples disposent d'un T2 et les personnes seules, d'un T1. En outre, puisque ces logements sont destinés à des personnes âgées en perte d'autonomie et parfois dépendantes, **ils sont tous**

²³⁷ http://www.marpa.fr/fileadmin/user_upload/documents/Marpa_Plaquette.pdf

²³⁸ Béatrice GIUDICELLI, La Marpa pour une vie en quasi-autonomie, in La Gazette Santé Social, n°49, février 2009, 2 pages, p.26.

aménagés spécialement : accès pour fauteuils roulants, portes larges, poignées ergonomiques, douche à fonds plat...

Les résidents peuvent apporter leurs propres meubles et objets personnels. Ils peuvent même conserver leurs animaux domestiques, ce qui n'est quasiment jamais possible dans une maison de retraite classique. **Cette architecture conviviale, intégrée dans le village dans lequel se trouve la MARPA, permet de préserver l'autonomie des personnes âgées et de ne pas les déresponsabiliser ou les infantiliser.** En effet, en fonction de leur degré d'autonomie, les résidents sont chargés de l'entretien de leur logement (mais peuvent très bien faire appel à une aide ménagère) et participent à la préparation des repas collectifs. Des activités sont organisées au sein de la MARPA mais les personnes âgées les plus autonomes peuvent continuer de pratiquer leurs activités à l'extérieur.

Chaque MARPA est gérée par un responsable de Maison (de formation minimum bac +2, souvent une ancienne infirmière)²³⁹ et les résidents sont accompagnés et aidés 24 heures sur 24 par du personnel à hauteur de minimum **6,7 ETP** (Equivalent temps plein) en comptant les gardes de nuit²⁴⁰. Ce **personnel est polyvalent** (chargé d'aider les personnes âgées au quotidien, de faire des animations, de préparer les repas...) mais n'est pas habilité à dispenser des soins. En effet, les MARPA ne sont pas médicalisées, la formule dédiée étant de « **prendre soin avant de soigner** »²⁴¹. Le personnel porte donc des tenues de ville et non des blouses blanches. **Lorsque des soins sont nécessaires, le personnel se charge de coordonner les intervenants extérieurs.**

Le fonctionnement en réseau avec le secteur médical et paramédical libéral local²⁴² constitue ainsi une grande force des MARPA et représente un avantage certain pour les personnes âgées accueillies.

Le tarif moyen pour l'hébergement et trois repas dans une MARPA récente, se situe entre **1050 et 1250 euros par mois**²⁴³, ce qui est nettement moins cher qu'une maison de retraite classique médicalisée dont le tarif, comme nous l'avons vu précédemment, est plutôt compris

²³⁹ Site internet Age Village Pro : <http://www.agevillage.com/article-3514-1-Visiter-et-choisir.html>

²⁴⁰ Ibidem.

²⁴¹ Site internet de la Fédération Nationales des MARPA : <http://www.marpa.fr/index.php?id=11>

²⁴² Site internet Age Village Pro :

<http://www.agevillage.com/index.php5?module=stock&action=article&p1=4169&p2=1>

²⁴³ Site internet Age Village Pro : <http://www.agevillage.com/article-5824-1-10-000-etablissements.html>

entre 2 000 et 2 700 € en fonction de son statut et de sa localisation²⁴⁴). Les personnes âgées dont l'âge moyen des résidents est d'environ 84 ans²⁴⁵ peuvent financer une partie du coût de leur hébergement par l'APA s'ils en bénéficient.

Les MARPA sont généralement constituées de petits pavillons mitoyens de plain-pied, cependant, de petites unités de vie peuvent également être implantées dans des lieux plus urbains présentant des disponibilités foncières moins importantes. **Il existe ainsi des petites unités de vie dans des immeubles abritant même parfois des logements classiques.** Ces derniers sont souvent des logements sociaux loués à des familles. L'aspect intergénérationnel est ainsi mis en valeur. Toutefois, **les petites unités de vie sont encore principalement situées en milieu rural ou périurbain.**

Pour remédier à ce constat, et forte du succès des MARPA, **la MSA souhaite actuellement adapter le concept MARPA pour les communes urbaines.** Le label s'appellerait **MAUPA** (Maison d'Accueil Urbaine pour Personnes Agées). Ce projet est porté par la MSA d'Ile-de-France et vise à permettre, tout comme les MARPA, aux personnes âgées de rester dans leur environnement d'origine lorsqu'elles ne peuvent plus rester vivre dans leur logement²⁴⁶. L'objectif est également de permettre aux personnes âgées dont les revenus sont modestes de pouvoir avoir accès à un établissement en Ile-de-France où la pénurie de places en maisons de retraite médicalisées est très importante et où les prix sont très élevés notamment du fait du prix du foncier et de l'immobilier (plus de 2 200 € en moyenne et parfois jusqu'à 4 000 € à Paris). De plus, à Paris, de nombreuses personnes âgées vivent à des étages élevés dans des immeubles anciens sans ascenseur ou avec un tout petit ascenseur ajouté dans la cage d'escaliers mais qui n'est pas du tout adapté pour une personne âgée. Les personnes âgées se retrouvent alors isolées dans leur logement sans avoir la possibilité de sortir à l'extérieur.

Les valeurs et les principes de la MARPA seraient conservés. Toutefois, un entretien avec un conseiller en ingénierie sociale de la MSA d'Ile-de-France²⁴⁷ nous a informé **que le projet était actuellement stoppé** car la Mairie de Paris, qui avait lancé l'idée, souhaitait donner une autre destination aux terrains pressentis pour réaliser la première MAUPA de France. Ce retrait de la Ville de Paris s'explique par les **difficultés que suppose la création d'une**

²⁴⁴ Valérie ROSSO-DEBORD, Rapport Vers un nouvel accueil familial des personnes âgées et des personnes handicapées, remis en 2008 au Ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité et à la Secrétaire d'État à la solidarité, 22 pages, p.18.

²⁴⁵ Site internet Age Village Pro : <http://www.agevillage.com/article-5824-1-10-000-etablissements.html>

²⁴⁶ Site internet Age Village Pro : <http://www.agevillage.com/actualite-1091-1-la-msa-lance-des-maupa-en-ile-de-france.html>

²⁴⁷ Réalisé par téléphone le 2 août 2010.

MARPA dans un cadre urbain très dense. L'intégration dans le bâti est plus complexe et engendre des coûts importants que la MSA ne souhaite pas avoir à reporter sur les résidents. Le projet prévoyait un partenariat avec un bailleur social qui, lors de la construction d'un nouvel immeuble aurait réservé le rez-de-chaussée pour y installer la MAUPA. Le montage financier envisagé était proche de ceux utilisés pour les MARPA. En outre, comme pour les MARPA, l'implantation de cette MAUPA constituait un **véritable projet politique** de la part de la Ville de Paris. Cette idée de MAUPA a été d'ailleurs citée par Alain Franco dans son rapport *Vivre Chez soi* remis à Mme Nora Berra, Secrétaire d'Etat en charge des Aînés en juin 2010²⁴⁸ en tant que « bonne pratique » que l'auteur du rapport souhaite voir promue.

Ainsi, malgré le fait que le projet de MAUPA à Paris soit actuellement en suspens, nous pouvons imaginer que d'autres maires de grandes villes pourraient être intéressés par le concept. Or, aucune communication n'est réalisée autour des MAUPA. En effet, les difficultés que nous avons eues pour trouver des renseignements dans le cadre de la rédaction de ce mémoire illustrent le caractère encore confidentiel des MAUPA. En conséquence, **il nous semble important que la MSA, sans vouloir « vendre » les MAUPA, puisque cela n'a jamais été son objectif, communique davantage sur ce nouveau concept, qui, nous en sommes convaincue, constituerait une offre très intéressante et adaptée aux conditions de vie des personnes âgées en milieu urbain.**

Ainsi, **ces petites unités de vie sont à développer et à favoriser.** En effet, **elles présentent de nombreux avantages et semblent correspondre aux aspirations de proximité, de convivialité mais également de sécurité des personnes âgées en perte d'autonomie.** Un véritable projet de vie leur est proposé. En outre, en permettant aux personnes âgées de vivre dans de véritables logements, les petites unités de vie respectent la Charte européenne des droits et libertés des personnes âgées en institution²⁴⁹, rédigée par l'association européenne des directeurs de maisons de retraite, qui reconnaît aux personnes âgées hébergées en établissement le droit à disposer d'un véritable logement. La reconnaissance de ce droit vise à lutter contre une certaine culture héritée du fonctionnement hospitalier qui prévaut encore dans de nombreuses maisons de retraite où les résidents se voient attribuer une chambre totalement impersonnelle qu'ils ne peuvent personnaliser et dont la porte est bien souvent laissée ouverte à longueur de journée.

²⁴⁸ Alain FRANCO, *Rapport Vivre chez soi*, remis à Mme Nora Berra, Secrétaire d'Etat en charge des aînés en juin 2010, 95 pages, p.47

²⁴⁹ <http://cec-formation.net/pagesperso-orange.fr/charteeupersonagees.html>

Le concept et les valeurs des MARPA (et peut-être bientôt les MAUPA) devraient donc être généralisés pour créer davantage de petites unités de vie à taille humaine et à des tarifs abordables proposant un véritable projet de vie aux personnes âgées, quel que soit leur niveau de dépendance. En effet, lorsqu'il était Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, Jean-François Mattei, a déclaré que les MARPA constituaient des solutions d'établissement « non hypocrite » pour personnes âgées.

Ainsi, les petites unités de vie doivent, à l'image des MARPA, être **ouvertes sur l'extérieur** et **implantées au cœur des villes ou des villages** afin de favoriser les liens entre les personnes âgées et le reste de la société (par exemple en organisant des activités intergénérationnelles avec les enfants de l'école voisine).

En outre, en tant qu'établissement médico-social au sens de l'article L. 312-1 du CASF précité, la plupart des petites unités de vie sont soumises à des obligations d'évaluation de la qualité des prestations. **La recherche constante de l'amélioration de la qualité de prise en charge doit être un objectif tout comme la formation continue du personnel.**

Enfin, les établissements médicalisés comme les EHPAD pourraient s'inspirer de ces bonnes pratiques afin **d'amorcer l'indispensable changement de regard sur les établissements pour personnes âgées.** Cela permettrait d'enterrer définitivement l'image de mouiroirs que les personnes âgées et leur famille peuvent encore en avoir.

CONCLUSION

Nous avons vu, à travers ce mémoire que l'accélération du vieillissement de la population française et l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes engendrent de nombreux enjeux que les pouvoirs publics se doivent d'intégrer dans l'ensemble des politiques publiques mises en œuvre, au niveau national comme local. En effet, les Conseils généraux en tant que chef de file de l'action sociale, mais également l'Etat et ses services déconcentrés ainsi que les collectivités territoriales ont un rôle essentiel à jouer, en particulier en termes d'impulsion et de soutien financier.

En ce sens, la volonté de permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de pouvoir rester vivre dans leur logement est affichée dès le début des années 1960. Depuis, de nombreux progrès ont été faits pour rendre possible le maintien à domicile de ces personnes. Un panel de dispositifs existe à l'heure actuelle pour faciliter la vie des personnes âgées qui souhaitent très majoritairement rester vivre le plus longtemps possible dans leur logement, au sein de leur cadre de vie habituel.

Nous avons décrit ces différents dispositifs et expliqué l'importance de les combiner pour assurer à ces usagers une prise en charge adaptée et sécurisée.

Ainsi, lorsque la personne âgée a la chance de bénéficier de l'aide de ses proches, leur rôle doit tout d'abord être revalorisé, y compris financièrement. Ensuite, l'intervention d'un aidant professionnel, en complément, est souvent nécessaire. Cela permet notamment à l'aidant naturel de s'accorder d'indispensables moments de répit, leur fonction auprès de leurs proches âgés étant souvent très éprouvante. Il importe cependant d'améliorer la qualité de ces aides à domicile en professionnalisant et en formant davantage les aidants professionnels. Ce métier doit par ailleurs être rendu plus attractif afin de combler la pénurie de personnel dont souffrent certaines parties du territoire. Enfin, la coordination entre les différentes interventions au domicile des personnes âgées, y compris pour des soins, doit également être améliorée, par exemple en favorisant les services polyvalents (aide à domicile et soins infirmiers).

Par ailleurs, il existe désormais des solutions pour aménager le logement (et le cadre de vie plus généralement) des personnes âgées. En effet, lorsque leur autonomie décroît, celles-ci sont plus vulnérables. Sans un minimum d'adaptations simples, leur maintien à domicile n'est pas souhaitable.

Nous avons donc démontré que le renforcement des dispositifs existants, leur coordination et le développement de solutions innovantes sont indispensables pour que le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie soit plus largement possible et souhaitable.

Toutefois, nous avons également démontré qu'il existe encore actuellement des limites au maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, dont la reconnaissance et la prise en compte sont indispensables.

En effet, ces limites sont plurielles. Par exemple, l'aménagement du logement et du cadre de vie des personnes âgées ne sont pas encore techniquement et financièrement possibles partout. Aussi, de nombreuses personnes âgées vivant à domicile se retrouvent isolées et leur maintien à domicile dans ces conditions, peu sûres, ne nous paraît pas souhaitable.

En outre, l'augmentation du niveau de dépendance engendre des limites physiques, notamment au niveau de l'aide informelle que peuvent recevoir les personnes âgées. En conséquence, la solution pourrait être d'inciter les personnes âgées à recourir à des aides professionnelles de manière plus intensive. Or, cela coûte très cher ; les personnes âgées devraient donc être davantage soutenues financièrement, notamment via l'APA. Cependant, en l'état actuel des finances publiques et au vu du faible niveau de qualification de ces aidants, il ne nous semble pas (encore) souhaitable de se diriger vers cette solution.

Ainsi, puisque le maintien à domicile présente encore des limites, il nous paraît intéressant de favoriser le développement de solutions complémentaires au maintien à domicile ou alternatives. En effet, actuellement, pour la majorité des personnes âgées qui ne peuvent plus vivre à domicile, l'unique solution qui leur est proposée (ou parfois imposée) est l'entrée dans une maison de retraite classique type EHPAD alors qu'une structure médicalisée n'est pas toujours nécessaire.

Nous avons donc mis en relief les points forts des solutions complémentaires comme l'accueil de jour ou l'hébergement temporaire. Nous avons également souligné les avantages des solutions alternatives comme les familles d'accueil et les petites unités de vie qui permettent aux personnes âgées, pour un coût inférieur à celui d'un EHPAD, de rester dans leur environnement et d'être prises en charge de manière plus humaine et individualisée.

Toutefois, force est de constater que ces solutions complémentaires ou alternatives sont encore trop peu développées. Il importe alors d'améliorer la qualité de leurs prestations, de les

rendre plus accessibles financièrement ou de les revaloriser (notamment pour l'accueil familial).

Néanmoins, la principale difficulté que nous pouvons identifier à l'issue de ce travail, est de parvenir à combiner la promotion de ces bonnes pratiques et les ressources financières limitées des personnes âgées comme des financeurs publics.

Pour conclure, nous souhaitons préciser que les EHPAD ont leur rôle à jouer dans la prise en charge des personnes âgées fortement dépendantes. Une piste de réflexion future pourrait alors traiter du volume optimal de places et de leur répartition sur le territoire, des modalités de leur accessibilité financière au plus grand nombre ainsi que des enjeux de qualité de la prise en charge médicalisée. En effet, bien que cette qualité de prise en charge ait été sensiblement améliorée ces dernières années, les EHPAD semblent toujours refléter une mauvaise image.

Plus globalement, il serait également intéressant d'étudier, de manière comparée, les difficultés de financement de la dépendance, en s'interrogeant par exemple sur la nécessité de créer un 5^{ème} risque et le potentiel, actuel et futur, de création d'emplois et de valeurs que représente le « marché des seniors et des personnes âgées ».

BIBLIOGRAPHIE – SOURCES

OUVRAGES

- Gérard-François DUMONT, *Les territoires face au vieillissement en France et en Europe*, Éditions Ellipses, Paris, 2006, 416 pages.
- François ASCHER, *Les nouveaux compromis urbains*, Editions de l'Aube, 2008, 141 pages.
- Pierre MERLIN et François CHOAIS (sous la direction de), *Dictionnaire de l'urbanisme et de l'aménagement*, PUF, janvier 2009, 963 pages.

RAPPORTS ET ETUDES

- Valérie ROSSO-DEBORD, *Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale, le 23 juin 2010, en conclusion des travaux de la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes*, 128 pages.
- Valérie ROSSO-DEBORD, *Rapport Vers un nouvel accueil familial des personnes âgées et des personnes handicapées*, remis en 2008 au Ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité et à la Secrétaire d'État à la solidarité, 22 pages.
- Alain FRANCO, *Rapport Vivre chez soi*, remis à Mme Nora Berra, Secrétaire d'Etat en charge des aînés en juin 2010, 95 pages.
- Rapport de la Cour des Comptes, *Les personnes âgées dépendantes*, remis au Président de la République en novembre 2005, 447 pages.
- *Rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse*, présidée par Pierre Laroque :
<http://infodoc.inserm.fr/serveur/vieil.nsf/397fe8563d75f39bc12563f60028ec43/e0f115ba61f787a5c12568c80041b17d?OpenDocument>, 1962.
- *Rapport Vieillir demain* du groupe de Prospective Personnes Agées, (1980) :
<http://infodoc.inserm.fr/serveur/vieil.nsf/92ab20c0e17f9e9380256b9e0038bd7d/18c67f69a5c9c59d80256af0003f070f?OpenDocument>
- Séminaire de questions sociales de la promotion « Nelson Mandela » (1999-2001), Ecole nationale d'administration, *La prise en charge des personnes âgées dépendantes*, 94 pages.
- Séminaire relatif au Logement, Groupe n° 14 : *Le logement des personnes âgées*, Ecole Nationale d'Administration, Promotion 2004-2006 « Simone VEIL », juillet 2005, 52 pages.
- Monique BOUTRAND, rapporteure du *Rapport Séniors et Cité*, présenté au nom de la section du cadre de vie du Conseil Économique, Social, et Environnemental, le 26 février 2009, 183 pages.
- Stéphane LE BOULER et la Mission "Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes" du Centre d'Analyse Stratégique, *Rapport Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix*, remis au Premier ministre en 2006, 420 pages.

- Florence CHARUE-DUBOC, Laure AMAR, Nathalie RAULET-CROSET et Anne-France KOGAN, Rapport de recherche financée par la CNSA : *La téléassistance pour le maintien à domicile* : comment dépasser une logique d'offre technologique et construire des usages pertinents ?, remis en janvier 2010, 148 pages.
- Béatrice HERBERT, *La convergence des politiques publiques du vieillissement et des politiques locales de l'habitat Réalités et perspectives*, Etude menée dans le cadre du programme de recherche « Vieillesse de la population et Habitat » du Plan Urbanisme Construction Architecture (PUCA), in ANIL Habitat Actualité, avril 2010, 123 pages.
- Muriel BOULMIER, *L'adaptation de l'habitat à l'évolution démographique : un chantier d'avenir*, Rapport remis au Secrétaire d'Etat au Logement et à l'Urbanisme le 9 octobre 2009, 82 pages.
- Marie-Françoise SEMENOU, document préparatoire du Forum national 2004 de la Fondation de France préparé, intitulé : *Vieillir dans son quartier, dans son village : des aménagements à inventer ensemble*, 77 pages.
- Anne-Carole BENSADON et le Collectif « Combattre la Solitude des personnes âgées », *Enquête Isolement et vie relationnelle*, Rapport général, septembre 2006, 81 pages.
- Jean MANTOVANI, Christine ROLLAND et Sandrine ANDRIEU, *Étude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile*, in DREES, Série Etudes et Recherche, n°83, novembre 2008, 113 pages.

REVUES - PARUTIONS DIVERSES

- Alain GRAND, Sandrine ANDRIEU, « Du rapport Laroque à l'allocation personnalisée d'autonomie : 40 ans de politique de soutien aux personnes âgées en France », in *Regards sur l'actualité*, n° 296, Editions La Documentation Française, décembre 2003, 104 pages.
- Patrick AUBERT, Nadine BARTHÉLÉMY, Virginie CHRISTEL, Bruno DUCOUDRÉ, Charline LABORDE, « Les retraités et les retraites en 2008 » in DREES, *Etudes et Résultats*, n°722, Avril 2010, 6 pages.
- Christelle MINODIER, Christelle RIEG, « Le patrimoine immobilier des retraités », in *INSEE Première*, n° 984, Septembre 2004, 4 pages.
- *INSEE Première*, n°742, Octobre 2000, 4 pages.
- « Transmissions intergénérationnelles dans l'enquête Patrimoine 2004 : donations, héritages et aides », in *INSEE Résultats*, n° 52 Société, Juillet 2006 : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=transm04
- INSEE, *Bilan démographique 2008*.
- INSEE, *Estimation de population par région, sexe et âge quinquennal – Années 1990 à 2008*.
- INSEE, « Situations démographiques et projection de population », 2005-2050, scénario central. *Enquête Nationale Logement (ENL) de l'INSEE 2002 et 2006*.

- *Suivi barométrique de l'opinion des Français à l'égard de la santé, de la protection sociale, de la précarité, de la famille et de la solidarité*, Synthèse des principaux enseignements de l'étude DRESS / BVA Opinion, Janvier 2010
- Virginie CHRISTEL, Trajectoires résidentielles des personnes âgées, in *Insee Références Données sociales* - La société française, Edition 2006, 5 pages.
- Nathalie DUTHEIL, « Les aides et les aidants des personnes âgées », in DREES, *Etudes et Résultats*, n°142, Novembre 2001, 12 pages.
- Ségolène PETITE et Amandine WEBER, « Les effets de l'allocation personnalisée d'autonomie sur l'aide dispensée aux personnes âgées », in DREES, *Etudes et résultats*, n° 459, janvier 2006, 11 pages.
- Christel COLIN, in *Gérontologie et société*, n° 98, 2001, Fondation Nationale de Gérontologie, 13 pages.
- *Guide Des services de qualité pour mieux vivre chez vous*, réalisé par l'Agence nationale des services à la personne, Editions Bayard, année inconnue, 83 pages.
- « Vieillir et bien vivre chez soi », Guide pour la réalisation de travaux d'amélioration et d'adaptation du logement, réalisé par l'ANAH (Agence Nationale de l'Habitat), année inconnue, 24 pages.
- Corinne METTE, « APA, une analyse des plans d'aide », in DREES, *Etudes et résultats*, n° 293, février 2004.
- Clotilde DEBOUT et Seak-Hy LO, « L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2009 », in DREES, *Etudes et Résultats*, n°710, novembre 2009, 6 pages.
- Sophie BRESSÉ, « L'enjeu de la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile en faveur des personnes âgées », in *Retraite et société*, n°39, La Documentation française 2003, 26 pages.
- Sophie BRESSÉ, « Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et l'offre de soins infirmiers aux personnes âgées en 2002 », in *Etudes et Résultats*, DREES, n°350, Novembre 2004, 8 pages.
- Sophie BRESSÉ, « Les bénéficiaires des services d'aide à domicile », in DREES, *Etudes et résultats* n° 296, mars 2004, 8 pages.
- Roselyne KERJOSSE et Amandine WEBER, « Aides techniques et aménagements du logement : usages et besoins des personnes âgées vivant à domicile », in DREES, *Etudes et résultats*, n° 262, Septembre 2003, 12 pages.
- Mylène CHALEIX, Hélène VALDELIÈVRE, Anissa AFRITE et Laure COM-RUELLE, « Les structures d'hospitalisation à domicile en 2006 », in DREES, *Etudes et Résultats*, n° 697, Juillet 2009, 6 pages.
- Béatrice GIUDICELLI, « La MARPA, pour une vie en quasi-autonomie », in *La Gazette Santé Social*, n°49, février 2009, 2 pages.

- « Atlas social du Poitou-Charentes, extrait sur l'Habitat indigne », in *Les Cahiers Décimal de l'Insee*, n°49, octobre, 2006, 3 pages, p.81.
- Dominique ARGOUD, « De nouvelles formes d'habitat pour personnes âgées : d'hier à aujourd'hui. Du point de vue de la Fondation de France », in *Gérontologie et société*, n°119, décembre 2006, 9 pages.
- Christel ALIAGA et Emmanuel WOITRAIN, « L'accueil familial de personnes âgées et d'adultes handicapés », in DREES, *Etudes et résultats*, n°31, septembre 1999, 8 pages.
- Michel DUEE, Cyril REBILLARD, « La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040 », in *Insee Références*, Santé et protection sociale, Données sociales - La société française, édition 2006, 7 pages.
- Amandine WEBER, « L'appréciation de l'Allocation personnalisée d'autonomie par ses bénéficiaires ou leurs proches », in DREES, *Etudes et Résultats*, n°371, janvier 2005, 8 pages.
- Document d'information : *Les aides de l'ANAH, Le Guide établi au 1^{er} juin 2010*, téléchargeable sur : <http://www.anah.fr/les-aides/>
- Document d'information : *Les travaux subventionnables par l'ANAH : La liste établie au 1^{er} janvier 2009*, téléchargeable sur : <http://www.anah.fr/les-aides/http://www.anah.fr/lanah/les-chiffres-cles/>
- *Plaquette de présentation des MARPA* : http://www.marpa.fr/fileadmin/user_upload/documents/Marpa_Plaquette.pdf
- *Dossier de presse des Assises nationales de la proximologie* qui se sont tenues à Paris le 7 avril 2010 (http://www.proximologie.com/downloads/Etudes/anp_dossier_presse_07_04_2010.pdf), 18 pages.
- *Charte des MARPA* : <http://www.marpa.fr/index.php?id=11>

SITES INTERNET

- Site internet de l'association France Alzheimer : www.francealzheimer.org/
- Site internet de la CNSA : http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/presentation_planbienvieillir2007-2009.pdf
- Site internet de la CNSA : http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=16
- Site internet de la CNSA : http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=71
- Site internet du Ministère de la Santé et des solidarités dédié aux CLIC : <http://clic-info.personnes-agees.gouv.fr/clic/donneesDpt/rechercher.do>
- Site internet Age Village Pro : <http://www.agevillagepro.com/article-4246-1-bien-vieillir.html>
- Site internet de la Fédération Nationales des MARPA : <http://www.marpa.fr/index.php?id=144>

- Site internet de Clair Séjour, établissement d'hébergement temporaire : <http://www.clair-sejour.com/index.php?id=5>
- Site internet de Famidac, une association d'accueillants familiaux : <http://www.famidac.fr/article2233.html>
- Site internet de l'ANAH, Agence nationale de l'habitat : <http://www.anah.fr/lanah/>
- Site internet de l'Administration fiscale : http://www.impots.gouv.fr/portal/dgi/public?paf_dm=popup&paf_gm=content&espId=1&typePage=cpr02&paf_gear_id=500018&docOid=documentstandard_2571
- Site internet de l'association CLEIRPPA : http://www.cleirppa.asso.fr/SPIP-v1-8/article.php3?id_article=137
- Site internet du Centre Scientifique et Technique du Bâtiment (CSTB) : <http://www.cstb.fr/le-cstb/missions-et-metiers.html>
- Site internet du PUCA Plan urbanisme, construction, architecture : <http://design-puca.fr/>
- Site internet du PUCA dédié au programme Logement Design pour tous : <http://design-puca.fr/Programme>
- Site internet de l'URSSAF dédié au CESU : <http://www.cesu.urssaf.fr/cesweb/ces1.jsp;jsessionid=dxpxg...kl6>
- Site internet de Tranquil'assistance, un service de téléassistance mixte : <http://www.tranquilassistance.fr/index.html>
- Site internet du programme SOPRANO : Service-oriented Programmable Smart Environments for Older Europeans : <http://www.soprano-ip.org/>
- Site internet du Pôle d'expertise du risque Calyxis : <http://www.calyxis.fr/index.php?/QUI-SOMMES-NOUS-/Rapport-d-activites/>
- Site internet de la mission IDA : Innovation, Domicile, Autonomie : <http://www.ida-autonomie.fr/a-propos-d--ida-.php>
- Site internet Age village Pro : <http://www.agevillagepro.com/article-2223-3-les-besoins-en-accueil-de-jour.html>
- Site internet Age Village Pro : <http://www.agevillage.com/article-3514-1-Visiter-et-choisir.html>
- Site internet Age Village Pro : <http://www.agevillage.com/index.php5?module=stock&action=article&p1=4169&p2=1>
- Site internet Age Village Pro : <http://www.agevillage.com/article-5824-1-10-000-etablisements.html>
- Site internet Age Village Pro : <http://www.agevillage.com/actualite-1091-1-la-msa-lance-des-maupa-en-ile-de-france.html>

- Site internet d'Yves Gineste et Rosette Marescotti : <http://cec-formation.net/pagesperso-orange.fr/charteupersonagees.html>

DOCUMENTS JURIDIQUES

- Code de l'action sociale et des familles, version consolidée au 28 juillet 2010 : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20100725>.
- Décret n°81-448 du 8 mai 1981, relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006063515&dateTexte=20100807>
- Circulaire DGS/SD5D/DHOS/02/DGAS/SD2C no 2005-172 du 30 mars 2005 relative à l'application du plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007, NOR : SANP0530122C, <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2005/05-04/a0040037.htm>
- Arrêté du 17 octobre 2008 portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux, NOR: SJSS0821851A : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019656301>
- Décret du 30 avril 2007 portant modification de certaines dispositions du code de l'action sociale et des familles relatives à l'accueil de jour, NOR: SANA0721464D
- Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/DGAS/SD2C/DSS/1A n° 2002-222 du 16 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, NOR : MESH0230206C

AUTRES SOURCES

- Document interne du Service Solidarités du Conseil général de la Charente-Maritime : « Caractéristiques des personnes bénéficiant de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie au 31 octobre 2009 ».
- Discussions issues des quatre groupes de travail réunis en mai et juin 2010 afin de bâtir le plan d'action du futur schéma départemental en faveur des personnes âgées 2011-2016 de la Charente-Maritime (co-animation du groupe de travail : Cekoïa Conseil).
- Enquêtes réalisées auprès des accueillants familiaux, des évaluateurs APA, des personnes âgées vivant à domicile, des personnes âgées vivant en établissement, des responsables de services pour personnes âgées et des responsables d'établissement pour personnes âgées de Charente-Maritime dans le cadre de l'élaboration du schéma départemental 2011-2016 en faveur des personnes âgées – Réalisation Cekoïa Conseil, mai-juin 2010.
- Entretien téléphonique avec un conseiller en ingénierie sociale de la MSA d'Ile-de-France, réalisé le 2 août 2010.

ANNEXES

Liste des annexes

- Annexe n°1 : « Vieillir et bien vivre chez soi », Guide pour la réalisation de travaux d'amélioration et d'adaptation du logement, réalisé par l'ANAH (Agence Nationale de l'Habitat), extrait. Année inconnue.
Page 125.

- Annexe n°2 : Questionnaire destiné aux accueillants familiaux, élaboré par Cekoïa Conseil en avril 2010, dans le cadre de l'élaboration du schéma départemental 2011-2016 de la Charente-Maritime en faveur des personnes âgées.
Page 131.

- Annexe n°3 : Les principales caractéristiques des petites unités de vie selon le rapport du groupe de travail « Pallach-Guisset » initié par le Gouvernement en novembre 2001.
Page 140.

- Annexe n°4 : La Charte des MARPA élaborée en 2006 par la MSA (Mutualité sociale agricole) en partenariat avec des élus locaux.
Page 142.

Annexe n°1

« Vieillir et bien vivre chez soi », Guide pour la réalisation de travaux d'amélioration et d'adaptation du logement, réalisé par l'ANAH (Agence Nationale de l'Habitat), extrait. Année inconnue

Vieillir et bien vivre chez soi



La plupart des personnes âgées souhaitent vivre chez elles de façon autonome le plus longtemps possible. Mais, l'âge venant, les difficultés sont de plus en plus grandes pour faire les gestes du quotidien et particulièrement pour se déplacer.

Allumer la lumière, prendre un bain, téléphoner, brancher l'aspirateur, prendre l'ascenseur finissent souvent par constituer des « exploits à répétition » pour les personnes vieillissantes.

Pourtant, en conjuguant l'adaptation de l'habitat, qui s'avère souvent nécessaire, et le recours à des aides extérieures, les personnes âgées peuvent demeurer chez elles et être autonomes.

Il n'est pas possible de présenter dans ce guide l'ensemble des travaux d'adaptation de son logement ou de sa maison, mais vous y trouverez des idées de travaux à faire réaliser et des conseils pratiques pour savoir où s'adresser.

Il est aujourd'hui possible de vieillir chez soi et de bien y vivre. La capacité à rester dans son cadre familial dépend, en partie, de la façon dont l'habitat est adapté aux besoins.

AMÉLIORER ET ADAPTER :

- l'accès de votre immeuble ou de votre maison,
- les principaux espaces de votre appartement ou de votre maison,
- votre chambre,
- votre cuisine,
- votre salle de bains et vos toilettes.

LES ADRESSES UTILES POUR :

- faire une évaluation de vos capacités physiques,
- faire réaliser un diagnostic d'adaptation et d'amélioration de votre appartement ou de votre maison,
- rechercher les financements nécessaires à vos travaux.

Si le logement n'est pas aménagé correctement, difficile d'en profiter sans risque !

Les mauvaises habitudes, les négligences favorisent les accidents domestiques.

Chaque année, de nombreuses personnes sont victimes d'un accident de la vie courante. La majorité de ceux-ci surviennent au domicile et concernent

principalement les chutes chez les personnes âgées. Les objets inutiles ou mal placés sont facteur de risque.

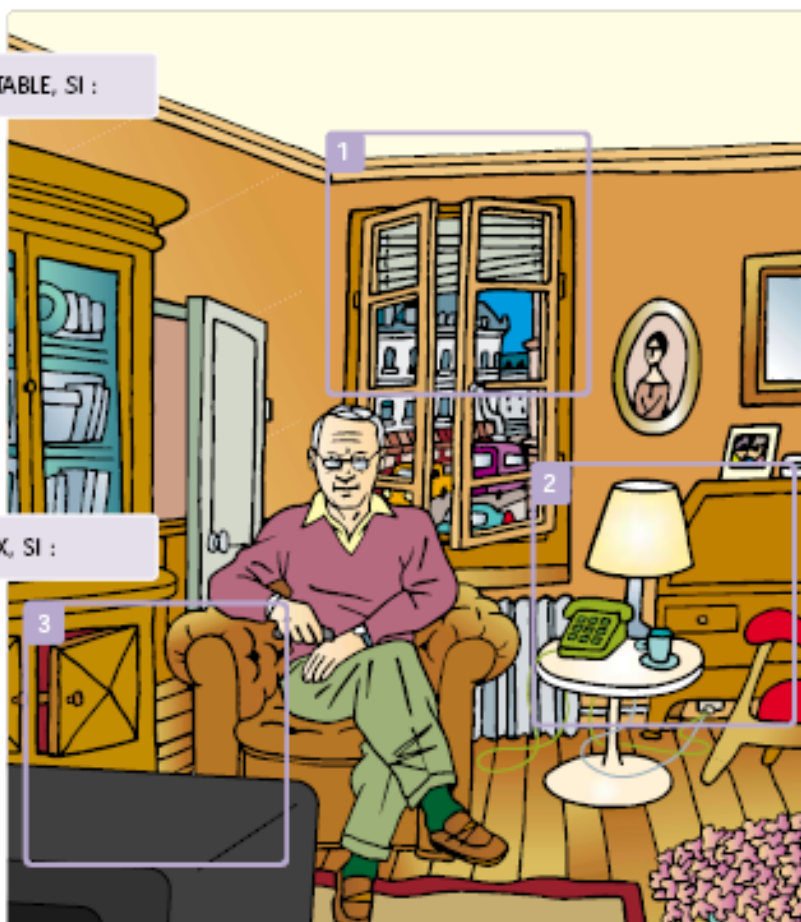
Des variations de température trop fortes peuvent également être préjudiciables pour la santé et le confort.

LE LOGEMENT EST INCONFORTABLE, SI :

- le chauffage est insuffisant,
- l'utilisation du chauffage est pénible (alimentation, allumage),
- les bruits de l'extérieur envahissent le logement ou la maison,
- on ne peut se protéger de la chaleur l'été.

LE LOGEMENT EST DANGEREUX, SI :

- l'installation de chauffage est défectueuse ou la ventilation insuffisante,
- la chaleur de la journée, en été, ne peut être éliminée la nuit,
- des fils électriques traînent au sol,
- le mobilier empêche de se déplacer aisément,
- l'éclairage est insuffisant et laisse des zones sombres.



Aménager son logement

Adaptations et aménagements

■ DES IDÉES SIMPLES...

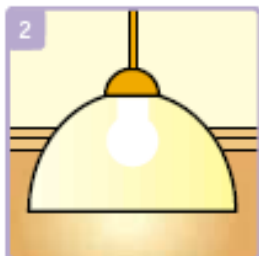
- INSTALLER DES PORTES ET DES FENÊTRES FACILES A UTILISER ET OFFRANT UNE BONNE ISOLATION,
- CONSERVER OU INSTALLER DES OCCULTATIONS PROTEGE VOTRE INTÉRIEUR DU SOLEIL,
- METTRE AUX NORMES L'INSTALLATION ÉLECTRIQUE,
- DÉGAGER LES LIEUX DE PASSAGE,
- INSTALLER UN CHAUFFAGE PRATIQUE ET SÛR,
- FAIRE INSTALLER UN SYSTÈME DE RAFFRAÎCHISSEMENT OU DE CLIMATISATION DANS UNE PIÈCE POUR L'ÉTÉ.

■ DES EXEMPLES



DISPOSER DE FENÊTRES ADAPTÉES :

- prévoir une isolation acoustique suffisante pour ne pas être gêné et fatigué par les bruits de la rue (double vitrage, ...),
- assurer une bonne isolation thermique, utile hiver comme été,
- préférer des fenêtres offrant un maximum de clarté (grands carreaux, baies vitrées, ...), et faciles à nettoyer,
- privilégier un type de fenêtre facile à ouvrir,
- opter pour des volets ou des stores électriques.



BIEN VOIR POUR SE DÉPLACER :

- augmenter le nombre de points de lumière et privilégier les plafonniers,
- supprimer les fils dangereux qui courent sur le sol,
- installer des prises électriques en nombre et éviter l'usage de rallonge,
- faire installer des interrupteurs facilement repérables,
- prévoir des va-et-vient électriques aux entrées des pièces et près du lit.



FACILITER LE RANGEMENT :

- remplacer les portes des placards trop lourdes ou encombrantes par des portes coulissantes, rideaux, ...
- prévoir de l'éclairage dans les rangements,
- prévoir des placards et des tiroirs dont on peut atteindre le fond.

pour qu'il reste confortable et sûr

Si l'entrée de l'immeuble ou de la maison n'est pas aménagée : difficile de sortir !

Aller et venir aisément, c'est d'abord ne pas rencontrer d'obstacles pour entrer et sortir de chez soi. C'est pourquoi, il est essentiel de veiller à ce que l'entrée de l'immeuble ou de la maison dispose bien des aménagements qui favorisent l'envie de sortir

de chez soi, sans craindre de trop grandes difficultés.

Aller et venir en sécurité, c'est une entrée bien éclairée, une signalétique pertinente et des équipements faciles à utiliser.

LES AMÉNAGEMENTS ET LES ÉQUIPEMENTS SONT DIFFICILES À UTILISER, SI :

- la boîte aux lettres est trop haute ou trop basse,
- une serrure est difficile à utiliser,
- l'interphone est difficile à atteindre et peu éclairé,
- la porte d'entrée est trop lourde et la poignée est difficile à saisir...

LES AMÉNAGEMENTS ET LES ÉQUIPEMENTS SONT DANGEREUX, SI :

- les marches sont mal éclairées,
- l'escalier n'a pas de main courante,
- l'éclairage de l'entrée est insuffisant et mal disposé,
- le sol est glissant...



Aménager les abords et les parties

Adaptations et aménagements

■ DES IDÉES SIMPLES...

- DÉGAGER L'ENTRÉE DE TOUT OBSTACLE QUE CE SOIT POUR UN IMMEUBLE OU UNE MAISON,
- BIEN ÉCLAIRER LES ESPACES UTILISÉS,
- FACILITER L'ACCES AUX BOÎTES AUX LETTRES, PORTES,
- CHOISIR LE MATÉRIEL ADAPTÉ,
- ASSURER LA SÉCURITÉ DES ESCALIERS.

■ DES EXEMPLES



DISPOSER D'UN ACCÈS BIEN CONÇU :

- un plan incliné est très utile pour un fauteuil roulant ou une poussette,
- la pente ne doit pas être trop raide ni glissante,
- la porte d'entrée ne doit pas être lourde à pousser,
- les poignées de portes doivent être faciles à saisir et à manipuler.



POUVOIR CIRCULER AISEMENT :

- éliminer les dénivellations qu'on ne voit pas, risquant d'entraîner des chutes,
- créer un seuil à pente douce plutôt qu'une petite marche qui ne se voit pas et, si ce n'est pas possible, la rendre visible (couleur, éclairage, ...),
- faire installer un éclairage suffisant et bien dirigé,
- équiper les couloirs et les escaliers de mains courantes.



DISPOSER D'ÉQUIPEMENTS FACILES À UTILISER :

- installer des boîtes aux lettres accessibles,
- choisir un interphone ou un digicode équipé de touches lisibles ou en relief, et de grande taille,
- préférer un vidéophone à un interphone (sécurité, visualisation),...

communes pour continuer à circuler sans risque

Annexe n°2

**Questionnaire destiné aux accueillants familiaux, élaboré par Cekoïa
Conseil en avril 2010, dans le cadre de l'élaboration du schéma
départemental 2011-2016 de la Charente-Maritime en faveur des personnes
âgée**



Questions destinées à l'accueillant familial

Introduction

Le Conseil général est engagé avec ses partenaires dans l'élaboration de son schéma en faveur des personnes âgées. Ce schéma définira les grandes orientations de la politique en direction des personnes âgées pour les 5 prochaines années dans le Département.

En tant qu'accueillant familial, votre opinion est importante pour la réflexion menée actuellement.

C'est pourquoi le Conseil général souhaite recueillir votre avis sur la qualité des services rendus aux personnes âgées.

Nous vous demandons également de bien vouloir nous faire connaître les pistes d'amélioration auxquelles vous pensez.

Nous estimons le temps de réponse à ce questionnaire à 30 minutes.

Il est totalement anonyme et les réponses seront traitées par le cabinet Cekoïa Conseil, indépendant du Conseil général et des structures d'hébergement ou de service.

Si vous en avez la possibilité, vous pouvez le remplir sur Internet en ligne à l'adresse suivante (ce qui faciliterait l'exploitation des résultats) : <http://eq4.fr/?a=gJVPuMkvbj>

Si vous remplissez la version papier, merci de bien vouloir la retourner à l'adresse postale suivante :

*Cekoïa Conseil
38 rue des Mathurins
75008 Paris*

La date limite de réponse est fixée au vendredi 28 mai 2010

Nous vous remercions par avance pour vos réponses qui éclaireront utilement les travaux sur le schéma.

I. Pour mieux vous connaître (présentation de l'accueillant familial):

1) Votre Sexe :

- Homme
- Femme

2) Votre Age :

- Moins de 30 ans
- De 31 à 35 ans
- De 36 à 40 ans
- De 41 à 45 ans
- De 46 à 50 ans
- De 51 à 55 ans
- De 56 à 60 ans
- De 61 à 65 ans
- De 66 à 70 ans
- Plus de 71 ans

3) Situation familiale :

- Vivant seul(e)
- En couple

4) Nombre de personnes vivant dans votre foyer (hors personnes accueillies) :

- Nombre d'enfants :
- Nombre d'adultes :

5) Le territoire (Pays) sur lequel se situe votre logement:

- Haute Saintonge
- La Rochelle Ré
- Aunis
- Rochefortais
- Royan Marennes Oléron
- Saintonge Romane
- Vals de Saintonge

6) Votre logement se situe-t-il

- Dans un village / bourg
- A la campagne
- En ville

II. Votre situation d'accueillant familial

7) Nombre de places d'accueil pour personnes âgées agréées dans votre foyer:

8) Nombre de personnes actuellement accueillies:

9) S'il vous reste des places libres, seriez-vous à même d'accueillir une personne âgée supplémentaire (en fonction du niveau de dépendance des personnes déjà accueillies) :

- Oui
- Non

Merci d'expliquer pourquoi :

.....
.....
.....

10) Depuis quand êtes-vous agréé(e) par le Conseil général ?

- 0 à 5 ans
- 6 à 10 ans
- 11 à 15 ans
- 16 à 20 ans
- 21 à 25 ans
- 26 à 30 ans
- Plus de 30 ans

11) Avez-vous un diplôme de fin de scolarité ?

- Oui
- Non

12) Si oui lequel ?

- Certificat d'études
- Brevet des collèges ou BEPC
- Baccalauréat
- Diplôme professionnel, merci de préciser :
- Autre, merci de préciser :

13) Avez-vous le permis de conduire ?

- Oui
- Non

14) Avez-vous une voiture ?

- Oui
- Non

15) Quelle était votre situation professionnelle avant de devenir accueillant familial ?

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants, chefs d'entreprise
- Cadres, professions intellectuelles supérieures (médecin, professeur...)
- Professions intermédiaires (instituteur, infirmier, assistant(e) social(e)...)
- Employés
- Ouvriers
- Sans activité professionnelle (femme au foyer, chômeur...)

16) Si vous avez un conjoint, merci de nous préciser sa situation professionnelle :

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants, chefs d'entreprise
- Cadres, professions intellectuelles supérieures (médecin, professeur...)
- Professions intermédiaires (instituteur, infirmier, assistant(e) social(e)...)
- Employés
- Ouvriers
- Sans activité professionnelle (femme au foyer, chômeur...)

17) Etes-vous :

- Locataire
- Propriétaire

18) Vivez-vous dans :

- Une maison
- Un appartement

19) Merci de sélectionner la liste des pièces de votre logement qui sont accessibles aux personnes âgées et handicapées (c'est-à-dire avec un espace de circulation suffisamment large et sans marches pour leur permettre de circuler):

- Couloir
- Salon
- Salle à manger
- Cuisine
- Chambre
- Salle de bains
- WC
- Jardin, cour ou espace vert extérieur accessible depuis votre logement

20) Chaque personne âgée a-t-elle une chambre personnelle ?

- Oui
- Non

21) La (les) personne(s) âgée(s) dispose(nt)-t-elle(s) de sa (leur) propre salle de bain ?

- Oui
- Non

22) La (les) personne(s) âgée(s) dispose(nt)-t-elle(s) de ses (leurs) propres WC ?

- Oui
- Non

23) Quels sont les aménagements spécifiques de votre logement ?

- Baignoire à porte
- Douche accessible aux personnes handicapées (ex. "douche à l'italienne")
- Lit médicalisé à hauteur variable
- Barres d'appui dans les couloirs et les escaliers
- WC aménagé
- Autre, merci de préciser.....

24) Comment avez-vous été informé(e) de la possibilité de devenir accueillant familial :

- Les services du Conseil général
- Le centre local d'information et de coordination (CLIC)
- La mairie, le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS)
- Un proche (membre de votre famille, ami, voisin)
- Une association (si oui, merci de préciser laquelle :))
- Votre médecin
- Les médias
- Autre, merci de préciser.....

25) Classez par ordre de priorité vos principales motivations pour exercer la fonction d'accueillant familial (merci de les classer de 1 à 4, 1 étant la motivation la plus forte et 4 la motivation la plus faible) :

- Le besoin d'avoir une rémunération
- Le souhait de poursuivre une tradition familiale
- L'envie de s'occuper des autres
- Le souhait d'avoir de la compagnie
- Le souhait de travailler à domicile
- Le souhait d'éviter à une personne âgée d'entrer en établissement
- Le souhait de jouer un rôle social

26) Comment qualifieriez-vous vos relations avec les professionnels de santé et les établissements ?

Etes-vous satisfait(e) de vos relations avec :	Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Insatisfait(e)	Très insatisfait(e)	Je n'ai pas de relations
Les établissements pour personnes âgées					
Les hôpitaux					
Les médecins libéraux					
Les services de soins infirmiers à domicile					
Les infirmières libérales					
Les autres professions paramédicales (kiné, pédicures...)					

27) Comment qualifieriez-vous vos relations avec le Conseil général ?

Etes-vous satisfait(e) de vos relations avec le Conseil général ?	Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Insatisfait(e)	Très insatisfait(e)	Ne se prononce pas
Au cours de la procédure d'agrément					
Pour la mise en place de l'accueil d'une personne chez vous					
Pour l'aide fournie dans vos relations avec les services et les établissements pendant la période d'accueil					
Pour le suivi médico-social de votre accueil					
Pour vos formations					
Pour la fixation du niveau des sujétions					
Appréciation générale					

28) Quelle appréciation portez-vous sur votre métier d'accueillant familial ?

- Très satisfait(e)
- Satisfait(e)
- Insatisfait(e)
- Très insatisfait(e)

29) A votre avis quelles seraient les principales actions à proposer dans le cadre du prochain schéma départemental ?

.....

.....

.....

III. Profil de la personne accueillie (un exemplaire à remplir pour chaque personne accueillie)

1) Sexe :

- Féminin Masculin

2) Age :

- Moins de 60 ans 71- 75 ans 86 - 90 ans
 61-65 ans 76- 80 ans 91 – 95 ans
 66-70 ans 81 – 85 ans Plus de 95 ans

3) Quelle était la catégorie professionnelle de cette personne avant la retraite :

- Agriculteurs exploitants
 Artisans, commerçants, chefs d'entreprise
 Cadres, professions intellectuelles supérieures (médecin, professeur...)
 Professions intermédiaires (instituteur, infirmier, assistant(e) social(e)...)
 Employés
 Ouvriers
 Sans activité professionnelle (femme au foyer, chômeur...)

4) Quel est le niveau de dépendance de la personne âgée accueillie tel qu'il a été déterminé par le Conseil général ?

- GIR 1 GIR 3 GIR 5
 GIR 2 GIR 4 GIR 6

5) Quel était le territoire (pays) d'habitation de la personne âgée avant d'être accueillie chez vous ?

- Haute Saintonge
 La Rochelle Ré
 Aunis
 Rochefortais
 Royan Marennes Oléron
 Saintonge Romane
 Vals de Saintonge

6) Où vivait la personne âgée avant d'être accueillie chez vous ?

- A son domicile
 Chez ses enfants ou dans sa famille
 En établissement pour personnes âgées
 A l'hôpital
 Autre, merci de préciser :

Ce questionnaire est maintenant terminé.
Nous vous remercions pour le temps que vous y avez consacré.

Annexe n°3 :

Les principales caractéristiques des petites unités de vie selon le rapport du groupe de travail « Pallach-Guisset » initié par le Gouvernement en novembre 2001

Les principales caractéristiques des petites unités de vie selon le rapport du groupe de travail « Pallach-Guisset » initié par le Gouvernement en novembre 2001

1. Un petit nombre de personnes accueillies mais la capacité, seule, ne peut suffire à qualifier le type de structure évoquée dans le groupe de travail.
2. Un mode de vie "comme chez soi" dont l'essentiel est de favoriser l'autonomie des personnes dépendantes. Il en résulte une gestion du quotidien basée sur la logique domicile. La conséquence de ce postulat est la libre consommation des services proposés et une organisation individualisée avec le recours à des services extérieurs pour la réponse aux besoins d'aide et de soins de chaque résident.
3. Une articulation (coopération) délibérée avec les services et partenaires extérieurs appuyée sur un travail en réseau. Cette externalisation doit permettre d'assurer la fonction soins/surveillance médicale et la continuité.
4. La préservation de l'autonomie par la promotion de la participation des personnes dans la mesure de leurs possibilités aux activités quotidiennes, en rupture avec la passivité trop souvent générée par le modèle d'hébergement traditionnel.
5. Un habitat adapté et une sécurisation 24 h/24 par la présence de personnel en permanence.
6. Un ancrage de la structure dans son environnement social, économique et culturel. Le recrutement de proximité est garant du maintien des repères pour les personnes accueillies.
7. La volonté de préserver les liens de chaque résident avec sa famille et ses proches en leur réservant une place dans la vie de la maison sans omettre cependant de respecter le droit au choix de la personne concernant ses relations personnelles.

C'est l'ensemble de ces indicateurs et pas seulement l'un d'entre eux - par exemple la petite capacité - qui permet de classer ou non une structure dans la catégorie des petites unités de vie.

Annexe n°4 :

La Charte des MARPA

ARTICLE 7

Chaque signataire est co-responsable et garant du concept Marpa.
Il s'engage à participer à la vie du réseau et à en promouvoir le développement.

Le label Marpa est attribué par la MSA à la structure qui respecte les préconisations du concept social et architectural. Chaque signataire est co-responsable de son application au fil du temps dans la maison.

Les travaux du réseau sont guidés par le principe d'amélioration continue de la qualité d'accueil des résidents dans les Marpa. Dans ce sens, la formation des responsables, des élus, des équipes et la démarche qualité engagée par chaque Marpa constituent des leviers importants. Le réseau existe par la participation active de ses membres, par les échanges, témoignages et ouverture de chaque Marpa et par le souci partagé de mettre en oeuvre au mieux le concept.

ARTICLE 8

La présente charte est affichée dans la Marpa. Les signataires, les résidents et leurs familles, les personnels et intervenants extérieurs, s'engagent à en appliquer les principes, dans le temps, au service des personnes accueillies.

La charte des Marpa est intégrée au livret d'accueil de la Marpa. Elle doit être affichée dans la Maison à un endroit visible par tous. Elle doit être présentée à tous les personnels intervenants régulièrement ou non dans la Marpa ainsi qu'aux familles et bénévoles participant à la vie de la maison.

La Mutualité Sociale Agricole, les structures gestionnaires, le personnel et les différents partenaires associés sont conjointement garants de la qualité de la vie dans les Marpa. Ils partagent les valeurs fondatrices du concept Marpa. En signant cette charte, ils s'engagent ensemble à servir l'intérêt de chaque résident, à participer à la vie du réseau et à promouvoir les Marpa.



Pour la Fédération Nationale des Marpa,
Madame Marie-France Marchal

Pour la structure gestionnaire
de la Marpa



Pour la Caisse Centrale
de la Mutualité Sociale Agricole,
Monsieur Gérard Pelhate

Pour la caisse
de Mutualité Sociale Agricole de

A

le

200

La charte des Marpa

La présente charte complète le concept social et architectural Marpa dont la finalité est avant tout le bien-être des personnes accueillies.

Élaborée avec la Mutualité Sociale Agricole, les élus locaux, les personnels des Marpa et les partenaires associés à leur fonctionnement, la charte des Marpa regroupe les principes fondateurs d'un accompagnement raisonné des résidents dans une démarche ambitieuse de développement social local.

La Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Âgées est un lieu de vie chaleureux guidé par un projet vivant. Il puise ses racines aux fondements même de la solidarité pour permettre aux Aînés de « continuer à habiter au pays, comme chez eux, en toute sécurité ». Tous les partenaires associés à son fonctionnement partagent, au sein du réseau national, un socle de valeurs communes.

« Ensemble,
pour que nos aînés
continuent à **habiter
au pays**,
comme chez eux,
en toute sécurité »



ARTICLE 1

Inscrite dans une démarche de développement local, la Marpa est un établissement à but non lucratif. Les personnes âgées du pays y vivent «comme chez elles» avec la garantie et dans le respect du concept Marpa.

Grâce à l'engagement des signataires et des partenaires associés, la Marpa fait partie de la vie sociale, culturelle et économique locale. Elle est ouverte sur son territoire et participe, selon ses moyens, à la vie qui s'y déroule.

La Marpa est un lieu d'intégration et de mixité qui accueille en priorité des habitants de son territoire sans distinction d'origine, de religion ou de niveau de ressources.

Un logement privatif offre à chaque résident la liberté de vivre «comme chez lui», avec ses repères familiaux (décoration, mobilier) et ses habitudes de vie (recevoir des amis). La liberté d'entrée et de sortie selon son rythme et ses activités personnelles sont garanties à chaque résident. Le concept Marpa, validé et appliqué par l'ensemble du réseau national, constitue la référence sociale et architecturale pour le montage et le fonctionnement de cette structure d'accueil originale.

ARTICLE 2

Chaque résident accueilli à la Marpa est avant tout un citoyen dont l'identité, la dignité et le droit à la vie privée doivent être respectés.

Les résidents exercent leurs droits, leurs devoirs et leurs libertés de citoyens. Les résidents sont connus et acceptés sans jugement par l'ensemble des intervenants professionnels et bénévoles.

Le fonctionnement de la Marpa garantit à chaque personne accueillie la confidentialité des informations la concernant. L'intimité de chacun est respectée et les relations sont fondées sur un échange entre adultes responsables (pas de familiarité ou d'infantilisation).

ARTICLE 3

La Marpa est une petite unité de vie qui permet à toutes les personnes accueillies de choisir leur mode de vie, d'entretenir et de développer leur autonomie.

Les gestionnaires et acteurs locaux s'engagent à ce que des services internes ou externes soient proposés à chaque résident. Ces services permettent d'adapter l'accompagnement selon les besoins, les souhaits et les ressources de chacun. Les repas, services ménagers, ingénierie, etc, sont facultatifs.

Le livret d'accueil présente les prestations offertes aux résidents en insistant sur l'objectif général d'autonomie poursuivi par la petite unité de vie.

La Marpa s'engage à rechercher auprès des familles et des institutions les ressources nécessaires pour permettre l'accès aux résidents disposant de revenus modestes.

Des activités collectives fondées sur les désirs des résidents, sur leurs savoirs et sur la vie quotidienne à la Marpa sont proposées régulièrement à chacun, celui-ci gardant la liberté de participer ou non à cette animation.

ARTICLE 4

Chaque résident, par son engagement personnel, contribue à la qualité et à l'ambiance générale de la vie à la Marpa.

Comme dans son ancien logement, la personne accueillie à la Marpa prend part en toute liberté à la vie du pays, de la maison. L'équipe professionnelle et bénévole s'engage à stimuler chacun dans ce sens, à solliciter sa participation aux activités de la vie quotidienne et au sein du conseil de la vie sociale.

L'ouverture aux autres, la tolérance et la discrétion favorisent les relations conviviales et l'entraide entre résidents.

ARTICLE 5

Les familles, les proches et les acteurs du «pays» participent à la vie de la maison. Les liens sociaux des résidents sont encouragés à la Marpa.

Le résident doit pouvoir garder ses relations et activités sociales antérieures.

La Marpa encourage le maintien des liens entre chaque résident et ses proches. Les visites et sorties en familles sont facilitées ainsi que la participation des parents et amis à l'animation collective de la maison.

La famille est associée pour toute décision concernant son parent accueilli. La Marpa veille toutefois à garantir le respect des désirs exprimés par chaque résident.

La famille et les proches sont invités à signer l'engagement des familles et des amis des résidents.

ARTICLE 6

La Marpa accompagne chaque résident en fonction de ses besoins et attentes. Elle adapte ses services, veille à la bonne organisation des soins et des autres aides nécessaires.

Les signataires garantissent que soient précisés dans le contrat de séjour les modalités de l'accueil, ses limites et les engagements réciproques entre le résident, éventuellement sa famille, et la Marpa. La Marpa n'est pas une structure médicalisée en interne (pas de personnel soignant salarié de la Marpa). Chaque résident fait appel aux praticiens et intervenants paramédicaux du réseau gérontologique local. Une convention cadre de partenariat organise les relations de la Marpa avec ces intervenants externes. Le personnel de la Marpa assure une sécurité permanente (de jour comme de nuit) à chaque résident et organise si nécessaire pour chacun la coordination des interventions d'accompagnement et de soins externes.

Si, pour des raisons ou dans des circonstances exceptionnelles, la Marpa n'est plus en mesure d'assurer un accompagnement ajusté aux besoins d'un résident, une proposition d'orientation vers une structure d'accueil spécialisée est formulée après recueil de l'avis du résident ou de son représentant légal, dans l'objectif de rendre à la personne accueillie le service le mieux adapté à sa situation.

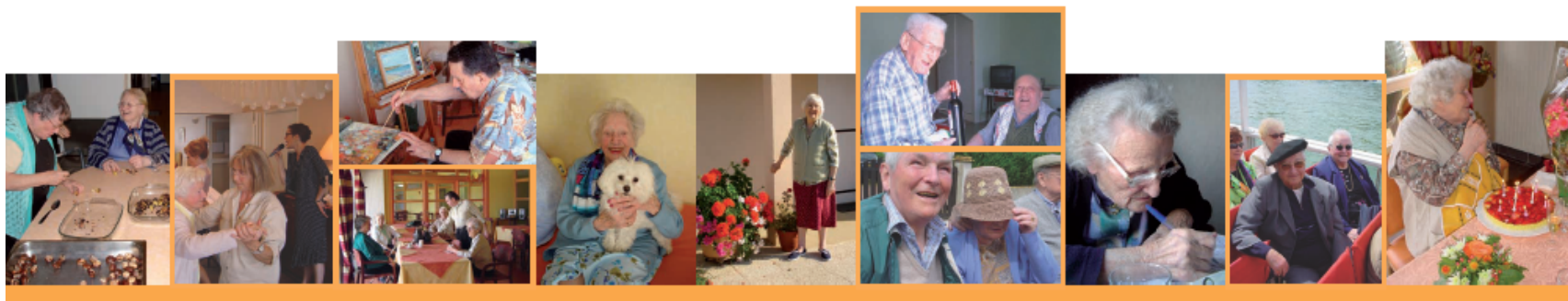


TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	3
SOMMAIRE	5
INTRODUCTION.....	7
➤ L'allongement de la durée de vie des Français	7
➤ La population française vieillit	8
➤ La France face à la gérontocroissance	13
➤ Les personnes âgées et la dépendance	14
➤ Finalement, qu'est-ce qu'une personne âgée ?	20

PREMIERE PARTIE

Rester vivre dans son logement : une volonté massive des personnes âgées, de plus en plus entendue par les pouvoirs publics et facilitée par divers dispositifs qu'il convient de développer et de faire connaître..... 26

I. Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, conditionné par des interventions et des aides humaines qu'il convient de coordonner 30

A. Les aides à la vie quotidienne réalisées par les aidants naturels : souvent indispensables pour permettre le maintien à domicile	30
1. Le profil des aidants naturels.....	31
2. Le rôle des aidants naturels... ..	31
3. ... qu'il convient de reconnaître et de faciliter	32
B. Les aides à la vie quotidienne réalisées par des professionnels de l'aide à domicile deviennent nécessaires lorsque le niveau d'autonomie décroît	34
1. Les différentes aides procurées par les aidants professionnels.....	35
2. Les différents modes d'intervention des aidants professionnels	36
a) Le mode gré à gré : le mode le moins onéreux.....	36
b) Le mode mandataire : un mode intermédiaire	37
c) Le mode prestataire : le mode le plus utilisés par les bénéficiaires de l'APA à domicile.....	38
3. Les procédures d'autorisation, d'agrément et de contrôle des interventions des aidants professionnels sont différentes selon le mode retenu	39
a) Autorisation, agrément qualité et habilitation	39
b) Modalités de contrôle des services mandataires et prestataires.....	40
4. Les dispositifs mobilisables pour financer les aides professionnelles.....	41
a) L'Allocation Personnalisée d'Autonomie	41

b)	Les aides financières des caisses de retraite pour les personnes âgées les plus autonomes	43
c)	Des avantages fiscaux peuvent être mobilisables.....	43
5.	Un enjeu majeur pour le maintien à domicile dans de bonnes conditions : la professionnalisation des intervenants et le renforcement de la qualité des interventions	44
C.	Les soins à domicile.....	47
1.	Les soins dispensés à domicile par des infirmiers libéraux.....	47
2.	Les soins dispensés dans le cadre des SSIAD	48
3.	Le dispositif d'hospitalisation à domicile.....	49
D.	La coordination des interventions humaines, indispensable pour améliorer la qualité de prise en charge des personnes âgées à domicile	50
1.	Renforcer le rôle d'information et de coordination des CLIC.....	52
2.	Inciter les services d'aide à domicile et les SSIAD et infirmiers libéraux à se rapprocher et à mieux travailler ensemble.....	54
 II. Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, conditionné par des adaptations techniques nécessaires.....		56
A.	Un logement sécurisé et adapté.....	56
1.	Les aides techniques classiques et les adaptations du logement.....	57
2.	Les nouvelles technologies au service du maintien à domicile	64
B.	Un environnement adapté et sécurisé.....	68
1.	L'accessibilité de l'immeuble, indispensable pour ne pas être « prisonnier » de son domicile.....	69
2.	L'accessibilité des services, des commerces	70
3.	L'accessibilité des transports.....	71

SECONDE PARTIE

Un maintien à domicile qui présente cependant des limites plurielles qu'il convient de reconnaître et de prendre en compte.....

I. Des limites plurielles au maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie

A.	Les limites des dispositifs techniques permettant le maintien à domicile.....	76
1.	Les logements des personnes âgées ne sont pas toujours adaptables techniquement et financièrement.....	77
2.	Un environnement encore trop hostile accentue l'isolement de beaucoup de personnes âgées multipliant ainsi les risques du maintien à domicile.....	79

B.	Des limites physiques : l'augmentation des niveaux de dépendances due au vieillissement de la population et les limites de l'aide informelle	81
C.	Des limites financières et éthiques : un recours massif à l'aide à domicile professionnelle, lorsqu'il est possible, coûte cher et peut être sources de dérives.....	82
1.	L'accès aux aidants et soignants professionnels n'est pas toujours possible	83
2.	Un recours massif aux aidants professionnels à domicile n'est pas souhaitable	85
II.	Des réponses complémentaires ou alternatives au maintien à domicile à développer	91
A.	Les solutions complémentaires du maintien à domicile classique.....	91
1.	L'accueil de jour : une solution encore trop rare, à développer	92
2.	L'hébergement temporaire : une solution différente de l'hébergement permanent, à reconnaître et à favoriser	95
B.	Les solutions alternatives à l'entrée en établissement classique médicalisé.....	98
1.	L'accueil familial	98
a)	L'accueil familial permet d'offrir à des personnes âgées qui ne peuvent plus rester vivre dans leur logement une réponse adaptée, conviviale, sécurisée et de proximité	99
b)	Les obstacles au développement de l'accueil familial doivent être levés.....	102
2.	Les petites unités de vie et les MARPA en milieu rural.....	105
	CONCLUSION.....	113
	BIBLIOGRAPHIE – SOURCES	117
	ANNEXES.....	123
	Liste des annexes	124
	QUATRIEME DE COUVERTURE.....	148

QUATRIEME DE COUVERTURE

La population française vieillit et le nombre de personnes âgées dépendantes va augmenter significativement dans les années à venir. Ce constat implique notamment de repenser les conditions du maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie qui veulent, en grande majorité, rester vivre dans leur logement, quel que soit leur degré de dépendance. Les décideurs politiques se doivent d'intégrer ces préoccupations dans l'ensemble des politiques publiques mises en œuvre, tant au niveau national que local. Ainsi, ce mémoire décrit les conditions indispensables pour que ce maintien à domicile soit souhaitable. Les dispositifs existants, qu'il importe d'améliorer et de développer, sont mis en lumière. Or, ce mémoire démontre également que le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie n'est pas toujours souhaitable. Il en souligne les limites, plurielles, et propose des solutions complémentaires et alternatives à l'entrée en maison de retraite classique médicalisée.

Mots clés : personnes âgées, dépendance, perte d'autonomie, vieillissement, maintien à domicile, politiques publiques, schéma gérontologique, APA, aides humaines, CESU, SSIAD, aides techniques, aménagement du logement, accessibilité, CLIC, accueil de jour, hébergement temporaire, accueil familial, petite unité de vie, MARPA, MAUPA, EHPAD.

