



FNAAFP/CSF
Fédération
de l'aide à domicile

Mars 2018

Plaidoyer pour une réponse adaptée aux besoins des personnes vieillissantes au domicile

#PourNosAînés

Parce que le vieillissement ne se réduit pas à la dépendance.

#BienVieillir

Pour que chacun.e ait le choix de son projet de vie.

#Solidarité

Car tout le monde y sera confronté un jour.



DANS CE DOCUMENT

Pourquoi un plaidoyer ?	2
L'état des lieux	2
Un choix de société	4
L'organisation	5
Le financement	7
L'intervention	8
Les acteurs	10
Infographie.....	12

ANNEXES p.14

1. Et dans les autres pays ?
2. Débats et rapports
3. L'évaluation
4. La coordination et l'accompagnement

LISTE DES SIGLES p.40

BIBLIOGRAPHIE p.41



POURQUOI UN PLAIDOYER

Le vieillissement de la population est une réalité que chacun aujourd'hui appréhende. Mais notre société est-elle prête à faire face aux conséquences de cette dernière ? Rien n'est moins sûr, et pour plusieurs raisons :

D'abord parce que la personne âgée incarne « *les deux innomables de la modernité : le vieillissement et la mort* » (D. Le Breton, in Reinhardt et Bouisson) que nous avons beaucoup de mal à regarder en face.

Ensuite parce qu'il s'agit d'un vrai choix de société qui n'a pas été fait dans notre pays. Nous nous sommes contentés jusqu'ici d'un traitement

social du vieillissement en apportant aides et dispositifs divers, mais sans réponse globale aux besoins des personnes.

C'est cet enjeu incontournable dans un contexte démographique qui va voir le nombre de personnes âgées croître. Saurons-nous y répondre collectivement ?

Mais c'est aussi une chance car cette augmentation génère des richesses sur le plan économique et des emplois. Saurons-nous saisir cette opportunité ?

« *Le respect témoigné à la vieillesse est en proportion de la valeur morale propre à une nation* » Cicéron in « *Caton l'Ancien - De la vieillesse* »

QUELQUES CHIFFRES

En 2050, **22,3 millions de personnes** seraient âgées de 60 ans ou plus (+80% en 45 ans).

Les personnes de plus de 60 ans représenteront **un tiers de la population** en 2050, celles de plus de 75 ans 15%.

D'ici à 2060, notre espérance de vie va croître de **7 ou 8 ans**.

Le nombre de personnes en situation de dépendance va **doubler d'ici à 2060** pour passer à 2,3 millions.

Source : INSEE

L'ETAT DES LIEUX

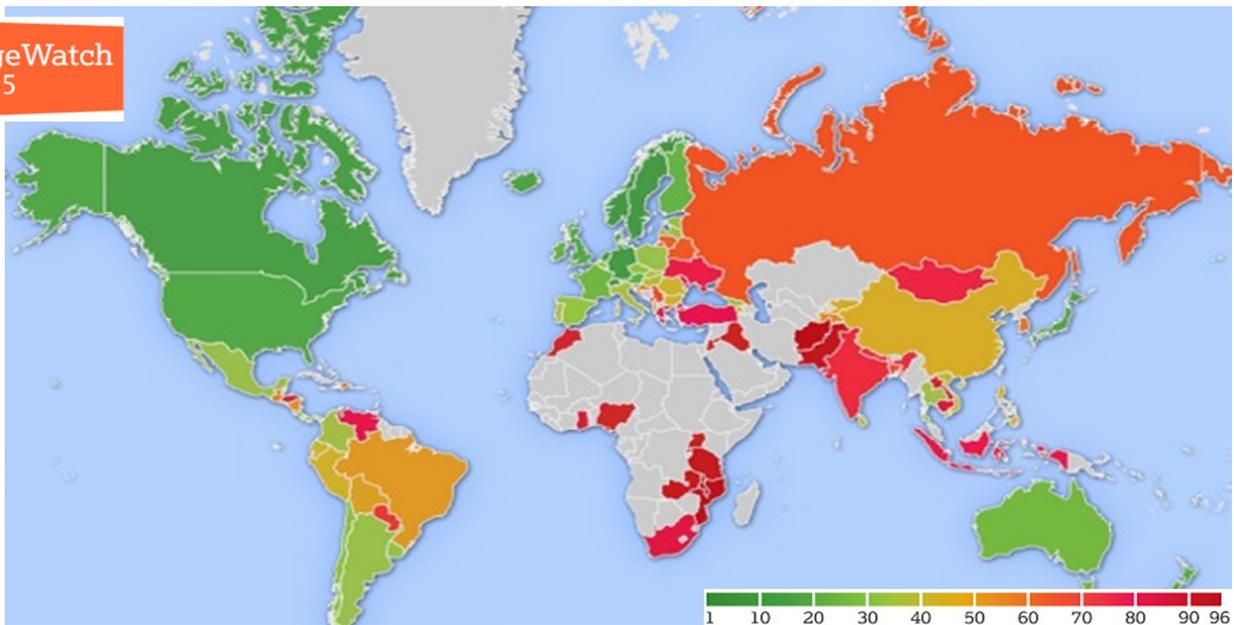
L'espérance de vie augmente et les personnes de plus de 60 ans représenteront plus d'un tiers de la population française à l'horizon 2050.

Le vieillissement de la population est souvent perçu comme un problème auquel il faut trouver des solutions et qui a des conséquences financières négatives : augmentation des frais de santé, augmentation des situations de dépendance, problème des retraites, etc ...

Cette approche, extrêmement négative, outre qu'elle fait l'impasse sur les apports économiques et sociaux des personnes âgées, tend à nous laisser penser que le problème est insoluble.

Surtout, elle nous éloigne d'une approche globale basée sur les besoins des personnes. La loi de 2005 a, entre autres, introduit la notion de projet de vie pour les personnes en situation de handicap. Tout dossier déposé auprès de la MDPH est censé contenir ce projet, essentiel dans le processus de compensation. L'ANESM, dans ses recommandations de bonnes pratiques professionnelles, nous demande de définir un projet de vie. Ce dernier ne peut se construire que dans une écoute des désirs et une évaluation des besoins.

Mais pour les personnes âgées, qui se préoccupe de ce projet de vie ? Peut-être parce qu'on imagine que nous n'avons plus de projet pour sa vie passé un certain âge ? N'oublions pas que l'espérance de vie à 65 ans est d'environ 20 ans pour les hommes et 25 ans pour les femmes ... de quoi avoir encore des projets. Et même dans les dernières années de vie nous avons droit à ce choix. Et si on parlait du besoin des personnes ?



Selon Helpage International <http://www.helpage.org/global-agematch/>

Vieillir, mais bien vieillir

Selon l'index « Global AgeWatch » (voir ci-contre), la France se classe à la 16^{ème} place. Certes, ce classement est honorable au niveau mondial, mais parmi les pays de l'Europe de l'Ouest, seuls le Luxembourg, la Belgique et les pays du Sud (Portugal, Espagne et Italie) se classent moins bien. Les pays du Nord de l'Europe sont loin devant la France pour le bien-être social et économique des personnes âgées.

Il y a donc certainement à regarder les modèles qui nous entourent dans l'accompagnement des personnes âgées. Nous le ferons dans ce plaidoyer. Mais d'ores et déjà nous pouvons dire que la France n'a pas fait de vrai choix pour l'accompagnement des personnes âgées, entre des modèles « nordiques » qui font jouer à plein la solidarité nationale dans la prise en charge, et des modèles où l'on se repose sur une prise en charge familiale, modèle que l'on retrouve dans les pays du Sud.

Enfin, il faut prendre en compte une donnée importante, la volonté des personnes de vieillir « à domicile ». Les politiques publiques n'ont jamais défini ce qu'elles mettaient derrière le maintien à domicile, le voyant parfois (pour l'hébergement et les soins) comme une source d'économie budgétaire. Il est désormais nécessaire de le prendre en compte dans le projet de vie de la personne, et de déployer les moyens qui permettent à celles et ceux qui font ce choix, de pouvoir le mettre en œuvre.

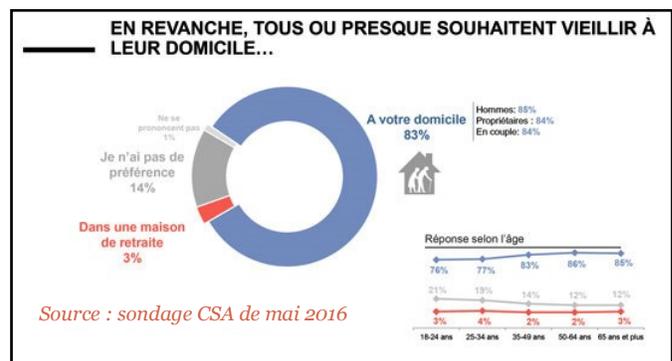
GLOBAL AGEWATCH INDEX

Helpage International, réseau mondial d'organisations travaillant avec et pour les personnes âgées, a créé cet index.

Il est basé sur 4 critères : la sécurité des revenus, le statut sanitaire, l'aptitude à l'emploi et le niveau d'éducation, l'environnement et les liens sociaux.

Cet index pointe notamment des différences nettes entre l'Europe du Nord, considérée comme plus « sociale », et celle du sud qui a mis en place des mesures sociales plus tardivement.

Plus d'informations : <http://www.helpage.org/global-agematch/>



LES GRANDES DATES DE LA MOBILISATION AUTOUR DU VEILLISSEMENT ET DU MAINTIEN AU DOMICILE

1997 : instauration de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD)

2001 : mise en œuvre de l'Aide Personnalisée pour l'Autonomie (APA) en remplacement de la PSD.

2005 : loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

2007 : on commence à parler du « cinquième risque ». Plusieurs rapports de l'Assemblée nationale et du Sénat aborderont ce thème en **2008**, **2010** et **2011**.

2008 : plan Alzheimer 2008-2012

2010 : première mission ministérielle sur les difficultés des SAAD. D'autres suivront en **2012**, **2014** et **2017**.

2011 : grand débat sur la « dépendance » lancé par le gouvernement.

2014 : rapport de la Cour des comptes sur le maintien à domicile suivi d'un autre rapport en **2016**.

2015 : loi d'adaptation de la société au vieillissement.

Voir annexe 2 pour plus de détails.

UN CHOIX DE SOCIÉTÉ

Le problème de l'accompagnement des personnes vieillissantes est souvent envisagé sous l'angle de la dépendance ou sous son aspect financier.

Il est important de renverser les choses, de partir du **besoin des personnes âgées**, et de faire un vrai choix de société, un choix qui nous engage.

Après avoir parlé de « dépendance », nous parlons aujourd'hui plus volontiers de « perte d'autonomie ». Mais est-ce moins stigmatisant ? Ne s'agit-il pas d'abord de répondre aux besoins des personnes vieillissantes ? Pourquoi ne pas parler de

« compensation » comme c'est le cas pour les personnes en situation de handicap ?

Il faut également se poser la question des convergences des dispositifs dédiés aux personnes âgées et de ceux destinés aux personnes handicapées.



Quel modèle mettre en œuvre ?

Deux grands modèles se confrontent dans la réponse à apporter aux personnes âgées :

Un modèle qui relève de l'aide sociale : je suis dans une situation donnée, j'ai droit à une aide spécifique. Je suis locataire, j'ai droit aux APL ; j'ai un enfant, j'ai droit à la PAJE ; je subis une perte d'autonomie, j'ai droit à l'APA.

Un autre modèle consiste à compenser une difficulté liée à une situation transitoire ou permanente : c'est le cas pour les personnes en situation de handicap avec la loi de 2005 ; mais c'est aussi ce système qui est retenu dans plusieurs pays (notamment les pays nordiques) pour compenser les pertes d'autonomie liées à l'âge.

Voir Annexe 1 sur les politiques mises en œuvre dans d'autres pays.

Il est temps de mettre en œuvre une politique de compensation des pertes d'autonomie liée à l'âge

Solidarité nationale ou modèle familial ?

La prise en compte du vieillissement se construit de manière différente selon les sociétés. Traditionnellement, c'est le modèle familial qui a prévalu. Ce dernier, qui consiste à ce que la famille prenne en charge ses anciens, est encore le modèle qui prévaut dans de nombreux pays, et dans les pays du Sud de l'Europe. Mais la conséquence est bien souvent l'épuisement des aidants ce qui n'est pas acceptable. De plus le coût pour la société est important, alors même qu'ils ont un rôle essentiel dans le maintien à domicile des personnes très dépendantes.

Ces pays ont d'ailleurs introduit tardivement des dispositifs de prise en charge basés sur la solidarité.

Les pays du Nord de l'Europe ont introduit ces dispositifs beaucoup plus tôt et proposent aujourd'hui à la fois des modèles basés sur la compensation de la perte d'autonomie, et financés sur la solidarité nationale (voir annexe 1).

La France apparaît comme un pays « au milieu du gué », donnant une part de prise en charge sur la solidarité nationale, mais n'ayant pas fait de vrai choix quant à l'accompagnement des personnes âgées.

La loi ASV(*) est symptomatique dans ce domaine. Si elle contient des mesures positives, elle ne propose pas de modèle global de réponse et de prise en compte des besoins des personnes âgées.

(*) Loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement du 29 décembre 2015



La solidarité nationale doit financer l'accompagnement des personnes âgées

L'ORGANISATION

L'organisation actuelle de la prise en charge des personnes âgées à domicile n'est pas satisfaisante.

Dans le cadre des lois de décentralisation, ce sont les départements qui sont en première ligne. Un seul exemple suffit à illustrer le problème : les tarifs de l'APA varient de 15,25€ à 28,58€ de l'heure selon les départements (Etude de l'observatoire des aides humaines Handéo de février 2018).

Garantir une équité territoriale est essentiel pour permettre à chacun de rester au domicile. Et compte-tenu des difficultés financières des départements, cela ne sera possible que par un retour en force de l'Etat pour garantir et

financer l'accompagnement des personnes.

Mais cet accompagnement doit se réaliser au plus près des personnes concernées : il faut s'interroger sur le niveau pertinent d'intervention : communes, intercommunalités, métropoles, départements et régions.

Le modèle qui assoit son intervention sur un diptyque Etat-Commune semble pertinent : il garantit l'équité territoriale par des aides d'Etat, socle de la solidarité nationale, et des interventions de proximité pour permettre et contrôler les interventions au domicile (comme par exemple au Danemark).



Garantir l'équité territoriale et une intervention de proximité doit être au centre de notre réflexion

LES GRILLES D'ÉVALUATION DES BESOINS DANS LE MONDE

Décret du 5 décembre 2016 fixant le référentiel d'évaluation multidimensionnel de la situation et des besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants

AGIRR (Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources) : France

AVQ (Actes de la Vie Quotidienne) : France

SMAF (Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle) : Québec

GEVA (guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées) : France par les MDPH.

RAI (Résident Assessment Instrument) : USA, Islande.

Pathos : France pour les soins en établissement.

Voir Annexe 3 pour plus de détails



L'évaluation ou l'expression des besoins ?

En premier lieu, il faut revoir les modèles que nous avons mis en place autour des personnes âgées. Actuellement, ils ne sont tournés que vers une mesure de la dépendance, de ce que la personne ne peut plus faire.

Nous proposons que le point de départ de l'accompagnement soit le projet de vie de la personne et les besoins qu'elle exprime. Les évaluations par des « experts » ne devraient venir que pour compléter cette demande.

Pour cela, il nous faut :

- partir des besoins exprimés par les personnes elles-mêmes ;
- recourir à des outils d'évaluation pertinents et plus fins que la grille AGIRR ;
- ne pas faire procéder à l'évaluation par le financeur.

Il faut également abandonner la grille AGIRR au profit d'outils d'évaluation multidimensionnels (voir annexe 3)

Nous devons partir du principe que c'est la personne elle-même qui est la mieux placée pour évaluer ses besoins

La particularité importante de l'évaluation en ce qui concerne la perte d'autonomie, est le fait que cette mesure, cette approximation, est mise en œuvre par des hommes à propos d'autres hommes.

On comprend donc rapidement qu'il va s'agir d'un rapport de force entre des besoins exprimés, ou pas, d'un côté, et des aides qui seront octroyées de l'autre côté. Et on voit bien le biais encore plus important qui s'introduit dans ce face à face, quand l'évaluateur est le financeur.

Quand nous sommes malades, nous pouvons consulter notre médecin autant que nécessaire. Personne n'évalue le besoin de recours à un service médical. Et c'est bien le médecin, et non le financeur, qui détermine les aides dont nous allons bénéficier (médicaments, examens, aides techniques, ...). Tout le monde trouve ce système normal. Imaginons que lorsque nous sommes malades, un salarié de la CPAM vienne évaluer la nécessité pour nous de faire appel à un médecin et fixe le montant des aides auquel nous aurons droit ?

Alors pourquoi ne pas imaginer qu'à priori, une personne qui demande de l'aide à domicile pour des actes de la vie quotidienne devenus difficiles, est dans le vrai. Cela n'empêche pas le contrôle et le rendu compte : comme le médecin rend compte auprès du médecin conseil de la Sécurité sociale, les structures pourraient faire de même auprès des financeurs.

Et pourquoi ne pas accompagner cette demande par une mesure fonctionnelle qui permettra de compléter sa demande, au lieu de l'évaluer dans un rapport de force qui vise bien souvent à diminuer les aides.

Mettre en œuvre les préconisations du décret du 5 décembre 2016, utiliser des outils d'évaluation multidimensionnels. Les financeurs ne peuvent pas être les seuls évaluateurs

LE FINANCEMENT

Il existe deux volets dans le financement : les prestations qui sont données aux personnes, et le financement des services qui interviennent au domicile.

Ces deux volets, s'ils sont intimement liés aujourd'hui, il est important de les regarder de manière différenciée. Il faut répondre aux besoins des personnes et donc leur apporter l'aide nécessaire à la satisfaction de ces besoins. Ces besoins peuvent être nombreux et variés, nous y reviendront dans la partie liée aux acteurs qui sont de fait nombreux.

Mais pour une part, ces besoins vont nécessiter des interventions au domicile, et la question de leur financement va se poser.

L'APA, une prestation qui n'est pas adaptée

Au regard de ce qui précède sur la prise en compte des besoins des personnes, il est clair que l'APA n'est pas la solution adaptée. Rien que le nom nous renseigne : Allocation Personnalisée d'Autonomie. Une allocation, une aide ... alors que nous défendons l'idée d'une compensation. Il est donc nécessaire de revoir cette prestation, à l'image de ce qui a été créé pour la compensation du handicap avec la mise en œuvre de la PCH.

Il faut remettre au cœur du débat la notion de cinquième risque de sécurité sociale. Seul ce modèle est à la hauteur des enjeux. Il faut arrêter l'empilage de dispositifs non coordonnés, qui créent des inégalités inacceptables en fonction des territoires, de l'âge, des dispositifs d'accompagnement présents, de l'accès au droit, de l'isolement, ...

L'accompagnement de nos aînés doit reposer sur la solidarité nationale, à l'image des dispositifs développés dans les pays du Nord de l'Europe.

La question du reste à charge doit également être abordée avec une attention toute particulière pour les publics les plus fragiles qui pourraient ne pas accéder à un accompagnement en raison du coût de prestations.

*Mettre en œuvre une prestation basée sur l'expression des besoins et la compensation,
Affirmer que cette prestation relève de la solidarité nationale et qu'elle doit être financée par un cinquième risque de sécurité sociale,*



VIE ET MORT (PROVISOIRE) DU CIN- QUIÈME RISQUE DE SECURITE SOCIALE

Lors de la campagne pour l'élection présidentielle de 2008, le candidat Sarkozy plaide pour la mise en œuvre d'un « cinquième risque ».

On plaide alors pour une prise en charge commune de la dépendance et du handicap.

Deux hypothèses s'opposent : le rattachement du cinquième risque à la sécurité sociale, ou une prise en charge hors sécurité sociale. C'est cette deuxième voie qui sera choisie avec la création de la CNSA. (*)

En 2012, la mise en œuvre d'un cinquième risque est abandonnée en raison de son coût élevé et les montants versés par l'APA vont rester très inférieurs à ceux de la PCH (**).

(*) Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

(**) Prestation de compensation du Handicap



DEUX MODELES TRES DIFFERENTS POUR GERER LA DEPENDANCE

Pour les personnes handicapées, l'évaluation des besoins, basée sur le **projet de vie**, est effectuée par une **équipe pluridisciplinaire** de la MDPH, avec un **outil multidimensionnel** (GEVA) et les décisions relatives aux droits de la personne sont prises en CDAPH, composée pour un tiers de **représentants des personnes** handicapées et de leur famille.

Pour les personnes âgées, pas de réelle évaluation des besoins mais une **mesure de la dépendance** (AGIRR) souvent par un unique professionnel du département qui propose le plan d'aide.

Cherchez l'erreur !

Le financement des services d'aide à domicile

Deux principes doivent prévaloir dans ce domaine :

- un principe d'équité territoriale,
- une reconnaissance des coûts réels d'intervention à domicile.

Sur ce dernier point, la reconnaissance de salaires décents, des coûts liés aux déplacements à domicile, de la formation des personnels doivent être pris en compte dans la tarification des services.

L'Etat doit imposer, de plus, une équité territoriale : il ne s'agit pas de dire que la tarification va être égale partout, mais de garantir un financement

« socle » complété par des spécificités territoriales (déplacements en zone rurales, ancienneté du personnel, ...).

Les mécanismes de financement sont à étudier et à définir, mais ils doivent permettre de répondre aux enjeux que nous avons définis dans les pages précédentes, à savoir un accompagnement permettant de répondre aux besoins des personnes, mais également de compenser les éventuelles pertes d'autonomie.

Une tarification à l'heure est incompatible avec la prise en compte des spécificités de la personne

L'INTERVENTION AU DOMICILE

Aujourd'hui, les services évaluateurs du département établissent des plans d'aides qui se traduisent par un certain nombre d'heures d'intervention.

On peut arriver à ce que des financeurs « chiffrant » une intervention pour un repas à 30 minutes, voire 15. Comment peut-on croire qu'il est possible en un temps aussi court de préparer un repas et d'aider à sa prise ? Comment peut-on imaginer que toutes les personnes vont avoir besoin du même temps pour ce temps de repas ?

La prise en compte de la personne est incompatible avec un chiffrage horaire. Il est nécessaire de revoir ce mode de fonctionnement qui nie les besoins spécifiques de chaque personne.

Nous préconisons de mettre en œuvre un financement au poste. C'est d'ailleurs le cas pour la presque totalité des travailleurs sociaux. Peut-on imaginer par exemple qu'un(e) assistant(e) social(e) soit rémunéré(e) à l'heure ?

Si une intervention pour des services à la personne (repassage, ménage, ...) peut être rémunérée à l'heure, une intervention auprès de publics fragiles relève d'un accompagnement social et doit être rémunérée comme tel.

Et si l'on remet au centre du jeu la notion de « projet de vie », peut-on se satisfaire d'un découpage à l'heure. Est-ce que pour chacun de nous, l'épanouissement personnel est fractionnable en heures ?

L'intervention auprès des publics fragiles relève de l'accompagnement social et doit être rémunérée au poste

Des services de proximité, à taille humaine

Un autre problème que l'on rencontre sur le terrain est la volonté des financeurs de regrouper les structures avec un double objectif : réduire le nombre d'interlocuteurs sur le terrain, et augmenter la taille des structures, ce qui est sensé garantir un meilleur équilibre financier.

Là encore, une prise en compte des besoins des personnes devrait nous conduire à privilégier des structures de proximité : les exemples sont nombreux de structures à taille humaine qui répondent aux besoins des usagers. C'est le cas pour les structures d'aide et de soins à domicile qui centrent leur activité sur les personnes fragiles, mais aussi des petites structures d'accueil à vocation sociale et à taille humaine (citons par exemple les MARPA).

Pour des questions de coût, il est nécessaire de travailler à d'éventuelles mutualisations de compétences entre structures, mais rien n'est plus néfaste que des rapprochements à marche forcée sous couvert d'économies (qui n'ont rien d'évidentes par ailleurs) et qui conduisent bien souvent à des situations d'échec.

Il faut également être attentif à la qualité des prestations offertes qui sont directement liées à la formation des personnels d'intervention.

Pour une intervention de qualité, il faut du personnel qualifié et formé

Une nécessaire coordination en interne et en externe



A l'heure où le nombre de personnes qui ont besoin d'aide ne cesse d'augmenter, un des enjeux majeurs des systèmes de santé est de garantir la continuité et la cohérence des soins et des accompagnements apportés à ces personnes, que ce soit pour les personnes âgées dépendantes, pour les personnes handicapées ou pour les personnes atteintes de maladies chroniques invalidantes.

Cette coordination concerne l'ensemble des acteurs, depuis la personne accompagnée, jusqu'aux pouvoirs publics.



Mettre en œuvre un accompagnement personnalisé, sans rupture de parcours, ne peut se faire qu'à partir des besoins exprimés par les personnes accompagnées : les passages Domicile - Hôpital - Maison de repos - EHPAD- etc ..., la coordination des soins et de l'accompagnement, doivent par exemple pouvoir se gérer dans le respect du souhait des personnes.

La notion de parcours de soin est ici essentielle, et il ne peut être fluide que si le passage du sanitaire au médico-social et l'inverse sont possibles facilement. D'où la nécessité d'un financement unique par l'Etat.

Voir annexe 4 sur la coordination

Faire des structures de proximité à taille humaine le lieu de mise en œuvre des besoins de la personne et travailler la coordination à partir de ces besoins pour éviter les ruptures de parcours.

RETOUR SUR L'ETUDE DE COUT DANS L'AIDE A DOMICILE

L'étude nationale de coûts sur les prestations d'aide et d'accompagnement à domicile a été menée entre septembre 2014 et février 2016 sur un échantillon de 44 structures.

Elle établit un coût horaire médian de 23,55 €. Le coût horaire global moyen est de 24,24 €. Pour la moitié des services, ce coût est compris entre 21,14 euros et 25,79 euros.

Très loin des taux financés par les départements ... Résultat : un secteur en grande difficulté !

Les charges de personnel (incompressibles) représentent 85% des coûts.

Les facteurs principaux de variation du coût horaire entre les services sont : la convention collective (36%), la taille du service (9%) et le taux de présence à domicile (6%)

Seulement 6% des services de l'échantillon étaient tarifés par leur département !

Source CNSA : <https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/resultats-de-letude-nationale-de-couts-sur-les-prestations-daide-et-daccompagnement-a-domicile>

LES ACTEURS

Les acteurs sont nombreux dans le parcours de vie des personnes âgées. Cette diversité est une richesse, chacun apportant sa pierre et ses compétences, proches ai-

dants et professionnels, acteurs du soin ou de l'accompagnement. Il est nécessaire d'identifier ces différents acteurs et de définir précisément le rôle de chacun.



Parcours de vie

Les proches aidants

Leur place est essentielle, et il faut la reconnaître. Le principal enjeu est de faire en sorte que ces aidants restent avant tout des parents, des enfants, des conjoints, des amis, ... Nous devons réfléchir avec les associations concernées aux dispositifs à mettre en place pour les soutenir, les accompagner et reconnaître leur rôle. Il est nécessaire d'éviter qu'ils deviennent des professionnels de soins qui suppléaient les manques institutionnels.

Il est par exemple essentiel de se pencher sur la problématique qui conduit ces derniers à réduire leur temps de travail, voir à l'abandonner avec des conséquences sociales et financières très importantes. Il est urgent d'imaginer des dispositifs de soutien public pour compenser ce nécessaire temps d'investissement auprès d'un proche.

Soutenir, accompagner et reconnaître le rôle des aidants. Faire en sorte qu'ils ne soient pas pénalisés par leur investissement

Les professionnels de l'intervention au domicile

Les professionnels qui interviennent au domicile sont en première ligne d'une politique qui vise à répondre au souhait des personnes de vivre chez elles.

Il faut soutenir leur action sur plusieurs axes :

- en reconnaissant leur rôle essentiel ;
- en valorisant les métiers et en revalorisant les salaires de la branche ;
- en finançant les services à hauteur des coûts réels d'intervention ;
- en permettant leur formation permanente pour des interventions de qualité.

Le nécessaire développement de la prévention

Prévenir les risques de perte d'autonomie et accompagner le vieillissement doit être au centre des politiques publiques.

Les sujets sont nombreux : adaptation du logement, utilisation du véhicule, santé, sport, lien social, lutte contre l'isolement,

Cette politique doit s'appuyer en premier lieu sur les personnes qui sont en contact direct avec les personnes âgées, et en particulier les professionnels du domicile. Mais là encore, cela n'est pas compatible pour les services à domicile avec un financement horaire.

Il faut également réfléchir au développement d'habitats adaptés au vieillissement. La seule alternative hors du foyer familial ne doit pas se résumer aux EHPAD.



Développer une politique de prévention ambitieuse pour compenser les pertes d'autonomie dues à l'âge

Le vieillissement, ce n'est pas que la dépendance !

De nombreuses associations, nationales ou de proximité, interviennent auprès des personnes âgées.

Leur rôle est essentiel, il doit être soutenu et valorisé. Elles interviennent dans le parcours de vie des personnes, en créant du lien social, en brisant la solitude, en apportant de l'aide pour les démarches administratives, en développant la citoyenneté ... mais aussi en témoignant des situations et des difficultés rencontrées par les personnes âgées.

L'ambition doit être de créer un réseau de convergence vers la personne, réseau qui réunit tous

les intervenants auprès des personnes, chacun à sa place, chacun avec ses compétences et apports. Il faut créer une instance de coordination, certainement au niveau communal, pour faire le lien entre tous ces acteurs du parcours de vie.

Un accompagnement réussi de l'avancée en âge est à ce prix.



Soutenir les associations nationales et de proximité qui interviennent auprès des personnes âgées

RESUME INFOGRAPHIE DE NOS PROPOSITIONS



Soutenir les associations nationales et de proximité qui interviennent auprès des personnes âgées

Développer une politique de prévention ambitieuse pour compenser les pertes d'autonomie dues à l'âge



Soutenir, accompagner et reconnaître le rôle des aidants. Faire en sorte qu'ils ne soient pas pénalisés par leur investissement

Travailler la coordination interne et externe pour éviter les ruptures de parcours



Rémunérer l'intervention auprès des personnes âgées au poste et non à l'heure

Pour une intervention de qualité, il faut du personnel qualifié et formé



Mettre en œuvre une politique de compensation des pertes d'autonomie liées à l'âge



La solidarité nationale doit financer l'accompagnement des personnes âgées

Garantir l'équité territoriale et une intervention de proximité



Parcours de vie

La personne est la mieux placée pour évaluer ses besoins

***Mettre en œuvre le décret du 5/12/2016.
Utiliser des outils d'évaluation multidimensionnels.
Ce ne sont pas les financeurs qui évaluent***

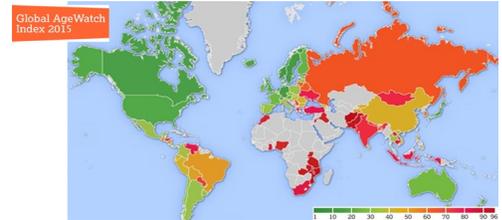


***Mettre en œuvre une prestation basée sur l'expression des besoins et la compensation.
Financer cette prestation par la mise en place d'un cinquième risque de sécurité sociale***

ANNEXE 1—Quelques modèles de prise en charge des personnes âgées en Europe et au Canada

Préambule : Petit tour d’horizon de la perception des aînés dans le monde

Le vieillissement de la population est un phénomène planétaire : quasiment tous les pays du monde doivent faire face à une augmentation de leur population de personnes âgées. Le vieillissement de la population est en train de devenir l’une des plus importantes transformations sociales du XXI^{ème} siècle, avec des répercussions dans presque tous les secteurs de la société, notamment dans le monde du travail, sur les marchés financiers, vis-à-vis de la demande de biens et services, tels que le logement, les transports ou encore la protection sociale. Le vieillissement de la population influence aussi profondément les structures familiales et les liens intergénérationnels et ceci, quelles que soient les régions dans le monde.



Arrêtons-nous un instant pour visiter quelques parties du monde et voir comment sont perçus nos aînés au travers de différentes cultures ?

En Europe occidentale : La personne âgée n’est pas des plus valorisées dans nos sociétés occidentales dans lesquelles la jeunesse, la beauté et la performance priment avant tout. Le processus de vieillissement est vu comme devant être contrôlé au maximum. Les plus âgés sont délaissés parce qu’ils sont considérés comme moins attractifs et utiles. C’est le courant de l’âgisme qui domine, avec ses images négatives de la vieillesse.

Ces stéréotypes âgistes sont synonymes de maladie, inutilité, non-attractivité, déclin cognitif, pauvreté, dépression... Pas réjouissant !

Aux Etats-Unis : Si les seniors américains sont sans doute plus heureux et en meilleure santé que par le passé, ils font encore l’objet de préjugés et de stéréotypes. Nombre d’entre eux affirment être victimes de l’âgisme au sein de leur société. Les États-Unis sont l’un des pays où les aînés ont le sentiment de ne pas bénéficier du respect qui leur est dû. Néanmoins, les États-Unis prennent des mesures pour améliorer la prise en charge des aînés, surtout avec l’arrivée à l’âge de la retraite ou de la perte d’autonomie des baby-boomers vieillissants. Maintes religions en Amérique préconisent le respect des anciens et les bénévoles sont nombreux à participer à leur prise en charge, notamment dans les centres pour personnes âgées et les communautés de vie pour les seniors. Les autorités de leur côté tentent de sensibiliser les plus jeunes à la place importante des aînés dans la société, par le biais, notamment, de la Journée des personnes âgées et du Mois des Américains âgés.

En Chine : Le respect dû aux personnes âgées a inspiré une loi en Chine. Les aînés peuvent en effet avoir recours aux tribunaux pour exiger un soutien financier et émotionnel de leurs enfants, à l’exemple du principe de l’obligation alimentaire en France. Les entreprises doivent également accorder des congés à leurs employés pour qu’ils puissent rendre visite à leurs parents âgés. Au regard de la densité et du vieillissement de la population, ces lois sont importantes car la prise en charge des aînés revient largement aux familles, afin de ne pas menacer l’économie... La Chine devrait en effet compter quelque 636 millions de personnes de 50 ans et plus d’ici 2050, soit près de la moitié de sa population, contre 25 % en 2010, d’après une étude citée par USA Today. Si la Chine a ancré cette obligation de prise en charge des aînés dans la législation, il est à noter que la culture chinoise a toujours préconisé le respect à l’égard des aînés.

Au Japon : La culture japonaise reconnaît la valeur des anciens. Le respect des aînés s'inscrit naturellement dans le quotidien des familles et de leurs enfants, faisant du Japon l'un des lieux les plus favorables aux seniors. La prise en charge des aînés est donc une histoire de famille : dans de nombreux foyers, plusieurs générations vivent sous le même toit. Peut-on affirmer que ce mode de vie explique la longévité des Japonais ? En tout cas, la société japonaise est l'une des plus vieilles du monde : le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus dépasse celui de tous les autres groupes d'âge. Bonheur et longévité seraient dues aux relations communautaires et familiales positives, qui favorisent une bonne prise en charge des aînés, et à un mode de vie sain, comprenant de nombreuses activités physiques et une alimentation saine pauvre en graisse.

En Afrique : Dans les cultures africaines, on parle de « vieillards », de « sages » ou de « vieux ». On insiste sur le fait qu'il s'agit de personnes qui ont duré sur terre, des gens de grand âge ou de plusieurs générations. Elles sont, à la fois, un patrimoine et une ressource. Pour cela, elles deviennent intermédiaires entre les vivants et les ancêtres.

Toutefois, des changements de mentalité s'opèrent. Avec l'introduction de l'école, de la révolution de la technologie en général et de celle de l'information en particulier, l'ordre social ancien est en train d'être renversé. L'aîné, le vieux ou la vieille, gardien du savoir et de l'expérience d'une civilisation basée sur l'oralité, est en déclin. A cela s'ajoute brutalement la découverte d'un monde nouveau : la ville, l'Europe et l'Amérique. L'illusion d'un ailleurs radieux offrant plus de possibilités matérielles et de vie paisible a contribué à un dépeuplement massif des villages. C'est pourquoi beaucoup de vieilles, de vieux, d'enfants et de femmes ont été laissés dans un désarroi total. Non préparés à cette situation, beaucoup de villages africains n'ont pas les structures efficaces pour la prise en charge des personnes âgées. De plus, avec l'évolution, la famille de type nucléaire (le père, la mère et les enfants) tend à se substituer à celle de type élargi (le père, la mère, les ascendants, et les collatéraux). Cela se réalise surtout en ville où la nécessité de survivre conduit, dans certains cas, à un repli sur l'unité familiale restreinte. Le changement rapide des techniques et les besoins de productivité toujours plus grands, font de la personne âgée une personne dépassée. On lui donne le statut de « vieux », mais avec une connotation péjorative et une certaine rupture se crée entre elle et les autres membres de la famille, et dans certains cas, le vieillard vient à être considéré comme un fardeau.

En Inde : L'un des critères d'autorité et de respect parmi les plus importants est l'âge. Il est nécessaire de faire preuve de politesse et d'égards envers les personnes plus âgées que soi. En famille, cela s'illustre par la pratique du « parnam ». Il s'agit d'une prosternation qui montre le respect des enfants envers leurs parents. Il est également d'usage de masser les pieds, les mollets, les talons et les bras des personnes âgées. C'est à la fois un signe de tendresse, de respect et de soin. La famille est l'unité de base à partir de laquelle se déploie l'identité d'un individu. Sans famille, la personne n'existe pas. Au-delà de la classe, de la caste, l'identité familiale est celle qui prime. La famille indienne n'est pas une famille nucléaire comme nous en avons l'habitude en Occident ; le modèle est plutôt celui d'une famille élargie où les enfants vivent avec les parents, les grands parents, les oncles et les tantes. La vie familiale est communautaire, les enfants des uns grandissent avec ceux des autres et apprennent au sein de cette microsociété une multitude de règles fondamentales à la société indienne.

Synthèse documentaire sur la prise en charge des personnes âgées dans quelques pays de l'Union européenne et au Canada, représentatifs de différents modèles sociaux (nordique, libéral, continental, méditerranéen)

« En comparant la France avec les autres pays européens, on constate que l'Allemagne et les pays scandinaves ont sur ce plan un budget de 50 % à 150 % supérieur à celui de la France. Ainsi, la cours européenne pourrait condamner la France du fait de la différence des sommes versées entre l'APA (Aide Personnalisée à l'Autonomie) et la PCH (Prestation de Compensation du Handicap). Cette différence varie du simple pour l'APA au double pour la PCH, ce qui conduit un grand nombre de professionnels à parler de ségrégation par l'âge » - **Bernard Enmuyer**



En **ALLEMAGNE**, la loi du 26 mai 1994 sur l'**assurance dépendance** (réformée en 2008) couvre toutes les formes de pertes d'autonomie, **indépendamment de l'âge, du revenu ou de la richesse**. Pour autant, elle ne couvre que des besoins de base, les prestations étant plafonnées. **L'individu est amené à contribuer de manière relativement importante à la prise en charge de sa situation de perte d'autonomie**. L'intervention de l'État est donc pensée comme complémentaire.

Cette assurance dépendance est **obligatoire** ; elle est adossée au régime d'assurance maladie (« cinquième risque »).

La loi distingue 3 niveaux de dépendance en fonction desquels les prestations sont octroyées (soins corporels, aide-ménagère, etc...)

La personne âgée a la possibilité de choisir entre prestations en nature, dispensées au domicile ou en établissement, et prestations en espèces.

L'octroi des prestations est **indépendant des ressources** des intéressés.

L'assurance dépendance prend en charge les dépenses de matériel spécialisé (lit médicalisé par ex) ainsi que dans la limite d'un forfait, les frais liés à l'aménagement du logement.

Le financement est assuré par les cotisations sociales partagées de façon égale entre les salariés et les employeurs. Afin de compenser la part patronale, un jour férié a été supprimé en 1995.

Environ **70 %** des bénéficiaires de l'assurance dépendance **vivent à domicile**. Parmi eux, un tiers reçoit des prestations d'opérateurs privés, **tandis que les autres sont assistés par un proche en partie rémunéré grâce à l'assurance dépendance**.

En 2010, le ministre de la santé a annoncé une **réforme** de l'assurance dépendance. Il juge nécessaire de compléter le dispositif actuel, qui repose sur la répartition, par un **système de capitalisation permettant à chacun de financer son propre risque**.



En **ANGLETERRE**, la prise en charge de la dépendance relève essentiellement des **individus eux-mêmes et de la solidarité familiale**. L'État, via les collectivités locales, intervient pour les personnes aux revenus les plus modestes. Il existe néanmoins une aide universelle, l'*Attendance Allowance*, ouverte à toutes les personnes dépendantes, mais d'un montant assez faible, ainsi qu'une aide limitée pour les aidants familiaux, la *Carers' Allowance*. Ces dispositifs font figure de **filets de protection** pour les personnes ayant les ressources les plus faibles. La plupart des personnes âgées font le choix de recevoir des prestations financières plutôt que des services.

Le dispositif public de prise en charge de la dépendance établit **une nette distinction entre les soins**, qui relèvent de la compétence du Service National de Santé, **et l'assistance**, confiée aux collectivités locales (qui ont pleine compétence pour l'ensemble de la prise en charge et l'offre de services).

En règle générale, ces services sont **totalement à la charge des personnes dont le patrimoine dépasse un certain niveau**. Les autres doivent payer un **ticket modérateur** dont le modèle de calcul **varie d'une collectivité à l'autre**.

Les personnes âgées **d'au moins 65 ans** qui ont besoin d'une aide peuvent percevoir la **prestation d'assistance - Attendance Allowance** - dont **le montant dépend du degré de dépendance**. Cette prestation est attribuée **sans condition de ressources** et son utilisation **n'est pas contrôlée** (elle constitue un supplément de revenus).

Le dispositif actuel est considéré comme peu satisfaisant : il est jugé coûteux et opaque. Il n'est pas certain qu'il serve les objectifs d'indépendance et de libre choix de la personne âgée. Il est critiqué aussi la disparité du ticket modérateur selon les collectivités.



Au **DANEMARK**, la prise en charge **des personnes âgées et des personnes handicapées** relève de l'État, l'intervention de la famille étant pensée comme seulement complémentaire. La prise en charge de la dépendance **n'a pas nécessité l'instauration d'un dispositif spécifique**. Elle s'inscrit dans **la logique du système de protection sociale**. Elle résulte d'une extension et d'une adaptation progressive des services sanitaires et sociaux aux besoins d'une population vieillissante.

La loi sur les services sociaux prévoit que toute personne peut bénéficier **gratuitement** des services dont elle a besoin pour préserver sa **qualité de vie**, rester à son domicile aussi longtemps que possible et maintenir ses capacités physiques autant qu'intellectuelles. **Le système se fonde sur l'universalité et la gratuité des services publics, financés par l'impôt**.

Ce sont les **communes** qui ont la responsabilité de mettre en place ces services (aide à domicile, aménagement du domicile ou fourniture d'un logement adapté équivalent, soins de jour en établissement, etc...) qui sont octroyés gratuitement et **indépendamment de la situation financière** des intéressés. Les services sociaux de la commune décident de la nature des services nécessaires mais **il n'existe pas d'outil formel d'évaluation des besoins**.

Par ailleurs, afin que les intéressés soient au courant des aides existantes, **les communes ont l'obligation d'offrir deux visites annuelles à toute personne âgée de plus de 75 ans et qui ne bénéficie d'aucune assistance**.

Depuis 1987, la loi sur les services sociaux **interdit la construction de nouvelles maisons de retraite**. En revanche, des **logements adaptés ont été construits**. De plus, tous **les logements nouveaux doivent être accessibles aux personnes handicapées, et donc aux personnes âgées**.

Aucune prestation en espèces n'est versée aux personnes âgées dépendantes mais **une allocation peut être octroyée aux membres de la famille qui prêtent leur concours**.

Depuis 1996, dans chaque commune, les citoyens de plus de 60 ans élisent un « **conseil des seniors** » que le conseil municipal a **l'obligation de consulter** avant de prendre une décision les concernant.

Le financement de l'ensemble du dispositif est assuré par **les impôts locaux et par des subventions de l'Etat**. Le système de prise en charge se fonde sur le principe de gratuité et d'égal accès aux services.



En **ESPAGNE**, la loi n° 39 du 14 décembre 2006 relative à la promotion de l'autonomie individuelle et à l'assistance aux personnes dépendantes prévoit la **mise en place progressive** d'un dispositif de prise en charge de la dépendance **qui couvre toutes les formes de perte d'autonomie, quelles qu'en soient les causes (âge, maladie, etc...)**.

La loi définit trois stades de dépendance et subdivise chacun d'eux en deux niveaux. Elle détermine aussi la liste des prestations en nature (depuis les dispositifs techniques visant à faciliter le maintien à domicile jusqu'à l'hébergement) qui doivent être proposés par les **services sociaux des communautés autonomes** ou à défaut par des prestataires privés accrédités. **Selon la loi, c'est seulement si la fourniture directe de ces prestations est impossible que des allocations financières sont attribuées.**

Le dispositif repose sur la **coopération de l'Etat et des communautés autonomes**. Idem sur le plan financier ; les crédits des communautés autonomes pour le financement de la dépendance doivent être au moins égaux à ceux de l'Etat. **Par ailleurs, les bénéficiaires participent au financement en fonction de leur capacité contributive (revenus et patrimoine).**

L'Observatoire pour la dépendance a publié une étude en 2010 dans laquelle il souligne notamment **l'insuffisance des crédits nationaux**, qui ne couvrent qu'un tiers du coût total du dispositif. L'étude insistait aussi sur la **disparité de la prise en charge** de la dépendance selon les communautés autonomes et sur **l'absence de prise en charge de plus de 200 000 personnes.**



En **ITALIE**, le dispositif public de prise en charge de la dépendance, **secondaire par rapport à l'aide informelle assurée dans le cadre familial**, est **complexe** et fait intervenir divers acteurs : les **prestations en espèces sont versées par l'Etat tandis que les prestations en nature sont fournies par les régions et les communes.**

Depuis 1988, les personnes de plus de 65 ans qui éprouvent des « **difficultés persistantes** » à accomplir les actes élémentaires de la vie quotidienne peuvent bénéficier d'une mesure auparavant réservée aux personnes handicapées : elles peuvent percevoir **l'indemnité d'accompagnement**, prestation en espèces, versée par la sécurité sociale (versée quelles que soient les ressources). **L'utilisation de cette indemnité n'est pas contrôlée**, elle constitue un supplément de revenus.

Les prestations en nature sont fournies par les régions et les communes (les services sanitaires pour l'hébergement en établissement spécialisé, centre de jour... et les régions et les communes pour l'aménagement du logement, l'aide à domicile...).

L'indemnité d'accompagnement est **critiquée pour son caractère forfaitaire** ; son montant ne tient pas compte du degré de dépendance. Quant aux prestations en espèces, elles sont très différentes d'une région à l'autre, d'une commune à l'autre. Le gouvernement considère que les dépenses publiques sont trop importantes et il envisage d'encourager les assurances privées.



Aux **PAYS-BAS**, c'est **l'État qui est responsable**, en premier lieu, de la prise en charge des personnes âgées ou qui ont besoin d'un accompagnement de longue durée. L'objectif est « d'assurer aux personnes qui souffrent d'une maladie chronique ou de longue durée, de nature physique, intellectuelle ou psychologique, une prise en charge de bonne qualité et à un coût supportable pour la société ». **Ce sont uniquement les besoins de la personne qui déterminent sa prise en charge.** Le

dispositif de prise en charge peut être qualifié d'universel au sens où il couvre l'ensemble des individus. Il repose d'une part sur une **assurance publique obligatoire** pour les dépenses exceptionnelles de soins (AWBZ) qui couvre globalement les soins de longue durée et, d'autre part, sur **une prise en charge sociale assurée par les communes** (au titre de la loi WMO). L'ensemble des prestations vise surtout à favoriser le maintien à domicile et à améliorer la participation des personnes âgées dépendantes à la vie sociale.

La loi sur l'accompagnement social entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2007 a transféré aux **communes** la responsabilité de toutes les prestations d'assistance à **caractère non médical**. Elles ont pour obligation d'établir un plan quadriennal organisant leurs activités d'accompagnement social. Elles doivent en particulier **compenser** la dépendance des **personnes âgées et handicapées** en fournissant des prestations destinées à faciliter l'autonomie et en offrant aux intéressés le choix entre prestations en nature et allocation en espèces. Les communes doivent mettre en place un **guichet unique** qui examine les demandes, définit les mesures et le cas échéant, fixe le niveau des allocations en espèces. Les communes peuvent demander aux usagers une participation financière, dont elles sont libres de fixer à la fois le niveau et les modalités (forfaitaire ou proportionnelle aux revenus, plafonnée ou non, etc...).

L'Etat verse aux communes une dotation calculée en **fonction des caractéristiques de leur population**. Si elles réussissent à limiter les dépenses sociales, les communes peuvent utiliser les crédits disponibles à d'autres fins.

Les usagers regrettent la **démédicalisation** de certaines interventions à domicile qui a suivi l'entrée en vigueur de la loi. Nombre de prestations sont désormais fournies par des aides ménagères ou par des aides-soignantes **et non plus par des infirmières**.



En **SUEDE**, la prise en charge des dépendances, service public dont l'Etat est responsable, s'inscrit dans le **système de protection sociale**. Des dispositifs de protection contre la perte d'autonomie furent mis en place dès 1964, alors qu'en France, il fallut attendre 1997 pour que soit délivrée la prestation dépendance. **En Suède, le soutien aux personnes âgées dépendantes est universel, alloué en fonction des besoins et non des moyens et financé par la solidarité publique (impôt)**.

L'action de l'Etat ne se limite pas à l'attribution de subventions : **des politiques de prévention sont mises en œuvre tout au long de la vie**. Par ailleurs, **la structure familiale joue un rôle crucial**, car beaucoup de personnes âgées ont encore la possibilité de s'appuyer sur leurs familles. Mais ce sont les **communes** qui sont la véritable pierre angulaire du système. Elles délivrent les prestations et coopèrent avec le secteur privé. Elles sont chargées du secteur médicosocial (personnes âgées, handicapés, personnes souffrant de troubles mentaux de longue durée), mais aussi des maisons de retraite et des cures médicales.

La prise en charge des personnes dépendantes par les communes est majoritairement financée par la solidarité publique : 80 % des efforts sont assurés par **les impôts locaux**, 16 % le sont par des **subventions de l'Etat**, les 4 % restants étant à la charge des usagers. Les dépenses publiques liées à la dépendance représentent en Suède **3 % du PIB**, alors que les autres pays européens y consacrent 0,5 à 1,5 % de leur PIB. La Suède a donc admis que la prise en charge de la dépendance ne peut être assurée avec succès que si elle constitue un **engagement public conséquent**, complété par les prestations des entreprises privées.

L'aide à domicile représente aujourd'hui **la première étape** de l'assistance concrète aux personnes âgées. Rares sont ceux qui sont admis dans un établissement spécialisé sans avoir reçu auparavant une aide à domicile. Le nombre d'heures d'aide à domicile par bénéficiaire **n'est pas limité** et la Suède est **le seul pays à avoir inscrit dans la loi le droit au maintien à domicile avec une aide appropriée, indépendamment de l'importance des besoins**.



La **FINLANDE**, comme les autres pays scandinaves, est réputée pour son **offre extensive** de services sociaux. Les services sociaux, les services sanitaires et de logement ont connu une croissance continue dès la période d'après-guerre. Les taux de prise en charge des personnes âgées, que ce soit dans des institutions de soins de longue durée ou par des services non résidentiels, ont toujours été élevés dans les pays nordiques. On peut repérer de nombreuses similitudes entre la Finlande, la Suède, la Norvège et le Danemark de ce point de vue. Premièrement, les services de prise en charge sociale sont largement disponibles dans les pays nordiques (à l'exception de l'Islande). Deuxièmement, les classes moyennes et supérieures font partie des bénéficiaires des services publics, ce qui est lié au fait que l'ensemble du système de services tient compte des intérêts des femmes. Troisièmement, les municipalités ont la responsabilité de la production de services. Elles ont le pouvoir de lever des impôts tout en bénéficiant du soutien de l'Etat.

Afin de comprendre le régime scandinave de « **Social Care** », il est important de souligner le fait que les **municipalités** sont les principales responsables de l'organisation des services sociaux. L'État fixe le cadre législatif, mais il ne contrôle pas le détail des activités locales. Les municipalités s'auto-gouvernent, dans le sens où leurs représentants sont élus et où elles disposent du droit de lever l'impôt. Elles sont responsables de l'organisation de services tels que l'éducation, la santé et les politiques sociales (**Welfare**). Dans la mise en œuvre de ces missions, elles sont soutenues par des subventions de l'État. De nombreuses réformes concernant les relations entre l'État et les gouvernements locaux ont eu lieu, mais les années 1980 et 1990 ont été favorables à une plus grande autonomie des municipalités.

En Finlande, il existe une nette différence entre le statut du système de garde d'enfant et celui de la prise en charge des personnes âgées. Le premier est un service fortement universel, avec un droit subjectif des parents à des services de garde municipaux. Dans le domaine des personnes âgées, la modernisation de la législation a été un processus lent. En conséquence, les droits des citoyens et les devoirs des autorités locales ne sont pas inscrits dans la loi aussi clairement que dans la législation concernant la garde d'enfant, et le droit d'appel est rarement utilisé. L'accès aux services de prise en charge dépend d'une **évaluation professionnelle** et d'importantes variations existent entre les différentes municipalités. La prise en charge des personnes âgées est encore principalement considérée comme une **obligation familiale** ; la contribution des organisations formelles étant perçue comme complémentaire aux soutiens informels.



Le **CANADA** dispose, depuis le début des années 1970, d'un système de santé public qui garantit à tous les canadiens un accès universel à des services hospitaliers et médicaux gratuits.

En 2006, le gouvernement du Canada a mis sur pied le cabinet de la ministre d'État (Aînés) au sein d'**Emploi et Développement social Canada** (EDSC). Son mandat consiste notamment à travailler en collaboration avec les nombreux ministres, ministères et organismes participant à l'élaboration des politiques et des programmes qui touchent les aînés canadiens. **EDSC** préside un comité interministériel qui rassemble ces ministères et organismes fédéraux et qui est un point de convergence pour une vaste gamme de domaines concernés par les questions touchant les aînés. Bénéficiant de cette analyse provenant de tous les secteurs de l'administration fédérale, la ministre d'État (Aînés) fournit au Cabinet une perspective ciblée sur divers dossiers liés aux aînés

Conscient de l'inexorable vieillissement de sa population (25% de la population aura plus de 65 ans en 2031) le Gouvernement Canadien a mis en place un plan d'action intitulé « Vieillir et Vivre Ensemble ». Cette politique comprend un ensemble de 74 actions et mesures et vise à maintenir au maximum les personnes âgées dans la vie active. D'un autre côté, le plan se concentre sur l'aide à domicile pour les personnes en perte d'autonomie et sur les structures d'accueil des séniors.

A enjeu européen et mondial, des réponses nationales !

Chaque pays continue à mener une politique héritée de ses traditions nationales. L'accompagnement des personnes âgées, parce qu'elle fait directement appel à la solidarité, qu'elle soit nationale ou familiale, dépend pour beaucoup des régimes sociaux des différents Etats membres.

En guise de conclusion sur les différents modèles

Au regard de ce qui précède, on distingue essentiellement quatre modèles.

- Le premier, **le modèle nordique ou « social-démocrate »**, est établi par les pays scandinaves, comme **la Suède ou le Danemark**. La prestation y est **universelle et décentralisée**, gérée par les **municipalités**. La couverture sociale est essentiellement financée par les **impôts locaux**, très élevés.
- Le deuxième modèle, appliqué par **l'Allemagne ou les Pays-Bas**, conçoit la prestation liée aux dépendances comme relevant d'une **couverture spécifique**. Celle-ci est financée par les **cotisations sociales**.
- Le troisième modèle est le **modèle libéral**, appliqué au **Royaume-Uni**. Il fait appel au marché et seuls les plus démunis bénéficient des aides étatiques.
- Le quatrième modèle européen repose sur la **prise en charge par la famille**, comme en **Italie** ou en **Espagne**. Les systèmes d'aides, publics comme privés, y sont peu développés.

Dans ce schéma, **la France** est difficilement classable. Elle relève en partie du modèle nordique, puisqu'elle offre des prestations universelles et décentralisée, mais celles-ci ne sont pas gérées par les municipalités. Elle tente de construire une réponse hybride, entre sécurité sociale et aide sociale, sur la base de financements mixtes et multiples. En somme, des droits sociaux garantis par l'Etat, mais gérés de manière décentralisée.

En matière de financement, la **Commission européenne** constate une prise en charge de la dépendance reposant sur des instruments aussi divers que **l'impôt, les cotisations sociales, les assurances privées ou encore la part acquittée par les bénéficiaires**.

Il est par conséquent difficile de mettre en place une politique commune. Pourtant, des éléments de convergence se dessinent, **telle la priorité donnée au maintien à domicile** et la préférence pour les **prestations monétaires** (indemnités versées à l'usager) sont au détriment du financement direct des services.

L'exercice de comparaison met en évidence **une grande hétérogénéité** des systèmes de prise en charge. En témoignent les multiples termes utilisés pour désigner la « perte d'autonomie ». Si on parle de « dépendance » en France pour spécifier la perte d'autonomie des personnes âgées, **de nombreux pays ne retiennent pas de critère d'âge et n'opèrent pas de coupure avec le champ du handicap**.

Ainsi, dans les **pays anglo-saxons et d'Europe du Nord**, **l'entrée se fait plutôt par le besoin de soins et d'aide des personnes** : c'est la notion de « soins de longue durée » (*long-term care*) qui est alors utilisée.

Alors que les pays précurseurs disposent de systèmes de prise en charge des personnes dépendantes depuis la fin des années 1960 (Danemark, Suède et Pays-Bas), la plupart des autres pays ne s'en sont dotés qu'au cours de la décennie 1990. Récents, ces dispositifs sont relativement peu stabilisés et font l'objet de nombreuses réformes depuis une quinzaine d'années.

Au-delà de l'hétérogénéité des systèmes, **plusieurs tendances convergentes sont observables** dans la plupart des pays. L'objectif de réduction des coûts est globalement partagé et conduit à **privilégier le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes aussi longtemps que possible**. Les **aidants familiaux** font ainsi l'objet d'une attention accrue de la part des pouvoirs publics. Dans quasiment l'ensemble des pays **se développent des dispositifs de prestations financières**, de manière à desserrer les contraintes inhérentes à la fourniture de services en nature, à **favoriser le libre choix de l'usager** et à **permettre une forme de rémunération pour les aidants familiaux**.

ANNEXE 2—Les débats sur le vieillissement de la population et l'aide à domicile

Chronologie

24 janvier 1997 : Le gouvernement légifère en direction des personnes de 60 ans et plus, en instituant une prestation spécifique dépendance (PSD).

20 juillet 2001 : La loi du 20 juillet 2001 relative à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) remplace la loi sur la PSD. Elle s'adresse aux personnes âgées de 60 ans et plus qu'elles résident à domicile ou en établissement. Elle entre en vigueur le 1^{er} janvier 2002.

Eté 2003 : La canicule entraîne la mort de plusieurs milliers de personnes dont beaucoup de personnes âgées.

2004 : Création d'une « journée solidarité » pour alimenter la Contribution Solidarité Autonomie (CSA).

11 février 2005 : La loi du 11 février 2005 met en lumière la notion de situation de handicap quel que soit l'âge.

2 mai 2005 : Mise en place de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) qui est, depuis le 1^{er} janvier 2006, chargée de : financer les aides en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées, garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps, assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation pour suivre la qualité du service rendu aux personnes.

2005 : Rapport de la Cour des Comptes au président de la République sur « Les personnes âgées dépendantes ».

27 juin 2006 : Philippe Bas, ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, présente l'ensemble des mesures du plan quinquennal « Solidarité grand âge » 2007-2012 visant à améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

2008-2010 : Le Plan Alzheimer 2008 - 2010 est lancé dans la continuité de "La maladie d'Alzheimer - grande cause nationale 2007".

8 juillet 2008 : Le rapport d'information du Sénat sur la prise en charge de la dépendance et la création d'un cinquième risque préconise notamment la mise en place d'un risque mixte (pour la dépendance), comprenant un premier « socle » de financement par la solidarité nationale et un « étage de financement assurantiel », ainsi que le rétablissement d'un partage à parité du financement entre l'Etat et les départements.

21 juillet 2009 : Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, loi dite « HPST ».



23 juin 2010 : Le rapport d'information de l'Assemblée nationale sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes (rapporteur : Valérie Rosso-Debord) juge opportun de renoncer à la mise en place d'un « cinquième risque » couvert par la Sécurité sociale et propose, pour financer la dépendance, soit la création d'un système assurantiel privé encadré par le système public, soit un relèvement du seuil de la CSG des retraités

12 juillet 2010 : Dans une interview sur la chaîne de télévision France 2, le président de la République Nicolas Sarkozy indique que la dépendance des personnes âgées sera un des derniers grands chantiers de son quinquennat.

Octobre 2010 : une mission relative aux questions de tarification et de solvabilisation des services d'aide à domicile en direction des publics fragiles est réalisée par l'IGAS.

26 janvier 2011 : Dans un deuxième rapport d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque (rapporteur : Alain Vasselle), le Sénat réévalue ses propositions de 2008 en rejetant la création d'une cinquième branche de la Sécurité sociale, étant donné l'aggravation de la situation des finances publiques et en soutenant le principe d'un financement mixte public-privé.

8 février 2011 : Lancement du grand débat sur la dépendance qui n'aboutira au final à aucune mesure financière nouvelle.

15 juin 2011 : Rapport du CESE sur la dépendance des personnes âgées.

Janvier 2012 : Une mission est confiée à la députée Bérangère Poletti sur les difficultés et la tarification des SAAD.

Début 2013 : Rapports Jean-Pierre Aquino, Martine Pinville et Luc Broussy sur l'adaptation de la société au vieillissement.

4 Juin 2014: Nouveau rapport sénatorial sur l'aide à domicile de Jean-Marie Vanlerenberghe et Dominique Watrin.

9 décembre 2014 : Rapport d'information de l'Assemblée Nationale sur l'évaluation du développement des services à la personne de Martine Pinville et Bérengère Poletti.

Juillet 2014 : Rapport de la Cour des comptes sur le développement des services à la personne et le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie.

28 décembre 2015 : Loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement qui introduit, entre autres, un second volet à l'APA, des mesures de soutien aux aidants et une réforme de l'autorisation des services.

Juillet 2016 : Rapport de la Cour des comptes sur le maintien à domicile des personnes âgées.

Mars 2017 : Nouvelle mission sur la tarification et l'avenir des SAAD confiée au Sénateur Georges Labazée.

A suivre ...

Les débats sur la prise en charge de la dépendance

Ces dix dernières années, on peut distinguer trois grandes périodes de débats concernant le vieillissement. Ces débats ont fait suite notamment au « choc » de l'été 2003 durant lequel plusieurs milliers de personnes, dont beaucoup de personnes âgées, ont trouvé la mort.



La première période débute en 2003 avec la mort de milliers de personnes et la découverte pour une grande partie de la population, et de la classe politique, de la prise en charge des problématiques liées au vieillissement.

On se pose déjà la question du financement et on y répondra en créant la journée de Solidarité, puis ce sera la mise en place en 2005 de la CNSA qui sera chargée de financer la dépendance.

Un premier plan « Solidarité—Grand âge » va voir le jour en 2006 sous la houlette du ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille. On y trouve déjà posées les problématiques dont nous discutons encore aujourd'hui.

En effet, ce plan à pour ambition, entre autres axes, de :

- Permettre aux personnes âgées dépendantes de rester chez elles si elles le souhaitent, notamment en développant les services d'aides à domicile ;
- Soutenir davantage les aidants ;
- Assurer la continuité du parcours : domicile - maison de retraite - hôpital ;
- Assurer le financement solidaire de la dépendance afin de garantir un haut niveau de protection sociale.

On y évoque par exemple, pour les aidants, la mise en œuvre de modèles type « baluchon » canadien. A noter que, 12 ans plus tard, nous en sommes encore en France au stade de l'expérimentation, remise au goût du jour par un rapport de la députée Joëlle Huilier de mars 2017 « Du baluchonnage québécois au relayage en France : une solution innovante de répit ».

On y parle aussi de la création d'un « réseau » services de soins, EHPAD et Hôpital, qui s'il fonctionne sur certains territoires en raison de la volonté des acteurs locaux, est très loin d'être en place sur l'ensemble du territoire national. Sur la question du financement, ce plan se borne à lancer une mission d'étude sur des financements possibles de la dépendance qui respecteraient le principe de solidarité.

A noter également dans cette période, le vote en février 2005 d'une loi particulièrement ambitieuse sur l'égalité des chances, mais qui va concerner essentiellement les personnes en situation de handicap, et ne concernera que très peu les personnes âgées.



C'est lors d'une **deuxième période, qui débute en 2007**, que la question du financement va venir au centre du débat. En effet, lors de la campagne de 2008, Nicolas Sarkozy va évoquer la question de la mise en œuvre d'un **cinquième risque de sécurité sociale**.

Il s'agit, comme le prévoyait le plan « Solidarité –Grand âge », de financer de manière solidaire la dépendance grâce à la Solidarité Nationale. Le cinquième risque serait un nouveau champ de la protection sociale en plus des quatre existants actuellement :

1. La branche maladie (maladie, maternité, invalidité, décès)
2. La branche accidents du travail et maladies professionnelles
3. La branche vieillesse et veuvage (retraite)
4. La branche famille (dont handicap, logement, RSA...)

Le cinquième risque consiste à ajouter une branche qui serait dédiée au risque de dépendance notamment lié à l'avancée en âge et à la perte d'autonomie.

De nombreux rapports et débats ont eu lieu sur ce sujet, la question étant d'évaluer la « soutenabilité » financière d'une telle mesure, mais en 2010, le gouvernement décide de renoncer à la mise en place d'une telle mesure en reportant le financement vers un système assurantiel privé ou une augmentation de la CSG des retraités.

Dans le même temps, un grand débat est lancé par le Président de la République. Ce débat ne débouchera sur aucune mesures financières nouvelles dédiées à la dépendance.

La synthèse de ce grand débat contient plusieurs axes et plusieurs points concernant directement la prise en charge de la dépendance :

- La mise en œuvre d'un outil multidimensionnel pour l'évaluation, la grille AGIRR se révélant insuffisante en ce qui concerne les éléments de l'environnement.
- L'établissement des plans d'aide en partant des besoins de la personne (en amont du « girage ») pour des réponses allant bien au-delà de celles apportées dans les plans actuels ;
- La nécessaire amélioration de la coordination des services mais aussi des financeurs pour arriver à un parcours global de la personne : gouvernance ARS ou département ? Structure de coordination nouvelle ou mise en réseau ? Fongibilité des enveloppes sanitaires et médico-sociales ?
- Le renforcement de l'aide aux aidants ;
- Des mesures d'amélioration de l'APA, qui seront en partie reprises lors du débat sur la loi ASV ;
- Une réflexion sur le financement de la dépendance mais qui se borne à des grands principes et quelques recettes : augmentation de la CSG, augmentation des prélèvements fiscaux mais sans peser sur les actifs ou sur le travail, une réduction des niches fiscales ou sociales.

Cette période qui a débuté sur une volonté forte de « s'attaquer » au problème du financement du vieillissement va se terminer sans aucune mesure nouvelle dans ce domaine.

Le débat va une nouvelle fois mettre en lumière des problématiques importantes, comme celle de l'évaluation ou des aidants, mais en se contentant bien souvent de grands principes et peu de mise en œuvre.

Cette période va cependant voir la mise en œuvre de plans Alzheimer, qui dans ce domaine ont apportés des mesures salutaires dans la prise en charge de cette maladie, ainsi que la mise en œuvre de la loi HPST en 2009.



La dernière période s'ouvre en 2013 avec notamment le début des travaux sur la loi ASV. De nombreux rapports ont alimenté ces travaux : avis du CESE avec comme rapporteurs Monique Weber et Yves Verollet, ainsi que les trois rapports de Jean-Pierre Aquino, Martine Pinville et Luc Broussy.

Ce débat va à nouveau mettre en lumière les problématiques soulevées par les précédents rapport : logement, aide aux aidants, continuité des parcours,

Sur le financement, nous en resterons aux préconisations du débat de 2011, à savoir un renforcement de l'APA, renforcement qui sera largement contourné dans la mise en œuvre sur le terrain dans beaucoup de départements. Si le cinquième risque est encore cité dans le rapport de restitution, ainsi qu'un droit à compensation universel, ces dernières ne trouveront pas de traduction législative dans la loi de décembre 2015.

On le voit au travers des différents rapports et débats, les questions liées au vieillissement sont désormais bien cernées, qu'il s'agisse des aidants, du logement, de la continuité des parcours, de la coordination, de l'évaluation multidimensionnelle, etc ... Les constats sont posés mais les réalisations encore trop peu abouties.

La question du financement est centrale et n'a pas été résolue en France. Elle a été souvent abordée, mais toujours contournée. Il est désormais urgent de se saisir de cette question : oui la prise en charge à un coût, à hauteur de plusieurs milliards d'euros. Mais ne s'agit-il pas d'une question de société centrale, et la solidarité nationale doit jouer à plein. Et encore faudrait-il considérer dans les « coûts », celui de l'épuisement des aidants, celui important lié aux ruptures de parcours, à la non coordination des intervenants, ainsi que la contribution économique et sociale des personnes âgées.

Il est temps de faire des choix clairs en matière de financement du vieillissement et nous préconisons la mise en place d'un cinquième risque de sécurité sociale fondé sur un financement solidaire et national.

Les missions concernant les SAAD

La situation des SAAD, acteurs centraux dans la mise en place d'une politique de maintien à domicile, est préoccupante, et ceci depuis de nombreuses années.

Mais dans ce domaine également, la question du financement est encore celle qui pose problème.

De nombreux rapports ont abordé le sujet sur les 10 dernières années : rapport IGAS (2010), Rapport de Bérange Poletti (2012), rapports de la Cour des comptes (2014 et 2016), rapport sénatorial de Jean-Marie Vanlerenberghe et Dominique Watrin (2014), rapport d'information de l'Assemblée Nationale de Martine Pinville et Bérange Poletti (2014), rapport de Georges Labazée (2017).

Il ne s'agit pas ici de reprendre l'ensemble des constats et des préconisations de ces rapports, mais il est cependant possible d'en retirer quelques éléments forts pour le secteur de l'aide, de l'accompagnement et des soins à domicile.

Le fait de faire évoluer l'ancien régime d'autorisation et d'agrément des SAAD était unanimement partagé, et c'est l'un des points qui a été réglé par la loi ASV de décembre 2015 qui a conduit à un unique **régime d'autorisation** pour l'ensemble des structures. Mais régler le régime d'autorisation n'a pas réglé le problème du financement des structures : le rapport Poletti de 2012 proposait la mise en œuvre de fonds de restructuration, faisant déjà le constat des difficultés du secteur. Ces fonds de restructuration ont certes été mis en place mais ils ne réglaient en rien le problème structurel du financement. A noter que ce rapport proposait également un certain nombre d'exonérations de charges pour le secteur afin d'améliorer la situation économique.

Plusieurs rapports (IGAS, Poletti et Vanlerenberghe/Watrin) proposaient la mise en œuvre d'un **référentiel commun d'analyse de l'activité et des coûts des services**, et les deux derniers la mise en œuvre d'un **tarif « socle »** ou d'un **tarif « national de référence »** qui serait compléter par des financements complémentaires pour des missions complexes.

L'étude de coût a été menée par la CNSA entre septembre 2014 et février 2016 sur un échantillon de 44 structures. Elle a établi un coût horaire médian de 23,55 € et un coût horaire global moyen de 24,24 €. Pour la moitié des services, ce coût est compris entre 21,14 euros et 25,79 euros. Et le constat est sans appel. Ces coûts réels sont très éloignés des tarifs proposés par une grande majorité des départements.

Si l'étude de coût a bien été menée (il faudrait certainement l'approfondir et l'étendre), aucune action n'a été entreprise à l'issue et la loi ASV n'a pas repris les notions de tarifs socle ou de référence nationale, renvoyant cette responsabilité aux départements. Et c'est bien là qu'est le cœur du problème car il nous semble essentiel que l'Etat puisse garantir une équité territoriale (et non pas une égalité de tarif) pour les structures intervenants au domicile. Le rapport Vanlerenberghe/Watrin proposait d'ailleurs de renforcer l'intervention de l'Etat pour l'APA et la PCH ainsi qu'une réforme de la tarification.

Concernant le financement, le modèle proposé dans les rapports est unanimement celui des **CPOM**, reconnaissant la nécessité d'un financement global pour les services. En allant plus loin, nous proposons que ce financement global puisse laisser de côté le découpage horaire des plans d'aide. En effet, celui-ci est incompatible avec une prise en compte des besoins réels des personnes et conduit à des découpages horaires incohérents. Dès 2010, le rapport de l'IGAS préconisait que les interventions de moins de 30 minutes soient proscrites. Et même en 30 minutes, comment peut-on imaginer que l'on puisse préparer un repas, aider la personne à manger en étant dans une attitude de « faire avec » et non pas « faire à la place » qui est la base d'un accompagnement bientraitant. C'est pourtant la base de quantification dans nombre de départements. Il est urgent de mettre en œuvre un financement au poste qui permette d'ajuster ces interventions aux besoins réels de la personne.

Il faut également, comme le propose le rapport Vanlerenberghe/Watrin de faire la différence entre l'intervention auprès des **publics dits « fragiles »** et les interventions « de confort ». En effet, nous sommes dans le premier cas dans le cadre d'une intervention sociale d'accompagnement des personnes qui doit donc faire l'objet d'une attention particulière sur les conditions d'intervention, et qui doit être financé sur la solidarité nationale.

Les différents rapports cités insistent également sur la nécessaire **coopération** ou **mutualisation** entre les services. C'est une évidence, nous l'avons déjà signalé dans ce rapport, il faut construire cette coordination dans un double souci de la continuité du parcours de soin, mais aussi dans un souci d'économies financières. Mais ce deuxième aspect ne doit pas conduire à des regroupements ou fusions forcées comme on peut le constater sur le terrain sous la pression des financeurs. Là encore nous devons partir du besoin des personnes et construire les solutions les plus adaptées, sans oublier la nécessaire proximité de l'accompagnement.

Enfin, l'attractivité des métiers du domicile est un chantier en soi qu'il convient d'ouvrir de manière urgente. Les rapports Vanlerenberghe/Watrin et Labazée pointent d'ailleurs ce point : formation des personnels, parcours professionnels, promotion des métiers, revalorisation salariale sont autant de chantiers qui doivent être menés de front pour permettre d'avoir encore demain des intervenant.e.s qui permettent la mise en œuvre d'une réelle politique de maintien à domicile.

On le voit sur ce sujet également, le problème central concernant les intervenant.e.s au domicile est celui du financement. Pour une intervention de qualité nous pensons que l'intervention au domicile relève du travail social et qu'il faut aller de manière urgente vers un financement au poste.

De plus, l'Etat doit s'investir fortement pour garantir ce financement au travers de tarifs socles nationaux qui doivent être complétés par des réalités locales ou de service (ancienneté des personnels, temps de trajet en zone rurale, ...).



ANNEXE 3—Les grilles d'évaluation de la perte d'autonomie

Les professionnels connaissent la grille AGGIR pour évaluer la mal nommée "dépendance" des personnes âgées. Cette grille d'éligibilité à l'APA connaît des limites et est jugée très insuffisante, c'est pourquoi on lui adjoint parfois la grille AVQ (voir plus loin).

Aggir n'est pas un outil d'**évaluation multidimensionnel** au sens de la démarche GEVA utilisée dans le secteur du handicap, le SMAF au Québec, le RAI dans de nombreux pays (US, Belgique, Japon). Ces outils sont plus complexes, plus longs à utiliser au départ (que Aggir), mais une fois l'évaluation multidimensionnelle effectuée, les plans d'aide et de soin se justifient et sont justifiés. Testées en Dordogne, les personnes en GIR 2 ont été passées au tamis du SMAF et le résultat fut édifiant : des écarts de besoins de 1 à 6 (voir l'interview du Pr Rejean Hébert devenu ministre de la santé et de l'autonomie au Québec : <http://www.agevillage.com/actualite-7506-1-evaluation-des-ecarts-en-besoin-d-aides-de-1-a-6-pour-un-gir-2-se-desole-le-pr-quebecois-rejean-hebert-smaf.html>).

A noter que l'**arrêté du 5 décembre 2016 fixant le référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants**, prévoit une analyse pertinente ... mais il n'est malheureusement jamais appliqué. Peut-être pouvons-nous commencer par mettre en œuvre ce qu'il prévoit.

Grille AGIRR (Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources)

La grille nationale Aggir permet d'évaluer le degré de dépendance du demandeur de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa), afin de déterminer d'une part l'éligibilité à l'allocation, et d'autre part le niveau d'aide dont il a besoin.. Les niveaux de dépendance sont classés en 6 groupes dits "iso-ressources" (Gir). À chaque Gir correspond un niveau de besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne.

La grille Aggir évalue les capacités de la personne âgée à accomplir 10 activités corporelles et mentales, dites discriminantes, et 7 activités domestiques et sociales, dites illustratives.

Seules les 10 activités dites discriminantes sont utilisées pour déterminer le Gir dont relève la personne âgée. Les 7 autres activités dites illustratives sont destinées à apporter des informations complémentaires à l'évaluateur pour mieux appréhender la situation globale de la personne. La grille Aggir est intégrée à un référentiel d'évaluation qui permet de recueillir l'ensemble des informations nécessaires à l'élaboration du plan d'aide de la personne âgée.

Activités évaluées :

Activités corporelles et mentales (discriminantes)

- Communiquer verbalement et/ou non verbalement, agir et se comporter de façon logique et sensée par rapport aux normes admises par la société,
- Se repérer dans l'espace et le temps,
- Faire sa toilette,
- S'habiller, se déshabiller,
- Se servir et manger,
- Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale,
- d'alerter en cas de besoin.

- Se lever, se coucher, s'asseoir, passer de l'une de ces 3 positions à une autre,
- Se déplacer à l'intérieur du lieu de vie,
- Se déplacer en dehors du lieu de vie,
- Utiliser un moyen de communication à distance (téléphone, alarme, sonnette, etc.) dans le but Activités domestiques et sociales (illustratives)
- Préparer les repas et les conditionner pour qu'ils puissent être servis,
- Gérer ses affaires, son budget et ses biens, reconnaître la valeur monétaire des pièces et des billets, se servir de l'argent et connaître la valeur des choses, effectuer les démarches administratives, remplir les formulaires,
- Effectuer l'ensemble des travaux ménagers courants,
- Utiliser volontairement un moyen de transport collectif ou individuel,
- Acheter volontairement des biens,
- Respecter l'ordonnance du médecin et gérer soi-même son traitement,
- Pratiquer volontairement, seul ou en groupe, diverses activités de loisir.

Classement dans un groupe GIR

En fonction de son degré de dépendance, la personne âgée est classée dans un groupe iso-ressources (Gir). Il existe 6 Gir. Seuls les Gir 1 à 4 ouvrent droit à l'Apa. La personne relevant des Gir 5 ou 6 peut demander une aide ménagère ou une aide auprès de sa caisse de retraite.

Gir 1 : Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants, ou personne en fin de vie.

Gir 2 : Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente.

Gir 3 : Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels .

Gir 4 : Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage, ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas.

Gir 5 : Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

Gir 6 : Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante .

Formule de la Fiche récapitulative A65GR

Nom et prénom _____ Date de l'évaluation _____
 N° Dep. Soc. _____
 Adresse _____
 Né(e) le _____
 Sexe _____

Activités réalisées par la personne seule	Date de l'évaluation			Code	Cote	Final	Activités corporelles, mentales, domestiques et sociales
	15/03/2015	15/03/2015	15/03/2015				
1. Transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Code(s) intermédiaire(s)
2. Déplacements à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Pour chaque item cochez les cases dans le conditionnel ou sans pas remplis (réponse ND/N)
3. Toilette	haut <input type="checkbox"/>	bas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Fait cocher séparément par A, B ou C, selon le nombre d'articles coché dans les quatre cases S, A, B, C. Si aucun article n'est coché cocher A.
4. Elimination	urinaire <input type="checkbox"/>	fécale <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Fait séparément, indépendamment, cocher et habiller séparément = si tout est séparément, tout (ne fait pas) cocher code C = si une partie des articles seulement est coché code B
5. Habillage	haut <input type="checkbox"/>	bas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Code final = selon variables
6. Cuisine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				* Conscience : Ade = A ; CC, CR, BC, CA, AC = C ; AB, BA, BB = B
7. Alimentation	se servir <input type="checkbox"/>	manger <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				* Orientation : Ade = A ; CC, CR, BC, CA, AC = C ; AB, BA, BB = B
8. Suivi du traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Ade = A ; CC, CR, BC, CA, AC = C ; AB, BA, BB = B
9. Ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Ade = A ; CC = C ; AB = B
10. Alerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Ade = A ; Habitat = B
11. Déplacements à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Ade = A ; CC, CR, BC, CA, AC = C ; AB = B
12. Transports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Ade = A ; CC, BC, CB = C ; AB = B
13. Activités de temps libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Ade = A ; CC, BC, CB = C ; AB = B
14. Achats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Ade = A ; CC, BC, CB, AC, CA = C ; AB = B
15. Gestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
16. Orientation	dans le temps <input type="checkbox"/>	dans l'espace <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
17. Cohésion	communication <input type="checkbox"/>	comportement <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Code final = selon variables

Groupe Iso-ressources défini par le système informatique :

Grille AVQ (Actes de la Vie Quotidienne)

La grille AVQ est une grille utilisée pour mesurer le niveau de dépendance d'une personne dépendante. AVQ est l'acronyme Actes de la Vie Quotidienne. Chaque AVQ (Acte de la Vie Quotidienne) permet d'évaluer le niveau de dépendance d'une personne. La grille AVQ est une alternative à la grille AGGIR. Elle peut être utilisée en complément de cette grille AGGIR pour déterminer le niveau de dépendance d'une personne, mais aussi pour le calcul de certaines indemnités ou prises en charge médicales (voir par exemple APA), ou encore dans le cadre d'une estimation d'une assurance dépendance, ou encore dans un comparatif de l'assurance dépendance.

Les AVQ sont au nombre de 6 :

- La toilette : capacité de satisfaire à un niveau d'hygiène et de toilette acceptable.
- L'habillement : capacité de s'habiller et se déshabiller seul.
- L'alimentation : capacité à se servir et à manger de la nourriture préparée préalablement.
- La continence : capacité d'assurer les besoins, avec utilisation possible des protections prévues et des appareils chirurgicaux.
- Le déplacement : pouvoir se déplacer à l'intérieur de son logement (surface plane ou aménagée), ou de s'en extraire en cas de danger imminent
- Les transferts : pouvoir se déplacer d'un lit à une chaise ou un fauteuil, ou inversement

Pour chacun des Actes de la Vie Quotidienne, on détermine ensuite sur une échelle de 1 à 4 la capacité de la personne dépendante à effectuer les AVQ (Actes de la Vie Quotidienne). Chacun de ces 4 niveaux doit se comprendre comme ceci :

- Niveau 1 : Incapacité d'effectuer 2 AVQ sur 6
- Niveau 2 : Incapacité d'effectuer 3 AVQ sur 6
- Niveau 3 : Incapacité d'effectuer 4 AVQ sur 6
- Niveau 4 : Incapacité d'effectuer 5 ou 6 AVQ sur 6

LES ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE				
	1	2	3	4
	INDEPENDANCE	SUPERVISION	ASSISTANCE PARTIELLE	ASSISTANCE TOTALE
A				
TOILETTE/HABILLEMENT				
B				
DEPLACEMENT				
C				
ALIMENTATION				
D				
CONTINENCE				
E				
COMPOITEMENT				
F				
RELATION/COMMUNICATION				

Source : <https://www.assurance-et-dependance.fr/2011/avq-et-dependance-la-grille-avq-actes-de-la-vie-quotidienne/>

Le SMAF (Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle)

Le SMAF a été développé dans la perspective d'une valorisation de l'autonomie fonctionnelle en prenant en compte l'environnement de l'individu (en établissement ou à domicile), les ressources disponibles (humaines et matérielles) et leur stabilité. Pour chaque item, la grille permet d'identifier si des ressources sont mises en place pour compenser l'incapacité, le type de ressources et leur stabilité dans les 3 à 4 semaines suivant l'évaluation. Un score de handicap peut ainsi être établi en fonction de la présence ou non de ressources adaptées aux besoins.

Il a été développé en 1983 par le chercheur et médecin Réjean Hébert et adopté par le Ministère de la santé du Québec depuis 2002.

La grille d'évaluation SMAF permet d'évaluer 29 activités regroupées en 5 dimensions de l'autonomie fonctionnelle :

- Activités de la vie quotidienne (AVQ)
- Mobilité
- Communication
- Fonctions mentales
- Activités de la vie domestique

Avantages du SMAF :

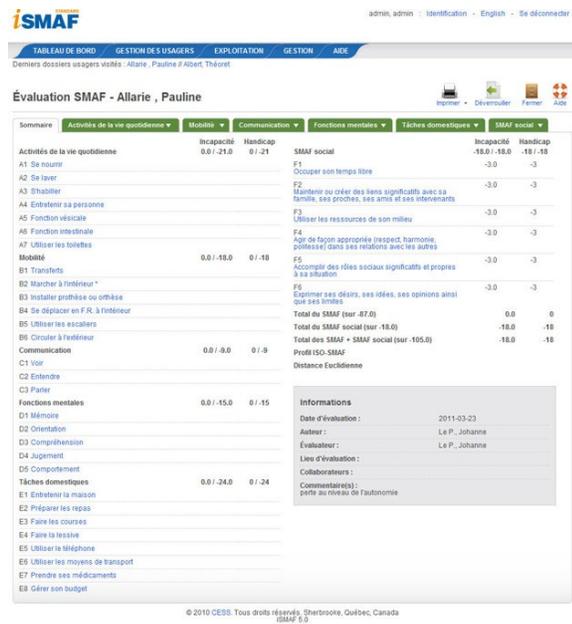
- S'appuie sur un cadre théorique reconnu
- Est simple d'utilisation
- Peut être utilisé par l'ensemble des professionnels de la santé
- Peut être utilisé dans tous les milieux de vie
- N'est pas restreint à un type de pathologie en particulier
- Convient pour l'évaluation de tous les adultes en perte d'autonomie

Puisqu'il est informatisé, le SMAF permet de suivre l'évolution d'une situation et d'obtenir une synthèse visuelle des incapacités et du niveau d'aide requise. De plus, la classification en Profils Iso-SMAF est établie à partir de tous les items du SMAF et non seulement à partir de quelques variables.

Au Québec, le SMAF est inclus dans l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) et est utilisé dans tous les milieux du réseau de la santé et services sociaux : Hôpital de courte durée, unité de réadaptation, Centre de jour, Résidence intermédiaire, Résidence avec services, Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), Soutien à domicile

Principes et valeurs du SMAF :

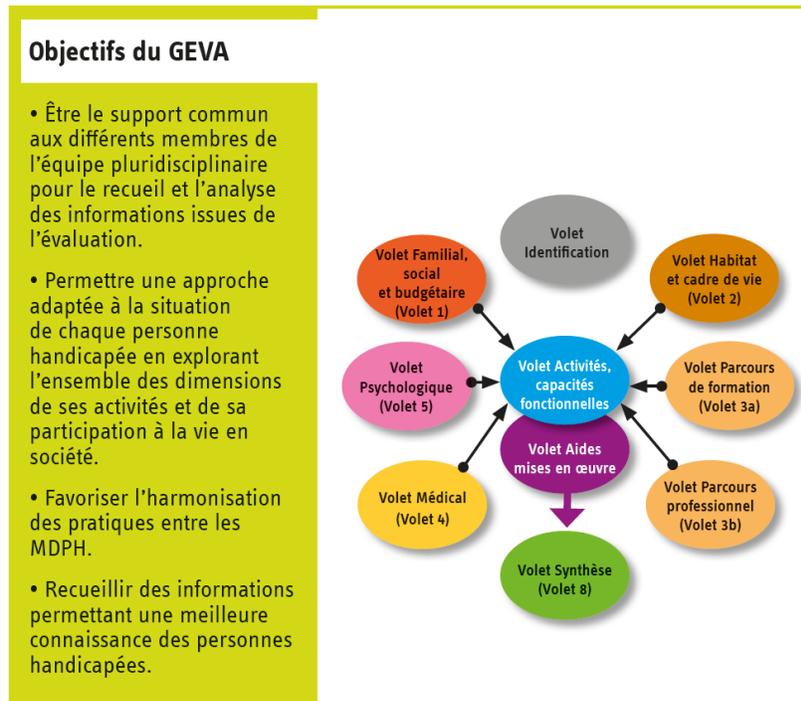
- Évalue les capacités fonctionnelles réelles de la personne et non ce qu'elle pourrait ou devrait faire;
- Cible les besoins des individus en les mettant au centre des préoccupations du personnel;
- Réunit les intervenants autour de la personne et de ses besoins;
- Permet une meilleure planification des services;
- Favorise une utilisation optimale des ressources humaines, matérielles et financières;
- Améliore la qualité des services rendus à la personne;
- Améliore l'objectivité par la diminution des biais liés à l'aspect relationnel.



Source : <http://www.demarchesmaf.com/fr/outils/grille/>

Le GEVA (guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées)

Le guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées est la référence réglementaire depuis le décret du 6 février 2008 et l'arrêté publié le 6 mai 2008. Le GEVA constitue ainsi la référence nationale pour l'évaluation des besoins de compensation pour les équipes pluridisciplinaires des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).



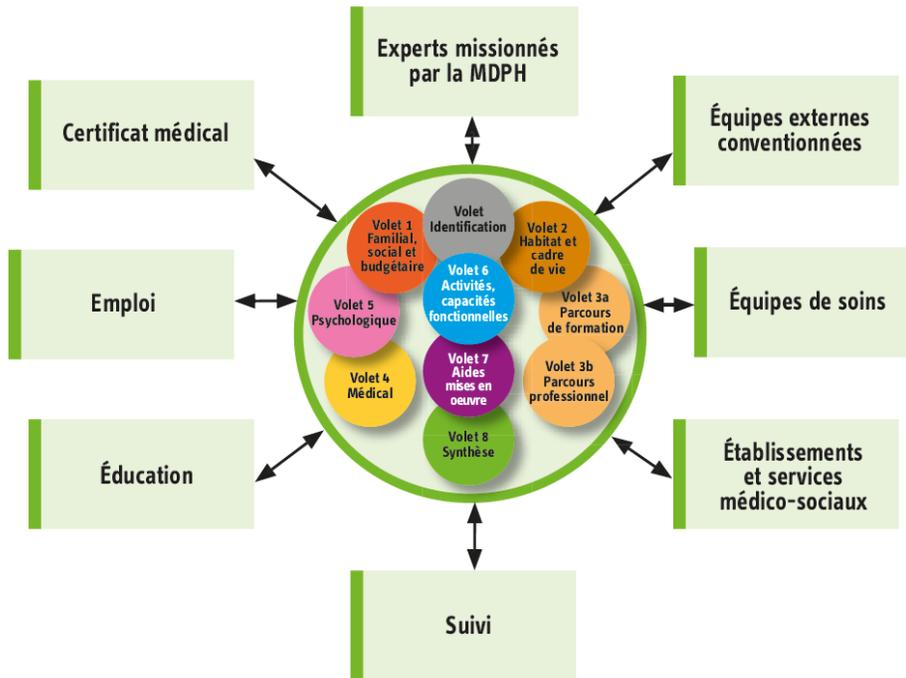
Le GEVA, support d'un langage commun et d'une coopération entre les acteurs

Cet outil vient en appui de l'appréciation individualisée et globale de la situation de la personne, élément fondamental introduit par la loi du 11 février 2005.

C'est pour identifier les besoins de compensation qu'un outil de référence est nécessaire afin d'établir une « photographie » de la situation de la personne : ce qu'elle peut ou sait faire, mais aussi ce que son environnement lui permet ou au contraire l'empêche de réaliser. Ni mesure quantifiée du handicap, ni outil d'éligibilité, le GEVA constitue le support à cette démarche. Il permet d'explorer, avec la personne handicapée, les dimensions nécessaires à l'évaluation des besoins, dont les domaines suivants : professionnel, scolaire, médical, environnemental... Il ne se substitue pas aux bilans ou expertises qui pourraient être réalisés par ailleurs, mais il les synthétise dans un document unique et commun à toute l'équipe pluridisciplinaire. Le GEVA rassemble ainsi les données d'évaluation recueillies, disponibles et pertinentes pour les équipes des MDPH.

Le GEVA vient en appui de la fonction d'évaluation par le recueil des données sur les facteurs personnels et les environnements de la personne qu'il permet. Il se conclut par un volet de synthèse qui détaille les points saillants de la situation de la personne repérés pendant l'évaluation, les éléments nécessaires pour apprécier l'éligibilité aux principales prestations et surtout l'identification des besoins de compensation. C'est sur cette base que des réponses seront proposées à la personne par l'équipe pluridisciplinaire dans le cadre d'un autre outil fondamental prévu par la loi du 11 février 2005, le plan personnalisé de compensation (PPC).

> Le GEVA, outil de coopération entre partenaires



Le GEVA est un support majeur de la mise en place de l'équité de traitement des demandes de compensation sur l'ensemble du territoire, par la diffusion d'une culture commune autour du handicap portée par la loi du 11 février 2005. En effet, si les réponses doivent être adaptées à la situation propre de la personne, les besoins, eux, doivent pouvoir être évalués avec la même intention globale et avec une même méthode, c'est-à-dire en tenant compte non seulement de son projet de vie, mais aussi des facteurs personnels (les altérations de fonction) et des facteurs environnementaux (facilitateurs ou obstacles à la réalisation des activités) pour identifier le handicap selon la définition donnée par la loi : les limitations d'activité et restrictions de participation que la personne subit dans sa vie réelle.

En outre, le GEVA permet de normaliser les données qui constituent le recueil d'informations pour élaborer dans une phase suivante des réponses de compensation. Cela doit permettre une vision longitudinale de la situation de chaque personne dans le temps (« passer de la photographie au film »). Au niveau d'un territoire (départemental ou national), cette normalisation de l'information doit permettre d'obtenir une observation collective des besoins pour l'appui à la définition des politiques publiques ou l'adaptation des réponses existantes (schémas de l'organisation médico-sociale).

Source : <https://www.cnsa.fr/compensation-de-la-perte-dautonomie-du-projet-de-vie-a-la-compensation/levaluation-des-besoins/le-geva>

Le RAI (Resident Assessment Instrument)

À l'origine, le RAI a été développé aux États-Unis à la demande de la Health Care Financing Administration (HCFA) dans un contexte fédéral de réformes mandatées par le congrès dans l'Omnibus Reconciliation Act of 1987 (OBRA 87). Ces réformes ont suivi une série de scandales relatifs à la qualité des soins dans les « Nursing Home » et la diffusion d'un rapport soulignant, entre autre, une trop importante disparité des pratiques dans ces institutions. Les autorités fédérales attendaient un outil permettant de conduire, sur tous les résidents hébergés en établissements pour personnes âgées, une évaluation complète, périodique et standardisée, nécessaire à la qualité de la prise en charge.

Mis en place en 1991, le RAI est actuellement obligatoire dans tous les « Nursing Home » pour lesquels il constitue la condition *sine qua non* de l'accès aux remboursements Medicare et Medicaid et à l'accréditation.

La démarche comporte trois étapes :

- La première consiste en une évaluation (assessment) multidimensionnelle et pluriprofessionnelle de tous les résidents, par un recueil d'informations standardisées au moyen du Minimum Data Set (MDS). Environ 300 items, regroupés en 20 rubriques, concernent des données socio-démographiques, l'état de santé, le statut fonctionnel, la cognition, les désirs du résident, ses occupations, son bien-être psychosocial, la présence de la famille ou de proches, les procédures de soins...
- La seconde étape est l'élaboration d'un tableau de synthèse dit : « Tableau d'alarme ». Parmi les 18 situations le plus souvent rencontrées en gériatrie, il réalise une synthèse des informations du MDS en résumant les points faibles et les points forts d'un résident. Il permet à l'équipe soignante de repérer très rapidement et de hiérarchiser les problèmes à prendre en considération et sert de base à l'élaboration des plans de soins personnalisés.
- Enfin, les 18 guides d'analyse (Resident Assessment Protocols ou RAP), plans d'analyse et de prise en charge des 18 problèmes repérés à l'aide du tableau d'alarme, constituent la dernière et troisième étape lorsqu'ils sont appliqués par l'équipe. Ils sont centrés sur la recherche de facteurs curables à l'origine de ces problèmes de comorbidité.

L'application de la démarche RAI se déroule selon le calendrier suivant :

- Un MDS complet est rempli à l'admission du patient dans un délai de sept jours à un mois, permettant un certain temps d'observation.
- L'évaluation est reconduite à chaque changement significatif de l'état du résident ou lors d'une réadmission (après un séjour en soins aigus dans une autre structure, par exemple). Si aucune de ces conditions n'est réalisée, une évaluation complète est effectuée tous les ans.
- Enfin, chaque trimestre, un MDS a minima (le bilan trimestriel) reprenant une partie des items, permet une surveillance régulière sur l'année.



On dispose ainsi d'une démarche originale et dynamique au sens où elle permet de relier directement l'évaluation au plan de soins personnalisé. À partir de ce relevé d'informations utile pour les soins, il est possible de construire, sans nouveau recueil de données, des indicateurs de qualité.

Source : *Le resident assessment instrument (RAI): un outil d'évaluation de la qualité des soins de longue durée* par Valérie Cerase-Feurra in « *Gérontologie et société* » Ed. Fond. Nationale de Gérontologie.

Le modèle PATHOS

Le modèle PATHOS est un outil utilisé par les professionnels de santé pour adapter la prise en charge médicale des personnes âgées, en fonction de leur état de santé et de la stratégie thérapeutique correspondante. À la différence de la grille AGGIR, qui sert à évaluer la perte d'autonomie du résident, le PATHOS en Ehpad aide le médecin coordonnateur à définir un projet de soins personnalisé.

Le PATHOS est un système d'évaluation mis en place par le Syndicat national de gérontologie clinique (SNGC) et le service médical de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), en 1997. Sa gouvernance opérationnelle a été reprise en 2010 par la CNSA.

Cet outil peut être utilisé à un niveau individuel pour évaluer la situation pathologique d'une personne âgée et adapter le programme de soins.

Le PATHOS est également utile au niveau collectif pour caractériser l'état de la prise en charge médicale dans un établissement ou un service de soins. Le PATHOS Moyen Pondéré (PMP) sert ainsi à mesurer les niveaux de soins nécessaires pour la prise en charge des polypathologies pour un public spécifique.

Le modèle PATHOS est composé de plusieurs variables : 50 états pathologiques, 12 profils de soins et 8 postes de ressources.

Les 50 états pathologiques du modèle PATHOS regroupent les différents troubles dont peuvent être atteintes les personnes âgées, c'est-à-dire les affections cardio-vasculaires, neuropsychiatriques, broncho-pulmonaires, infectieuses, dermatologiques, ostéo-articulaires, gastroentérologiques, endocriniennes, uro-néphrologiques, et autres domaines pathologiques.

Les 12 profils de soins de l'outil PATHOS vont de l'absence de traitement ou de surveillance médicale à la nécessité de soins lourds et d'une surveillance quotidienne (lorsque le pronostic vital est engagé), en passant par la rééducation fonctionnelle, les soins psychiatriques, etc.

Un seul profil de soins peut être associé à un état pathologique donné. Tous les couples « état pathologique – profil » ne correspondent pas à la réalité et dans la pratique, le modèle PATHOS en comprend seulement 238 pour décrire toutes les situations rencontrées chez les personnes âgées.

Quant aux 8 postes de ressources du modèle PATHOS, ils correspondent aux niveaux de soins requis : soins généraux octroyés par un médecin gériatre, soins de psychiatrie, soins infirmiers, réduction par un kinésithérapeute, un ergothérapeute, un orthophoniste, etc., psychothérapie ordonnée par un psychologue ou un psychomotricien, actes de biologie, actes d'imagerie, pharmacie et petit matériel.

Le modèle PATHOS permet au médecin coordonnateur d'un Ehpad de :

- repérer d'après un thésaurus de 50 états pathologiques ceux dont souffre un résident,
- préciser le profil de stratégie thérapeutique requis pour la prise en charge du patient, parmi une liste de 12 profils de soins,
- saisir ces données dans le logiciel associé (GALAAD, fourni par la CNSA) : l'algorithme PATHOS détermine les moyens nécessaires dans huit postes de soins médicotéchniques (niveaux de soins nécessaires).

En Ehpad, le PATHOS permet également de réaliser un bilan à partir de l'évaluation de tous les résidents, par exemple pour évaluer les besoins en personnel soignant de la maison de retraite et les différents moyens à mobiliser. Le modèle PATHOS est donc complémentaire de la grille AGGIR et permet d'ajuster au mieux la prise en charge des personnes âgées malades accueillies en Ehpad.

Source : <https://www.capretraite.fr/pathos/>

ANNEXE 4—Garantir la coordination de l'accompagnement et des soins

A l'heure où le nombre de personnes en besoin d'aide à l'autonomie ne cesse d'augmenter, un des enjeux majeurs des systèmes de santé est de garantir la continuité et la cohérence des soins et des accompagnements apportés à ces personnes, que ce soit pour les personnes âgées dépendantes, pour les personnes handicapées ou pour les personnes atteintes de maladies chroniques invalidantes.

Ce problème se situe à plusieurs niveaux :

Celui de la **personne** et de sa **famille** ou **aidants**, qui sont confrontés à une fragmentation de l'offre (entre le secteur hospitalier, la médecine de ville et la myriade d'institutions et de services relevant du champ sanitaire et social de statut public, privé non lucratif ou privé lucratif), à des discontinuités de parcours, notamment à la sortie de l'hôpital ou à l'entrée en institution médico-sociale, à des redondances (comme par exemple pour l'évaluation de ses besoins) ou à des manques d'offres répondant à ses besoins.

Celui des **professionnels** (et des aidants informels, niveau qu'on pourrait qualifier de système d'action au niveau de la cellule aidé-aidants) qui ont des difficultés de coopération par manque d'outils communs et de culture commune, avec un champ d'action et de responsabilité dont les frontières se déplacent. La spécialisation croissante a favorisé un cloisonnement, une dilution des responsabilités et une perte de continuité dans le processus de soin. Il existe de fait une tension entre spécialisation complexe et standardisée des soins et une prise en charge individualisée, telle que la souhaitent les patients.



Celui des **organisations** au financement morcelé, parfois insuffisant et non pérenne, soumises à une concurrence accrue par le développement du secteur privé, avec une circulation de l'information limitée et une offre inadaptée aux besoins (en quantité et en qualité).

Celui des **pouvoirs publics** s'appuyant sur une réglementation importante, ayant permis l'émergence d'une grande diversité de structures, avec un manque de lisibilité sur l'efficacité de ces structures, devant gérer un compromis entre un traitement de masse et un service personnalisé et soumis à des contraintes financières et aux manques actuels ou attendus en termes de ressources humaines.

Une question sous-jacente à tous ces problèmes est celle de la coordination des soins et des accompagnements et de l'intégration des services apportés. Comment articuler au mieux tous les soins et les accompagnements nécessaires pour la personne ? Comment permettre aux professionnels de coopérer dans des conditions de sécurité, de qualité et d'efficacité économique en croisant les compétences ?

La question qui nous intéresse est la suivante : **Quels sont les facteurs de succès pour la mise en place de « fonctions de coordination » pérennes qui puissent améliorer le parcours des personnes en besoin d'aide à l'autonomie et leur prise en charge ?** La notion de « fonction de coordination » comprend ici à la fois les dispositifs ou organisations qui ont une mission de coordination et les professionnels exerçant une fonction de coordination.

Les notions de coordination, de coopération, de continuité et d'accompagnement dans la prise en charge des personnes en perte d'autonomie ;

La coordination

La coordination consiste à définir le meilleur agencement de tâches préalablement réparties en vue d'élaborer un ensemble cohérent. Traditionnellement, les approches visant l'organisation ont développé de nombreuses méthodes pour optimiser la division du travail et coordonner les acteurs. Cela date du temps de l'organisation scientifique du travail et de la généralisation du travail à la chaîne.

A l'extrême, nul besoin de coopération : certains pensent, d'autres visent. La coordination est assurée par une autorité qui valide les prescriptions d'opération, indique les bons enchaînements et vérifie que les actions soient exécutées par les personnes désignées, dans les temps impartis et en utilisant les moyens définis. L'autorité définit même les procédures à suivre en cas de problème.

Une fois la répartition des rôles et des responsabilités faites, la coordination apporte un gain de temps important, de la sécurité dans la mise en œuvre et, en fin de compte, de la sérénité pour les acteurs.

La coopération

La coopération est un mode de relation où les individus participent volontairement à un travail commun. Qu'elle soit spontanée ou induite par un problème à résoudre, elle permet de s'accorder vers un objectif commun et/ou une méthode commune. Elle permet de fédérer des compétences réparties et de s'apporter un concours solidaire en conjuguant talents et intelligences.

Sans elle, pas de cohésion d'équipe et pas ou peu d'implication personnelle.

Coordination et coopération

Il est bien question d'un travail collectif dans les deux registres. Les relations d'interdépendance sont soulignées : les collaborateurs ont besoin les uns des autres.

La communication orale reste souvent essentielle, que ce soit entre deux professionnels en face à face ou au téléphone, ou dans le cadre de réunions régulières.

La communication écrite est souvent un sujet délicat. Tout d'abord, selon les cultures professionnelles, l'écrit est plus ou moins utilisé. Ainsi à la fois pour préserver une qualité de relation avec l'utilisateur et aussi par souci de préserver la confidentialité de certaines informations, certains travailleurs sociaux réduisent la part de l'écrit à l'essentiel. Par ailleurs les différents secrets professionnels sont souvent invoqués comme un frein au partage de l'information.

La coordination peut apparaître comme une conséquence de la coopération

La coordination se situe dans la recherche d'une cohérence d'acteurs et de dispositifs, sachant qu'il n'est guère possible, pour y parvenir, d'échapper à une formalisation des procédures ». Mais on peut aussi considérer que la coopération vient en surcroît de la coordination. En effet cette dernière consiste à synchroniser de façon cohérente et efficiente les contributions de plusieurs acteurs (avec une efficacité limitée) sans qu'il y ait nécessairement une véritable coopération qui consiste à avoir le « souci de l'autre », connaître et comprendre ses contraintes et agir en conséquence, et qui est nécessaire quand il faut atteindre de hauts niveaux de performance. Les professionnels ayant un rôle de coordination ou impliqués dans des coordinations ont aussi souvent un rôle d'accompagnement des personnes et c'est parfois cette fonction d'accompagnement qu'il faudra coordonner et peuvent dépendre de la coordination et aussi de la coopération.

On peut considérer aussi que l'accompagnement individualisé vise tout particulièrement la continuité de la prise en charge. C'est pourquoi les fonctions d'accompagnement sont des fonctions visant à améliorer la coordination et la coopération afin d'assurer cette continuité.

Mise en place d'un dispositif SPASAD : exemple 1

L'objectif premier étant de renforcer la prise en charge à domicile par sa mission intrinsèque de coordination.

En effet, ce dispositif relevant des interventions coordonnées et anticipant les besoins de la personne âgée est de nature à améliorer la prise en charge à domicile. Dans cet objectif, le SPASAD est amené à participer à la coordination clinique de proximité. Celle-ci prend collectivement en charge la personne âgée à domicile. Autour du médecin traitant, la coordination clinique de proximité rassemble un infirmier, et le cas échéant d'autres professionnels de santé intervenant à domicile. La formalisation de ce travail à plusieurs s'appuie notamment sur l'élaboration, pour certains patients dont la situation le nécessite, d'un plan personnalisé de santé (PPS) comprenant soins et aides.

Pour ce faire, une coordination entre le service de soin et celui de l'aide est fondamentale et est au cœur de la réussite et de l'opérationnalité du SPASAD.

Au sein de ce dispositif des professionnels vont donc exercer une fonction de coordination. Pour l'évaluation du besoin d'aide et de soins, c'est l'infirmière coordinatrice qui va remplir cette mission au quotidien. La Directrice de l'activité va chapoter tous les accompagnements en veillant à ce que la coordination entre les services soit efficace et efficiente.

De plus, la prise en compte de l'utilisateur (la personne et son entourage) est primordiale et la relation entre les professionnels et l'utilisateur est évidemment tout à fait essentielle. Ce dernier est tout d'abord le « client » final de l'agencement composite en tant que destinataire de l'action collective mais aussi, et il ne faut pas l'oublier, l'un des financeurs et parfois le principal financeur du service. Cette relation composite comprend tout d'abord une dimension d'écoute et de disponibilité de la part des professionnels.

L'écoute est donc essentielle, avec un accompagnement dans la durée où s'élabore la relation de confiance qui va rendre certains risques acceptables. Mais certains soulignent le fait que l'utilisateur n'est pas vraiment pris en compte.

Mise en place d'un dispositif SPASAD : exemple 2

Les SPASAD permettent, par une alliance de deux services complémentaires, de combiner les projets individualisés d'accompagnement et de soins, dont la coordination est censée être assurée par un personnel administratif « neutre ».

On peut également lister certaines difficultés d'ordre :

- Économiques d'une part, car les SAAD doivent faire face à une forte concurrence dans le secteur de l'aide à domicile et des difficultés économiques qui risquent de peser sur l'équilibre financier des SSIAD. De plus, le déclenchement des plans d'aide se font de manière différentes selon les services, les trésoreries ne sont donc pas gérées de la même manière ;
- Professionnelles d'autre part, car les SAAD et les SSIAD reposent sur des conventions collectives différentes malgré un cœur de métier commun ;
- Administratives enfin, car l'absence de moyens dédiés à la coordination des services ne permet pas d'avoir une gestion commune « neutre » et c'est souvent, comme cité précédemment, des infirmières qui coordonnent les projets de vie des usagers.

Ainsi, une coordination organisationnelle peut apporter un avantage réel dans la prise en charge d'un patient mais les différents professionnels internes et externes intervenants dans ce dispositif peuvent parfois interférer dans les rôles et missions de chacun. Or, la personne qui exerce la fonction de coordination doit accompagner activement ses équipes et être au fait de la prise en charge pour éviter ses écueils mais elle doit être, elle aussi, accompagner dans son travail au quotidien.

Dans les deux exemples de SPASAD, la fonction de coordination était donc exercée par une infirmière qui avait aussi le rôle d'évaluateur des besoins d'aide et de soins sans un souci d'efficience.

Ainsi, une coordination ascendante avec la Direction et descendante avec les équipes administratives et de terrain est la condition sine qua non pour que ce dispositif soit porteur de sens. De plus, cette coordination doit être active et formalisée.

Comment rendre opérationnelle cette coordination ?

Notamment par la création d'outil ou la modification de certains déjà existants mais plus adaptés pour répondre aux missions de ce nouveau dispositif

Deux niveaux de coordination sont envisagés:

1 - Coordination interne

- Elaboration du projet de service commun
- La création d'outil commun comme un diagnostic des besoins regroupant soins et besoins de l'aide et un cahier de liaison et la systématisation de réunion d'équipe pluridisciplinaire.
- Les réunions hebdomadaires permettant des échanges et d'organiser une prise en charge globale et efficiente.

2 - Coordination externe

- Création de convention de partenariats avec HAD, Clinique, Hôpitaux, Services SSR
- Travail en partenariat avec les clic, le réseau maïa et le réseau rivage.

Toutes les actions relatives à la coordination interne peuvent être réalisées en petit groupe de travail avec la direction, les cadres intermédiaires et le personnel de terrain afin que tous participent et puissent se sentir acteur de ce processus de changement.

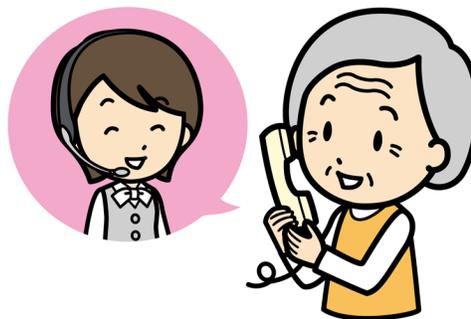
Pour la coordination externe, un accompagnement extérieur peut-être nécessaire.

Toutefois des difficultés dans la mise en œuvre peuvent apparaître car deux mondes et deux cultures existants parallèlement dans l'accompagnement doivent s'accorder et se coordonner sans dénaturer ni l'un ni l'autre et donner sens au projet de vie de la personne.

La principale difficulté étant que chacun trouve sa place et y reste dans une nouvelle organisation demandant un travail en lien et en coordination avec le service SAD et SSIAD. La grande question étant donc coordonner oui mais comment ? Nous tentons d'y répondre par une vision globale et une stratégie managériale basée sur la mutualisation des compétences et les qualifications professionnelles existantes au sien de l'association.

Néanmoins, ce dispositif expérimental est riche en apprentissage et amène à revoir les pratiques professionnelles et encourage à accompagner les équipes dans le processus de changement que cela implique.

Ainsi, le grand travail de coordination et de coopération ne va être possible que si chacun se sent concerné et impliqué et trouve du sens à sa mission.



LISTE DES SIGLES

AGIRR (Grille) : Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources

ANESM : Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux .

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie.

APL : Aide Personnalisée au Logement.

ASV (loi) : Loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement.

AVQ : Actes de la Vie Quotidienne.

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

CSA : Contribution Solidarité Autonomie

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

GEVA : Guide d'Evaluation des besoins de compensation des personnes handicapées.

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées.

PAJE : Prestation d'Accueil du Jeune Enfant.

PCH : Prestation de Compensation du Handicap.

PSD : Prestation Spécifique Dépendance.

RAI : Résident Assessment Instrument.

SAAD : Service d'Aide A Domicile.

SMAF : Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle.

QUELQUE ELEMENTS DE BIBLIOGRAPHIE

Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 (INSEE) : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>

The Global AgeWatch Index : <http://www.helpage.org/global-agewatch/>

Prestation de Compensation du Handicap (PCH) volet aide humaine : diversité des tarifs pour les services à domicile prestataires (Etude de l'observatoire Handéo de février 2018) : <http://www.handeo.fr/l-observatoire/prestation-de-compensation-du-handicap-pch-volet-aide-humaine-diversite-des-tarifs>

Décret du 5 décembre 2016 fixant le référentiel d'évaluation multidimensionnel de la situation et des besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/12/5/AFSA1630411A/jo/texte>

Etude des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile et des facteurs explicatifs de leurs coûts (DGCS—CNSA) : https://www.cnsa.fr/documentation/enc_saad_2016_rapport_vdef.pdf

La prise en charge de la dépendance dans l'union européenne : <https://www.robert-schuman.eu/fr/questions-d-europe/0196-la-prise-en-charge-de-la-dependance-dans-l-union-europeenne>

La dépendance en Europe, un chantier inachevé : <http://www.trop-libre.fr/la-d%C3%A9pendance-en-europe-un-chantier-inachev%C3%A9-5/>

Qu'est-ce que le PAERPA ? <https://www.paerpa-paris.fr/le-paerpa/quest-ce-que-le-paerpa>

Les défis de l'accompagnement du grand âge : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000735.pdf>

Le financement de la perte d'autonomie liée au vieillissement - Regards croisés des acteurs du secteur – Cahier de recherche : <http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C286.pdf>
<http://www.silvereco.fr/pour-bernard-ennuyer-le-financement-du-cinquieme-risque-depend-dun-choix-politique/3119993>

La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040 par Michel Duée et Cyril Rebillard : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1371933?sommaire=1372045>

Les défis de l'accompagnement du grand âge (2011 n° 39, Centre d'analyse stratégique) : <http://archives.strategie.gouv.fr/cas/content/rapport-les-defis-de-laccompagnement-du-grand-age-0.html>

Rapport d'information déposé par la Commission des Affaires Européennes sur la prise en charge de la dépendance en Europe : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/europe/rap-info/i3667.asp>

Tour du monde : la prise en charge des aînés dans différentes cultures – 10/11/2016 : <https://www.capretraite.fr/tour-monde-prise-charge-aines-differentes-cultures/>

Soins et aides de longue durée aux personnes âgées : une mise en perspective internationale : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2001-2-page-211.htm>

Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000747703>

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2015/12/28/AFSX1404296L/jo>

BIBLIOGRAPHIE (SUITE)

Les personnes âgées dépendantes - Rapport de la Cour des Comptes (2005) : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000746.pdf>

Plan Solidarité - Grand âge (2006) : https://www.cnsa.fr/documentation/plan_solidarite_grand_age_2008.pdf

Rapport d'information de M. Paul Blanc, fait au nom de la commission des affaires sociales sur l'application de la loi n°2005-102 du 11 février 2005 (2007): <https://www.senat.fr/rap/r06-359/r06-3591.pdf>

Rapport d'information de M. Alain Vasselle fait au nom de la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque (2008) : <https://www.senat.fr/rap/r07-447-1/r07-447-11.pdf>

Rapport d'information de Mme Valérie Rosso-Debord en conclusion des travaux de la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes (2010) : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i2647.asp>

Rapport de l'IGAS - Mission relative aux questions de tarification et de solvabilisation des services d'aide à domicile en direction des publics fragiles (2010) : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000038.pdf>

Rapport d'information de M. Alain Vasselle fait au nom de la mission commune d'information (1) sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque (2011) : <https://www.senat.fr/rap/r10-263/r10-2631.pdf>

Synthèse du grand débat national sur la dépendance (2011) : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_de_debat_national_sur_la_dependance.pdf

Rapport du groupe 4 de M. Bertrand Fragonnard, Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées (2011) : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000335.pdf>

Rapport du CESE de Mme Monique Weber et M. Yves Vérolet, La dépendance des personnes âgées (2011) : http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2011/2011_03_dependance.pdf

Promouvoir la continuité des parcours de vie d'une responsabilité collective à un engagement partagé - Rapport CNSA (2012) : https://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir_la_continuite_des_parcours_de_vie_2012.pdf

Deuxièmes rencontres scientifiques de la CNSA - Aide à l'autonomie et parcours de vie (2012) : https://www.cnsa.fr/documentation/actes_des_2e_rencontres_scientifiques_aide_a_lautonomie_et_parcours_de_vie_15-16_02_2012.pdf

Mission relative aux difficultés financières de l'aide à domicile et aux modalités de tarification et d'allocation de ressources des services d'aide à domicile pour publics fragiles (2012) : <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapportPoletti.pdf>

L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : France : année zéro ! - Rapport de M. Luc Broussy (2013) : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000173.pdf>

Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société - Rapport du Docteur Jean-Pierre Aquino (2013) : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000175.pdf>

Relever le défi politique de l'avancée en âge - Perspectives internationales - Rapport de Mme Martine Pinville (2013) : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000174.pdf>

Projection des populations âgées dépendantes - Dossiers Solidarité et Santé de la DREES (2013) : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article43.pdf>

Rapport d'information de M. Jean-Marie Vanlerenberghe et M. Dominique Watrin au nom de la commission des affaires sociales du Sénat sur l'aide à domicile (2014) : <https://www.senat.fr/rap/r13-575/r13-5751.pdf>

Rapport d'information de Mme Martine Pinville et Mme Bérengère Poletti sur l'évaluation du développement des services à la personne (2014) : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i2437.asp>

Rapport de la Cour des comptes - Le développement des services à la personne et le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie (2014) : https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20140710_rapport_developpement_services_personne.pdf

Optimiser le soutien à domicile des personnes âgées - Observatoire national de l'action sociale décentralisée (2014) : http://odas.net/IMG/pdf/cahier_de_l_odas_-_2014.pdf

Rapport de la Cour des comptes - Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie (2016) : <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20160712-maintien-domicile-personnes-agees.pdf>

Quelles politiques publiques pour la dépendance ? Conseil d'analyse économique (2016) : <http://www.cae-eco.fr/IMG/pdf/cae-note035v2.pdf>

Rapport 2016 et chiffres clés de l'autonomie 2017 de la CNSA : <https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/parution-du-rapport-annuel-2016-de-la-cnsa-et-des-chiffres-cles-de-laide-a-lautonomie-2017>

Mission relative à la tarification et aux perspectives d'évolution des services d'aide et d'accompagnement à domicile - Mission de M. Georges Labazée (2017) : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/174000215.pdf>

Du baluchonage québécois au relayage en France : une solution innovante de répit (2017) : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/174000214.pdf>

Repenser le maintien à domicile - Enjeux, acteurs, organisation - Bernard Ennuyer Ed. Dunod (2014)



Nous contacter

N'hésitez pas à nous contacter pour obtenir des informations supplémentaires sur nos services

FNAAFP/CSF

53, rue Riquet
75019 Paris

01 44 89 86 86

contact@fnaafp.org

Visitez notre site web :
www.fnaafp.org

Retrouvez-nous sur les réseaux sociaux :



La FNAAFP/CSF, la fédération engagée du secteur de l'aide à domicile

La FNAAFP/CSF souhaite promouvoir, au sein de ses associations adhérentes, un fonctionnement démocratique ouvert et respectueux de la fonction et du rôle de chacun. Bénévoles et salariés y sont invités à se poser la question du « pourquoi » des interventions à domicile et pas uniquement la question du « comment ».

La FNAAFP/CSF et ses associations adhérentes entendent témoigner d'une volonté de gérer autrement en mettant non pas le profit mais la personne, et plus particulièrement la personne fragilisée, au cœur de leur action.

Gestionnaire et militant ...

... Solidairement, tout simplement !

FÉDÉRATION NATIONALE DES ASSOCIATIONS DE L'AIDE FAMILIALE POPULAIRE



FNAAFP/CSF
Fédération
de l'aide à domicile