Bourgogne
Conseil économique et social

SAISINE

« Vieillissement de la population bourguignonne et prise en charge de la dépendance : évolution des besoins de santé et de formation »

AVIS

présenté par

Charles BARRIERE

Membre de la Commission n° 4

« *Relations européennes et internationales, habitat, culture, sports et loisirs, santé et politiques sociales* »

SEANCE PLENIERE DU 26 SEPTEMBRE 2002

« *Vieillir, hélas ! disait mon père, mais c'est le seul moyen que j'aie trouvé de ne pas mourir jeune.* »

Daniel PENNAC
La fée carabine

SOMMAIRE

Personnes auditionnées p. 6
Membres du CESR p. 9
Glossaire p. 10

INTRODUCTION p. 14

I - UNE POPULATION VIEILLISSANTE p. 16

A) DEFINITIONS p. 16

1. Le vieillissement n'est pas une maladie p. 16
1.1. Le vieillissement, partie intégrante de la condition humaine p. 16
1.2. Les inégalités face au vieillissement p. 17
1.3. Les pathologies du vieillissement p. 17
1.4. Le vieillissement comme problème social p. 20

2. La dépendance p. 21
2.1. Des origines médicales et sociales p. 21
2.2. Une notion à géométrie variable difficile à mesurer p. 21

B) PRINCIPALES DONNEES DEMOGRAPHIQUES ET SOCIALES EN BOURGOGNE p. 23

1. Etat des lieux de la population bourguignonne en 1999 p. 23
1.1. Une des régions où la population est la plus âgée p. 23
1.2. Des personnes âgées proportionnellement plus nombreuses en milieu rural p. 23
1.3. L'accroissement de l'espérance de vie p. 24
1.4. Les principales causes de décès p. 25
1.5. Approche régionale de la dépendance p. 26

2. Analyse des projections tendancielles p. 26
2.1. Les projections réalisées par l'INSEE p. 26
2.2. Les projections réalisées par la DRASS p. 33

II - LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE p. 36

A) LA CREATION DE L'APA p. 36

1. La loi du 20 juillet 2001 p. 37

2. La mise en place de l'APA en Bourgogne p. 42
2.1. Conseil général de Côte-d'Or, l'APA : une gestion partenariale et novatrice p. 43
2.2. Conseil général de la Nièvre, l'APA : outil d'aménagement du territoire p. 45
2.3. Conseil général de l'Yonne : des réticences p. 47
2.4. Conseil général de Saône-et-Loire : le choix d'une gestion de proximité p. 48

B) LE SOUTIEN A DOMICILE p. 50

1. Compenser les incapacités : l'intervention des services d'aide à domicile p. 50
1.1. L'aide à domicile de 1950 à nos jours p. 50
1.2. Les systèmes d'aides proposés prestataires/mandataires p. 53
1.3. Le financement des services d'aide à domicile p. 54
1.4. La situation en Bourgogne p. 55

2. Soigner : le rôle des SSIAD et des activités libérales de proximité p. 55
2.1. Les services de soins infirmiers à domicile p. 55
2.2. Les activités libérales de proximité p. 58

3. Adapter le lieu de vie p. 62

4. Aimer et prendre soin des personnes : le rôle de la famille et des proches p. 66
4.1. « Famille, je vous aide » p. 66
4.2. Une affaire de « femmes » p. 67
4.3. Le « fardeau » des aidants p. 67
4.4. Des aidants vieillissants et moins nombreux p. 68
4.5. Les politiques d'aide aux aidants p. 69

C) L'HEBERGEMENT EN ETABLISSEMENT p. 70

1. Un secteur confronté à d'importants bouleversements p. 70

1.1. Les origines de la réforme de la tarification p. 70
1.2. Les principales dispositions p. 71
1.3. Les difficultés de mise en place p. 72

2. L'hébergement des personnes âgées en Bourgogne p. 74

3. Le bien-être des résidents p. 77

4. L'accueil temporaire p. 79

D) L'HOSPITALISATION p. 79

1. Les caractéristiques de l'hospitalisation des personnes âgées p. 79

2. La couverture régionale des établissements hospitaliers p. 81

3. Les défaillances du système p. 81

E) La coordination p. 82

III - LES PROFESSIONNELS AU CŒUR DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE p. 85

A) Le defi de professionnalisation : de l'aide a domicile a l'auxiliaire de vie sociale p. 86

1. Les caractéristiques du métier d'aide à domicile p. 86
1.1. Une dilution de la notion de métier p. 86
1.2. Une multitude de métiers p. 87
1.3. Une insuffisante reconnaissance professionnelle p. 88

2. La formation des aides à domicile p. 89
2.1. La formation continue p. 89
2.2. La création d'un diplôme DEAVS (ancien CAFAD) p. 90

3. Le devenir des autres formations p. 97

4. La « crise » des vocations p. 99

B) La formation de l'encadrement des services d'aide a domicile et/ou de soins p. 99

1. Les responsables de secteur p. 99

2. Les directeurs des services d'aide et de soins à domicile p. 100

3. Le Diplôme interdisciplinaire de gérontologie de l'Université de Bourgogne p. 101

C) Les aides-soignants et infirmiers p. 103

1. Les aides-soignants p. 103

2. Les infirmiers p. 104

D) Les aides medico-psychologiques p. 106

CONCLUSIONS p. 109

PROPOSITIONS p. 110

Bibliographie p. 125

Personnes auditionnées

Annick BARIOU, responsable de la filière aide à domicile, Arcades formation à Lorient

Catherine BESSEMOULIN, chef du service équipement social au Conseil général de la Nièvre

Frédérique BEUCHOT, infirmière à la maison de retraite de la Douix à Chatillon sur Seine

Frédérique BOIVIN, directrice des jardins d'Arcadie (résidence avec services pour les personnes âgées) à Dijon

Marie-Thérèse BOUGARD, responsable pédagogique régionale et conseillère technique en soins infirmiers à la DRASS de Bourgogne

Geneviève BRONIAR, coordinatrice du CRIFAD à Dijon

Isabelle BUTTE-GERARDIN, conseillère technique au CREAI de Bourgogne et auteur de l'ouvrage « L'économie des services de proximité aux personnes », L'Harmattan, Logiques de gestion, Paris

Marc CAMUS, chargé de la communication à l'INSEEde Bourgogne

France CHARBIT, inspecteur des affaires sanitaires et sociales à la DRASS

Philippe CHENILLET, sous-directeur à la CRAM de Bourgogne

Gérard COCHERIL, adjoint au chef du service aide et action sociale du Conseil général de l'Yonne

Carole COLIN, directrice de l'UPLMB

Philippe COLLANGE, responsable de la mise en place de l'APA au Conseil général de la Nièvre

Christelle CORDIER, en charge de la formation des salariés et des dossiers sanitaires et sociaux au Conseil régional de Bourgogne

Roger CORNEILLE, directeur de l'action sociale en direction des personnes âgées au Conseil général de Sâone-et-Loire

Monique CURIE, directrice du SSIAD de Dijon

Jean-Baptiste DELCOUR, chargé de mission - UNASSAD

Pascal DURAND, chargé de mission à l'URCAM de Bourgogne

Michel FALLET, responsable du service statistiques de la DRASS de Bourgogne

Tony FOGLIA, chargé d'études à l'ORS Bourgogne

Marie-France GASSET, responsable du service des établissements sociaux du Conseil général de l'Yonne

Isabelle GERARDIN, CREAI de Bourgogne

Denise JOURDAIN, directrice de la maison de retraite d'Epoisses et de Rouvray

Florence LEDUC, directrice adjointe de l'UNASSAD

Dominique LEGOUAR, directrice de l'Institut de formation en soins infirmiers interhospitalier (Semur-en-Auxois–Chatillon-sur-Seine-Montbard)

Jacques LEONARD, responsable pédagogique de la formation des aides médico-psychologiques à l'IRTESS à Dijon

Agnès MARIE-EGYPTIENNE, en charge des formations sociales et paramédicales à la DRASS

Michel MARTIN, président de la Mutualité française Côte-d'Or et président de la Chambre régionale d'économie sociale et solidaire

Viviane MARZY, aide soignante à Champmaillot (CHU de Dijon)

Chantal MAUERHAN, en charge du secteur médico-social personnes âgées (planification, autorisation, coordination de la réforme de la tarification) à la DRASS de Bourgogne

Annie MAUGEY, directrice adjointe de la maison de retraite d'Epoisses

Bernard MERAND, délégué général de la Chambre d'économie sociale et solidaire de Bretagne, chargé de l'animation du GIE qualification des aides à domicile

Anne MOLARD, formatrice coordonnatrice de l'expérimentation de tronc commun (aide médico-psychologique, aide-soignante, auxiliaire de vie sociale et familiale) menée en Bretagne

Michel MORAUX, secrétaire du syndicat des métiers sociaux et de la santé, union professionnelle régionale CFDT

Cynthia MORGNY, chargée d'études à l'ORS Bourgogne

Chantal NAUDOT, chef du service aide et action sociale du Conseil général del'Yonne

Hubert PAYAN, chargé de mission gérontologie à la CRAM de Bourgogne

Jacqueline PERWEZ, directrice adjointe de la DRASS de Bourgogne

Audrey PIERRE, chargée d'études à l'Observatoire régional de la santé

Marie-Thérèse PRUNETTA, directrice ADMR « Bien chez soi » - Les Sièges (89)

Denis QUENELLE, chargé d'études à l'INSEE de Bourgogne

Marie-Thérèse RAPIAU, ingénieur de recherche au Centre national de la recherche scientifique

Dominique RICHARD, gérontologue à Champmaillot (CHU de Dijon)

Jacky RIGAUX, responsable du secteur médico psycho social - SUFCOB - Université de Bourgogne

Jean-Pierre de ROLAND, directeur adjoint et infirmier coordonnateur du SSIAD de Dijon

Nelly STEPHAN, ingénieur d'études à l'ENESAD

Jocelyne WROBEL, sous-directrice Personnes âgées-personnes handicapées au Conseil général de la Côte-d'Or

LISTE DES MEMBRES DE LA COMMISSION

COMMISSION N° 4

« RELATIONS EUROPEENNES ET INTERNATIONALES, HABITAT, CULTURE, SPORTS ET LOISIRS, SANTE ET POLITIQUES SOCIALES »

Présidente : Kheira BOUZIANE (Logement, famille, cadre de vie)

Vice-Président : Bernard DEPIERRE (Comité régional olympique et sportif)
Vice-Président : Bernard QUARETTA (Réinsertion sociale, missions locales, PAIO et entreprises d'insertion)
Secrétaire : Nelly HOLLINGER (Associations caritatives)

Membres :

Charles BARRIERE (Conseil régional de l'ordre des médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, vétérinaires)
Alain DUROUX (C.F.D.T.)
Armand GONNEAUD (Organisations syndicales d'artisans)
Vincent GUICHARD (Organismes culturels (patrimoine)
Maddy GUY (Association régionale H.L.M.)
Claude KAROUBI (Organismes culturels (culture vivante)
Jacques LOURY (C.G.T.)
Michel MARTIN (Coopération et mutualité)
Marie de MONJOUR (U.R.I.O.P.S)
Michel MORINEAU (Associations de jeunesse et d'éducation populaire)
Béatrice SYLVAIN (F.O.)
Guy TOURDIAS (Organisations syndicales d'artisans)

Ont été associés :

Jean-Louis BILLET (F.O.)
Hervé BONNAVAUD (UNSA)
Jean-François HENRIOT (Chambre régionale de métiers)
Maurice THIEFFENAT (Rhénanie-Palatinat)

GLOSSAIRE

A

ACTP	Allocation compensatrice pour tierce personne
ADIL	Agence départementale d'information sur le logement
ADMR	Association d'aide à domicile en milieu rural
ADPA	Aide à domicile aux personnes âgées
ADV	Assistant de vie
AFNOR	Association française de normalisation
AFPA	Association pour la formation professionnelle des adultes
AGEFAL	Association de gestion du fonds des formations en alternance
AGGIR	Autonomie, gérontologie, groupe iso-ressources
AMP	Aide médico-psychologique
ANAH	Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat
ANPE	Agence nationale pour l'emploi
APH21	Adaptation personnalisée de l'habitat en Côte-d'Or
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARE	Allocation pour la recherche d'emploi
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
ARSM	Allocation représentative des services ménagers
ARTT	Aménagement et réduction du temps de travail
ASSEDIC	Association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce

B

BEPA	Brevet d'études professionnelles agricoles

C

CAFAD	Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile
CAFAMP	Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico-psychologique
CAFDES	Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissements sociaux
CAT	Centre d'aide par le travail
CCAS	Centre communal d'action sociale
CESAM	Concilier l'économique et le social et aider aux mutations
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLIC	Centres locaux d'information et de coordination gérontologique
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNASEA	Centre national pour l'aménagement des structures des exploitations agricoles
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNAVTS	Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
CNRPA	Comité national des retraités et personnes âgées
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CREAI	Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées
COFRES	Conseil d'orientation des filières et réseaux de soins
COFSAD	Comité français des services d'aide à domicile
CPER	Contrat de plan Etat/Région
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CREDES	Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé
CRIFAD	Comité régional des institutions pour la formation des aides à domicile
CRISMS	Commission régionale des institutions sociales et médico-sociales
CSG	Contribution sociale généralisée

D

DAFAS	Diplôme d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant
DDE	Direction départementale de l'équipement
DDTEFP	Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
DRTEFP	Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
DEAVS	Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale
DIGUB	Diplôme interdisciplinaire de gérontologie de l'Université de Bourgogne
DOCUP	Document unique de programmation
DPAS	Diplôme professionnel d'aide-soignant
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

E

EDDF	Engagement de développement de la formation
EHPAD	Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
ENESAD	Ecole nationale d'enseignement supérieur agricole de Dijon
ENSP	Ecole nationale de la santé publique

F

FAJ	Fonds d'aide aux jeunes
FEDOSAD	Fédération des œuvres de soutien à domicile
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés
FEPEM	Fédération des employeurs du personnel employé de maison
FHF	Fédération hospitalière de France
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FNASSPA	Fonds national d'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées
FOMAD	Fonds de modernisation de l'aide à domicile
FONGECIF	Fonds de gestion du congé individuel de formation
FORMA HP	Organisme collecteur des fonds de formation des établissements de l'hospitalisation privée
FPC	Formation professionnelle continue
FPH	Fonction publique hospitalière
FSE	Fonds social européen

G

GIE	Groupe initiative emploi
GIR	Groupe iso-ressources
GRETA	Groupement d'établissements scolaires (pour la formation continue)
GRIMS	Groupement interprofessionnel des institutions médico-éducatives et sociales

H

HID	Handicap, incapacité, dépendance

I

IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRTESS	Institut régional de formation des travailleurs éducatifs et sociaux

M

MAS	Maisons d'accueil spécialisées
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MSA	Mutualité sociale agricole

N

NF	Normalisation française

O

OPCA	Organisme paritaire collecteur agréé
ORS	Observatoire régional de la santé

P

PAH	Prime à l'amélioration de l'habitat
PAP	Prêt à l'accession à la propriété
PARE	Préparation active à la recherche d'emploi
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PROMOFAF	Organisme collecteur et gestionnaire des fonds de la formation professionnelle continue des entreprises de la branche sanitaire, médico-sociale et sociale et du secteur privé non lucratif
PRS	Programme régional de santé
PSD	Prestation spécifique dépendance

S

SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SCEES	Service central des enquêtes et études statistiques
SESI	Service des statistiques, des études et des systèmes d'information
SIFECO	Stage d'insertion et de formation à l'emploi collectif
SMIC	Salaire minimum interprofessionnel de croissance
SONACOTRA	Société nationale de constructions de logements pour les travailleurs
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SUFCOB	Service universitaire de formation continue

U

UDASSAD	Union départementale des associations de soins à domicile
UDM	Union départementale de la Mutualité
UNASSAD	Union nationale des associations de soins à domicile

UNCASS Union nationale des centres communaux d'action sociale
UNIFORMATION Fonds d'assurance formation de l'économie sociale
UNIOPSS Union nationale interfédérale des organismes privés sanitaires et sociaux
UPMLB Union professionnelle des médecins libéraux de Bourgogne
URCAM Union régionale des caisses d'assurance maladie

V

VAE Validation des acquis de l'expérience
VIH Virus d'immuno-déficience humaine

INTRODUCTION

Face au vieillissement de la population bourguignonne et à l'allongement de la durée de la vie, le Président du Conseil régional a souhaité recueillir l'avis du CESR sur les évolutions prévisibles des besoins en matière de santé qui peuvent en découler, afin d'adapter au mieux dans le champ de compétences de la formation, l'intervention de l'Assemblée régionale.

En effet, deux faits caractéristiques vont bouleverser la donne en matière de santé en Bourgogne : d'une part, le vieillissement de la population bourguignonne -vieillissement par ailleurs supérieur au vieillissement de la population française dans son ensemble- qui pèsera lourd sur la demande de soins et de services, d'autre part, la mise en place de l'APA qui a déjà engendré une intensification de la demande de soins et de services à domicile (service de soins infirmiers à domicile, infirmiers libéraux, auxiliaires de vie, kinésithérapeutes…).

Comme l'a rappelé le CESR dans sa communication du 26 septembre 2001 sur les mouvements de population en Bourgogne, le vieillissement de la population a nécessairement des conséquences sur les besoins de santé : à titre d'exemple, le taux d'hospitalisation augmente très rapidement après 65 ans. En 1998, ce taux à moins de 310 pour 1 000 pour les 55/64 ans passe à 420 pour les 65/74 ans, à 550 pour les 75/84 ans et à 630 pour les 85 ans et plus.

Viennent s'ajouter les difficultés à accomplir les gestes quotidiens (au milieu des années 90, près de 20 % des personnes âgées de 85 ans et près de 35 % des 90 ans étaient confinées au lit et au fauteuil et nécessitaient une aide au toilettage ou/et à l'habillage) et l'apparition de pathologies, spécifiques ou non, qui augmentent la dépendance de façon temporaire ou définitive.

En outre, le CESR est également alerté par les problèmes démographiques propres aux professions médicales, paramédicales et médico-sociales. Dès 2008, les généralistes viendront à manquer : la Bourgogne présentera la plus faible densité de France, avec seulement 86 praticiens pour 100 000 habitants.

Le CESR a donc souhaité réfléchir aux problématiques spécifiques du vieillissement de la population et de la prise en charge de la dépendance ainsi qu'aux besoins en matière de santé et de formation qui en découleront tout en étant vigilant à l'égard des problèmes propres aux principales professions médicales (généralistes) paramédicales (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, infirmiers, aides-soignants…) et médico-sociales (aides médico-psychologiques, auxiliaires de vie, psychologues) intervenant auprès des personnes âgées, en les déclinant sur chaque zone du territoire bourguignon.

Le travail mené par la commission n°4 a donc consisté dans un premier temps à identifier le vieillissement de la population bourguignonne, territoire par territoire, à l'aide des projections réalisées par l'INSEE et la DRASS, et à tenter de recenser les besoins en matière de santé propres au vieillissement et à la dépendance (grâce notamment aux études déjà conduites par l'ORS). Dans un second temps, l'offre de soins et de services de proximité permettant le

maintien à domicile des personnes dépendantes présentes en Bourgogne mais aussi les équipements permettant leur hébergement ont été étudiés ainsi que les réformes actuellement à l'œuvre dans ces domaines (réforme de la tarification, mise en place de l'APA).

La confrontation de ces données a permis d'approcher les besoins en matière d'équipement, de santé et de formation, tant initiale que continue, en direction des professions médicales, paramédicales et médico-sociales ou des demandeurs d'emploi. Des pistes de réflexion et d'actions sont donc proposées au Conseil régional afin que ce dernier puisse adapter au mieux son intervention dans le domaine de la formation professionnelle.

I - UNE POPULATION VIEILLISSANTE

A) DEFINITIONS

Avant d'analyser les données démographiques régionales, il paraît en tout premier lieu nécessaire de clarifier les notions de vieillesse ou de vieillissement ainsi que celle de dépendance, en rappelant les problématiques que ces deux notions véhiculent aujourd'hui dans notre société.

1. Le vieillissement n'est pas une maladie

1.1. Le vieillissement, partie intégrante de la condition humaine

Le vieillissement a toujours été partie intégrante de la condition humaine. Aristote[1] y voyait la conséquence de la dissipation progressive d'un capital donné à la naissance. La métaphore comparant la vie à la flamme d'une lampe à huile dont le stock s'épuise au fil des ans a été évoquée au cours des siècles par de nombreux auteurs. Certains d'entre eux rendaient responsable du vieillissement du corps l'atteinte d'organes spécifiques : l'amaigrissement du cœur pour les auteurs grecs et égyptiens ou encore celui de l'artère au XIXème siècle.

Le tout début du XXème siècle a marqué un tournant dans les théories du vieillissement humain. L'essor des sciences -de la biologie en particulier- a permis de développer des théories plus scientifiques. Ainsi l'Américain Sedgwick Minot a proposé en 1906 dans son livre **« La nature et la cause du vieillissement »**, une théorie présentant le vieillissement comme la conséquence de la perte du pouvoir d'accroissement et de multiplication des cellules.

Aujourd'hui, plusieurs théories s'affrontent pour définir ce phénomène : « erreurs catastrophiques » pour Orgel, « mutations somatiques » pour Curtis, « théories des radicaux libres » chez Harman, « réticulation » pour Bjoksten… Aucune d'entre elles ne rend cependant compte à elle seule de l'ensemble des phénomènes menant un organisme jeune au vieillissement et à la mort. Y a-t'il une « horloge », une « clef » responsable de l'ensemble de ces phénomènes ou une succession de phénomènes indépendants dont les effets vont s'additionner ou se potentialiser ? Toutes ces théories, qui ne sont que des hypothèses, ne font que décrire à leur niveau (génétique ou moléculaire, endocrinien ou immunitaire…) un même phénomène qui est le vieillissement.

La définition que nous retiendrons est celle donnée par le gérontologue Christophe de Jaeger[2] : ainsi, le vieillissement -ou sénescence- peut se définir comme **une diminution de la réserve physiologique des organes et des systèmes composant notre organisme**. Un organisme adulte possède des réserves fonctionnelles qui lui permettent de surmonter des situations difficiles (effort, maladie). L'organisme vieillissant n'a plus à sa disposition ces réserves. Il ne peut donc plus faire face avec succès à certaines situations physiologiques (efforts, adaptations climatiques) ou pathologiques (maladies, accidents). A cette réduction physiologique vont s'ajouter les séquelles des maladies ou accidents qui ont pu émailler la vie du patient (maladies cardio-vasculaires, pneumologiques ou neurologiques). Cette réduction progressive conduit tout organisme vivant, après un laps de temps variable, à la mort.

[1] Aristote, De la jeunesse et du vieillissement,
[2] Christophe de Jaeger, La gérontologie, Presses universitaires de France, mars 1999.

A noter toutefois que très peu d'individus décèdent du fait même de la sénescence : les études montrent en effet que les décès sont plus fréquemment dus à des pathologies, parfois multiples et parfois même méconnues.

1.2. Les inégalités face au vieillissement

Nous ne sommes pas tous égaux devant le vieillissement. Il existe des différences considérables entre les individus. L'âge chronologique n'est que le reflet incertain de l'âge biologique. Jouent notamment le patrimoine génétique (à titre d'illustration des études ont montré un parallélisme étroit des horaires du vieillissement chez les jumeaux monozygotes), les facteurs de risques liés à l'alimentation ou encore l'usage du tabac ou l'abus d'alcool, les maladies intercurrentes (maladies graves et/ou traumatismes physiques ou affectifs)…

L'espérance de vie varie également de façon importante en fonction du sexe : en France, si l'on parle de « la vieillesse au féminin singulier », c'est parce que l'espérance des femmes est de 82 ans alors même qu'elle n'est que de 74 ans pour les hommes. Cet écart, très élevé en France, n'est que de 6 ans en Europe.

L'espérance de vie est également très différente selon les catégories socioprofessionnelles : les ouvriers agricoles et les manœuvres n'ont plus, à 35 ans, que 30 ans à vivre en moyenne ; les ouvriers spécialisés du secteur privé vivront 2 ans de plus et à l'autre extrémité les cadres supérieurs et les membres des professions libérales ont, à 35 ans, une espérance de vie moyenne de 40 ans et plus…

Nous sommes donc obligés d'avoir recours à un découpage chronologique de l'âge social, ne serait-ce que par référence aux textes qui réglementent les retraites ou les droits, mais ce découpage a le grave inconvénient de cloisonner la société qui s'ingénie elle-même à dresser les catégories d'exclusion, tels que les troisième ou quatrième âges. Pourtant, le vieillissement est profondément différent d'un individu à l'autre, et celui de l'esprit par exemple ne fait pas référence à un âge précis : Tolstoï divorça à 83 ans pour aller refaire sa vie ailleurs « dans de meilleures conditions », disait-il.

1.3. Les pathologies du vieillissement

Il n'existe pas de pathologies propres au vieillissement. Les maladies que l'on rencontre chez les personnes âgées portent le même nom que chez les plus jeunes. Toutefois, le vieillissement peut faciliter l'installation d'une maladie tout comme certaines pathologies peuvent se développer plus fréquemment chez des sujets âgés.

En effet, une des principales caractéristiques d'un organisme vieillissant est la perte de sa capacité d'adaptation fonctionnelle. En perdant sa capacité d'adaptation à son environnement, notre organisme devient plus vulnérable aux agressions extérieures (infectieuses, toxiques, stress…). Le système immunitaire en vieillissant va perdre sa capacité de réponse aux agressions bactérienne, virale, mycosique.

Ainsi, alors que selon une enquête du CREDES sur la santé et la protection sociale menée en 1998, en moyenne, tous âges confondus, un enquêté déclare à un moment donné 3.3 affections, y compris problèmes dentaires et troubles de la vue, ce nombre atteint plus de 7 affections au-delà de 65 ans. De plus, une infection d'ordinaire banale, telle que la grippe, va pouvoir se développer plus facilement dans un organisme vieilli et fragilisé. L'organisme prendra aussi plus de temps pour réagir à l'agression et en venir à bout. Enfin, la convalescence sera, elle aussi, plus longue et le traitement de la maladie devra répondre à des impératifs liés au métabolisme particulier de la personne âgée (le rein et le foie n'éliminent pas les médicaments

de la même manière à 30 ans qu'à 75, et les médicaments n'ont pas non plus le même impact sur l'organisme en fonction de son âge : la conséquence en est souvent une kyrielle d'effets secondaires, voire d'accidents, liés aux thérapeutiques). Par ailleurs, à maladie égale, les conséquences s'aggravent avec l'âge, l'individu possédant de plus faibles réserves en vieillissant et cumulant des désavantages sanitaires.

Certaines maladies sont toutefois plus fréquentes après 50 ans. Toutes pathologies confondues, le nombre de motifs de recours pour 100 séances de médecins (source Organisation Mondiale de la Santé) augmente avec l'âge, atteignant pour 100 séances, 233 motifs chez les femmes et 222 motifs chez les hommes de 65 ans et plus alors qu'il est de l'ordre de 150 entre 25 et 64 ans[3].

Les pathologies cardio-vasculaires prédominent nettement avec un chiffre voisin de 70 motifs de recours pour 100 séances pour les deux sexes, pour l'ensemble de la classe d'âge (atteignant un taux de près de 90 motifs pour 100 séances chez les 85 ans et plus). Viennent ensuite les motifs préventifs et administratifs et trois types d'affections dont la part est quasi identique : les maladies ostéo-articulaires, les symptômes mal définis, les maladies endocriniennes et métaboliques, pathologies pour lesquelles on compte entre 21 et 19 motifs pour 100 séances. A noter que la part des symptômes mal définis est nettement plus élevée chez les personnes âgées de plus de 65 ans et s'accroît aussi au sein de cette tranche d'âge.

Par ailleurs, la réponse médicale apportée aux personnes âgées malades n'est pas toujours des plus adaptées. Ainsi, le Docteur Richard a eu l'occasion de remarquer au moment de l'hospitalisation de personnes âgées à Champmaillot l'inadaptation (surmédicalisation ou sous-médicalisation) des soins et traitements qui leurs étaient prodigués.

La surmédicalisation expose le patient à de nombreux risques dont celui de polymédication. En moyenne, une personne âgée consomme 6.2 médicaments par jour. Cette sur-médication peut entraîner la survenue de pathologie médicamenteuse iatrogène occasionnée, soit par une mauvaise tolérance du médicament, soit par une erreur de prescription. Il s'agit d'une des premières causes d'hospitalisation des personnes âgées.

Alors que des études tendent également à montrer que l'hypertension artérielle ou l'hypercholestérolémie, facteurs de risque jusqu'à 65 ans, ne constitue plus un danger pour les plus de 85 ans, les médecins continuent de prescrire des médicaments pour limiter ce phénomène.

La chirurgie corrective excessive, si elle est itérative ou moins bien maîtrisée (comme celle du genou et de l'épaule), peut être, elle aussi, à l'origine de désordres et de désavantages pour les personnes âgées.

La sous médicalisation, liée à un certain « fatalisme », est responsable, quant à elle, de non diagnostic des pathologies mentales déficitaires (1 cas de maladie Alzheimer sur 2 n'est pas dépisté), de la non chirurgie de la cataracte, de l'absence de traitement des cancers et de l'absence de diagnostics « utiles » (manque de discernement entre les pathologies pénalisantes et les autres).

[3] DRESS, Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2000, La Documentation française

Les conséquences liées à ces cas d'inadaptation des soins dispensés aux personnes âgées ne sont pas neutres :

- apparition de poly-pathologies,

- phénomène de compression de morbidité : un maximum de problèmes vont être présents chez la personnes très âgée et vont nécessiter une prise en charge sanitaire lourde,

- augmentation du nombre de « grands vieillards fragiles » : il s'agit d'un individu qui tient debout, participe aux conversations mais subit des processus de décompensation successifs et très graves,

- augmentation de l'espérance de vie de personnes très dépendantes.

Malgré les connaissances que nous apporte la gérontologie[4] sur les pathologies et les risques de la vieillesse, l'appréciation de la consommation et du niveau de soins des personnes âgées est un problème très délicat. En effet, les personnes âgées bénéficient du système de santé au même titre que l'ensemble de la population et il n'est pas évident de faire « la part de l'âge », sauf à fixer arbitrairement un âge où l'on devient vieux. Par ailleurs, la dernière maladie est une source de consommation de soins importante.

Il faut noter également que si certains dispositifs spécifiques (services de long séjour, soins infirmiers à domicile) dispensent aux personnes âgées des soins de long terme, toutes les personnes âgées n'ont pas accès à ce type de dispositifs par manque de place. Les soins de long terme ne sont pas toujours donnés par des personnels médicaux avec un financement de l'assurance maladie, mais peuvent l'être aussi par des personnels sociaux ou médico-sociaux dans le cadre de maisons de retraite peu médicalisées, sans parler du recours à la famille et aux proches.

En outre, les comptes nationaux ne fournissent pas de répartition de la consommation de soins selon la structure d'âge. Par contre, on dispose de données d'échantillons principalement en provenance du CREDES. Ainsi, l'analyse des 10 % plus grands utilisateurs du système de soins selon l'âge[5] montre que les personnes de plus de 65 ans représentent plus d'un tiers des grands utilisateurs avec une dépense moyenne supérieure à 7 622 euros (50 000 francs).

La croissance des dépenses de soins chez les personnes âgées provient essentiellement du recours aux soins, plus élevé chez les générations nées après la Première guerre mondiale. Cela est vrai des soins ambulatoires comme des soins hospitaliers. D'une part, la consommation de soins de médecins de ville (généralistes, actes infirmiers et de masseurs kinésithérapeutes) s'élève avec l'âge (tout comme les frais de transport : taxi, VSL, ambulance), d'autre part, l'utilisation de certains services de soins (hospitaliers ou non) est plus intense chez les personnes âgées. Cette tendance devrait s'accentuer dans les années à venir.

[4] Discipline qui étudie les maladies des troisième et quatrième âges, les mécanismes intimes du vieillissement et la place des personnes âgées dans notre société

[5] L. Com-Ruelle et S. Dumesnil, Concentration des dépenses et grands consommateurs de soins médicaux, CREDES, 1999.

1.4. Le vieillissement comme problème social

Le regard que pose la société sur la vieillesse a lui aussi beaucoup évolué[6]. Ce n'est qu'au début du XXème siècle que la vieillesse a émergé comme « problème social ». Elle est demeurée longtemps une affaire privée ou relevant d'un réseau traditionnel d'assistance.

Vieillir chez les hommes n'est pas une nouveauté, c'est l'augmentation de l'espérance de vie qui est nouvelle et crée des situations inédites. Il y a cent ans, rares étaient ceux qui mouraient en situation de retraité. La plupart prenaient une part active dans la vie jusqu'à leurs derniers jours, la diversité des activités leur offrant une large gamme de petits travaux moins pénibles et plus adaptés à leur condition physique. À côté de leurs activités pratiques, les personnes âgées assumaient leur intégration sociale par une série de rôles et de services. Elles étaient dépositaires des traditions et les spécialistes expérimentés des techniques qui n'évoluaient pas encore à l'échelle d'une vie d'homme. Quand il y avait patrimoine, elles étaient détentrices du pouvoir économique, garantie principale de leur sécurité vis-à-vis des enfants. Cette conjonction de statuts et de rôles à part entière permettait aux personnes âgées de satisfaire leurs besoins psychologiques tout en restant socialement et culturellement actives et intégrées.

Au XIXe siècle, avec le développement de l'industrialisation et de l'urbanisation, on trouve schématiquement deux sortes de vieillesse. D'un côté, le vieillard qui tire l'essentiel de son autorité de son pouvoir économique. La vieillesse prend alors les contours exacts du patrimoine familial détenu et à travers la possession de ce capital, la personne âgée exerce une autorité sur ses descendants dont la position sociale dépend de sa transmission. La solidarité entre générations s'exerce alors à l'intérieur de la famille.

A l'opposé, on trouve ceux qui n'ont pas d'héritage à transmettre et dont la force de travail et l'expérience constituent le seul capital. Quant aux vieux ouvriers inaptes au travail et que la famille ne peut accueillir, pour eux, la vieillesse prend la forme de l'indigence, et le seul recours est l'hospice ou le bureau de bienfaisance. C'est pour cette vieillesse démunie que s'est développé tout un réseau de secours, mal défini, public ou privé, relevant du concept de charité. Le vieillard indigent est associé aux infirmes et aux incurables privés de ressources.

C'est après la Seconde guerre mondiale que l'aide aux personnes âgées se singularise en même temps que se développent les systèmes de retraites et qu'émerge une nouvelle conception de la vieillesse et de la manière de la gérer.

Cette évolution est liée à l'essor démographique et à l'augmentation de l'espérance de vie des personnes âgées. On voit naître une population encore valide mais inactive, souvent démunie et n'ayant d'autres ressources que l'assistance. C'est donc sous l'effet de la généralisation des retraites que la vieillesse va se constituer en tant que groupe social ayant des problèmes spécifiques, mais qui resteront néanmoins associés à ceux de la pauvreté.

C'est en 1962, avec la publication du rapport LAROQUE que va naître « la politique vieillesse » qui jette les bases d'une politique nationale en faveur des personnes âgées. Elle fait désormais l'objet d'une intervention continue et spécifique.

Ce nouveau mode de gestion a l'ambition de substituer à la ségrégation sociale l'idée d'intégration dans le milieu naturel de vie par une politique de maintien à domicile et par la préparation, tout au long de la vie, d'une vieillesse épanouie. Il s'agit d'une politique tendant à prendre en considération tous les facteurs du vieillissement (conditions matérielles de vie, environnement, cadre de vie, santé, etc) dont la réalisation, confiée à un ensemble

[6] Christophe De Jaeger, La gérontologie, Que sais-je ?, PUF mars 1999.

d'organismes, doit permettre une meilleure adaptation en fonction des situations personnelles et locales. C'est une idée nouvelle en France où le problème du vieillissement n'avait jusqu'alors fait l'objet que de mesures partielles ou ponctuelles ne concernant que certains aspects du vieillissement ou certaines catégories de population.

2. La dépendance

Avant tout, rappelons que nous sommes tous dépendants comme nous l'a précisé Albert MEMMI[7]. Tout au long de notre vie, nous sommes confrontés à l'existence de tensions internes qui nous imposent de trouver des réponses adaptées, d'obtenir sous ces contraintes et dans les meilleurs délais des satisfactions spécifiques.

2.1. Des origines médicales et sociales

La dépendance se définit généralement comme le besoin d'aide pour accomplir les actes élémentaires de la vie quotidienne. C'est la dualité incapacité/besoin d'aide qui fonde la notion de dépendance et non la stricte incapacité des personnes âgées.

Elle trouve son origine médicale dans certaines pathologies invalidantes dont la survenue augmente avec l'âge. Ainsi les principales causes d'entrée dans la dépendance avancées par le Docteur Richard, gérontologue à Champmaillot, sont par ordre d'importance : les déficits intellectuels (le vieillissement cérébral pathologique touche 10 % des plus de 65 ans et 20 % des plus de 80 ans), les déficits cardiorespiratoires et enfin les défaillances de l'appareil locomoteur.

A titre d'exemple, l'ostéoporose, caractérisée par une fragilité osseuse susceptible de favoriser les fractures (notamment la fracture du col du fémur et les fractures vertébrales) touchait en 1996[8] 3 millions de Françaises et a été à l'origine de 34 hospitalisations sur 1 000 pour les personnes âgées de plus de 85 ans. Outre le coût médical direct occasionné par la prise en charge hospitalière et le coût humain associé, ces fractures ont été souvent synonymes d'invalidité forte et d'entrée en dépendance pour nombre des personnes concernées.

La dépendance a aussi une origine sociale : toutes choses égales par ailleurs, les raisons de dépendance sont plus fréquentes dans les milieux sociaux les moins favorisés.

Aujourd'hui donc, l'espérance de vie peut être identique pour deux personnes alors que leur qualité et leur lieu de vie seront complètement différents.

L'augmentation du nombre de grands dépendants n'a pas été anticipée tout comme celle des personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer (elle n'intervient majoritairement qu'après 75 ans).

2.2. Une notion à géométrie variable difficile à mesurer

Le concept de dépendance se prête en outre à de nombreuses déclinaisons puisqu'il s'agit de repérer une perte d'autonomie, qui entraîne le recours à une tierce personne. L'incapacité peut être définie de façon théorique (les capacités potentielles de la personne âgée) ou pratique. De même, le recours à une aide, c'est-à-dire le besoin d'aide, est appréhendé différemment par les professionnels (qui mettent en avant leurs propres normes), par la famille (qui privilégie le comportement et le mode de vie antérieurs de la personne âgée, en matière d'hygiène de vie et de mobilité, par exemple) ou par des chercheurs (qui peuvent s'attacher à la demande d'aide exprimée).

---

[7] A. Memmi, La dépendance, Gallimard, 1979.

[8] « Ostéoporose – stratégies de prévention et de traitement», INSERM, 1996

La plupart des grilles de dépendance se basent sur la liste des six activités indispensables à la vie quotidienne[9] (se laver, s'habiller, se déplacer, se nourrir, aller aux toilettes, contrôler ses sphincters) et sur la liste des activités considérées comme essentielles pour rester à domicile[10] (utiliser le téléphone, faire ses courses, préparer les repas, entretenir la maison, faire la lessive, utiliser les moyens de transport, prendre ses médicaments, tenir son budget). Cependant, la notion de dépendance physique est insuffisante pour décrire la situation d'une personne. C'est pourquoi, récemment, des dimensions relatives au comportement et à l'orientation dans le temps et l'espace ont été intégrées dans ces grilles.

La dépendance n'est pas, enfin, un état figé. Il s'agit d'un processus susceptible d'être stabilisé ou réduit dans ses manifestations par un environnement ou des prestations adaptées, mais surtout par la régression des pathologies à l'origine de la dépendance. Le caractère évolutif de la dépendance pose de sérieux problèmes statistiques. **Dès lors, en l'absence d'une enquête d'envergure qui analyserait les processus d'entrée dans la dépendance et son évolution ultérieure, il faut admettre un certain degré d'approximation dans l'évaluation des effectifs de personnes âgées dépendantes.**

La situation est encore plus confuse dans les cas de projections à court et moyen termes du nombre de personnes âgées dépendantes, sauf à raisonner « toutes choses égales par ailleurs », c'est-à-dire à tenir compte uniquement de la variable démographique et à faire abstraction de l'évolution de l'incapacité des personnes âgées, des transformations qui interviennent dans les consommations de santé et des progrès de la recherche médicale et pharmacologique.

Sur le plan macroéconomique, la classification des personnes âgées dépendantes proposée par l'INSERM (Colvez, 1990) sert de référence pour estimer le nombre de personnes âgées dépendantes. Elle classe les personnes en quatre groupes :

- niveau 1 : personnes confinées au lit ou au fauteuil,

- niveau 2 : personnes non confinées au lit ou au fauteuil ayant besoin d'une aide pour la toilette ou pour s'habiller,

- niveau 3 : personnes ayant besoin d'aide pour sortir de leurs domiciles ou de l'institution où elles sont hébergées, mais n'appartenant pas au groupe 1 ou 2,

- niveau 4 : autres personnes (considérées comme non dépendantes).

La grille de Colvez mesure essentiellement la perte de mobilité. Simple et relativement ancienne, elle a permis de fournir des estimations sur la population âgée dépendante en France depuis le début des années 90. D'après l'enquête HID réalisée par l'INSEE d'octobre 1998 à la fin de l'année 2001, environ 230 000 personnes de 60 ans et plus sont confinées au lit ou au fauteuil et 400 000 ont besoin d'aide pour la toilette et l'habillage…

[9] S. Katz et al. Studies of illness in the aged – the index of ADL : a standardized measure of biological and psychosocial function, in JAMA, 185 (12), 914-919, 1963.
[10] M. P. Lawton, E. M. Brody, Assessment of older people : self-maintaining and instrumental activities of daily living, in The Gerontologist n°9, 179-186, 1969.

B) PRINCIPALES DONNEES DEMOGRAPHIQUES ET SOCIALES EN BOURGOGNE

Avant de présenter les évolutions démographiques « pressenties » par l'INSEE et la DRASS à l'horizon 2030, un rapide état des lieux de la population bourguignonne est proposé.

1. Etat des lieux de la population bourguignonne en 1999

Stabilisation démographique, vieillissement, effets migratoires limités caractérisent les évolutions démographiques bourguignonnes des dernières décennies.

1.1. Une des régions les plus âgées

On dénombre aujourd'hui plus de 150 000 Bourguignons âgés de 75 ans et plus, dont 36 % résident en Saône-et-Loire, 26 % en Côte-d'Or, 21 % dans l'Yonne et 17 % dans la Nièvre.

La Bourgogne fait ainsi partie des régions françaises les plus âgées où la part des 75 ans et plus dépasse 9 % (9.3 % contre 7.6 % en moyenne en France).

Répartition des personnes âgées de 60 ans et plus par tranche d'âge selon le département en Bourgogne en 1999

	60-74 ans	75-84 ans	85 ans et +	Total
Côte-d'Or	65 592	25 955	13 131	104 678
Nièvre	40 944	16 796	8 391	66 131
Saône-et-Loire	89 127	36 147	17 458	142 732
Yonne	52 000	21 375	11 039	84 414
Bourgogne	**247 663**	**100 273**	**50 019**	**397 955**

Source : INSEE (RP99)

Plus de 50 000 Bourguignons ont dépassé 84 ans, qui est l'âge moyen d'entrée en institution.

La Nièvre est le département où la part des 85 ans et plus est la plus forte (3.7 %) mais où leur nombre a le plus faiblement augmenté (+ 20 %) entre 1990 et 1999. A l'inverse, la Côte-d'Or est le département où la part des 85 ans et plus est la plus faible (2.6 %) mais où la variation a été la plus forte (+ 36 %).

Les personnes de 85 ans et plus par département en Bourgogne en 1999

	Effectifs	%	Variation 90-99
Côte-d'Or	13 131	2,6	36 %
Nièvre	8 391	3,7	20 %
Saône-et-Loire	17 458	3,2	34 %
Yonne	11 039	3,3	31 %

Source : INSEE (RP99)

1.2. Des personnes âgées proportionnellement plus nombreuses en milieu rural

La part des personnes vivant dans l'espace à dominante rurale est plus importante chez les personnes âgées de 75 ans et plus (41 %) que dans l'ensemble de la population bourguignonne (33 %).

Le dépérissement des zones rurales pose de redoutables problèmes quant à l'insertion sociale des personnes âgées et à l'accessibilité aux services qui leur sont nécessaires.

Deux départements se distinguent nettement : la Côte-d'Or, où seulement 34 % des personnes âgées vivent en zone rurale et à l'inverse la Nièvre, où elles sont majoritaires (59 %). En Saône-et-Loire et dans l'Yonne, leurs proportions sont proches de la moyenne régionale.

Part (%) des personnes âgées de 75 ans et plus vivant dans un espace rural ou urbain en 1999

	Espace à dominante urbaine	Espace à dominante rurale
Côte-d'Or	66,2	33,8
Nièvre	41,5	58,5
Saône-et-Loire	60,9	39,1
Yonne	59,7	40,3
Bourgogne	**58,8**	**41,2**

Source : INSEE

1.3. L'accroissement de l'espérance de vie

En 1999, l'espérance de vie en France à la naissance est de 82.4 ans pour les femmes et de 74.9 ans pour les hommes. L'espérance de vie en vingt ans (1977-1997) s'est accrue de plus de 3 ans. La Bourgogne présente une espérance de vie à 60 ans proche de la moyenne nationale (19.8 ans pour les hommes et 25.2 ans pour les femmes). C'est en Côte-d'Or que les hommes vivent le plus longtemps tandis que l'espérance de vie des femmes est la plus élevée en Saône-et-Loire.

Espérance de vie selon le sexe en Bourgogne par département en 1997

	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	Bourgogne
Espérance de vie à la naissance					
Hommes	75,6	72,5	74,4	73,7	74,4
Femmes	82,8	82,0	83,0	80,7	82,3
Espérance de vie à 60 ans					
Hommes	20,2	19,0	20,0	19,6	19,8
Femmes	25,5	25,2	25,4	24,3	25,2

Source : INSEE

L'accroissement de la durée de la vie aux âges élevés pose la question majeure de la qualité des années de vie ainsi gagnées. L'analyse des deux enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux[11] a montré une augmentation contrastée, selon le sexe, de la durée de vie sans incapacité.

[11] Ces enquêtes réalisées par l'INSEE , le CREDES et la DRESS, permettent d'avoir des données de consommation médicale et de morbidité en population générale.

L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans[12] a, en France, durant la période 1981-1991, progressé de 2,3 ans pour les femmes et 1,3 ans pour les hommes, contre respectivement 1,8 et 1,6 pour l'espérance de vie totale. Comme les résultats datent de 1991, cette augmentation reste à confirmer par les prochains résultats de l'enquête décennale. Les gains d'espérance de vie à 65 ans sont liés à la baisse de la mortalité aux âges élevés.

Il est également possible de connaître le nombre moyen d'années à vivre pour une personne de 65 ans en fonction de différents critères d'état de santé. Ainsi, un Français a une espérance de vie à 65 ans sans restriction des activités élémentaires égale à 14,3 ans, tandis qu'une femme aura encore 17,8 années à vivre.

Espérance de vie et espérance de vie sans incapacité à 65 ans en 1981 et 1991 en France

	1981	1991	Evolution
HOMMES			
Espérance de vie totale	**14,1**	**15,7**	**1,6**
dont : avec incapacité sévère	1,0	0,9	- 0,1
Espérance de vie sans incapacité	**8,8**	**10,1**	**1,3**
FEMMES			
Espérance de vie totale	**18,3**	**20,1**	**1,8**
dont : avec incapacité sévère	1,8	2,0	0,2
Espérance de vie sans incapacité	**9,8**	**12,1**	**2,3**

Source : INSEE

1.4. Les principales causes de décès

En Bourgogne, plus de 14 300 personnes âgées de plus de 65 ans décèdent en moyenne par an. Comme en France, 80 % de ces décès sur la période 1995-1997 sont dus aux maladies de l'appareil circulatoire, aux tumeurs, aux maladies de l'appareil respiratoire, aux morts violentes et aux maladies de l'appareil digestif. Dans ce groupe d'âge, les maladies de l'appareil circulatoire sont de loin les causes de décès les plus fréquentes pour les hommes comme pour les femmes (respectivement 35 et 39 %). Elles sont suivies de près par les tumeurs, chez les hommes (31 %), avec davantage d'écart pour les femmes. Les localisations tumorales les plus fréquentes sont pour les hommes, le poumon et la prostate et, chez les femmes, le sein et l'intestin.

Les maladies de l'appareil respiratoire sont en cause dans 9 % des décès masculins (bronchites chroniques surtout) et 8 % des décès féminins (maladies virales et infectieuses principalement).

Les morts violentes ont un poids non négligeable chez les personnes âgées, notamment chez les femmes (6 %). Il s'agit principalement de morts liées aux chutes, fréquentes dans ce groupe d'âge, mais aussi aux suicides.

[12] Ce type d'information n'est disponible qu'au niveau national.

1.5. Approche régionale de la dépendance

En Bourgogne, une estimation des personnes âgées dépendantes a été réalisée par l'échelon statistique de la DRASS. On compterait actuellement 65 800 personnes âgées de 65 ans et plus dépendantes en Bourgogne selon la grille de Colvez, dont 21 000 auraient une dépendance lourde (confinées au lit ou en fauteuil, avec une grande difficulté pour la toilette ou l'habillage). Compte tenu de l'importance de leur population, la Saône-et-Loire et la Côte-d'Or auraient les nombres de personnes âgées dépendantes les plus élevés (respectivement 23 600 et 16 900).

Le vieillissement est également à l'origine de dépendance psychique (incohérence, désorientation). La prévalence globale des démences séniles chez les personnes de plus de 65 ans est de 4,3 %[13]. La majeure partie est due à la maladie d'Alzheimer, affection caractérisée par une détérioration cognitive accompagnée de troubles de la mémoire (prévalence de 3,1 %).

En s'appuyant sur l'estimation de la prévalence publiée par Karen RITCHIE et Jean-Marie ROBINE de l'INSERM et sur ses propres estimations de population, le Service statistique de la DRASS de Bourgogne a évalué à 14 900 le nombre de personnes aujourd'hui atteintes par la maladie d'Alzheimer et à 19 900 en 2020. Des différences entre les départements bourguignons sont envisagées du fait des variations des structures d'âge de la population. « La Côte-d'Or, avec 3 700 cas est encore relativement épargnée. Le nombre des futurs malades en 2020 est estimé à 5 200. La Nièvre est déjà proche de sa potentialité maximale avec 2 600 cas aujourd'hui et 3 000 futures personnes. En Saône-et-Loire, le nombre de malades actuellement estimé à 5 200 progressera vraisemblablement pour atteindre 6 700 en 2020. Enfin, dans l'Yonne, le nombre de malades passera de 3 400 à 5 000[14] ».

2. Analyse des projections tendancielles de la population bourguignonne pour 2030

2.1. Les projections réalisées par l'INSEE

En retenant les tendances démographiques des années 90 en matière de migration et de fécondité, l'INSEE Bourgogne a réalisé des projections de la population régionale à l'horizon 2030[15].

[13] Groupe d'étude « Paquid : Bilan à dix ans », INSERM U330, 1999
[14] Profil santé Bourgogne, n° 5, DRASS de Bourgogne, 2000
[15] Projection tendancielle de la population bourguignonne pour 2030, Claude Gauffroy et Denis Quenelle, INSEE Bourgogne dimensions n°90 - février 2002

Selon ce scénario[16], la population de la Bourgogne augmenterait légèrement jusqu'en 2010 pour atteindre 1 618 000 personnes, puis diminuerait. Cette baisse démographique s'accentuerait progressivement : de 1 300 habitants en moins chaque année dans la décennie 2010, elle passerait à 3 100 au cours des années 2020 jusqu'à dépasser la barre des 3 900 en 2030. Le nombre de Bourguignons serait comparable à son niveau de 1975 : 1 570 000, soit 41 000 de moins qu'au recensement de 1999.

Avec les mêmes hypothèses, la population française métropolitaine passerait de 58 521 000 en 1999 à 63 927 000 habitants en 2030. La Bourgogne ferait ainsi partie des cinq régions connaissant une baisse démographique, régions situées dans l'est du pays (sauf l'Alsace et à un moindre niveau la Franche-Comté) et dans le Massif Central. L'ouest et surtout le sud de la France bénéficieraient à l'inverse d'une nette croissance démographique.

La population serait en hausse en Côte-d'Or et dans l'Yonne

La population de l'Yonne progresserait de 0.33 % entre 1999 et 2030 pour atteindre finalement 369 000 personnes. Le département bénéficierait d'une forte croissance du nombre de personnes de plus de 60 ans et plus, en progression de près de 71 % entre 1999 et 2030. Elles représenteraient alors 38 % des habitants de l'Yonne, niveau comparable à celui de la Bourgogne. Cette hausse correspond, avec les hypothèses retenues, à la fois au passage à la retraite des générations du baby-boom et à la venue de nombreux retraités. Par ailleurs, le nombre de jeunes diminuerait plus faiblement que dans le reste de la région ; les aires urbaines de Sens et Joigny, proches de la capitale, profitant le plus du dynamisme démographique du département.

La Côte-d'Or continuerait de gagner des habitants d'ici 2030 mais à un rythme moindre que dans les dernières décennies. En 2030, elle compterait 531 000 habitants. Dans le scénario adopté, elle continuerait à tirer profit de la venue de jeunes poursuivant leurs études à Dijon et s'installant pour partie dans le département au début de leur vie active.

---

[16] Le principe des projections de population réalisées par l'INSEE consiste à calculer la population d'un niveau géographique donné pour une année en fonction des effectifs de l'année précédente, en les faisant vieillir, mourir ou migrer et en intégrant de nouvelles naissances. Les décès annuels résultent de l'application de quotients de mortalité par sexe et âge à la population susceptible de décéder. Le solde migratoire de l'année s'obtient par application de quotients migratoires par sexe et âge, en tenant compte des décès pouvant survenir dans l'année. Enfin, les naissances sont obtenues en appliquant des quotients de fécondité par âge aux femmes de 15 à 50 ans, susceptibles d'avoir des enfants au cours de l'année. Le modèle Omphale calcule tout d'abord des quotients de référence à partir des données du recensement et de l'état civil puis ces quotients sont projetés année après année en fonction des hypothèses choisies.
Le scénario retenu ici, défini au niveau national, est fondé sur la reconduction des tendances passées pour chacune des variables. Les projections régionales, départementales et par aire urbaine sont calées sur les projections de population nationale. La fécondité de la région est maintenue à son niveau de 1999 : 1,73. Les quotients de référence par âge de la mère sont conservés sur toute la période. La mortalité baisse en Bourgogne au même rythme que la tendance métropolitaine. Les quotients migratoires de référence, calculés entre les recensements de 1990 et 1999, sont maintenus sur toute la période de projection. Des calages sont effectués pour que la somme des régions donne la projection métropolitaine et pour que la somme des départements corresponde au chiffre régional. Les données par aire urbaine sont calculées à périmètre constant, défini à partir du recensement de 1999.
Le scénario alternatif, retenu dans l'encadré, reprend les mêmes hypothèses. Seuls les quotients migratoires sont modifiés : ils sont plus élevés que dans le scénario de base, notamment pour les 19-24 ans, ce qui se traduit par un solde migratoire moyen de 0,24 % par an sur la période.

La baisse démographique se poursuivrait dans la Nièvre et la Saône-et-Loire

La population de la Nièvre passerait sous la barre des 200 000 habitants. La part des personnes âgées de 60 ans ou plus augmenterait fortement, passant de 28.5 % en 1999 à 43.8 % en 2030. La moyenne d'âge des nivernais dépasserait les 50 ans en 2030 ! Le vieillissement s'explique essentiellement par une forte baisse du nombre des moins de 55 ans. L'aire urbaine de Nevers résisterait mieux que le reste du département tandis que celle de Cosne-Cours-sur-Loire accuserait un déficit prononcé.

La baisse démographique entamée en Saône-et-Loire au début des années 80 s'accentuerait dans le futur et le département ne compterait plus que 472 000 habitants en 2030. La baisse serait particulièrement importante pour les moins de 50 ans. Comme pour la Nièvre, la baisse du nombre de jeunes constatée depuis 1975 s'accompagnerait maintenant de celle de personnes en âge de travailler. Seules les tranches d'âge les plus élevées continueraient de gagner des habitants. L'ensemble des aires urbaines sont touchées par la baisse démographique mais à des rythmes différents : à périmètre d'études constant, Chalon-sur-Saône enregistrerait la plus faible baisse, devant Louhans, Mâcon, Autun, Le Creusot et Montceau-les-Mines.

Le vieillissement de la population se poursuivrait en France comme en Bourgogne. Les générations du baby-boom arriveront en effet à un âge élevé.

L'âge moyen des Bourguignons augmenterait progressivement : de 40 ans en 1999, il passerait à 42.5 en 2010, à 44.9 en 2020 et à 47.3 en 2030.

Davantage de personnes âgées

Le nombre de personnes de 60 ans ou plus augmenterait de plus de 53 % d'ici à 2030. Alors qu'elles représentaient moins de 24 % des Bourguignons en 1999 et 22 % en 1975, elles constitueraient près de 38 % de la population régionale en 2030. Les tranches d'âge les plus élevées connaîtraient la croissance la plus forte : les 80 ans et plus seraient ainsi deux fois plus nombreux dans 30 ans qu'en 1999.

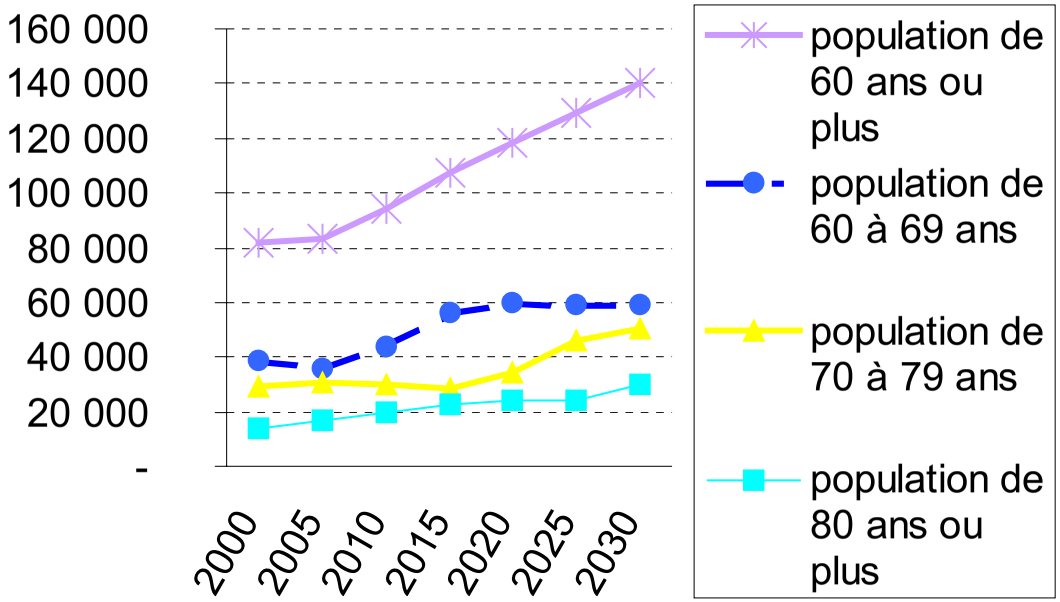
Les plus de 60 ans en Bourgogne

Bourgogne	Années						
	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030
population de 60 ans ou plus	386 715	393 564	436 139	482 794	522 546	558 496	589 732
population de 60 à 69 ans	183 134	171 539	201 768	243 351	254 248	248 919	244 251
population de 70 à 79 ans	138 277	143 127	140 162	132 721	156 073	195 812	207 928
population de 80 ans ou plus	65 304	78 898	94 209	106 722	112 225	113 765	137 553

Ce vieillissement de la population s'accompagnerait d'une diminution des actifs liée au départ à la retraite des enfants du baby-boom à partir de 2005 (de 44 % en 1999 à 37 % en 2030).

Les mouvements migratoires deviendraient « favorables » à la Bourgogne : les départs continueraient de toucher les jeunes qui partent pour leurs études ou à la recherche d'un premier emploi. A l'inverse, la Bourgogne attirerait de jeunes retraités.

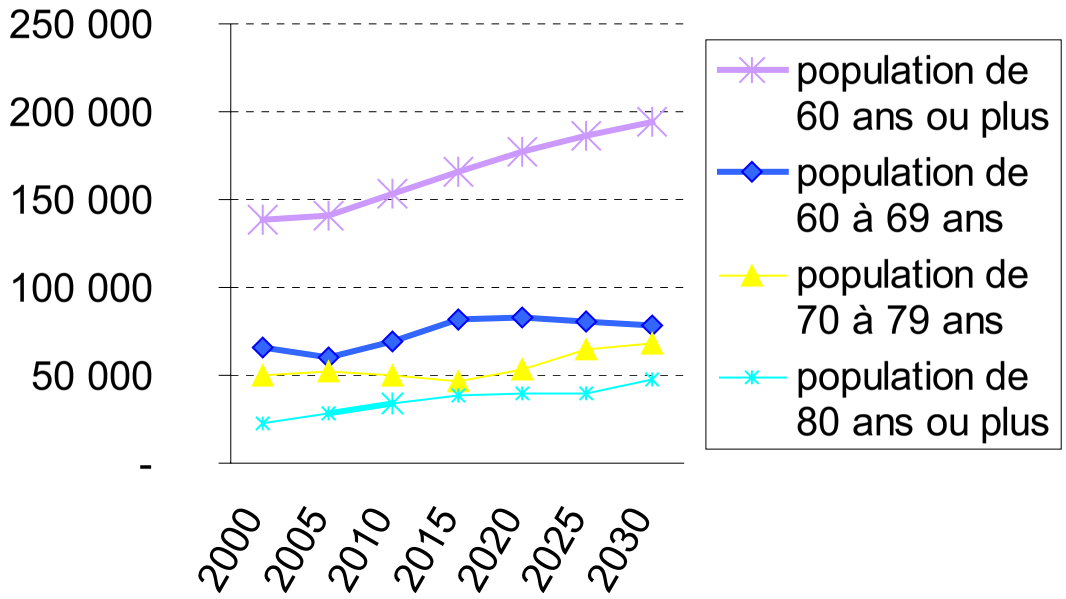
Les plus de 60 ans dans l'Yonne



Des évolutions contrastées selon les départements

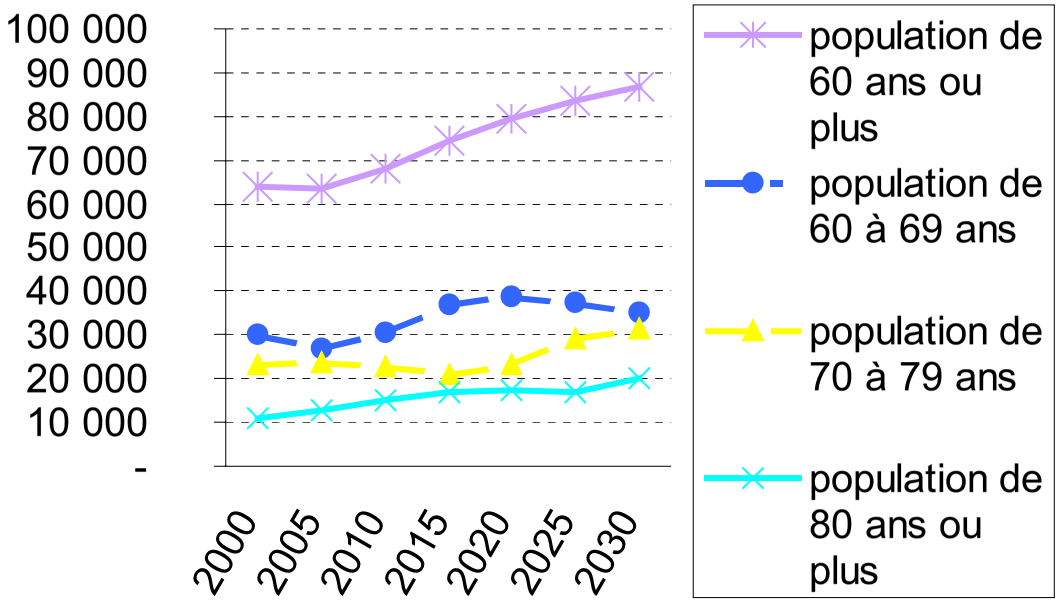
Yonne	Années						
	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030
population de 60 ans ou plus	82 077	83 204	93 971	107 046	118 602	129 259	140 004
population de 60 à 69 ans	38 478	36 129	44 119	56 093	60 261	59 208	59 490
population de 70 à 79 ans	29 393	30 424	29 949	28 443	34 552	45 929	50 209
population de 80 ans ou plus	14 206	16 651	19 903	22 510	23 789	24 122	30 305

Les plus de 60 ans en Saône et Loire



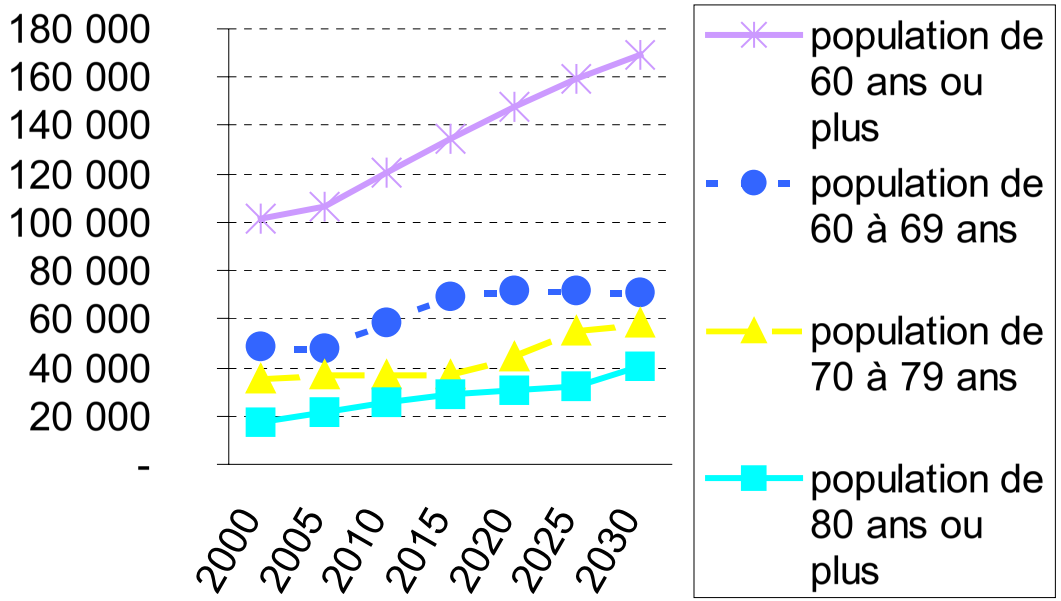
Saône-et-Loire	Années						
	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030
population de 60 ans ou plus	138 730	140 724	153 293	166 463	176 746	186 240	194 011
population de 60 à 69 ans	65 555	60 514	69 018	81 252	83 114	80 925	78 884
population de 70 à 79 ans	50 275	51 853	50 172	46 687	53 480	65 232	67 928
population de 80 ans ou plus	22 900	28 357	34 103	38 524	40 152	40 083	47 199

Les plus de 60 ans dans la Nièvre



Nièvre	Années						
	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030
population de 60 ans ou plus	64 145	63 440	68 233	74 339	79 553	83 729	86 608
population de 60 à 69 ans	30 148	27 055	30 399	36 760	38 799	37 321	35 280
population de 70 à 79 ans	23 068	23 636	22 848	20 814	23 346	29 366	31 459
population de 80 ans ou plus	10 929	12 749	14 986	16 765	17 408	17 042	19 869

Les plus de 60 ans en Côte d'Or



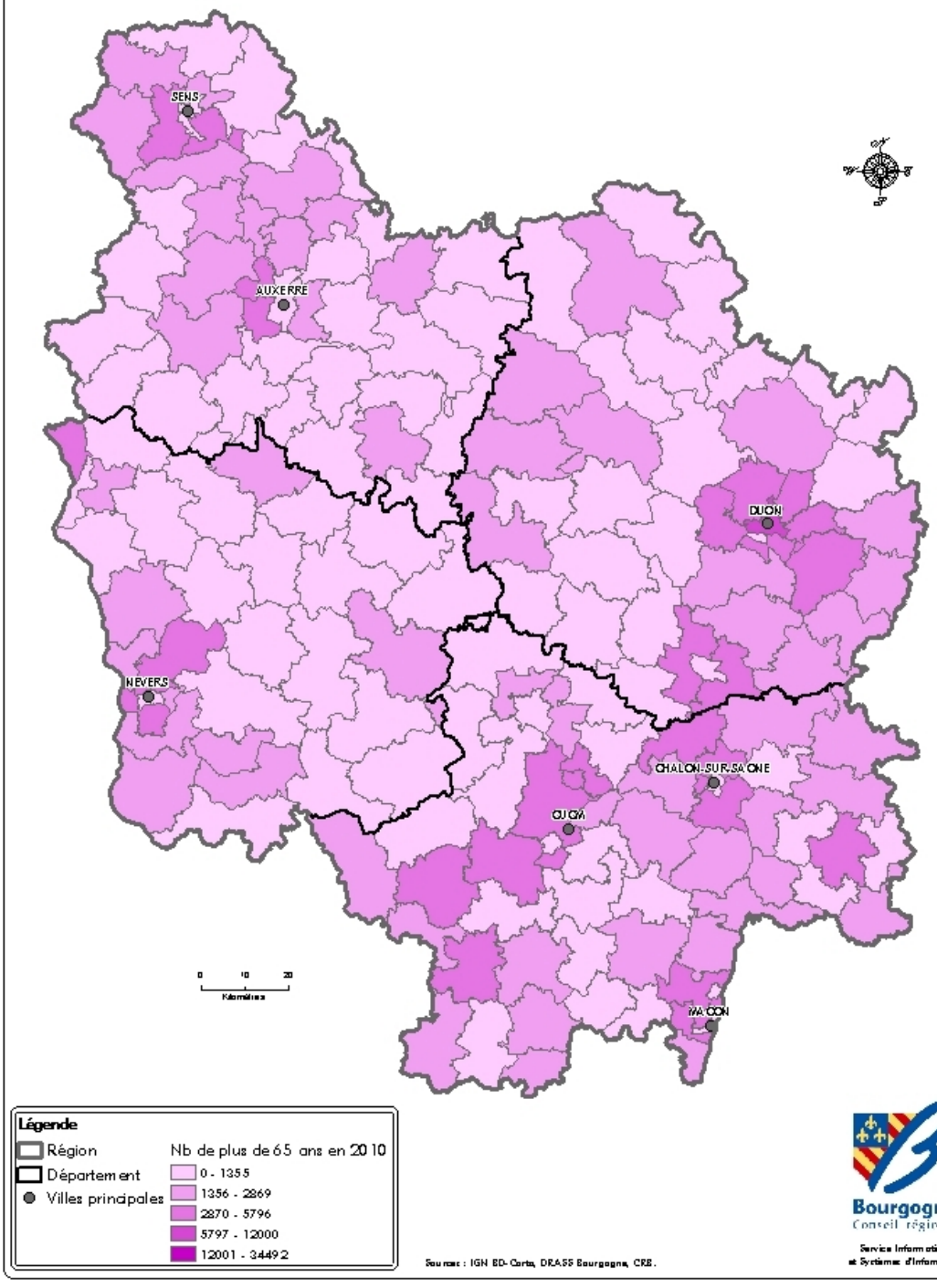
Côte-d'Or	Années						
	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030
population de 60 ans ou plus	101 763	106 196	120 642	134 946	147 645	159 268	169 109
population de 60 à 69 ans	48 953	47 841	58 232	69 246	72 074	71 465	70 597
population de 70 à 79 ans	35 541	37 214	37 193	36 777	44 695	55 285	58 332
population de 80 ans ou plus	17 269	21 141	25 217	28 923	30 876	32 518	40 180

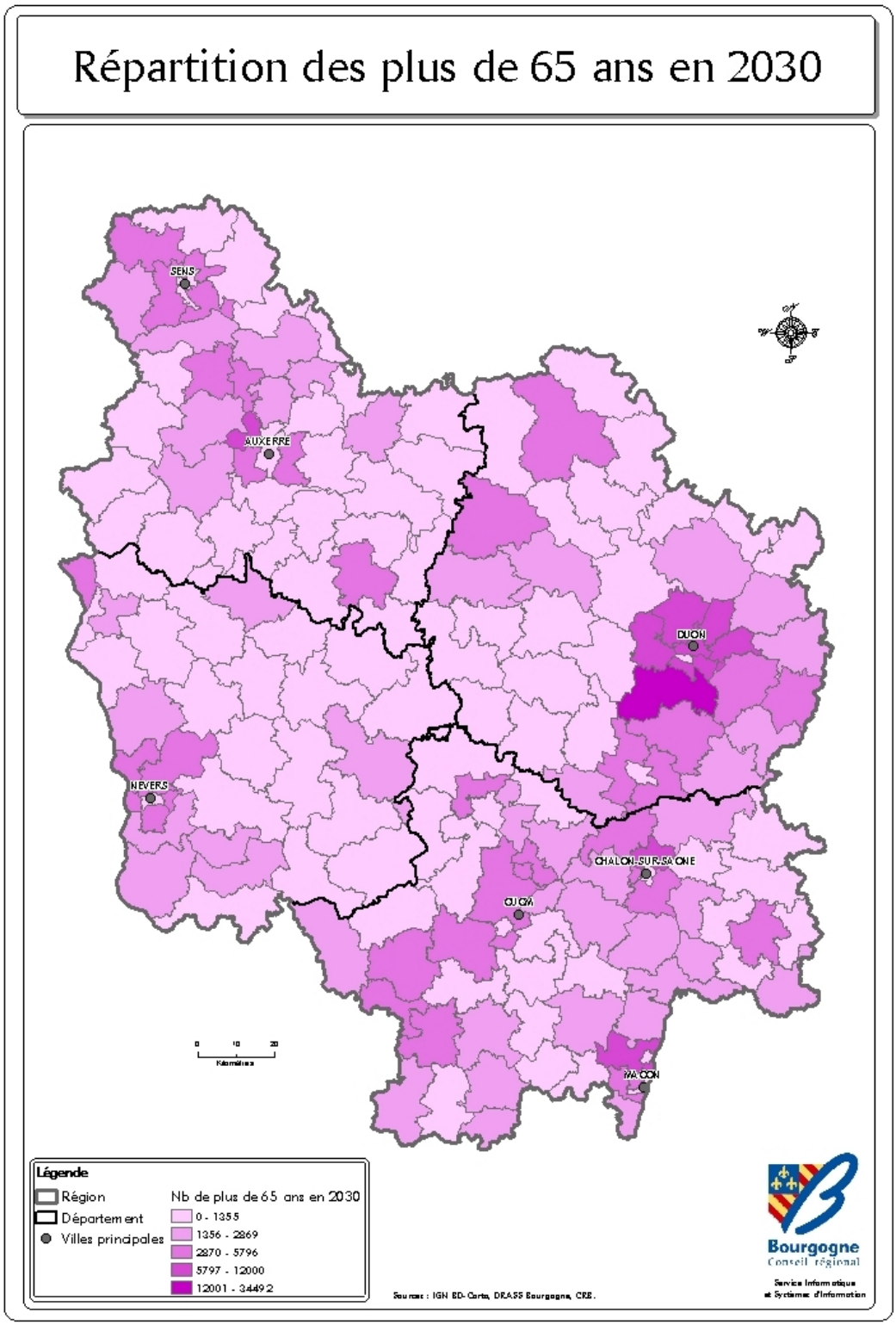
2.2. Les projections réalisées par la DRASS Bourgogne

En Bourgogne, une estimation de l'évolution du nombre de personnes âgées a été réalisée par l'échelon statistique de la DRASS de Bourgogne. Les hypothèses retenues par le service statistique de la DRASS sont différentes de celles choisies par l'INSEE, et les résultats obtenus sont par conséquent différents. Néanmoins, il peut être intéressant de les présenter car elles nous renseignent de façon complémentaire sur les évolutions démographiques. En effet, alors que l'INSEE pour des raisons scientifiques se refuse « à descendre » au niveau cantonal pour réaliser ses projections, la DRASS, quant à elle, prend le risque. En outre, au sein de la population âgée, elle distingue les populations à risque (c'est-à-dire les personnes âgées dépendantes et classées dans les trois premiers groupes de la grille de Colvez).

En **2030**, selon ces estimations, le nombre de personnes âgées dépendantes devrait avoir augmenté de 27 % pour atteindre environ **83 700 personnes** dont près de 27 000 personnes avec une dépendance lourde.

Répartition des plus de 65 ans en 2010





Les lieux où le nombre de personnes âgées sera le plus important dans la région représentent les plus importantes zones de la région, où la densité de population s'avère actuellement la plus forte : les grandes villes et les grands axes, à l'image de Dijon-Beaune, Mâcon-Chalon-sur-Saône, Cosne-Cours-sur-Loire-Nevers, Sens-Auxerre.

II. LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE

Compte tenu de sa situation démographique, notre région doit et devra faire face à la prise en charge de personnes âgées de plus en plus nombreuses.

Comme l'a souligné l'ORS[17], il reste difficile d'anticiper des évolutions en termes d'état de santé et de besoins de services des personnes âgées. Des incertitudes demeurent concernant non seulement l'incidence à venir des pathologies liées au vieillissement et à l'évolution de l'espérance de vie avec et sans incapacité, mais aussi la place et le rôle des solidarités familiales et de voisinage et leur interaction avec les professionnels.

L'objectif de ce chapitre est de présenter les différentes modalités de prise en charge des personnes âgées.

A) LA CREATION DE L'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

Etat des lieux dans le reste des pays d'Europe

Le vieillissement de la population en France n'est pas un cas isolé en Europe. En effet, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus dans les pays de l'Union européenne devrait atteindre 70 millions en 2010 selon les dernières estimations, ce qui représentera près de 18 % de la population totale. Bien sûr, il existe d'importantes différences entre les pays, la Suède étant la nation où la population est la plus âgée et l'Irlande, la population la plus jeune.

Le problème de la dépendance va donc devenir un enjeu crucial. Le Conseil de l'Europe, en date du 18 septembre 1998, a d'ailleurs émis une recommandation à ce sujet en invitant les Etats membres à intégrer la couverture du risque dépendance dans leur système de protection sociale.

Des pays d'Europe sont déjà en marche : l'Allemagne a choisi de créer en 1994 un nouveau risque « soins de longue durée » dans un dispositif assurantiel. Toute personne relevant de l'assurance maladie, quels que soient son âge et son niveau de ressources, est assurée contre le risque de dépendance. Le financement est prévu dans le cadre d'une cotisation prélevée sur le salaire brut et payée à parts égales par l'employeur et le salarié. En contrepartie de ce surcoût, les salariés ont accepté de supprimer certains jours fériés rémunérés[18]. Le Luxembourg s'est fortement inspiré de ce modèle pour réformer son système en 1998. La Suède a, en outre, fait le choix de soutenir l'aide familiale lorsqu'elle existe en octroyant une aide économique et en imaginant des services destinés à soutenir les aidants (notamment la possibilité de prendre un congé financé par l'assurance maladie pour prendre soin de proches dépendants en cas de soins d'urgence ou de fin de vie). Les pays d'Europe du Sud se basent, quant à eux, sur un système d'aide sociale avec des prestations versées au titre du handicap ou de la vieillesse.

[17] Les personnes âgées en Bourgogne, perspectives démographiques, santé et prises en charge ORS, janvier 2002.
[18] M-E Joël et C. Martin (dir), Aider les personnes âgées dépendantes, ENSP, 1998.

1. La loi du 20 juillet 2001

Le débat sur la dépendance en France

Le débat sur la dépendance en France, qui a abouti à la création de l'APA le 20 juillet dernier, a une double origine :

- d'une part, les données démographiques ont révélé l'ampleur nouvelle de la question de la dépendance dans nos sociétés, même si l'augmentation du nombre de personnes âgées n'entraîne pas forcément un accroissement mécanique de la proportion de personnes susceptibles de devenir dépendantes,

- d'autre part, les modalités qui avaient été imaginées et mises en œuvre pour prendre en charge la dépense étaient globalement insatisfaisantes. De nombreuses familles se trouvaient dans de réelles difficultés financières pour régler des frais de pension ou d'intervention à domicile.

La **Prestation Spécifique Dépendance,** qui avait vu le jour le 24 janvier 1997 et constituait une première étape dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes, faisait l'objet de nombreuses critiques. Elle traduisait toutefois une réelle avancée : il s'agissait en effet d'une prestation en nature, affectée au paiement de dépenses déterminées (contrairement à l'ACTP qui avait été trop souvent détournée de son objet). Le législateur avait en outre fait le choix d'une gestion de proximité en confiant son financement, sa gestion et son versement au Département dans lequel le bénéficiaire avait son domicile de secours.

La PSD a cependant été très critiquée et a donné lieu à la rédaction d'un « livre noir » par les associations et organismes du secteur de l'aide à domicile et le CNRPA.

Les principales critiques énoncées à son encontre étaient les suivantes :

- la faiblesse de son montant : en juin 2000, il était de 533 euros (3 500 frs) à domicile et 304.9 euros (2 000 frs) en établissement, soit un montant bien inférieur à celui de l'ACTP qui variait entre 366 et 716 euros (2 400 et 4 700 frs/mois)[19],

- elle était inégalitaire car aucun seuil minimum n'était imposé par la loi : son montant variait ainsi de 1 à 4 selon les départements. En Bourgogne, alors qu'un Côte-d'Orien dépendant résidant à son domicile pouvait espérer percevoir 591.19 euros (3 877.95 francs) en moyenne, un Saône-et-Loirien devait se contenter de 460.7 euros (3 021.99 francs). En établissement, la prestation variait plus que du simple au double : c'est dans la Nièvre que le montant de la PSD était le plus élevé (286.91 euros soit 1 882 francs) et dans l'Yonne qu'il était le plus faible (106.57 euros soit 698 francs).

[19] Source : présentation générale de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
Intervention du 29 avril 2002 à la DRASS

PSD (Chiffres arrêtés au 31.12.200 en euros)

	Départements			
	Côte-d'Or	**Nièvre**	**Sâone-et-Loire**	**Yonne**
Nombre total de bénéficiaires	861	903	1 748	620
. en établissement	466	381	1 009	395
. à domicile	395	522	739	225
Montant moyen				
. de la PSD accordée en établissement	159,75	286,91	183,55	106,57
. de la PSD accordée à domicile	591,91	480,98	460,7	488,61
Montant total des PSD versées	307 804	4 326 462	6 661 525	1 845 000
. en établissement	930 301	1 312 038	2 403 023	529 000
. à domicile	2 555 056	3 014 424	4 258 502	1 316 000
Classement par GIR des bénéficiaires de la PSD				
En établissement				
. GIR I	27 %	19,68 %	21,80 %	25,32 %
. GIR II	56 %	60,10 %	49,36 %	47,59 %
. GIR III	17 %	20,20 %	28,84 %	27,09 %
A domicile				
. GIR I	9 %	5,55 %	7,30 %	4,74 %
. GIR II	39 %	36,78 %	32,20 %	34,05 %
. GIR III	52 %	57,66 %	60,50 %	61,21 %

- les intervenants du secteur regrettaient que la dépendance ne soit pas gérée par la Sécurité sociale en devenant le "5ème risque" au même titre que la maladie, la vieillesse, la famille et les accidents du travail,

- elle ne concernait que les plus dépendants et les plus démunis, et était par conséquent très restrictive (135 000 bénéficiaires environ),

- elle était récupérable sur succession et freinait de nombreuses demandes.

L'APA remplace la PSD qui répondait, comme nous venons de le voir, de manière trop partielle et trop inégale aux besoins identifiés. Elle a donc pour objectif d'améliorer la prise en charge des personnes de plus de 60 ans confrontées à des situations de perte d'autonomie, en leur permettant de bénéficier des aides nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie courante.

Son originalité ne se situe pas seulement en termes quantitatifs (le ministère de l'Emploi et de la Solidarité estime le nombre total de bénéficiaires à 800 000) avec les conditions d'accès plus larges d'une prestation universelle et la suppression du frein psychologique du recours sur succession. Elle est aussi plus souple -notamment dans la conception du plan d'aide et ses modalités d'utilisation- et plus ambitieuse pour l'avenir avec la création du Fonds de modernisation de l'aide à domicile destiné à soutenir les actions de formation, de professionnalisation des intervenants à domicile, ainsi que l'innovation et l'amélioration de la qualité des services.

La perte d'autonomie est appréciée sur la base de la grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources)[20].

[20] L'évaluation se fait sur la base de dix variables relatives à la perte d'autonomie physique et psychique. Seules ces dix variables, dites discriminantes, sont utilisées pour le calcul du GIR :

. Cohérence : converser et /ou se comporter de façon sensée
. Orientation : se repérer dans le temps, dans les moments de la journée et dans les lieux
. Toilette : se laver seul
. Habillage : s'habiller, se déshabiller, se présenter
. Alimentation : manger des aliments préparés
. Elimination : assumer l'hygiène et l'élimination urinaire et fécale
. Transferts : se lever, se coucher, s'asseoir
. Déplacements à l'intérieur du domicile ou de l'établissement : mobilité spontanée, y compris avec un appareillage
. Déplacements à l'extérieur : se déplacer à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport
. Communication à distance : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme…

Sept autres variables, dites « illustratives », n'entrent pas dans le calcul du GIR, mais apportent des informations utiles à l'élaboration du plan d'aide :

· . Gestion : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens
· . Cuisine : préparer les repas et les conditionner pour être servis
· . Ménage : effectuer l'ensembles des travaux ménagers
· . Transports : prendre et/ou commander un moyen de transport
· . Achats : acquisition directe ou par correspondance
· . Suivi du traitement : se conformer à l'ordonnance du médecin
· . Activités de temps libre : pratiquer des activités sportives, culturelles, sociales de loisirs ou de passe temps

Chacune de ces dix sept rubriques est notée A,B, C.

· . A correspond à des actes accomplis seuls spontanément, totalement et correctement
· . B correspond à des actes partiellement effectués
· . C correspond à des actes non réalisés

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

· . le GIR 1 correspond aux personnes âgées confinées au lit, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants. Dans ce groupe se trouvent également les personnes en fin de vie.

· . le GIR 2 regroupe deux catégories majeures de personnes âgées :

- celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,

- celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités à se déplacer.

· . le GIR 3 correspond pour l'essentiel aux personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. La majorité d'entre elles n'assument pas seules l'hygiène et l'élimination anale et urinaire.

· . le GIR 4 comprend deux catégories de personnes âgées :

- celles qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. Une grande majorité d'entre elles s'alimentent seules,

- celles n'ayant pas de problèmes locomoteurs, mais devant être aidées pour les activités corporelles et les repas.

· . le GIR 5 comprend des personnes assurant seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentant et s'habillant seules. Elles ont besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

· . le GIR 6 se compose de personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

A domicile, cette perte d'autonomie est appréciée par l'un des membres de l'équipe médico-sociale en charge de l'évaluation. En établissement, elle est effectuée sous la responsabilité du médecin coordonnateur ou, à défaut, de tout médecin conventionné. L'article 17 de la loi du 20 juillet 2001 a par ailleurs créé un comité scientifique chargé d'adapter les outils d'évaluation de la perte d'autonomie.

Les quatre premiers GIR ouvrent droit à l'APA, contrairement à la PSD qui ne concernait que les trois groupes de population les plus dépendants. Les personnes classées en GIR 5 et 6 peuvent, quant à elles, bénéficier des prestations d'aide ménagère servies par le régime de retraite ou par l'aide sociale départementale.

L'APA est également attribuée dans les mêmes conditions sur tout le territoire. Elle n'est pas soumise à condition de ressources, mais son calcul tient compte des revenus du bénéficiaire. C'est une allocation personnalisée, répondant aux besoins particuliers de chaque bénéficiaire. Elle permet la prise en charge d'aides et de services diversifiés. Ainsi, elle peut être mobilisée pour financer toute une palette de services tels que l'aide ménagère, l'accueil de jour, l'accueil temporaire, les aides techniques pour la part non couverte par la Sécurité sociale ou l'adaptation du logement et de l'environnement matériel. C'est à l'usager de choisir d'utiliser la totalité ou une partie seulement du « plan d'aide » proposé, ce dernier regroupant l'ensemble des aides et services proposés. Le bénéficiaire acquittera alors une participation sur la partie du plan choisie.

En établissement, l'APA s'inscrit pleinement dans le cadre de la réforme du financement des EHPAD et aide ses bénéficiaires à acquitter le tarif dépendance (voir chapitre sur l'hébergement des personnes âgées). Le montant de l'APA en établissement est égal à la différence entre le tarif dépendance de l'établissement applicable au GIR de rattachement du demandeur et la participation laissée à ce dernier. Elle est versée au bénéficiaire, à l'établissement ou peut être intégrée dans une dotation globale afférente à l'établissement.

L'APA, comme la PSD, est gérée par les départements, en associant tous les partenaires concernés sous la responsabilité du président du Conseil général. A compter de l'enregistrement du dossier complet, les services doivent notifier leur décision d'attribution de l'APA dans un délai de deux mois. A défaut, l'allocation est accordée sur la base d'un montant forfaitaire (à savoir 533.47 euros soit 3 499.34 francs) et ce, jusqu'à notification d'une décision expresse. Il en est de même en cas d'urgence d'ordre médical ou social.

Par ailleurs, les départements peuvent passer des conventions avec des CCAS, des organismes mutualistes, des services d'aide à domicile, des CLIC… pour leur confier une partie de la mise en œuvre de l'APA, particulièrement les plans d'aide. C'est le choix qu'a fait la Côte-d'Or. Les départements ont aussi pour mission d'assurer la coordination de l'action gérontologique, dans le cadre d'un schéma gérontologique arrêté conjointement par le président du Conseil général et le préfet, avec trois objectifs :

- définir des territoires de coordination gérontologique de proximité,
- organiser l'information du public,
- organiser la coordination des prestataires en s'appuyant notamment sur les CLIC.

Pour veiller à la bonne utilisation de cette prestation, la loi a instauré un contrôle de la mise en œuvre du plan d'aide, chaque département devant en organiser les modalités. Ainsi, un mois après la notification de l'attribution, le bénéficiaire doit déclarer au président du Conseil général le ou les salariés qu'il embauche ainsi que les services qu'il utilise dans le cadre de l'APA.

Le financement de l'APA est assuré par les départements (c'est une dépense obligatoire inscrite dans le code général des collectivités territoriales) et par le Fonds de financement de l'APA qui a été créé pour accompagner sa mise en place. Il s'agit d'un établissement public national géré par le fonds de solidarité vieillesse. Les recettes de ce fonds proviennent de deux sources : une fraction du produit de la CSG (0.1 point) et une contribution versée par l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance vieillesse (ce montant est calculé d'après leurs dépenses d'aide ménagère réalisées en 2000 en faveur des personnes dépendantes). La majeure partie de ces recettes est versée aux départements pour les aider à prendre en charge les coûts relatifs au financement de l'APA. L'autre partie sert à financer des actions de modernisation des services à domicile pour personnes âgées.

En 2002, le Fonds de modernisation de l'aide à domicile est doté de 53,36 millions d'euros pour financer trois types d'actions :

- la qualification des aides à domicile : l'objectif étant de former au moins 4 000 aides à domicile supplémentaires (il y a 220 000 aides à domicile en 1999 dont 9 % seulement titulaires du CAFAD : certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile) et d'inscrire au moins 2 700 personnes dans un processus de validation des acquis.

- l'amélioration de la qualité des services ; la création de nouveaux services et la rationalisation de l'offre avec notamment le développement de la coordination entre prestataires, l'évaluation des prestations…

- des actions locales expérimentales agréées par les préfets…

L'APA constitue donc une réforme ambitieuse dans le sens d'une plus grande justice sociale, et amorce une véritable politique de la vieillesse. Elle est accompagnée d'autres mesures (politique de qualification des aides-soignants avec un plan de formation de 7 000 aides-soignants supplémentaires ; création de 20 000 places de SSIAD entre 2001 et 2005 ; plan de création de 1 000 CLIC d'ici 2005 ; programme annoncé en octobre 2001 en faveur des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer pour la création en 4 ans de 7 000 places d'accueil de jour et 3 000 places d'hébergement temporaire ; développement des unités de gériatrie dans les hôpitaux en particulier avec le renforcement des équipes en personnel spécialisé que sont les gériatres, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues ; développement des réseaux de santé pour décloisonner l'offre de soins entre la ville et l'hôpital, le sanitaire et l'hôpital, le sanitaire et le social, généralistes et spécialistes…

Il n'en demeure pas moins que la réforme n'a pas été jusqu'à la reconnaissance de la dépendance comme risque social au même titre que les risques maladie et vieillesse. En outre, ses moyens peuvent paraître dérisoires face aux besoins de prise en charge des plus dépendants à domicile : à son montant maximum 1 087 euros (7 130 francs par mois), elle permet la rémunération de 3 heures d'intervention à domicile, 7 jours sur 7.

Par ailleurs, les effets d'annonce du gouvernement et la reprise et la vulgarisation de l'information par les médias ont souvent contribué à simplifier à l'excès le dispositif et à générer de nombreuses frustrations auprès des personnes agées qui se sont crues, à tort, toutes éligibles à cette allocation. Ce sont les Conseils généraux, qui en « bout de course », ont dû faire face à ce mécontentement.

2. La mise en place de l'APA en Bourgogne

En Bourgogne, près de 24 000 personnes âgées devraient être allocataires de l'APA alors que seulement 2 900 percevaient la PSD (0,7 % de l'ensemble de la population des 60 ans et plus).

2.1. Conseil général de Côte-d'Or, l'APA : une gestion partenariale et novatrice

En Côte-d'Or, la mise en œuvre de l'APA a été conforme à ce que les services avaient prévu, à savoir que la suppression de tout recours sur succession et l'ouverture de cette prestation aux personnes en GIR 4 entraîneraient une montée en charge très rapide du dispositif.

Le département a été confronté à toutes sortes de difficultés :

- l'évaluation des besoins : combien de personnes âgées étaient potentiellement concernées et quelle était leur répartition entre établissement et domicile ?

- quelles charges financières fallait-il proposer au budget 2002 en sachant que lors de l'élaboration du budget, les décrets d'application n'étaient pas encore publiés ?

- l'évaluation des besoins en personnel pour organiser les recrutements et les formations afin d'être prêts dès le 1er janvier 2002.

- l'opérationnalité des logiciels dès le 1er janvier alors que les décrets d'application n'ont été publiés que le 21 novembre 2001.

Concernant les estimations des besoins, le Conseil général s'est fondé sur une étude de la DRASS qui évaluait le nombre de personnes âgées dépendantes de plus de 65 ans à environ 7 100 en Côte-d'Or, et a retenu une fourchette de population globale pouvant prétendre à l'APA de 7 000 à 7 500 afin de tenir compte des 60-64 ans.

Une étude réalisée par le service gérant la PSD montrait par ailleurs qu'environ 4 000 de ces personnes âgées étaient accueillies en établissement. Il restait donc potentiellement entre 3 000 et 3 500 personnes pouvant bénéficier de l'APA à domicile. C'est sur cette base que les dépenses ont été estimées en octobre, en prenant les montants de dépenses conseillés par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité, à 22 060 135 euros (144 705 000 F), représentant un surcoût de 12,5 millions d'euros (plus de 81 millions de francs) par rapport à la PSD.

Dès le mois d'octobre, l'Assemblée délibérante a accepté la création de 22 postes pour faire face à cette nouvelle prestation :

. 8 postes de travailleurs sociaux,
. 2 postes de médecins,
. 4 postes de secrétaires de l'équipe médico-sociale,
. 8 postes d'adjoints administratifs pour le traitement administratif des dossiers, le paiement des prestations et le contrôle de l'effectivité des plans d'aide.

Deux postes sont venus par la suite compléter cette équipe. Au total, l'APA a donc entraîné la création de 24 postes.

Il a également fallu trouver des locaux supplémentaires pour loger ce personnel, les équipements mobiliers, de téléphone et d'ordinateurs correspondants et adapter le logiciel informatique de gestion de la prestation.

Le Conseil général de la Côte-d'Or a en outre opté pour l'expérimentation de **la dotation globale en établissement**. Cette décision a permis d'éviter l'examen du dossier individuel de 3 533 personnes en versant directement le montant des prestations à l'établissement. Le Département a également fait le choix de ne pas examiner les ressources des personnes et a exonéré ainsi de toute participation supplémentaire au tarif dépendance les personnes âgées

dont les ressources mensuelles sont supérieures à 2 025 €. En effet, rares sont les personnes âgées en établissement (il s'agit essentiellement de femmes qui, pour la majorité d'entre elles, n'ont pas travaillé et ne perçoivent que des pensions de reversions au montant relativement faible) qui ont des revenus supérieurs à ce seuil mais surtout, cette simplification administrative permettait d'éviter la création de 10 postes administratifs pour une recette estimée au maximum à 76 000 €.

Tous les établissements ayant vocation à devenir EHPAD ont souhaité participer à cette expérimentation à une ou deux exceptions près.

La question que se pose aujourd'hui le Conseil général est de savoir si l'APA ne risque pas d'être une prestation virtuelle pour certaines personnes âgées faute de personnel à domicile.

Après les urgences de gestion du flux de demandes, la Côte-d'Or a entamé fin juin une démarche de modernisation et de professionnalisation des services à domicile. L'Assemblée départementale a adopté le 24 juin un projet de conventionnement qui s'articule autour de cinq axes :

> 1er axe : améliorer les services proposés aux personnes âgées par la professionnalisation des intervenants et la promotion de la démarche qualité (norme NF des services à domicile).

Il s'agit bien sûr de former les aides à domicile en utilisant les dispositifs législatifs ou réglementaires concernant la validation des acquis de l'expérience et/ou le nouveau diplôme d'auxiliaire de vie sociale. Il s'agit aussi d'aider à la modernisation de la gestion par l'informatisation des tâches administratives et par un meilleur encadrement des professionnels. Les associations ont d'ailleurs déjà engagé une démarche qualité sur la base des normes AFNOR.

> 2ème axe : améliorer les conditions de travail des aides à domicile en luttant contre la précarisation des emplois et en favorisant le recours aux services prestataires.

Le recours aux services prestataires a été favorisé grâce à la tarification horaire. De même les frais de transport entre deux interventions conformément à l'arrêté qui est entré en vigueur le 1er juin sont désormais remboursés. Le but premier que s'est fixé le Conseil général est de favoriser le travail à temps plein par une meilleure coordination des services, mais aussi pour lutter contre le temps partiel non choisi dans un objectif de développement durable territorialisé.

> 3ème axe : développer une campagne d'information sur les métiers de l'aide à domicile et valoriser leur image.

Il paraît important en effet de mieux informer sur ces métiers et de valoriser leur image aux yeux du grand public afin de faire face à la pénurie de personnel.

> 4ème axe : renforcer l'aide aux proches des personnes âgées dépendantes et diversifier l'offre des services.

Le soutien à domicile nécessite dans la plupart des cas un important investissement des aidants naturels. Il convient donc de les aider, de les soutenir pour favoriser et faciliter le travail des professionnels à domicile en adaptant les domiciles, en aidant au financement des aides techniques, en donnant droit au répit par l'accueil de jour et l'accueil temporaire.

Ce type d'action en direction des aidants est très novateur et signifie que la collectivité commence à se préoccuper de l'articulation entre la protection "sociale collective" et la protection "sociale familiale". C'est aussi autour de cette politique d'aide aux aidants que se joue l'avenir de la couverture du risque dépendance et la place du secteur associatif dans la production de services sanitaires et sociaux.

5ème axe : développer une politique d'observation et d'évaluation partagée afin de mieux répondre aux besoins.

Il ne suffit pas de mettre en œuvre des dispositifs, il faut aussi les évaluer, vérifier l'adéquation de l'offre aux besoins, soutenir les innovations, faire émerger les dynamismes locaux.

Actuellement une convention triennale avec l'Etat et les trois associations fédératrices des services d'aide à domicile (ADMR, FEDOSAD, Mutualité française) est en cours de négociation dans le cadre du fonds de modernisation de l'aide à domicile. Le Conseil régional a accepté d'accompagner cette démarche.

2.2. Conseil général de la Nièvre, l'APA : outil d'aménagement du territoire

Dans la Nièvre, le rythme de sollicitation du service instructeur a lui aussi été très élevé (les estimations réalisées par le Conseil général prévoyaient 4 500 bénéficiaires de la nouvelle allocation ; à la date du 27 mai, 4 200 dossiers avaient déjà été reçus).

De nombreux dossiers n'ont pu être instruits en temps voulu (à compter de l'enregistrement du dossier complet, le service ne dispose que de deux mois pour notifier au bénéficiaire la décision d'attribution) et certains allocataires perçoivent donc le montant forfaitaire de l'APA, ce qui ne va pas sans poser problème. En effet, pour les personnes qui auront trop perçu, les sommes versées à tort seront déduites sur les montants d'APA versés après examen des situations individuelles.

Six personnes ont été recrutées pour gérer les demandes d'APA. Ces « conseillers gérontologiques », à profil administratif, ont souvent été submergés par les demandes d'information des usagers. Les équipes médico-sociales, positionnées sur chacun des trois pays, ont également été renforcées par l'arrivée de 4 assistants de services sociaux et 3 infirmières. La composition de ces équipes est pluridisciplinaire : elles comptent un médecin, un travailleur social, une infirmière et un psychologue.

Le Conseil général de la Nièvre, comme celui de la Côte-d'Or, a instauré une différenciation des tarifs afin d'encourager le travail avec les associations prestataires (qui représentent plus de sécurité pour le bénéficiaire -il n'est pas employeur direct de la personne qui se rend à son domicile- et de meilleures conditions de travail pour les auxiliaires de vie) : les tarifs sont donc plus élevés quand les bénéficiaires font appel à une association prestataire que lorsqu'ils ont recours à des mandataires ou au gré à gré. Par contre, à la différence de la Côte-d'Or, il n'a pas fait le choix de la dotation globale. En établissement, chaque bénéficiaire, individuellement, perçoit le montant de l'allocation qui correspond à sa situation et qui doit lui permettre de réduire la somme totale étant à sa charge.

Le département de la Nièvre a été par ailleurs un des tous premiers en France à s'engager à soutenir le secteur de l'aide à domicile suite à la mise en place de l'APA. Une convention a ainsi été signée entre l'Etat, l'ensemble des associations prestataires d'aide à domicile (à savoir : les fédérations UDASSAD -25 associations-, ADMR -5 associations- et trois associations non affiliées- soit au total 33 associations), et le Conseil général portant sur un engagement pluriannuel de co-financement (1 202 000 euros à la charge de l'Etat au titre du fonds de

modernisation prévu dans le cadre de l'APA et 546 000 euros pour le Conseil général) pour les actions suivantes :

- le recrutement d'un chargé de projet par le Conseil général pour faire vivre la convention (il a pris ses fonctions mi-juin) ;

- l'analyse micro-territoriale de toutes les dynamiques d'emploi créées par l'APA dans les deux années à venir sur les 3 pays que compte le département. Le pays Nivernais Morvan a déjà évalué la nécessité de recrutement à 100 équivalents temps plein. Les deux autres pays seront en mesure de communiquer les résultats de cette analyse dès le mois de septembre ;

- l'engagement dans une démarche qualité (normes AFNOR) des associations prestataires (un groupe de travail a été constitué pour mener à bien cet aspect de la convention) et la réflexion sur la possibilité d'assurer une permanence à l'offre de services à domicile (24 heures sur 24, 7 jours sur 7), notamment celle de garde de nuit et la diversification des services proposés ;

- le recrutement de deux ergothérapeutes pour couvrir tout le territoire départemental afin de travailler sur l'adaptation de l'habitat des personnes âgées dépendantes ;

- le recrutement de psychologues pour assurer l'aide et le soutien psychologique des personnes âgées et de leurs familles mais aussi ceux des personnels ;

- la création de 2 CLIC sur les pays du Val de Loire et de Nevers-Sud Nivernais (il en existe déjà un sur le pays Nivernais-Morvan) pour coordonner les services gérontologiques ;

- la modernisation des services de soins à domicile : seulement 18 à 20 % des aides à domicile possèdent actuellement le CAFAD. Les partenaires se sont engagés à multiplier par trois le nombre de diplômées du DEAVS (qui va remplacer le CAFAD) en 3 ans (soit 180 personnes supplémentaires). Le programme de validation des acquis de l'expérience pourrait, lui, toucher 360 personnes : une cellule de validation des acquis a été mise en place par la Direction départementale du travail.

Par ailleurs, le Conseil général a souhaité que les difficultés de déplacement des aides à domicile soient prises en compte dans le cadre de la formation et que par conséquent les enseignements soient territorialisés et dispensés sur chacun des trois pays. Il est en outre envisagé qu'une filière des métiers de l'aide à domicile soit constituée à Château-Chinon. Enfin, il a été reconnu que la prise en compte de la qualification passait par la reconnaissance et le recrutement d'un encadrement professionnalisé (cadre infirmier ou éducateur).

Chaque association a donc été invitée à intégrer un groupe de travail pour réfléchir aux différents aspects de la convention. Les signataires de la convention sont actuellement à la recherche de financeurs supplémentaires et vont solliciter le Conseil régional.

Concernant les difficultés de recrutement de nouveaux auxiliaires de vie, un travail de repérage est mené conjointement par les responsables de circonscriptions d'actions sociales, l'ANPE, l'AFPA et la DDTEFP afin de regrouper les personnes susceptibles d'être intéressées par ce métier, pour chacun des trois territoires identifiés. Les associations souhaitent bénéficier de solides garanties en matière de recrutement : les personnes repérées, le plus souvent dans une logique de réinsertion, doivent donc « être amenées aux portes des associations » en toute sécurité. Ces personnes seront donc préalablement sensibilisées à la réalité du métier et pourront être intégrées à des chantiers d'insertion ou suivre des modules de pré-qualification. Ces plates-formes devraient être opérationnelles fin 2002.

2.3. Conseil général de l'Yonne : des réticences

Dans l'Yonne, l'APA a été mise en place dans la « douleur »[21] et avec certaines réticences. En effet, le Conseil général menait dans le cadre de la PSD, un politique à minima en direction des personnes âgées (faiblesse du montant accordé en établissement notamment) et la création de l'APA n'a fait qu'accentuer le retard pris dans ce domaine. D'autre part, l'exécutif départemental était peu enthousiaste et peu convaincu par le dispositif : les moyens mis en œuvre pour satisfaire aux nouvelles exigences de la loi ont souffert de ce manque de ferveur. Enfin, alors que les bénéficiaires potentiels avaient été estimés à environ 8 000, fin juin 9 000 dossiers d'APA avaient déjà été envoyés et 4 500 retournés : 8 500 à 9 000 personnes devraient bénéficier de l'APA d'ici la fin de cette année.

Le Conseil général, sur les estimations fournies par le ministère des Affaires sociales, avait inscrit 3 millions d'euros au budget primitif (des estimations qui lui vaudront dans le même temps de toucher 5,1 millions d'euros du fonds de péréquation). Face au coût réel de l'APA, les élus ont dû affecter 11,5 millions d'euros supplémentaires, sans être certains que ceux-ci suffiront à « boucler » l'année…

Le surcoût de l'APA dans l'Yonne est évalué à 9 469 183 euros (soit plus de 62 millions de francs) et oblige notamment le département à emprunter, pour la première fois, afin de financer la section fonctionnement de son budget.

Le Conseil général a également fait le choix de favoriser l'intervention des services prestataires. Des postes ont été créés mais tous n'ont pu être pourvus : un médecin et trois travailleurs sociaux manquent encore à l'appel.

La dotation globale n'a pas été mise massivement en place, seuls quelques établissements volontaires ont fait l'expérience de cette disposition. L'APA en établissement est donc versée à son bénéficiaire, qui doit dans un second temps la reverser à l'établissement où il est hébergé.

Pour Henri de Raincourt, président du Conseil général, il n'y a, à l'avenir, pas d'autre alternative que de réviser les modalités d'application de l'APA ou d'augmenter les impôts de 25 à 30 %, ce qui représente une mesure inenvisageable. Henri de Raincourt, tout en soulignant qu'il n'a « jamais mis en cause la nécessité de prendre en charge les personnes âgées », en appelle à un débat national tout en proposant l'étude de plusieurs pistes : le transfert du financement de la CPAM, la révision des conditions d'accès, la révision des plafonds de revenus à partir desquels l'APA ne pourrait être accordée, l'application d'une déduction fiscale intégrale pour les personnes qui contractent une assurance dépendance personnelle ou encore la mise en place du recours sur succession. Son collègue Alain HENRI s'est déclaré favorable au recours sur succession, « à condition que l'on tienne compte de ceux qui ont assuré leur insolvabilité ».

[21] Source : L'Yonne Républicaine, mardi 4 juin 2002

2.4. Conseil général de Saône-et-Loire : le choix d'une gestion de proximité

En Saône-et-Loire, le département a fait le choix de gérer seul ce dispositif et au plus proche des usagers. Les six équipes pluridisciplinaires (composées de médecins, de travailleurs sociaux et de personnels administratifs), qui avaient pour mission d'instruire les demandes de PSD sur les secteurs d'Autun, Chalon-sur-Saône, Charolles, Louhans, Macon et Montceau-Les-Mines, ont donc tout naturellement été chargées du nouveau dispositif dans son intégralité. Elles ont dû pour cela être renforcées : au total, ce sont trente personnes qui sont affectées à la gestion du dispositif.

Les services ont littéralement été submergés par les demandes d'informations et de dossiers, et n'ont pu respecter les délais légaux d'instruction. Si 1 600 personnes bénéficiaient de la PSD, l'APA sera versée à près de 9 000 personnes âgées fin 2002 alors que ce nombre n'était escompté qu'à la fin 2003. Fin mai, les décisions d'attribution de l'APA avaient déjà généré 3 000 heures mensuelles d'intervention supplémentaires gérées par les associations de la Fédération ADMR.

Le maillage efficace du territoire a permis de désamorcer plus facilement les tensions liées notamment aux conditions et au délai d'octroi de l'APA. En effet, la prise en charge s'effectue de manière très pragmatique et très souple : dès que l'équipe médico-sociale est passée au domicile de la personne, celle-ci est invitée, en fonction de l'évaluation de sa situation, à prendre contact avec les services d'aide à domicile avant même qu'une décision lui soit notifiée de manière écrite. Cette organisation évite que l'APA soit versée de façon forfaitaire et évite qu'ainsi des allocataires voient son montant revu à la baisse quelques mois après, en raison d'un trop perçu.

En établissement, le Département n'a pas opté pour la dotation globale (ce qui a évidemment contribué à l'engorgement des services) afin de conserver une lisibilité de l'action départementale. Chaque maison de retraite a reçu la visite du médecin responsable de l'antenne APA qui a validé l'évaluation du niveau de dépendance des résidents. Les observations faites au cours de ces visites constituent un outil précieux de connaissance des établissements dans la démarche de conventionnement tripartite engagée dans le cadre de la réforme de la tarification avec l'Etat et le Département. Au vu des premières conventions EHPAD signées, les objectifs identifiés portent de façon significative sur un renforcement des moyens humains (création de 100 postes dans les premières conventions).

Le Conseil général souhaite par ailleurs accompagner le développement qualitatif et quantitatif des services à domicile. Il étudie actuellement la possibilité de développer, à l'image de l'Yonne, une formation en direction des intervenants.

APA (Chiffres arrêtés au 31 mai 2002)

	Départements			
	Côte-d'Or	**Nièvre**	**Sâone-et-Loire**	**Yonne**
Nombre de dossiers enregistrés	3 300	4 138	9473	3 617
Nombre de dossiers traités	1 416	2 566	4 365	1 014
taux de rejet en %	20,40	12,40	19,95	1 7,55
Nombre de dossiers traités en forfaitaire	2	355	0	642
Nbre d'APA accordées à domicile	940	646	316	314
Nbre d'APA accordées en établissement	187	1 053	718	520
Montant moyen de l'APA accordée à domicile	480,31	530,81	481,11	485,16
Montant moyen de l'APA accordée en établissement	226,9	210	225,27	193,98
Classement par GIR des bénéficiaires de la PSD				
En établissement				
. GIR I	25,10 %	24 %		19,62 %
. GIR II	41,20 %	34 %		42,31 %
. GIR III	16 %	18 %		15,19 %
. GIR IV	17,7%	24 %		22,88 %
A domicile				
. GIR I	6,70 %	4 %	4,14 %	6,05 %
. GIR II	25,70 %	22 %	18,74 %	30,58 %
. GIR III	23,90 %	22 %	22,35 %	24,20 %
. GIR IV	43,70 %	52 %	54,77 %	22,88 %
Montant réservé à l'APA au budget primitif 2002	8 170 980	9 100 000	16 900 000	6 384 000
Projet de décision modificative : Montant réservé à l'APA au paiement des prestations	14 926 000	13 100 000	3 100 000	9 750 000

L'aide à la dépendance est donc largement décentralisée. La proximité de l'usager et des services permet, autour d'un décideur unique, une meilleure coordination des prestataires, une gestion individualisée au cas par cas, un contrôle accru du dispositif. Mais, inversement**, le risque d'inégalités sur le territoire national est plus grand** parce que les collectivités locales peuvent avoir des objectifs différents, des sensibilités variées en matière de politique dépendance et parce que le poids relatif des personnes âgées et des professionnels est variable selon les régions. Bref, la question de savoir jusqu'où il faut décentraliser et ce qu'il faut décentraliser (le financement, la gestion, le contrôle des professionnels) n'est pas complètement claire. Concrètement, cette tension entre l'exigence d'égalité pour tous, la prise en compte des spécificités locales, la gestion au cas par cas de l'aide aux personnes âgées et l'adaptation à leurs besoins, existe dans tous les départements. Cependant, cette même tension dans le cadre de l'APA a été gérée différemment par les conseils généraux et se traduit aujourd'hui par la présence de départements "pilotes" où la dépendance est souvent mieux prise en charge qu'ailleurs et où les dispositifs expérimentaux sont plus nombreux.

A la fin du 1er trimestre, l'ensemble des départements français avait reçu 438 000 demandes d'APA se répartissant pour 64 % à domicile et 36 % en établissements. 82 000 décisions ont été prises dont 87 % favorables et 1 139 recrutements ont été effectués par les Conseils généraux.

B) LE SOUTIEN A DOMICILE

1. Compenser les incapacités : l'intervention des services d'aide à domicile

L'aide à domicile définit tout à la fois **un espace géographique**, puisque comme son nom l'indique l'aide se déroule dans un lieu très précis et très marqué -le domicile des personnes qui vont être l'objet de l'aide-, mais aussi un **espace affectif psychologique** puisque le domicile est investi par la personne qui y habite, souvent depuis de très longues années.

1.1. L'aide à domicile aux personnes âgées : de 1955 à nos jours

L'histoire peut permettre de mieux déchiffrer les réalités de l'aide à domicile aux personnes âgées. Schématiquement, cette histoire se déroule sur une quarantaine d'années et peut se diviser en trois temps :

- les fondements du maintien à domicile (1955 à environ 1970),
- la montée en charge des moyens (les quinze années qui suivent),
- la remise en cause des équilibres.

Les fondements du maintien à domicile (1955 à environ 1970)

En 1950, le placement en institution était encore le maître mot des services sociaux où l'on s'efforçait de placer les gens à tous les âges de la vie. Peu à peu toutefois, des solutions à domicile ont vu le jour : à partir de 1955, apparaissent dans les principales grandes villes les services d'aide ménagère aux personnes âgées. C'est d'abord à partir du secteur privé associatif animé par des bénévoles, sans obligation légale, et financé par des crédits aléatoires, que l'aide ménagère s'est développée. Avec le décret du 7 janvier 1959, les collectivités locales se sont lancées à leur tour dans l'aventure : elles se voient en effet dotées d'outils réglementaires pour organiser dans le cadre de l'aide sociale une prestation en nature d'aide ménagère. Lorsqu'elles ne disposent pas de bureau d'aide sociale capable de pourvoir à ce service, elles versent l'ARSM[22].

En 1962, la commission d'études des problèmes de la vieillesse, présidée par Pierre LAROQUE, remet à la demande du gouvernement un rapport qui constituera un véritable « code de la vieillesse »[23]. Il pose la nécessité de garanties de ressources et suggère que « l'aide ménagère doit être étendue à tous les vieillards, sans condition de ressources sauf à exiger des bénéficiaires, dont le niveau de ressources serait supérieur au plafond retenu, une participation proportionnelle à leurs revenus et pouvant s'élever jusqu'au paiement total des services rendus ».

La montée en charge des moyens

Il convient de signaler tout d'abord le démarrage de l'allocation logement aux personnes âgées (loi du 1er juillet 1972) qui est le préalable indispensable à tout maintien à domicile. Sous le VIIème plan (1976-1980) marqué par un resserrement des contraintes (croissance moindre que prévue, crise de l'énergie…), l'aide ménagère est rangée dans les services optionnels ou facultatifs. Il n'existe alors aucun financement de la prestation comme en témoigne l'ADPA de

[22] Allocation représentative des services ménagers, il s'agit d'une prestation en espèces (art. 158 du code de la famille et de l'aide sociale)
[23] expression empruntée à Georges Mauco

Grenoble « le service est gratuit, il n'existe pas de financement si ce n'est la collecte de la journée nationale ou la lessiveuse des vieux ». Toutefois, assez rapidement, alors que le réseau s'étend sur le territoire, les financeurs (aide sociale légale et fonds d'action sociale des caisses de retraite) se mobilisent pour permettre une couverture de la prestation.

L'ordonnance du 21 août 1967 a créé, au sein du régime général, une caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV). Tout en versant les retraites, cette caisse est chargée de promouvoir une action sociale financée par le FNASSPA (ce fonds est alimenté en grande partie par prélèvements sur les cotisations vieillesse). Les objectifs de l'action sociale menée par la CNAV ont été définis par deux arrêtés de programme de 1973 (6.03.73) et de 1974 (31.01.74) qui précisent que 80 % des crédits du FNASSPA doivent être affectés à l'action individualisée et que 75 % de cette dotation doivent être consacrés à l'aide ménagère et à l'amélioration de l'habitat. Les autres régimes (MSA, Organic et Cancava) sont soumis à la même obligation.

A partir du 1er août 1977, l'obligation alimentaire familiale est supprimée pour la prise en charge par l'aide sociale de l'aide ménagère. Pour les personnes dont les ressources sont supérieures au minimum vieillesse, ce sont les caisses régionales d'assurance vieillesse (actuellement CRAM) qui instituent cette même aide sur leurs fonds d'action sociale. Les bénéficiaires paient un « ticket modérateur » en fonction de leurs ressources et du volume d'heures d'aide ménagère qu'ils reçoivent. Il ne s'agit pas encore d'un droit mais d'une prestation dite facultative. Ces dispositions réglementaires vont contribuer à l'essor des services d'aide à domicile pendant la période allant de 1971 à 1981 comme l'illustre le tableau ci-dessous.

Evolution des services d'aide à domicile de 1971 à 1981

	1971	**1981**
Personnes aidées (la plupart des personnes âgées)	33 000	200 000
Associations ou services	371	800
Heures d'aide ménagère	5 759 470	29 000 000
Aides-ménagères	10 000*	28 000**

Source : Guide de l'aide à domicile, Dunod, 2002

* dont 88 % à temps partiel

** ce qui représente alors 65 % de l'activité nationale dans ce secteur (1)

(1) En 1999, l'Unassad compte plus de 1 000 associations et CCAS, 500 000 personnes aidées, 70 000 salariés

Reste que même dans ce contexte favorable, l'aide ménagère demeure une prestation aléatoire. Par ailleurs, « le taux de remboursement » déterminé à l'origine en fonction de l'importance du bénévolat dans ce secteur est fixé forfaitairement, ce qui explique qu'il se révèle insuffisant aujourd'hui pour prendre en compte la quasi-disparition des initiatives bénévoles.

La remise en cause des équilibres

De 1990 à 2000, pas moins de sept rapports officiels[24] sont demandés par les gouvernements successifs, traduisant les atermoiements de la politique vieillesse.

Parallèlement à ces questionnements, le secteur de l'aide à domicile subit certaines dérégulations : ouverture aux entreprises lucratives, concurrence entre opérateurs sociaux… L'émergence des politiques publiques de l'emploi dans le secteur de l'aide à domicile a en effet contribué à troubler un secteur d'action sociale en train de s'organiser. Comme il a été dit, le secteur de l'aide à domicile a commencé son activité de façon bénévole auprès des familles ; petit à petit une professionnalisation a vu le jour, d'abord financée sur fonds privés, puis par un relais des conseils généraux ou caisses de sécurité sociale. Son organisation, structurée sous forme d'un organisme employant du personnel aidant des particuliers à leur domicile, a été touchée de plein fouet par les mesures Seguin pour l'emploi, qui ont institué une exonération de charges sociales patronales pour l'intervention auprès de personnes âgées à leur domicile sous la réserve que celles-ci soient employeurs.

Dès lors la distorsion de concurrence entre le service d'action sociale prestataire et le particulier employeur (charges sociales différentes, non-assujettissement de l'employeur particulier à la formation continue, non prise en charge des déplacements des salariés d'une maison à une autre…) implique un développement de la formule particulier-employeur avec une succession de temps partiels émiettés pour les intervenants ; en conséquence les services mandataires se créent ou se développent. La loi Aubry du 31/12/91 instituera l'agrément des organismes et des formations spécifiques pour les intervenants, dont la fonction est d'aider le particulier employeur dans la fonction d'employeur, mais qui essaie aussi de favoriser à la fois une intervention de qualité pour le particulier en tant que personne aidée et d'aider le salarié à se constituer un véritable emploi.

Le plan quinquennal pour l'emploi institue le chèque emploi-service, qui simplifie les démarches pour le particulier employeur et aggrave encore la distorsion de concurrence. La loi du 16 janvier 1996 portant sur le développement de l'emploi dans les services à domicile élargit le champ d'application du chèque emploi-service, modifie le régime de l'agrément à travers l'agrément qualité (qui impose des règles de qualité de service à l'organisme mandataire alors même qu'il n'est pas employeur), ouvre le champ de l'agrément à l'entreprise privée lucrative et institue le titre emploi-service (cofinancement par un tiers payeur d'une intervention prestataire au domicile). Cette loi laisse le particulier employeur sans obligation de qualité ni d'agrément, ni de contrôle de sa fonction employeur : seule obligation pour lui, la cotisation à la formation continue à un taux réduit (0.15 %). Notons enfin que l'agrément n'est obligatoire que pour faire bénéficier l'usager de la réduction d'impôt ou pour que la prestation puisse être payée par titre emploi service.

---

[24] « Commission nationale d'études sur les personnes âgées dépendantes », Théo Braun, Année Cleirppa, n° 179, décembre 1987 ;« Rapport sur les personnes âgées dépendantes », J-C Boulard n° 2135, présidence de l'assemblée nationale, 20 juin 1991 ; : « Dépendances et solidarités » Pierre Schoplin, La Documentation française 1991 ; 1997 : « Contrats d'études prospectives de l'aide à domicile et des employés de maison », ministère du Travail, DGEFP, juillet 1997 ; « Rapport sur les services d'aide aux personnes », Michel Thierry et Véronique Hespel, Inspections générales des affaires sociales et des finances, 1998 ;« Vieillir en France » Paulette Guinchard-Kunsler, rapport au Premier ministre, 1999 ; « Aide personnalisée à l'autonomie », Jean-Pierre Sueur, rapport au ministère de l'Emploi, 2000.

Malgré ces difficultés, l'aide à domicile aux personnes âgées grandit, assure des alliances structurelles avec d'autres services et renforce ses possibilités de propositions avec les pouvoirs publics et les financeurs, soit dans le cadre de chaque fédération, soit dans celui plus vaste du COFSAD[25] ou de l'UNCASS.

L'arrivée de l'APA bouleverse complète la donne. Les services d'aide à domicile vont connaître de profondes mutations dans les années à venir : forte augmentation de l'activité, professionnalisation des intervenants, mise en œuvre de la démarche qualité, etc…

De 1987 à ce jour, le concept de l'aide à domicile a donc été traversé, bousculé, envahi par une tourmente réglementaire soucieuse à la fois de création d'emplois et d'économies publiques, entraînant du même coup l'aide à domicile dans un mouvement marqué par la **perte de repères identitaires**[26]:

- confusion des genres : relation d'aide/prestation de service,
- confusion des métiers : aide à domicile/femme de ménage - aide ménagère/aide soignante,
- confusion des modes juridiques d'exercice professionnel emploi direct/emploi salarié,
- confusion des politiques publiques incitatives : charges sociales/mesures fiscales,
- confusion entre fins et moyens.

1.2. Les systèmes d'aide proposés

Comme le CESR l'a récemment décrit dans son avis du 16 février 2001 sur les emplois de proximité, il existe deux grands systèmes d'intervention :

- le cadre prestataire : le service proposant d'intervenir auprès d'une personne est l'employeur du personnel ; la personne aidée rémunère directement le service. Dans la plupart des cas, un tiers payeur ayant passé convention avec le service assure une prise en charge partielle ou totale,

- le cadre mandataire : le service effectue un « placement de travailleur » dont la personne demandeuse du service devient l'employeur. La personne aidée rémunère directement son salarié et s'acquitte auprès du service mandataire des frais de gestion.

Les services peuvent poursuivre simultanément les deux activités ; en effet si 31 % des services recensés en 1999 déclaraient une activité prestataire exclusive et 6 % une activité mandataire exclusive, 63 % en revanche poursuivent une double activité.

Il existe une autre possibilité d'intervention : celle du gré à gré. Dans ce cas, les personnes âgées ne passent pas par un service d'aide à domicile et rémunèrent directement la personne qu'elles recrutent elles-mêmes.

La taille des services d'aide à domicile est très variable. Toutes catégories confondues, on observe des services intervenant auprès d'une dizaine de personnes et d'autres auprès de centaines.

---

[25] Comité français des services d'aide à domicile regroupant l'ensemble des fédérations

[26] Guide de l'aide à domicile, sous la direction de Florence LEDUC avec Bernard Escalère, Denis Mennessier, Bernard Ennuyer, Sylviane Fior, Dunod, Paris 2001

Les personnes âgées représentent en moyenne 80 % des personnes aidées. L'activité prestataire est majoritaire (66 % des personnes aidées).

Une enquête de la DRESS[27], réalisée en 1999, a permis de dénombrer 7 000 services d'aide à domicile s'adressant à 1 400 000 personnes en France. Il y aurait environ 90 000 aides à domicile représentant 45 000 équivalent temps plein. Les personnels administratifs ne représentent que 5 % de l'ensemble de l'effectif.

Des bénévoles concourent également à la conduite de l'activité des services d'aide à domicile mais beaucoup moins que par le passé et essentiellement à des postes d'encadrement.

1.3. Le financement des services d'aide à domicile

Il est complexe et attaché à la situation de chaque personne. Il est stratifié à la fois en fonction des publics (personnes âgées, malades, handicapés) et à l'intérieur de chaque catégorie de population en fonction de conditions administratives. Certains dispositifs peuvent se compléter, d'autres sont exclusifs, d'autres enfin subsidiaires.

Avant la mise en place de l'APA, la majorité du financement des services d'aide à domicile était à la charge des caisses de retraite. Ce financement reste d'ailleurs à leur charge pour les personnes en GIR V et VI. Dans ce cadre, il est forfaitaire et ne prend pas en compte la réalité du prix de revient de chaque structure. Le taux de référence a longtemps été fixé par la CNAV. Ce taux a ceci de paradoxal qu'il est un « taux de participation » et non un « taux de remboursement », mais que les dispositions conventionnelles ne permettent pas aux services prestataires de réclamer aux bénéficiaires du service un ticket modérateur permettant de couvrir le prix de revient.

Ce montant forfaitaire a pour conséquence d'être insuffisant pour bon nombre de services qui doivent s'assurer par ailleurs des versements de subventions, notamment auprès des collectivités locales. Cette situation a perduré pendant de nombreuses années et est porteuse d'enjeux économiques considérables, tant il est vrai que certaines structures sont fragilisées ou que pour s'adapter au taux de participation elles doivent renoncer à ce qui fonde leur professionnalisme ou reporter sur les personnels l'insuffisance des financements. Certaines aides à domicile ne perçoivent pas d'indemnités kilométriques…

La constitution des coûts a pourtant beaucoup évolué au cours des dernières années du fait de l'impact différencié des mesures d'ordre législatif : allègement des charges sur les bas salaires, proratisation de l'allègement des charges, plus récemment application de l'aménagement et de la réduction du temps de travail. A cela vient s'ajouter la différence des charges entre structures dépendant essentiellement du ratio du personnel d'encadrement, du prix du loyer et de la taille des structures.

Le financement des services d'aide à domicile dans le cadre de l'APA est assuré majoritairement et de façon forfaitaire par les Conseils généraux. Même si les tarifs peuvent être négociés par les associations prestataires et mandataires, toutes, quelles que soient leurs contraintes, perçoivent le même montant pour une heure d'intervention. Or, les coûts réels d'intervention ne sont pas identiques lorsqu'on intervient dans des zones où l'habitat est resserré ou en rural isolé.

[27] N. Dutheil, in Etudes et résultats, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, novembre 2000.

1.4. La situation en Bourgogne des services d'aide à domicile

Alors que l'offre de service en Côte-d'Or, dans la Nièvre et l'Yonne est relativement structurée, la Sâone-et-Loire offre un tout autre tableau. Les fédérations y sont moins nombreuses et moins organisées que dans les trois autres départements.

En Bourgogne, plus de 14 800 personnes ont bénéficié d'une aide-ménagère à domicile en 1998, soit près de 5 % des personnes âgées de 65 ans et plus.

Nombre et pourcentage de bénéficiaires d'aide ménagère dans la population des 65 ans et plus par département en Bourgogne en 1998

	Effectif	**%**
Côte-d'Or	4 275	5,2
Nièvre	2 532	4,8
Saône-et-Loire	5 072	4,5
Yonne	2 960	4,4
Bourgogne	**14 839**	**4,7**

Sources : CRAM, MSA, conseils généraux

2. Soigner : le rôle des SSIAD et des activités libérales de proximité

2.1.Les services de soins infirmiers à domicile

Les services de soins infirmiers à domicile sont nés en 1981 (décret du 8 mai) de la volonté d'organiser des soins prolongés, mieux coordonnés que ne le permettent les interventions à l'acte. Ils ont été portés initialement par des associations d'aides-ménagères qui, en CRISMS, ont obtenu que des soins à domicile viennent s'ajouter à l'organigramme de leurs services.

La création des SSIAD est donc relativement récente. Jusqu'en 1986, la montée en charge des soins a été rapide et volontariste puisqu'il y eut 780 services ouverts et 45 000 bénéficiaires. L'objectif est d'assurer, sur prescription médicale, aux personnes âgées malades ou dépendantes, les concours nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou d'autres soins relevant d'autres auxiliaires médicaux (pédicure par exemple).

L'intervention de ces services s'inscrit dans plusieurs situations :

- pour éviter une hospitalisation lors de la phase aiguë d'une affection pouvant être traitée à domicile,

- pour faciliter le retour à domicile après une hospitalisation,

- pour prévenir ou retarder la dégradation progressive de l'état de santé des personnes.

L'autorisation de créer un service de soins infirmiers est accordée par le préfet à la suite de consultations diverses, notamment des organisations représentatives des infirmiers libéraux et tout naturellement auprès de la commission régionale de l'organisation sanitaire et sociale. Cette autorisation comprend le nombre de places accordées au regard des besoins estimés dans

l'aire géographique sur laquelle le service est appelé à intervenir. L'autorisation préfectorale a valeur d'autorisation de fonctionnement et de dispense de soins aux assurés sociaux.

Les soins professionnels sont assurés essentiellement par deux catégories de personnels :

- des infirmiers afin d'assurer des actes inscrits dans leur champ de compétence mais également pour organiser le travail des aides-soignants et assurer la coordination des soins avec l'exercice éventuel d'autres auxiliaires médicaux,

- des aides-soignants afin d'assurer les soins d'hygiène générale et les concours nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie ; ils sont placés sous la responsabilité des infirmiers et il est spécifié que leurs interventions s'arrêtent là où commencent celles des aides ménagères,

- des pédicures ou autres auxiliaires médicaux peuvent être appelés par le service autant que de besoin,

- un cadre infirmier dont la mission est d'organiser les soins,

- des infirmiers libéraux peuvent passer convention avec le service de soins infirmiers.

Le financement est assuré par les régimes d'assurance maladie et versé au service de soins sous la forme d'un forfait global et annuel.

Il arrive malheureusement que des lits autorisés ne soient pas financés. Or, les services de soins infirmiers en Bourgogne ne peuvent plus d'ores et déjà faire face aux demandes. A titre d'exemple, le SSIAD intervenant sur l'agglomération dijonnaise est en attente du financement de 6 lits dont la création a été autorisée en 2000 alors que tous les jours l'infirmier coordonnateur ne peut donner satisfaction à plusieurs familles, confrontées à des situations dramatiques et à la recherche de solutions pour leurs aînés.

Par ailleurs, les SSIAD sont actuellement confrontés à d'importants problèmes de recrutement. Aux Sièges dans l'Yonne, la responsable a déclaré avoir perdu en un an deux aides-soignantes, qui ont choisi d'intégrer des services hospitaliers. Faute de moyens en personnels, des places autorisées et financées ne peuvent ainsi être occupées. C'est le cas à Coulanges-la-Vineuse ou encore à Chablis.

Il convient de préciser que les écarts de rémunération (environ 305 euros/mois pour une aide soignante) entre le secteur hospitalier et celui du domicile, en période de forte tension sur le marché du travail, pénalisent fortement les SSIAD. En outre, il est très difficile pour les SSIAD d'attirer les aides-soignants récemment diplômés qui ont été formés par et prioritairement pour le secteur hospitalier. A cela viennent s'ajouter des conditions de travail parfois difficiles ! En effet, la majorité des SSIAD fonctionnent 7 jours sur 7. Sur les 35 patients du SSIAD des Sièges, 24 reçoivent chaque jour une visite et 8 deux visites. De plus en plus de patients (en raison de l'évolution de la grande dépendance et des progrès de la médecine) doivent en outre bénéficier de soins durant la nuit.

La couverture du territoire bourguignon par les SSIAD n'est donc pas satisfaisante : non seulement il existe des secteurs insuffisamment couverts mais aussi de larges zones géographiques oubliées, et ce notamment en rural. En 2001, on recensait 76 services de soins infirmiers à domicile sur la région, soit plus de 2 200 places. L'offre en services de soins à domicile dans la région, 15 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus, est proche de

celle de la France métropolitaine (14 places pour 1 000). L'offre est plus importante dans l'Yonne et dans la Nièvre (16 à 17/1 000) que dans les deux autres départements (14 à 15).

Source Statiss 2001 DRASS Bourgogne – Enquête EHPA – FINESS

Localisation	Bourgogne	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne
Services de soins à domicile					
. nombre de services	**76**	21	14	23	18
. nombre de places	**2 267**	576	406	743	542
Taux d'équipement en places de services de soins à domicile	**15,08**	14,74	16,12	13,86	16,72

Taux d'équipement en services de soins à domicile en France en 1999 : 15,21 places

Les SSIAD sont également confrontés à la pénurie grandissante d'infirmiers libéraux avec lesquels ils sont autorisés à conventionner, et ce particulièrement en milieu rural. Le secteur de Villeuneuve l'Archevêque a ainsi vu le départ de deux de ses infirmières libérales en moins de deux ans. La qualité du service rendu à la personne âgée souffre de cet état de fait : des toilettes sont parfois réalisées à 11 heures 30 le matin et les soins peuvent manquer de coordination (le kinésithérapeute peut se présenter au domicile de la personnes âgée alors que celle-ci n'a pas encore été levée).

En outre, il existe un important facteur de dysfonctionnement des SSIAD : la logique du forfait initié en 1981 devait permettre d'envisager dans les services de soins infirmiers des admissions de personnes nécessitant des charges en soins variables. Or, l'observation de l'évolution des services laisse apparaître qu'au fil du temps et des contrôles médicaux, les services interviennent davantage auprès d'individus présentant des profils moyens, qu'auprès des personnes ayant besoin de soins lourds ou légers[28]. En effet, pour équilibrer les budgets, les responsables de SSIAD ne peuvent parfois pas accepter de soigner les personnes les plus lourdement dépendantes ou en fin de vie -alors même que ce sont celles pour qui les soins ont le plus besoin d'être coordonnés- car ce sont aussi celles qui coûtent le plus cher ! La logique financière entre ainsi en contradiction avec les raisons d'être mêmes de ces services.

En rural, en sus de la lourdeur de la prise en charge, la localisation géographique peut aussi devenir discriminante. En effet, le temps de trajet (et son coût) grève les budgets des associations gestionnaires et les responsables doivent parfois être attentifs à cet aspect au moment de l'examen d'une situation de prise en charge. A titre d'illustration, certaines aides-soignantes du SSIAD des Sièges passent 10 heures par semaine sur les routes dans le cadre de leur temps de travail.

Par ailleurs, le partage des compétences entre les différents professionnels de l'intervention à domicile souffre de zones d'ombres. C'est le cas des toilettes. Il peut s'agir d'un soin lorsque l'état de santé de la personne l'exige, mais il peut tout autant s'agir d'un acte essentiel de la vie quotidienne pouvant être délégué aux différents professionnels exerçant un métier à domicile (auxiliaires de vie, assistants de vie, aides à domicile) sous condition de formation et d'encadrement. Une clarification sur ces questions articulée avec la démarche d'évaluation

[28] G. Podevin, M. Ternisien, W.Mekkaakia, M. Rossignol, F. Leduc, P. Caroux, Actes du colloque du 4 février 1999, Ufassad, Uriopps, Fehap Ile de France, 1999.

individuelle de la personne aidée améliorerait sans aucun doute la qualité des interventions à domicile.

Le secteur fait actuellement l'objet d'un projet de décret « relatif aux conditions de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile »[29]. Ce projet vise plusieurs objectifs :

- étendre le bénéfice de l'accès aux soins à domicile à des personnes de moins de 60 ans en supprimant la spécificité de ces services initiés,

- améliorer les conditions de coopération entre soins infirmiers et aides à domicile par un système de conventionnement,

- prévoir le recrutement de psychologues et d'ergothérapeutes pour permettre une prise en charge plus globale de la personne.

Des évolutions s'avèrent donc nécessaires, car les soins à domicile jouent un rôle essentiel et central dans la prise en compte des personnes âgées en perte d'autonomie, parallèlement à la mise en place de l'APA et dans une conjoncture hospitalière qui voit raccourcir les durées d'hospitalisation.

2. 2. Les activités libérales de proximité

Le soutien à domicile nécessite également, à proximité du domicile des personnes âgées, la présence de professionnels de santé.

Contrairement à nombre de commerces et services aux particuliers, les services médicaux de proximité (médecin généraliste, infirmier, pharmacien) se sont généralisés sur le territoire et rapprochés des populations[30]. Toutefois, cette situation globalement satisfaisante cache de fortes disparités spatiales.

Ainsi, en Bourgogne, deux zones apparaissent fortement défavorisées : le nord-ouest de la Côte-d'Or et le centre du Nivernais. Dans la première, cinq cantons ne comptent aucune commune ayant conjointement les trois principaux services de médecine libérale : Baigneux-les-Juifs, Grancey-le-Château-Neuvelle, Recey-sur-Ource, Aignay-le-Duc et Saint-Seine-L'Abbaye. Cinq cantons sont également dans ce cas dans la partie centrale de la Nièvre : Brinon-sur-Beuvron, Corbigny, Saint-Saulge, Châtillon-en-Bazois et, plus à l'Est, Montsauche-les-Settons.

Le dentiste, le masseur-kinésithérapeute et le laboratoire d'analyses médicales se distinguent des autres activités de médecine libérale par une plus faible proportion de communes dotées de ces services et donc par un plus grand éloignement des citoyens.

---

[29] Guide de l'aide à domicile, sous la direction de Florence LEDUC, Dunod , Paris , 2001.

[30] Les équipements de santé en Bourgogne : des évolutions géographiques notables , INSEE Bourgogne dimensions, n°69- février 2000

Les activités libérales « de proximité »

Sources : INSEE - SCESS, Inventaires communaux 1980 et 1998

	Nbre de communes en Bourgogne	Médecin généraliste			Infirmier diplômé d'Etat			Pharmacie		
		% de communes équipées		Temps d'accès [2](en mn)*	% de communes équipées		Temps d'accès (en mn)*	% de communes équipées		Temps d'accès (en mn)*
		1980	1998	1998	1980	1998	1998	1980	1998	1998
Pôles urbains	63	71	87	6,9	73	81	5,8	65	76	5,8
Communes périurbaines	462	16	25	8,3	18	26	8,3	11	14	8,2
Rural sous faible influence urbaine	502	13	15	8,3	13	18	8,8	10	10	8,6
Pôles ruraux	29	72	79	4,3	72	76	3,0	76	79	4,8
Périphérie des pôles ruraux	291	5	7	9,0	7	10	10,1	3	3	9,3
Rural isolé	697	16	17	9,5	14	16	10,3	13	14	9,7
Bourgogne	**2 044**	**16**	**20**	**8,8**	**16**	**20**	**9,3**	**13**	**14**	**8,9**

* Temps calculé pour les communes non équipées

La desserte en médecins de ville des personnes âgées[31]

Début 2001, on comptait 1 578 généralistes libéraux sur l'ensemble du territoire bourguignon. Parmi eux, 219 avaient plus de 55 ans (soit 14 %).

En Bourgogne, 177 communes disposent d'un seul médecin, soit 44 % des communes desservies. Parmi ces communes, 22 comptent un seul médecin âgé de plus de 55 ans. Le renouvellement des médecins sur ces territoires est par ailleurs loin d'être assuré, eu égard notamment à la désaffection des jeunes médecins pour les zones rurales.

L'isolement et le vieillissement des médecins posent problème pour la desserte de ces zones et pour l'exercice de certaines missions, comme la participation aux gardes et aux urgences.

Par ailleurs, on observe que les médecins sont concentrés dans les zones où la population âgée est relativement la plus faible, alors même que celle-ci constitue les principaux usagers de leurs services. Un constat identique peut être dressé pour les infirmiers libéraux.

Afin de lutter contre le processus de désertification, la loi de financement de la sécurité sociale 2002 prévoit l'octroi d'une aide à l'installation des professionnels médicaux et paramédicaux en milieu rural. Pour cela, d'ici le mois d'octobre une typologie sera réalisée (en collaboration avec l'ORS et l'URCAM) afin de déterminer les espaces prioritaires en Bourgogne, eu égard à l'examen par canton de critères sociaux, de l'état de l'offre de soins actuelle et des critères de démographie pure (population de plus de 65 ans, population dépendante…).

Cette prime, cependant, ne pourra résoudre à elle seule le problème de l'installation des médecins dans le monde rural. Ces derniers, comme l'a montré une étude réalisée par l'UPMLB sur les facteurs déterminant l'installation des médecins, sont particulièrement attentifs aux facteurs extra professionnels tels que la possibilité pour leur conjoint de trouver un emploi, l'environnement socio-culturel, l'offre scolaire pour les enfants. Seulement 12 % des étudiants en dernière année de médecine envisagent de s'installer en milieu rural.

Globalement, les résultats de cette étude montrent que les médecins, à l'image de toute la société, aspirent à une qualité de vie supérieure, non pas tant en terme de rémunération qu'en terme de temps disponible pour les loisirs et la vie privée. L'augmentation du numerus clausus ne résoudra donc pas tous les problèmes. Il faut penser de manière plus large aux questions d'aménagement du territoire.

En conséquence, l'idée de réaliser des maisons médicales voit peu à peu le jour. Il s'agit de regrouper sur un même site plusieurs professionnels (médecins, infirmiers, dentistes…) afin de rompre l'isolement et de favoriser l'installation de jeunes professionnels. Le Conseil général de l'Yonne a décidé de s'engager récemment dans cette voie et va participer financièrement à la création de maisons médicales pour tenter de faire face à la pénurie de soignants en milieu rural. La maison de retraite des Tuileries à Epoisses souhaite réserver, quant à elle, un espace dans son projet d'extension, aux professionnels libéraux afin que ceux–ci puissent y installer leurs cabinets.

[31] Les personnes âgées en Bourgogne : perspectives démographiques, santé et prises en charge, ORS, janvier 2002

Il existe toutefois des freins importants à ce type d'initiative : il n'est prévu actuellement aucun financement institutionnel et les porteurs de projet doivent aller frapper à toutes les portes, mais aussi certains professionnels, habitués à une pratique individualiste, manifestent peu d'enthousiasme à l'idée de travailler en équipe. Les jeunes professionnels, toutefois, ont été 80 % à déclarer dans l'enquête réalisée par l'UPLMB souhaiter travailler en groupe (allègement de la charge de travail avec la possibilité d'organiser des gardes mais aussi culture nouvelle plus ouverte sur l'interdisciplinarité).

La formation (initiale et continue) doit être adaptée afin d'intéresser à la pratique de la médecine en milieu rural. Actuellement, il n'existe aucun terrain de stage obligatoire en milieu rural.

Si l'on rapporte l'offre de soins au nombre de personnes âgées, on observe de fortes variations selon les départements : de 4 pour 1 000 à 6 pour 1 000 habitants de plus de 65 ans.

On retrouve également des écarts importants de densités selon les départements pour d'autres professions de santé libérales, notamment les infirmiers libéraux (2 à 4/1 000) et les masseurs-kinésithérapeutes (3 à 4/1 000).

On dénombre début 2001, 1 115 infirmiers libéraux et 1 007 kinésithérapeutes libéraux en Bourgogne.

Les médecins généralistes libéraux en avril 2001

	Nombre	Age moyen	Densité/1 000 hbts de plus de 65 ans	« Clientèle » moyenne de plus de 65 ans
Côte-d'Or	531	47	6,5	155
Nièvre	219	48	4,1	241
Saône-et-Loire	506	47	4,5	224
Yonne	322	48	4,8	209
Bourgogne	**1 578**	**47**	**5,0**	**200**

Sources : URCAM Bourgogne, INSEE

Les généralistes libéraux de plus de 55 ans en avril 2001

	Nombre	Part des plus de 55 ans
Côte-d'Or	73	14 %
Nièvre	34	16 %
Saône-et-Loire	69	14 %
Yonne	43	13 %
Bourgogne	**219**	**14 %**

Source : URCAM Bourgogne, INSEE

Les infirmiers libéraux en avril 2001

	Nombre	Age moyen	Densité/1 000 hbts de plus de 65 ans	« Clientèle » moyenne de plus de 65 ans
Côte-d'Or	303	46	3,7	271
Nièvre	109	42	2,1	485
Saône-et-Loire	425	43	3,7	267
Yonne	278	45	4,1	243
Bourgogne	**1 115**	**44**	**3,5**	**283**

Sources : URCAM Bourgogne, INSEE

Les masseurs-kinésithérapeutes libéraux en avril 2001

	Nombre	Age moyen	Densité/1 000 hbts de plus de 65 ans	« Clientèle » moyenne de plus de 65 ans
Côte-d'Or	323	42	3,9	254
Nièvre	138	47	2,6	383
Saône-et-Loire	330	45	2,9	344
Yonne	216	44	3,2	312
Bourgogne	**1 007**	**45**	**3,2**	**314**

Sources : URCAM Bourgogne, INSEE

3. Adapter le lieu de vie

L'amélioration du logement est souvent une condition essentielle du soutien à domicile pour une personne âgée en perte d'autonomie. Il convient de rappeler que même si les logements insalubres ou ne répondant pas aux normes modernes de l'hygiène ne représentent plus qu'une part minime du parc immobilier français, ils restent concentrés entre les mains de personnes très âgées. Ainsi, comme l'a rappelé le CESR dans son avis sur l'habitat en milieu rural (25 juin 2001) un quart des logements habités par les plus de 75 ans ne répondent pas aux normes du confort moderne (salle de bains, toilettes dans l'appartement, etc).

Confort des résidences principales en Bourgogne

Confort	Côte-d'Or	Yonne	Saône-et-Loire	Nièvre
WC à l'intérieur du logement	97,3 %	96,8 %	97,3 %	96 %
ni baignoire, ni douche	1,4 %	2,9 %	2,7 %	4,2 %
baignoire ou douche	97,6 %	97 %	97,2 %	95,7 %
pas de chauffage central	14,4 %	22,9 %	18,6 %	28,1 %

Source : INSEE-Recensements de la population de 1990 et 1999

En outre, une bonne moitié des travaux destinés à aider les personnes âgées dépendantes à continuer de vivre à leur domicile touche au gros œuvre : toiture, canalisations… et représente un investissement souvent considérable pour les personnes âgées pour lesquelles le recours au prêt est peu facilité.

Par ailleurs, comme le rappelle une récente étude[32] de l'ORS, réalisée dans le cadre du Programme régional de santé, peu de personnes ont projeté leur dépendance et les modifications sont apportées au coup par coup : ici, il s'agit d'aménager une chambre, de remplacer une baignoire par une douche…

Certaines personnes âgées ne sont pas informées, voire ne connaissent même pas l'existence des produits pouvant faciliter leur vie à domicile. Ainsi des personnes, qui ont déjà vécu dans des fermes sans salle de bains, se contenteront d'une toilette à l'évier « comme avant », sans que cela soit considéré comme un problème. De même, la question de l'utilisation d'un lit médicalisé n'est pas spontanément abordée par les personnes âgées qui s'aménageront un lit dans un fauteuil. Ce n'est bien souvent que l'intervention d'un professionnel qui permettra de répondre à ses besoins, et quand une décision d'aménagement est négociée et trouve un financement, les personnes âgées se plaignent des délais trop longs pour l'obtention de l'aide et la réalisation du projet.

L'habitat a trop longtemps été occulté et insuffisamment pris en compte dans l'analyse de la dépendance, et les ergothérapeutes sont trop souvent cantonnés au sein des institutions sanitaires et médico-sociales alors même que l'objectif poursuivi par un certain nombre de celles-ci est le retour au domicile et à l'autonomie… Ces professionnels jouent, en effet, un rôle essentiel dans l'évaluation technique, psychique et cognitive de l'environnement de la personne âgée : adaptation du mobilier, accessibilité du logement, conseil aux proches…

Des aides financières existent mais elles sont si nombreuses et leurs conditions d'attribution si complexes qu'il est difficile de s'y repérer. Pas moins de six organismes différents répartissent les aides entre les demandeurs : la CNAV, la DDE (ministère de l'Equipement et du Logement), l'ANAH, les ADIL, la CNAM, certains conseils généraux… Ces aides financières à l'adaptation des logements représentent une pièce essentielle de l'aide aux personnes âgées. Elles sont pour la plupart attribuées sous condition de ressources.

Les principales aides mobilisables sont les suivantes :

. **La PAH** : elle constitue un petit « coup de pouce » en faveur de l'amélioration de l'habitat des propriétaires disposant de faibles ressources.

Cette prime est accordée pour des travaux d'amélioration de logements anciens. Elle est réservée aux propriétaires occupant un immeuble de plus de vingt ans et dont les ressources n'excèdent pas 70 % des plafonds des anciens prêts pour l'accession à la propriété. Le taux de base de la subvention est de 20 %. Il peut être augmenté en fonction de circonstances particulières comme de très faibles revenus.

Les travaux concernés sont ceux destinés à l'amélioration du confort, de la salubrité, de l'équipement et de la sécurité ; les travaux d'économie d'énergie ; les travaux d'adaptation ou d'accessibilité pour les besoins des personnes handicapées physiques ou des travailleurs manuels ou travaillant de nuit (isolation phonique…).

[32] Un regard sur les besoins des personnes âgées dépendantes et des aidants bénévoles en Côte-d'Or, ORS, janvier 2002.

La prime est limitée à 2 135 euros, ce qui représente un montant relativement faible quand on sait le coût du gros œuvre. Elle ne concerne en outre qu'un nombre très faible de bénéficiaires étant donné le niveau peu élevé du plafond de ressources, qui exclut pratiquement toutes les personnes ayant des revenus supérieurs à 9 146 euros par an (60 000 francs). La conséquence en est qu'aujourd'hui les seuls bénéficiaires de la PAH (essentiellement des retraités et des personnes inactives) ont des ressources si faibles, qu'ils n'ont pas les moyens financiers d'apporter le complément indispensable à la prime pour financer les travaux de rénovation.

. **La Subvention pour la suppression de l'habitat insalubre** : c'est une aide du ministère de l'Equipement qui concerne des logements dont l'état d'insalubrité doit faire l'objet d'un constat préfectoral, mais non d'une interdiction définitive d'habiter ou d'un arrêté de péril.

Pour bénéficier de cette subvention, il faut avant travaux que le demandeur soit propriétaire occupant à titre de résidence principale depuis deux ans au moins et que ses ressources imposables, ainsi que celles des personnes habitant le logement, ne soient pas supérieures aux plafonds de ressources fixés pour l'obtention d'un PAP. Il faut après travaux, que le bénéficiaire entre dans les lieux un an maximum après le versement du solde de la subvention et habite le logement à titre de résidence principale pendant 15 ans. Pendant 15 ans, le logement ne peut ni être vendu, ni faire l'objet d'une donation entre vifs, ni être loué.

Les travaux pouvant bénéficier de la subvention concernent : la stabilité et l'étanchéité à l'air des murs, y compris éventuellement le ravalement lorsque ce dernier est consécutif aux travaux de réparation et nécessaire pour la bonne conservation de l'ouvrage, la stabilité des charpentes et la stabilité des planchers et circulations intérieures (notamment les escaliers). La subvention est de 50 % du coût prévisionnel des travaux dans la limite d'un plafond de 213 €/m2 de surface habitable et ne peut pas dépasser 5 336 € par logement.

. **L'Aide à l'amélioration de l'habitat** est une subvention de la CNAV qui permet de financer, chez les personnes retraitées, la réalisation de travaux d'aménagement et/ou d'adaptation de leur logement pour contribuer à leur maintien à domicile.

Pour être éligibles à cette aide, les personnes doivent être titulaires d'une pension de retraite ou d'une pension de reversion du régime général de la Sécurité Sociale et disposer des ressources inférieures à un plafond, variables selon que la personne vit seul(e) ou en couple.

Une seule aide maximale par période de cinq ans est fixée en fonction des ressources, de la situation familiale et du coût des travaux. Elle peut être complétée par d'autres financements légaux (PAH, ANAH), ou facultatifs (régime de retraite complémentaire, Conseil général…).

En priorité tous les travaux et équipements qui favorisent le soutien à domicile d'une personne âgée handicapée sont subventionnés : élargissement des portes, pose de barre d'appui, mais aussi les travaux d'entretien du logement (chauffage, électricité, etc) et l'amélioration du cadre de vie (isolation thermique, blindage de porte, etc…).

Si la personne aidée est propriétaire du logement, l'aide s'applique également à la conservation du gros œuvre (maçonnerie, menuiserie…) et la mise en conformité (EDF, GDF, etc).

. L'action des départements : l'APH 21

Dans le cadre d'une coordination gérontologique avec la CRAM Bourgogne-Franche-Comté, la MSA, les Caisses de retraite AVA et ORGANIC, et le CCAS de DIJON, le Conseil général de la Côte-d'Or a été retenu comme CLIC expérimental en matière d'adaptation de l'habitat avec un dispositif dénommé APH 21. Un dispositif novateur en France qui se traduit par un guichet unique, un dossier unique et une commission unique de financeurs.

Les partenaires associés à cette démarche ont déjà fait l'expérience du travail en équipe lors de la mise en place de la PSD. Le territoire avait été réparti par convention en pôles d'intervention sur lesquels les équipes médico-sociales interviennent par délégation de l'ensemble des partenaires pour évaluer la dépendance, proposer un plan d'aide… (ces modalités d'intervention ont été maintenues dans le cadre de l'APA).

Le Conseil général est le guichet unique des demandes d'adaptation de l'habitat et de financement des aides techniques qui vont des aides à la mobilité jusqu'aux aides de confort en matière de basse vision pour les personnes âgées dépendantes.

A partir de la demande de la personne ou d'un service, c'est l'équipe APA qui se rend au domicile pour évaluer les besoins, apprécier selon l'âge, la résidence principale, les difficultés d'utilisation du logement et la nature des travaux.

Aucun barème n'est prévu pour la participation des usagers concernant les aides techniques, le montant des aides financières étant intégré au plan personnalisé. En revanche, pour les travaux d'adaptation du logement, c'est le plafond de ressources le plus élevé qui a été retenu (1 174 euros pour un personne seule et 1 799 euros pour deux - soit 7 700 francs pour une personne seule, 11 800 pour deux), le montant des travaux s'élevant selon les estimations à 7 622 euros (50 000 francs). Mais les financeurs de l'APH 21 n'interviennent qu'après déduction de la participation maximale des bénéficiaires et de celle des organismes hors dispositif.

Pour garantir l'égalité de traitement des personnes, quel que soit leur régime de retraite, le Conseil général joue comme variable d'ajustement en complétant le financement, alors qu'il participait seulement à l'adaptation du logement auparavant.

Le Conseil général de Saône-et-Loire devrait proposer prochainement un dispositif de même nature.

4. Aimer et prendre soin : le rôle de la famille et des proches

4.1. « Famille, je vous aide » [33]

L'aide professionnelle ne représente qu'un tiers de l'aide apportée aux personnes âgées. L'aide apportée par les proches est souvent très importante quand des personnes dépendantes vivent à leur domicile.

Une enquête nationale HID (Handicaps, Incapacités, Dépendance) a ainsi révélé que deux tiers des 5 millions de personnes qui bénéficiaient d'une aide régulière pour accomplir certaines tâches de la vie quotidienne le devaient à l'entourage proche. Ces aidants, non professionnels, sont dans 90 % des cas des membres de la famille. Toutefois, les amis ou les voisins peuvent également être concernés.

L'aide familiale et l'aide professionnelle peuvent intervenir de manière exclusive ou complémentaire : si une personne aidée sur cinq à son domicile reçoit l'aide exclusive de professionnels, une sur deux n'est assistée que par ses proches. Lorsque l'aide familiale et l'aide professionnelle se complètent, la partie de l'aide familiale est prépondérante dans la plupart des cas. Toutefois, plus les personnes sont dépendantes, plus elles ont recours à une aide professionnelle sans que cela soit systématique.

En outre et malgré l'augmentation de l'intervention de professionnels, plus le niveau de dépendance de la personne est élevé, plus le nombre de tâches réalisées par l'aidant principal augmente. Les personnes présentant une dépendance moyenne sont celles qui sont le plus aidées par leur famille.

Le niveau d'aide professionnelle varie également en fonction des revenus : plus les revenus sont faibles, plus les familles aident. Les personnes à revenus moyens ou élevés procurent de l'aide à leurs parents, mais la complètent plus aisément avec celle des professionnels.

Un autre constat important concerne la répartition des tâches entre les aidants professionnels et les aidants informels. Toilette et habillement sont assurés par les professionnels ; les aidants informels participent à toutes les tâches, mais surtout au petit déjeuner, au dîner, aux courses, aident à remplir les papiers administratifs et lavent le linge. Les recherches sur ce sujet suggèrent l'existence de trois registres dans les tâches d'aide : les soins du corps (qui sont plutôt le domaine des professionnels), la vie économique et sociale (qui est le domaine réservé des aidants familiaux) et la vie domestique et l'entretien du domicile (où la participation des aidants familiaux est essentielle avec parfois une aide professionnelle).

Quand l'aidant principal est une femme, les activités réalisées sont plus souvent des soins personnels (42 % contre 26 % quand l'aidant principal est un homme) et des tâches ménagères (65 % contre 45 %). Les aides telles que la défense des droits et intérêts, la gestion du budget sont autant réalisées par les femmes que par les hommes. Par ailleurs, les conjoints s'occupent plus fréquemment que les enfants des soins personnels (49 % contre 24 %) et des tâches ménagères (71 % contre 46 %). Les enfants, quant à eux, fournissent plus souvent des aides telles que la défense des droits et intérêts (50 % contre 30 %) et la gestion du budget. De plus, quand les enfants s'occupent des tâches ménagères, il s'agit plus fréquemment des filles ou belles-filles que des fils et des gendres (respectivement 55 % et 25 %). La défense des droits

[33] Emmanuelle Crenner, division conditions de vie des ménages, INSEE Première n0631-février1999

revient au contraire plus souvent aux fils qu'aux filles (54 % des fils ou gendres contre 49 % des filles ou belles-filles). Les familles sont donc très aidantes.

4.2. Une « affaire de femmes » [34]

Le profil des aidants informels est assez bien connu : ce sont en majorité des femmes (elles représentent environ deux tiers d'entre eux) relativement âgées (la moyenne d'âge avoisine les 60 ans) et ce sont principalement les conjoints ou les filles, mais aussi les belles-filles ou les nièces de la personne âgée dépendante. Lorsque le conjoint est vivant, ce dernier constitue l'aidant principal ; lorsqu'il n'existe pas ou plus, ce sont les enfants (filles et belles-filles) mais aussi les membres de la fratrie qui prennent le relais.

Les familles les plus disponibles sont aussi les plus aidantes, cela touche particulièrement les retraités. Ainsi, le rôle d'aidant principal revient souvent aux enfants qui n'ont pas d'activité professionnelle : la moitié d'entre eux sont inactifs et 4 % de ces inactifs ont fait le choix de cesser leur activité pour se consacrer à leur rôle d'aidant.

4.3. Le « fardeau»[35] des aidants

Le fardeau de l'aidant principal est généralement sous-estimé et mal connu. Nombre d'aidants déclarent pourtant éprouver une souffrance importante, se traduisant notamment par des problèmes de sommeil, de dépression, d'isolement social et de fatigue. On note également chez eux une grande inquiétude concernant l'avenir de la personne âgée qu'ils soutiennent.[36]

Différents instruments ont été construits afin de mesurer l'ensemble des conséquences supportées par les aidants. Ces instruments associent, le plus souvent, les conséquences de l'aide sur la vie quotidienne et la façon dont l'aidant réagit par rapport à ces conséquences.

Le questionnaire de l'enquête HID destiné à l'aidant le plus proche comprenait dans cette perspective une série de questions autour des thèmes suivants :

- conséquences sur les activités de la vie quotidienne telles que les sorties, les vacances,
- conciliation entre l'activité d'aidant et une activité professionnelle,
- conséquences sociales (perte de contact avec les relations amicales),
- existence de conséquences physiques négatives (fatigue physique, problèmes de dos…),
- existence de conséquences morales négatives (stress, troubles du sommeil…),
- existence de conséquences positives (sentiment de satisfaction, du « devoir accompli »…).

Cette enquête a ainsi permis de mieux connaître les problèmes rencontrés par les aidants. Près de 85 % des personnes interrogées ont déclaré que le rôle d'aidant n'avait pas d'incidences ou seulement minimes sur la liberté qu'ils avaient de sortir au cours de la journée et, pour 60 % d'entre eux, sur la possibilité de partir quelques jours.

Mais cette opinion n'était partagée que par 45 % des aidants de personnes âgées très dépendantes (GIR I, II et III) et 43 % de ces aidants ne pouvaient sortir que si quelqu'un les relayait auprès de la personne aidée. Les incidences déclarées dépendent donc à l'évidence du degré d'autonomie de la personne aidée.

---

[34] Jani-Le Bris, 1993

[35] Dit « burden » terme anglo-saxon utilisé au sujet de l'aide informelle pour désigner le fardeau des aidants

[36] Joël, Colvez, 1999

Tous niveaux de dépendance confondus, les aidants principaux sont 40 % à déclarer que ce rôle ne leur permet plus de partir en vacances. C'est le cas de 65 % de ceux qui aident les personnes les plus dépendantes, mais aussi de 30 % de ceux qui assistent des personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie.

Leur rôle auprès des personnes âgées a parfois obligé certains aidants à cesser toute activité professionnelle : 2 % des aidants principaux y ont été ainsi contraints. Plus nombreux sont les aidants qui ont dû aménager leur activité professionnelle : c'est le cas de 11 % des aidants principaux en activité.

Près d'un tiers des aidants principaux ont déclaré que leurs tâches d'aidant avaient des conséquences négatives sur leur bien-être physique ou moral. Parallèlement, une proportion similaire (31 %) a déclaré que cette activité avait des conséquences positives sur leur bien-être. La fatigue morale, le stress sont ressentis par les trois quarts des aidants principaux parmi ceux déclarant des conséquences négatives sur leur bien-être ; la fatigue physique étant, quant à elle, ressentie par moins de la moitié d'entre eux.

Une étude canadienne a montré que la mortalité des aidants auprès des personnes souffrant de démences séniles, et notamment de la maladie d'Alzheimer, était supérieure de 63 % à celle des individus de la même classe d'âge. Il arrive ainsi que le conjoint en bonne santé décède avant la personne aidée.

Cependant, la prise en charge d'une personne âgée dépendante n'a pas seulement un impact psychologique sur l'aidant informel. L'aidant doit souvent, en plus de donner de son temps, contribuer financièrement au soutien à domicile ou à l'hébergement de son parent.

L'implication financière de l'aidant est variable selon son lien de parenté avec la personne âgée. Les aidants conjoints participent plus souvent au coût de prise en charge que les aidants non conjoints (enfants, belles-filles, nièces). Marie-Eve Joël, économiste à l'Université Paris VII, a évalué ce qui restait à la charge des conjoints ou familles dont le parent âgé souffre de la maladie d'Alzheimer : de 243 à 914 euros/mois (1 600 à 6 000 F).

4.4. Des aidants vieillissants et moins nombreux…

Actuellement la famille, les amis et les voisins jouent un rôle important dans le soutien à domicile des personnes âgées. Or, les évolutions démographiques à venir (augmentation du nombre des personnes âgées et diminution du nombre des personnes en activité) et sociologiques (augmentation du taux d'activité féminine) conduisent à s'interroger sur l'évolution potentielle de cette aide informelle dans le futur. Selon les projections réalisées par l'INSEE, le nombre de personnes âgées dépendantes augmenterait davantage que celui des personnes de 50 à 79 ans qui constituent aujourd'hui la majorité des aidants[37]…

[37] En effet, le nombre des femmes âgées de 50 à 79 ans qui était de 8,9 millions en 2000, augmenterait fortement jusqu'en 2011 (+ 16 % sur ces 11 années), serait ensuite stable jusqu'en 2025 et finirait par décroître (- 6 % entre 2025 et 2040). Dans le même temps, le nombre d'hommes de 50 à 79 ans (cette population représente actuellement un quart des aidants informels) suivrait une évolution parallèle à celle observée pour les femmes, seule la baisse constatée en fin de période serait un peu moins importante (- 4 % entre 2025 et 2040).
Au total, sur l'ensemble de la période allant de 2000 à 2040, la hausse du nombre de femmes âgées de 50 à 79 ans serait de 10 %, celle du nombre d'hommes de 50 à 79 ans de 12 %, alors que celle du nombre de personnes âgées dépendantes atteindrait, au sens des GIR 1 à 4,53 % dans le scénario central. Les effectifs d'aidants potentiels augmenteraient donc nettement moins vite que le nombre de personnes âgées dépendantes, ce qui correspond à une baisse du nombre d'aidants potentiels par personne âgée dépendante.

4.5. Les politiques d'aides aux aidants

Les politiques d'aide aux aidants sont très limitées en France. Elles peuvent comprendre plusieurs volets :

- le soutien psychologique (groupes de parole, soutien individuel…) ;

- l'aide au répit (placement provisoire le week-end ou pendant les vacances de la personne âgée, organisation d'une garde à domicile pour que l'aidant puisse s'absenter…) ;

- l'aide financière (l'aidant peut bénéficier d'une indemnisation non imposable ou d'un salaire, d'exonérations fiscales...) ;

- la mise en place d'un statut de l'aidant informel (attribution de congés pour soins, cotisation par la collectivité au régime de retraite pour le compte de l'aidant…).

Le soutien psychologique et l'aide au répit ne bénéficient pas de financement spécifique dans le cadre de la protection sociale française des personnes âgées dépendantes. Ici et là, fonctionnent des expériences très limitées, et l'APA peut participer au financement de ce type de prestation.

Indéniablement, le travail de l'aidant peut être reconnu puisqu'il est arrivé qu'il soit possible de le rémunérer. Des enquêtes ponctuelles ont ainsi montré que de 20 % à 30 % des heures payées par la prestation dépendance étaient effectuées par des membres de la famille. Toutefois, la PSD autrefois et aujourd'hui l'APA, comme par ailleurs les mesures d'exonérations des cotisations sociales et d'aides fiscales au particulier employeur de personnel de maison, s'inscrivent dans une politique de maintien de l'aide et des soins dans le cadre d'un contrat de travail et non pas d'une indemnisation hors contrat de travail et hors impôt. En outre, le fait pour un enfant de devenir le salarié de son parent dépendant présente plusieurs risques : celui d'une relation de subordination de l'aidant à son parent âgé ou de l'enfermement dans une relation d'aide, aussi bien de la personne âgée que de l'enfant aidant. Cette dernière situation est particulièrement fréquente pour les malades atteints de démence de type Alzheimer. Les autres membres de la famille peuvent se désinvestir de la prise en charge de la personne âgée, sachant que l'un des enfants est payé pour ce travail.

La question d'un véritable statut de l'aidant avec des droits sociaux reste donc posée aujourd'hui. Des tentatives d'aide aux aidants commencent toutefois à se mettre en place. Ainsi, le Conseil général de l'Yonne en 2001 a mis en place une formation en direction de tous les intervenants auprès des personnes âgées (salariés des établissements, des associations, familles d'accueil agréées, emplois directs dans le cadre de la PSD et bénévoles). Des aidants informels ont donc pu être associés à cette démarche. Le Département de la Côte-d'Or s'engage également dans cette voie et souhaite organiser une aide au répit, des groupes de parole…

En outre, dans les situations de dépendance, il n'est pas forcément souhaitable et pas davantage naturel (c'est d'ailleurs pourquoi nous avons délibérément fait le choix de ne pas utiliser le terme d'aidant naturel) qu'un membre de la famille devienne quelqu'un d'autre que lui-même auprès de la personne âgée aimée et aidée. Il faut encore aller plus loin dans la production de services professionnels. La situation de pénurie est une situation de fait, elle ne doit pas devenir la règle.

C) L'HEBERGEMENT EN ETABLISSEMENT

1. Un secteur confronté à d'importants bouleversements : la réforme de la tarification et la mise en place de l'APA.

1.1. Les origines de la réforme

En France, environ 500 000 personnes âgées vivent en établissement, soit 4 % des 12 millions de personnes de plus de 60 ans. Ce sont souvent les plus âgées et les plus dépendantes car la politique de maintien à domicile a retardé l'entrée en établissement : les personnes âgées s'y résignent quand il n'est plus possible de faire autrement, et en général elles y restent jusqu'à la fin de leur vie. Dans ce contexte, les maisons de retraite (secteur social et médico-social) ont dû progressivement se médicaliser avec notamment la création de sections de cure médicale, qui peu à peu, ont permis d'accueillir des personnes presque aussi dépendantes que celles présentes au sein des établissements de long séjour (secteur sanitaire).

Le système antérieur fonctionnait avec des forfaits soins ou des forfaits de section de cure médicale, versés par la Sécurité Sociale aux maisons de retraite pour couvrir les dépenses de soins. Un prix de journée « hébergement » couvrait toutes les autres dépenses et était acquitté par les pensionnaires (ou à la charge des Départements pour les personnes relevant de l'aide sociale). Ce système a permis d'accompagner le développement des capacités d'accueil, l'amélioration des prises en charge, l'humanisation des hospices, mais il a montré aussi ses limites.

Tout d'abord, il ne permettait pas une allocation équitable des dépenses de soins. En effet, il s'agissait d'une allocation versée forfaitairement, sans analyse du coût et du bien fondé des dépenses médicales. Celles-ci pouvaient ainsi varier par établissement à populations identiques de 1 à 5. En outre, en cas d'insuffisance du montant du forfait soins, les personnes hébergées en établissement avaient recours aux soins de ville (médecine et professions paramédicales du secteur libéral).

Une enquête « ERNEST»[38] de la mission ministérielle « MARTHE »[39], chargée de la mise en œuvre de la réforme de la tarification, a montré que ces dépenses pouvaient, quant à elles, varier de 1 à 10 et qu'elles ne correspondaient pas au degré de dépendance des personnes hébergées : il pouvait donc y avoir des excès de dépenses (liés à un recours excessif à la médecine de ville) mais aussi des cas où les soins prodigués étaient insuffisants. Il n'y avait pas non plus de prise en charge spécifique de la perte d'autonomie ; cette dernière était intégrée soit dans le tarif soins et donc payée « à tort » par la Sécurité Sociale, soit dans le tarif hébergement et payé par tous les pensionnaires, quelle que soit l'importance de leur prise en charge. Enfin, face à l'augmentation du nombre de grands dépendants, il y avait une insuffisance de lits en sections de cure médicale.

C'est la loi du 24 janvier 1997 sur la PSD qui a posé le principe d'une réforme de la tarification des EHPAD en créant trois tarifs au lieu de deux :

---

[38] Échantillon Représentatif National d'Établissements pour Simuler la Tarification, appelé " ERNEST ".

[39] Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification de l'Hébergement des personnes âgées, composée de représentants de services de l'Etat, des Conseils généraux, de l'assurance maladie, de responsables et professionnels d'établissements tant du secteur public que privé et de l'Ecole de la santé publique

- **un tarif hébergement** arrêté par le président du Conseil général et acquitté par le résident (sauf si ce dernier est admis à l'aide sociale départementale) ; ce tarif dépend du degré de dépendance des résidents et aboutit à un GIR moyen pondéré.

Cette évaluation de la dépendance (« girage ») est réalisée par une équipe médico-sociale de l'établissement et transmise pour contrôle et validation à un médecin du Département et à un médecin conseil du contrôle médical de la Sécurité Sociale. Elle est révisée au moins annuellement.
Le tarif hébergement recouvre les prestations d'aide et de surveillance apportées aux personnes dépendantes. Il peut être versé, à titre expérimental, sous forme de dotation globale à l'établissement par le Conseil général sans passer par l'examen individuel du résident. Cette modalité simplifie à la fois les démarches de l'usager, de l'établissement et de la tutelle. En Bourgogne, la Côte-d'Or a fait ce choix.

- **un tarif soins** arrêté par le Préfet (DDAS) ou le directeur de l'ARH (pour les services hospitaliers) et acquitté par l'assurance maladie.

- **un tarif dépendance** arrêté par le président du Conseil général et acquitté par le résidant, mais qui est couvert par l'APA -dans une proportion variant en fonction des revenus du bénéficiaire- pour les résidents classés en GIR I à IV qui en font la demande.

Les décrets d'application de cette loi ont beaucoup tardé puisqu'ils datent du 26 avril 1999, soit plus de 2 ans après la parution de la loi, et ils ont été de surcroît complétés par le décret du 4 mai 2001.

La création de l'APA a permis de débloquer la mise en œuvre de la réforme, car les établissements ne voulaient pas s'y engager sans connaître précisément les modalités de couverture du tarif dépendance.

« La charrue a en quelque sorte été mise avant les bœufs »[40] et l'APA est entrée en application au 1er janvier 2002 alors que la majorité des établissements n'étaient pas encore entrés dans la réforme de la tarification…

1.2. Les principales dispositions de la réforme

Tous les EHPAD de plus de 25 lits doivent passer à une tarification ternaire et signer avant le 31 décembre 2003 une convention tripartite sur 5 ans, avec le Département et avec l'ARH pour les établissements sanitaires ou avec le préfet pour les établissements médico-sociaux. Passée cette date, les établissements qui n'auront pas signé de convention ne seront plus autorisés à accueillir des personnes âgées dépendantes et devront fermer leur établissement.

Cette réforme concerne 8 000 des 10 000 établissements hébergeant des personnes âgées en France… c'est dire l'énormité du travail des DDASS et des Départements d'ici fin 2003. En Bourgogne, il y a environ 370 établissements à conventionner et au 1er avril 2002, 30 conventions EHPAD avaient été passées dont 8 en Côte-d'Or, 11 en Saône-et-Loire et 11 dans l'Yonne.

L'objectif de la réforme est d'améliorer la prise en charge des résidents en respectant un cahier des charges comportant des recommandations pour tous les secteurs de l'établissement. Le directeur de l'établissement doit entreprendre avec l'ensemble des personnes une démarche qualité et examiner les points forts et points faibles de l'établissement par rapport à ce cahier des

[40] Note de France CHARBIT, inspecteur des affaires sanitaires et sociales à la DRASS Bourgogne

charges, qui a été traduit dans une grille d'auto-évaluation appelée ANGELIQUE[41] comportant 147 items couvrant entre autres les thèmes suivants :

- accueil et admission (livret d'accueil, contrat de séjour),
- droits et libertés des personnes,
- restauration,
- vie sociale,
- maintien de l'autonomie,
- qualification du personnel (infirmières, aides soignants, AMP…),
- sécurité et maintenance,
- organisation des soins,
- inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique…

A la suite du diagnostic, des objectifs d'évolution sont dégagés et négociés avec les signataires de la convention pour qu'ils apportent les moyens financiers nécessaires (certaines améliorations ne nécessitent pas forcément de moyens financiers : fermer une porte de chambre pendant les soins, s'adresser de manière différente aux résidents…). Une évaluation de la réalisation de ces objectifs est prévue. La principale innovation réside dans le fait que les partenaires doivent entrer dans une logique de contractualisation, qui d'ailleurs est appelée à se développer dans tout le champ social et médico-social suite à la loi du 2 janvier 2002.

Pour accompagner la médicalisation des établissements, l'Etat va dégager 914 690 000 euros (soit 6 milliards de francs) de dépenses de soins sur 5 ans. Cette augmentation de l'allocation de ressources doit se faire en contrepartie d'engagements des établissements et de responsabilisation des directeurs, qui devront atteindre les objectifs fixés et montrer des qualités de gestion pour la maîtrise des dépenses. Chaque directeur d'établissement devra ainsi présenter un projet d'établissement, un projet de vie et un projet de soins. Ce sont donc de nouvelles relations qui s'instaurent entre les établissements et les institutions « tutelles » dans une réforme qui doit, à terme, adapter l'offre des EHPAD aux besoins de la population dépendante.

Un autre des points centraux de cette réforme est la création de la fonction de **médecin coordonnateur**. Ce dernier est chargé de coordonner l'intervention des intervenants libéraux -qui doivent désormais passer une convention avec l'établissement- au sein de la structure afin d'optimiser les prescriptions ; il supervise aussi le « girage »[42] des résidents et élabore le projet de soins. Il doit s'engager à suivre une formation en gériatrie.

1.3. Les difficultés de mise en place de la réforme

Cette réforme fait l'objet de virulentes critiques de la part de l'UNCCAS, de la Fédération hospitalière de France, de la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée et de l'UNIOPSS. Les principaux points évoqués sont les suivants :

- **Le risque de créer une disparité tarifaire** selon les établissements. La réforme prévoit en effet que des conventions tripartites soient signées entre l'Etat, le Département et chaque établissement pour fixer le barème du tarif dépendance suivant les dépenses de l'établissement au moment de la signature. Il en résultera inévitablement une disparité entre établissements. Les statuts multiples -public, privé et associatif- des établissements les font relever de régimes fiscaux différents sans parler de l'inégalité de leurs moyens. Le coût de la dépendance ne sera

[41] Appplication Nationale pour Guider l'Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements

[42] Evaluation de la dépendance selon la grille AGGIR

pas identique dans un établissement privé et dans un établissement de long séjour, qui bénéficie déjà des infrastructures nécessaires à la prise en charge de personnes très handicapées. A même niveau de dépendance, les personnes acquitteront par conséquent des tarifs différents. Ce ne sera plus le degré du handicap qui servira de critère mais la nature de l'établissement dans lequel ces personnes sont hébergées. Ainsi, dans l'Yonne, les tarifs autorisés[43] peuvent aller du simple au triple dans le département : pour les personnes les plus dépendantes, le département peut verser entre 6.56 euros par jour (43 francs) et 19.51 euros (128 francs) selon l'établissement.

- L'effroyable complexité des calculs : afin de moduler les tarifs au plus près du niveau réel de dépendance des patients, les résidents de maisons de retraite vont être classés dans les différents groupes iso-ressources de la grille Aggir. Etant donné que les nouveaux entrants en maison de retraite sont le plus souvent des personnes ayant perdu leur autonomie, la plupart d'entre elles seront classées dans les trois premiers groupes iso-ressources. Mais chacun de ces groupes est lui-même divisé en deux dans le but de cerner précisément le niveau de l'aide à apporter. Au total, chaque établissement devra jongler avec pas moins de 13 tarifs différents : 6 tarifs pour la dépendance, 6 pour le soin et un tarif hébergement…

- Enfin, **le coût à la charge des personnes dépendantes risque de s'accroître légèrement**. La loi prévoit que le règlement du coût des aides-soignants et des auxiliaires de vie soit supporté à 70 % par l'assurance maladie et à 30 % par la personne dépendante. Un aide-soignant dont le coût était auparavant entièrement pris en charge par la Sécurité Sociale voit désormais son activité scindée en deux : les soins (évalués à 70 % de son travail) continuent d'être pris en charge par la Sécurité Sociale, mais sa présence, la conversation et les liens qu'elle noue avec la personne âgée (soit 30 % de son temps de travail) sont considérés comme relevant de la sphère privée. A ce titre, ils sont facturés à la personne âgée ou pris en charge par l'APA pour les personnes qui y sont éligibles. Idem pour les AMP.

Les premiers calculs ont fait apparaître[44], pour un premier panel d'au moins 2 000 établissements, une hausse moyenne des coûts d'environ 20 % avec des pointes à 30 % pour les personnes âgées les plus dépendantes. Pour ces dernières, la hausse des tarifs atteint au moins 150 euros par mois. Selon les régions, les types de maisons de retraite et le classement dans les GIR, le nouveau mode de calcul peut engendrer des surcoûts de 9 à 12 euros par jour, soit une hausse mensuelle de 270 à 370 euros par famille.

Les établissements ont actuellement beaucoup de mal à recruter les médecins coordonnateurs : d'une part, très peu de médecins libéraux souhaitent endosser cette fonction, qui les amènerait en quelque sorte à réguler les interventions de leurs confrères ; d'autre part, très peu disposent de la formation nécessaire ; enfin, il n'existe guère aujourd'hui sur le marché du travail de médecins à la recherche d'un emploi….

La possibilité de recruter des personnels hospitaliers, qui permettrait du même coup aux établissements de mutualiser le recrutement d'un médecin coordonnateur, offre cependant quelques espoirs de solution.

Le défi majeur auquel sera confronté ce secteur est la nécessité qui lui sera faite (dans le cadre des démarches qualité et pour accompagner la médicalisation) de recruter du personnel qualifié. Les établissements bourguignons, avec la mise en place des démarches qualité, vont être ou sont d'ores et déjà confrontés à la pénurie de personnel qualifié. Il ne s'agit pas

[43] Remarque formulée par Marie-Laure Capitain, conseiller général de Flogny-La-Chapelle et directrice de maison de retraite, lors de la dernière session du Conseil général
[44] www.agevillage.com

uniquement de la quasi-impossibilité de recruter le médecin coordonnateur, il s'agit aussi et surtout de qualifier les personnels en poste. La plupart du temps, surtout en milieu rural, ce sont des personnels féminins non qualifiés qui ont été recrutés il y a de nombreuses années et qui ont acquis, au fil du temps, les compétences nécessaires à l'exercice de leurs fonctions. Une minorité a tout de même pu suivre des formations continues mais très rares sont celles qui ont eu accès aux formations diplômantes.

Dans les cinq années à venir, les efforts à entreprendre en terme de formation pour médicaliser les maisons de retraite vont être considérables. Ils vont majoritairement porter sur les formations d'infirmiers et d'aides-soignants (pour la médicalisation) et sur celle d'aides médico-psychologique (pour la professionnalisation de la relation d'aide).

2. L'hébergement des personnes âgées en Bourgogne

En Bourgogne, le nombre de personnes de plus de 65 ans représente 22,5 % de la population. C'est aux âges les plus avancés que les personnes vivent en institution puisque ce pourcentage n'est que de 2 % environ entre 60 et 74 ans et atteint près de 20 % pour les personnes de 80 ans et plus[45]. Comme ailleurs en France, l'entrée en établissement correspond très rarement à un choix de la personne âgée. Elle intervient dans la plupart des cas au moment où la prise en charge de la dépendance n'est plus possible à assurer à domicile.

Accueil des personnes âgées
Lits ou places installés au 1/01/2000 publics ou privés

Source : DRASS - Enquête EHPA - FINESS - SAE

Types d'accueil	Bourgogne	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne
Hébergement permanent					
Maison de retraite					
nombre d'établissements	**254**	60	31	95	68
nombre de lits	**16 632**	3 700	2 449	5 759	4 724
dont section cure médicale	**6 261**	1 675	1 157	1 930	1 499
Logement foyer					
nombre d'établissements	**67**	19	11	30	7
nombre de logements	**3 971**	1 198	538	1949	286
dont section cure médicale	**199**	154			
Hébergement temporaire					
nombre de lits	**602**	119	19	322	142
Accueil de jour					
nombre de places	**28**	15		13	
Soins de longue durée					
nombre de lits	**3 144**	975	715	943	511

[45] INSEE, RP 1999.

Accueil des personnes âgées
Taux d'équipement au 01/01/2000 pour 1 000 habitants de 75 ans et plus

Source : DRASS - Enquête EHPE - FINESS

Equipement	Bourgogne	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne
Taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées (lits maison de retraite, logements de logements-foyers, et lits d'hébergement temporaire)	**141,09**	128,36	119,35	149,80	158,94
Taux d'équipement en lits médicalisés (lits de section de cure médicale en maison de retraite et logements-foyers, lits de soins de longue durée)	**63,90**	71,74	74,32	53,60	63,40
France au 1.01.1999	**Taux d'équipement en structures d'hébergement : 145,97 lits** **Taux d'équipement en lits médicalisés : 60,01 lits**				

Le taux d'équipement bourguignon est légèrement supérieur à la moyenne nationale : les maisons de retraite et les foyers-logements offrent plus de 20 000 places en hébergement complet, 602 en hébergement temporaire et 28 en accueil de jour. Si on rapporte[46] ces données à la population susceptible de les utiliser, le taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées (141 lits pour les personnes âgées de plus de 75 ans) est supérieur à la moyenne nationale (130/1000).

La desserte varie cependant d'un département à l'autre : le taux d'équipement est le plus faible dans la Nièvre (119/1000) et le plus élevé dans l'Yonne (159/1000). On observe également des disparités à l'intérieur des départements puisque certains cantons ont une capacité d'hébergement nulle. C'est le cas notamment dans plusieurs cantons au nord-ouest de la Saône-et-Loire.

Dans la Nièvre, si Nevers comme son agglomération ainsi que l'ouest du département ont un taux d'équipement relativement satisfaisant, l'est du territoire alors même que la population y est proportionnellement plus âgée, est moins bien équipé.

[46] Les personnes âgées en Bourgogne : perspectives démographiques, santé et prises en charge ORS Bourgogne ,2001

Il convient de faire remarquer qu'entre 1980 et 1998 les établissements d'accueil et les services destinés aux personnes âgées se sont implantés dans un nombre croissant de communes[47]. La part des communes équipées d'une maison de retraite est ainsi passée de 7 % en 1980 à 11 % en 1998. La hausse s'est accentuée au cours de la dernière décennie : + 48 % entre 1988 et 1998 contre + 4 % entre 1980 et 1988.

Les maisons de retraite et établissements pour personnes âgées

Source : INSEE-SCEES, Inventaires communaux de 1980 et 1998 ; SESI, FINESS, 1988 et 1998

	Nombre de communes équipées d'un hospice ou d'une maison de retraite		**Nombre de places dans les établissements pour personnes âgées**	
	en 1980	en 1998	en 1998	Ev. 88/98
Pôles urbains	21	34	7 973	22,2
Communes périurbaines	13	36	1 893	57,4
Rural sous faible influence urbaine	24	38	2 467	47,4
Pôles ruraux	17	19	2 754	11,2
Périphérie des pôles ruraux	8	14	753	30,3
Rural isolé	58	78	5 419	10,3
Bourgogne	**141**	**219**	**21 259**	**22,4**

Toutefois, sur les 24 500 lits susceptibles d'accueillir des personnes âgées, seuls 9 560 sont actuellement médicalisés (soit un taux inférieur à 40 %) représentant un taux d'équipement de 64 lits médicalisés pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (en France : 54/1 000).

Nombre de lits médicalisés pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus par département en Bourgogne en 2001

	Côte-d'Or	**Nièvre**	**Saône-et-Loire**	**Yonne**	**Bourgogne**
Taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées	128,4	119,4	149,8	158,9	141,1
Taux d'équipements en lits médicalisés (installés)	71,7	74,3	53,6	63,4	63,9

Sources : DRASS de Bourgogne, INSEE

L'offre d'hébergement collectif médicalisé semble nettement plus important dans la Nièvre (74/1 000) et en Côte-d'Or (72/1 000) que dans les deux autres départements (54 à 63). On constate de nombreux cantons dépourvus de lits médicalisés : au nord est de la Côte-d'Or, au centre de la Nièvre, au nord ouest de la Saône-et-Loire et au nord de l'Yonne.[48]

[47] Les équipements de santé en Bourgogne : des évolutions géographiques notables, INSEE Bourgogne, n°69 – février 2000

[48] Les personnes âgées en Bourgogne : perspectives démographiques, santé et prises en charge, ORS Bourgogne, 2001.

Les locaux, notamment ceux des foyers logements ou des résidences avec services, même s'ils sont récents, n'ont pas été construits en pensant au vieillissement et à la survenue d'un état de dépendance des résidents. Ainsi, certains logements ne sont accessibles que par escalier, les ascenseurs ne sont pas toujours équipés de trappe, obligeant en cas d'hospitalisation ou de décès, le passage par l'escalier, les salles de bains n'ont pas été équipées de douches…

3. Le bien-être des résidents

Dans le cadre du Programme régional de santé, l'ORS a réalisé une étude sur les besoins des personnes âgées dépendantes et les aidants bénévoles en Côte-d'Or. Les personnes interrogées, hébergées en établissement, ont exprimé différents besoins :

- Elles sont très sensibles au confort, à l'environnement et au contenu mobilier de leur chambre. Généralement, elles ne souhaitent pas avoir à partager leur chambre avec une autre personne et n'aiment pas devoir en changer.

- Elles souhaiteraient que leur intimité soit davantage protégée. Les portes de chambre restent en effet constamment ouvertes dans certains établissements pour faciliter la venue des professionnels, certains placards ne peuvent fermer à clef, …

La difficulté de cohabiter avec des personnes présentant des troubles différents est souvent exprimée, soit parce qu'elle projette les individus dans une dégradation physique et intellectuelle difficile à accepter, soit parce qu'elle perturbe certaines activités de leur quotidien. Certains refusent ainsi de partager leur table avec des personnes présentant plus de handicaps qu'eux-mêmes.

Les couples séparés lors d'une hospitalisation déplorent la difficulté qu'ils rencontrent pour garder le contact entre conjoints pendant ces moments difficiles. On pourrait imaginer qu'une aide leur soit apportée pour maintenir ce contact.

- Le fait de pouvoir accéder à des transports collectifs est souligné par certains comme étant très appréciable pour faire les courses. Au cours des entretiens réalisés par l'ORS, certaines personnes ont rapporté l'interdiction qui leur était faite de sortir seules et la difficulté de trouver un accompagnant ; cette interdiction étant souvent vécue comme un empêchement pur et simple de sortir.

- Lorsqu'elles ont été interrogées sur leurs attentes en matière d'activités, la demande exprimée est principalement de varier les propositions, de développer d'autres activités que celles des traditionnels jeux de cartes. La difficulté rencontrée dans les institutions est de proposer des activités correspondant à des publics variés, avtivités que certaines personnes jugent infantilisantes. Les habitudes des individus varient en matière de loisirs en fonction des catégories socioprofessionnelles et du niveau socioculturel. Ces différences perdurent avec le grand âge.

Toujours dans le cadre du Programme régional de santé « Handicap et Dépendance des personnes âgées » une autre étude, également menée par l'ORS[49], a montré que, paradoxalement, les personnes dépendantes vivant en collectivité souffraient plus fréquemment d'isolement social que celles résidant seules à domicile.

[49] Evaluation de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes en Bourgogne, ORS, janvier 2002

Des projets intergénérationnels sont développés par certains établissements. C'est le cas au sein de la maison de retraite des Tuileries à Epoisses : le restaurant de l'établissement accueille ainsi chaque midi les élèves des deux écoles du village qui ne disposent pas de cantines. La directrice adjointe de l'établissement, qui suit actuellement la formation du DIGUB, a dans le prolongement de cette initiative organisé un spectacle mêlant « cheveux gris et cheveux d'anges ». Pendant six mois, l'équipe de la maison de retraite, les instituteurs et institutrices, les personnes âgées volontaires et les enfants se sont donc rencontrés pour préparer chants et saynètes. A noter toutefois que ce type d'initiative a un coût (réalisation des costumes, achats de fournitures et de matériel…). Dans ce cas précis, il a été à la charge de l'organisatrice qui n'a réussi à obtenir que 76 euros (500 francs) du Conseil général et qui a même dû s'acquitter, auprès de la mairie, du règlement de la location de la salle des fêtes d'Epoisses.

Aux jardins d'Arcadie[50], c'est avec des collégiens des Lentillères que se sont tissées des relations privilégiées : personnes âgées et adolescents ont échangé autour de lectures communes.

Un autre problème, qui ne doit pas rester tabou en maison de retraite, est celui de la sexualité des personnes âgées. Comme le faisait remarquer la directrice du foyer logement de Rouvray, le sujet âgé peut manifester différents comportements en ce domaine, fonction de son éducation et des modes d'expression qu'il a utilisés au cours de sa vie. La mise à nu du corps et son toucher au cours de la toilette par un tiers favorisent l'émergence d'un comportement exprimant soit la honte, soit au contraire le désir. Ces attitudes renvoient les soignants à leur propre sexualité, peuvent les troubler émotionnellement et susciter des manifestations de rejet, de gêne, de moquerie ou l'expression d'une angoisse.

Il est important de tenir compte de l'existence de relations sexuelles au sein d'un couple âgé, même si celle-ci étonne leurs enfants ou les soignants, lors de la survenue de problèmes physiques qui nécessitent la mise en place d'un lit médicalisé ou la prescription du port d'une sonde urinaire.

Les contacts et les rencontres en maison de retraites, dont les soignants sont plus ou moins témoins à l'observation de regards complices ou à la survenue de retard aux repas ou aux animations, doivent être facilités car ils sont porteurs d'une revalorisation importante de l'image de soi. Les soignants doivent parfois en convaincre la famille…

Les maisons de retraite bourguignonnes sont particulièrement confrontées au problème de l'accueil d'une population déracinée : en effet, de jeunes retraités parisiens s'installent en nombre dans notre région et pour plus de commodité « rapatrient » leurs ascendants dans la maison de retraite la plus proche de leur domicile. Bien souvent, ces nouveaux pensionnaires sont insuffisamment préparés à leur déménagement et souffrent d'une perte de repères importante et d'un sentiment d'isolement. Les procédures d'accueil d'une façon générale sont à développer.

La même remarque peut être formulée concernant les populations d'origine étrangère : le vieillissement des travailleurs migrants pose particulièrement problème. En effet, ils sont essentiellement hébergés au sein de foyers SONACOTRA quand ils sont en activité. Au moment de la retraite, certains foyers « spécialisés » dans l'accueil de population migrante à la retraite prennent le relais de ces structures. Toutefois, quand une situation de dépendance survient, l'intégration de cette population dans les établissements d'hébergement n'est pas toujours réalisée.

[50] Résidence avec services à Dijon

4. L'accueil temporaire

Développé initialement pour les personnes âgées, puis pour les malades (à l'occasion de l'épidémie de VIH), l'accueil temporaire se situe dans le droit fil du soutien à domicile. Parce que les trajectoires de vie ne sont pas linéaires, que des accidents de santé émaillent des parcours de vie pouvant conduire à des hospitalisations, que les entourages familiaux peuvent avoir besoin de prendre du recul ou du repos ou que les personnes ont la volonté de se trouver dans un cadre rassurant, l'accueil temporaire, sous des formes diverses, reste encore à développer.

On trouve actuellement des formes d'accueil temporaire à partir d'établissements réservant des lits pour de courts séjours à des personnes du quartier ou des communes environnantes. Une des formes les plus intéressantes, mais encore trop peu développée, est l'appartement relais (petite structure d'accueil sur le quartier, l'arrondissement, le canton, destinée à recevoir des personnes malades, handicapées ou âgées pendant une ou plusieurs périodes tout en continuant à les faire bénéficier des aides et soins habituels).

Ces lieux n'ont pas vocation à se substituer à des lieux de soins tels que les hôpitaux, mais à prendre acte que dans certaines situations la vie à domicile devient difficile et à proposer comme son nom l'indique un relais ; un relais où l'on continue à être soigné et aidé, un relais où l'on pose ses difficultés afin d'envisager les solutions ultérieures les plus adéquates, un relais où l'on se repose et où l'on se réadapte suite à une intervention médicale avant de retrouver ou non la possibilité de vivre à domicile. Cela permet de diversifier les modes de prise en charge et de redonner sens aux projets de vie chez soi. Le SSIAD des Sièges souhaiterait développer ce type d'équipement.

Il semble que ce type de structures relais nécessite de nouveaux développements tout en prenant la mesure de la complexité du montage administratif et financier. Cela suppose la volonté conjuguée des promoteurs, de l'Etat, des collectivités locales…

D) L'HOSPITALISATION

1. Les caractéristiques de l'hospitalisation des personnes âgées

Il existe trois types d'hospitalisation :

- l'hospitalisation de court séjour dont la durée doit être la plus courte possible afin d'éviter la rupture « d'ancrage » avec l'environnement habituel de la personne âgée. En moyenne, la durée d'hospitalisation en court séjour pour les personnes âgées avoisine quand même 20 jours,

- l'hospitalisation en service de moyen séjour (ou services de soins de suite) avec l'application de la règle des 3 R (Rééducation, Réadaptation fonctionnelle, Retour à domicile) où seuls sont admis les patients pouvant espérer un retour à domicile,

- l'hospitalisation dans un service de long séjour en direction des personnes ne pouvant plus être maintenues à domicile.

Une enquête nationale de morbidité hospitalière montre que le taux d'hospitalisation[51] augmente très rapidement avec l'âge après 65 ans tant en matière de recours à l'hôpital que de durées d'hospitalisation plus longues pour les personnes âgées. En soin de courte durée, trois séjours sur dix concernent des personnes de plus de 65 ans.

En 1999, plus de 367 700 séjours[52] ont été effectués dans les unités de soins de courte durée en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) des établissements de santé publics et privés de Bourgogne. Parmi eux, plus de 103 500 séjours concernent des personnes âgées de 65 ans et plus, soit 28 %. Le taux d'hospitalisation des personnes âgées de la région est de 33 % (contre 22 % pour l'ensemble de la population).

Le temps passé à l'hôpital croît également avec l'âge des patients. La part des séjours de moins de 24 heures décroît avec l'âge, passant de 25 % entre 65 ans et 74 ans à 9,5 % après 84 ans tandis que la durée moyenne des séjours d'hospitalisation complète augmente.

La plupart (83 %) des personnes âgées de 65 ans et plus retournent à domicile[53] suite à leur hospitalisation. Les autres sont transférées vers une autre unité de soins de suite (8 %), de court séjour (3,6 %), et plus rarement en unité de soins de longue durée (1,6 %) ou encore, en psychiatrie (0,3 %). Enfin, 4 % des personnes âgées hospitalisées en MCO décèdent au cours de l'hospitalisation. La proportion de retour à domicile est plus élevée en Côte-d'Or (85,5 %) que dans les autres départements (81 %).

La part des personnes âgées de 65 ans et plus de la région qui regagnent leur domicile après une hospitalisation diminue avec l'âge, fortement après 84 ans (elle passe de 89 % dans la tranche d'âge des 65-74 ans à 69 % chez les 85 ans ou plus). Pour les personnes les plus âgées, on note la plus grande fréquence des transferts vers les unités de soins de suite (14 % chez les 85 ans ou plus, contre 4,5 % chez les 65-74 ans), ou vers les unités de soins de longue durée (5 % contre 0,5 %).

Part des personnes âgées de 65 ans et plus hospitalisées en MCO selon le mode de sortie en Bourgogne en 1999

			Transfert et mutation					
	Domicile	**Décès**	Sous total	en court séjour	en SSR[54]	en USLD[55]	en psy.	**TOTAL**
Côte-d'Or	85,5	3,7	10,8	2,1	7,1	1,3	0,3	100
Nièvre	81,6	3,4	14,9	4,3	8,7	1,9	0,1	100
Saône-et-Loire	81,3	4,2	14,5	4,2	8,7	1,2	0,4	100
Yonne	81,3	5,2	13,4	4,2	6,4	2,5	0,3	100
Bourgogne	**82,7**	**4,2**	**13,1**	**3,6**	**7,7**	**1,6**	**0,3**	**100**

Source : PMSI

[51] MC Mouquet, les motifs d'hospitalisation en 1998, Etudes et Résultats n°81, DRESS, 2000.
[52] Hors venues en séances pour des traitements itératifs
[53] L'intitulé « domicile » regroupe dans les données extraites du PMSI à la fois les domiciles privés et collectifs (maison retraite)
[54] Service de soins de suite
[55] Unité de soins de longue durée

2. La couverture régionale des établissements hospitaliers

Concernant la couverture régionale en établissements hospitaliers, il est possible de dresser les constats suivants[56] : les activités faisant appel à des plateaux techniques lourds se sont concentrées dans les pôles urbains alors que dans les autres catégories d'espace, les lits de court séjour (MCO) ont été remplacés par des lits de moyen et long séjour.

Ces évolutions résultent en grande partie d'une politique de redéploiement des équipements de court séjour et leur substitution par des équipements de long séjour, visant ainsi à favoriser l'essor d'équipements médico-sociaux pour personnes âgées.

En effet, parallèlement à la concentration des équipements de court séjour, les services de moyen et long séjour se sont développés (+ 20 % du nombre de lits). Il s'agit des soins de suite et de réadaptation après la phase aiguë de la maladie (moyen séjour) et de l'hébergement des individus non autonomes (long séjour). L'essor de ces équipements a été particulièrement net dans les pôles ruraux (+ 38 % du nombre de lits), où il compense la baisse des lits de court séjour, et dans le rural isolé (+ 50 %). La hausse a été plus modérée dans les pôles urbains (+ 5 %) et dans les commune périurbaines (+ 20 %).

Ces évolutions renforcent l'implantation rurale de ce type de services. En 1998, les pôles urbains ne rassemblent ainsi plus que 40 % des lits de long et moyen séjour (contre 81 % pour les lits de court séjour), le rural isolé occupant la deuxième place avec 27 % du nombre de lits et les pôles ruraux la troisième avec 22 %.

En définitive, les hôpitaux implantés en zones rurales tendent à perdre leurs prérogatives en termes d'activités de court séjour et se spécialisent dans les activités de réadaptation ou d'accueil de malades privés de toute autonomie de vie. Les hôpitaux locaux sont donc généralement spécialisés dans l'accueil des personnes âgées et mènent des actions de prévention et de consultation avancées. La rivalité entre secteur public et privé y est par ailleurs moins forte. Dans le même temps, les structures hospitalières urbaines concentrent progressivement les moyens lourds que nécessitent les services de médecine, de chirurgie et d'obstétrique.

Cette évolution de la répartition des équipements hospitaliers n'est pas sans poser problème. En effet, en zone urbaine, les problèmes d'hospitalisation des personnes âgées sont accrus car leur nombre est sans aucun rapport avec le nombre de lits offerts en long et moyen séjour. Pour la Côte-d'Or, alors qu'une personne âgée sur deux vit à Dijon, seulement 30 % des lits en gérontologie y sont disponibles. En conséquence, des personnes âgées arrivées au CHU de Dijon se voient régulièrement transférées vers l'hôpital de Semur-en-Auxois. On retrouve les mêmes problèmes à Nevers, Chalon, Mâcon et Beaune et ceux-ci n'iront qu'en grandissant eu égard à la concentration des personnes âgées sur les espaces urbains et périurbains.

3. Les déviances du système

Par ailleurs, certaines déviances ont pu être observées lors de l'hospitalisation de personnes âgées :

- trop souvent, les familles ou les établissements hébergeant des personnes ont recours à l'hospitalisation « catastrophe », c'est-à-dire que le patient est en quelque sorte

[56] Les équipements de santé en Bourgogne : des évolutions géographiques notables, INSEE Bourgogne dimensions n° 69- février 2000

« débarqué » dans un service d'urgences sans préparation aucune à l'hospitalisation ni conduite en amont de mesures préventives ;

- certaines familles ont également recours à l'hospitalisation « placement » liée à la mission d'accueil des services de gériatrie ;

- le recours à l'hospitalisation de « complaisance » enfin intervient quand les familles à bout d'énergie (ou projetant quelques jours de congés) et face à l'insuffisance de services de soin et d'aide à domicile pouvant les soutenir dans la prise en charge de leur parent dépendant font appel à des services de médecins de garde, qui, dans le doute, préfèrent adresser les malades à l'hôpital.

Les conséquences de ces comportements sont lourdes. En effet, ils sont cause d'une part non négligeable de la saturation des services des urgences ; ils bouleversent l'organisation des services : les services de courts séjours deviennent des services de moyens séjours et les services de moyens séjours des services de longs séjours ; enfin ils contribuent à augmenter les délais d'attentes pour les admissions en longs séjours (aujourd'hui 101 personnes sont en situation d'attente à Champmaillot et il faudra plus d'un an pour que le service de long séjour puisse accueillir ces patients !). Concernant les patients souffrant de démences, les locaux s'avèrent en outre complètement inadaptés à ces pathologies.

Les solutions résident principalement dans l'augmentation des capacités des soins de suite, surtout en zone péri-urbaine ; l'amélioration de la formation des généralistes en gérontologie ; la constitution de réseaux de soins ; le développement de structures souples de type hôpital de jour (un hôpital de jour a été ouvert à Champmaillot il y a un an mais il est déjà à saturation et faute de disponibilité ne peut prendre en charge temporairement, comme il était prévu, les personnes souffrant de démences). Ces établissements pourraient assurer le bilan, le diagnostic et l'évaluation de la situation des patients.

E) LA COORDINATION

La coordination est encouragée depuis plus de 20 ans. Dès les années soixante, le rapport Laroque évoquait la nécessité de mettre en œuvre un travail coordonné. En 1981, le premier secrétariat d'État aux personnes âgées a institué des postes de coordinateurs en gérontologie. Financée pendant deux ans, décidée en l'absence de concertation avec les acteurs de terrain, utilisée parfois à des fins de coordination interne, cette action certes volontariste, n'a pas su fixer les conditions de sa pérennité. Pourtant, certaines coordinations, encore actives à ce jour, sont nées de cette impulsion[57]. Depuis, les financeurs, le législateur, l'administration incitent les partenaires concernés à mettre en commun, afin de les optimiser, les dispositifs et moyens disponibles.

C'est de cette volonté que sont récemment nés les CLIC dont l'objectif est de participer à la garantie pour les personnes âgées du droit qui leur est reconnu de rester à leur domicile en développant une approche globale et personnalisée du besoin d'aide, à la fois par la coordination des aides et la préservation de la qualité de vie.

Les CLIC sont donc chargés, sur un territoire donné (canton le plus souvent, avec 7 000 à 10 000 personnes âgées de plus de 60 ans en milieu rural ou 15 000 personnes en milieu

[57] F. Leduc, Réseaux, plate-formes et comités de liaison : analyse comparative des modalités de la coordination gérontologique, CNEH, avril 2002.

urbain), de prendre en compte tous les aspects de la vie quotidienne des personnes âgées : soins, accompagnement de la personne, adaptation de l'habitat, vie sociale, et de favoriser l'utilisation d'outils communs : dossier unique, cahier de liaison, grille d'évaluation, rencontres régulières avec les intervenants.

Leurs missions varient et s'étoffent selon leur niveau de labellisation (de 1 à 3)[58] :

- information des personnes âgées et de leurs familles ainsi que des professionnels sur les droits et démarches, les moyens existants…,

- évaluation des besoins,

- orientation des personnes âgées dans le dispositif adéquat,

- travail avec les familles, échanges sur les pratiques, aide aux aidants,

- mise en place du plan d'aide individualisé…

26 sites pilotes ont été retenus en 2000 dont deux en Bourgogne, un en Côte-d'Or et un à Château-Chinon. Un plan pluriannuel de création de 1 000 CLIC d'ici à 2005 a été lancé pour aboutir à un réseau national d'information et d'aide de proximité implanté sur tout le territoire.

En Bourgogne l'ORS a, en sus des deux CLIC précités, recensé[59] en janvier 2002 l'existence de 14 autres réseaux et coordinations gérontologiques. Peuvent y être distingués les réseaux de soins expérimentaux nécessitant un examen par la CNAM et le COFRES (ou commission « SOUBIE ») et les autres réseaux relevant de différents textes.

Concernant le premier type, trois réseaux gérontologiques de la MSA, celui des Trois Rivières (Saône-et-Loire), de Haute Côte-d'Or, et du Pays Charitois (Nièvre) ont été agréés en Bourgogne. Leur objectif est de prévenir la dépendance et de maintenir les personnes à leur domicile le plus longtemps possible dans des conditions optimales.

Pour compléter ce panorama, il convient d'y ajouter le réseau essentiellement sanitaire existant en Saône-et-Loire, le réseau de soins pour personnes âgées du Mâconnais-Val de Saône, une instance de coordination gérontologique (type « réseau CNAVTS ») dans l'Yonne à Villeneuve-sur-Yonne et à Autun en Saône-et-Loire, mais aussi les instances de coordination médico-sociale sans consultation d'évaluation gériatrique en Saône-et-Loire, le réseau du Louhannais, du Pays Charolais, d'Arroux Bourbince et dans l'Yonne, les réseaux de la Vallée du Serein, du Sénonais et de l'Auxerrois. Enfin, une consultation d'évaluation gériatrique et de régulation gérontologique est présente au Centre hospitalier de Beaune. D'autres projets de réseaux devraient voir le jour prochainement.

[58] Au niveau 1 : missions d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux familles ; au niveau 2 : s'y ajoutent des missions d'évaluation des besoins et d'élaboration du plan d'aide personnalisé et au niveau 3 de mise en œuvre, de suivi et d'adaptation du plan au niveau 3.

[59] Les personnes âgées en Bourgogne : perspectives démographiques, santé et prises en charge, ORS, janvier 2002

Il convient également de noter ici le rôle important joué par le PRS « Handicap et dépendance des personnes âgées ». A la suite des Conférences régionales de santé[60] organisées en 1996 et 1997 et de la prise de conscience collective du vieillissement rapide de la population bourguignonne qui en a résulté, il a été décidé de mettre en œuvre un programme régional de santé en direction des personnes âgées. Ce programme rassemble, sur la base du volontariat, une trentaine de personnes issues des quatre départements bourguignons et provenant d'horizons institutionnels variés, sous la coordination de la CRAM Bourgogne-Franche-Comté. L'objectif de ce PRS est d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées, handicapées et/ou dépendantes de plus de 60 ans. Il n'a pour ce faire aucun pouvoir décisionnel, mais constitue le lieu central d'élaboration d'une réflexion collégiale assise sur trois objectifs principaux :

- l'amélioration de la connaissance : de la population des personnes âgées, de ses handicaps, de son niveau de dépendance et de ses besoins, des modes de prise en charge, des financements existants (trois études, sans lesquelles d'ailleurs le travail que mène le CESR aurait été des plus laborieux, ont déjà été réalisées dans ce cadre par l'ORS) ;

- la prévention ;

- l'adaptation des services d'aide à domicile et des établissements aux besoins des personnes âgées.

Le PRS s'efforce d'accompagner au mieux les porteurs de projets innovants et les assiste dans la recherche, particulièrement complexe, de financements. Un guide est d'ailleurs en cours de rédaction et sera prochainement mis à la disposition des promoteurs.

Le PRS « Handicap et dépendance des personnes âgées » s'achèvera fin 2005. La question de sa succession reste entière. De nombreux acteurs souhaiteraient la création d'un institut régional du vieillissement.

[60] Elles rassemblent les représentants de l'Etat, des collectivités locales, des organismes d'assurance maladie, des professionnels du champ sanitaire et social, des institutions et établissements sanitaires et sociaux et des usagers. Elle est chargée d'analyser l'évolution des besoins de santé et de procéder à l'examen des données relatives à la situation sanitaire et sociale de la région. Elle propose les priorités de santé publique de la région, tout en tenant compte des priorités nationales, qui peuvent faire l'objet de programmes dont l'élaboration et la mise en œuvre sont coordonnées par le Préfet de région.

III - LES PROFESSIONNELS AU CŒUR DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE

L'objectif poursuivi ici est de présenter quelques métiers et formations du secteur personnes âgées afin de dégager quels sont les besoins de ce champ d'intervention mais aussi de déterminer dans quelle mesure le Conseil régional, au titre de sa compétence en matière de formation, peut contribuer à la résolution de certaines problématiques actuelles. Il peut être nécessaire en préambule de rappeler les conditions générales d'intervention de la Région.

Le Conseil régional peut intervenir en direction de deux publics distincts :

- soit, il s'agit de demandeurs d'emploi et il convient alors de parler de **formation professionnelle**. L'objectif des actions financées dans ce cadre est de donner aux demandeurs d'emploi la possibilité de trouver ou de retrouver un emploi grâce à une formation adaptée.

La politique de la Région Bourgogne se traduit principalement par l'élaboration d'un programme annuel de formations. Chaque année la Région élabore donc un appel à projet, en direction des organismes de formation professionnelle, qui définit ses principales orientations en terme de publics et de secteurs prioritaires. Les organismes retenus perçoivent une participation financière au fonctionnement des actions de formation sur la base d'un taux horaire fixé par le Conseil régional en fonction des domaines et des niveaux de formation concernés. Une convention de formation professionnelle est signée avec chacun des organismes.

Ce dispositif est complété par un dispositif d'aides individuelles destiné à répondre aux projets personnels ou professionnels de personnes qui ne trouvent pas de réponse dans les actions collectives. Il s'agit alors des chèques formation, de la formation des emplois-jeunes, du chèque deuxième chance et du financement des ateliers de pédagogie personnalisée.

- Soit il s'agit de salariés et il convient de parler alors de **formation continue**. Le Conseil régional développe des actions pour les salariés d'entreprises dans le cadre de projets d'adaptation ou de restructuration, des actions de formation continue pour les artisans, les commerçants ou encore des actions de promotion sociale de personnes ayant un projet personnel ou professionnel.

Dans ce champ, le Conseil régional intervient selon deux dispositifs : dans le premier intitulé « formation des actifs », les organisations professionnelles, chambres consulaires, OPCA ou les organismes de formation proposent des actions au Conseil régional qui doivent contribuer aux priorités fixées[61] par celui-ci. L'aide de la Région porte dans ce cadre sur les coûts pédagogiques des actions de formation et le cas échéant sur les frais annexes, les salaires et les charges.

Dans le second dispositif « d'aide au plan de formation des entreprises », la Région apporte son soutien aux entreprises qui mettent en place des plans de formations pertinents répondant à leurs besoins en compétences dans le cadre de leur développement économique ou de leur mutation technologique. Les bénéficiaires de cette aide peuvent être les entreprises signataires d'un « EDDF »[62] au titre d'un accord avec une profession ou d'un accord interprofessionnel auquel la Région participe financièrement ; celles adhérant à un EDDF territorial porté par un

[61] Formation continue des agriculteurs, des artisans, des commerçants ainsi que de leurs conjoints salariés ; acquisition par des salariés des compétences nécessaires à la pérennisation de leur emploi ; promotion sociale des personnes.

[62] Il s'agit d'accords conclus entre l'Etat et les entreprises pour favoriser le développement des ressources humaines dans les entreprises et les secteurs peu familiarisés avec ce type de démarche et ne disposant pas de moyens suffisants pour la mettre en œuvre.

organisme local auquel la Région participe financièrement au titre du CPER ; des entreprises bénéficiant d'un financement du FSE (objectifs 2 ou3).

Le financement régional dans le cadre d'un EDDF porte sur les coûts pédagogiques des actions de formation retenues et sur les coûts liés à l'ingénierie de formation et à la validation des acquis. Hors EDDF, la participation de la Région porte sur les coûts des actions de diagnostic et d'ingénierie de formation, les coûts pédagogiques des actions de formation retenues et sur les salaires des stagiaires.

A) LE DEFI DE PROFESSIONNALISATION : DE L'AIDE A DOMICILE A L'AUXILIAIRE DE VIE SOCIALE

1.Les caractéristiques des aides à domicile

1.1.Une dilution de la notion de métier[63]

L'aide à domicile souffre depuis ses débuts d'un défaut de définition, d'une dilution de la notion de métier. En effet, l'aide à domicile est un métier féminin à plus de 90 %, peu qualifié, peu rémunéré et qui renvoie à des représentations correspondant aux fonctions traditionnellement exercées par les femmes : l'entretien du foyer, les actes essentiels effectués en direction des membres de la famille ayant des incapacités... Pour autant, une bonne mère de famille pourrait-elle sans difficulté être une bonne aide à domicile ? La formation est souvent confondue avec les apprentissages acquis dans la sphère familiale et transmis de mère en fille, au point de ne plus savoir si l'acquisition d'un diplôme est vraiment nécessaire.

Ces mêmes représentations ont été autant de freins à la reconnaissance du métier des aidants à domicile, souvent réduits à la fonction ménagère. En outre, l'aide à domicile intervient dans la sphère domestique ; or, dans l'histoire des métiers, les fonctions liées à la domesticité n'ont jamais été porteuses de considération et l'espace privé demeure un espace interdit au regard extérieur.

L'aide à domicile souffre également de l'absence d'identité professionnelle : le travail est éclaté dans des domiciles privés, une heure ici, une heure ailleurs ; la profession n'a donc pu se construire sur une identité forte.

Enfin, le secteur de l'aide à domicile est déchiré entre deux conceptions : s'agit-il d'une affaire privée ou d'une affaire publique ? En effet, si les emplois d'aide à domicile sont encouragés par des dispositifs et des financements publics, il n'en reste pas moins vrai que le lieu où se situe l'activité économique est bien l'espace privé. La nature même des tâches à effectuer dans le cadre des missions définies ne se limite pas, loin s'en faut, à l'exécution de tâches ménagères pour le compte d'autrui, mais au contraire elles s'intègrent dans une mission prescrite comportant des aspects de compensation, d'éducation, de prévention, d'accompagnement. Et même si ces tâches sont exercées dans la sphère privée, elles entrouvrent les portes du domicile par une prescription et un contrôle social.

C'est dans ce contexte et ces contradictions, que se sont construits les métiers de l'aide à domicile. Nous n'identifierons ici que les métiers relatifs à la relation d'aide s'adressant aux personnes âgées.

---

[63] Guide de l'aide à domicile, sous la direction de Florence LEDUC avec Bernard Escalère, Denis Mennessier, Bernard Ennuyer, Sylviane Fior, Dunod, Paris 2001

1.2. Une multitude de métiers

Les personnes intervenant au domicile des personnes âgées peuvent être :

*** Les auxiliaires de vie sociale, anciennes aides à domicile (anciennes aides-ménagères)**

Issus des mouvements caritatifs dans les années cinquante, puis des politiques vieillesse initiées dans les années soixante, notamment dans le cadre du rapport Laroque, les auxiliaires de vie sociale interviennent chez les personnes âgées dans l'objectif de prévenir la dépendance « résultant du vieillissement » en maintenant les personnes âgées dans leur environnement familial et social. Elles se voient confier des tâches matérielles, concourent au maintien à domicile, mais doivent également assurer un accompagnement social et psychologique en direction des personnes aidées.

*** Les auxiliaires de vie**

De création récente (1981), le métier d'auxiliaire de vie ressemble en de nombreux points à celui d'auxiliaire de vie sociale. L'idée était de couvrir les besoins d'une population spécifique : celle des handicapés adultes.

On trouve deux conceptions de la mission d'auxiliaire de vie :

- soit, elle est considérée comme un métier à part entière et dans ce cas l'intervenant travaille dans un service d'auxiliaire de vie géré généralement par une association appartenant au champ du handicap,

- soit, elle est considérée comme une aide à domicile et seul le financement de la prestation qu'elle sert est spécifique.

Depuis 1981, le nombre de postes d'auxiliaires de vie a peu augmenté : de 750 à 2 500 en 2001. L'auxiliaire de vie est-elle une fonction, un métier, un dispositif ? L'absence de diplôme reconnu, de statut professionnel, ne permet pas d'identifier l'auxiliaire de vie comme un métier à part entière, mais plutôt comme une aide à domicile intervenant auprès des personnes handicapées.

*** Les assistants de vie**

Cette notion provient de la convention collective des employés de maison (devenue en 1999 la convention collective des salariés du particulier employeur) utilisant le terme « postes d'emploi à caractère familial ». On trouve dans cette convention des sous-catégories : les gardes d'enfants et les assistants de vie « assurant une présence auprès des personnes handicapées ou âgées, chargés des tâches ménagères et des tâches de la vie quotidienne que les personnes aidées ne peuvent plus réaliser ».

La plupart des attributions de ces emplois (auxiliaire de vie sociale, auxiliaire de vie, assistantes de vie) se ressemblent beaucoup. C'est la confusion entre métiers et dispositifs qui a induit ces différentes appellations dont les contenus professionnels sont très proches.

1.3. Une insuffisante reconnaissance professionnelle

Les métiers de l'aide à domicile sont actuellement caractérisés par une diversité des statuts, des conventions collectives, des conditions d'emploi et des appellations même qui les construisent. Les aides à domicile, devenues auxiliaires de vie sociale, sont éclatées dans divers statuts : agents des collectivités locales pour celles employées par les CCAS, celles rattachées à la convention ADMR de 1970, celles rattachées aux autres fédérations employeurs dans le cadre de la convention collective des organismes d'aide et de soins à domicile de 1983, celles rattachées à la convention de la Croix-Rouge…

Il n'est pas rare de voir une aide à domicile salariée par une association, sous une des conventions collectives énumérées, être en même temps assistante de vie rattachée à un particulier employeur pour une partie de son temps de travail, y compris chez la même personne ! La majorité des auxiliaires de vie sociale se trouvent des situations salariales hors du droit commun, elles travaillent que très rarement à temps plein (54 % sont employées en temps partiel) et sont exclues de l'indemnisation de chômage à temps partiel. Bon nombre également, du fait du petit nombre d'heures réalisées, n'ont pas droit aux prestations en nature de l'assurance maladie. Le statut du personnel de terrain en reste donc aux balbutiements. On sort en effet d'un quasi-bénévolat, d'un « voisinage rémunéré »...

Le secrétariat d'Etat aux personnes âgées a toutefois demandé, dans le cadre de la mise en œuvre de l'APA, que soit élaborée une convention collective de branche de l'aide à domicile. Un accord relatif aux emplois et aux rémunérations a donc été signé le 29 mars 2002 par les partenaires de la branche de l'aide à domicile. Il n'a cependant pas été agréé, ce qui lui enlève toute force de loi. Pour information, les principales avancées contenues dans cet accord concernent la rémunération et les conditions de travail. Cet accord concrétise en effet la logique de professionnalisation mise en œuvre depuis plusieurs années et répond à la reconnaissance d'une juste rémunération des personnels de ce secteur, notamment celle des personnels d'intervention. Il faut savoir qu'une aide à domicile non titulaire du diplôme de référence de la filière (CAFAD, DEAVS) dépendant de la convention collective de 1983 est rémunérée au SMIC pendant 16 ans sans connaître d'évolutions salariales. Concrètement, en terme de salaire, une personne titulaire du DEAVS verra son salaire mensuel passer de 1 136 à 1 510 euros.

Les six fédérations nationales du secteur de l'aide à domicile, qui emploient 140 000 salariés (auxiliaires de vie sociale, techniciennes de l'intervention sociale et familiale, personnels soignants et personnels administratifs), sont concernées par cet accord. Celui-ci va dans le sens d'une revalorisation et d'une meilleure lisibilité de ces métiers qui doivent s'adapter à un public de plus en plus diversifié avec des besoins nouveaux. Cet accord présente une classification et une nouvelle définition des emplois qui se répartissent en trois filières (les personnels d'intervention, les personnels administratifs et de services généraux, les personnels d'encadrement et de direction), et en neuf catégories. A chaque catégorie d'emploi correspond une grille de rémunération et une valeur du point fixée à 5 euros. La logique de ces nouvelles grilles est l'alignement des rémunérations sur celles en vigueur dans le secteur sanitaire et social. Elles comportent pour tous les salariés une revalorisation importante des rémunérations. Il est prévu un échelonnement sur trois ans de l'évolution des grilles de rémunération à partir du 1er juillet 2002, sous réserve d'un agrément préalable.

Cependant, ce nouveau dispositif conventionnel ne représentera une véritable avancée pour le secteur de l'aide à domicile que si, dans un premier temps, l'agrément ministériel est accordé, puis dans un second temps respecté par l'ensemble des financeurs et notamment par les Conseils généraux dans le cadre de l'APA. Il est d'ailleurs à regretter que les principaux financeurs n'aient pas été associés aux négociations. Cet accord peut représenter un enjeu

majeur pour rendre plus attractifs les métiers de l'aide à domicile, mais son coût ne sera pas négligeable.

2. La formation des aides à domicile

De nombreux employeurs ont longtemps pensé que la formation n'était pas nécessaire « pour manier le balai et la serpillière » ! La loi du 16 juillet 1971 a cependant fait obligation aux employeurs occupant plus de dix salariés de consacrer au moins 0.80 % de la masse salariale à la formation.

L'analyse des formations du secteur n'est, en outre, pas aisée dans la période de transformation actuelle. La formation pour l'aide à domicile est née de la nécessité d'une professionnalisation. Les principales étapes de sa construction furent les suivantes :

- en 1973, l'apparition des premiers centres de formation tournés notamment vers l'aide aux personnes âgées ;

- le 25 octobre 1974, la création au sein d'Uniformation (organisme collecteur de la formation professionnelle le plus important du secteur) d'une sous-section aide-ménagère ;

- en 1983, le titre VI de la convention collective de l'aide et du maintien à domicile prévoit une formation de base et continue pour les aides-ménagères ;

- en 1988, la création du CAFAD ;

- en 2002, dans le cadre de la mise en place de l'APA et dans un souci de professionnalisation de l'aide à domicile, la substitution du DEAVS au CAFAD.

On constate en outre que la formation dans ce secteur de l'aide à domicile est peu structurée, et qu'en dehors de ce qui est diplômant existe une floraison de formations aux noms les plus variés, ne conduisant pas à une qualification reconnue. Par ailleurs, la formation continue qui dans son esprit est (ou devrait) correspondre à un perfectionnement en cours d'emploi a souvent pallié l'absence de formation initiale. On peut donc dire que globalement toutes les aides à domicile ne sont pas diplômées, mais qu'elles reçoivent toutes une formation au sein des organismes auxquels elle sont rattachées ou sous l'égide, en Bourgogne sous l'égide du CRIFAD[64].

2.1. La formation continue

On confond facilement la formation permanente et la formation continue alors que le Code du Travail en son article L. 900-1 établit les distinctions nécessaires. La formation professionnelle permanente, obligation nationale et cadre général, comporte une formation initiale et des formations ultérieures destinées aux adultes et aux jeunes déjà engagés dans la vie active ou qui s'y engagent. Ces formations ultérieures constituent la formation professionnelle continue.

[64] Le CRIFAD est constitué de quatre partenaires : le CESAM qui en est le support administratif et financier ; l'IRTESS, le lycée des Arcades à Dijon et le groupe des Maisons Familiales Rurales. Il a pour objectif de fournir les formateurs qui assureront la préparation au DEAVS et la formation continue dans l'ensemble de la Bourgogne.

En aide à domicile, cet ordre de priorité n'a pas été respecté par carence de formation initiale (sauf dans le cas des titulaires du BEP mention complémentaire aide à domicile). D'une façon assez générale, les employeurs à prédominance associative ont utilisé les moyens légaux de la formation continue pour organiser des actions formatrices à l'intention des aides ménagères, auxiliaires de vie, etc. (Il convient ici de souligner les difficultés de aides à domicile employés dans le cadre du gré à gré et au service de plusieurs employeurs, qui doivent lors des départs en formation solliciter l'accord de chacun d'entre eux.).

Pour ce faire, ils disposent de crédits que l'on peut considérer au même titre que les cotisations de Sécurité Sociale comme une charge sociale appelée « participation des employeurs au développement de la formation », qui s'élève actuellement dans ce secteur à 2,10 % de la masse salariale brute.

L'employeur a le choix entre :

- le financement direct des actions de formation, en les imputant sur le montant de sa participation,

- le versement total ou partiel de sa contribution à un OPCA : Uniformation, Promofaf, et Agefos-PME étant les plus sollicités par les services à domicile.

L'employeur doit également, le cas échéant, après avis des représentants du personnel, choisir un centre de formation répondant à sa demande et aux attentes du personnel. Le centre doit être administrativement enregistré au service de la formation professionnelle de la Région, et qualitativement fonctionner en lien organique avec le milieu professionnel qu'il est censé pourvoir en personnel compétent.

Quant au contenu pédagogique de la formation continue dans le secteur, il est varié comme le montre cette liste indicative de stages établie à partir de programmes existants : la pratique de l'aide à domicile (entretien du logement et du linge), le secourisme, l'aide à la mobilisation, l'ergonomie, la cuisine et la diététique, l'écoute et la communication, l'aide aux grands dépendants, l'accompagnement de fin de vie, l'accompagnement au quotidien d'une personne âgée… N'oublions pas la nécessité, sous l'effet de la conjoncture immédiate, d'ajouter certains items comme les soins du confort, la lutte contre la maltraitance à domicile, l'euro à domicile…

Il est évident, encore une fois, que la formation continue précédant la formation initiale a inspiré le contenu de cette dernière, en bâtissant, à partir de l'expérience de 20 ans d'actions continues, son référentiel de formation. Aussi, serait-il souhaitable de sortir de la contradiction où le contenu pédagogique des formations continues est souvent celui d'un ou plusieurs modules d'une formation initiale, aujourd'hui financièrement inaccessible dans bien des cas et où les crédits de FPC sont utilisés à tort pour la formation de base[65].

2.2. La création d'un diplôme de référence : le DEAVS (ancien CAFAD)

Une personne titulaire du CAFAD ou du DEAVS peut être considérée comme une « généraliste » de l'aide à domicile pouvant intervenir dans le champ de l'aide aux personnes âgées, aux malades, aux handicapés et aux familles.

[65] Guide de l'aide à domicile, sous la direction de Florence LEDUC, Dunod , Paris 2001

Le CAFAD

Le CAFAD était une préparation de base si on la considère d'un point de vue pédagogique mais elle relevait administrativement de la formation continue. Elle n'était pas accessible aux demandeurs d'emploi ou encore « aux scolaires ». Elle était non obligatoire pour exercer la profession et se déroulait :

- en cycle court, ouvrant droit à l'attestation d'équivalence pour les personnes ayant plus de 5 ans d'activité professionnelle dans l'aide à domicile,

- en cycle complémentaire, comportant des allègements de formation,

- en cycle long où la formation théorique est de 250 heures auxquelles s'ajoutent les 120 heures de stages pratiques.

Le programme comprenait trois unités de formation :

- UF1 : techniques de la vie quotidienne,
- UF2 : connaissances des personnes aidées à domicile,
- UF3 : aide à domicile et environnement.

L'examen final était organisé par la DRASS, qui agrée les centres de formation et les contrôle.

En 1996, l'État a décidé de suspendre sa participation financière au coût pédagogique de cette formation, entraînant une stagnation de la formation sur l'ensemble du territoire. En Bourgogne, le Conseil régional a fait le choix d'intervenir financièrement pour pallier la défaillance de l'Etat.

En 1999, les aides à domiciles titulaires du CAFAD représentaient 9 % du total des effectifs recensés par la DRESS[66]. La proportion des titulaires dans les CCAS était de 11 % et dans les associations de 9 %. Leur part était de 13 % dans les services prestataires et de 6 % dans les services mandataires. Ces écarts sont liés aux politiques de financement : plan de formation dans les organismes prestataires, cotisation récente destinée aux employés salariés par les particuliers.

Depuis mai 2000, le contrat de qualification était ouvert pour les formations CAFAD. En Bourgogne, ce sont plus de 1 300 personnes qui ont été formées, par l'intermédiaire du CRIFAD, depuis la mise en place du CAFAD.

On évalue le nombre de diplômés CAFAD exerçant aujourd'hui à domicile à 800 (les 500 manquants sont soit à la retraite, ont poursuivi des formations complémentaires ou ont souhaité travailler dans d'autres secteurs d'activité). Une étude concernant le devenir des diplômés est en cours de réalisation.

Le nombre de personnes à former en Bourgogne est actuellement évalué entre 2 500 et 4 500 (en intégrant la hausse de l'activité à domicile en lien avec la mise en place de l'APA). Des études plus précises seront disponibles dès l'arrêt de montée en charge de l'APA. Actuellement, l'augmentation de l'activité ne s'est pas forcément traduite par des créations nettes d'emploi, les employeurs ayant majoritairement privilégié l'augmentation du temps de travail des salariés en poste.

[66] DRESS, Etudes et résultats n°91-11-2000

Le DEAVS

Le ministère de l'Emploi et de la Solidarité a lancé en mai 2000 des travaux en vue de la construction d'une filière des formations d'aide à domicile. L'objectif est de placer le CAFAD rénové, non seulement au niveau V où il était déjà initialement mais surtout d'en faire le diplôme de référence de la filière d'aide à domicile. Ce challenge semble d'ores et déjà réussi en Bourgogne puisque les associations employeurs ont adhéré à ce principe. Un dispositif d'entrée est prévu soit par la voie de la formation (totale ou partielle), soit par la voie de la VAE.

L'entrée en formation

La formation proprement dite concerne les professionnels en poste et s'ouvre pour la première fois aux demandeurs d'emploi. La formation est donc accessible selon trois modalités :

- Il est possible de réaliser la formation, à temps plein et sans contrat de travail, en formation initiale (public scolaire) et pour les demandeurs d'emploi. Dans ce cadre, la formation comprend 1 060 heures, faisant alterner les périodes d'enseignement (500 heures) et la réalisation de stages en situation professionnelle (560 heures).

En Bourgogne, l'Etat (DRASS) financera la première promotion de ce type ouverte à 18 stagiaires dès la rentrée de septembre. Chiffre qui peut paraître bien dérisoire eu égard aux besoins du marché du travail dans ce secteur… Actuellement, en Bourgogne, les offres d'emplois concernant l'aide à domicile constituent le secteur le plus dynamique. A titre d'exemple, l'ANPE d'Autun proposait 45 offres d'emploi d'aide à domicile pour le mois d'août. Aucun candidat ne s'est à ce jour positionné sur ces postes. Par ailleurs, la première formation « initiale » au DEAVS se déroulera à Dijon et sera organisée par le CRIFAD de novembre 2002 à juin 2003.

- La formation est accessible aux personnes d'ores et déjà employées par des services d'aide à domicile. Dans ce cas, la formation se déroulera également sur deux années et comprendra également 1 060 heures de stage. Aucun calendrier n'a été à ce jour arrêté en Bourgogne concernant l'organisation de cette formation.

Qu'il s'agisse de demandeurs d'emplois ou de personnes déjà salariées, l'accès à la formation est conditionné par une vérification des pré-requis. Celle-ci est organisée par les centres de formation agréés à cette fin et elle est contrôlée par la DRASS.

Elle se déroule sous la forme :

- d'une épreuve écrite de 1 heure 30, notée sur 20
- d'une épreuve orale, notée sur 20.

Certains diplômes dispensent de tout ou partie de cette vérification.

- Enfin, la loi de modernisation sociale a institué en ses articles 40 à 42 le droit de faire reconnaître son expérience professionnelle en vue de l'acquisition d'un diplôme ou d'un titre à finalité professionnelle sous la forme d'une validation des expériences acquises sur une durée de 3 ans. Le DEAVS est donc accessible, par la voie de la VAE, aux personnes qui sont actuellement en situation d'emploi depuis plus de trois ans et qui ont réalisé plus de 3 000 heures de travail (arrêté du 2 mai 2002-JO n°105 du 5 mai 2002 relatif aux modalités de l'expérimentation de la VAE pour le DEAVS).

Dans ce cadre, la demande de VAE doit être faite par écrit, en précisant le diplôme ou titre qu'il est projeté d'obtenir. Par expérience, le candidat peut également se prévaloir des formations qu'il a suivies en cours d'emploi. Il bénéficie dans cette démarche d'un accompagnement dispensé par l'organisme de formation agréé au DEAVS. Cet accompagnement a pour fonction d'informer le candidat sur la procédure de VAE, de l'aider à dresser la liste des activités concernées et à déterminer ses compétences, de le préparer à l'entretien avec le jury.

La VAE étant considérée comme un droit, il n'y a pas de sélection au départ, mais un « positionnement » (sorte de diagnostic) est prévu pour évaluer les chances de succès. L'Etat (DRASS) est seul habilité à délivrer un diplôme. Il habilite le jury, qui, au terme d'un entretien avec le candidat VAE, accorde ou non la validation totale ou partielle, ouvrant droit au diplôme.

Cinq régions (Bretagne, Limousin, Midi-Pyrénées, Nord-pas-de-Calais, Rhône-Alpes) expérimentent actuellement ce dispositif.

Au niveau national, la fédération AFORTS[67], à laquelle adhère le CRIFAD, réfléchit actuellement au contenu des formations jugées nécessaires qui pourraient être proposées aux bénéficiaires de la VAE partielle. En l'état actuel des débats, elle compterait entre 300 à 400 heures de formation. Dans tous les cas, afin de favoriser l'émergence d'une identité professionnelle, aucune dispense totale ne serait accordée (à l'exception, bien entendu, des titulaires du CAFAD et du BEP mention complémentaire « aide à domicile ») et l'UF 5 intitulé « méthodologie de l'intervention » constituerait le module « incontournable » du dispositif.

En effet, contrairement à ce qu'écrivent les rapports officiels, la validation de l'expérience ne réunit pas tous les suffrages. Certains employeurs ou pédagogues, surtout lorsqu'il s'agit d'une validation totale, pensent que théorie et pratique, formation et expérience sont nécessaires. La pratique seule est ambivalente, à la fois riche d'observations concrètes et répétées, capable d'instruire, mais aussi encline aux erreurs et à enfermer parfois dans certains préjugés.

Le déroulement de la formation

Après l'examen de sélection, le programme de formation générale se déroule en 500 heures théoriques pour un cursus de formation complet dont 17 heures non affectées (entraînement à l'examen, etc.) comportant cinq unités de formation et onze modules. Les personnes bénéficiant de la VAE se verront déchargées des modules correspondant à l'expérience qui leur aura été validée par le jury.

- **Unité de formation 1**

Les bénéficiaires de l'intervention (126 h)
Module 1 : connaissance des publics (aidés)
Module 2 : Pathologies et processus invalidants

- **Unité de formation 2**

Accompagnement et aide aux personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne (77 h)
Module 3 : Ergonomie
Module 4 : Santé et hygiène

[67] Fédération engagée dans l'évolution des métiers du travail social

- **Unité de formation 3**

Accompagnement et aide aux personnes dans les activités ordinaires de la vie quotidienne (84 h)
Module 5 : alimentation-repas
Module 6 : entretien du linge et du cadre de vie

- **Unité de formation 4**

Accompagnement et aide aux personnes dans les activités de la vie sociale et relationnelles
Module 7 : action sociale et ses acteurs
Module 8 : animation et vie quotidienne

- **Unité de formation 5**

Méthodologies d'intervention (133 h)
Module 9 : exercice professionnel, responsabilité et déontologie
Module 10 : mise en œuvre de l'intervention
Module 11 : communication – Liaison – Relation d'aide

En complément des modules théoriques, les stages pratiques contribuent à développer la polyvalence en formation et font connaître d'autres lieux de vie que le domicile des personnes âgées. Ils s'effectuent sous la responsabilité d'un tuteur. Ils ont une durée totale de 560 heures, comprenant un stage professionnel de 12 semaines -soit 420 heures- (le lieu d'exercice professionnel peut constituer pour les stagiaires en cours d'emploi le terrain du stage) et un stage de découverte de 4 semaines, soit 140 heures.

Certains diplômes ou titres peuvent dispenser d'une partie de la formation.

La formation devrait pouvoir être organisée sur l'ensemble du territoire bourguignon et pourrait concerner 250 personnes pour les deux premières années (soit environ 60 personnes par département – 40 en VAE et 20 salariés employés depuis moins de deux ans). Or, il faudrait former 500 stagiaires à l'année pendant 5 ans afin de faire face aux seuls besoins des salariés en activité…

L'examen final organisé par la DRASS reprend le schéma du CAFAD antérieur, avec des épreuves écrite, orale et pratique.

Problèmes posés par cette nouvelle formation

1) Qui va payer ?

Le financement de la formation varie en fonction de l'origine du candidat. En voie directe, il peut bénéficier des aides de l'Etat relatives aux demandeurs d'emploi. En formation continue, la prise en charge du coût pédagogique et des salaires et charges relève de la loi sur la formation professionnelle continue et se trouve à la charge des services employeurs, c'est-à-dire du plan de formation alimenté par la cotisation de 2,10 % de la masse salariale brute versée généralement à un OPCA.

Or cette formation nouvelle, dont la durée est bien plus élevée que la précédente, pose naturellement le problème de son financement qui assurera ou non sa faisabilité (le CAFAD coûtait en Bourgogne en moyenne 2 515 euros (16 500 francs) par personne, le DEAVS reviendrait, selon les estimations réalisées, à 7 622 euros (50 000 francs) par stagiaire -Estimations fournies par le Conseil régional de Bourgogne-).

Certes la VAE partielle peut réduire sensiblement la durée de la formation et son coût mais le financement de la VAE elle-même, dans sa procédure, sera à la charge du plan de formation des entreprises, entraînant plusieurs jours d'absence pour le salarié qui présente son dossier et passe devant le jury qui examine ses compétences. Par ailleurs, la durée de l'accompagnement (17 heures) prévu en direction des bénéficiaires de la VAE paraît insuffisante.

Dans le cadre de l'ancien CAFAD, la participation du Conseil régional (qui ne concernait que la prise en charge de la formation des salariés puisque le CAFAD n'était pas accessible aux demandeurs d'emploi) était comprise depuis 4 ans entre 110 982 euros (728 000 francs) et 154 800 euros (1 015 421 francs) et contribuait à la formation de 70 à 86 stagiaires par an.

Participation financière du Conseil régional au CAFAD (1998-2002)

➧ **1998**

Total	110 983 €

➧ **1999**

Organisme	Nombre de salariés	Subvention (€)
PROMOFAF	14	21 647
UNIFORMATION	55	113 356
Total	**69**	**135 003**

➧ **2000**

Organisme	Nombre de salariés	Subvention (€)
PROMOFAF	4	6 616
UNIFORMATION	65	125 466
Total	**69**	**132 082**

➧ **2001**

Organisme	Nombre de salariés	Subvention (€)
PROMOFAF	17	35 139
UNIFORMATION	69	107 507
Total	**86**	**142 647**

➧ **2002/prévisionnel**

Organisme	Nombre de salariés	Subvention (€)
PROMOFAF	17	41 200
UNIFORMATION	71	113 600
Total	**88**	**154 800**

Face aux besoins actuels de qualification du secteur (évalués grossièrement à 2 500 personnes) et à la montée en charge de l'activité créatrice d'emplois (certainement quelques milliers), ces montants paraissent nettement insuffisants. Les partenaires institutionnels réfléchissent donc actuellement aux moyens qu'ils pourraient mobiliser pour augmenter la capacité de formation.

Dans ce cadre, la DRASS travaille à la rédaction d'une charte régionale sur les formations au DEAVS recensant les différents financements possibles et la diversité des publics à former (salariés, salariés bénéficiant de la VAE, demandeurs d'emploi, etc…). Cette charte permettra de formaliser les objectifs à atteindre en matière de formation. Elle proposera un projet pour septembre – octobre prochain.

Concernant le financement de la formation des salariés, la DRTEFP souhaite mettre en place un EDDF local, sans attendre l'EDDF national, en partenariat avec UNIFORMATION et le Conseil régional. Ce dispositif permettrait de mutualiser les fonds (notamment ceux en provenance du FOMAD[68]) et pourrait encourager la participation du FSE.

Concernant le financement de la formation initiale (ouverte à 18 demandeurs d'emploi), le Conseil régional a d'ores et déjà été sollicité par la DRASS et le CRIFAD pour un complément de financement portant sur les coûts pédagogiques et sur les rémunérations. En effet, si la DRASS dispose de crédits suffisants pour ouvrir cette session, elle ne peut prendre en charge la rémunération des stagiaires et ne pourra assurer le financement de la totalité des coûts pédagogiques. Par ailleurs, les frais de transport et d'hébergement resteront à la charge du stagiaire.

Toutefois, il convient de remarquer que le bureau des ASSEDIC, en date du 11 juillet 2002, a homologué, à titre dérogatoire, car d'une durée supérieure à 6 mois, le DEAVS dans le programme des formations prioritaires. Cette décision devrait faciliter l'accès à la formation des demandeurs d'emploi.

La Région réfléchit donc à la possibilité d'intégrer le DEAVS dans le programme régional de formation. Cela lui permettrait en effet de verser une participation financière au fonctionnement des actions de formation, sur la base d'un taux horaire qu'il lui appartiendrait de fixer.

Les Conseils généraux souhaitent eux aussi prendre part à ce mouvement de professionnalisation.

Le Conseil général de l'Yonne a mis en place depuis deux ans déjà un module de formation à destination des intervenants auprès des personnes âgées (salariés des établissements, des associations, familles d'accueil agréées, emplois directs dans le cadre de la PSD et bénévoles). 550 personnes se sont déclarées intéressées et 160 ont pu suivre la formation en 2001, sur la base de 10 groupes de 15 à 18 personnes, tous publics confondus, à raison d'une journée par mois pendant six mois. La formation s'est déroulée sur l'ensemble du département, généralement au Centre d'Action Médico-Sociale le plus proche du domicile du stagiaire.

Cette formation a été conçue par le CRIFAD et sera prochainement validée par la DRASS, dans une perspective de VAE ou d'allègement de formation dans le cadre du DEAVS ou du CAFAMP.

Cette action a également été reconnue comme une formation pilote par le ministère des Affaires Sociales. Elle a, par ailleurs, été labellisée et inscrite au Programme Régional de Santé dans son volet « Handicap et dépendance des personnes âgées ».

Cette modalité d'intervention peut être intéressante dans le cadre de la professionnalisation des auxiliaires de vie sociale puisque celle-ci pourrait alléger le coût à la charge de l'employeur, ce module étant financé par le Conseil général.

---

[68] Le Fonds de modernisation de l'aide à domicile a été doté de 53,36 millions d'euros en 2002 et doit notamment contribuer à financer la qualification des aides à domicile, l'objectif étant de former au moins 4 000 aides à domicile supplémentaires.

Le Conseil général de Saône-et-Loire suit l'Yonne dans cette voie puisqu'il a sollicité le CRIFAD pour organiser ce type d'action dans son département.

La Nièvre a signé, pour sa part, une convention triennale portant sur l'amélioration et le renforcement du soutien à domicile des personnes et comprenant un volet très ambitieux relatif à la professionnalisation des services d'aide à domicile. En effet, les projections, actuellement disponibles pour le département laissent à penser qu'avec près de 4 500 bénéficiaires de l'APA, le secteur de l'aide à domicile aura à procéder au recrutement de 1 000 équivalents temps pleins.

L'article 10 de la convention prévoit donc la formation de ces personnes, soit au titre de la formation initiale, soit en cours d'emploi. Cela se traduit d'une part par le recours à la démarche de la **VAE,** avec comme objectif **à 3 ans, l'inscription de 360 personnes** dans la procédure VAE et d'autre part au triplement du nombre d'inscriptions à la formation diplômante du DEAVS sur la base du nombre actuel de personnes inscrites chaque année, à savoir 20 agents. Cet effort au titre de l'accès à la formation diplômante serait réalisé selon le calendrier suivant :

2002 : + 30 personnes (soit 50 personnes au total)
2003 : + 40 personnes (soit 60 personnes au total)
2004 : + 50 personnes (soit 70 personnes au total).

Sur 3 ans, ce sont ainsi 180 personnes qui bénéficieront de la formation DEAVS (au lieu de 60 si le rythme précédent avait été conservé). En sus des engagements financiers du Conseil général de la Nièvre et de l'Etat, il est prévu d'introduire la participation d'autres partenaires habituels par avenants. Un travail de rapprochement et de négociation est en cours avec le Conseil régional, la DDTEFP de la Nièvre et les OPCA.

La Côte-d'Or s'est engagée dans une démarche du même type.

2) Il conviendra d'organiser des départs massifs en formation au moment où les tensions sur le marché sont importantes…

3. Le devenir des autres formations

En sus du DEAVS, il existe quatre autres formations diplômantes du secteur de l'aide à domicile qui recouvrent exigences, contenus, volumes et attendus apparemment différents. On peut citer le brevet d'études professionnelles carrières sanitaires et sociales mention complémentaire aide à domicile, le brevet d'études professionnelles agricoles mention complémentaire services aux personnes, le certificat de qualification professionnelle d'employé familial polyvalent, l'ex-titre expérimental AFPA devenu le certificat de formation professionnelle d'assistant de vie.

Aides à domicile, titulaires du BEP sanitaire et social, mention complémentaire « aide à domicile »

Cet enseignement théorique et pratique créé en 1995 correspond à une formation initiale à titre préférentiel, de niveau V. Au brevet d'études professionnelles, carrières sanitaires et sociales, délivré par le ministère de l'Education nationale, est ajoutée une mention complémentaire aide à domicile (arrêté du 28 juillet 1995).

La formation ne peut être dispensée que par des établissements publics (type lycées d'enseignement professionnel) ou privés sous contrat ou encore des centres de formation d'apprentis agréés.

Un référentiel métier décrit les activités attribuées au titulaire du diplôme « Mention aide à domicile», qui sont les mêmes que celles exigées en DEAVS. De même, le référentiel formation, assez voisin lui aussi[69], couvre également le champ de la polyvalence des publics : familles, personnes âgées ou handicapées vivant en logement privé, individuel ou collectif. Ces similitudes expliquent que les titulaires du BEP mention complémentaire « aide à domicile » ont l'équivalence au DEAVS.

En Bourgogne, 4 lycées (Simone Veil à Dijon, Françoise Dolto à Montceau-les-mines, Chevalier d'Eon à Tonnerre et Jean Rostand à Nevers) proposent cet enseignement. Chaque promotion compte 11 élèves.

Cependant, il faut noter que très peu des titulaires de ce diplôme font le choix du travail à domicile. Ils intègrent massivement les établissements hébergeant des personnes âgées qui proposent des emplois à temps plein ainsi que des conditions de travail et de rémunération plus avantageuses.

On peut signaler également le BEPA, option service aux personnes, accessible en formation initiale et continue pour les demandeurs d'emploi et les salariés, formation de niveau V conduisant aux diplômes professionnels du ministère de l'Agriculture.

Le titre : assistant de vie

Le titre « assistant de vie » (ADV) a été homologué au niveau V par un arrêté du 31 juillet 2000. Ce titre a été élaboré par l'AFPA en 1998 en partenariat avec la FEPEM.

Le titre « assistant de vie » correspond à un premier niveau de qualification se situant davantage dans la relation de service que dans celle de l'aide. Il pourra être validé dans le cadre de la VAE et donnera lieu à des allègements de formation.

[69] Sciences médico-sociales : 90 h. – Physiopathologie : 36 h. – Techniques d'entretien de cadre de vie : 108 h. – Techniques d'aide sanitaire et sociale : 108 h. – Techniques de gestion : 18 h. – Techniques de manipulation : 36 h. – Techniques du logement et du cadre de vie : 45 h. – Méthodologie d'action d'aide à domicile : 27 h. – Techniques d'alimentation : 90 h.

4. La crise des « vocations »

L'aide à domicile ne bénéficie pas d'une image valorisante de travailleur social car la confusion persiste avec l'employé de maison : l'aide à domicile n'est-elle pas encore appelée « aide-ménagère » ?

L'absence de reconnaissance forte de ce métier se conjugue à l'absence de perspective de carrière et d'augmentation de salaire. Il ressort de cette conjugaison une profession peu attractive, entraînant une fuite du métier chez des personnes titulaires du CAFAD et une grave crise des vocations parmi les demandeurs d'emploi et le public scolaire. Aussi, afin de faire face aux besoins du marché du travail dans le secteur de l'aide à domicile, plusieurs opérateurs ont-ils développé des stratégies :

- l'ANPE Bourgogne a recensé environ 400 candidats potentiels demandeurs d'emplois sur les fichiers des fonctions de l'aide à domicile. Le financement de bilans de compétences pourrait être assuré par l'ANPE ;

- des dispositifs précis existant pour les demandeurs d'emploi (SIFECO) ont été mis en place dans la Nièvre, l'Yonne et la Côte-d'Or afin d'assurer la remise à niveau de ces personnes ;

- la DRASS, quant à elle, avait déjà élaboré un protocole de recrutement qui a été validé et inclus dans le schéma régional des formations sociales ;

- le Conseil général de la Côte-d'Or va organiser dès la rentrée une campagne d'informations sur ce métier.

Par ailleurs, sont à relever des difficultés d'intégration sur le marché de l'emploi des personnes d'origine étrangère et notamment africaine et maghrébine. Certaines personnes âgées refusent qu'elles interviennent à leur domicile. En outre, les personnes âgées sont également plutôt rétives lorsque plusieurs aides travaillent à leur domicile. Ces deux dernières remarques tendent à penser que l'usager des services d'aide à domicile devrait en un certain sens être préparé, sinon « éduqué » aux modalités d'intervention de l'aide à domicile.

B) LA FORMATION DE L'ENCADREMENT DES SERVICES D'AIDE ET/OU DE SOINS A DOMICILE

1. Les responsables de secteur

Placés entre la direction et les aides à domicile, les responsables de secteur effectuent à la fois des tâches administratives et d'encadrement intermédiaire. Ils ont des appellations diverses : responsable de secteur, délégué social, charge de secteur, coordonnateur… Ils sont chargés d'organiser l'aide à domicile dans une circonscription donnée, à partir des demandes, en recherchant le financement adéquat et en veillant au bon déroulement des interventions des aides à domicile qu'ils encadrent. C'est un rôle de responsabilité et d'interface entre direction, personnel de terrain, usagers, et prestataires extérieurs.

En outre, compte tenu de l'augmentation de l'activité des services d'aide à domicile (liée à la solvabilisation des besoins par la mise en place de l'APA), il y a fort à prévoir que ceux-ci vont avoir davantage encore besoin de compétences managériales (gestion et organisation du travail, management d'équipes, conception et animation d'une démarche qualité…).

Actuellement, il n'existe pas de formation initiale pour ce personnel. Autrefois, on recrutait volontiers en vue de cette fonction, et par voie de promotion interne, des aides à domicile ayant donné satisfaction dans leur travail. On s'oriente aujourd'hui vers des travailleurs sociaux, comme des conseillères en économie sociale et familiale, qui disposent d'une formation de base du ministère de l'Education nationale et dont le profil se rapproche des nécessités de ce poste.

A la suite de la réforme du CAFAD et dans le cadre de l'élaboration de la filière à domicile était prévu au ministère de la Solidarité l'examen de la situation de ces responsables de secteur. Il n'est pas dit qu'il faille nécessairement aboutir à une formation liée à ce seul poste. Par ailleurs, là aussi sont organisés, pour cet encadrement, des cycles de FPC, ponctuels ou plus larges, comme ceux portant actuellement sur l'utilisation du chèque service, l'évaluation des besoins et les grilles de dépendance, les démarches qualité, le management et la gestion des ressources humaines…

En outre, le DIGUB peut constituer en région une solution pour les personnels non issus du secteur gérontologique.

2. Les directeurs des services d'aide et de soins à domicile

Actuellement, ces directeurs sont recrutés par les administrateurs de la structure à partir de critères qui varient en fonction de la taille de celle-ci, de la formation du candidat (cadres de santé, travailleurs sociaux, sciences humaines, gestionnaires, divers) et des circonstances qui ont pu le mettre en contact avec le milieu de l'aide à domicile. Mais face à la complexité croissante du fonctionnement de ces services, le directeur exerce de plus en plus des tâches de gestionnaire de personnels, de locaux et de matériels. Il est aussi un gestionnaire de fonds publics et est responsable de leur bonne utilisation.

Son rôle essentiel est de mettre en œuvre, dans le cadre d'une délégation de pouvoir, le projet associatif (ou politique) défini par le conseil d'administration. Pour répondre à cet ensemble de responsabilités, une formation devient nécessaire et le CAFDES demeure la référence.

L'arrêté du 27 septembre 1995 (complété par une circulaire du 28 septembre, JO du 11 octobre 1995) précise les conditions d'accès à la formation. Celle-ci se déroule, soit en voie directe pendant un an, soit en cours d'emploi durant trois années pour les personnes déjà en poste (1 000 heures de formation). Elle est ouverte :

- aux directeurs en poste d'un établissement ou service de secteur privé,

- aux candidats non directeurs, en situation d'emploi dans le secteur privé, âgés de moins de 30 ans et justifiant d'une expérience d'encadrement de 5 années (3 ans pour les titulaires de certains diplômes),

- aux directeurs en poste dans les établissements ou services pour personnes âgées du secteur public,

- aux personnes appartenant à divers corps administratifs.

L'ENSP (Ecole Nationale de la Santé Publique à Rennes), est chargée de la mission générale de garantie de la qualité pédagogique et assure le contrôle de la formation dispensée par 14 centres régionaux de formation agréés préparant à ce certificat.

Actuellement, il n'existe pas de site de formation en Bourgogne. L'IRTESS a déposé récemment un dossier d'agrément afin de pouvoir, comme par le passé, dispenser à nouveau cette formation.

Il s'agit d'une formation comportant des enseignements communs (gestion, direction d'une équipe, projet, etc.) et des enseignements spécialisés se rapportant aux quatre options suivantes : enfance, personnes en difficulté sociale, adultes handicapés, personnes âgées.

3. Le Diplôme Interdisciplinaire de Gérontologie de l'Université de Bourgogne (DIGUB)

Dès la fin des années 70, un service de formation continue a été mis en place d'au sein de l'Université de Bourgogne. A la suite de la sollicitation de plusieurs départements (Nièvre, Haute-Saône, Saône-et-Loire), les premiers travaux d'analyse de besoins, d'action recherche et de formation de formateurs ont concerné le métier d'aide à domicile. Cette première expérience a contribué à légitimer le SUFCOB dans le champ de la gérontologie. Par la suite, la Mutualité Française Côte-d'Or a sollicité le SUFCOB pour réfléchir au renforcement de la formation des aides-soignants à domicile (notamment dans le domaine des relations à la personne âgée).

Aujourd'hui, il existe un diplôme destiné aux professionnels du secteur sanitaire et social souhaitant approfondir leur connaissance des personnes âgées : le DIGUB. Les stages s'adressent à toute personne professionnelle ou bénévole travaillant auprès des personnes âgées : personnels de maison de retraite, hospitaliers, de caisses de retraite, travailleurs sociaux, libéraux, animateurs, etc… La formation est organisée en 8 Unités de Formation (UF) réparties sur l'année : les stagiaires peuvent suivre une ou plusieurs unités à leur choix. Il est cependant recommandé de suivre un cycle complet. Le diplôme s'obtient après avoir suivi toutes les UF, réussi toutes les épreuves d'évaluation et présenté un mémoire. Il peut se préparer en un, deux ou trois ans.

PROGRAMME	DUREE	COÛT
VIEILLIR : UF de base : connaissances générales et fondamentales dans les différents domaines de la gérontologie	68 h	1 140 €
VIEILLIR EN ETABLISSEMENT : vie de la personne âgée en collectivité	34 h	570 €
PRATIQUES PHYSIQUES : dégradation du mouvement dans le vieillissement, étude des effets sur la posture et le mouvement, la chute et ses conséquences, les gestes adaptés, pratiques adaptées…	entre 36 et 40 h	570 €
RELATION A LA PERSONNE ÄGEE : permettre aux praticiens d'améliorer la qualité de leurs relations avec les personnes âgées et leur famille	34 h	570 €
GERONTOPSYCHOLOGIE, GERONTOPSYCHIATRIE : sensibilisation aux problèmes psychiatriques et psychopathologiques, comme aux troubles mentaux légers	34 h	570 €
VIEILLIR A DOMICILE : le maintien à domicile de la personne âgée	34 h	570 €
METHODOLOGIE, SUIVI PEDAGOGIQUE : réservé aux candidats au DIGUB, afin de les aider à préparer leur mémoire (4 journées)	30 h	570 €
2 options obligatoires au cours des 3 ans pour les candidats au DIGUB . **ANIMATION** : travailler en équipe autour d'un projet . **APPROCHE DE LA MORT** : aspects historiques, psychologiques, philosophiques de la mort ; place des familles et des proches, soins palliatifs, démarches liées à la mort… . **LA RELATION AU CORPS** : à l'articulation de la communication verbale et non verbale avec les personnes âgées : les 5 sens . **TRAVAILLER AUPRES DES PERSONNES AGEES PERTURBEES OU DEMENTES** : comprendre les difficultés des personnes pour permettre une meilleure prise en charge	17 h	319 €
. **ACTIVITES PHYSIQUES ADAPTEES** : élaboration du Projet d'animation en A.P.A. adapté à différents types de population	34 h	570 €

Chaque année, le DIGUB est suivi par une quinzaine de stagiaires. Le principal frein à l'entrée en formation reste son coût (5 449 euros). En effet, dans le champ de la formation continue, l'Université ne bénéficie d'aucune subvention de fonctionnement. Les stagiaires supportent donc le coût réel des prestations. Par ailleurs, les modalités de mise en place de l'ARTT ont accru les difficultés rencontrées par les professionnels pour organiser leur départ en formation.

Le SUFCOB développe également des formations spécifiques en fonction des besoins institutionnels (formation des cadres de la CRAM). Quelle que soit la formation dispensée, le SUFCOB met l'accent sur le relationnel et l'analyse de la pratique. Les professionnels au contact de personnes âgées, et plus particulièrement encore celles qui sont confrontées quotidiennement à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, risquent en effet d'engranger une grande souffrance psychique, source d'usure professionnelle. De nombreuses structures développent des groupes pour l'analyse de la pratique, animés par des psychologues afin de permettre aux soignants d'exprimer leur ressenti et leur vécu.

C) AIDES-SOIGNANTS ET INFIRMIERS

1. Les aides-soignants

Ils interviennent auprès des personnes âgées dans trois situations :

- en moyen et long séjour,
- en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes,
- à domicile depuis 1981, date de la création des services infirmiers de soins à domicile.

Dans tous les cas, ils effectuent des missions par délégation, sous surveillance infirmière. Il s'agit essentiellement de soins d'hygiène corporelle.

Cette profession se situe à la frontière de l'aide à domicile : des clarifications restent nécessaires notamment sur les notions de soins et d'aide, seules susceptibles de déterminer les métiers en charge d'effectuer ces actes. A la différence du métier d'aide à domicile, l'obtention d'un diplôme est obligatoire (décret du 22 juillet 1994) : il s'agit du DAFAS.

La formation est ouverte aux personnes titulaires du diplôme national du brevet, du CAP petite enfance, de l'attestation de suivi d'une classe de première préparant au baccalauréat et d'un titre ou diplôme du secteur sanitaire ou social homologué au minimum au niveau V. La durée de la formation est d'un an et compte 1 575 heures dont 945 heures de stages. Les objectifs de la formation d'aide-soignant sont d'apprendre à participer à l'accueil de la personne et de son entourage, de savoir situer son action au sein d'une équipe de travail, de participer à l'identification des besoins physiques, physiologiques et psychologiques de l'être humain aux différentes étapes de sa vie et de leurs modifications, d'appliquer les moyens adaptés à l'exécution de soins en collaboration avec l'infirmier.

Les responsables de SSIAD, que nous avons rencontrés, regrettent que le contenu de la formation ne prenne pas assez en compte la spécificité de l'intervention à domicile et la psychologie de la personne âgée.

En Bourgogne, les aides-soignants manquent déjà un peu partout : en SSIAD tout d'abord parce que les conditions de rémunération y sont moins bonnes, mais aussi parce que la formation les destine avant tout aux établissements de soins ; en maisons de retraite (futurs EHPAD) qui souffrent et vont souffrir, dans le cadre de la médicalisation, d'un réel manque de qualification des personnels plus que d'une pénurie de personnels mais aussi à l'hôpital : au CHU, à Champmaillot, le temps moyen consacré pour un toilette complète et l'habillage est de 15 minutes. Faute de temps, certaines personnes dépendantes ne sont pas levées. Face à cette situation, les quotas d'aides-soignants en Bourgogne ont été augmentés de 40 % depuis 2 ans, passant donc de 320 aides-soignants formés par an à 440 mais il sera nécessaire que cette augmentation des quotas s'accompagne de création d'emplois.

Cette augmentation des quotas pose le problème de l'organisation matérielle de l'accueil de ces promotions plus nombreuses. En effet, des moyens supplémentaires ont été attribuées aux IFSI afin de rémunérer des heures supplémentaires d'enseignement. Il n'en demeure pas moins qu'il est difficile de pousser les murs des salles de cours et de multiplier les lieux de stage, alors que les personnels hospitaliers chargés de l'encadrement des stagiaires sont soumis à des cadences de travail de plus en plus lourdes (mise en place des 35 heures, difficultés de recrutement)… En outre, le niveau de recrutement a beaucoup augmenté au cours de la dernière décennie : aujourd'hui, il n'est pas rare de voir de jeunes diplômés bac +2 réussir le concours. A titre

d'exemple, sur les 35 aides-soignants formés par l'IFSI de Semur en 2002 : 15 seulement ont un niveau de formation initiale de niveau V.

Du même coup, il devient de plus en plus difficile aux personnes disposant d'un plus faible niveau de qualification initial d'intégrer la formation d'aide-soignant. Cet état de fait bloque la promotion professionnelle de nombreuses personnes, contribue à restreindre leurs possibilités de mobilité professionnelle et pose la question de la mise en place d'une démarche de préparation. Actuellement, l'IFSI de Semur réfléchit, en partenariat avec le GRETA, à la possibilité d'organiser sur place une préparation au concours d'aide soignant.

La difficulté à percevoir une rémunération pendant l'année de formation constitue également un frein à l'inscription de nombreux candidats et surtout candidates, tout comme le règlement des coûts de l'enseignement (de 1680 à 3355 euros selon les IFSI en Bourgogne). En effet, les candidats issus du cursus scolaire -BEP ou baccalauréat sanitaire et social- ne peuvent prétendre à aucune possibilité de financement. Par ailleurs, les personnels de la FPH et des établissements médico-sociaux peuvent logiquement, au titre de la formation continue, prétendre au maintien de leur rémunération pendant leur formation au titre de la promotion professionnelle. Il arrive cependant, de plus en plus fréquemment, que celle-ci ne puisse être maintenue en raison de contraintes budgétaires.

Enfin, les personnes pouvant bénéficier de dispositifs particuliers (CNASEA, FONGECIF, FAJ, ASSEDIC, PARE, chèque-formation) voient leur dossier instruit trois à quatre mois après leur entrée en formation.

Le calendrier de formation fait, par ailleurs, l'objet de nombreuses critiques, dans certains départements, de la part des directeurs d'hôpitaux : en effet, les sorties de formation s'effectuent en novembre et privent ainsi de personnels diplômés les hôpitaux qui doivent faire face aux départs en congé de leurs personnels.

2. Les infirmiers

Les infirmiers sont appelés à intervenir fréquemment auprès des personnes âgées dans trois situations :

- en moyen et long séjour,
- en EHPAD,
- à domicile, dans le cadre de l'intervention d'un SSIAD ou dans le cadre de l'exercice de cette activité en libéral.

Globalement, le rôle de l'infirmier est de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques, de prévenir et d'évaluer la souffrance et de contribuer à son soulagement. Il participe à l'évaluation du degré de dépendance des personnes et applique les prescriptions médicales. Il favorise le maintien ou la réinsertion des personnes dans leur cadre de vie familial et social. Il peut déléguer certaines de ses tâches au personnel aide-soignant dont il est responsable. Au sein des SSIAD, l'infirmier coordonnateur encadre l'équipe soignante. Il doit être à la fois un soignant confirmé et un gestionnaire administratif.

Naturellement, pour exercer sa profession, l'infirmier doit être titulaire du diplôme d'Etat, dont la formation est prévue par le décret du 23 mars 1992. La durée des études se déroule dans les instituts agréés par le ministère chargé de la Santé, sur trois ans, c'est-à-dire 136 semaines d'enseignements théoriques, de stages et de suivi pédagogique. Si l'enseignement comporte des

modules obligatoires et optionnels couvrant l'ensemble des disciplines et des soins infirmiers, le milieu extra-hospitalier et le domicile des patients sont peu examinés dans cette formation. C'est pourquoi, et ceci concerne aussi bien les aides-soignants que les infirmiers, la formation continue des personnels de SSIAD s'avère particulièrement utile en cours d'emploi pour étudier les aspects propres du travail à domicile.

Le secteur gérontologique est longtemps resté peu attractif pour cette profession. Il y a 30 ans, des « affectations sanction » y étaient décidées : les infirmiers les moins compétents y étaient mutés. Depuis 1992 toutefois, les programmes de réhumanisation des hospices et la connaissance de la vieillesse ainsi que l'amélioration de son image ont contribué à faire évoluer l'intérêt du secteur gérontologique.

Des évaluations réalisées par la DRASS de Bourgogne estiment d'ores et déjà que 1 500 infirmières manquent à l'appel sur le territoire régional (en rural, les infirmières libérales commencent à « déserter » : à Villeuneuve l'Archevêque, la commune a perdu deux de ses trois infirmières… ; au CHU de Dijon, ce sont 229 lits qui ont dû être fermés pendant l'été faute de personnel). Pour faire face à cette situation de pénurie, le nombre d'étudiants en soins infirmiers sur le plan national a augmenté de 8 000 en l'an 2000. En Bourgogne, depuis cette date, les quotas d'entrée à l'école d'infirmiers ont été augmentés de 200 places chaque année, portant le nombre d'étudiants à 700.

Il convient toutefois de rappeler qu'en 1994-1995, alors que les professionnels commençaient à alerter les pouvoirs publics, le ministère de la Santé a procédé à une baisse des quotas entraînant la fermeture et/ou le regroupement d'établissements et portant à 10 le nombre des établissements qui assuraient la formation des infirmiers en Bourgogne. Ce nombre se révèle aujourd'hui insuffisant pour absorber les étudiants supplémentaires et cet état de fait conduit à la nécessité de créer une nouvelle école, qui sera opérationnelle à la rentrée prochaine (février 2003) à Quétigny !

Par ailleurs, pour faire face à cette situation de pénurie, la DRASS de Bourgogne ne souhaite pas faire appel à des diplômés d'origine européenne. L'expérience conduite à Epinal très récemment en a montré toutes les limites : sur les 30 infirmières espagnoles accueillies, il n'en reste plus qu'une aujourd'hui. L'éloignement du pays d'origine et l'insuffisance des procédures d'accueil peuvent en partie expliquer cet échec et les résultats de cette initiative sont beaucoup plus positifs dans le Sud-Ouest ou à Toulouse.

L'ouverture du concours à un plus grand nombre de candidats ces deux dernières années a mécaniquement conduit à « baisser » le niveau de recrutement, dont les exigences ont par ailleurs beaucoup augmenté depuis 1992, et à admettre des personnes en formation qui n'auraient pas été admises il y a seulement quelques années. En conséquence, le taux d'échec en fin de première année atteint les 10 %.

Certaines écoles arrivent en outre difficilement à « faire le plein » de candidats pour tous les postes ouverts au concours : c'est le cas de l'IFSI de Châtillon-sur-Seine, Montbard, Semur-en-Auxois. Si l'école de Dijon compte 1 200 candidats pour 50 places, l'IFSI de Semur n'en compte que 150 pour 45…

De façon encore plus aiguë que pour la formation d'aide-soignant se pose le problème du financement des études d'infirmier, qui se déroulent sur trois années. Le maintien de la rémunération pour les personnels hospitaliers et médico-sociaux (qu'ils relèvent du statut de la FPH ou du secteur privé) est accordé au compte-gouttes.

En Bourgogne, les dispositions actuelles développées par les OPCA ne permettent de prendre en charge qu'un nombre limité de formations (2 à 5 par an) d'où la constitution de très longues listes d'attente. Ainsi, FORMA HP[70] a en attente une centaine de demandes de départ en formation. UNIFORMATION et PROMOFAF disposent bien de fonds pour favoriser les départs en formation des personnels « en pénurie », mais ces derniers sont très limités. Un Contrat d'étude prospective est en cours d'élaboration ainsi que la constitution d'un EDDF national.

Par ailleurs, les OPCA ont des difficultés à obtenir la participation financière du FSE qui, bien que rien ne le lui interdise (le DOCUP ne prévoit pas l'impossibilité d'une intervention dans ce domaine), refuse actuellement de financer les formations d'infirmiers. En outre, le fonds de modernisation des établissements de santé géré par la DRASS, qui développe un programme spécifique pour ce public, ne dispose que de moyens limités. L'enveloppe 2002 ne servira qu'à financer les reports 2001. Aucune nouvelle prise en charge ne sera donc possible cette année par ce dispositif.

Face à cette situation, l'assemblée régionale a décidé, lors de la session du 19 décembre dernier de voter un amendement visant à accompagner la professionnalisation des personnels hospitaliers. La somme de 1 047 000 euros (6 867 869 francs) sera ainsi dégagée sur 3 ans. Le coût de formation d'un aide-soignant en vue du diplôme d'Etat d'infirmier a été évalué dans le même temps, maintien de la rémunération comprise, à 100 000 euros (655 957 francs). Les crédits dégagés par la Région permettraient donc de financer la formation de 10 infirmiers seulement en 3 ans !

La faible efficacité de cette solution pousse actuellement le Conseil régional à réfléchir à la mise en place d'un dispositif expérimental en Bourgogne : celle de la VAE pour l'obtention du diplôme d'infirmier avec la participation du FSE. La DRASS de Bourgogne et la Croix-Rouge ont par ailleurs déjà effectué un important travail dans ce domaine. Les OPCA devraient pouvoir en outre repérer des personnes susceptibles de bénéficier de ce dispositif. Restent à mesurer les obstacles à franchir afin de faire évoluer les mentalités pour rendre le diplôme d'infirmier accessible par la voie de la VAE…

La Bourgogne souffre également d'un déficit de cadres infirmiers, dont l'activité s'est par ailleurs complexifiée avec la mise en place de l'ARTT, qui les oblige à consacrer de plus en plus de leur temps à gérer des plannings.

La préparation au concours d'infirmier devrait logiquement être conduite par les IFSI. Cependant, devant la montée en charge des promotions, nombre d'entre eux ne peuvent assurer cette mission. L'IFSI de Semur a entamé un partenariat avec le lycée de Semur qui se charge de cette préparation.

D) LES AIDES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

On compte actuellement 22 000 AMP. Leur mission professionnelle consiste à participer à l'accompagnement des enfants et adultes handicapés ou des personnes âgées dépendantes. L'origine de cette profession remonte à 1972 : les AMP intervenaient alors auprès des personnes handicapées, puis auprès des personnes âgées dépendantes. Elles exercent aussi actuellement leur activité en Centres d'hébergement et de réinsertion sociale. C'est dans le secteur du handicap, là où elle a le plus d'ancienneté, que la profession est la plus reconnue. Les AMP

[70] FORMA HP prend en charge les départs en formation sur la base d'un forfait (30 % du coût) quelle que soit l'importance de la cotisation de l'établissement privé sanitaire adhérent. Il mobilise également des fonds pour la prise en charge des concours d'entrée.

interviennent aussi dans les MAS, les CAT, foyers, hôpitaux, maisons de retraite et dans quelques services d'aide à domicile. Aujourd'hui, il est possible de dire que ce métier constitue en quelque sorte le pendant institutionnel du métier d'aide à domicile.

La formation est sanctionnée par le certificat d'aptitude aux fonctions d'AMP (niveau V), prévu par l'arrêté du 30 avril 1992. Le programme théorique comprend 350 heures : le développement de l'être humain, les notions de déficience et de handicap, le rôle de l'AMP dans la vie quotidienne des institutions -systèmes institutionnels- les techniques d'animation. Le contenu pédagogique de la formation correspond aux besoins institutionnels de prise en charge de la dépendance.

Le docteur Richard, gériatre à Champmaillot et en charge d'un service de long séjour, a exprimé ses regrets de ne pas pouvoir compter au sein de son équipe de personnels issus de cette formation. Il estime, en effet, que la connaissance apportée aux AMP au cours de la formation, en matière notamment de handicap et de psychologie de la dépendance de la personne âgée, contribuerait à apporter une prise en charge (jusqu'à maintenant majoritairement sanitaire) plus globale de la personne. Le CHU de Dijon semble pour sa part quelque peu réticent à l'intégration des AMP (bien que celle-ci soit possible dans le statut de la fonction publique hospitalière) par crainte de ne pouvoir leur assurer un déroulement de carrière équitable en raison de leur faible nombre (possibilités de promotion plus limitées) et de leur spécificité sociale dans le monde du tout sanitaire. Par contre, les hôpitaux ruraux (dont celui d'Alise-Sainte-Reine notamment), où les services de long et moyen séjour se sont développés au cours des dix dernières années, procèdent d'ores et déjà à ce type de recrutement.

En Bourgogne, la formation d'AMP a été décentralisée dans une logique d'aménagement du territoire : il existe ainsi trois sites de formation (Dijon, Sens et Chalon). Cette territorialisation n'est pas toujours aisée à gérer : il est par exemple très difficile de trouver à Sens des personnes susceptibles d'assurer des enseignements très spécifiques…

Les promotions sont composées à 60 % de personnels des établissements accueillant des personnes dépendantes (dans ce cadre, le financement de la formation est pris en charge par les plans annuels de formation des établissements), à 14 % par des personnes employées dans le cadre des contrats jeunes, à 20 % par des adultes en contrat de qualification et à 6 % par des salariés en contrat emploi solidarité et contrat emploi consolidé.

Les personnes provenant du secteur personnes âgées vont être de plus en plus nombreuses dans les années à venir en raison de la réforme de la tarification qui va encourager les établissements dans des démarches qualité. Elles représentent déjà 64 % des personnes formées. Quand on sait que selon la DRASS 84 % des personnes exerçant les fonctions d'AMP au sein des établissements accueillant des personnes âgées ne sont pas diplômées, il est facile de prendre conscience des besoins de formation pour les années à venir dans ce domaine…. Le profil des personnes entrant en formation se divise essentiellement en deux grandes catégories :

- soit, il s'agit de femmes qui n'ont pas choisi de travailler en maison de retraite et se sont en quelque sorte retrouvées « par défaut » dans ce secteur d'activité afin d'assurer un complément de revenu au ménage (en milieu rural, la maison de retraite constitue souvent un gisement traditionnel d'emplois dont le niveau de formation initiale reste relativement bas) ;

- soit, il s'agit de jeunes à la recherche d'un emploi (dont le niveau de formation initiale est plus élevé).

Cette année (promotion de mars 2002), 147 personnes ont décroché le CAFAMP ; à noter que 8 personnes admises en formation ont dû renoncer à suivre les cursus choisis en raison de l'insuffisance ou de l'absence de financement. 14 offres d'emploi adressées aux organismes de formation n'ont pu être honorées.

A noter également l'expérience qui a été menée par PROMOFAF : concernant les personnes suivant cette formation et bénéficiant d'un contrat de qualification, cet organisme a souhaité ramener les temps de formation, originairement échelonnés sur deux années, à 18 mois. Les personnes diplômées (bac +2, voire +4) qui sont entrées dans ce dispositif n'ont pas rencontré de difficultés particulières face à cette « densification » de l'enseignement. Toutefois, elles ont éprouvé des problèmes pour entrer dans la réalité pragmatique. Concernant les stagiaires moins diplômés, les temps d'assimilation se sont révélés être insuffisants et certains d'entre eux ont même abandonné la formation avant son terme. Tout processus d'apprentissage nécessite du temps correspondant au besoin de maturation des connaissances acquises.

Le coût de la formation est assumé par les employeurs. Il y a fort à penser que se poseront, à l'image du secteur de l'aide à domicile, des difficultés de financements. Le Conseil régional est d'ailleurs déjà sollicité au titre de la formation continue par des établissements médico-sociaux pour abonder leur plan de formation. Les exigences contenues en matière de qualité dans la réforme de la tarification entraîneront à n'en pas douter un besoin massif de formation en AMP dans les années à venir.

POUR NE PAS CONCLURE…

… le CESR souhaite simplement reprendre le préambule la Charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante[71] et inviter le Conseil régional à jouer un rôle prépondérant dans la politique gérontologique afin d'assurer, en tous points du territoire, une prise en charge de la dépendance de qualité respectueuse de la dignité des personnes.

« La vieillesse est une étape pendant laquelle chacun doit pouvoir poursuivre son épanouissement.

La plupart des personnes âgées resteront autonomes et lucides jusqu'au dernier moment de leur vie. L'apparition de la dépendance, quand elle survient, se fait à un âge de plus en plus tardif…

Même dépendantes, les personnes âgées doivent continuer à exercer leurs droits, leurs devoirs et leurs libertés de citoyens. Elles doivent aussi garder leur place dans la cité, au contact des autres générations, dans le respect de leurs différences ».

[71] Nouveau texte rédigé en 1997 de la charte établie en 1987 par la Commission Droits et libertés des personnes âgée dépendantes de la Fondation Nationale de Gérontologie.

PROPOSITIONS

La situation démographique propre à la Bourgogne est particulièrement préoccupante : selon les projections de l'INSEE, le nombre de personnes de 60 ans et plus augmenterait de plus de 53 % d'ici à 2030. Alors qu'elles représentaient moins de 24 % des Bourguignons en 1999 et 22 % en 1975, ces personnes constitueraient près de 38 % de la population régionale en 2030. Les tranches d'âge les plus élevées connaîtraient la croissance la plus forte : les 80 ans et plus seraient ainsi deux fois plus nombreux dans 30 ans qu'en 1999.

Cette situation démographique particulière doit dès aujourd'hui interpeller tous les acteurs de la vie locale afin que ceux-ci se donnent les moyens d'assurer des conditions de vie décentes aux personnes âgées dans le respect de leur dignité.

Par ailleurs dans le contexte actuel de remise en cause de l'APA, le CESR affirme que la mise en œuvre de cette allocation répond à une demande sociale réelle et amorce une véritable politique de la vieillesse. Elle constitue une réforme ambitieuse dans le sens d'une plus grande justice sociale qu'il ne convient en aucun cas de revoir à la baisse.

Enfin, qu'il s'agisse de la situation dans les hôpitaux, dans les futurs EHPAD, dans les services d'aide et de soins à domicile, des multiples créations d'emploi sont déjà, et seront à l'avenir nécessaires en Bourgogne. Ce secteur d'activité mérite d'être regardé comme un gisement important de création d'emplois.

I. PROPOSITIONS POUR UNE INTERVENTION DU CONSEIL REGIONAL

Afin de répondre à la saisine de l'exécutif régional mais aussi dans la volonté de prendre en compte de façon globale les besoins des personnes âgées en Bourgogne, le CESR a souhaité ne pas s'intéresser aux seuls besoins de formation et a ouvert le champ de ses propositions à l'ensemble des compétences régionales (investissement, aménagement du territoire, recherche…).

En effet, face aux constats suivants : extrême complexité et manque de lisibilité des actions menées en direction des personnes âgées (et des professionnels qui interviennent auprès d'eux); spécificité des données démographiques propres à la Bourgogne ; régionalisation des systèmes de soins ; réflexion actuelle menée sur la décentralisation et volonté de l'exécutif régional de prendre part à cette démarche, le CESR propose que la Région Bourgogne devienne, dans le cadre de l'expérimentation, région pilote d'une véritable politique gérontologique.

Pour ce faire, **un comité de pilotage régional**, représentatif de tous les partenaires associés à cette politique, pourrait être animé par la Région. Ce comité aurait la charge de définir les grandes orientations de la politique régionale gérontologique (qu'il s'agisse de politique d'équipements sanitaires et sociaux ou de soutien à domicile, de politique de recherche ou de formation, etc…), de la décliner au niveau des actions régionales, de coordonner et d'évaluer les actions menées en direction des personnes âgées, d'aider les porteurs de projets, d'organiser des colloques, séminaires, journées d'échanges pour les professionnels (notamment les auxiliaires de vie sociale qui souffrent d'un manque de reconnaissance et d'identité professionnelle), de centraliser les différentes expériences menées en région et de communiquer sur ces nouveaux dispositifs.

Le CESR dans ce cadre pourrait accompagner la démarche du Conseil régional en facilitant le rapprochement des différents acteurs.

Mettre en place un plan régional de formation pour le secteur médico-social

Des besoins en formation professionnelle continue, premier domaine de compétence de l'Institution régionale, ont été identifiés. Le Conseil économique et social préconise donc l'**élaboration d'un plan régional de formation pour le secteur médico-social**.

Ce plan visera à développer les formations qui correspondent aux besoins des deux principaux secteurs identifiés :

- les établissements d'hébergement de personnes âgées, confrontés à l'accueil de résidents de plus en plus dépendants et soumis à l'obligation de médicalisation de leurs structures dans le cadre de la réforme de la tarification. Les personnels en place devront nécessairement dans ce cadre acquérir une qualification particulière.

- les services d'aide à domicile qui doivent faire face à la montée en charge de leurs activités et à un important mouvement de professionnalisation suite à la mise en place de l'APA.

Le Conseil régional de Bourgogne intervient d'ores et déjà de manière significative dans le financement de l'ancien CAFAD (150 000 euros pour 85 personnes formées). Même si la constitution d'un EDDF permet de récupérer des fonds supplémentaires par rapport à ceux mobilisés aujourd'hui par les différents partenaires, les besoins en formation ainsi que l'augmentation de son coût sont tels (entre 2 500 à 4 500 personnes pour de 2 515 à 7 622 euros par personne) que même en intégrant les économies pouvant être réalisées par la mise en place de la VAE, **l'intervention quantitative de la Région devra très probablement être revue à la hausse.**

Par ailleurs, le Conseil régional intervient également dans le cadre du dispositif d'aide au plan de formation des entreprises (financement des coûts pédagogiques des actions de formation retenues et des coûts réels liés à l'ingénierie de formation et à la VAE) en direction des établissements hébergeant des personnes âgées qui en font ponctuellement la demande. Les formations financées peuvent être celles d'aides-soignants ou encore celles d'aides médico-psychologiques.

Le CESR préconise qu'une **approche globale de besoins en formation** soit adoptée et ce pour deux raisons :

- les besoins urgents de professionnalisation des auxiliaires de vie sociale n'ont pu être anticipés car la mise en place de l'APA a été fulgurante et a laissé peu de temps aux différents acteurs pour organiser leurs actions. Il n'en est pas tout à fait de même pour les EHPAD. La réforme de la tarification fixe décembre 2003 comme date de dépôt des conventions et prévoit cinq années pour réaliser les objectifs contenus dans ces conventions. Les exigences de professionnalisation (elles concerneront essentiellement les métiers d'aide-soignant et d'aide médico-psychologique) sont d'ores et déjà connues et peuvent être programmées. Pour éviter d'avoir à faire face à nouveau à une situation d'urgence, il convient de mener les réflexions de manière conjointe dans les deux secteurs.

- les métiers d'aide-soignant, d'auxiliaire de vie sociale et d'aide médico-psychologique sont relativement proches.

Une étude réalisée par la DRASS de Bretagne a montré que 80 % des activités conduites par ces trois types de professionnels étaient identiques. Forts de ce constat, trois organismes de formation (un IFSI pour les aides-soignants, Arcade formation de Lorient pour les aides à domicile et le GRIMS pour les aides-médico psychologiques) ont élaboré pour ces trois professions un tronc commun de 280 heures. Ces enseignements communs concernent essentiellement la gérontologie, l'approche de la notion de handicap, la méthodologie de l'observation et les questions d'éthique et de déontologie. Depuis deux années, ce sont un peu plus d'une vingtaine de stagiaires qui font l'expérience de ce dispositif. Les résultats observés sont satisfaisants :

- les auxiliaires de vie voient leur activité découverte et reconnue par les aides médico-psychologiques et les aides-soignants et de ce fait se trouvent valorisés ;

- la personne aidée est placée au centre des préoccupations par delà les clivages professionnels. La nécessité de coordination et celle de prise en charge globale de la personne sont plus facilement appréciées ;

- chaque intervenant apporte sa richesse (« l'humanisme » et les capacités d'empathie des aides à domicile ; la rigueur et le professionnalisme des aides-soignants et des aides-médico psychologiques).

On retrouve par ailleurs dans cette démarche un écho au rapport Guinchard-Kunstler « Vieillir à domicile » qui suggérait que la formation des aides à domicile soit revue en profondeur et comprenne un tronc commun avec les aides médico-psychologique et les aides-soignants. Cette possibilité n'a pas finalement été retenue mais il semble pertinent qu'elle soit mise à l'étude en Bourgogne et s'inscrive dans le cadre d'une expérimentation.

Une discussion doit s'instaurer entre les branches professionnelles du secteur, les financeurs de la formation et la Région, afin d'élaborer un contrat d'objectif professionnel[72] (à l'image de ceux des secteurs de l'agriculture, du bâtiment, de la métallurgie…) ou peut-être un contrat de partenariat avec le secteur professionnel (organismes collecteurs des fonds de la formation professionnelle, employeurs, Etat, Région, Départements). La formation de l'encadrement des services d'aide à domicile, la prise en charge des procédures de VAE ainsi que la mise en place de pré-qualifications devront être intégrées dans ce contrat.

Dans le champ de la formation professionnelle en direction des demandeurs d'emploi, le CESR souhaite que **les formations du secteur médico-social deviennent un secteur prioritaire pour la Région et qu'à ce titre, elles soient inscrites dans le programme annuel de formations** afin que les organismes de formation professionnelle du secteur puissent bénéficier d'une participation financière adaptée de l'Institution régionale.

[72] Conclus entre l'Etat, le Conseil régional et des branches professionnels, les contrats d'objectifs fixent des objectifs de développement coordonné des différentes voies de formation professionnelle et notamment de formation alternée. Concernant l'ensemble des formations initiales et continues, les contrats d'objectifs doivent permettre de mieux adapter le nombre de jeunes formés aux besoins de l'économie en prenant en compte notamment le niveau d'études et le mode d'enseignement. Leur durée est de 3 à 5 ans.

Dans le cadre de la formation initiale, **le CESR préconise que la Région initie, en concertation avec le Ministère de la Santé, la voie de l'apprentissage pour le métier d'aide-soignant, au sein des IFSI.** (En effet, l'apprentissage permet d'impliquer l'employeur, de rémunérer l'apprenti, de supprimer les coûts de formation à la charge des stagiaires…). Le comité régional de pilotage serait chargé de la mise en place, de l'évaluation et de la généralisation éventuelle de cette expérience à d'autres métiers du secteur.

Dans le cadre des procédures de VAE**, là encore, le CESR souhaite que la Région soit site pilote et expérimental pour les métiers des secteurs sanitaire et social.** L'observation de la pratique dans le secteur sanitaire notamment démontre un glissement des tâches : nombreux sont les agents de services qui depuis plusieurs années accomplissent les gestes normalement réservés aux soignants. Bien entendu, des modules de formation resteraient obligatoires (gestes techniques notamment, connaissances théoriques).

L'e-formation pourrait être développée pour promouvoir la formation sur tout le territoire.

Le Conseil régional devra réaliser une large campagne d'information sur cette politique de formation afin qu'elle soit ouverte au plus grand nombre (mairies, missions locales, CRIJ…).

Valoriser les métiers du secteur médico-social

Les métiers d'auxiliaire de vie sociale et d'aide médico-psychologique sont très peu attractifs. Or, les tensions sur le marché du travail sont d'ores et déjà très vives.

Le CESR souhaite que **la Région mette en œuvre une importante campagne de communication en direction de ces métiers, notamment dans le cadre de l'organisation du salon Forcing.** Il propose également **que la page hebdomadaire consacrée à l'Institution régionale dans les journaux locaux soit utilisée pour la communication sur ce secteur d'activité encore mal connu.**

Créer des maisons médicales

Les activités libérales de proximité sont très inégalement réparties sur le territoire bourguignon. L'idée de réaliser des maisons médicales voit donc peu à peu le jour. Il s'agit de regrouper sur un même site plusieurs professionnels (médecins, infirmiers, dentistes,..) afin de rompre l'isolement et de favoriser l'installation de jeunes professionnels en milieu rural.

Le Conseil régional dans le cadre de sa politique d'aménagement du territoire et du dispositif « Cœurs de territoire » doit prendre une part active dans la constitution des maisons médicales en relation avec les organisations représentatives des professionnels de santé.

Il est possible d'imaginer en milieu rural que ces maisons servent également de relais ou encore d'appui aux structures d'aide à domicile et de prévention pour la population.

Améliorer les conditions de vie dans les établissements par l'investissement

Dans le cadre du Contrat de plan Etat-Région 2000-2006, il est prévu un programme d'amélioration des services de santé : une intervention conjointe de l'Etat et des Départements est consacrée à la modernisation et à l'adaptation des bâtiments et des équipements destinés aux personnes âgées handicapées ou dépendantes. A ce jour, une seule opération dans la Nièvre a pu être engagée. En outre, alors que la Région s'était engagée dans le programme d'humanisation des hospices, le CESR regrette qu'elle ne l'ait pas fait dans le cadre de l'amélioration des services de santé.

Le CESR souhaite par conséquent que le Conseil régional accompagne cet effort selon trois axes principaux : la médicalisation des foyers-logements et maisons de retraite, l'aide à la structuration d'un établissement en plusieurs petites unités de vie permettant d'offrir un accueil spécialisé à certaines populations (démences séniles, maladie d'Alzheimer) nécessitant une conception de lieux spécifiques, la mise en conformité concernant la sécurité des établissements.

Une aide de la Région, intervenant dans le cadre de la révision du Contrat de plan à mi-parcours, pourrait permettre aux établissements de faire face plus rapidement aux besoins.

Aider les aidants

Le soutien apporté par les aidants aux personnes âgées est vital, mais il est aussi extrêmement fragile car il exige une disponibilité en temps importante et surtout un bon équilibre psychologique.

Il faut par conséquent :

- une formation minimale, intégrant une approche gériatrique afin que les aidants connaissent les gestes et les attitudes à adopter dans l'accompagnement d'une personne âgée dépendante,

- une aide psychologique, notamment à travers des groupes de parole. Ceux-ci permettent d'évacuer les tensions et les souffrances nées d'une présence exigeante auprès des personnes dont les capacités physiques et/ou psychiques déclinent.

La formation

Si tous les acteurs salariés du secteur médico-social ont un accès théorique au financement de la formation continue, il n'existe par contre aucune solution pour le financement de la formation des aidants informels (familles, voisins, bénévoles). Le Conseil régional, qui exerce une compétence essentielle dans le domaine de la formation, est, de ce fait, l'interlocuteur incontournable pour la recherche d'une solution. Ces actions devront être réalisées en concertation avec les conseils généraux.

La solution, qui pourrait être retenue, repose sur le principe de **la formation de formateurs.** Ce choix permet de faciliter la constitution de réseaux d'entraide et d'optimiser le nombre de personnes formées.

Les actions de formation correspondraient à des actions collectives en petits groupes sur de courtes périodes selon des référentiels élaborés et fixés avec les organismes demandeurs. Le coût ne serait pas trop élevé : ainsi, sur la base d'une estimation réalisée par le CESR de

Franche-Comté, pour une moyenne de trois jours de session comprenant 8 à 10 participants, 10 à 12 stages environ devraient être financés chaque année. L'estimation budgétaire des coûts pédagogiques de cette opération est de 30 500 euros.

Si l'on rapporte cet investissement au nombre d'aidants formés en bout de chaîne (soit environ 10 fois plus que les formateurs), le coût de la formation jour/personne est quasiment dérisoire par rapport au bénéfice qualitatif attendu.

Cette formation doit pouvoir donner lieu à validation.

La lisibilité de l'engagement régional pourrait se traduire dans les supports de formation qui seraient remis au cours des sessions aux bénéficiaires de la formation.

Les groupes de parole

Dans le cadre de l'aide aux aidants, les groupes de parole constituent une pratique très efficace. Un groupe de parole est généralement constitué de 8 à 15 personnes concernées par des préoccupations identiques (lourde dépendance physique, accompagnement d'une personne démente…). Il est animé par un psychologue et/ou un responsable technique.

Le coût annuel d'une session d'un groupe sur environ 10 réunions est de l'ordre de 2 300 euros (estimation du CESR de Franche-Comté).

Une action volontaire du Conseil régional dans ce sens (en complément des sources de financement pouvant exister par ailleurs) serait souhaitable et facilement identifiable.

Compte tenu du faible coût d'un groupe, la création d'une ligne budgétaire permettant le financement de 10 à 15 groupes par an serait déjà une mesure significative.

Développer la recherche et l'enseignement en gérontologie

L'enseignement sur le vieillissement est aujourd'hui en France et en Bourgogne limité et assuré par des effectifs trop peu nombreux. Il faut créer des postes d'enseignants à plein temps en sciences du vivant comme en sciences sociales. Il n'existe pas par ailleurs d'unité de recherche spécialisée sur les problématiques liées au vieillissement : la plupart des chercheurs travaillent de manière isolée au sein d'équipes centrées sur d'autres champs de recherche.

Dans le programme de recherches qu'il finance chaque année, le Conseil régional avec l'aide du comité pourrait utilement afficher sa volonté de mettre l'accent sur la recherche en gérontologie dans le cadre universitaire.

II. PROPOSITIONS A L'INTENTION D'AUTRES PARTENAIRES

Bien qu'il s'agisse d'une saisine spécifique de l'exécutif régional, le CESR souhaite adresser des propositions en direction des différents acteurs de la politique gérontologique.

Améliorer les modalités et les conditions d'hébergement en établissement des personnes âgées

Le CESR recommande :

- l'inscription, dans le cadre des schémas gérontologiques, du **développement de l'accueil de jour** (il n'existe actuellement qu'une petite vingtaine de places pour toute la Bourgogne) **et de l'accueil temporaire**, qu'il s'agisse d'établissements réservant des lits pour des courts séjours ou encore **d'appartements-relais**, sorte de petites structures d'accueil sur le quartier, l'arrondissement, le canton, destinées à recevoir des personnes âgées pendant une ou plusieurs périodes tout en leur permettant de continuer à bénéficier des aides et soins habituels.

Ces structures légères, soutenues par une politique volontariste, pourraient être gérées par les services de soins et d'aide aux personnes âgées. Dans les bourgs-centres, la réhabilitation des locaux nécessaires à la mise en place de cet habitat regroupé pourrait bénéficier des subventions accordées par le Conseil régional dans le cadre du programme « Cœurs de village ». De telles structures nécessitent toutefois un montage administratif et financier particulièrement complexe qui suppose la volonté conjuguée des promoteurs, de l'Etat, des collectivités locales (communes, conseils généraux au titre de leurs compétences sociales, Conseil régional au titre de l'aménagement du territoire)…

- **La création d'un plus grand nombre de possibilités d'accueil de jour et d'hébergement temporaire au sein des institutions de vie communautaire pour les personnes atteintes de démences et la création d'unités d'accueil spécifique pour personnes démentes** (10 à 15 places) dans les institutions qui reçoivent des personnes âgées pour des séjours non temporaires. A un certain stade de la maladie, seul un établissement psychiatrique peut être à même d'assurer la prise en charge de ces malades.

- La création de structures de fin de vie : actuellement, il n'existe qu'un seul établissement en Bourgogne.

- **La sensibilisation des pays au problème du vieillissement de leur population afin que ceux-ci intègrent dans leur Charte de développement des projets d'hébergements et/ou de services aux personnes âgées.** (Le CESR avait déjà émis ce souhait dans le cadre de son avis sur les services de proximité du 6 février 2001).
En effet, à l'examen des Chartes d'ores et déjà signées, on peut remarquer que cette préoccupation est absente de presque toutes les réflexions menées par les territoires (à l'exception des Pays Nivernais-Morvan et de Puisaye-Forterre). Le dispositif « Cœurs de territoire » pourrait venir en appui de cette volonté.

- Dans le cadre de la médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, une attention particulière doit être portée aux éléments suivants : l'amélioration des procédures d'accueil, le respect de l'intimité des personnes âgées et de leur liberté d'aller et venir, le développement d'activités variées et **la professionnalisation de l'animation**. Le CESR souhaite particulièrement insister sur ce dernier volet, l'animation étant le parent pauvre des postes budgétaires des EHPAD.

Adapter le logement

Le CESR souhaite que **le dispositif expérimental mis en place par le Département de la Côte-d'Or (APH21) soit étendu aux trois autres Départements.**

Les organismes HLM adaptent des logements aux besoins spécifiques des personnes dépendantes. Toutefois, faute d'une mauvaise mise en relation de l'offre et de la demande, ils leur est parfois difficile de trouver, au moment du départ du locataire dépendant, un nouveau résident présentant un handicap. **Les CLIC devraient centraliser au niveau d'un territoire donné les informations relatives aux vacances de logements locatifs pouvant accueillir des personnes dépendantes.**

Le CESR souhaite aussi organiser les prochains « Rendez-vous de l'Habitat »(automne 2003) sur le thème : Vieillissement de la population et adaptation de l'Habitat.

Diversifier l'offre de services d'aide à domicile et professionnaliser les équipes

- Afin de permettre aux personnes qui le désirent et qui le peuvent de rester à leur domicile tout en bénéficiant d'une qualité de vie importante et de conditions de sécurité optimales, il convient de **diversifier l'offre de services à domicile, et ce sur tous les territoires avec des financements adaptés aux contraintes de certains espaces (coût des déplacements notamment)**.

A titre d'exemple, **la garde itinérante de nuit** (qui consiste à assurer aux personnes qui font appel à ce service un passage une ou plusieurs fois dans la nuit pour effectuer une aide à la toilette, au lever et au coucher en cas de nécessité, pour accompagner et rassurer en cas de difficultés, à l'exclusion toutefois de tout acte médical) pourrait être développée. Cette forme d'intervention est une alternative à la présence de nuit d'une garde lorsque cette présence n'est pas justifiée ; elle est en outre moins onéreuse (15 euros par nuit). En outre ce service peut être en partie solvabilisé sur demande individuelle auprès de l'action sociale d'un organisme financeur et soumis aux mêmes avantages fiscaux qu'un service d'aide à domicile traditionnel. Les interventions sont réalisées entre 22 heures et 5 heures par du personnel formé à cet effet. Encore peu développée sur le territoire, cette formule apporte de la souplesse dans les réponses que l'on peut donner aux personnes nécessitant une surveillance permanente.

Les possibilités de **garde de nuit** sont encore insuffisantes sur le territoire ; il est nécessaire de les développer.

L'aide au répit, consistant à assurer au domicile de la personne une garde de quelques heures afin de permettre à l'aidant habituel non salarié de s'absenter, de faire une pause, doit être encouragée.

Enfin, pour **aider à leur domicile, jusqu'au bout de leur vie**, les personnes âgées et leur famille, le CESR souhaite que soient donnés aux services d'aide à domicile les moyens dignes de cet accompagnement spécifique.

Dans le cadre d'une politique régionalisée, seul un partenariat avec les communes, les conseils généraux et les divers financeurs de l'action sociale pourra susciter la volonté de promouvoir ces nouveaux services.

Les Conseils généraux doivent saisir l'opportunité de la démarche de professionnalisation des services d'aide à domicile qui est en cours pour, dans la négociation, inciter les services d'aide à domicile à produire ces prestations en leur assurant bien sûr un financement.

- Afin d'améliorer la qualité des services rendus, cette professionnalisation doit également s'accompagner de l'évaluation des services rendus et de la généralisation de **la mise en œuvre de la norme NF service aux personnes à domicile**. En Bourgogne, une initiative de la CRAM de Bourgogne-Franche Comté a déjà précédée cette démarche (mise en place d'un agrément qualité accordé aux organismes qui respectent un certain nombre d'engagements concernant la gestion administrative, l'organisation du travail et le contrôle des prestations). Les conseils généraux, dans le cadre de l'APA, devront encourager les associations à s'engager dans la normalisation NF service aux personnes à domicile.

Certaines associations sont de très petite taille et disposent de très peu de moyens. Leur implantation sur le territoire répond à un souci de proximité qu'il faut à tout prix conserver. Toutefois, ces structures doivent être encouragées à se regrouper afin de disposer des outils logistiques, informatiques et financiers suffisants pour répondre de manière pertinente à la montée en charge de leurs activités et aux exigences de professionnalisation. Leurs conditions de survie se trouvent en la mutualisation de leurs moyens. **Une aide spécifique à la structuration de ces associations pourrait être imaginée dans le cadre des politiques menées par les conseils généraux avec l'appui des fédérations.**

Développer les services de soins infirmiers à domicile

- Le nombre de lits agréés et financés en services de soins infirmiers à domicile est nettement insuffisant. A ce jour, 67 lits agréés sont encore en attente de financement par la DRASS. En outre, même en intégrant ce dû, le nombre total de lits demeurera insuffisant (les délais d'hospitalisation sont de plus en plus brefs et des personnes sont renvoyées chez elle dans un état de grande faiblesse). **Un programme pluriannuel de financement de nouveaux lits doit être mis en place et tout le territoire régional doit être couvert.** A cette fin, il convient que les actions menées par l'Etat soient cohérentes : il n'est pas normal que la réduction du nombre de lits dans les hôpitaux et de la durée moyenne d'hospitalisation pilotée par l'ARH ne soient pas accompagnées d'un transfert de moyens en direction des services de soins à domicile (gérés par la DRASS).

- Dans le cadre du décret qui est en cours de préparation concernant l'organisation des SSIAD, il est souhaitable que **leur mode de financement soit complètement revu**. Actuellement forfaitaire, il conduit dans les faits, à exclure du bénéfice de ces services les patients les plus dépendants et pour lesquels les soins sont les plus lourds et par conséquent les plus onéreux ou encore les personnes résidant en rural isolé et pour lesquelles les coûts de déplacement sont les plus élevés. Les modalités de financement doivent prendre en compte les réalités des situations traitées.

- **Les équipes de soins infirmiers à domicile pourraient aussi intégrer de nouveaux professionnels** (psychologues, ergothérapeutes et kinésithérapeutes) afin d'assurer une prise en charge globale et coordonnée de la personnes âgée. Il s'agirait alors de véritables équipes pluridisciplinaires.

Promouvoir l'hospitalisation à domicile

Les possibilités d'hospitalisation à domicile en Bourgogne sont à l'état embryonnaire. Le CESR, comme le prévoit le SROSS, souhaite que cette alternative à l'hospitalisation soit développée.

Augmenter les capacités des soins de suite

- Les services de soins de suite sont insuffisants. Il est à noter également que si en terme d'aménagement il est pertinent de développer l'activité gérontologique au sein des hôpitaux locaux, il faut laisser la possibilité aux personnes âgées résidant en agglomération d'être soignées près de chez elles afin de faciliter le retour à domicile et de favoriser le maintien des liens sociaux et familiaux. **Il est donc nécessaire de développer les services de soins de suite et ce principalement autour des principaux pôles urbains.**

- Les ergothérapeutes, dont l'exercice est trop souvent restreint à l'institution intra muros, doivent pouvoir se rendre au domicile de la personne âgée et travailler, en fonction des contraintes spécifiques à l'environnement de celle-ci afin de faciliter son retour à domicile.

Aider les aidants

Les entourages familiaux sont souvent lourdement mis à contribution et ont besoin d'un recours à des aidants professionnels. Outre la production de nouveaux services, il est possible d'imaginer la mise en œuvre d'une réelle politique d'aide à ces personnes, elles aussi en souffrance.

La sensibilisation et la formation des intervenants à domicile aux problèmes rencontrés par les aidants doivent contribuer à améliorer leur écoute. Les services doivent aussi davantage mettre en place des outils de travail et des formations leur permettant d'assurer dans des conditions supportables, ces relations d'aide, notamment auprès des aidants des personnes atteintes de troubles démentiels.

Les conseils généraux pourraient favoriser l**'organisation de réseaux d'entraide mutuelle, de lieux de parole et d'échanges et de formation en direction des aidants**.

Le CESR suggère que la mise en place au niveau national d'une allocation spéciale au bénéfice des aidants informels pour le service assuré auprès des malades soit mise à l'étude**.**

Il serait utile de développer la connaissance des problèmes rencontrés par les aidants et notamment celle des coûts financiers restant à leur charge : les études économiques n'ont permis jusqu'à aujourd'hui qu'une estimation grossière de la dépense globale de la prise en charge de la dépendance, sans précision sur la part de chacun des payeurs. En revanche, elles insistent toutes sur les coûts supportés par les malades et leurs familles. Il apparaît surtout une disparité évidente entre le taux de couverture socialisée de ce qui relève du sanitaire et la faiblesse de la couverture des besoins sociaux. Cette disparité devient flagrante dans une maladie où les coûts sanitaires sont, pour l'instant, modestes contrairement à la dépense sociale qui est importante. La maladie d'Alzheimer impose des réponses et des mécanismes spécifiques et soulève le problème de la gestion coordonnée des financements sanitaires et sociaux.

Prévenir la dépendance

Si les progrès de l'espérance de vie butent sur un « maximum biologique infranchissable », l'espérance de vie sans incapacité peut être accrue par la conduite d'actions de prévention.

Il convient pour cela que les soins médicaux soient apportés avec discernement. **Il est donc nécessaire que la formation gériatrique des professions médicales soit renforcée et que tous les autres intervenants bénéficient d'une véritable formation à la gérontologie.**

Améliorer la coordination

Toutes les interventions sociales se recentrent sur l'accompagnement des parcours de vie. Il ne s'agit pas de construire des filières mais plutôt, comme c'est le cas aujourd'hui, de construire des réseaux (ensemble de réponses et de services souples organisés).

- Le système pèche par l'absence de coordination des interventions des différents acteurs. Même dans les cas où les besoins sont susceptibles de trouver une réponse adéquate, cette absence de coordination et, en amont, le manque d'information des familles sur les réponses possibles contribuent à empêcher l'utilisation optimale des dispositifs en place.

L'initiative des CLIC est bonne mais s'avèrera probablement insuffisante, car la fonction stratégique de coordination ne peut se contenter du volontariat de quelques réseaux associatifs et imposera un jour une institutionnalisation sous une autorité (celle des communes, des pays, des conseils généraux ?).

- En milieu rural, des structures diverses (les hôpitaux locaux, futures maisons médicales, …) pourraient servir de centre de ressources, de point d'aide et d'appui aux associations d'aide à domicile présentes sur le secteur.

Valoriser le métier d'auxiliaire de vie sociale

Alors que les services d'aide et/ou de soins infirmiers à domicile répondent aux attentes des personnes âgées, ils continuent à être pénalisés par une image peu valorisante de métiers peu attractifs et peu qualifiés. Une meilleure communication autour de ces services demeure une condition essentielle pour susciter des vocations. Il est possible d'envisager de communiquer sur le métier d'aide à domicile comme envisage de le faire le Conseil général de la Côte-d'Or.

Les médias pourraient être sensibilisés à ce sujet. **FR3 Régions, par exemple, pourrait être contactée afin de réaliser une série de reportages sur l'intervention des services d'aide et de soins à domicile, émissions qui contribueraient à familiariser les personnes dépendantes avec le rôle de l'auxiliaire de vie sociale mais qui, dans le même temps, pourraient susciter des vocations.**

L'amélioration des conditions de travail et de rémunération fait naturellement partie de cette valorisation : le CESR se félicite -comme il l'avait appelé de ses souhaits dans son avis du 16 février 2001 sur les emplois de proximité- qu'une convention collective unique de branche -par ailleurs étendue- ait été signée. Encore faut-il qu'elle soit rapidement agréée !

III. REMARQUES GENERALES

➨ La grille AGGIR devrait être revue afin de mieux tenir compte de l'évolution de l'état du malade mais aussi de mieux évaluer la dépendance des personnes souffrant de démences. En effet, ces dernières se retrouvent parfois classées en GIR 6 alors même que l'accompagnement dont elles ont besoin est très lourd.

➨ Dans le cadre des procédures de VAE pour le DEAVS, le CESR souhaite qu'un module spécifique reste obligatoire afin que les professionnels s'interrogent sur leurs pratiques mais aussi afin de faire émerger une culture identitaire compte tenu des exigences spécifiques du service à la personne.

➨ Les dérogations accordées par les DDTEFP dans le cadre du contrat de qualification doivent être harmonisées au sein de la Bourgogne afin de couvrir la totalité des temps de formation et leur niveau.

➨ Le CESR souhaite aussi une politique de soins plus volontariste, immédiate en milieu rural.

AVIS ADOPTE PAR 63 VOIX POUR ET UNE ABSTENTION

Intervention de Jacques LOURY au nom du Groupe CGT

Je veux m'associer à tous ceux qui ont salué le travail réalisé par le personnel mis à la disposition de la commission 4 pour effectuer cette étude, notamment Elodie Bousquet.

Faut-il parler des conséquences du vieillissement ou de celles de l'allongement de la durée de vie ?

Le vieillissement de l'être humain est-il un coût, est-il une dépense ou doit-on le considérer comme une chance pour l'être humain, pour la société de voir la vie se prolonger dans des conditions sans cesse améliorées ?

Nous revendiquons à la CGT le droit et les moyens de vivre bien et longtemps son temps d'inactivité au-delà de la vie professionnelle.

L'étude, qui constitue ce projet d'avis, révèle et précise un constat éloquent de la situation, sur laquelle il faudra tout naturellement porter une grande attention, et suivre de très près la prise en compte des propositions formulées.

Nous voudrions ajouter à cette étude quelques remarques qui visent à compléter, à bien situer les limites des propositions qui sont, pour l'essentiel, adressées au Conseil régional, et qui, à notre avis, doivent interpeller d'autres intervenants dans notre région.

Il existe un schéma régional d'organisation de l'offre de soins et, lors de sa présentation au CESR, nous avions souligné que ne nous paraissait pas garantie l'égalité d'accès à des soins de qualité quel que soit son lieu de résidence et quelle que soit sa situation, l'atteinte à sa santé.

Les nombreuses auditions faites pour réaliser ce projet d'avis montrent, qu'au-delà du problème du vieillissement de la population bourguignonne, cet objectif pourtant juste est loin d'être atteint.

La réforme hospitalière engagée ne permet pas de répondre aux attentes de la population et encore moins à celles des populations vieillissantes.

Les témoignages reçus en commission sur la dégradation de l'accueil des personnes âgées révèlent que compte tenu du manque d'effectif, le temps moyen consacré au petit-déjeuner peut ne pas dépasser 3 mn, 5 mn pour le repas de midi, 15 mn pour la toilette complète et l'habillage.

Quel cas fait-on de la dignité humaine ?

Face aux besoins croissants générés par la prise en charge de la personne âgée et aux augmentations des polypathologies qui entraînent une plus grande dépendance, la politique de maîtrise des dépenses de santé qui s'applique engendre la fermeture des lits de médecine dans les hôpitaux locaux avec une diminution globale du nombre de lits.

La population bourguignonne âgée de plus de 75 ans réside pour 60 % dans un espace urbain, les 40 % restant en milieu rural. Or les capacités d'accueil en milieu urbain sont insuffisantes et

le projet d'avis relève qu'il faudra pratiquement un an pour espérer résorber la liste d'attente des entrées à Champmaillot.

Dans ce projet d'avis, il est indiqué que le financement de soins infirmiers à domicile n'est pas assuré, 6 lits dont la création a été autorisée à Dijon ne sont pas financés !

S'agissant du maintien à domicile, l'étude démontre, et il en est besoin, tous les problèmes auxquels il faudra rapidement et efficacement apporter des réponses.

Parmi tous ces problèmes, nous voulons mettre l'accent, sans éliminer les autres catégories de personnel qui interviennent, insister sur le rôle, le travail accompli par les aides à domicile ou auxiliaires de vie.

C'est une profession à part entière qui exige, d'abord une grande reconnaissance, et pas seulement en terme de remerciements, mais par des garanties sociales fortes en matières de salaire, de qualification, de formations, de prise en charge de tous les frais liés à l'exercice de ce métier.

Nous partageons l'idée que l'APA constitue bien une réforme ambitieuse qui va dans le sens d'une plus grande justice sociale et qui amorce une véritable politique de la vieillesse.

C'est malheureusement vrai que sa mise en œuvre s'effectue de manière bien différente et l'on constate des écarts, des inégalités entre départements, régions.

Et déjà on nous oppose le coût insupportable que cela va générer !

Quelle part des richesses créées dans notre pays sommes-nous prêts à consacrer au social ? C'est là un enjeu auquel nous devons répondre !

Actuellement en Bourgogne 25 % de la population est âgée de 60 ans ou plus et si on se réfère aux études et prospectives menées par l'INSEE en 2030 elle représentera près de 40 % en 2030.

Cette population joue un rôle économique important pour peu qu'elle dispose d'une retraite décente, de ressources suffisantes lui permettant de vivre pleinement cette période de la vie.

Les questions posées par le vieillissement, par l'allongement de la durée de la vie de la population bourguignonne doivent trouver des réponses, la Région, l'Etat, doivent s'engager.

Les propositions du CESR, si elles sont prises en compte, peuvent contribuer à améliorer sensiblement les conditions dans lesquelles nous pourrons vivre mieux, vivre plus vieux.

Le groupe CGT votera ce projet d'avis.

Intervention de Jacky DUPAQUIER au nom de la CFTC

La CFTC apprécie le travail de la commission qui a bien mis en évidence les problèmes liés à la prise en charge des personnes âgées dans une région frappée de plein fouet par le vieillissement de sa population.

La prise en charge à domicile, le manque de locaux spécialisés, le manque de personnel soignant sont autant d'éléments à prendre en compte.

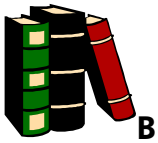
Nous tenons à faire remarquer que le domaine d'activité comme celui de la santé n'attire pas les vocations. Le secteur de l'aide à domicile souffre d'un manque de statut déterminé, de formation et de soutien. Le personnel soignant -principalement- et les professionnels de la santé manquent de formation et de spécialisation en gériatrie.

Aussi, est-il impératif de susciter des vocations et d'inciter les jeunes à suivre des formations adaptées. Mais pour rendre ce secteur attractif, il faut tenir compte à la fois de la pénibilité des tâches, de l'isolement de ceux qui assurent les fonctions et proposer des évolutions de carrières.

Les missions d'aide à domicile ou d'aide-soignante doivent s'apprendre en apprentissage, à la fois scolarisées et dans le milieu du travail. Puis par le système de VAE, ces personnels doivent pouvoir atteindre le niveau d'infirmière ou responsable de secteur, il est nécessaire qu'il y ait un véritable déroulement de carrière.

La CFTC craint de voir se mettre en place deux systèmes de personnels soignants : « hospitalier classique » et « gériatrie » - secteur déjà fortement confronté aux différences catégorielles avec des statuts différents et un cloisonnement entre les deux secteurs.

Il est important également d'offrir des conditions de travail favorables en adaptant mieux les locaux à la prise en charge de la personne âgée.



BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

📖 *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2000* – DRESS – Collection études et statistiques, La Documentation française, édition 2001.

📖 *Guide de l'aide à domicile* sous la Direction de Florence LEDUC avec Bernard ESCALERE, Denis MENNESSIER, Bernard ENNUYER, Sylviane FIOR – Dunod, Paris 2001.

📖 *La dépendance*, A. MEMMI, Gallimard, 1979.

📖 *La gérontologie* – Christophe de JAEGER - Que sais-je ? PUF, mars 1999 ;

📖 *La protection sociale des personnes âgées en France* – Marie-Eve JOEL, Que sais-je ?-PUF, 2000.

📖 *Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques* – Jean-Jacques AMYOT et Alain VILLEZ, Fondation de France, Dunod, Paris 2001.

📖 *Vivre âgé à domicile : entre autonomie et dépendance* – Magalie BONNET- L'Harmattan, 2001.

AVIS et RAPPORTS

📖 *Autonomie et personnes âgées*, juin 1999, autosaisine du CESR de Franche-Comté.

📖 *La maladie d'Alzheimer*, J.-F. GIRARD et A. CANESTRI, septembre 2002.

📖 *La validation des acquis de l'expérience* , 25 juin 2002, avis du CESR de Bourgogne.

📖 *Les emplois de proximité*, 16 février 2001, avis du CESR de Bourgogne.

📖 *Les personnes âgées dans la société*, Conseil économique et social, Journaux officiels, 2001.

📖 *L'habitat en zone rurale*, 25 juin 2001, avis du CESR de Bourgogne.

📖 *La prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et l'allocation personnalisée d'autonomie*, Rapport du Sénat (n°315) fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur le projet de loi adopté par l'Assemblée Nationale, relatif à, Alain VASSELLE, 10 mai 2001.

📖 *Vieillir en Franche-Comté*, livret d'autosaisine, novembre 2000, CESR de Franche-Comté.

📖 *Vieillir en France*, Rapport à Monsieur le Premier Ministre, Paulette GUINCHARD-KUNSLER, juin 1999.

📖 *Vivre en Ile-de-France après 60 ans*, 2 mai 2002 – rapport du CESR Ile-de-France.

DOCUMENTS TECHNIQUES

Actes des Assises Nationales de la Vie Autonome (12-14 juin 2002).

Bilan d'exécution du Contrat de plan Etat-Région Bourgogne 2000-2006, année 2001.

Charte de constitution d'un projet régional pour la qualification des aides à domicile, Conseil régional de Bretagne, 2002.

Contrat de plan Etat-Région Bourgogne 2000-2006.

L'APA, guide pratique, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité et Secrétariat aux personnes âgées.

L'EDDF mode d'emploi, Ministère de l'emploi et de la Solidarité.

Les enjeux de l'accord de branche aide à domicile relatif aux emplois et aux rémunérations, conférence de presse ADMR et UNASSAD.

Présentation générale de l'APA et de la réforme de la tarification des EHPAD, intervention du 29 avril 2002 à la DRASS, France CHARBIT.

Schéma départemental pour personnes âgées 2000-2005, Conseil général de l'Yonne.

Schéma régional des formations sociales en Bourgogne, CREAI, juillet 2000.

Statistiques concernant le secteur social et médico-social en Bourgogne, CREAI, avril 2000.

Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social en Bourgogne, DRASS Bourgogne, mai 2001.

REVUES

📖 La lettre de la Fédération hospitalière de France, n°5- mai 2002.

📖 Les équipements de santé en Bourgogne : des évolutions géographiques notable, INSEE Bourgogne Dimensions n°69 février 2000.

📖 Projection tendancielle de la population bourguignonne pour 2030, INSEE Bourgogne Dimensions n°90 février 2002.

📖 Famille, je vous aide, INSEE Première n°631, février 1999.

📖 La sociabilité des personnes âgées, INSEE Première n°644, mai 1999.

📖 Vivre seul, sentiment de solitude et isolement relationnel, INSEE Première n°678, octobre 1999.

📖 L'engagement associatif après 60 ans, INSEE Première n°737, septembre 2000.

📖 L'aide à domicile en faveur des personnes âgées , INSEE Première n°744, octobre 2000.

📖 Le cadre de vie des plus de soixante ans, INSEE Première n°760, février 2001.

📖 7.4 millions de personnes vivent seules en 1999, INSEE Première n°788, juillet 2001.

📖 Le nombre de personnes âgées dépendantes, DRESS, Etudes et résultats, n°94, décembre 2000.

📖 Les services d'aide à domicile, DRESS, Etudes et résultats, n°91 novembre 2000.

📖 La prestation spécifique dépendance à domicile : l'évaluation des besoins par le plan d'aide, DRESS, Etudes et résultats, n°136 septembre 2001.

📖 Les incapacités des personnes de plus de 60 ans et plus résidant en institution, DRESS, Etudes et résultats, n°138, octobre 2001.

📖 Les aides et les aidants des personnes âgées, DRESS, Etudes et résultats, n°142 novembre 2001.

📖 Un exercice de projection de la démographie médicale à l'horizon 2020 : les médecins dans les régions et par mode d'exercice, DRESS, Etudes et résultats, n°156 février 2002.

📖 Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 », DRESS, Etudes et résultats, n°160, juillet 2002.

📖 Le journal de l'Observatoire Régional de la Santé en Bourgogne, n°44, juin 2002.

JOURNAUX

« Les pouvoirs publics sont dépassés par le succès de l'allocation d'autonomie », Les Echos des 19 et 20 avril 2002.

« La douloureuse allocation autonomie », L'Yonne républicaine, mardi 4 juin 2002.

ETUDES

Démographie médicale : la contribution de la Bourgogne, document réalisé suite à la journée de réflexion sur la démographie médicale en Bourgogne organisée par les conseils départementaux de l'ordre des médecins, l'URCAM de Bourgogne, l'Unité de formation et de Recherche de Médecine de Dijon, l'ARH de Bourgogne, la DRASS de Bourgogne, avec la participation de l'UPLMB et de l'ORS, septembre 2001.

De l'étudiant au médecin : entre désir et réalité, mémoire de DESS Management et organisations de santé et d'éducation, H. BENHADDI, 2002.

Evaluation de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes en Bourgogne, ORS Bourgogne, janvier 2002.

La répartition de l'offre de soins libérale en Bourgogne, document préparatoire à la journée régionale sur la démographie médicale du 27 juin 2001, URCAM Bourgogne, avril 2001.

Les métiers de services aux personnes : analyse comparée des filières de formation et du devenir des élèves, Marie-Thérèse RAPIAU(ingénieur au CNRS) et Nelly STEPHAN (ingénieur d'études ENESAD), décembre 2001.

Les personnes âgées en Bourgogne : perspectives démographiques, santé et prises en charge, ORS Bourgogne, janvier 2002.

Un regard sur les besoins des personnes âgées dépendantes et des aidants bénévoles en Côte-d'Or, ORS Bourgogne, janvier 2002.

Prestation spécifique dépendance : bilan 1998, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, La documentation française, avril 1999.

SITES INTERNET VISITES

- www.travail.gouv.fr
- www.sante.gouv.sante.fr
- www.cr-bourgogne.fr
- www.bourgogne.sante.gouv.fr
- www.apa.gouv.fr
- www.emploi-solidarité.gouv.fr
- www.agevillage.com
- www.inserm.fr
- www.anpe.fr
- www.unassad.net