Vieillissement autrement

RÉUSSIR LE SOUTIEN À DOMICILE

ACTES DU COLLOQUE

vendredi 6 février 2004

Rencontre nationale organisée par Accor Services France et le Journal de l'Action sociale, en collaboration avec l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (Odas)

Sommaire

L'APA tient-elle ses promesses ?

Ouverture 3

Vieillissement, solidarité et décentralisation 6

Bilan global et perspectives de l'APA 10

Les premiers éléments d'une observation qualitative de l'APA 15

L'APA, un levier pour une politique globale de soutien au vieillissement 26

L'adaptation du soutien à domicile est-elle possible ?

Les nouvelles attentes face à la dépendance. 38

La maltraitance des personnes âgées. 43

Débat avec la salle 46

Comment villes et départements peuvent ensemble réussir le changement ? 49

Clôture 64

L'APA tient-elle ses promesses ?

Ouverture

Jean-Jacques DAURAT
Directeur général,

Accor Services France

Bonjour ! Je vous souhaite la bienvenue au nom du Journal de l'action sociale et de Accor Services France. Vous recevrez dans les semaines à venir les actes complets de ce colloque.

Les raisons de l'investissement de Accor Services dans cette manifestation sont, en premier lieu, professionnelles. En effet, Accor Services, leader français et mondial de l'accompagnement des salariés pour leur faciliter la vie au quotidien et dont le produit le plus connu est le ticket restaurant, intervient depuis dix ans pour accompagner les collectivités locales et les associations caritatives dans le cadre de leurs missions d'action sociale. Nous avons ainsi lancé, en 1994, Ticket Service avec la Croix Rouge pour remplacer le bon alimentaire et, en 1999, Domiphone avec le Conseil général des Bouches-du-Rhône pour mettre en œuvre l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA).

A ces raisons professionnelles, s'ajoutent des raisons personnelles. Nous sommes nombreux, dans cette entreprise, à venir de province et nous n'avons personne pour s'occuper de nos parents. Les collectivités, avec l'aide des entreprises, devront trouver des solutions pour s'occuper de ces personnes âgées seules. Le message de fraternité nous semble essentiel, au-delà de nos objectifs d'entreprise.

Nous souhaitons, aujourd'hui, aller plus loin en participant à la réflexion sur les modalités de cette action, en vous écoutant, en tentant de comprendre vos préoccupations et d'apporter un outil et des solutions pour répondre à l'enjeu de demain : comment accompagner les personnes âgées qui seront de plus en plus présentes dans notre vie ?

Je vous remercie d'avoir répondu aussi nombreux à cette invitation. Je laisse la parole à Jean-Louis Sanchez.

Jean-Louis SANCHEZ
Directeur éditorial,
Journal de l'action sociale

Délégué général,
Observatoire national de l'action sociale décentralisée

Je remercie Monsieur Daurat et le groupe Accor de nous avoir permis d'organiser cette journée qui survient à un moment précis. Vous savez que *l'Odas* et le *Journal de l'action sociale*, observant la société française depuis de nombreuses années, ont essayé d'attirer l'attention sur le fait que notre solidarité s'enkystait et se juridicisait au détriment de l'encouragement aux solidarités spontanées. Il est vrai que nous prêchions un peu dans le désert, peut-être parce que nous étions peu disponibles à entendre la question de la vulnérabilité de notre société. Les événements ont précipité les choses. La précarité sécuritaire a ouvert ses plaies : terrorisme, violence, précarité économique, identitaire et, de façon transversale et plus grave, relationnelle. Nous osons dorénavant dire notre solitude.

De nombreux acteurs, parmi lesquels le Credoc, l'Institut démographique et l'Insee, avaient pourtant souligné les problèmes de solitudes de ce pays. Le problème est d'autant plus aigu dans la population des personnes âgées. A l'instar de Robert Rochefort, l'Odas est devenue une militante de la solidarité parce que nous l'avons observé.

Je dois donc commencer par évoquer la grande cause nationale qui sera, cette année, réservée à la fraternité, non pas dans une dimension incantatoire ou dans un réveil tardif, mais dans un immense élan. Dès le 9 mars, nous annoncerons nos actions.

La grande cause nationale est lancée par le Premier ministre, mais elle est l'affaire de tous. Dès à présent, nous savons que les grandes associations de maires s'associeront à l'appel de la fraternité. Un grand nombre d'acteurs importants de la protection sociale s'y impliqueront également. L'année sera marquée par plusieurs temps forts (initiatives, notamment à travers les médias, campagnes d'affichage, etc.) pour produire une prise de conscience de la richesse de l'autre et de la nécessité d'admettre notre fragilité. Un prix, attribué en fin d'année à l'occasion d'un colloque consacré à la fraternité intergénérationnelle, contribuera à ce mouvement. La journée du 25 mai, jour de la manifestation « Immeubles en fête », marquera l'aboutissement de la mobilisation de tous.

La solidarité, enrichie de fraternité, nécessite le concours des pouvoirs locaux. Dans cette optique, nous souhaitons que tous les maires signent une charte communale de fraternité pour les inciter à faire du lien social une priorité et même, comme le suggère Jean-Michel Bellanger, qu'ils fassent un bilan de la fraternité dans la ville en fin de mandat.

Une série de conférences, accessibles au grand public, aura lieu probablement à la Sorbonne entre 18 heures et 21 heures. La première, organisée avec Antoine Durrleman, Directeur de l'Ena, et René Lenoir, ancien directeur de l'Ena, aura

pour thème la haute fonction publique et l'éthique de fraternité. Nous devons, en effet, interpeller ceux qui ont en charge la précarité de la France. Une autre conférence, organisée avec le concours de l'Association des grandes villes de France, portera sur l'administration territoriale et la fraternité.

En réfléchissant à ces thèmes, j'ai pensé vous lire une partie de l'éditorial que je réserve au prochain numéro du *Journal de l'action sociale* de février. Il résume, en effet, assez bien notre problématique. « *Cher vieux pays*, - car la France est immense aux yeux de ceux qui nous observent -, *un ami africain me disait récemment* : « plus vous êtes nombreux, plus vous êtes seuls ». *Un autre ami canaque observait* : « Vous courrez toujours derrière la vie car vous ne la connaissez plus ». *Tout ceci me faisait fort mal et j'attendais une réponse. Dorénavant, je saurais quoi rétorquer. La France n'a pas à rougir de sa fraternité. Elle en fait sa grande cause nationale et l'élan qui s'en dégagera brisera les murs de l'indifférence.* »

Cela peut paraître ambitieux. Je ne pense pas que cela le soit car notre pays a bien plus de ressorts qu'il n'y paraît à condition qu'il sache s'appuyer sur sa diversité, son histoire et son intelligence, qui sont autant de chances, et, bien évidemment, sur la contribution de tous.

Je n'hésite pas à ajouter, avec une pointe de compassion, à l'intention de tous ceux qui ont une attitude cynique, de tous ceux que cette démarche indispose : « *faut-il que vous vous méprisiez pour craindre autant ce pari de l'autre, de la confiance, de l'homme réhabilité.* » C'est tout le sens de l'organisation de cette journée.
Je reviens d'Algérie où des dirigeants m'ont confié que la canicule avait fait un tort immense à la France. Nous savons tous que cet événement a été largement déformé. Néanmoins, les images sont fortes et les jeunes immigrés soulignent le fait que nous leur demandons de s'intégrer alors que nous ne respectons pas nos aînés. Tout cela est, bien évidemment, très excessif. Prenons toutefois garde et redonnons à tous ceux qui ont envie de faire le pari de la France l'idée qu'elle est un pays qui fait de la relation aux aînés non pas une affaire purement assistancielle mais une chance. Tel est le sens de cette journée. C'est la raison pour laquelle je vous remercie avec beaucoup d'émotion de votre présence aujourd'hui et à chaque fois que l'on a besoin de vous.

Il faudrait aujourd'hui souligner dans nos débats, même s'ils sont parfois techniques, que l'important n'est pas le comment mais le pourquoi.

Je laisse la parole à Patrick Viveret qui, avec amitié et talent, abordera le sujet essentiel de « Vieillissement, solidarité et décentralisation ».

Je vous remercie de votre attention.

Vieillissement; solidarité et décentralisation

1ère partie

Patrick VIVERET
Philosophe,
Chargé de mission,
«Nouveaux facteur de richesse»

Délégation interministérielle à l'Innovation sociale et à l'Économie sociale

Bonjour à toutes et à tous. Comme je ne dispose que de quinze minutes, je n'aborderai que la question du rapport entre vieillissement et solidarité. Des personnes bien plus compétentes que moi pour évoquer le troisième élément du triptyque, le rapport à la décentralisation, sont présentes parmi nous.
Je tiens à mettre en évidence à quel point l'interpellation du rapport entre ces deux termes nous conduit à nous interroger sur le problème de la précarité relationnelle dans nos sociétés et sur la question même de notre regard non seulement sur la vieillesse mais sur l'ensemble des temps de vie. Elle introduit, de ce fait, la nécessité d'une politique des temps de vie qui débouche également sur un autre rapport à l'économie.

Je suis chargé d'une mission sur les nouveaux facteurs de richesse, mission rattachée à la Délégation interministérielle à l'Economie sociale. J'aurai donc l'occasion de dire pourquoi le rôle de l'économie sociale est aussi déterminant sur la question des personnes âgées. Cette mission a été créée par le Gouvernement de Lionel Jospin et maintenue, à la demande du Président de la République, par le nouveau Gouvernement pour souligner le fait que notre représentation de la richesse était de plus en plus inopérante pour penser la question de la politique des temps de vie.

Une remise en cause de notre définition de l'activité

Le drame de la canicule a été très souvent cité. Il a illustré deux aspects majeurs du caractère très réducteur de notre représentation de la richesse. La définition même de l'activité est une convention historique relativement récente puisqu'elle date de la fin de la Seconde Guerre Mondiale. Elle est extraordinairement réductrice. En son nom, nous sommes censés être inactifs l'essentiel de notre temps de vie. En effet, tant que nous définirons l'activité comme le temps pendant lequel nous aurons une activité caractérisée par un accès au travail rémunéré et comme ce temps représente environ 70 000 heures sur une moyenne de 400 000 heures, un certain nombre d'éléments structurants, utiles socialement et même vitaux sont considérés comme relevant de l'inactivité. Cela est d'autant plus vrai pour les deux extrémités de la vie : l'acte de donner la vie, celui d'éducation et de soins aux jeunes enfants et la façon dont nous accompagnons les derniers temps de la vie.

Dans ce contexte, des éléments de progrès sociaux incontestables tels que l'allongement de la durée de vie, l'allongement de la durée de formation dans la durée de vie ou la réduction globale du temps de travail dans la durée de vie aggravent le déséquilibre croissant entre actifs et inactifs et se transforment, de ce fait, en éléments de régression sociale. En effet, si nous ne touchons pas à la définition de l'activité, ce déséquilibre nous conduit soit à prolonger le temps de travail dans le temps de vie, soit à réduire les prestations du temps de la post-activité.

Une remise en cause de notre vision du mode de production industrielle

Ces questions, apparemment théoriques et méthodologiques, internationales, mettent en cause la vision du mode de production industrielle tel qu'il s'est construit au cours des deux révolutions industrielles et qu'il a été formalisé dans nos définitions économiques et statistiques et dans nos systèmes de comptabilité nationale. Nous ne pouvons traiter de grandes questions telles que le vieillissement, la retraite ou l'ensemble des politiques de temps de vie que si nous travaillons sur de nouveaux critères définissant l'activité.

De la même façon, nous ne pouvons pas continuer à proposer, comme seul véritable projet de vie dans nos sociétés, l'image d'un être humain qui serait réduit à un producteur et à un consommateur compétitif. Cela signifierait, d'une part, que tous les temps de vie éducatifs seraient structurés et réduits à cette perspective et, d'autre part, que les éléments de qualité relationnelle évoqués par Jean-Louis Sanchez seraient directement perturbés par cette perspective.

L'éducation au métier d'être humain

L'éducation devrait être le temps de l'apprentissage du métier d'être humain. Rappelons que le mot métier est la rencontre de deux mots très forts, le ministère et le mystère. Tout métier comporte une part relationnelle déterminante. Ce mot, qui nous vient du compagnonnage, signifie donc que la rencontre avec autrui est toujours un mystère. Le métier n'est pas un travail ; il est un ministère mystérieux. Le métier par excellence est celui d'être humain. Que veut dire vivre en sachant que l'on va mourir et que des personnes que l'on aime vont mourir ? Cette question fait à la fois la dignité et la difficulté des êtres humains. Ce ministère mystérieux d'être humain est le cœur même de ce qui va définir la trajectoire de vie.

Si le processus éducatif, au lieu de nous aider à vivre l'aventure de vie de telle façon qu'elle nous permette de grandir en humanité personnellement et collectivement, nous prépare à devenir des producteurs compétitifs, puis nous condamne à être assistés ou éjectés du processus, nous aurons inévitablement non pas des aînés ou des anciens mais des vieux. Grandir en humanité signifie considérer que, jusqu'au bout de la vie, y compris dans la préparation de la mort elle-même, nous pouvons grandir en humanité. Or le fait que nous puissions grandir en humanité jusqu'au bout fait la force des anciens.

Confucius a dit : « Vis comme en mourant tu aimerais avoir vécu ». La préparation de la mort elle-même nous oblige à hiérarchiser, dans notre propre vie, l'essentiel et l'accessoire. Nous savons bien que lorsque nous sommes confrontés, individuellement ou collectivement, à ce rendez-vous majeur de notre rapport à

la mort, les éléments fondamentaux de force de vie apparaissent. Ainsi, quand, au moment des attentats contre le World Trade Center, des personnes qui disposaient de téléphones portables ont pu communiquer avec leurs proches, elles les ont appelés pour leur dire leur amour. Elles n'ont pas appelé leur banquier pour connaître l'état de leur compte en banque ! En effet, dans le rapport radical à la mort, l'amour et le sens, beaucoup plus que la puissance et la richesse, ont la force émotionnelle de se situer par rapport à ce rendez-vous majeur.

Notre vision réductrice du projet de vie doit se trouver élargie à ces qualités de dignité et de fraternité. Dans cette perspective, il nous faut revisiter l'ensemble des éléments qui caractérisent notre notion de la richesse, de la production et de l'activité.

Le mot valeur vient du latin valor, force de vie. Rien n'est donc plus réducteur que de le réduire à une valeur marchande ou monétaire. Pour cette raison, nous avons, lorsque nous évoquons les éléments d'intervention économique sur ces questions du rapport entre vieillissement et solidarité, un laboratoire formidable de l'économie plurielle. Autrement dit, le rassemblement des meilleurs éléments que peuvent produire les modalités de l'intervention économique lucrative, publique, sociale et solidaire apparaît nécessaire.

Les trois grands modes de rapports de l'être humain dans les modes d'organisation du lien social

Le grand anthropologue et économiste Karl Polanyi avait mis en évidence les trois grands modes de rapports de l'être humain dans les modes d'organisation du lien social. Il n'est pas possible de les réduire à une seule modalité sans danger pour une société. Un premier rapport est défini par le lien de réciprocité. En effet, à travers le don et l'échange non-monétaire, dans les rapports familiaux, amicaux et amoureux, un lien de réciprocité se constitue en dehors du marché.

Ce dernier a évidemment une place définie à condition de rappeler sa fonction anthropologique, positive, qui est de permettre un échange entre des acteurs qui ne s'aiment pas au sens de la neutralité affective. S'il oublie que sa fonction est une fonction de facilitation des échanges et de pacification entre les êtres humains, si la monnaie, d'outil génial de facilitation de l'échange, se transforme en fin, ils deviennent des éléments de violence sociale et nous ne sommes plus dans le doux commerce mais dans la guerre économique. Pour cette raison, il faut faire des économies plurielles, avec toute leur place au marché, en reconnaissant les autres formes de lien, c'est-à-dire le lien de réciprocité et le lien politique, et la fonction fondamentale de redistribution dans une société pour construire de la justice sociale.
Si nous oublions l'articulation entre ces trois éléments, si nous réduisons la perspective de vie à celle de producteur compétitif et le lien social à un lien écono-

mique, nous sommes dans la situation où nous n'avons pas des anciens mais des vieux et où le message envoyé à la société est profondément dépressif. En effet, la vie devient alors un combat et la mort un échec. En revanche, si nous considérons que la vie est un voyage, la mort est un passage. Si la mort est un échec, tout ce qui s'en rapproche, à commencer par le vieillissement, n'est que le prélude au naufrage final. Dans cette perspective, la retraite devient le premier acte de la déroute finale.

La nécessaire construction d'une politique des temps de vie

Il est de la responsabilité des pouvoirs publics de construire des politiques de temps de vie pour donner à chaque être humain la capacité de vivre jusqu'au bout la qualité d'aventure de vie et la possibilité de la transmettre aux autres générations. Ces politiques de temps de vie permettront de donner corps à cette phrase magnifique d'Alexander Lowen qui disait que « *traverser la vie le cœur fermé, c'est comme faire un voyage en mer à fond de cale* ». Si nous souhaitons monter sur le pont et vivre la vie comme une aventure mystérieuse dans laquelle les autres sont non pas des rivaux mais des compagnons de vie et dans laquelle nous avons non pas des vieux mais des anciens, il nous faut traverser la vie le cœur ouvert.

Je vous remercie.

Jean-Louis SANCHEZ

Merci. Votre intervention fait un lien extrêmement étroit avec le message précédent. Nous nous dirigeons à présent vers des cieux plus matériels avec une présentation du bilan global et des perspectives de l'APA par Jean-Michel Rossignol. Vous êtes nombreux à le connaître puisqu'il a été à la FNG avec Geneviève Laroque. Il est, en outre, avec un certain nombre d'entre vous, un acteur décisif de la réflexion gérontologique.

Bilan global et perspectives de l'APA

1ère partie

Jean-Louis ROSSIGNOL
Consultant

Mesdames, Messieurs, comment voudriez-vous qu'après l'appel à la fraternité de Jean-Louis Sanchez et l'envolée exceptionnelle de Patrick Viveret sur la continuité de la vie, je ne vous présente qu'un exposé technique ? Je l'avais prévu. En effet, le sujet est très vaste et il peut facilement déborder sur un certain nombre de considérations philosophiques auxquelles vous n'échapperez pas bien que je ne sois pas philosophe de formation.

Le temps qui m'est imparti – un quart d'heure – est court. Je me suis néanmoins toujours engagé à tenir mon temps de parole. Je le ferai aujourd'hui. Pour vous présenter, sans aucune trace de polémique, le bilan de l'APA et ses perspectives, je me suis appuyé sur un certain nombre de sources, si possible récentes, et de débats. Ainsi, les sources de la Drees et, plus particulièrement la dernière analyse sur le bilan trimestriel à la fin du mois de septembre 2003, publiée au mois de décembre 2003, m'ont aidé. Un certain nombre d'évolutions liées aux mesures prises dans le cadre du décret et de la loi des 28 et 31 mars 2003, apparaissent déjà de trimestre à trimestre. Je vous présenterai certaines statistiques. Ensuite, je passerai rapidement à un point important du fait de son impact sur les décideurs, l'analyse de l'évolution de l'opinion publique sur la dépendance des personnes âgées, réalisée chaque année par la Drees depuis 2000. Puis, j'analyserai les événements de la fin 2003 et du début 2004 concernant la pérennisation de l'APA. Enfin, je terminerai sur une note philosophique.

L'enquête de la Drees

Cette étude a été réalisée auprès de 76 départements répondant à l'enquête principale, puis de 45 départements répondant à l'enquête complémentaire sur l'impact des mesures adoptées au mois de mars 2003. Entre le 1er janvier 2002 et le 30 septembre 2003, près de 1,55 millions de dossiers ont été déposés auprès des Conseils généraux. 5 % d'entre eux ont été classés sans suite. La décision a été favorable dans 84 % des cas. Aujourd'hui, près de 760 000 personnes de plus de 60 ans bénéficient directement ou indirectement de l'APA. A la fin de l'année 2003, le seuil prévu à l'horizon 2005-2006 aura été dépassé.

55 % des bénéficiaires vivent à domicile ; 45 % vivent en établissement. 83 % des bénéficiaires ont, toutes attributions confondues, 75 ans et plus. 53 % des bénéficiaires de l'APA en établissement et 37 % des bénéficiaires de l'APA à domicile ont plus de 85 ans. Trois bénéficiaires sur quatre sont des femmes avec une répartition qui est à peu près la même à domicile et en établissement.
Le montant moyen du plan d'aide est, pour l'APA à domicile, de 470 euros par mois. Le montant moyen du tarif dépendance s'élève, quant à lui, à 371 euros par mois. Je ne reviendrai pas sur les distinctions entre les différents groupes iso-ressources.

Au mois de septembre 2003, 75 % des bénéficiaires relevant des anciens barèmes et 35 % des bénéficiaires relevant des nouveaux barèmes étaient exonérés de tout ticket modérateur. Si nous établissons les statistiques au niveau des seuls bénéficiaires devant acquitter une participation financière, la participation de l'APA à domicile est passée de 32 euros à environ 84 euros. Globalement, l'impact de ces mesures sur les nouveaux bénéficiaires à partir du 1er avril 2003 a fait plus que doubler la participation, phénomène qui correspond d'ailleurs à l'un des objectifs recherchés.

Par ailleurs, les montants moyens sont les plus faibles observés depuis la mise en œuvre de l'APA.

La triple inspection (IAS, IGF et IGA), chargée d'analyser auprès de seize départements, pendant quatre mois, l'impact de l'APA et de la tarification en établissement, a rendu ses premières conclusions au mois de juin. Elle a révélé une réduction significative des écarts pour les montants de l'APA versée à domicile. En revanche, les écarts concernant les attributions du tarif dépendance en établissement sont toujours aussi importants (fourchette allant de 1 à 3).

L'impact des mesures adoptées au mois de mars 2003

L'enquête complémentaire fait apparaître un doublement de la participation pour ceux qui ne sont pas exonérés du ticket modérateur.

Concernant le contrôle de l'effectivité de l'aide, qui devait permettre de réaliser un certain nombre d'économies (près de 200 millions d'euros), on constate que, au sein des territoires gérés par les Conseils généraux ayant répondu à cette enquête, un bénéficiaire de l'APA sur cinq a fait l'objet d'un contrôle au cours du troisième trimestre 2003.

Par ailleurs, la nouvelle règle d'ouverture des droits concerne environ 58 à 60 % des décisions favorables qui ont été émises au cours du troisième trimestre 2003 par les Conseils généraux.

En outre, le versement direct de l'APA à domicile à des prestataires se développe : deux tiers des bénéficiaires sont concernés dans les 45 départements.

Enfin, aujourd'hui, 2 % des bénéficiaires de l'aide ménagère financée par la Caisse nationale d'assurance vieillesse sont en GIR 4 contre 26 % au 31 décembre 2001. 31 % d'entre eux sont en GIR 5 et 67 % en GIR 6. Au 30 septembre 2003, 13 000 bénéficiaires de l'APSD pouvaient encore être dénombrés.

L'opinion publique

Des sondages régulièrement opérés depuis 2000 par l'Ifop pour le compte de la Drees permettent d'entrevoir un certain nombre d'éléments sur l'opinion de nos concitoyens concernant la prise en charge de la dépendance. En moyenne, sur les trois années d'interrogation, plus de 80 % des sondés privilégient le maintien à domicile dans la prise en charge de la dépendance ; un peu moins de 20 % des sondés insistent sur la nécessité d'intégrer le traitement de la dépendance dans l'hébergement en établissement.

Les catégories de population qui répondent sont extrêmement variées en termes de revenus, d'âge, de sexe et de la présence ou non d'ascendants dépendants à leur domicile ou en établissement. Je ne peux, bien entendu, pas, aujourd'hui, vous présenter une analyse de chaque groupe d'opinion. Concernant le financement, 53 % des personnes interrogées estiment que la prise en charge de la dépendance doit être faite par la famille, soit au travers d'un hébergement familial, soit dans le cadre d'un maintien à domicile autonome et autofinancé. 47 % des sondés estiment que la prise en charge relève des pouvoirs publics. Si le premier groupe est resté stable, les débats sur l'APA et sa mise en place au 1er janvier 2002 ont sans doute influencé l'évolution du second groupe. En effet, le nombre de partisans d'un maintien à domicile financé par des allocations extérieures aux facultés contributives de la famille et qui doivent se faire par des allocations sous condition de ressources a tendance à diminuer alors que le nombre de partisans d'un financement par les assurances sociales d'un hébergement en établissement augmente de façon importante.

Les événements de l'année 2003

J'évoquerai rapidement le plan de solidarité vieillesse et la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Je tiens à préciser que, au mois de décembre, les organismes de base de Sécurité sociale, qu'il s'agisse du régime général ou du régime agricole, estimant qu'un « cinquième risque » ne se créait pas, se sont déclarés défavorables à la mise en place de cette Caisse. En effet, cette dernière a pour objet de rassembler les ressources et non pas d'assurer les dépenses puisqu'elle les délègue aux Conseils généraux. Il ne s'agit donc pas d'une intégration d'un nouveau risque dans la protection sociale.

A mon sens, le « cinquième risque » n'est pas à l'ordre du jour. Il est vrai que les autorités ont tendance, pour un certain nombre de domaines de la négociation, à vouloir renforcer le rôle des partenaires sociaux. Dans ce domaine, ce n'est pas le cas : les débats parlementaires que j'ai consultés montrent que les pouvoirs publics verraient deux freins à la mise en œuvre d'un cinquième risque intégré à la protection sociale, dans un système assuranciel. Le premier est qu'ils assurent la continuité du précédent Gouvernement qui avait choisi de ne pas

faire entrer le risque dépendance dans la protection sociale. Le second, davantage lié aux avatars du paritarisme dans les régimes de sécurité sociale, réside dans leur souhait de ne pas créer un nouveau conseil d'administration paritaire d'une nouvelle branche.

La pérennité du financement

Je ne reviendrai pas sur la mécanique du financement que vous connaissez.

Le rapport de la triple inspection a prévu une augmentation des dépenses sur ce « risque dépendance ». Par conséquent, la mise en œuvre du nouveau financement, c'est-à-dire le rapatriement à cette caisse nationale de la part de CSG qui était dans le fonds de financement de l'APA et de ce prélèvement de 0,3 % sur l'ensemble de la masse salariale de l'ensemble des entreprises et sur le revenu du capital, devrait pouvoir assurer un financement pour l'année à venir et permettre d'éponger l'emprunt que l'Etat devait contracter auprès de la Caisse des dépôts et consignations. Fera-t-il face à un véritable développement du financement ? Il est encore tôt pour le dire. Il sera bon d'attendre les différents développements du premier semestre 2004 et de voir comment la participation des entreprises publiques et privées à cet effort de solidarité se concrétisera financièrement et en matière de gestion pour en juger.

Conclusion

Le rapport Laroque a plus de 40 ans. Il est souvent évoqué, notamment à propos du soutien à domicile, mais nous avons tendance à oublier qu'il comportait un élément important : la mise en œuvre d'une réelle politique de la vieillesse doit s'accompagner d'une information constante du public.

J'ai eu l'honneur de rencontrer Pierre Laroque dans un conseil d'administration lorsque j'étais Secrétaire général de la Fondation nationale de gérontologie. Il y siégeait toujours à 88 ans.

Aujourd'hui, nous parlons de représentation du vieillissement et de la vieillesse. La mise en œuvre, le développement, le financement et la compréhension des mécanismes et des objectifs de l'APA ne peuvent se décliner qui si la représentation du vieillissement et de la vieillesse est enfin visible et lisible dans notre pays, dans un mode d'approche culturelle du vieillissement qui ne nous pousse pas à considérer que le vieillissement doit dépasser le stade de l'analyse individuelle pour passer à l'analyse collective.

Je vous remercie de votre attention.

JEAN-LOUIS SANCHEZ

Merci. Votre exposé était très pédagogique. Il appelle le débat. Pour ma part, je ne partage pas votre point de vue sur ce que vous n'avez pas dit ! En effet, la création de la Caisse comporte des éléments importants, notamment sur le handicap et la dépendance.

JEAN-LOUIS ROSSIGNOL

Je n'ai pas abordé la question du handicap. C'est un autre débat.

JEAN-LOUIS SANCHEZ

Un débat aura lieu. Nous devrons déplacer la pause-café de 10 heures 45 à 11 heures 15. Nous déjeunerons non pas à 12 heures 30 mais à 13 heures. Nous reprendrons nos travaux vers 14 heures 15. Le nombre d'intervenants de l'après-midi est moindre. Nous disposerons donc de temps pour débattre autour de la table ronde.
Je laisse la parole à Blanche Le Bihan. Ensuite, deux acteurs de terrain, choisis pour leurs motivations, Sylvie Merville et Elisabeth Cazenave, interviendront. Enfin, un débat s'engagera avec la salle avant la pause.

1ère partie

Les premiers éléments d'une observation qualitative de l'APA

BLANCHE LE BIHAN
Enseignant-chercheur

Laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires (LAPSS) de l'ENSP

Je suis heureuse d'être parmi vous aujourd'hui pour vous présenter cette étude qui s'inscrit dans le cadre des recherches que nous menons au LAPSS. Nous travaillons sur cette question du vieillissement en nous intéressant au dispositif politique mis en œuvre et à la dimension des familles. Nous menons donc plusieurs études simultanément.

L'étude que je vous présente aujourd'hui est celle d'un dispositif, la mise en œuvre de l'APA dans six départements. Je n'aurai pas à vous démontrer qu'il est intéressant de travailler sur ce sujet, ce que je suis obligée de faire lorsque j'interviens devant un public étudiant. En revanche, je tenterai, aujourd'hui, de vous faire comprendre les raisons pour lesquelles il est intéressant, pour nous, chercheurs, d'étudier des dispositifs et en quoi la relation entre les professionnels que vous êtes et les chercheurs que je représente est importante.

Cette étude a été réalisée avec et pour la Drees. Elle s'inscrit dans le cadre des recherches que nous menons puisqu'elle a commencé en 1999, année où nous avons mené une étude sur la mise en œuvre de la prestation spécifique dépendance (PSD) dans six départements (Essonne, Indre, Ille-et-Vilaine, Hérault, Bas-Rhin et Nord).

Pour des raisons méthodologiques, je ne citerai plus les départements, qui seront nommés par des lettres de A à F, l'étude ne visant pas un classement mais une comparaison des modalités de la mise en œuvre de l'APA et une identification des changements et des difficultés induits par l'APA.

Pour répondre à ces interrogations, je vous propose de dérouler les étapes de la procédure d'attribution de la prestation :

- **information et constitution des dossiers,**
- **évaluation du niveau de dépendance des personnes âgées et formalisation des plans d'aide,**
- **décision d'attribution et mise en œuvre du plan d'aide.**

De l'information à la constitution du dossier

Au moment de la PSD, cette première étape a vu un certain nombre de difficultés pour faire connaître la prestation aux bénéficiaires, la prestation étant nouvelle. En outre, le dossier était très compliqué. Aujourd'hui, la prestation est connue et le dossier de demande est simplifié. L'information locale, indispensa-

ble, est dorénavant bien diffusée. La mesure a, en effet, bénéficié d'une certaine médiatisation dans la presse. Les usagers ont, néanmoins, pu mal comprendre les critères d'attribution de l'APA. Les départements ont donc fait un réel effort d'information du public et des professionnels pour les préciser.

Les délais d'instruction administrative se sont révélés beaucoup plus longs que prévu. En effet, alors que la loi avait prévu un délai de deux mois, ils ont pu atteindre un an dans le département C.

La gestion de l'afflux des demandes a représenté une difficulté au moment de la recherche. En effet, nous nous sommes rendus sur le terrain entre les mois de janvier et de mars 2003, au moment où l'afflux des demandes était encore extrêmement important et où les Conseils généraux devaient le gérer. Or notre objectif était de comprendre les modalités de mise en œuvre d'une prestation la plus stable et la plus pérenne possible. Nous avons donc dû également réfléchir à la question de la montée en charge et la façon dont les départements l'ont gérée. Vous pouvez d'ailleurs constater que l'APA a bien multiplié le nombre de bénéficiaires.

Pour gérer cette montée en charge, les départements ont eu recours à différentes solutions :

- **Le prolongement du versement des prestations antérieures**

- **Le recours à l'APA forfaitaire**
  Etabli dans le texte de loi, il a été systématique dans quatre départements (C, D, E et F). Il a pu poser des problèmes (contrôle des sommes versées et récupération des sommes versées et non utilisées). Il a donc rapidement rencontré des limites et a multiplié les dépenses des départements puisque l'APA forfaitaire, versée pendant l'examen des dossiers des demandeurs, n'était pas récupérée quand ces derniers n'étaient pas en GIR 1 à 4. Le département A n'a jamais fait ce choix.

Il faut noter que tous les départements ont ajusté la procédure d'attribution de l'APA, soit par l'anticipation de la décision, soit par la sollicitation d'autres acteurs pour les évaluations, soit au travers de modifications des principes de l'évaluation à domicile.

D'un point de vue méthodologique, nous avons mené une vingtaine d'entretiens semi-directifs dans les départements et accompagné des travailleurs sociaux lors de visites (environ quatre fois par département).

Evaluation du niveau de dépendance et formalisation du plan d'aide

Les équipes médico-sociales

Au niveau professionnel, les Conseils généraux n'ont pas fait le même choix de recrutement. Ainsi, dans les départements A et F, des médecins ont été recrutés ; dans les départements B, C et E, des médecins et des infirmiers ont été choisis ; enfin, dans le département D, seuls des infirmiers ont été affectés aux équipes médico-sociales. De la même façon, les équipes ont comporté des travailleurs sociaux spécialisés APA ou des travailleurs sociaux polyvalents.

L'articulation entre le social et le sanitaire, au sein de ces équipes mixtes, est intéressante. Nous avions noté qu'elle n'était pas facile au moment de la PSD. Nous avons constaté, quelques années plus tard, que l'habitude de travailler ensemble avait permis une reconnaissance mutuelle des compétences. Nous avons pu distinguer deux façons de procéder : d'une part, la polyvalence professionnelle des équipes médico-sociales (département D), situation où les professionnels de santé et du social effectuent les mêmes tâches sans division du travail, et, d'autre part, la complémentarité des pratiques entre professionnels (départements A, B et F), avec l'idée que les médecins remplissent certaines tâches et les travailleurs sociaux d'autres.

Au niveau institutionnel, nous avons rencontré trois types de situations. Ainsi, dans certains départements, les pratiques partenariales établies au moment de la PSD ont été modifiées (départements B et D). Dans le département D, le Conseil général a fait le choix de recourir exclusivement au personnel de ses propres services et de ne plus associer le personnel de la Cram au travail des équipes médico-sociales.
A l'inverse, dans le département B, les assistantes sociales de la Cram, qui n'étaient pas associées à l'évaluation au moment de la PSD, ont intégré les équipes médico-sociales depuis l'APA.

Les départements A, C et F voient, quant à eux, une forte collaboration entre le personnel des caisses et celui du Conseil général. Il convient néanmoins d'y distinguer la pratique du terrain et les décisions institutionnelles.
Ainsi, dans le département A, le partenariat institutionnel est effectivement fort et les assistantes sociales nous ont confié que l'APA n'avait rien changé. Le discours des décideurs est, toutefois, différent car l'APA, en élargissant l'attribution de la prestation au GIR 4, oblige les caisses à réinterroger leur positionnement dans le dispositif et leur investissement dans les équipes médico-sociales. Il reste que, au moment où nous avons réalisé l'étude, aucune décision institutionnelle n'avait été prise.
Enfin, dans le département E, la situation n'a pas changé, le partenariat restant faible.

Les visites d'évaluation

Le nombre de visites peut varier de une à deux selon les départements.

L'élaboration des plans d'aide

Bien que l'APA ait élargi la palette des services disponibles et finançables par la prestation, nous avons constaté un recours toujours dominant à l'aide à domicile pour des raisons de priorité par rapport à l'enveloppe financière.

L'APA veut vivement encourager le recours au service prestataire. Sur ce sujet, nos interlocuteurs ont été les Conseils généraux et les associations d'aide à domicile. Nous avons constaté, dans le département D, un recours quasi systématique au service prestataire. Dans d'autres départements, il est privilégié avec une prise en compte de l'existant. Enfin, dans le département E, il est insuffisant en raison d'une offre insuffisante.

En menant cette étude, nous nous sommes demandé si la logique financière ne risquait pas de prendre une dimension importante dans l'élaboration des plans d'aide. En effet, selon certains de nos interlocuteurs, en introduisant un plafond d'aide associé à chacun des niveaux de GIR, l'APA a rigidifié le système d'attribution de la prestation.

Décision d'attribution et mise en œuvre du plan d'aide

Les commissions d'attribution, qui existent dorénavant dans les six départements, ont surtout un rôle d'approbation et d'enregistrement, peut-être parce que l'enquête a été menée alors que les départements vivaient une phase de montée en charge ou bien parce que le dispositif est bien rodé.

Par ailleurs, la question de la coordination entre aide ménagère et APA apparaît plus difficile dans l'ensemble des départements. Ainsi, dans le département A, les caisses ont fixé des plafonds d'heures pour les GIR 5 et 6.

En outre, le rôle des associations dans la mise en œuvre du plan d'aide est plus important puisqu'elles interviennent, à ce moment, en tant qu'acteurs principaux. Comme cette étude ne permet pas de comprendre cette étape, nous menons, en collaboration avec la Drees, une recherche sur l'après formalisation du plan d'aide depuis le mois de novembre dernier. Ses résultats sont attendus dans un an.

Pour conclure, je citerai l'un de nos interlocuteurs qui considère que l'APA est une bonne mesure, mais que les moyens de sa mise en œuvre posent problème.

Débat avec la salle

Jean-Louis SANCHEZ

Nous allons pouvoir ouvrir le débat. Je souhaiterais que Sylvie Merville et Elisabeth Cazenave nous rejoignent à la tribune.

Anne-Catherine DUVEAU

Je travaille à la Cnav. Ma question, qui porte sur la réalisation des plans d'aide, s'adresse à Madame Le Bihan. Existe-t-il une élaboration d'un plan d'aide idéal qui serait ensuite adapté aux moyens ? Des études sur l'évaluation idéale des besoins, les réponses à y apporter et les réponses réellement mises en œuvre ont-elles déjà été menées ?

Blanche LE BIHAN

Nous avons mené, avec la Drees, une étude comparative sur la prise en charge des personnes âgées au niveau européen. Nous avons constaté que, dans les six pays étudiés, le discours politique mettait en avant la logique du besoin avec l'idée de plans d'aide individualisés, donc adaptés aux besoins de la personne.

Cette logique se retrouve également en France avec notamment une visite au domicile de la personne. Nous avons d'ailleurs pu constater qu'elle représentait un moment privilégié de discussion avec la personne âgée et d'information sur les aides dont elle peut bénéficier.

J'ai évoqué l'éventuelle introduction d'une logique financière qui serait due à l'attribution de plafonds. Ce risque de rigidification a été mentionné dans les départements. Il nous a donné envie de pousser notre réflexion du côté des familles pour voir concrètement comment les plans d'aide étaient mis en œuvre. Le plan d'aide idéal existe toujours. Au sortir du domicile de la personne âgée, le travailleur social pense, néanmoins, à son aspect financier. En effet, alors que la pratique professionnelle vise à répondre à un besoin de façon très large, le plan d'aide est financièrement limité.

Gisèle MEROTTO

J'accompagne, en formation continue, des travailleurs sociaux qui doivent établir ce plan d'aide. En fait, nous nous rendons compte que le plan d'aide idéal établi par les travailleurs sociaux est suivi d'un plan d'aide réel. En effet, des normes s'intériorisent en fonction du fonctionnement même des différentes commissions et un écart se crée entre la réalité et les besoins. Les travailleurs sociaux doivent décliner individuellement des outils prévus collectivement.

Lorsque les écarts se révèlent trop importants, ils deviennent alors de vrais avocats. Je tenais à leur rendre hommage.

Jean-Louis SANCHEZ

L'Odas a très largement évalué un département. D'après cette étude, les plans d'aide ont souligné la diversité des besoins et, notamment, le fait que le besoin de vie sociale était prépondérant.

Jean-Pierre QUENAUDON

Je suis responsable du secteur aide sociale de l'APA pour le département de la Côte d'Or. Je souhaiterais compléter ce qui a été dit sur les plans d'aide. A mon sens, un arbitre n'a pas été cité : la réalité de terrain, c'est-à-dire les services disponibles sur le terrain. En effet, il ne sert à rien de faire un plan d'aide pléthorique si les services n'existent pas sur le plan local et si le bénéficiaire, ne pouvant justifier l'utilisation des sommes qui lui ont été versées, doit les rembourser.

Georges COLLAY

Avez-vous pu vérifier si les services d'aide à domicile étaient associés à l'évaluation du plan d'aide ?

Blanche LE BIHAN

Officiellement, les services d'aide à domicile n'ont pas leur place dans cette évaluation. Dans la pratique, l'apprentissage a eu lieu entre les services d'aide à domicile et les équipes médico-sociales dans certains départements et territoires. Ainsi, dans un département, une assistante sociale a contacté directement le service d'aide à domicile après sa visite pour avoir des précisions sur les difficultés de la personne et ses conditions de vie parce que le dossier lui posait problème. Ce lien entre les associations et les équipes médico-sociales est très dépendant des configurations locales. Les associations interviennent également au moment de la mise en œuvre du plan d'aide. En effet, les plans d'aide mentionnent de plus en plus un type d'aide et un volume horaire ; l'association en organise sa mise en œuvre pratique avec l'équipe médico-sociale.

Débat avec les représentants de deux départements

Elisabeth CAZENAVE
Directeur des établissements et prestations pour personnes âgées

Conseil général de l'Hérault

Politique incitative du département de l'Hérault dans le choix d'un service auprès des personnes âgées

Dès la mise en place de l'APA, compte tenu du bilan de la PSD, l'Assemblée départementale a décidé que nous nous orienterions principalement vers le choix du prestataire.

Nous souhaitions faire de l'aide à domicile un vrai métier, impulser une politique de formation et garantir un service de qualité, sachant que les associations du département connaissaient un certain turn-over de personnel, avec un personnel pas forcément formé et rencontraient des difficultés d'encadrement. Nous savions donc que nous engagions un travail de longue haleine. Pour la PSD, nous avions fait un autre choix, celui du mandataire.

Dans l'Hérault, au 31 décembre 2003, 11 293 personnes sont servies à domicile, dont 90 % en prestataires. 24,5 équivalents temps plein (ETP) d'infirmières et de travailleurs sociaux établissent les plans d'aide.

Notre politique a été incitatrice. Les équipes médico-sociales ont su expliquer aux personnes âgées les raisons pour lesquelles une personne âgée dépendante ne doit mieux pas être employeur. Ce travail a été très important.
Les plans que nous établissons en fonction des besoins sont valorisés au tarif prestataire.

Le volume financier représente environ 53 millions d'euros. Le coût horaire actuel est de 15,41 euros pour les jours ouvrables. L'Assemblée départementale, au moment de choisir cette revalorisation au mois de juillet, a donc voté le déplafonnement du plan d'aide. Cette mesure a concerné 2 500 à 2 800 personnes.

La répartition du marché s'est effectuée de la sorte. Les deux tiers du marché sont détenus par trois associations dont une a, à elle seule, un tiers du marché. Le reste est détenu par vingt autres associations.
Cette situation nous conduit à avoir un travail différent en termes de politiques, de discussions et d'accompagnement.

A l'instar des autres départements, nous avons connu une montée en charge très forte. Nous avons donc mis en place, dès le mois de juin 2002, l'APA forfaitaire. Nous avons passé une convention avec le pôle emploi service qui était chargé de mettre en relation les personnes âgées avec les associations pouvant faire face à la demande dès que le plan d'aide ou l'APA forfaitaire était attribué. Ce service a été financièrement pris en charge par le Conseil général.

Nous avons mené une enquête au mois de juillet 2003. Elle a révélé qu'au mois de décembre 2002, seuls 50 % des plans d'aide étaient réalisés. Au mois de mai 2003, la réalisation était passée à 80 %. Les associations s'étaient trouvées confrontées à un problème de recrutement, peut-être dû à un certain manque d'anticipation et au changement de contexte législatif. Selon moi, il est difficile d'atteindre un taux de réalisation supérieur à 80 %, notamment du fait d'une hospitalisation ou d'une prise en charge momentanée par la famille.

L'APA représente 60 à 70 % de l'activité de l'ensemble des prestataires. Nous devons donc travailler notre partenariat avec eux.

Le choix du département a induit des effets positifs :

- création d'emplois dans le secteur (1 776 emplois, soit 710 ETP) qui employait 4 795 salariés au mois de juillet 2003 ;
- développement d'une collaboration inter-institutionnelle ;
- actions de formation dans le cadre d'un EDDF pour le personnel en place dans les associations, pour les intervenants auprès des personnes âgées et les encadrants de ces structures prestataires ;
- actions de préformation pour les bénéficiaires du RMI qui s'inscrivent dans un parcours de formation avec, dans un premier temps, un repérage des potentiels et, par la suite, une sélection, sachant que les associations ont joué un rôle de tuteur.

Nous avons également rencontré des difficultés :

- lourdeur des dispositifs de formation à mettre en place ;
- mobilisation des associations par rapport au projet inter-institutionnel ;
- services prestataires n'assurant pas l'intégralité des services attendus (week-end et gardes de nuit).

Une nouvelle mutation devra vraisemblablement être entreprise. En effet, les Conseils généraux seront amenés à tarifer les services aux personnes. Nous disposons de cinq ans pour le faire. Nous souhaiterions, pour notre part, commencer rapidement. Nous avons d'ailleurs déjà commencé à rencontrer l'association la plus importante du département. Nous souhaiterions mener, avec les associations, des simulations avant le mois de juin. Ce chantier est long. La création de vrais métiers prend du temps. Les associations devront, avec nous, faire une réelle révolution.

JEAN-LOUIS SANCHEZ

Merci. Je tiens à rassurer les représentants des communes : ils auront la parole cet après-midi.

Pour démontrer notre volonté de faire de ce colloque une rencontre audacieuse, c'est-à-dire où tous les points de vue sont abordés, je vous ferai part d'une expérience personnelle. Mon père était quasiment aveugle et ma mère souffrait de la maladie d'Alzheimer. J'ai, pour ma part, préféré le gré à gré, considérant que mes parents avaient avant tout besoin de chaleur humaine et non de services très professionnalisés. La question du décideur et de la place de l'usager dans la détermination de la réponse est donc importante.

L'expérience du Conseil général de l'Essonne

SYLVIE MERVILLE
Responsable du pôle personnes âgées, personnes handicapées.

Conseil général de l'Essonne

L'APA a terriblement majoré le nombre de bénéficiaires, l'ouverture au GIR 4 ayant notamment permis de prendre en charge des personnes jusqu'alors prises en charge par les caisses de retraite.

La rigidification des plans d'aide a été évoquée précédemment. Le fait que les montants des prestations soient figés pour certains GIR 3 et 4 a certes conduit à une réduction des possibilités d'aides. L'APA a toutefois permis une diversification du plan d'aide qui n'existait pas précédemment.

Dans notre département, pour ne pas accentuer cette rigidification, nous avons pris, à la suite de l'adoption de la loi de mars 2003, un certain nombre de mesures plus favorables : ne pas appliquer les nouveaux plafonds de ressources, permettre l'attribution de l'APA dès la déclaration de dossier complet et, lorsque les tarifs de l'aide à domicile ont été majorés au mois de juillet, déplafonner l'APA pour les bénéficiaires antérieurs.

Malgré notre volonté de mettre en œuvre la modernisation des services d'aide à domicile que nous avions tenté d'anticiper dès la fin 2001 et le travail partenarial développé avec les autres institutions dès le premier trimestre 2002 pour développer l'emploi, professionnaliser l'aide et mutualiser les moyens, nous nous sommes aperçus que les équipes rencontraient des difficultés à mettre en œuvre les plans d'aide. En effet, nos équipes, qui ont tendance à privilégier la logique de besoin, se sont trouvées confrontées à la logique de financement et à la nécessité d'adapter les plans d'aide à l'offre de services sur le territoire.

Au regard des difficultés de mise en œuvre du plan d'aide et d'une certaine mise en cause de la part des fédérations de privilégier le gré à gré ou le mandataire,

nous avons mené une grande enquête sur l'ensemble des plans d'aide auprès des équipes médico-sociales entre les mois de décembre 2002 et de février 2003. Cette enquête avait pour but de faire émerger les problématiques et les raisons pour lesquelles nous ne parvenions pas, selon certains, à privilégier le prestataire en évaluant les besoins des bénéficiaires de l'APA, en étudiant les plans d'aide proposés par les équipes, en observant l'aide effectivement mise en place et en recensant les besoins non pris en charge. 80 services d'aide à domicile étaient, au moment de l'enquête, agréés dans le département.

L'enquête a concerné 472 dossiers, ce qui a représenté 24 659 heures d'aide proposées dans les plans d'aide et une moyenne de 52,24 heures par mois et par dossier. Pour 339 dossiers, soit 72 % d'entre eux, le prestataire a été contacté d'emblée ; cela représente 12 503 heures par mois, soit une moyenne de 36,88 heures par dossier.

Pour 133 dossiers, soit 12 156 heures (91,4 heures par dossier et par mois), le prestataire n'a pas été contacté d'emblée.

Je vous précise que la moyenne d'heures par dossier est un élément important du choix définitif.

Sur les 339 dossiers pour lesquels le prestataire a été contacté d'emblée, seuls 221 dossiers ont été acceptés immédiatement, 118 dossiers ayant fait l'objet d'un refus partiel ou total. Au total, 9 963 heures « prestataire » par mois ont été mises en place.

Quand une prise en charge par le prestataire ne s'est pas révélée possible, les équipes se sont tournées vers le mandataire pour 17 dossiers, soit 656 heures, un autre prestataire pour 15 dossiers, soit 344 heures, le gré à gré pour 8 dossiers, soit 214 heures, et vers d'autres solutions (accueil de jour, bénévolat, etc.) pour 2 dossiers, soit 74 heures. Au total, 76 personnes, soit 11 % des dossiers proposés en prestataire d'emblée, n'ont pas bénéficié d'un plan d'aide adapté pour un volume horaire de 1 329 heures pas mois.

Le plus souvent, le prestataire n'a pas été contacté d'emblée quand les équipes ont constaté qu'une aide était déjà en place. Ainsi, sur ces 133 dossiers, 72 bénéficiaient déjà d'une aide. Pour 62 dossiers, il a été fait appel à un mandataire, pour 70 dossiers à un gré à gré, pour un dossier à une solution mixte. Il faut néanmoins noter qu'un certain nombre d'heures (478 au total) restaient non couvertes faute de personnel sur le terrain.

Au total, 1 807 heures prestataires et mandataires, soit 8 % des heures d'aide proposées dans les plans d'aide, n'étaient pas couvertes. Ce chiffre peut paraître

faible. Il reste que, dans certains cas, la prise en charge n'a pas du tout abouti et, dans d'autres, la situation a mené à l'institutionnalisation, ce qui représente un échec important.

Le prestataire est donc prioritairement sollicité. Les motifs principaux d'intervention non-prestataire sont la nécessité de compléter par un autre service, l'importance du volume d'heures nécessaires et l'existence d'une aide antérieure.

Les principales limites d'intervention du prestataire sont l'impossibilité d'assurer la totalité des heures, l'absence d'intervention le week-end, le coût, l'absence de prise en charge des toilettes et le manque de souplesse des services dans le cadre de passages fractionnés.

JEAN-LOUIS SANCHEZ

Je vous remercie de vos interventions.

L'APA, un levier pour une politique globale de soutien au vieillissement

Une nouvelle approche de la gestion, notamment au travers des outils de télégestion

Pascal BERTHET
Conseiller technique

Cabinet du Président du Conseil général du Rhône

Je suis chargé de vous présenter les projets du département du Rhône dans le cadre d'une nouvelle mise en œuvre de l'APA. Ce matin, nous nous sommes intéressés aux difficultés que les départements ont pu recenser dans le cadre du lancement et, plus généralement, lors des premiers états des lieux : constat que les sommes n'ont pas forcément été utilisées pour les besoins des personnes âgées ; prestation, bien que satisfaisante, compliquée tant pour les professionnels que pour les personnes âgées.

Au cours de la première année de l'APA, en 2002, le département du Rhône a essayé de faire en sorte d'ouvrir des droits le plus rapidement possible. Dès la fin de l'année 2002, grâce à la mobilisation des équipes, nous avons pu revenir à un traitement des dossiers dans la période légale. Passés les premiers contrôles d'effectivité et suite à des réflexions menées avec nos partenaires (services et associations d'aide à domicile, élus communaux), plusieurs constats se sont imposés et ont justifié l'adoption de nouvelles mesures.

Nous nous sommes d'abord aperçus qu'une part non négligeable des sommes versées n'avait pas été directement utilisée au profit des personnes âgées pour différentes raisons liées au dispositif lui-même. En effet, à l'origine, la loi prévoyait une ouverture des droits dès le dépôt du dossier complet.

Or, dans le cadre de la montée en charge, nous avons eu jusqu'à six mois de retard dans l'instruction des dossiers, ce qui signifie que certaines personnes âgées ont perçu six mois de prestation en une seule fois. Nous ne pouvons pas reprocher à ces personnes de ne pas avoir dépensé ces sommes que les citoyens ont dû néanmoins financer. Dans le département du Rhône, l'APA a représenté 36 millions d'euros en 2002 et 66 millions d'euros en 2003.

En outre, une part substantielle des aides versées n'ont pas été utilisées malgré le fait qu'elles auraient pu l'être. En effet, certaines personnes âgées n'ont pas trouvé d'intervenants sur le secteur où elles habitaient, notamment dans les cantons les plus ruraux.
D'autres n'ont pas compris la nature du plan d'aide et ont pensé qu'elles pouvaient utiliser les sommes à leur convenance. Ainsi, certaines d'entre elles ont dépensé l'argent pour se doter de services sans rapport avec l'autonomie (équipements électroménagers, etc.). Or, si le besoin de ces personnes âgées en termes d'aide estimé par les équipes médico-sociales n'est pas couvert, une réelle problématique au regard de leur sécurité se fait jour.

Par ailleurs, la grande majorité des associations ont, pour des raisons de rapidité et de sécurité, émis le souhait d'obtenir le règlement direct des prestations effectuées. Le Département a donc voulu le faciliter, sachant qu'il n'était pas tout à fait possible légalement avant la loi du 28 mars 2003.

Enfin, les contrôles d'effectivité se sont avérés fastidieux, chronophages et inefficaces. En effet, il faut savoir qu'un grand nombre de personnes âgées ne conservent pas leurs justificatifs. Par ailleurs, certaines d'entre elles ont véritablement vécu ces contrôles comme une intrusion dans leur vie privée, voire un traumatisme. La méthode du contrôle nous a donc semblé contestable.

Forts de ces constats, les élus ont tenté de trouver un outil permettant de répondre à ces attentes et adapté au département du Rhône. A ce jour, le département du Rhône compte 8 500 bénéficiaires actifs de l'APA. La répartition des interventions y est différente de celle des autres départements (31 % de gré à gré, 10 % de mandataires et 59 % de prestataires). Par ailleurs, le département du Rhône est territorialisé par canton, c'est-à-dire que chaque canton gère en quasi-autonomie le fonctionnement de la prestation sur son territoire en garantissant, bien évidemment, une égalité des citoyens, chose parfois difficile dans ce cadre. Nous avons donc choisi d'adopter l'outil de télégestion utilisé par le département des Bouches-du-Rhône. Il permet, grâce à l'utilisation d'un téléphone, de comptabiliser au jour le jour les interventions de chaque intervenant pour régler directement et rapidement les associations.

Il existe plusieurs outils de télégestion sur le marché. Le département du Rhône a donc passé un marché public. L'outil de télégestion de Accor Services a été sélectionné car il répondait aux contraintes que nous avions posées : outil ne bouleversant pas le quotidien de la personne âgée, souple, c'est-à-dire qui puisse s'adapter à nos spécificités, et moderne, c'est-à-dire tourné vers les nouvelles technologies.

L'outil repose sur cinq bases : le téléphone de la personne âgée, un code intervenant, un numéro de téléphone vert, une base de données qui recense l'intégralité des informations et un serveur vocal « intelligent ». L'intervenant, à son arrivée au domicile de la personne âgée, décroche le téléphone, compose le numéro vert, fait son code intervenant ; le serveur vocal lui demande alors de valider son arrivée.
A son départ, l'intervenant suit la même procédure qui dure 15 à 20 secondes à chaque fois. Les informations sont stockées dans la base de données. Les associations, qui peuvent y consulter l'intégralité des informations relatives à leurs interventions, auront ainsi une meilleure lisibilité et visibilité de leur action. L'outil permettra, en outre, de régler directement les associations dès qu'elles auront validé les informations.

Aujourd'hui, nous sommes en phase d'expérimentation. Elle durera six mois, période au cours de laquelle nous rencontrons toutes les associations d'aide à domicile du territoire pour leur présenter l'outil, recueillir leurs éventuelles craintes et faire en sorte d'avoir le dispositif le plus efficace possible. A ce jour, nous avons rencontré l'ensemble des associations ; l'accueil du dispositif s'est révélé globalement très favorable, certaines associations envisageant même d'étendre l'outil en interne à l'ensemble de leur activité. Nous lancerons l'opération la semaine prochaine avec une première association.

Le département du Rhône exige des résultats de quatre ordre :

- simplifier la prestation pour la personne âgée ;
- améliorer la qualité de la prise en charge par une meilleure connaissance de la population ;
- dégager du temps pour les professionnels ;
- obtenir une rapidité dans le paiement des associations.

ERIC BERTRAND
Directeur des personnes âgées et personnes handicapées

Conseil général des Bouches-du-Rhône

Il est convenu que je vous présente l'expérimentation qui a lieu dans les Bouches-du-Rhône. Selon Monsieur Sanchez, l'important n'est pas le comment mais le pourquoi. J'évoquerai, pour ma part, le comment, sachant que le comment n'est pas éloigné du pourquoi si l'on garde en tête l'esprit de la loi. Je tenterai de vous brosser la situation en trois points : le contexte des Bouches-du-Rhône ; les points de vue du Conseil général, des usagers et des prestataires ; l'adaptabilité de ce produit que nous utilisons depuis la PSD et qui a accompagné la montée en charge impressionnante de l'APA.

Le contexte des Bouches-du-Rhône est un peu particulier. Lorsque nous avons passé le marché pour choisir un outil de télégestion, nous avions déjà mené une expérimentation dans ce domaine. Elle a, d'une part, été un appui à cette nouvelle expérimentation et, d'autre part, eu un effet facilitateur. En effet, au temps de la PSD, nous avions choisi un lecteur de carte à puce. Or ce dispositif présentait quelques imperfections que le travail avec les partenaires nous a permis de bien cerner : absence d'information en temps réel, problématique de l'illettrisme, lourdeur du système et coût. Nous avons donc modifié le cahier des charges.

Pour le Conseil général, l'outil de télégestion retenu représente un apport indéniable sur tous les plans. Sur le plan administratif, il permet un contrôle systéma-

tique en temps réel. Il offre également des statistiques et des indicateurs par secteur, par sexe et par âge très performants. Sur le plan financier, le dispositif nous offre la possibilité d'établir des factures pro forma pour tous nos partenaires et nous dispense d'un contrôle sur les fiches de vacation. Au moment de la PSD, deux personnes étaient chargées, dans ma direction, de cette tâche pour 1 600 bénéficiaires. Aujourd'hui, une personne se consacre à la liquidation des factures pour 16 000 bénéficiaires. Par ailleurs, il n'y a pas de problème de rétroactivité. Enfin, l'outil nous permet de nous affranchir de la difficulté que représente l'émission de titres de recettes.

Sur le plan social, ce système permet de mettre en place un plan d'aide rapidement avec nos travailleurs sociaux et nos partenaires de terrain. Il nous permet également de jouer un rôle d'interface entre les familles et les prestataires en cas d'incompréhension, ce que nous n'avions pas prévu à l'origine. Enfin, nos travailleurs sociaux peuvent vérifier l'effectivité du plan d'aide qu'ils ont préconisé. Pour l'usager et la famille, l'outil est gratuit et transparent. Ce point est important ; il a d'ailleurs été l'un de nos arguments de communication. Il permet, par ailleurs, comme je l'ai déjà indiqué, de faire une interface avec le suivi social. Enfin, il évite les feuilles de vacation et les éventuelles erreurs.

Pour les intervenants, l'outil a d'abord été vécu comme une pointeuse. En fait, grâce à sa souplesse et à sa facilité d'utilisation, cette crainte, que nous pouvons par ailleurs comprendre, s'est estompée rapidement. Pour le prestataire en tant que gestionnaire, l'outil a permis progressivement un suivi des équipes en temps réel. En outre, ce système offre la possibilité de faire toutes les requêtes et d'établir différentes statistiques. Enfin, il permet un gain de temps pour la facturation.

L'outil est adaptable et évolutif. En effet, il a su passer de la PSD à l'APA et s'adapter complètement à nos règles de gestion. Dans notre département, qui a une facette rurale et une facette urbaine, il a, par ailleurs, pu aussi bien être utilisé par des associations comme l'ADMR qui fonctionne dans le secteur rural que par des associations qui interviennent exclusivement dans la métropole. L'expérience s'est révélée probante : nous travaillons, aujourd'hui, avec 80 associations et 30 CCAS ; le département compte 16 000 bénéficiaires à domicile ; 6 700 intervenants à domicile utilisent ce système. Enfin, l'outil est évolutif puisque nous sommes passés à un système d'extranet qui permet à tous les gestionnaires de faire des requêtes et d'effectuer un certain nombre de corrections.

Les efforts que nous avons tous faits font que toutes les factures sont produites par le système, que la pré-facture est produite le premier jour du mois suivant, qu'un quart des prestataires valide les pré-factures sans aucune correction et que l'immense majorité des prestataires les valide en ayant porté un nombre faible, voire très faible, de corrections.

Les termes « social » et « gestion » peuvent paraître antinomiques. En fait, cette expérience montre que le système fonctionne bien, qu'il permet une adéquation avec l'esprit du législateur – effectivité de l'aide, aide en nature – et qu'il est sain sur le plan financier.

Je vous remercie de votre attention.

Une nouvelle approche de l'évaluation des besoins

NICOLE **PENNEAU**
Médecin départemental

Pôle santé
du Conseil général
de Seine-Maritime

Mon intervention s'appuie sur mon expérience dans les équipes médico-sociales ainsi que sur ma participation au Comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation mis en place dans le cadre de la loi APA, suite à un amendement parlementaire demandant que les outils d'évaluation soient plus centrés sur les besoins de la personne.

Le concept de besoin est au cœur de la démarche de l'action sociale d'un point de vue général. Il n'est, en effet, pas seulement du domaine de la gérontologie et de l'APA. Il est vrai que la réflexion sur ce point est aujourd'hui relancée par la Cnav avec la mise en place d'une expérimentation de l'évaluation des besoins. Il s'agit donc bien d'une question d'actualité, parfois présentée comme un enjeu.

Pour introduire cette question, je souhaiterais citer Bernadette Puijalon : « Il y a un risque à vouloir faire émerger les besoins : c'est celui de transformer le sujet en être de besoins ». En effet, quand la gérontologie se fonde sur les besoins à prendre en charge, elle aboutit à ne voir dans le vieillissement qu'un processus de dégradation biologique sur lequel se greffe un schéma sociologique de prise en charge. De fait, les besoins naturels et biologiques sont appréhendés et les questions du sens de la vie et du désir ne se posent plus. Pour sortir de cette impasse, Bernadette Puijalon nous propose de nous situer au niveau du dialogue et de l'expression des besoins par la personne elle-même et son entourage. En outre, la formulation réciproque des besoins ressentis par la personne et repérés par les travailleurs sociaux évitera également les réponses stéréotypées.

Le Comité scientifique a considéré qu'à chaque âge de la vie, l'homme avait des capacités de croissance et d'adaptation à son évolution. Dans ce contexte, les besoins font référence à une rupture de l'équilibre fonctionnel entre une personne et son milieu de vie, quel que soit l'âge de la personne. Il est essentiel de rappeler ces notions.

Les réponses que nous pourrons apporter devront toujours être dans cette dynamique d'équilibre. Lors de l'élaboration d'un plan d'aide, il faut donc se demander si l'intervention visera bien à maximiser l'autonomie de la personne dans son milieu

de vie. Cette question doit être posée régulièrement, les personnes évoluant.
Le Comité scientifique était également chargé de réfléchir sur la question de l'autonomie d'un point de vue général. Nous nous sommes donc bien basés sur la problématique de la prise en compte des affections chroniques potentiellement handicapantes et qui ne sont pas spécifiques à certaines tranches d'âge. Il est apparu que l'évaluation globale multidimensionnelle, que nous connaissons depuis de nombreuses années, doit décrire de façon systématisée les capacités fonctionnelles, les conditions d'environnement et les besoins non couverts de la personne âgée afin d'établir les meilleures procédures pour mobiliser ces capacités fonctionnelles et couvrir ces besoins.

Le premier article de la loi APA stipule que toute personne âgée a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins. Cet article reprend la définition de la dépendance. Il évoque donc bien une prestation dépendance. La problématique de l'APA est de répondre à l'ensemble des besoins de la personne dans une logique de compensation du handicap. A la lecture de la loi, on constate d'ailleurs que le plan d'aide sera déterminé en fonction d'une grille d'incapacité qui fixe des montants. Cette grille n'étant pas un outil d'évaluation multidimensionnelle, elle ne peut servir à valoriser, au niveau individuel, les niveaux de plan d'aide comme la loi le prévoit. Le Comité scientifique préconise donc une modification de cette disposition.

Pour finir, je vous rappellerai la première recommandation du Comité scientifique selon lequel il convient d'effectuer l'étude des besoins et de déterminer le plan d'aide avant d'étudier le droit aux prestations pour toute personne présentant une demande. L'élaboration du plan d'aide s'appuie sur le quotidien de la personne âgée et doit faire appel à l'imagination, c'est-à-dire ne pas plaquer des services de façon systématique.

JEAN-LOUIS SANCHEZ

Je vous remercie de votre témoignage qui est d'autant plus précieux qu'il provient d'un médecin.

Une nouvelle approche de l'observation au service de la décision publique

Philippe JAMET
Directeur général adjoint chargé du pôle solidarité

Conseil général du Haut-Rhin

On m'a confié un sujet très intéressant. Je le traiterai au regard de l'expérience haut-rhinoise, département qui ne correspond à aucune des lettres de l'étude de Madame Le Bihan !

L'APA constitue un progrès considérable. Cet outil interpelle, en effet, l'ensemble des acteurs du champ de l'action gérontologique :

- la personne âgée et son entourage familial dans leurs besoins et leurs attentes ;
- les professionnels et les services quant à l'adaptation et la qualité de leurs prestations et leur capacité à coordonner leurs interventions ;
- les collectivités en charge de la définition des politiques et de leur financement dans leurs capacités d'observation et de réactivité aux données du terrain.

L'APA définit ainsi un système global d'acteurs et d'interventions et invite à mettre en œuvre une observation exigeante, multiforme, à plusieurs entrées dans la réalité complexe qu'elle veut appréhender.

Au regard de notre expérience dans le Haut-Rhin, je distinguerai différents plans de l'observation :

- celui de nos pôles gérontologiques qui nous a été particulièrement précieux pour construire le dispositif de l'APA ;
- celui du service social gérontologique et des équipes médico-sociales APA ;
- celui qui se nourrit de l'expertise appréciable que permet la mobilisation aisée d'un tissu particulièrement dense d'acteurs ;
- celui de la méthode originale d'évaluation externe du dispositif APA réalisé dans le cadre d'un partenariat avec l'Observatoire national de l'Action sociale décentralisée ;
- celui de la méthode d'élaboration du second schéma gérontologique haut-rhinois telle que vient de la valider notre Commission de la solidarité.

Les pôles gérontologiques

Les 22 pôles gérontologiques du Haut-Rhin ont été lancés entre 1992 et 2002. Ils maillent l'intégralité du territoire départemental et ont pour objectif de constituer des lieux privilégiés d'observation, d'échanges et de coordination.

Dès leur constitution, une quarantaine d'enquêtes sociales et médicales y ont été conduites auprès des personnes âgées et des aidants familiaux selon un protocole mis au point par notre observatoire de l'action sociale. Ces enquêtes ont eu un réel effet mobilisateur sur les acteurs réunis dans les pôles et ont fait émerger une forte demande de pouvoir partager les fruits de l'observation pour nourrir leurs échanges et leurs projets.

Ces études, globalement convergentes, ont permis de vérifier l'importance de l'aide familiale et de noter le grand besoin d'information de la population âgée et des aidants familiaux. L'APA a ainsi pu être construite autour du binôme personne âgée/aidant en tenant compte de toutes les ressources locales et de leurs capacités à se coordonner. Une offre de prestations différenciées ayant pour objectifs la prévention et l'information a été, parallèlement, développée dans chaque pôle. Le Département et les organismes de Sécurité sociale – Cram, Crav, MSA, etc. – ont coordonné leurs politiques pour la développer ensemble.

Le service social gérontologique

Le service social gérontologique est, dans le Haut-Rhin, un service spécialisé délégué à divers partenaires dans le cadre territorial des pôles gérontologiques. Les équipes médico-sociales de l'APA, avec lesquelles des articulations très précises ont été définies, sont venues le renforcer. Près de soixante professionnels interviennent ainsi auprès des personnes âgées et constituent autant d'observateurs dont l'expérience ne pouvait pas ne pas être sollicitée. Nous nous sommes donc attachés à redéfinir le rapport d'activité de ce service spécialisé pour en faire un vrai document d'observation dont nous attendons :

- une meilleure connaissance de la population desservie ;
- une évaluation de l'adéquation et de la qualité des aides mobilisées au titre de l'APA ;
- la matière nécessaire à la validation des lignes directrices de l'intervention du service social gérontologique chaque année.

Ainsi, en 2003, les orientations données au service ont porté sur le développement de l'information auprès des personnes de plus de soixante ans, sur la participation

active des travailleurs sociaux au montage des actions de prévention, sur la préparation des retours d'hospitalisation, sur l'aide aux aidants familiaux et sur la coopération entre professionnels et bénévoles.

Les équipes médico-sociales territorialisées sont, elles aussi, des lieux d'observation. Sur la base de leurs questionnements et de leurs échanges internes, des groupes thématiques départementaux ad hoc ont été constitués pour approfondir la réflexion, dégager un positionnement et harmoniser la jurisprudence et les pratiques.

La mobilisation d'un tissu particulièrement dense d'acteurs

Le tissu particulièrement dense de services, d'établissements, de professionnels généralement bien formés et l'existence de réseaux bien structurés représentent un atout considérable.
Dans un contexte local où le jeu partenarial est réel, la mobilisation de l'expertise se révèle, en effet, facile et fructueuse. Cette dimension de l'observation est extrêmement appréciable.

Le séminaire dit de Mittelwihr, qui s'est tenu au mois de juin 2003, illustre bien mon propos. Sous l'égide de notre observatoire de l'action sociale, l'OHRAS, nous avions proposé à une trentaine de partenaires de confronter très librement leurs points de vue sur la prévention et l'aide à domicile, en dehors de tout jeu institutionnel et sans se poser les questions du « qui fait quoi » et du « qui doit payer ». Une réflexion prospective absolument passionnante a donné lieu à la rédaction d'un document qui constituera une base incontournable du prochain schéma gérontologique. Il aborde notamment les questions suivantes :

- Quelles stratégies de prévention précoce faut-il conduire pour impliquer davantage l'individu et le corps social dans la prise de conscience des enjeux du vieillissement ?

- Comment contribuer à faire évoluer la société pour qu'elle intègre et valorise les différents âges de la vie et se réconcilie avec le vieillissement et la mort ?

- Quelles méthodes développer pour valoriser les bonnes pratiques, communiquer sur les initiatives réussies et assurer leur reproductivité ?

L'évaluation externe du dispositif haut-rhinois

Le partenariat original avec l'Odas représente un exemple tout à fait intéressant et probant d'évaluation externe du dispositif haut-rhinois de l'APA.

Un groupe recherche-action sur l'observatoire des besoins et l'organisation de l'offre à domicile, constitué par l'Odas avec le concours de professionnels de divers horizons, a travaillé sur un échantillon de 148 dossiers d'APA haut-rhinois établi à partir d'une sélection aléatoire. La moitié des dossiers portait sur des GIR 1 et 2, l'autre moitié sur des GIR 3 et 4. Une pondération a été effectuée dans la présentation finale des résultats pour respecter les proportions réelles des deux catégories parmi les 2 450 bénéficiaires de l'APA recensés au mois de juin 2003, les GIR 1 et 2 représentant un tiers de cette population, les GIR 3 et 4 deux tiers.

L'intérêt de cette démarche a été de mettre en exergue non pas le contenu des plans d'aide mais plutôt les données concrètes de la situation des personnes prises en considération dans l'élaboration de ces plans. Ceci constitue une perspective extrêmement intéressante pour analyser la pertinence des réponses apportées, interpeller les perceptions et les pratiques des intervenants sociaux et le contenu des politiques d'aide à domicile.
Je citerai, à titre d'exemple, quelques problématiques se dégageant de l'étude :

- **L'isolement et le veuvage**

900 personnes, sur les 2 450 bénéficiaires de l'APA, sont isolées. 600 d'entre elles sont veuves et une personne sur dix vit sans cohabitant, avec une dépendance lourde. Cette première question renvoie à l'identification de l'isolement comme facteur de risque et à l'élaboration de politiques de prévention plus en amont.

- **La concentration des aides sur la toilette, l'alimentation et les déplacements à l'extérieur**

Cette problématique questionne le type de réponse apportée. Ainsi, le portage des repas à domicile soulage la personne âgée, mais lui retire définitivement la possibilité et le plaisir de cuisiner. D'une manière plus conceptuelle, l'étude invite à « être plus attentif à ne pas qualifier le besoin par l'offre et par une offre souvent standardisée », c'est-à-dire à éviter d'aggraver la dépendance par l'inadéquation de la réponse proposée.

- **L'utilisation dominante des heures d'aide à domicile pour des aides techniques**

Parallèlement, le besoin en temps consacré au maintien du lien social se fait ressentir, que ce soit de la part de la personne âgée ou de celle de ses aidants familiaux, eux aussi en demande d'accompagnement. Ce constat est fort utile dans le cadre d'une réflexion sur les politiques de prévention de l'épuisement des aidants.

Il est intéressant de relever la venue du groupe de l'Odas à Colmar pour restituer son étude et la confronter aux réactions des différents acteurs concernés. Cette démarche a permis d'enrichir et de nuancer les hypothèses et les préconisations.

La méthode d'élaboration du second schéma gérontologique haut-rhinois

La conclusion de cette étude me permettra de faire le lien avec mon dernier point : « *une évaluation de l'APA devra donc toujours être mise en perspective avec l'ensemble des politiques sociales et restituée dans l'ensemble de la coordination des actions sur le territoire.* »

Les données de l'APA influeront fortement sur le nouveau schéma gérontologique haut-rhinois, lieu de partage, de confrontation et d'articulation des observations, des expériences, des points de vue et des politiques de tous les partenaires.
En effet, le schéma gérontologique doit permettre de concentrer le maximum d'informations pour poser de manière pertinente les problématiques et définir, in fine, des réponses. Il convient donc d'attacher le plus grand soin à son cadre méthodologique. La Commission de la solidarité du Conseil général du Haut-Rhin s'y est attelée le 28 janvier 2004 et a validé les points suivants :

- **Un travail préalable de bilan critique de l'existant à l'échelle départementale et à celle des bassins de vie**

- **La constitution de groupes thématiques départementaux**

- **La présentation de l'état des lieux aux élus locaux au travers de six ou sept réunions locales renforcées par une consultation écrite de toutes les communes et de l'ensemble des EPCI**

Cette démarche a été conçue sur le modèle de la redéfinition de la carte de nos circonscriptions médico-sociales et de l'implantation de nos centres médico-sociaux intervenue en 2003. L'objectif est double : d'une part, recueillir analyses et points de vue et, d'autre part, inviter à la réflexion et sensibiliser afin d'obtenir un positionnement des communes sur leur champ d'initiative et de responsabilité dans le domaine gérontologique.

- **La création de groupes de réflexion thématique au sein des pôles gérontologiques et interpôles**

Des thèmes de proximité très concrets seront abordés et réuniront des acteurs de terrain (médecins généralistes, aides ménagères, aidants familiaux, bénévoles, etc.).

Ces trois derniers points feront l'objet d'une analyse globale permettant de passer à la phase de définition des objectifs d'action.

Le schéma, une fois validé par le comité de pilotage et dûment décliné en objectifs départementaux et territoriaux, sera présenté au plus large public possible dans le cadre de nombreuses réunions organisées à l'échelle des pôles gérontologiques. L'idée sous-jacente est que le vieillissement de la population, la prévention et l'aide à domicile sont des enjeux qui nous concernent tous. De ce fait, l'un des axes majeurs d'une politique gérontologique est de chercher à impliquer au maximum le corps social afin qu'il accueille son vieillissement, l'anticipe et l'accompagne du mouvement le plus naturel et le plus fraternel.

Cette démarche est ambitieuse et exigeante. Elle nécessite une grande écoute et de nombreux échanges à différents niveaux, processus politiquement revendiqué et assumé. L'observation et sa méthode sont dorénavant matières à un choix politique au même titre que les choix d'action.

Conclusion

L'APA valorise considérablement l'observation. Elle invite à en varier les angles pour obtenir une perception plus riche de la réalité et des dynamiques qu'elle induit. Cet intérêt renforcé pour l'observation est une promesse d'efficience pour nos politiques et un gage de meilleure qualité de vie pour les personnes âgées et leurs aidants familiaux. Dans ce cadre, il apparaît important que les professionnels soient sollicités pour nourrir l'observation. L'APA ne doit, en effet, pas être un dispositif qui instrumentalise les intervenants mais une démarche qui les valorise et les rend davantage militants. Nos politiques ont besoin de ce surcroît d'énergie et de créativité.

Je vous remercie de votre attention.

Jean-Louis SANCHEZ
Merci.

L'adaptation du soutien à domicile est-elle possible ?

2e partie

Jean-Louis SANCHEZ

Nous avons constaté que ce pays souffrait d'une carence d'information sur les attentes réelles des personnes âgées. L'Odas accompagne donc, depuis plusieurs années, des villes et des départements qui interviennent à domicile pour les recenser. Ces démarches ne sont, bien évidemment, pas suffisantes.

Dans ce contexte, les plans de soutien à l'autonomie sont précieux, pour comprendre les attentes des bénéficiaires et celles des aidants. Anne Latty nous présentera les nouvelles attentes face à la dépendance.

Ensuite, le Professeur Huguenot, qui connaît parfaitement le monde des personnes âgées, nous fera partager son expérience à travers le dispositif Alma et témoignera de ce qui fait la maltraitance et qui, souvent, s'analyse comme un déficit d'aide aux aidants. Enfin, nous ouvrirons la table ronde avec vous pour un échange que j'espère le plus riche possible.

Anne LATTY
Auteur de
«Réussir l'observatoire gérontologique»

Chargée d'études, Odas

Les nouvelles attentes face à la dépendance

Je suis chargée d'études à l'Odas, notamment sur des questions de soutien au vieillissement et de soutien à l'autonomie.

Je vous présente aujourd'hui la synthèse de différents travaux de l'Odas et d'études relatives aux besoins et aux attentes des personnes âgées. Mon exposé se composera de trois grandes parties :

- introduction : pourquoi et comment observer ;
- enseignements des enquêtes de besoins et des études ;
- conclusion : premiers constats sur les réponses.

Introduction

Il est intéressant d'observer les besoins parce que les réponses sont trop souvent formatées par l'offre, parce que nous avons une réelle méconnaissance de l'évolution des besoins et parce que les décisions doivent s'appuyer sur un diagnostic partagé, global et transversal.

Différents moyens permettent d'observer les besoins : enquêtes auprès de la population, diagnostics sur des thèmes variés, observatoires permanents et observation du contenu des plans APA.

Les résultats des enquêtes de besoins et des études

Les enquêtes de besoins à domicile
J'ai puisé mes informations dans les enquêtes accompagnées par l'Odas depuis 1994 : Cannes, Roanne, Issy-les-Moulineaux, Conseil général de Corrèze, Conseil général d'Eure-et-Loir, Rueil-Malmaison, Conseil général des Hauts-de-Seine et Conseil général de l'Orne.
Nous n'avions pas véritablement vocation à mener des enquêtes. Nous ne l'avons d'ailleurs pas, à proprement parler, fait. En revanche, nous avons accompagné toute la démarche méthodologique.

Les objectifs étaient d'identifier les besoins et les attentes des personnes âgées, souvent de plus de 75 ans. Différents sujets ont été abordés : isolement, dépendance, environnement, vie sociale, aides apportées par les professionnels et les aidants naturels.

Les enquêtes ont révélé que la demande des personnes porte bien sur l'amélioration de la qualité de la vie plus que sur des services propres au maintien à domicile. En fait, il s'agit plus de soutenir que de maintenir.
40 % des 75-79 ans, 50 % des 80-84 ans et 60 % des plus de 85 ans vivent seuls, notamment du fait d'une autonomie croissante des personnes âgées. Ces résultats ne se révèlent donc pas forcément négatifs. Il convient, en effet, de faire la différence entre isolement et solitude. Nous n'avons pas la prétention d'avoir cerné la nature de la solitude.

Néanmoins, certaines enquêtes travaillent cette notion. Ainsi, l'enquête menée à Rueil-Malmaison sur un échantillon de 900 personnes a révélé que 1 à 2 % des personnes vivant seules n'avaient aucun contact affectif et ne faisaient aucune sortie. Par ailleurs, des enquêtes tentent de mesurer le ressenti, notamment grâce à des indicateurs de mal-être. Une lettre de l'Insee du mois de novembre 2003, que vous pouvez consulter sur leur site, montre qu'un quart des isolés en population générale déclare des sentiments de solitude et d'ennui.

Il faut savoir que ce sentiment se retrouve non seulement chez des personnes âgées mais également chez des personnes plus jeunes, notamment dans des zones défavorisées. Il n'y a donc pas de lien nécessaire entre les notions d'isolement, de solitude et d'ennui. Des actions restent toutefois à mener dans ce domaine.

Je vous rappelle que, d'après les évolutions comparées des populations des 60-64 ans et des 85 ans et plus, il y a, aujourd'hui, 2,5 aidants potentiels pour une personne de plus de 85 ans. D'après les projections démographiques, ce chiffre devrait tomber à deux en 2015 et à moins d'un d'ici à quarante ans.

Les enquêtes de besoins à domicile ont également montré que les personnes âgées menaient une vie relationnelle réelle autour de la famille et des amis, que la participation à la vie sociale était bien présente (associations, sorties, échanges de services, etc.), que l'environnement était apprécié par les personnes sondées avec un enracinement dans le quartier et que l'entourage était présent et actif avec l'arrivée de la dépendance.

Certaines difficultés ont, par ailleurs, été soulignées. Ainsi, les déplacements peuvent poser problème. Malgré cela, deux tiers des personnes sortent tous les jours. L'autonomie quotidienne est, quant à elle, bien réelle pour huit personnes sur dix.

Concernant les attentes sur les services à domicile, les enquêtes nous ont appris que ces services ne fonctionneront que s'ils présentent une certaine souplesse dans leur mise en œuvre et qu'ils se révèlent polyvalents dans l'accomplissement des tâches proposées.
Cette notion de polyvalence doit donc être prise en compte dans les formations aux métiers que nous inventons. Par ailleurs, ces services ne seront effectifs que s'ils sont supports à la création d'un lien social et apportent des garanties de confiance. L'aspect technique et quantitatif n'est, pour sa part, pas privilégié.

L'étude des dossiers d'évaluation médico-sociale

Nous avons choisi d'étudier les dossiers d'évaluation médico-sociale constitués avant qu'ils n'aboutissent au plan d'aide APA.

Le plan d'aide nous est apparu comme un lieu privilégié d'observation des besoins du fait de la massification de la demande et parce que l'outil est encore relativement original dans les pratiques départementales. La méthode retenue par l'Odas est la suivante : examen d'un échantillon de dossiers d'évaluation médico-sociale, retour aux équipes médico-sociales, discussion et synthèse des résultats. Nous avons mené ce type d'enquêtes dans le Haut-Rhin et dans les Bouches-du-Rhône où nous avons testé notre étude. Nous comptons en mener une dans l'Hérault.

Nous avons constaté que les évaluations de besoins étaient focalisées sur l'outil, la grille AGIR qui se concentre sur des problèmes d'incapacité physique. Vous ne serez donc pas étonnés de savoir que trois fonctions essentielles sont concernées par la dépendance : la toilette, l'alimentation et le déplacement à l'extérieur.
Plusieurs questions se posent alors.
Nous pouvons, en effet, nous demander si ces résultats ne sont pas formatés sur des incapacités physiques. Selon moi, la réponse est positive puisque la grille AGIR va dans ce sens.

Il faut donc questionner les résultats obtenus, concernant par exemple la dépendance par rapport à la cuisine ou aux tâches administratives. En outre, la question de l'adéquation des besoins repérés par la grille AGIR et de l'orientation des plans reste ouverte. Ainsi, alors que la problématique du déplacement est forte, les réponses sont nettement déficitaires à ce niveau.

Les enseignements des recherches spécifiques

J'ai compulsé l'ensemble des études réalisées depuis 1999 sur l'utilisation par les personnes âgées des évolutions technologiques et de la technique. J'ai été surprise de constater que les termes utilisés dans ces documents étaient les mêmes que ceux retenus dans le cadre de nos études à Cannes, Roanne et Issy-les-Moulineaux.

J'en ferai la synthèse suivante. La demande des personnes âgées est révélatrice d'une demande sociale élargie. Il faut donc donner du sens aux aides. La personne âgée donnera d'ailleurs elle-même du sens à l'objet qui lui sera proposé en tant qu'aidant dans sa vie quotidienne. Les caractéristiques de la demande de la personne âgée se retrouvent très largement dans les autres catégories de population. Trois éléments se dégagent de ces enquêtes de façon intéressante : l'importance à accorder à la notion de facilité d'usage ; l'importance des notions de service, de relation, de communication et de lien social ; le fait que les objets technologiques soient reliés aux relations sociales et aux modes de vie. Ces résultats corroborent les enquêtes que nous avons menées auprès des personnes.

Comment adapter les réponses ?

Trois volets sont encore en cours de traitement. C'est le cas de la prévention des pertes d'autonomie. Des modes de prise en charge plus souples, une utilisation fine de la domotique pour réduire les risques, un accompagnement aux déplacements – sur ce point, j'insisterai sur l'importance d'être innovant par rapport aux métiers qui permettraient que les personnes âgées sortent de chez elles –, et une lutte contre l'isolement, la solitude et la maltraitance pourraient apporter des réponses intéressantes dans ce domaine.

Pour illustrer rapidement ce point, j'évoquerai les phénomènes de rupture dans la prévention des pertes d'autonomie. Aujourd'hui, les risques d'aggravation de la dépendance (retour au domicile après une hospitalisation, veuvage, etc.) et, par conséquent, les points qui exigent une attention particulière sont connus très précisément.
Un meilleur repérage des risques, la mise en place de procédures facilitant le lien hôpital-domicile et d'actions de préventions ciblées (chute, mémoire, etc.), une connaissance approfondie des obstacles et une meilleure compensation des limitations fonctionnelles en font partie.

L'aide aux aidants doit également être adaptée. Les réponses en la matière sont, aujourd'hui, en cours de développement. Les plans devront notamment être établis sur mesure et prendre en compte la famille. Des complémentarités entre les différents types d'aides (familles, bénévoles, professionnels) doivent être inventées. Cela représente un travail de longue haleine qui nécessitera peut-être une adaptation législative. Les réponses, dans ce domaine, sont encore limitées : accueil de jour, groupes de parole, information.

Enfin, des lacunes sur les dépendances psychiques se font ressentir. Ainsi, la grille AGIR, qui méconnaît ces problèmes, n'est pas parfaitement adaptée. Par ailleurs, des personnes en GIR 5 et 6 qui ne peuvent bénéficier de l'APA sont cotées comme lourdement dépendantes sur les problèmes d'orientation psychique. Au niveau de la formation, une forte demande est d'ailleurs émise concernant le traitement de la problématique Alzheimer.

Conclusion

Ne faut-il donc pas envisager différemment les aides à apporter sans induire le besoin ?

Comment traduire un projet de vie, dans un esprit de soutien à domicile plus que de maintien ou d'hospitalisation lorsque l'on établit un plan ?

Il nous faut tirer toutes les conséquences d'une nouvelle approche du besoin. Serons-nous capables d'inscrire notre politique d'aide dans le temps, avec des perspectives dans la transversalité autour des questions du logement ou de l'urbanisme par exemple ?

Jean-Louis SANCHEZ

Je souhaiterais remercier Anne Latty. L'Odas réalise de nombreuses études avec l'aide du Directeur scientifique, du Délégué général et de quelques salariés. Il n'est donc pas nécessaire de disposer de fonds importants pour faire une observation de qualité.

La maltraitance des personnes âgées

2e partie

Professeur Robert HUGUENOT
Président

Alma France

Comme vous avez pu le remarquer, je ne figure pas au programme. Il n'est pas question d'aborder en totalité le sujet que je vais vous présenter, la maltraitance. Depuis 1995, nous avons mis en place, sur le territoire national, un réseau de proximité d'étude et de prévention de la maltraitance des personnes âgées. Nous découvrons peu à peu que les mêmes maltraitances existent pour d'autres catégories de population. Un réseau complémentaire, Alma Handicap, se mettra donc prochainement en place en direction des personnes handicapées.

Le sujet de la maltraitance n'est pas nouveau. En effet, la littérature, à travers les romans de Balzac ou de Zola, l'a souvent évoqué. Les personnes concernées n'étaient, néanmoins, pas nombreuses. En 1987, lorsque nous avons commencé notre activité, la maltraitance n'était pas encore un phénomène fréquent. Aujourd'hui, nous avons l'impression qu'il explose du fait du vieillissement de la population âgée.

Or, dans certaines familles, les enfants, qui sont déjà eux-mêmes âgés, voire les petits-enfants, attendent avec impatience leur héritage. En outre, une grande partie de la vieillesse se trouve obscurcie par des troubles cérébraux. En effet, 30 à 35 % des personnes de plus de 80 ans sont atteints de la maladie d'Alzheimer et mènent une vie végétative. Apparaissent alors peu à peu, dans les familles, un effondrement de la tolérance et une certaine violence.

Les violences physiques ne sont pas dominantes. En effet, sur les 26 000 dossiers de maltraitance confirmée traités à Alma, la maltraitance physique ne concerne que 10 % des cas, la majorité des maltraitances étant psychologiques, verbales et financières.

Nous avons lu avec intérêt les conclusions de l'enquête nationale française sur les violences faites aux femmes. Les résultats de cette remarquable étude, réalisée en 2001-2002, ont été publiés à la fin 2002 et rencontrent, aujourd'hui, un succès mondial. La conclusion en est la suivante : les violences verbales et psychologiques sont aussi destructrices que les violences physiques. Cette information est capitale.

Une amélioration de la connaissance et une prévention par le soutien des familles ainsi qu'un renforcement des soins à domicile peuvent apporter des solutions satisfaisantes à cette situation. Pour améliorer la tolérance de la famille, nous avions prôné, en 1980, avec le Professeur Gérard Cuny, de Nancy, la multiplication des centres de jour, de façon à permettre à ceux qui sont immédiatement au contact de personnes intellectuellement dépendantes de se reposer. Un certain nombre de centres de jour ont alors été construits grâce à des aides de la Cnav.

La Sécurité sociale a, malheureusement, refusé d'en financer le fonctionnement, de sorte que tous ces centres ont été transformés en centres de consultation psychiatrique, en CCAS, etc.. Seuls deux d'entre eux ont subsisté, l'un à Bordeaux, l'autre à Grenoble, grâce au soutien des municipalités concernées.

Aujourd'hui, il est annoncé que ces centres vont renaître. J'étais, ce matin, à la Direction générale de l'Action sociale où il m'a été remis un document m'informant du renforcement de la médicalisation des établissements pour personnes âgées, de l'accent porté sur la vie à domicile, de la création de 10 000 places en établissement, de 17 000 places de services de soins infirmiers et de 13 000 places d'hébergement temporaire ou d'accueil de jour. Espérons que ces vœux ne resteront pas pieux ! En effet, des améliorations dans ce domaine nous ont déjà été annoncées par le passé.

Il semblerait que le plan dépendance des personnes âgées se voit consacrer 850 millions d'euros par an. La loi, améliorant non seulement l'autonomie des personnes âgées mais également celle des personnes handicapées, devrait être en discussion en 2004.
Soyons vigilants pour vérifier que ceci sera bien fait ! Si nous parvenons à ces résultats, nous aurons véritablement fait un grand pas. Aujourd'hui, nous, professionnels de l'action sociale et médicale auprès des personnes dépendantes, sommes obligés de reconnaître que la situation est catastrophique et que la canicule de cet été n'était qu'un épiphénomène.

Nous sommes, bien évidemment, sensibles à ces événements extérieurs. Il faut, avant tout, que, tous ensemble, nous essayions d'améliorer cette tolérance. J'avais proposé à Hubert Falco de rebaptiser les maisons de retraite en maisons de tolérance. Ma proposition ne lui a pas plu ! Ce mot « tolérance » est, pourtant, très beau. Il figure dans certains ouvrages de Jankélévitch et dans Le petit traité des grandes vertus de André Comte-Sponville.

Nous voyons très souvent des familles à bout. Nous leur proposons des solutions et nous tentons de leur apporter un appui psychologique. Par ailleurs, certaines personnes âgées elles-mêmes n'en peuvent plus de vivre. Il est très difficile d'entendre une très vieille dame vous dire qu'elle est de trop et qu'à cause d'elle, ses enfants ne vivent plus. Nous devons donc tous faire un effort énorme de solidarité et de fraternité !

Il arrive que des personnes nous appellent pour dénoncer la violence qui règne chez leurs voisins. Or, lorsque nous faisons intervenir une assistante sociale, il apparaît parfois que cette violence est assimilée à un mode de vie normal ! Selon Lars Tornstam, sociologue suédois, la violence était, en 1987, un mode de vie habituel dans 20 % des familles. Nous sommes, par ailleurs, confrontés à un autre problème : tout le monde n'a pas la même définition du mot « violence ».

Je vous ai fait part de quelques constatations et de nos observations sur le plan familial. Dans 75% des cas, les maltraitances qui nous sont signalées sont familiales ; dans 25 % des cas, elles sont subies en institution, sachant que la part des institutions diminue progressivement, les professionnels étant de mieux en mieux formés, les directeurs d'établissement étant de plus en plus conscients de ce qui peut arriver et un véritable code de déontologie s'installant.

Je vous remercie de votre attention. Je vous informe qu'un colloque sur le thème « Fraternité et maltraitance » sera organisé le 27 mai et le 7 octobre à l'Unesco. Nous aborderons les questions des violences contre les enfants, les femmes, les personnes handicapées et les personnes âgées. Il nous faut, en effet, rassembler ce qui apparaît désuni.

Débat avec la salle

Jean-Louis SANCHEZ

Je vous présente les personnes qui m'entourent :

- **Jean-Vincent Trellu**, Président de l'Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé (ANDASS) et responsable de l'action sociale au Conseil général d'Ille-et-Vilaine ;
- **Patricia Adam**, Députée et Vice-Présidente du Conseil général du Finistère ;
- **Brigitte Dufour**, adjoint au Maire du Havre, chargée du développement social, en remplacement de Marie-Marguerite Dufay qui n'a pu se joindre à nous aujourd'hui ;
- **Philippe Rysman**, Président de l'Association nationale des cadres communaux d'action sociale (ANCCAS).
- **Anne Latty**.

N'hésitez pas, non plus, à vous adresser aux intervenants de la matinée qui sont toujours présents dans la salle.

Gérard MILLET

Je suis responsable du département développement social à la Sonacotra, en charge du soutien à domicile des résidents âgés. Mes questions concernent les interventions d'Anne Latty et de Blanche Le Bihan. Je souhaiterais savoir si nous disposons de données fines sur les personnes âgées et plus particulièrement sur les populations étrangères et les populations fragilisées par des parcours difficiles. Que connaissons-nous de leurs besoins et de leurs attentes ? Quelles réponses leur sont apportées, notamment dans le cadre de l'APA ? Nous connaissons déjà leurs difficultés d'accès aux droits et aux services et d'adaptation nécessaire lorsque les personnes sont marquées par l'illettrisme. Comment mener des actions ciblées sur ces publics encore plus fragiles ?

Anne LATTY

Je n'ai pas connaissance d'enquêtes, concernant la population générale, qui puissent retracer des parcours de manière fine. Les lieux d'observations que nous vous avons présentés ce matin sont autant de lieux de connaissance. La qualité des dossiers d'évaluation médico-sociale réside d'ailleurs dans ce suivi.

Concernant les immigrés vieillissants, des données locales existent. Des départements, représentés aujourd'hui, travaillent sur ce sujet. Je pourrai vous citer des exemples et vous communiquer des documents si vous le souhaitez.

Philippe RYSMAN

Cette question est, en effet, émergente. Nos collègues des communes et des CCAS nous font part de l'arrivée de personnes plus jeunes, de 60 à 65 ans, qui ont eu des parcours différents et qui ont besoin d'entrer dans des établissements de vie sociale protégés. Certaines communes et CCAS réfléchissent à des réponses sans doute proches de la réponse « résidence sociale ». Ce phénomène survient alors que l'âge d'entrée en institution recule de plus en plus.

Jean-Louis SANCHEZ

Je tiens à vous signaler que quelques études intéressantes sur les parcours de vie ont été menées au Québec. Elles mettent notamment en relief l'importance du délitement du lien social dans la progression de la dépendance psychique. Nous pourrons vous en communiquer les références précises si vous le souhaitez.

Jean-Vincent TRELLU

Concernant les personnes fragiles, il a été fait plutôt allusion aux personnes étrangères ou aux personnes en précarité. Il faut également aborder la problématique des personnes handicapées âgées dont le nombre est extrêmement important.

Chantal TEVRON

Je suis assistante sociale de formation et, depuis peu, membre d'une association d'aide à domicile. J'ai constaté avec surprise que cette association employait soixante personnes dont une seule est titulaire d'un diplôme. J'aurais souhaité que nous soulignions l'importance de la formation du personnel et de l'accompagnement psychologique.
En effet, nous devons mener des actions de prévention de maltraitance car des moments d'égarement peuvent survenir face à des sollicitations douloureuses provoquées par des personnes âgées peu conscientes et désorientées. Ce point est important, d'autant plus qu'il faudra financer ces formations.

Jean-Vincent TRELLU

Lorsque l'APA a été mise en place, nous nous sommes posés la question de la formation des personnes qui seraient amenées à travailler avec les personnes âgées. Nous estimions alors qu'elles seraient très nombreuses. Notre idée a donc été de monter un plan régional de formation à des diplômes (DEAVS, etc.) sur cinq ans.

En Bretagne, les départements ont souhaité que la région soit le chef de file de ce projet. Notre objectif est de former 5 000 personnes en cinq ans. Nous avons donc mutualisé les fonds de la région, les fonds de formation professionnelle, des apports des Conseils généraux et le fonds de modernisation de l'APA. Nous étions intimement convaincus que l'intervention d'un personnel qualifié passait par une reconnaissance, des salaires adéquats et des possibilités de carrière. Nous avons donc souhaité associer l'Education nationale à ce projet pour que des jeunes puissent envisager une carrière dans le métier d'aide à domicile.

Jean-Louis SANCHEZ

Ce point est véritablement du ressort de la région. Il est plus important que d'autres actions menées par les régions comme la mise en place d'un dispositif de prévention de la maltraitance concurrent du dispositif Alma en Ile-de-France. Si les collectivités locales s'en tenaient à leurs responsabilités, nous gagnerions en efficacité. A mon sens, la formation professionnelle de tous les personnels de l'aide à domicile devrait être la priorité de la région.

Christian LOISON

Je suis maire adjoint de la ville de Marcq en Barœul, dans le Nord. Je souhaiterais revenir à la question du logement. En effet, nous sommes souvent confrontés à des problèmes d'inadaptation des logements et à des coûts très lourds de transformation. Selon moi, il manque une politique de diversification de l'offre de logements. Par ailleurs, avec la réforme de la tarification des établissements, nous avons tendance à réduire notre offre à des logements bien adaptés ou non- adaptés à la dépendance. Or de jeunes retraités souhaitent quitter des logements trop grands et mal adaptés pour intégrer des logements adaptés en domotique qui permettraient d'accompagner leur perte d'autonomie, donc de conserver leur autonomie. Si nous concevions des logements adaptables, les coûts de construction ne s'en trouveraient augmentés que de 2 à 5 % et nous pourrions diversifier notre offre de logements. Il faut également souligner que cela servirait le maintien à domicile, le personnel ne pouvant pas intervenir dans des conditions déplorables.

Comment villes et départements peuvent ensemble réussir le changement ?

Jean-Louis SANCHEZ

Nous allons pouvoir commencer notre table ronde. J'ai, pour ma part, plusieurs questions à l'intention de nos invités. Je pense qu'elles vous intéresseront très directement.
Je souhaiterais me tourner d'abord vers une ville, estimant que les communes, en tant qu'échelons généralistes, devraient être plus valorisées dans la décentralisation. Brigitte Dufour, comment concevez-vous le rôle d'une ville ? Je poserai la même question à Patricia Adam en ce qui concerne le département. Nous pourrons ensuite voir la manière d'articuler les responsabilités des uns et des autres puisqu'il y a rivalité politique.

Brigitte DUFOUR

Je ne parlerai pas de rivalité politique. Je tiens, avant tout, à remercier Pascal Berthet. Il est, en effet, le seul à avoir abordé le rôle des villes dans le maintien à domicile. Il est vrai que nous avons un rôle important à jouer. Je souhaiterais également remercier Anne Latty qui a proposé plusieurs solutions de maintien à domicile dépendant de la coordination des villes.

Selon moi, le rôle de la ville dans le maintien à domicile est de servir de coordination dans toutes les œuvres proposées et de repérer les besoins. En tant que conseiller général, je suis tout à fait respectueuse et admirative des actions du Conseil général. Il restait néanmoins nécessaire que, au niveau local, nous mettions en place un schéma local de gérontologie pour apprécier les besoins et travailler en coordination.

Ce schéma local a été, en grande partie, réalisé à la demande de l'hôpital qui gère des maisons de retraite et rencontre la problématique du retour à domicile des personnes hospitalisées. Nous avons donc travaillé ensemble sur les besoins. Nous avons surtout constaté l'importance de l'environnement dans un maintien à domicile correct. Par conséquent, la ville peut jouer un rôle. En effet, l'animation ou le maintien des structures commerciales dans l'environnement proche, éléments importants, sont de notre ressort.

L'adaptation des logements apparaît, elle aussi, nécessaire. Sur ce point, le Conseil général a également un rôle à jouer puisque des financements départementaux spécifiques sont prévus dans ce domaine. Comme vous le savez, à un certain âge, un changement de logement peut entraîner une perte de repères et, de ce fait, une certaine dépendance. Nous avons donc également mis sur pied

un système de repérage avec des bénévoles qui se rendent au domicile des personnes âgées pour entendre leurs attentes, la première d'entre elles étant affective. Par conséquent, il est possible, avec peu de moyens, d'y répondre par l'attention et l'écoute. Pour ce faire, des bénévoles rendent visite à des personnes âgées pour leur faire la lecture ou pour jouer à des jeux de société.

Les bénévoles sont, en général, des personnes qui disposent de temps. Ce sont, en effet, souvent de jeunes retraités. Or si leur démarche correspond à une attente future les concernant, ils se voient rapidement dans leur proche avenir. La nécessité de soutenir ces personnes est donc apparue et nous avons créé une école du bénévolat au sein de laquelle nous formons également les bénévoles qui interviennent auprès des publics en difficulté. Notre dispositif fonctionne donc bien sur le plan de la fraternité.

Les associations ont un rôle parfois lourd à gérer. J'estime, par exemple, que les villes devraient disposer de financements plus souples. Il nous est, en effet, impossible de financer un particulier qui voudrait entreprendre une action sans qu'il crée une association. Ainsi, deux employés de l'hôpital, constatant que les personnes âgées seules brutalement hospitalisées rencontraient certains problèmes, ont souhaité me proposer des actions d'entretien courant (apporter des vêtements, nourrir les animaux domestiques, arroser les plantes, etc.). La ville et l'hôpital étaient prêts à les aider, mais il était indispensable qu'elles montent une association.

La ville a créé, en 1995, un point d'information pour répondre aux questions des familles concernant les personnes âgées. Cet outil formidable, lieu de coordination gérontologique, s'est transformé, depuis peu, en CLIC.

Jean-Louis SANCHEZ

Nous avons vu que le champ d'intervention de la commune était large. Il risque, de ce fait, de heurter celui du Conseil général. Patricia Adam, comment envisagez-vous donc son rôle ?

Patricia ADAM

Je ne suis pas sûre que les actions des communes heurtent le périmètre du Conseil général. Tout dépend de la conception de l'action sociale et de son organisation au niveau d'un territoire départemental.

Pour notre part, nous avons fait le choix de territorialiser notre action sociale, quelle qu'elle soit, en l'inscrivant sur les périmètres des communautés de communes. Nous y actionnons tous les leviers en notre possession pour créer des partenariats. Ainsi, en matière gérontologique, le département a mis en place

des CLIC, lieux de concertation de tous les acteurs des territoires concernés (hôpitaux, médecins libéraux, infirmiers libéraux, services d'aide à domicile, communes, associations) pilotés par le Conseil général. A travers cette observation partagée de la réalité du terrain, le Conseil général alimente sa politique départementale, la fait évoluer et l'adapte aux besoins des différents territoires.

En faisant le choix du partenariat et de l'adaptation aux territoires, le département se met au service des usagers et fait le pari de l'intelligence. En tant que présidente de l'un de ces CLIC, je sais que le dialogue est constructif, quelles que soient les couleurs politiques des uns et des autres.

Des orientations, et plus particulièrement les lieux d'information du public que nous appelons antennes CLIC, sont décidées au sein de ces CLIC avec l'ensemble des partenaires.

Notre politique n'est donc pas de faire à la place de, mais de voter des politiques départementales, de donner les moyens à chacun des territoires de les mettre en œuvre et de faire que tous les administrés, où qu'ils soient, puissent bénéficier des mêmes aides du département du Finistère.

Jean-Louis SANCHEZ

Merci. Je remarque que l'une et l'autre travaillez dans des collectivités où la cohabitation semble satisfaisante. Les études nationales montrent, pourtant, que ce type de partenariats fonctionne rarement de la sorte.

Une fois sur deux, la commune et le département acceptent vraiment de travailler ensemble dans une complémentarité de regards sur les besoins et les actions. Philippe Rysman, en tant qu'acteur de Tourcoing et Président d'une association nationale, avez-vous ce sentiment ?

Philippe RYSMAN

Le département sera la collectivité chef de file des politiques sociales, c'est-à-dire qu'il sera responsable de la planification et de l'impulsion de ces politiques. Il faut néanmoins comprendre que les personnes âgées ne vivent pas dans un département mais dans une commune, voire un quartier ou une rue. Les réponses doivent donc s'élaborer dans ce cadre.

Par ailleurs, le soutien à domicile n'est pas simplement fait de prestations à la personne. Il englobe également l'ensemble des problématiques de sécurisation, de commerces de proximité, d'animation, de participation à la vie sociale et de soutien naturel (bénévoles, familles).

En outre, un acteur fondamental du soutien à domicile a été peu cité aujourd'hui : l'hôpital. En effet, les personnes âgées en perte d'autonomie sont amenées à faire des allers et retours à l'hôpital. Cette hospitalisation est nécessaire et souhaitable à un certain moment, notamment pour établir un bilan et démarrer une prise en charge. L'articulation entre les aides à domicile et l'hôpital est donc fondamentale. Je vous rappelle d'ailleurs que le maire est président de l'hôpital.
Je souhaiterais également souligner le fait que les villes se sont, très tôt, fortement impliquées dans la réponse aux questions gérontologiques par le développement de politiques actives de soutien à domicile, l'animation ou le logement. Selon moi, cette situation donne une légitimité forte de coordination à l'échelon local du maire, de la commune et des équipes municipales. De nombreux élus municipaux se sont, en effet, rendu compte du poids des personnes âgées dans leur électorat, ce qui peut également expliquer un investissement de plus en plus important dans ce domaine.
Enfin, les communes et les CCAS ont développé un savoir-faire ancien autour de la politique locale gérontologique. Ils sont ainsi, de fait, des partenaires privilégiés pour co-produire une action gérontologique de proximité qui réponde aux besoins avec leurs collègues des départements. De par son caractère généraliste, l'acteur communal garantit que l'ensemble des aspects facilitant le soutien à domicile seront bien abordés.

Jean-Louis SANCHEZ

Dans les grandes agglomérations, les CLIC doivent être plutôt municipaux.
Jean-Vincent Trellu, ne pensez-vous pas que le fait que les communes soient à la fois prestataires de services, coordinateurs de l'offre et conseils en matière d'orientation des personnes âgées gêne le rapport avec le département ?

Jean-Vincent TRELLU

Je partage le point de vue de Philippe Rysman : la politique en faveur des personnes âgées est une politique de proximité. Comme l'a indiqué Anne Latty, les personnes âgées souffrent avant tout de l'isolement, de la solitude et ont besoin de souplesse, de lien social et de confiance, éléments que le Conseil général ne peut apporter.
A mon sens, cette politique est donc du ressort non pas de la ville mais des collectivités locales, c'est-à-dire la ville pour les grandes communes ou l'intercommunalité pour les petites communes. Le département peut, pour sa part, apporter trois éléments :

- coordination avec les collectivités locales, les services, les institutions représentatives des personnes âgées et les services de l'Etat ;

- organisation, à condition que le département prenne acte des décisions des collectivités locales, c'est-à-dire reconnaisse les territoires que les collectivités ont choisis pour appuyer sa réflexion gérontologique ;

- projets, notamment grâce au fonds de modernisation de l'APA qui représente 6,02 % du fonds de l'APA, ce qui n'est pas négligeable. A mon sens, le fonds de modernisation de l'APA est un moyen tout à fait intéressant pour construire, avec les collectivités locales, des projets pluriannuels, notamment d'amélioration de la qualité, avec une visibilité et des axes prioritaires. Il représente une modernisation apportée par l'APA.

Le département a également un rôle nouveau et spécifique, puisqu'il est reconnu par la loi, celui de l'évaluation. En effet, la personne âgée bénéficie d'un certain nombre de prestations qu'elle rémunère éventuellement en partie. L'un des apports de l'APA est cette évaluation par un tiers. Le Conseil général intervient de deux manières : d'une part, pour évaluer et, d'autre part, pour solvabiliser.
J'ai été quelque peu surpris des chiffres cités ce matin selon lesquels, dans les deux tiers des départements, le financement de l'APA rémunérerait directement les prestataires. Cela est tout à fait possible, mais pose une question de fond, celle de l'autonomie. A mon sens, l'évaluation de la personne réalisée par un tiers entraîne une relation à trois. En effet, un troisième acteur aide à élaborer le projet de la personne et peut apporter des réponses qui ne seront pas construites sur des réponses déjà existantes mais bien sur les besoins de la personne. Le fait que l'APA soit versée directement est non seulement symbolique mais marque également une réelle reconnaissance de l'autonomie de la personne.

J'ai trouvé l'intervention de Monsieur Viveret tout à fait intéressante. Il a évoqué le don, la relation marchande à condition que l'argent ne soit pas le seul moteur mais la contrepartie d'un service et la solidarité. Selon moi, le Conseil général a, sur ce plan, un rôle essentiel de tiers à jouer vis-à-vis de prestataires que la personne âgée doit pouvoir réellement choisir.
Je crains que nous ne passions trop facilement dans un système de tiers payant.

Jean-Louis SANCHEZ

Je retiens de vos diverses interventions que vous êtes tous acquis à l'idée d'une très grande restructuration de l'aide à domicile. Philippe Rysman saluait le rôle des communes, le soutien à domicile représentant un large éventail d'actions qu'elles sont plus disposées à mener. Jean-Vincent Trellu a, pour sa part, souligné l'importance de la liberté de choix. Je souhaite, maintenant, donner la parole à la salle.

Marie-Françoise MOULLARD-LAMBERT

Je suis responsable d'une association d'aide à domicile dont le siège est à Versailles et qui est agréée dans les Yvelines, les Hauts-de-Seine et à Paris. Je vous remercie de nous avoir réunis. Je regrette néanmoins que la liste des participants à ce colloque ne nous ait pas été communiquée.

Je tiens également à remercier Jean-Vincent Trellu pour avoir évoqué le rôle des Conseils généraux. Je me souviens qu'à l'origine, les Conseils généraux étaient demandeurs de l'APA. Or il me semble qu'ils se soient laissés dépasser par la situation, notamment en matière de coordination. En effet, en tant qu'aide à domicile, nous sommes mandataires et prestataires. Nous avons l'impression d'être seuls au monde. Une intervenante a dénoncé la rigidité de nos services. Je tiens à préciser que nos personnels, trouvés sur le terrain, ne sont pas formés. La Direction du travail m'a fait savoir que je n'avais pas le droit d'employer des personnes non aides soignantes ou qui ne sont pas en possession du Cafal pour faire des toilettes. Or il n'y en a pas !
Les Conseils généraux disposent d'énormes moyens. Nous avons besoin de leur soutien. Ne bénéficiant d'aucune subvention, nous travaillons toujours en flux tendus. L'initiative de la coordination, de la formation et de l'aide au financement appartient aux Conseils généraux. La rigidité de notre fonctionnement ne peut donc pas nous être imputée. Pour notre part, nous intervenons la nuit, les week-ends et l'été.

Par ailleurs, je souhaiterais savoir pourquoi les Conseils généraux ont fixé le coût de la prestation à 15,41 euros de l'heure. En effet, nous nous voyons obligés de facturer la prestation à 18 euros de l'heure pour pouvoir couvrir nos frais et nos investissements (ordinateurs, etc.).

Jean-Louis SANCHEZ

Je vous remercie de la sincérité de votre contribution. Les interventions provenant de la tribune sont, elles aussi, très sincères. La France est diverse ! La décentralisation est inégale. Les grands départements n'ont pas encore la créativité et la simplicité des départements intermédiaires. L'ancrage de territoire est également important. En effet, en province, les préfets se battent aussi pour défendre leur territoire. En région parisienne où l'on est rarement l'habitant du bassin d'emploi, la situation est différente. Nous essayons donc de vous transmettre un message d'espoir : dans de nombreux territoires, la situation est satisfaisante et elle finira par l'être partout.

Toutes vos réserves sont, bien entendu, consignées et figureront dans les actes de ce colloque qui seront adressés à nos amis des Yvelines.

Jean-Vincent TRELLU

Je n'ai pas calculé le montant de la prestation et je crains de devoir le faire. La Cnav, instance nationale, a arrêté ce tarif de 15,41 euros. Je ne sais pas s'il est suffisant. Je m'inquiète du fait que, dans quelques mois, nous devrons calculer un coût horaire pour chaque service.

Le ministère proposera peut-être une ordonnance pour éviter ce dispositif prévu par la loi. Je ne sais pas si le fait de changer les tarifs de chaque service de quelques centimes d'euros mérite un tel travail administratif. Pour ma part, je considère que les services sont réels, qu'ils ont des coûts de production et qu'ils ne peuvent fonctionner en déficit. Il faut donc équilibrer les dépenses et les recettes. En outre, la personne âgée doit toujours pouvoir choisir son service. Or le coût est un critère de choix. Le rapport entre le coût et la qualité de la prestation doit également entrer en considération. Ainsi, il se trouve que, depuis longtemps, le pire établissement d'Ille-et-Vilaine est le plus cher.
Certains services doivent être professionnalisés. Les personnes âgées doivent pouvoir choisir. C'est la raison pour laquelle j'estime qu'il n'est pas souhaitable qu'un service soit en situation de monopole. La solidarité nationale ou départementale solvabilise les personnes. Dans le cadre de l'APA, une synthèse de ces objectifs se réalise.
Je revendique le fait de ne pas avoir à calculer le prix des services. En revanche, je considère qu'il est nécessaire que la solidarité départementale repose sur un certain nombre de normes.

De la salle

Depuis ce matin, j'entends parler des personnes âgées. Or les personnes âgées ont le droit à la parole et le droit de vote. Elles ont la possibilité d'agir. Les conseillers généraux connaissent bien l'existence d'un Coderpa. Or il n'y a pas été fait allusion aujourd'hui. Je représente la Corerpa d'Ile-de-France. Vous avez évoqué de nombreux dispositifs tels que les CLIC que nous, personnes âgées, avons demandés. En effet, les personnes âgées participent à de nombreux organismes, comme l'AP à Paris, pour faire connaître leurs besoins.
Vous parlez pour les personnes âgées ; il faudrait également les écouter. Je ne souhaitais pas intervenir ; cela a été plus fort que moi. Il me semble qu'il manque quelqu'un dans votre discours.
Merci.

Jean-Louis SANCHEZ

Le sujet de la représentation des personnes âgées mérite effectivement débat.

Patricia ADAM

La représentation des usagers est un véritable problème de société. Il n'est pas spécifique aux personnes âgées. Nos institutions ont un certain fonctionnement. Il existe une réelle différence entre Paris et la province. Je suis née à Paris, mais j'habite depuis près de trente ans en province. J'ai l'impression de vivre dans un monde différent. La dimension de nos départements et de nos communes permet, en effet, une réelle proximité.

Je vous ai présenté de manière schématique notre organisation. Nous avons su trouver la solution qui était adaptée à nos problèmes, à notre département et à nos communes. D'autres départements en ont trouvé d'autres. Dans notre région, nous avons travaillé sur l'aide à domicile et sur la formation des aidants à domicile. Les quatre départements de la région sont pourtant de couleurs politiques différentes ; la région a également sa couleur, qui n'est pas la mienne. La mise en place de solutions satisfaisantes est donc possible quand les acteurs ont la volonté d'y parvenir et ont su définir ensemble un certain nombre d'objectifs. Dans notre département, les usagers sont représentés dans tous les domaines. En matière gérontologique, c'est également le cas. Ainsi, le Coderpa, l'Udarpa et plusieurs associations sont représentés dans les CLIC.
La dimension des territoires est un élément important. Le terme « proximité » ne recouvre pas les mêmes situations dans des départements de 10 millions d'habitants et de 400 000 habitants. De la même façon, les situations des communes et des départements sont différentes. Le département englobe des secteurs ruraux avec de toutes petites communes qui n'ont pas de CCAS. Le département joue alors pleinement son rôle ; les travailleurs sociaux du département sont ceux de la ville et du CCAS.

Nos objectifs sont similaires ; nous avons choisi des moyens adaptés à notre nature, notre histoire et le nombre d'habitants concernés. Cette richesse de différences permettra de trouver, grâce à la décentralisation, dont je suis une fervente partisane, les solutions intelligentes qui créeront du lien social dans nos communes et nos départements et feront en sorte que la fraternité s'exerce véritablement.

Brigitte DUFOUR

J'aurais également souhaité vous répondre pour vous rassurer. La proximité est le lieu où chacun peut s'exprimer. Travaillant en réseau avec de nombreux collègues, je sais que, dans les villes, les aînés sont souvent bien représentés dans des commissions et ont la parole dans divers organismes. De nombreuses politiques en faveur des personnes âgées ont avancé de cette façon. Ainsi, dans notre commune, la politique de transport des personnes à mobilité réduite a été mise en place à la demande des personnes âgées ; les ateliers mémoire organisés dans les clubs d'aînés dans les quartiers pour détecter les maladies d'Alzheimer ont également été proposés par les aînés. Les politiques locales ont la chance de pouvoir être à l'écoute des besoins, de coordonner les acteurs capables d'y répondre et de trouver les financements.

Il est vrai que ces propositions émanent souvent d'association de retraités qui ont également le souci des autres et des jeunes. Ainsi, de nombreuses activités intergénérationnelles ont été mises en place suite à des propositions de commissions d'aînés. C'est également le cas au niveau du département.

Jean-Louis SANCHEZ

Geneviève Laroque, qui est parmi nous aujourd'hui, me disait souvent, lorsque nous discutions des politiques de soutien aux personnes âgées, que les problèmes de prévention et de fraternité ne leur étaient pas spécifiques. D'après elle, il s'agissait de problèmes de société. Je partage, aujourd'hui, son point de vue. Je souhaite donc que nous parlions dorénavant de politiques de soutien à l'autonomie et non plus de politiques de soutien aux personnes âgées.

Cessons de considérer les personnes âgées comme des personnes précarisées, en difficulté ! Pour ma part, je ne crois pas aux Coderpa, à moins qu'ils ne servent à mobiliser les personnes âgées dans des actions de bénévolat, et aux représentations ciblées par âgées des problèmes de société. Nous sommes tous des personnes vieillissantes.
Des mutations considérables sont en cours. Aujourd'hui, jusqu'à 80 ans, l'être humain est merveilleusement dans la vie. Selon moi, parler de regroupements de personnes âgées dans une dynamique de concertation avec les pouvoirs publics est de l'enfermement et ne correspond pas à la modernité du vieillissement. En effet, les enfants et les aidants sont également concernés par le vieillissement des aînés. Je tiens ces propos au moment où le Gouvernement vient de renforcer les pouvoirs du Coderpa.

J'estime, au contraire, que tenter d'unir les politiques de soutien au handicap et de soutien à la dépendance irait dans le sens de la simplicité. Ainsi, le problème des Yvelines réside dans la complexité et non dans un manque de moyens ou de volonté.

Jean-Vincent TRELLU

A mon sens, il est également nécessaire de territorialiser l'information et l'accès aux droits.

Georges COLLAY

Je représente l'Urassad d'Auvergne. Notre collègue de Versailles a fait allusion à l'intervention stigmatisant le manque de souplesse des services. Nous avons également entendu que ces services pâtissaient d'un manque de formation et de professionnalisation et qu'une démarche qualité était nécessaire. Enfin, il a été rappelé que les prestations étaient remboursées sur la base d'un taux horaire fixé à 15,41 euros. Je ne suis d'ailleurs pas convaincu que tous les départements appliquent ce taux.

Aujourd'hui, une nouvelle convention collective reconnaît la difficulté de professionnalisation de ce métier. Je souhaiterais également ajouter que le secteur public intervient de manière importante dans l'aide à domicile.

Le statut de la fonction publique entre donc en jeu. Par ailleurs, un texte prévoit la tarification des services à compter du 1er janvier. Or, certains départements font preuve d'une grande frilosité pour entrer dans cette tarification. Je mesure toute la complexité qu'elle représente. Je m'interroge néanmoins sur la conséquence de la non-application de ces textes sur les services qui appliquent la convention collective, notamment pour ceux qui ont des personnels anciens, qui ont fait des efforts considérables en matière de formation et qui ont des coûts nettement supérieurs à 15,41 euros de l'heure. La professionnalisation, la formation et la qualité doivent être inclues dans les prix. Dans ce contexte, je me pose deux questions. Quelle est la position de l'ADF sur ce sujet ? Comment le président de l'Andass envisage-t-il la question de la tarification ?

Jean-Louis SANCHEZ

Je ne suis pas en mesure de répondre à la première question.

Jean-Vincent TRELLU

Je suis favorable à la formation et à un niveau de rémunération des aidants décent. En revanche, je ne partage pas votre point de vue quant à l'outil à utiliser pour résoudre le problème. En effet, une tarification individualisée représenterait un « monstre » administratif. Dans mon département, il nous faudrait, par exemple, calculer 150 tarifications différentes ! Le service qui serait rendu à l'usager n'impose pas un tel travail. Le problème que vous posez est réel, mais la réponse apportée est inadéquate. A mon sens, l'usager doit payer des services à leur coût de revient et il doit être solvabilisé à partir de référentiels nationaux et non d'une étude individuelle de chaque dossier.
L'ordonnance actuellement en préparation devrait inciter les associations à se regrouper pour que seuls trois ou quatre tarifs soient applicables dans chaque département. Je ne sais pas si cette disposition est la meilleure solution.

Georges COLLAY

Je comprends votre argumentation sur la charge de travail que représenterait le calcul de ces tarifs.

Jean-Vincent TRELLU

Mon principal argument est surtout lié à l'efficacité d'une telle mesure.

Georges COLLAY

J'entends vos propos. Il reste qu'une loi a été votée, qu'une convention collective a été adoptée, qu'il y a un statut de la fonction publique territoriale et que

les services ont un certain coût de revient. Nous risquons de mettre en danger certains services, publics et privés, si une décision n'est pas rapidement prise pour les rémunérer au juste coût en tenant compte de la formation, de la qualification et de la professionnalisation.

Patricia ADAM

Dans notre département, nous appliquons la convention collective unique. Cette décision, qui a des conséquences financières non négligeables, a fait suite à une longue discussion.

Jean-Pierre QUENAUDON

En Côte d'Or, nous avons voulu jouer le jeu de la professionnalisation. En 2002, nous étions donc en avance par rapport aux tarifs de la Cnav. Nous avons, néanmoins, rencontré un obstacle. En effet, une augmentation importante des tarifs est intervenue au mois de juillet 2003. Or les budgets départementaux ne jouissent pas d'une élasticité en cours d'année. Nous n'avons donc pas pu suivre cette tendance.

En outre, nous nous sommes posés la question de la rémunération du service par rapport à son coût. Dans notre département, nous n'avons affaire qu'à trois importantes associations. L'une d'entre elles, la BNR, fonctionne grâce à de nombreux bénévoles. Aurait-il été logique de la financer au même niveau que les autres ?

Par ailleurs, si nous décidons de fixer des tarifs différents, les particuliers, compte tenu des plafonds existants pour les GIR, risquent de choisir les services les moins chers. De nombreuses associations pourraient, de ce fait, disparaître.

Les modifications de tarifications s'enchaînent. Elles sont justifiées. Il reste qu'aujourd'hui, plus de 30 % des plans d'aide ont atteint le plafond. La situation poussera donc les bénéficiaires à passer du prestataire, que tout le monde défend, au service mandataire, qui est moins cher, puis au gré à gré. Il convient que vous soyez attentifs à ces problématiques.

Ces éléments montrent que la question de la tarification individualisée n'est pas simple.

Philippe JAMET

Je partage l'avis de mes collègues. J'estime, toutefois, que la situation de chaque département est unique. Ainsi, le Haut-Rhin ne compte pas 150 associations comme l'Ille-et-Vilaine mais une grande association, une association de taille moyenne implantée sur un territoire précis, le bassin potassique, et quatre petites associations.

Notre réflexion, issue de la politique de la ville, nous a conduit, il y a quelques années, à déconnecter notre tarif de celui de la Cnav en accord avec nos collègues de la Crav. En effet, l'adjoint au maire de Mulhouse, très investi dans la politique de la ville, préside la commission insertion du Conseil général. Il avait constaté que, dans son domaine, nous avions empilé des subventions sur l'innovant sans se soucier de leur pérennité et sans adapter l'existant. Nous avons tenté de transposer ce raisonnement aux personnes âgées. Ainsi, notre taux horaire a, aujourd'hui, atteint 19,50 euros. Nous avons la volonté politique d'accompagner puissamment la modernisation de ce secteur et de disposer d'un personnel formé et motivé, c'est-à-dire d'un outil en état de marche pour faire face aux défis qui nous attendent.

De la salle

Je suis directeur de l'action sociale d'une ville de l'Essonne. Certains intervenants ont essayé d'opposer les départements de région parisienne à ceux de province. Je ne trouve pas cela pertinent. En effet, dans l'Essonne, la question de la fraternité est posée au sens de l'expression des politiques publiques. Certains de mes collègues pourront, par exemple, témoigner du fait que la canicule n'a pas eu l'effet désastreux qu'elle a eu ailleurs. Il nous faut davantage réfléchir aux coopérations entre communes et départements. Dans notre département, des coopérations, notamment sur le RMI, se renforcent. J'estime que les départements de la région parisienne sont également très solidaires avec leurs aînés.

Sylvie BESSARD

Je suis responsable d'un service de maintien à domicile municipal. Je souhaiterais savoir si une réflexion est menée quant à l'intégration du diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale dans la fonction publique territoriale.

Philippe RYSMAN

Je n'ai pas la connaissance d'une telle réflexion. Cette question nous préoccupe pourtant. Le DEAVS n'est d'ailleurs pas le seul diplôme concerné. Nous devons soulever cette problématique pour que les personnes qui ont un niveau de qualification adapté à l'accompagnement des personnes dépendantes puissent être reconnues, y compris du point de vue des salaires.

Joël PHILIPPEAU

Je suis assistant social dans une équipe APA à domicile du Conseil général du Val-de-Marne. Je souhaiterais soulever la question de la gratuité des services. Elle pourrait, en effet, être une bonne piste. Elle aurait l'avantage de mettre la personne âgée à la place qu'elle mérite. Le texte de loi, tel qu'il a été modifié, ne va pas dans ce sens.

Jean-Louis SANCHEZ

Votre question n'est absolument pas démagogique. Nous sommes nombreux, face à la complexité de la situation, à nous poser ce type de questions.

De la salle

Vous avez abordé la question des tarifs prestataires. J'appartiens à une équipe évaluation APA. Nous avons remarqué que, à la mise en place de l'APA, il y a deux ans, nous parvenions à mettre en place, en moyenne, 45 heures de prestataires pour un GIR 4. Aujourd'hui, du fait de l'augmentation des tarifs, ce chiffre tombe à 35 heures et, si le service est facturé 15,41 euros de l'heure, à 30 heures. Que se passera-t-il dans l'avenir ? En effet, en région parisienne, les personnes âgées disposant de 500 à 700 euros par mois se verront de plus en plus dépendantes et de moins en moins aidées et ce d'autant plus que leur loyer sera élevé.

Jean-Louis SANCHEZ

Vous soulevez l'une des grandes questions qui se posent. Vous êtes tous soucieux de défendre la professionnalisation. Vous avez raison. Il faut, néanmoins, également repenser l'organisation de l'aide à domicile pour réserver l'aide professionnelle aux situations les plus complexes et trouver d'autres formes d'aides pour les situations les moins dégradées.
Sachez que la dépense départementale a augmenté, en 2003, de 12 %, qu'un tiers de cette augmentation correspond à l'APA, les deux tiers restants correspondant à l'augmentation du coût des services. Ce système inflationniste est en train de se retourner contre le service public.

Marie-Christine BRESSION

Je suis directrice d'un CCAS dans la Marne et présidente d'un CLIC. Notre coordination a la particularité de travailler en amont des équipes médico-sociales puisque nous constituons les dossiers APA. Dans ce cadre, nous fournissons à l'équipe médico-sociale le plan d'aide qui, la plupart du temps, est mis en œuvre avant la liquidation du dossier. Le plan d'aide est donc établi en douceur ; il est consécutif à plusieurs visites à domicile qui tiennent compte de l'environnement familial, social et de voisinage de la personne âgée.

Ce travail mené en amont et en concertation avec les équipes qui, dans 95 % des cas, approuvent le plan d'aide proposé, prouve qu'un temps de préparation suffisant et l'intégration des données sociales et familiales permettent d'établir des plans d'aide correspondant aux choix de vie des personnes. Ce point est essentiel : la personne doit être actrice du plan qu'on peut lui proposer.

Je regrette que le sujet des CLIC ait simplement été survolé aujourd'hui. Le débat a notamment oublié d'évoquer le suivi de ces plans d'aide. En effet, les CLIC de niveau 3 ont cette mission en partenariat avec les équipes médico-sociales et les acteurs de terrain et permettent l'adaptation du plan d'aide.

Jean-Louis SANCHEZ

Je vais demander à mes collègues d'intervenir sur la question de la coordination. Cela me permettra d'établir une transition avec la conclusion de cette formidable journée. La principale légitimation de la coordination est l'adaptation de l'aide.

Philippe RYSMAN

Vous posez une question d'actualité sur le partage des responsabilités entre les équipes médico-sociales et les CLIC. Vous oubliez, néanmoins, des intervenants qui sont également parties prenantes de l'élaboration et du suivi du plan d'aide : les services prestataires et les médecins généralistes.

Il ne me semble pas que les CLIC doivent élaborer et suivre tous les plans d'aide. En effet, dans de nombreuses situations, l'outil CLIC en tant que tel n'est pas nécessaire. A mon sens, ils ne doivent intervenir que dans les situations difficiles et complexes.

Un équilibre entre les CLIC, les équipes médico-sociales et les services d'aide à domicile doit donc être trouvé. Les configurations locales doivent également être prises en compte. Un comité de suivi des coordinations gérontologiques a été mis en place au niveau du ministère.

Vous avez raison de souligner la place importante des CLIC et la nécessité d'articuler les actions de ces différents intervenants.

Patricia ADAM

Il est important de différencier le rôle de chacun dans un souci d'équité. Un acteur doit ordonner, un autre réaliser et un dernier organiser. A mon sens, un service d'aide à domicile ne peut donc pas mettre en place l'évaluation. Le département, la ville est les associations ont leur place. La personne âgée indiquera quels sont ses besoins en terme d'autonomie.
Nous avons, par ailleurs, négligé un autre élément : l'observation. En effet, l'APA est un merveilleux outil qui permet d'évaluer les besoins en matière d'autonomie et d'adaptation des logements. Or nous ne nous en servons pas. Nous travaillons sur ce point. Les chiffres que nous obtiendrons bientôt nous permettront de réaliser des projections à cinq ou dix ans.

Jean-Vincent TRELLU

Selon moi, l'élément le plus important est la prévention de la perte d'autonomie. Je reviendrai sur la question du logement. Nous fabriquons de la dépendance. Nous devons nous demander s'il faut mettre en place des équipements adaptés aux personnes âgées ou concevoir un mode d'habitat et de vie qui permette à chacun de vivre sans stigmatisation. Il faut sortir les personnes âgées du ghetto. Une politique d'action sociale plus globale me semblerait plus appropriée et plus audacieuse.

Brigitte DUFOUR

Si l'APA a répondu à un besoin actuel, notre société évolue et les politiques ont pour devoir de prévoir l'avenir. Notre colloque a pour mérite d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur la problématique du vieillissement. Nous sommes plusieurs élus à essayer de prendre en compte cette évolution pour ne plus avoir à travailler dans l'urgence. L'adaptation de l'environnement de la ville est importante pour l'accessibilité. Nous avons donc organisé un colloque avec des urbanistes pour leur faire prendre conscience que nous aurions tous, à l'avenir, besoin d'une accessibilité de confort. Selon moi, la question du vieillissement et de l'autonomie se prépare à long terme. Ce colloque a le mérite de souligner ce point.

Clôture

JEAN-LOUIS **SANCHEZ**

Je me suis demandé si nous étions dans un salon littéraire, un salon de sociologues ou un salon social. Je répondrai, sans hésitation, que nous sommes dans un salon de militants. J'ai, en effet, ressenti aujourd'hui une grande émotion, de la sincérité, de la conviction et une envie d'avancer.

Le vrai défi de demain est bien celui de la prévention de l'autonomie. Il passe par un nouveau regard sur l'habitat et sur le bénévolat. En effet, le nombre de bénévoles doit être multiplié par trois ou quatre en France.

Au-delà de ces besoins que nous avons identifiés, il me semble que le vrai problème de ce pays réside dans le fait d'accepter sa fragilité pour pouvoir observer positivement la fragilité des autres. Un psychologue me confiait récemment que nous avions du mal à regarder les aînés parce que nous craignions de nous voir dans le déclin de l'âge. En effet, les sociétés occidentales ont gommé la vie réelle. Acceptons notre détresse ! Nous pourrons alors voir plus facilement celle des autres et y lire l'immense potentiel des personnes âgées. Nous devons nous donner les moyens de les réintégrer dans la vie sociale. Si nous y parvenons par une série d'utilités (aide aux devoirs, découverte de la mémoire du quartier, réhabilitation des métiers anciens, aide au jardinage, etc), nous répondrons à l'invitation de Patrick Viveret qui souhaitait agrandir l'humanité. Si chacun d'entre nous se révèle capable de faire de ce défi un défi personnel, nos constats inquiétants pour l'avenir se transformeront enfin en constats d'espoir et de confiance.

Je vous remercie de votre attention.

Remerciements

Nous tenons vivement à remercier l'ensemble des intervenants de cette journée, qui par la qualité de leurs interventions et de leurs témoignages, ont permis à cette rencontre d'être un succès reconnu de tous : Patrick Viveret, Jean-Michel Rossignol, Blanche Le Bihan, Élisabeth Cazenave, Sylvie Merville, Pascal Berthet, Eric Bertrand, Nicole Penneau, Philippe Jamet, Anne Latty, Professeur Huguenot, Brigitte Dufour, Patricia Adam, Philippe Rysman, Jean-Vincent Trellu, Jean-Louis Sanchez, Jean-Jacques Daurat.